

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ÇANKAYA İLÇESİ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARINDAKİ SAĞLIK ÇALIŞANLARININ VE HASTALARIN SERVİKS KANSERİNİN ERKEN TANISINA YÖNELİK BİLGİ VE TUTUMLARININ ARAŞTIRILMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Serpil BATKIN DEVRİM

HALK SAĞLIĞI PROGRAMI

Ankara, 2019

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ÇANKAYA İLÇESİ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARINDAKİ SAĞLIK ÇALIŞANLARININ VE HASTALARIN SERVİKS KANSERİNİN ERKEN TANISINA YÖNELİK BİLGİ VE TUTUMLARININ ARAŞTIRILMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Serpil BATKIN DEVRİM

HALK SAĞLIĞI PROGRAMI

Ankara, 2019

T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Çankaya İlçesi Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarındaki Sağlık Çalışanlarının ve Hastaların Serviks Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Bilgi ve Tutumlarının Araştırılması

Serpil BATKIN DEVRİM

Yüksek Lisans Tezi

06/05/2019

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Dilek ÖZTAŞ

Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Dilek ÖZTAŞ

Prof. Dr. Hüseyin TATLIDİL

Dr. Öğr. Üyesi M. Enes GÖKLER

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Doç. Dr. Ender ŞİMŞEK

Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

06/05/2019



Serpil BATKIN DEVRİM

TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasında beni destekleyen, yol gösteren değerli danışman hocam Doç. Dr. Dilek ÖZTAŞ'a, istatistiksel planlama ve değerlendirme aşamalarında bana danışmanlık yapan Doç. Dr. S. Kenan KÖSE'ye, çalışmanın yürütüldüğü ve görev yerim olan Çankaya Toplum Sağlığı merkezinde görevli amir ve mesai arkadaşlarıma, çalışmaya katılan bağlı ASM'lerde görevli sağlık çalışanlarına,

Tüm yaşamım boyunca hep yanımda olan annem Ayşe BATKIN ve babam Nazım BATKIN'a, tez çalışmam boyunca beni yalnız bırakmayıp destek ve sabrını esirgemeyen sevgili eşim Erdinç DEVRİM, oğlum Onat DEVRİM ve kızım Ekin DEVRİM'e sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **v**

ABSTRACT ..... **vi**

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ ..... **vii**

ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **viii**

TABLOLAR DİZİNİ ..... **ix**

1. GİRİŞ **1**

2. GENEL BİLGİLER **7**

2.1. Serviks Kanseri ve Epidemiyolojisi 7

2.2. Serviks Anatomisi 9

2.3. Serviksin Prekanseröz Lezyonları Servikal İntraepitelyal Neoplaziler (CIN) ve Tedavi Yaklaşımları 10

2.4. İnvazif Servikal Kanser 13

2.5. Serviks Kanserinin Etyolojisi ve Risk Faktörleri 13

2.5.1. HPV 14

2.5.2. Yaş 18

2.5.3. Cinsel ilişki yaşı 18

2.5.4. Partner sayısı: 19

2.5.5. Sigara 19

2.5.6. Parite (Doğum Sayısı) 20

2.5.7. Düşük Sosyo Ekonomik Düzey, Kötü Hijyen Koşulları 20

2.5.8. Diet 20

2.5.9. İmmünsupresyon ve Diğer CYBH 20

2.5.10. Oral Kontraseptif (OK) Kullanımı 21

2.5.11. Diğer Risk Faktörleri 21

2.6. Servikal Kanserin Belirti ve Bulguları 22

2.7. Serviks Kanserinde Tanılama ve Klinik Sınıflama 22

2.8. Serviks Kanserinde Tedavi 24

2.9. Serviks Kanserinden Korunma ve Erken Tanı 25

2.9.1. Korunma 25

2.9.2. Serviks Kanserinde Erken Tanı ve Tarama 26

2.9.3. Serviks Kanserinde Tarama İçin Kullanılan Testler 29

2.9.4. Türkiye'de Serviks Kanseri Tarama Programı 37

2.10. Sağlık, Sağlığın Geliştirilmesi, Kültür ve Tutum Kavramları 38

2.10.1. Sağlık ve Sağlığın Geliştirilmesi 38

2.10.2. Kültür ve Tutum 38

2.11. Davranış, Sağlık Davranışı ve Sağlık Davranış Modelleri 46

2.12. Servikal Kanserden Korunma ve Erken Tanıda Sağlık Çalışanlarının Önemi 51

3. MATERYAL ve YÖNTEM 53

3.1. Araştırmanın Şekli ve Yapıldığı Yer 53

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 53

3.3. Araştırmanın Bağımlı/Bağımsız Değişkenleri ve Hipotezleri 54

3.4. Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları 56

3.4.1. 18-65 Yaş Arası Kadınlar İçin Veri Toplama Araçları 56

3.4.2. Sağlık Çalışanları İçin Veri Toplama Araçları 58

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları 59

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi (İstatistiksel Analiz) 59

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu 60

4. BULGULAR 61

4.1. 18-65 Yaş Arası Kadınlara Ait Bulgular 61

4.2. Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarına Ait Bulgular 81

5. TARTIŞMA 107

5.1. 18-65 Yaş Arası Kadınlara Ait Bulguların Değerlendirilmesi 107

5.2. Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarına Ait Bulguların Değerlendirilmesi 130

5.3. Birinci Basamak Kadın Sağlık Çalışanlarına Ait Bulguların Değerlendirilmesi 136

6. SONUÇ ve ÖNERİLER 150

6.1. 18-65 Yaş Kadınların Serviks Kanserinin Erken Tanısına İlişkin Bilgi ve Tutumlarına Yönelik Sonuç ve Öneriler 150

6.2. Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Serviks Kanserinin Erken Tanısına İlişkin Bilgi Düzeylerine Yönelik Sonuç ve Öneriler 152

6.3. Birinci Basamak Kadın Sağlık Çalışanlarının Serviks Kanserinin Erken Tanısına İlişkin Bilgi ve Tutumlarına Yönelik Sonuç ve Öneriler 153

7. KAYNAKLAR 157

8. EKLER 171

EK–1. 18-65 Yaş Arası Kadınlar İçin Tanıtıcı Anket Soruları 171

EK–2. Serviks Kanseri Bilgi Soruları 174

EK–3. Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği 175

EK–4. Sağlık Çalışanları Tanıtıcı Bilgi Soruları 177

EK–5. Sağlık Çalışanları İçin Serviks Kanseri Bilgi Soruları 178

EK–6. Kadın Sağlık Çalışanı İçin Kişisel Bilgi Formu 179

EK–7. Bilgilendirilmiş Onam Formu 180

EK–8. Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğünden Alınan İzin Belgesi 181

EK–9. Etik Kurul Onayı 182

EK–10. Özgeçmiş 183

ÖZET

Çankaya İlçesi Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarındaki Sağlık Çalışanlarının ve Hastaların Serviks Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Bilgi ve Tutumlarının Araştırılması

Bu çalışmada 18-65 yaş arası kadınların ve birinci basamak sağlık çalışanlarının serviks kanserinin erken tanısına yönelik bilgi ve tutumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Çankaya ilçesi birinci basamak sağlık çalışanlarından 150, 18-65 yaş arası kadınlardan 200 kişi çalışmaya katılmıştır. Çalışmada iki gruba farklı tanımlayıcı anket formu ve serviks kanseri bilgi formuna ek olarak, 18-65 yaş arası kadınlar ve kadın sağlık çalışanlarına (KSÇ) servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeği (SKETİTÖ) yüz yüze uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar ortalama±SS olarak verilmiştir. 18-65 yaş arası kadınlardan serviks kanseri hakkında eğitim alanların oranı %49.5, sürüntü verenlerin oranı %80.5 bulunmuştur. Kadınların bilgi sorularından aldıkları toplam puan ortalaması 11.48±4.01 iken, sağlık çalışanlarının 18.99±4.50, KSÇ'lerin ise 19.00±4.33'tür. Tüm katılımcıların en başarılı oldukları bilgi ifadesi grubu tarama soruları grubuyken, risk faktörlerinden alınan puanlar en düşük ortalamaya sahiptir. Sağlık çalışanlarının bilgi puanlarının eğitim seviyeleri, meslek, çalışma yeri, mesleki eğitim sırasında ve sonrasında eğitim alma durumundan etkilendiği tespit edilmiştir. 18-65 yaş arası kadınların SKETİTÖ puanlarının ortalaması 110.76±9.99 iken KSÇ'lerin 110.55±11.25'tir. SKETİTÖ alt boyutlarında her iki grupta algılanan yarar en yüksek, algılanan ciddiyet ise en az ortalamaya sahiptir. 18-65 yaş arası kadınların bilgi sorularından ve SKETİTÖ'den aldıkları puanlar ile serviks kanserini duyma, bu konuda eğitim/bilgi alma, sürüntü testini duyma ve yaptırma durumuna göre yapılan karşılaştırmalarda anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Toplam bilgi puanları ile SKETİTÖ'den alınan toplam puanlar arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı bir korelasyon bulunmuştur. Tüm birinci basamak sağlık çalışanlarının dahil edildiği, özellikle risk faktörlerine yönelik bilgilerini artırmayı hedefleyen etkin hizmet içi programlar ile hedef gruptaki kadınların bilgi ve olumlu tutumlarını artırmaya yönelik düzenlenen planlı, etkili eğitimler serviks kanserini önleme ve erken tanı çalışmalarına önemli katkı sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: Bilgi ve tutum, erken tanı, serviks kanseri

ABSTRACT

Investigation of Knowledge and Attitudes Intended for Early Diagnosis of Cervical Cancer in Health Professionals and Patients at Çankaya Subprovince Primary Health Centers

It was aimed to determine the knowledge and attitudes intended for early diagnosis of cervical cancer in 18-65 aged women and primary health care workers. One hundred and fifty primary health care workers and 200 patients (18-65 aged women) in Çankaya subprovince participated in the study as two different groups. Different descriptive survey and cervical cancer knowledge forms were applied to the subjects face to face. Additionally, attitude scale on early diagnosis of cervical cancer (ASEDCC) were applied to the female health care workers and 18-65 aged women. The results were given as mean±standard deviation. It was found that 49.5% of the 18-65 aged women get educated about cervical cancer and 80.5% of them had Pap smear/HPV test. In regard to the knowledge form, the 18-65 aged women got 11.48±4.01 points, whereas health care workers got 18.99±4.50 and female health care workers got 19.00±4.33 points. In all groups, the best known questions were related to screening and the least known were related to risk factors. Knowledge of all health workers was found to be influenced by education level, job, working place, before graduation and in-service training. Mean values of ASEDCC of the 18-65 aged women and female health workers were 110.76±9.99 and 110.55±11.25, respectively. In both groups, perceived benefit had the highest values and perceived seriousness had the lowest. There were significant differences in knowledge and ASEDCC points of 18-65 aged women in regard to hearing cervical cancer, getting education about it, hearing and having Pap smear/HPV test. There was significant but weak positive correlation between total knowledge points and total ASEDCC values. It is important to plan and carry out effective and regular training programs intended for increaing positive attitudes for screening and improving especially risk factors related knowledge of primary health care workers and 18-65 aged women under risk of cervical cancer.

Key words: Cervical cancer, early diagnosis, knowledge and attitude

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AÇSAP	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi
AGUS	: Atipical glandüler cells of undetermined significanse (Önemi belirlenemeyen atipik glandülar hücreler)
ASCUS	: Atipical sguamous cells of undertermined significance (Önemi belirlenemeyen atipik skuamoz hücreler)
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
CIN	: Servikal İntraepitelyal Neoplazi
CIS	: Karsinoma İn Situ
CYBH	: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
DNA	: Deoksiribo nükleik asit
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FIGO	: International Federation of Gynecology and Obstetrics
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
HPV	: Human Papilloma Virus
HSIL	: High Grade Skuamoz Intraepitelyal Lezyon (Yüksek dereceli skuamoz intraepitelyal lezyon)
HSV	: Herpes simpleks virüsü
KETEM	: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
LEEP	: Large Loop Excision Prosedure/ Loop Elektrocerrahi Eksizyon İşlemi
LSIL	: Low Grade Skuamoz intraepitelyal lezyon/Düşük dereceli skuamoz intraepitelyal lezyonlar
OK	: Oral kontraseptif
SIL	: Skuamoz Intraepitelyal Lezyon
SKETİTÖ	: Servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeği
SS	: Standart Sapma
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi
VHKİ	: Veri Hazırlama Kontrol İşletmeni
VSD	: Verem Savaş Dispanseri

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Dünyada serviks kanseri insidans hızı dağılımı (GLOBOCAN 2012)…...8

Şekil 2.2. Kadınlarda en sık görülen 10 kanserin yaşa göre standardize edilmiş hızları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2014)……. 9

Şekil 2.3. Kadın iç üreme organlarının önden görünüşü. 10

Şekil 2.4. HPV enfeksiyonunun epidemiyolojisi. 15

Şekil 2.5. Sağlık inanç modelinin yapısı.....50

Şekil 4.1. 18-65 yaş arası kadınların serviks kanseri eğitim/bilgi kaynağı dağılımı..63

Şekil 4.2. 18-65 yaş arası kadınların serviks kanseri farkındalık durumlarına göre dağılımı……..65

Şekil 4.3. 18-65 yaş arası kadınların sürüntü vermeme nedenlerinin dağılımı…....65

Şekil 4.4. 18-65 yaş arası kadınların serviks kanseri bilgi puanları başarı oranlarının dağılımı……..68

Şekil 4.5. Sağlık çalışanlarının serviks kanseri bilgi puanları başarı oranlarının dağılımı……..85

Şekil 4.6. Kadın sağlık çalışanlarının serviks kanseri hakkında eğitim alma durumlarının dağılımı……90

Şekil 4.7. Kadın sağlık çalışanlarının serviks kanseri için sürüntü verme özelliklerinin dağılımı……93

Şekil 4.8. Kadın sağlık çalışanlarından sürüntü vermeyenlerin vermeme nedenlerine göre dağılımı……..93

Şekil 4.9. Kadın sağlık çalışanlarının serviks kanseri bilgi puanları başarı oranlarının dağılımı……..95

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 2.1. Uluslararası Kanser Ajansı (IARC) tarafından yayınlanan GLOBOCAN 2012 verilerine göre kadınlarda en sık görülen ilk beş kanserin dağılımı…… 8

Tablo 2.2. HPV risk grupları……..16

Tablo 2.3. Serviks kanseri için klinik sınıflama (FIGO 1995)……...23

Tablo 2.4. Vajinal smearleri değerlendirmede kullanılan sınıflama sistemlerinin karşılaştırılması……...33

Tablo 2.5. Kültür ve psikoloji değişkenlerinin bağlantıları...……....40

Tablo 4.1. 18-65 yaş arası kadınların sosyo-demografik özellikleri.……61

Tablo 4.2. 18-65 yaş arası kadınların obstetrik öykü ve bazı serviks kanseri risk faktörleri özelliklerine göre dağılımı.…… 62

Tablo 4.3. 18-65 yaş arası kadınların serviks kanserini duyma, eğitim alma, arkadaş/aile öyküsüne sahip olma durumuna göre dağılımı.……..63

Tablo 4.4. 18-65 yaş arası kadınların serviks kanseri taraması için sürüntü verme ile ilgili özelliklerinin dağılımı.……... 64

Tablo 4.5. 18-65 yaş arası kadınların serviks kanseri bilgi sorularına verdikleri yanıtların dağılımı.……..66

Tablo 4.6. 18-65 yaş arası kadınların bilgi soruları puan ortalamaları.……. 68

Tablo 4.7. 18-65 yaş arası kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre serviks kanseri bilgi puanlarının karşılaştırılması.……..69

Tablo 4.8. 18-65 yaş arası kadınların obstetrik öykü ve bazı serviks kanseri risk faktörleri özelliklerine göre bilgi puanlarının karşılaştırması.……70

Tablo 4.9. 18-65 yaş arası kadınların servikal kanseri duyma, eğitim alma ve aile/arkadaşta serviks kanseri öyküsü durumuna göre bilgi puanlarının karşılaştırması ……71

Tablo 4.10. 18-65 yaş arası kadınlarda rahim ağzından sürüntü verme özelliklerine göre serviks kanseri bilgi puanların karşılaştırması……72

Tablo 4.11. 18-65 yaş arası kadınların SKETİTÖ ifadelerine verdikleri yanıtların dağılımı……... 73

Tablo 4.12. 18-65 yaş arası kadınların SKETİTÖ'nün tamamı ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları…….. 74

Tablo 4.13. 18-65 yaş arası kadınların bazı sosyo demografik özelliklerine göre SKETİTÖ'den aldıkları puanların karşılaştırması…….. 75

Tablo 4.14. 18-65 yaş arası kadınların obstetrik öykü ve bazı serviks kanseri risk faktörleri özelliklerine göre SKETİTÖ'den aldıkları puanların karşılaştırması.…… 76

Tablo 4.15. 18-65 yaş arası kadınların servikal kanseri duyma, eğitim alma ve arkadaş/ailede serviks kanseri öyküsüne göre SKETİTÖ'den aldıkları puanların karşılaştırması.…… 77

Tablo 4.16. 18-65 yaş arası kadınlarda rahim ağzından sürüntü verme özelliklerine göre SKETİTÖ puanlarının karşılaştırması.……... 78

Tablo 4.17. 18-65 yaş arası kadınların bilgi puanları ile bazı nicel demografik özellikleri arasındaki korelasyon analizi…….79

Tablo 4.18. 18-65 yaş arası kadınların SKETİTÖ puanları ile bazı nicel demografik özellikleri arasındaki korelasyon analizi…….80

Tablo 4.19. Sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı…….81

Tablo 4.20. Sağlık çalışanlarının serviks kanseri ile ilgili farkındalık durumu ile ilgili dağılımı…….. 82

Tablo 4.21. Sağlık çalışanlarının serviks kanseri ile ilgili eğitim/bilgi verme, hastalarına tarama önerme özelliklerine göre dağılımı……..82

Tablo 4.22. Sağlık çalışanlarının serviks kanseri bilgi sorularına verdikleri yanıtların dağılımı……... 83

Tablo 4.23. Sağlık çalışanlarının serviks kanseri bilgi sorularından aldıkları puanların ortalaması……...85

Tablo 4.24. Sağlık çalışanlarının bazı sosyo-demografik özellikleri ve farkındalık durumlarına göre serviks kanseri bilgi puanlarının karşılaştırması……... 86

Tablo 4.25. Sağlık çalışanlarının bilgi puanları ile bazı nicel demografik özellikleri arasındaki korelasyon analizi……..88

Tablo 4.26. KSÇ'lerin bazı sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı.……. 89

Tablo 4.27. KSÇ'lerin serviks kanseri farkındalık durumu ile ilgili dağılımı…….. 90

Tablo 4.28. KSÇ'lerin serviks kanseri ile ilgili hastalarına eğitim/bilgi verme, tarama önerme özelliklerine göre dağılımı…….91

Tablo 4.29. KSÇ'lerin obstetrik öykü ve bazı serviks kanseri risk faktörlerine göre dağılımı……... 91

Tablo 4.30. KSÇ'lerin serviks kanseri taraması için sürüntü verme ile ilgili özelliklerinin dağılımı…….92

Tablo 4.31. KSÇ'lerin serviks kanseri bilgi sorularına verdikleri yanıtların dağılımı……... 94

Tablo 4.32. KSÇ'lerin bilgi sorularından aldıkları puanlar……... 95

Tablo 4.33. KSÇ'lerin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre serviks kanseri bilgi puanlarının karşılaştırmaları……... 96

Tablo 4.34. KSÇ'lerin serviks kanseri ile ilgili farkındalık durumlarına göre bilgi puanlarının karşılaştırması……..97

Tablo 4.35. KSÇ'lerin obstetrik öykü ve bazı serviks kanseri risk faktörlerine göre bilgi puanlarının karşılaştırması……..98

Tablo 4.36. KSÇ'lerin rahim ağzından sürüntü verme durumu ve buna ilişkin özelliklere göre bilgi puanlarının karşılaştırması…… 99

Tablo 4.37. KSÇ'lerin SKETİTÖ ifadelerine verdikleri yanıtların dağılımı…… 100

Tablo 4.38. KSÇ'lerin SKETİTÖ'nün tamamı ve alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı……101

Tablo 4.39. KSÇ'lerin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre SKETİTÖ'den aldıkları puanların karşılaştırması…….101

Tablo 4.40. KSÇ'lerin obstetrik öykü ve bazı serviks kanseri risk faktörlerine ilişkin özelliklere göre SKETİTÖ'den aldıkları puanların karşılaştırması……..103

Tablo 4.41. KSÇ'lerin rahim ağzından sürüntü verme durumuna ilişkin özelliklere göre SKETİTÖ'den aldıkları puanların karşılaştırması……104

Tablo 4.42. KSÇ'lerin bilgi puanları ile bazı nicel demografik özellikleri arasındaki korelasyon analizi……. 105

Tablo 4.43. KSÇ'lerin tutum puanları ile bazı nicel demografik özellikleri arasındaki korelasyon analizi……. 106

1. GİRİŞ

Kanser sık görülmesi, öldürücülüğünün yüksek olması, tanı ve tedavi maliyetlerinin yüksekliği nedeniyle dünya genelinde önemli bir halk sağlığı sorunudur ve kanser tanısı konulan yeni vaka sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Tıptaki gelişmelerle ortalama yaşam süresinin uzaması ve buna paralel yaşlı nüfusun artması, toplumun sağlık konusunda bilinçlenmesi ve kanser tanı ve tedavisindeki gelişmeler ile hekime başvuran hasta sayısının artması, gelişen teknoloji ile beraber kanserojenlere maruziyetin artışı gibi faktörler kanser insidansını artıran dolaylı nedenlerdir (1).

Kanser dünya genelinde ve ülkemizde ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada gelmektedir (2, 3). Dünya kanser istatistiklerine göre 2012 yılında tüm dünyada 14.1 milyon yeni kanser vakası saptanmıştır ve bu sayının 20 yıl sonra %70 oranında artacağı öngörülmektedir. 2012 yılındaki yeni kanser vakasının 8.2 milyonu gelişmekte olan ülkelerde görülmüştür. Yine aynı yıl 8.2 milyon kişi kanser sebebi ile hayatını kaybetmiş ve bu ölümlerin 2.9 milyonu gelişmiş ülkelerde meydana gelirken 5.3 milyonu gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmiştir (3). Dünya Sağlık Örgütünün (DSÖ) 2015 yılı için yayınladığı istatistiklere göre ise tüm dünyada 2015 yılında kanserden ölen kişi sayısı ise 8.8 milyondur ve kanserden ölümler tüm ölümlerin 1/6'sını oluşturmaktadır. Kanserden ölümlerin %70'i ise düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir (4). Kanser insidans hızları ve ölümlerdeki payının yanı sıra, getirdiği ekonomik yükü de önemlidir ve gün geçtikçe artmaktadır. Sadece 2010 yılında kanserin maliyetinin 1.16 trilyon dolar olduğu tahmin edilmektedir (4).

Ülkemizde ise 1970'li yıllarda sebebi bilinen ölümler arasında dördüncü sırada yer alan kanser son yıllarda kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sıraya yükselmiştir (1). 2002 yılında ülkemizde kanserden ölümler tüm ölümlerin %12'sini oluşturmaktayken yıllarla beraber bu oran gittikçe yükselerek %20'lere dayanmıştır (2). Nitekim ülkemizde 2016 yılı ölüm nedeni istatistiklerine bakıldığında tüm ölüm nedenleri içinde %39.5'lik bir oranla dolaşım sistemi hastalıkları birinci sırada yer alırken, kanserler %19.4'lük bir oranla dünyada olduğu gibi bizde de ikinci sırada

yer almaktadır (2). Bu oranlar kanserin önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermekte ve kanserle mücadeleyi zorunlu kılmaktadır.

Cinsiyete özgü kanserlerden kadınlarda görülen jinekolojik kanserler de sık görülen ve sık öldüren hastalıklar olması sebebi ile kadın sağlığı açısından önemli bir halk sağlığı sorunudur. Jinekolojik kanserler kadın genital organlarının malign hastalıklarıdır ve hemen hemen tüm ülkelerde meme kanserinden sonra kadınlarda morbidite ve mortalitenin en büyük nedenlerinden biridir (5, 6). Serviks kanseri tüm dünyada kadınlarda meme kanserinden sonra ikinci sırada yer alırken jinekolojik kanserler içinde birinci sırada yer almaktadır (4, 5, 6). Dünyada her yıl 500 000 kadına serviks kanseri tanısı konduğu ve bunların yarısının öldüğü tahmin edilmektedir (5). Özellikle serviks kanseri sosyoekonomik seviyesi düşük gruplarda daha sık gözlenmektedir. Gelişmekte olan bazı ülkelerde kadınlardaki en sık görülen ve en sık öldüren kanser türü olabilmektedir (6, 7). Dünyada bazı ülke ve bölgelerde serviks kanseri insidansları 100 000'de 41'in üzerine (GLOBOCAN 2012) çıkabilmektedir (3). Görülen bu insidans oranları serviks kanseri ile savaşmayı zorunlu kılmaktadır.

Türkiye'de ise kanser istatistiklerine bakıldığında serviks kanseri kadınlarda görülen tüm kanserler içinde 10. sırada yer almaktayken, jinekolojik kanserler içinde 100 000'de 4.5'lik bir insidans hızı ile üçüncü sırada yer almaktadır (8, 9). Türkiye'de bir yılda görülen toplam kanserli kadınların yaklaşık %2.3'ünü serviks kanserli kadınlar oluşturmaktadır. Serviks kanseri erken tanı yöntemleri sayesinde erken evrede tanı konulduğunda %100 tedavi edilebilen bir kanser türü olmasına rağmen (10, 11) ülkemizde görülen servikal kanser vakalarının yarısı ne yazık ki tedavi şansının yitirildiği ileri evrede teşhis edilebilmektedir (8).

Hastalıkların oluşması ya da ilerlemesini önlemek onları tedavi etmekten daha etkili, daha kolay ve ucuzdur (12). Bu yüzden tüm kanser türlerinde primer korumada etken belli ise maruziyetin azaltılması ya da mümkünse önlenmesi temel hedeftir (13). Kanserlerin oluşum nedenleri çok etkenlidir ve nedenler incelendiğinde %10 genetik etkenlere, %90 çevresel etkenlere (fiziksel, biyolojik ve kimyasal nedenler) bağlı olduğu görülmektedir (4, 8). Bilinen kanserojenler içinde büyük çoğunluk insan davranışlarına bağlı olanlardır (1). Bütün hastalıklarda olduğu gibi kanserle savaşta da birincil korunma yaklaşımları daha etkin olmaktadır. Primer korunma, bilinen

kanserojenlerden uzak durmak, uygun aşılama yöntemleri ve verilecek sağlık eğitimleri ile sağlanır (14). Bilinen risk faktörleri ile savaş kanserle mücadelenin ilk basamağını oluşturmaktadır. Bu sebeple serviks kanserinden korunmada kansere neden olduğu düşünülen faktörlerin bilinmesi alınacak önlemler açısından önemlidir. Bu konuda sağlık çalışanları toplumla birebir iletişim sağlayabilen önemli bir konuma sahiptirler. Sağlık çalışanları özellikle riskli grupta bulunan kadınları başta olmak üzere toplumu riskli davranış şekilleri ve korunma konusunda bilgilendirmeli rutin jinekolojik muayenelerini yaptırmaları konusunda yönlendirmelidir (14, 15).

Kanserle savaşta ikinci aşama olan sekonder korunma aşamasıdır (14). Bu aşama da erken tanı yöntemleri ile kanserin erken dönemde teşhis ve tedavisini içerir ve erken teşhis pek çok hayat kurtarır. Servikal kanser morbidite ve mortalitesinin yüksek olmasının yanı sıra erken tanı yaklaşımının da oldukça başarılı olduğu ve erken tanınabildiği zaman kesinlikle tedavisi olan bir kanser türüdür. Yapılan uzun süreli takip çalışmalarından elde edilen bilgiye göre preinvazif (hücre içinde başlayan anormallik) lezyonların invazif kansere ilerleme süresi 10-20 yılı bulabilmektedir (11, 13, 15). Preinvazif dönem asemptomatik olmasına karşın bu dönemde Pap smear testi ile kanser öncüsü lezyonların (CIN) saptanmaları mümkündür. Preinvazif dönemde saptanan olgularda tedavi şansı oldukça yüksektir (10). Hastalığın preinvazif evrede yakalanması basittir ve poliklinik düzeyinde müdahalelerle tedaviye olanak tanır ve bu dönemdeki tedavi invazif dönemdeki tedaviye göre daha etkilidir (13).

Serviks kanseri DSÖ'nün toplum tabanlı tarama programı önerdiği kanserlerden birisidir (8). Risk altındaki kadınlarda serviks kanseri gelişimini önlemek için tarama programları geliştirilmeli ve riskli grupta yer alan bütün kadınlar programa dahil edilmelidir. Serviks kanseri için taramanın amacı hastalığı tedavi edilebilir malign veya premalign evrede yakalamaktır. Tarama, çoğu semptomsuz olan kadınlarda servikste tedavi edilmediği takdirde kansere dönüşecek olan pre-kanseröz değişiklikleri tespit etmeyi amaçlamaktadır. Uygun yöntem ve aralıklarla risk altındaki gruba tarama yapılabilirse bu hastalığı henüz insitu evresinde yakalamak ve tedavi etmek mümkündür (16). Bunun için risk grubundaki kadınlar kapsayıcılığı yüksek tarama programına tabi tutulmalıdırlar.

Sitoloji, HPV testi ve görsel inspeksiyon DSÖ tarafından önerilen tarama testlerindendir (17). Günümüzde her ülkeye adapte edilebilecek net bir servikal tarama stratejisi bulunmamaktadır. Ülkeler içinde bulundukları koşulları göz önünde bulundurarak uygulayabilecekleri etkin tarama programı benimsemektedirler. Etkili, ulusal tarama programları ile serviks kanseri insidansı ve mortalitesinin azaltılabileceği görülmüş olup (11), gelişmiş ülkelerde uzun yıllardır uygulanan sitoloji tabanlı tarama programlarının serviks kanseri insidansı ve mortalitesini %70 oranında azalttığı tespit edilmiştir (8, 15).

Ülkemizde DSÖ'nün önerileri uyarınca 1992'den beri serviks kanserinin erken tanısı için tarama yapılmaktadır (8). Ülkemizde bu alanda yapılan çalışmalar incelendiğinde tarama yaptırma oranlarının düşük olduğunu ya da istenilen seviyede olmadığını gösteren çalışmalar mevcuttur (18, 19, 20, 21, 22). Tarama programının kapsayıcılığını artırmak için 2012 yılında yenilenen tarama programına HPV testi eklenmiştir (8). Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartlarına göre ülkemizin altyapısı ve olanakları göz önüne alındığında ideal yöntem 30-65 yaş arasındaki kadınların 5 yılda bir uygulanacak HPV testi veya Pap smear testi ile taranmasıdır. Taranacak popülasyon aile hekimliklerine kayıtlı bireyler esas alınarak tanımlanmakta ve taramalar Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) bünyesinde yer alan bağlı Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezlerinde (KETEM) yürütülmektedir (23).

Bireylerin bilinen kanserojenlerden korunması ve kanser tarama programlarına katılması olumlu bir sağlık davranışıdır. Kişilerde olumlu sağlık davranışının gelişebilmesi demografik, sosyokültürel ve psikolojik bir takım etkenlere bağlıdır**.** Bireylerin bir konudaki bilgi, inanç ve tutum, değerler ve algılamaları sağlık davranışlarını etkileyerek eyleme geçmeden önce güdülenmesini sağlayıcı, hazırlayıcı faktörler olması açısından önemlidir (24). Sağlıkla ilgili herhangi bir konuda olumlu sağlık davranışını benimsemek için önce konu hakkında bilgi sahibi olmak gerekir. Literatürde serviks kanserine ilişkin bilgi düzeyinin istenilen seviyede olmadığını gösteren çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (18, 20, 22, 25, 26, 27, 28). Bunun yanı sıra serviks kanserine yönelik bilgi alma durumları ve bilgi düzeyleri ile tarama davranışları arasında anlamlı ilişki olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (29, 30, 31, 32).

Sosyokültürel yapı içerisinde yer alan tutumlar ise organize olmuş uzun süreli duygu, inanç ve davranış eğilimleridir (33). Tutumlar, yaşamımızda oldukça güçlü bir etkiye sahiptir; büyük ölçüde eylemlerimizi ortaya koymadan önceki niyetlerimizi ifade ederler ve olumlu ya da olumsuz türde olabilirler (34). Serviks kanseri kontrol programının adaptasyonu ve uygulanması sürecinde toplumsal ve kişisel bariyerlerle (serviks kanseri farkındalığının az olması, yanlış tutum ve inançlar) karşılaşılabilir (15). Hem politika belirleyiciler hem de sağlık çalışanları bu bariyerlerin farkında olmalıdır. Kadınların bu konudaki tutumlarının, inançlarının tespit edilmesi ve erken tanı davranışını etkileyen engeller varsa ortadan kaldırılmasıyla kanserin erken tanılanması mümkün olacaktır (35). Nitekim literatürde serviks kanseri ve erken tanısı ile ilgili bilgi sahibi olanların (36, 37) ve tarama testi yaptıranların daha olumlu tutuma sahip olduklarını gösteren çalışmalar mevcuttur (37, 38, 39).

Temel görevleri sağlığı korumak ve geliştirmek olan, toplum ve bireyler ile sürekli iletişim içinde olan birinci basamak sağlık çalışanlarına risk gruplarının belirlenmesi, toplumun bu konudaki bilgi ve farkındalık düzeylerini artırma ve erken tanı çalışmaları aşamasında büyük görevler düşmektedir (5). DSÖ ile işbirliği yapan Serviks Kanserlerini Önleme Örgütü, tüm sağlık çalışanlarının, kadınlara nerede ne zaman ulaşabilirse serviks kanserlerinden korunma konusunda danışmanlık ve sağlık eğitimleri vermeleri gerektiğini belirtmiştir (14). Serviks kanserine ilişkin toplumu aydınlatmak görevi olan sağlık çalışanlarının, özellikle serviks kanseri tarama programının yürütücüsü konumundaki birinci basamak sağlık çalışanlarının korunma, tarama ve erken tanıya ilişkin bilgi düzeyleri ve farkındalıkları arttıkça hizmetin kalitesi de artacak ve serviks kanseri ile daha iyi mücadele edilebilecektir. Ülkemizde literatür incelendiğinde birinci basamak sağlık çalışanlarının serviks kanseri, erken tanı, korunma ve tarama ile ilgili bilgi düzeylerinin düşük olduğunu gösteren çalışmaların (40, 41, 42) yanısıra topluma rol model olması gereken kadın sağlık çalışanlarının da serviks kanserine yönelik bilgi ve tutumlarının yetersiz olduğunu gösteren araştırmalarla (43, 44, 45, 46), tarama yaptırma oranlarının da düşük ya da istendik düzeyde olmadığını gösteren çalışmalar mevcuttur (42, 43, 47).

Bu çalışmada serviks kanseri için risk altındaki kadınların erken tanıya yönelik bilgi ve tutumlarının yanı sıra topluma temel sağlık hizmeti vermekle yükümlü olan ve serviks kanseri tarama programının yürütücüsü konumundaki birinci

basamak sağlık çalışanlarının serviks kanserine yönelik bilgileri ile buna ek olarak kadın sağlık çalışanlarının erken tanıya yönelik tutumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Serviks Kanseri ve Epidemiyolojisi

Serviks kanseri dünya genelinde tüm kadın kanserleri içinde en sık görülen üçüncü kanserken jinekolojik kanserler içinde ilk sırada yer almaktadır (Tablo 2.1.) (9). Dünyada her yıl 500 000 kadına serviks kanseri tanısı konulduğu ve bunların yarısının öldüğü tahmin edilmektedir (5). Dünyada 2012 yılında görülen 14.1 milyon yeni kanser vakasının 527 000'i serviks kanseri vakasıdır ve bunun 265 000'den fazlası ölüm ile sonuçlanmıştır (3, 4). Özellikle Sahra altı ülkelerde en sık görülen ve en sık öldüren kanserdir (7).

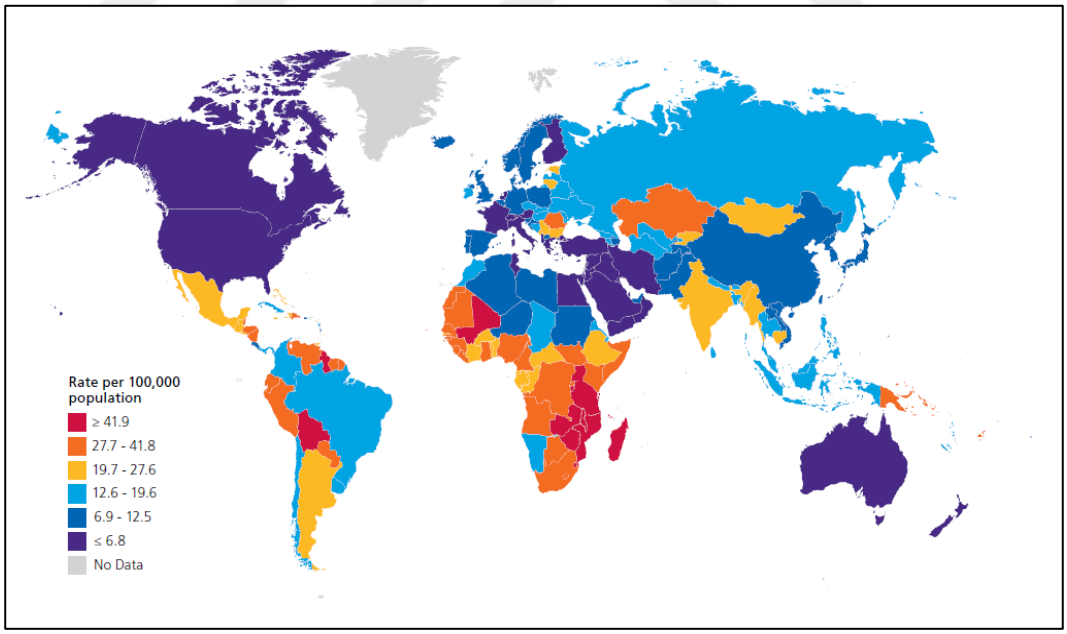
GLOBOCAN 2012 verilerine göre kadınlarda en sık görülen ilk beş kanserin dağılımı incelendiğinde serviks kanseri tüm dünyada üçüncü sıradayken, IARC'a üye ülkeler içinde dördüncü sırada, AB ülkelerinde ise beşinci sırada yer almaktadır (Tablo 2.1.) (9). Avrupa, Doğu Avrupa ülkeleri ile Balkan ülkeleri'nde serviks kanseri insidansı yüksektir (100 000'de 24-40). Batı ve Kuzey Avrupa ülkelerinde yıllık insidans 100 000'de 16 ve daha altındadır. Özellikle Sahra altı Afrika ülkeleri ile Orta ve Güney Amerika'nın bazı bölgeleri serviks kanseri insidansının en yüksek (100 000'de 41.9'un üzerinde) olduğu yerlerdir (Şekil 2.1.) (8). Türkiye'de ise T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumunun 2017'de yayınladığı kanser istatistiklerine bakıldığında "Kadınlarda en sık görülen 10 kanserin yaşa göre standardize edilmiş hızları" incelendiğinde serviks kanseri jinekolojik kanserler içinde 100 000'de 4 ile üçüncü sırada yer almakta iken, tüm kanserler içinde 10. sırada gelmektedir (Şekil 2.2.). 2009 yılından 2013 yılına kadar serviks kanserinin yaşa standardize edilmiş insidans hızları incelendiğinde en düşük 100 000'de 4 iken, en yüksek 100 000'de 4.6 olduğu görülmektedir (48). GLOBOCAN 2012 verilerine göre Türkiye'de görülen vaka sayısı 1686 ve yaşa standardize edilmiş hızı 4.3'tür (8). Bu insidans hızları serviks kanseri ile savaşacak etkin tarama programlarının geliştirilmesi ve uygulanmasını zorunlu kılmaktadır. Türkiye'de bir yılda görülen toplam kanserli kadınların yaklaşık %2.3'ünü serviks kanserli kadınlar oluşturmaktadır. Serviks kanseri erken tanı yöntemleri sayesinde erken evrede tanı konulduğunda tedavi edilebilen bir kanser olmasına rağmen (5, 11), ülkemizde görülen servikal kanser

vakalarının yarısı ne yazık ki tedavi şansının yitirildiği ileri evrede teşhis edilebilmektedir (8).

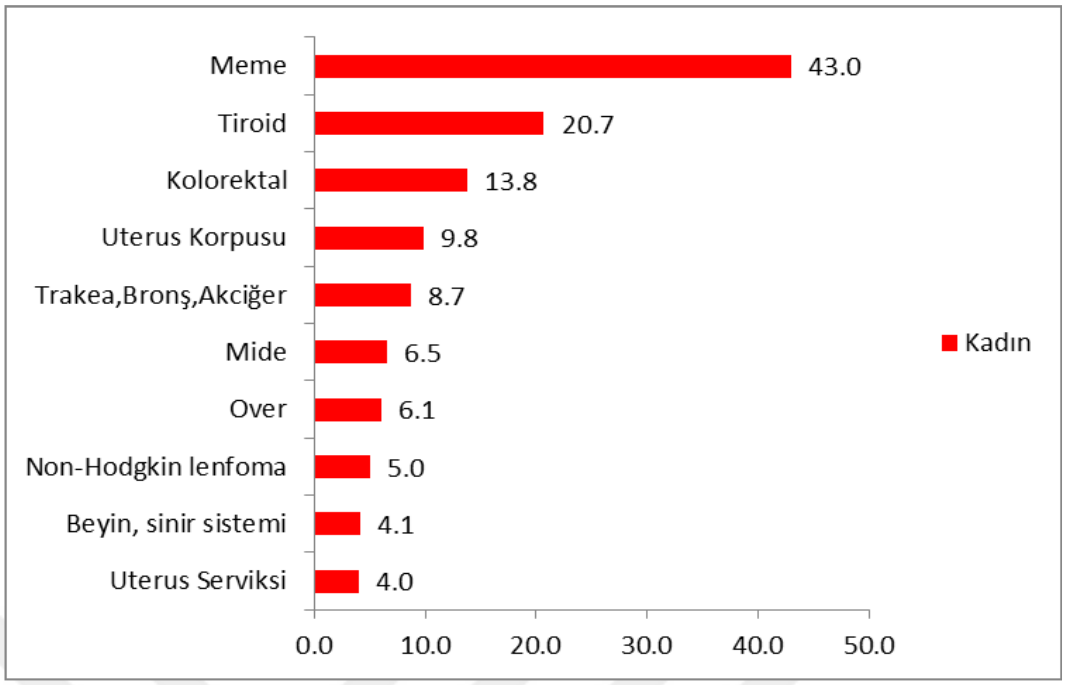
Tablo 2.1. Uluslararası Kanser Ajansı (IARC) tarafından yayınlanan GLOBOCAN 2012 verilerine göre kadınlarda en sık görülen ilk beş kanserin dağılımı.

	Türkiye*	**Dünya**	**IARC'a üye 24 ülke**	**AB (28 ülke)**	**ABD**
1	Meme	Meme	Meme	Meme	Meme
2	Tiroid	Kolorektal	Kolorektal	Kolorektal	Akciğer
3	Kolorektal	Uterus serviksi	Akciğer	Akciğer	Kolorektal
4	Uterus korpusu	Akciğer	Uterus serviksi	Uterus korpusu	Tiroid
5	Akciğer	Uterus korpusu	Uterus korpusu	Uterus serviksi	Uterus

* Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2014 (9).



Şekil 2.1. Dünyada serviks kanseri insidans hızı dağılımı (GLOBOCAN 2012) (3).

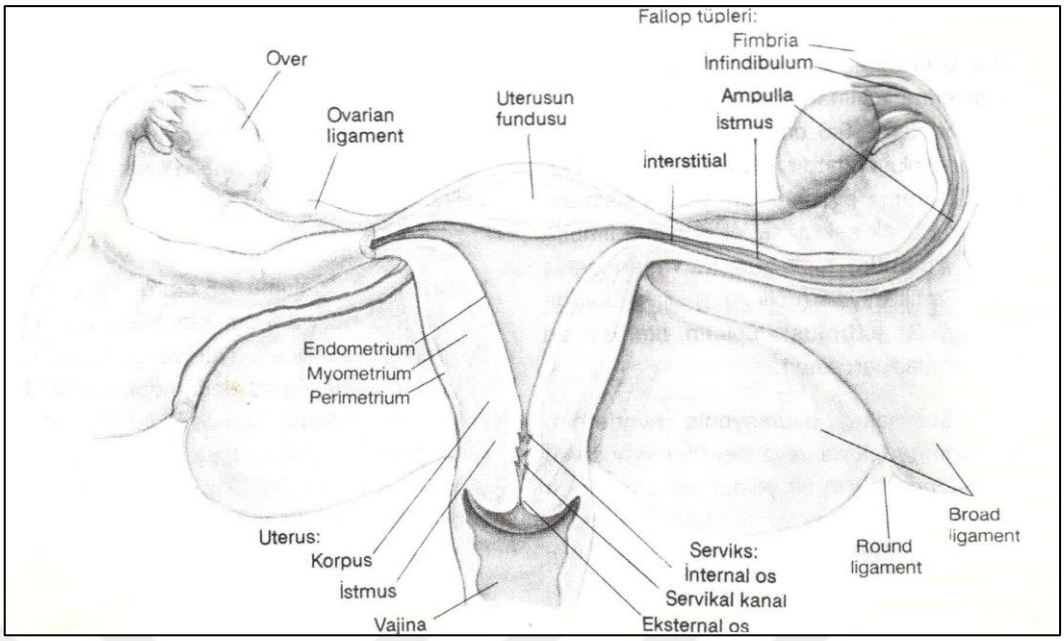


Şekil 2.2. Kadınlarda en sık görülen 10 kanserin yaşa göre standardize edilmiş hızları (Dünya Standart Nüfusu, 100 000 Kişide) (9).

Servikal kanser daha çok 30-55 yaş grubundaki kadınlarda görülmekle beraber gittikçe genç yaşta da görülmeye başlamıştır. Bunu altında yatan temel neden erken tanı yöntemleri ile erken dönemde teşhis edilebilmesidir (5). Serviks kanserlerinin %90'ı 35 yaş üzerinde görülmektedir. 20 yaş öncesi çok ender görülür ve bu yaştan itibaren görülme sıklığı artarak 50 yas dolaylarında en yüksek değere ulaşır. Serviks kanserini doğal seyri incelendiğinde 25 yaş civarında servikste displazik değişimlerin başladığı, 35 yaş civarında in situ kanserin geliştiği ve 50 yaş sonrasında da kanserin invazif nitelik aldığı gözlenmektedir. Bu yüzden tarama çalışmalarının kanserin invazif duruma geçmesinden önceki dönemde yapılması daha uygun olacaktır (6).

2.2. Serviks Anatomisi

Serviks istmus ile beraber uterusun alt segmentini oluşturmaktadır. Serviks önde mesane, arkada rektum ile yakın komşuluktadır. Serviks uzunluğu 2.5-3 cm'dir ve silindirik şekilli bir yapıdır. Ortasında uterus kavitesi ile vajinayı birleştiren servikal kanal bulunur. Endoservikal kanalın uterusa açılan kısmına internal os, vajinaya açılan kısmına ise eksternal os adı verilir (Şekil 2.3.) (49).



Şekil 2.3. Kadın iç üreme organlarının önden görünüşü (49).

Serviksin vajinaya bakan bölümü ekzoserviks olarak isimlendirilir ve vajinanın skuamöz epiteli (yassı epitel) ile döşelidir. Serviksin üst 2/3'lük bölümü olan endoserviks ise endometriyumun kolumnar glandüler epiteli (silindirik epitel) ile döşelidir. Adenokarsinom bu alandan kaynaklanmaktadır. Yası epitel ve silindirik epitel hücre grubunun birleştiği sınıra transformasyon zonu/alanı (T/Z) yada skuamokolumnar bileşke adı verilir. Transformasyon alanı serviks kanserin en sık geliştiği alandır. Yaşam boyunca bu alan hormonlar ve vajinal floranın etkisi ile servikal kanal üzerinde yer değiştirmektedir ve bu durum metaplazi olarak adlandırılmaktadır. T/Z metaplazisinin en aktif olduğu dönemler gebelik dönemi ve puperteyi takip eden yıllardır. Bu nedenle ilk koitus yaşı serviks kanseri gelişiminde çok önemlidir (5).

2.3. Serviksin Prekanseröz Lezyonları Servikal İntraepitelyal Neoplaziler (CIN) ve Tedavi Yaklaşımları

Cullen 1900 yılında ilk kez invazif olmayan lezyonlara dikkat çekti. Sonraki yıllarda yapılan çalışmalarla süperfisiyal neoplastik epitelin yassı hücreli karsinomun en erken evresi olduğu görüşü ortaya çıktı ve preinvazif neoplazi kavramı Schiller in 1927'de yaptığı histolojik incelemelerle desteklendi. "Carsinoma In Situ (CIS)" terimi ilk kez 1932 yılında Broders tarafından kullanıldı, 1956'da ise Regan ve

arkadaşları CIS ile normal epitel arasında histolojik ve sitolojik farklılıkları gösteren anormallikleri displazi olarak adlandırıp hafif, orta ve şiddetli olmak üzere 3 gruba ayırdı. 1961 yılında 1. Uluslararası Eksfolyatif Sitoloji Kongresinde CIS teriminin, epitelin tüm kalınlığı boyunca farkılaşmamış neoplastik hücreler tarafından oluşturulan lezyonlar için kullanılmasına karar verildi. CIS ve displazinin, sürekli bir olayın farklı basamaklarını teşkil ettiğini düşünen Richardt, 1967 yılında "servikal intraepitelyal neoplazi (CIN)" terimini ortaya koydu (50).

Neoplazi'nin sözlük anlamı yeni büyümedir ve yeni gelişen oluşum da neoplazm olarak adlandırılır (51). Servikal intraepitelyal neoplazi (CIN) ya da preinvazif neoplazi terimi serviksin erken dönemdeki anormalliklerini açıklamak için kullanılan bir terimdir. Preinvazif kanser için anormallik hücre ile sınırlıdır. CIN için ortalama yaş serviks invazif kanser yaşından yaklaşık 10 yıl daha erkendir. Spekulum muayenesinde serviks normal gözükür. Servikal intraepitelyal neoplaziler eskiden displazi ve karsinoma insi-tu olarak 2 sınıfta incelenirken daha alt gruplara ayrılarak yapılan inceleme şu şekildedir (5);

***CIN I hafif displazi*:** Epitelin 1/3'ünden daha azını içine alan neoplastik değişimler.

***CIN II orta şiddette displazi*:** Epitelin 2/3'ünü kapsayan neoplastik değişimler.

CIN III şiddetli displazi ya da karsinoma insitu (CIS): Epitelin kalınlığını tümü ile kapsayan neoplastik değişimler mevcut, ancak stromaya invazyon ya da metastaz yoktur (5, 50).

CIN III'ler tedavi edilmediği zaman invazif kansere dönüşme riski vardır. CIN I ve CIN II'nin invazif kansere dönüşme oaranları CIN III'e göre daha azdır. CIN I'lerin yaklaşık %1'i, CIN II'nin yaklaşık %5'i invazif kansere dönüşürken, CIN III'de bu oran %12'nin üzerine çıkmaktadır (50).

Serviks kanserinin preinvazif dönemi 10-15 yıl gibi bir süreyi kapsar ve genellikle asemptomatiktir. Anormallik hücre ile sınırlı olduğundan ve hücredeki anormallikler genellikle serviks ülserasyonuna yol açmadığından anormal kanamalara rastlanmamakla birlikte bazen sulu bir akıntı dikkati çekebilir. Spekulum

muayenesinde serviks sağlıklı görünür. Bu dönemde Pap smear test ile intraepitelyal neoplazilerin saptanmaları mümkündür ve bu olguların kolposkopi eşliğinde alınan biyopsi ile doğrulanması gerekir (11). Pap test bu dönemde saptanan olgularda tedavi şansını hemen hemen %100'e çıkarırken servikal kanser ile ilgili ölümleri de %50 oranında azaltmaktadır (5).

Serviksin premalign lezyonlarının tanınmasında sitoloji, kolposkopi ve patoloji ana noktaları oluşturur. Sitoloğ tarafından "anormal" rapor edilen bir sonuç olduğunda olgu klinisyen tarafından tekrar değerlendirilir. Gerekli olgularda kolposkopi uygulanır ve patoloğun yardımı ile de son karara ulaşılır. Son yıllarda jinekopatolojinin hizmetine giren yeni teknikler (HPV gibi) vardır (50).

Preinvazif Neoplazilerin Tedavisi

Serviksin prekanseröz lezyonları için klasik yaklaşım ve takip üç basamaklıdır; birinci basamakta Pap smear alınır, inceleme sonrası anormal sonuç çıkarsa hastaya ikinci basamakta kolposkopi uygulanır. Kolposkopi sırasında yönlendirilmiş biyopsi, endoservikal küretaj ya da gerekiyorsa endometrial biyopsi alınır ve sonuçlar beklenir. Gelen sonuca göre üçüncü basamakta tedavi planı çıkarılır. Bu tedaviler patolojinin durumu ve klinisyenin seçimine göre değişiklik gösterir (50). Preinvazif neoplazilerin tedavisinde kullanılan tedavi yöntemleri; (5)

a) Kriyocerrahi: SIL'in tedavisinde kullanılabilen taşınabilir bir sonda ile servikal dokunun dondurulma işlemidir. Maliyet etkili ağrısız bir işlemdir.
b) Lazer Cerrahisi: Lazer ışınları ile lezyonun buharlaştırılma işlemidir.
c) Elektrokoter: Lezyonun yakılma işlemidir.
d) Kone biyopsi: Ekzoserviks ve endoserviksten bir parça dokunun koni şeklinde çıkarılması işlemidir. Daha çok fertilitesini sürdürmek isteyen kadınlar için tercih edilen bir tedavi yöntemidir (5, 50).
e) LEEP (Loop Elektrocerrahi Eksizyon işlemi): Looplar (0.020 mm çaplı, dipleri yalıtılmış ince teller)'ın kullanıldığı bir yöntemdir. Bu lupların en önemli özelliği dokuyu yakmadan çıkarması ve patoloğa inceleme şansı vermesidir. Prekanseröz servikal lezyonların tedavisinde çok etkili bir yöntemdir ve sadece %5'den az başarızıslık oranına sahiptir (16, 50).

f) Histerektomi: Total vajinal ya da abdominal histerektomi fertilitesini tamamlamış, CIN III'lü hastalar için kullanılan bir tedavi seçeneğidir (5).

2.4. İnvazif Servikal Kanser

Tümörün intraepitelyal sınırlardan çıkıp serviks stromasına yayıldığı durumlara invazif servikal karsinoma denir. Serviks kanseri direk yolla serviks stromasına yayıldıktan sonra kan ve lenf yolu ile ya da intraperitonel implantasyon yolu ile metastazlar yapabilir (5). Lezyon bazal membranı geçerek çevre bağ dokuya invaze olur, lenf nodlarına ve uzak metaztaz yapar (52). En yaygın yayılım yolu direk yayılmadır. Yayılım endoservikste başlayıp, tüm servikse, parametriyuma, vezikovajinal ve rektovajinal septalara, vajinanın üst kısmına, diastinal ve supraklavikular nodlara, karaciğere ve kemiklere yayılım gösterir (5). DSÖ habis serbiks kanserlerini sguamoz hücreli kanserler, adenokanserler ve diğerleri olarak üç ana histolojik tip altına toplamıştır. Servikal kanser olgularının yaklaşık %70-80'i sguamoz hücreli kanserlerden, %10-20'si adenokanserlerden oluşur (10, 53, 54). Skuamöz hücreli karsinom genellikle serviksin dış yüzeyinde bulunan skuamoz hücreli epitelyum hücrelerinden köken alır. Adenokarsinom, tipik olarak serviksin üst seviyelerinde lokalize olmuş glandüler hücrelerden köken alır ve bu durum rutin tarama metotlarıyla teşhis edilmesini güçleştirmektedir (55). Erken dönemde yakalanmış serviks kanserli kadınların 5 yıllık sağ kalım oranları %90'dır (10).

İlk adım serviks kanseri teşhisini doğrulamak ve hangi evrede olduğunu belirlemektir. Serviks kanserinin teşhisi serviksten alınan biyopsi ile konur. Serviks kanseri evrelemesi ise kanserin vücuttaki yayılımını ve serviks dışında bir vücut kısmına sıçrama olup olmadığını tanımlamanın standardize edilmiş bir yoludur. Servikal kanser radyolojik çalışma ve olası diğer tanısal testlere ek olarak pelvik ve rektal muayene sonucu elde edilen bulgulara göre klinik olarak sınıflandırılır (55).

2.5. Serviks Kanserinin Etyolojisi ve Risk Faktörleri

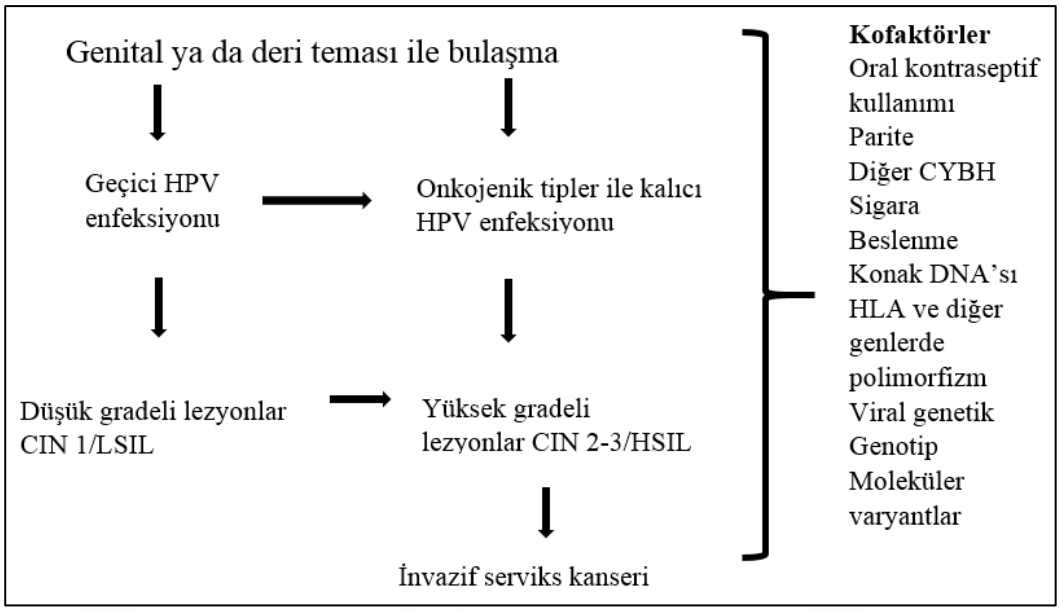
1960 ve 1970'li yıllarda epidemiyolojik çalışmalar serviks kanserinin gelişiminde özellikle Herpes Simpleks Virüsü (HSV) Tip II sorumlu tutulmuş ve yapılan incelemelerle zamanla sorumlu etyolojik ajanın HSV-2 olmadığı anlaşılmıştır

(56). Günümüzde Human Papilloma Virüs'ün (HPV) servikal kanser gelişiminde en önemli etyolojik ajan olduğu üzerinde durulmaktadır (5).

Serviks kanseri, CIN ve HPV infeksiyonu ile ilgili risk faktörleri genelde benzerlik göstermektedirler. Oldukça bulaşıcı olan HPV enfeksiyonunun malign dönüşümünü hızlandıran pek çok risk faktörü vardır. Özellikle servikste sürekli hasar ve yaralanmalara neden olan faktörler bu riski artırmaktadır. Bu faktörler; düşük sosyo-ekonomik düzey, kötü hijyen koşulları (kötü genital hijyen), erken yaşta cinsel yaşama başlama, erken yaşta evlilik, çok eşlilik, cinsel yolla bulaşan diğer hastalıkların (CYBH) varlığı, HPV öyküsü, HIVenfeksiyonu/immonosupresyon, sigara içme, kötü beslenme (özellikle vitamin C ve E, beta karoten ve folik asitten eksik beslenme), çok doğum yapmış olmak (3'den fazla) serviks kanseri risk faktörleri olarak önemini korumaktadır (5, 6, 15, 55).

2.5.1. HPV

HPV papillomaviridae ailesinden, çift sarmal DNA içeren, zarfsız bir virüstür. Deri ve mukozanın epitel hücrelerine yüksek özgüllükte tropizm gösterirler (11, 57). HPV enfeksiyonu cinsel yolla bulaşan hastalıklar arasında en sık görülenidir (50). HPV'nin son yıllarda yapılan çalışmalarla serviks kanseri gelişimi için kilit rol oynadığı anlaşılmıştır (52). Hatta en son yapılan çalışmalar servik kanseri gelişimi için en önemli faktör olduğunu göstermiştir. İnvazif serviks kanserinde HPV pozitifliği %99.8 oranındadır (11). Bilimsel yayınlar HPV varlığının serviks kanseri gelişimi için "gerekli" olduğunu vurgularken "yeterli" olmadığı konusunda birleşmektedir. Artık günümüzde serviks kanseri gelişiminde HPV infeksiyonunun bazı yardımcı faktörlerin etkisi ile kansere yol açtığı kabul görmektedir (Şekil 2.4.) (52, 54).



Şekil 2.4. HPV enfeksiyonunun epidemiyolojisi (52).

HPV Enfeksiyonu Geçiş Yolları

1. Seksüel yolla geçiş: Genital HPV enfeksiyonu geçirenlerin eşlerinde %60-66 oranında genital HPV lezyonları görülebilmektedir. CIN tespit edilen kadınların eşlerinde %64-70 oranında penil HPV lezyonu tespit edilmiştir (52).
2. Ekstragenital geçiş ve fomitler: Genital HPV enfeksiyonu bulaşmasında fomitler gösterilememiş, nongenitel HPV enfeksiyonlarında ise biopsi aletleri ve eldivenlerin fomit olarak rol oynayabileceği üzerinde durulmuştur. Buna ilave olarak lezbiyen ilişki, aynı yatağı, havlu ve banyo malzemelerini kullanmakla da HPV enfeksiyonlarının bulaşabileceği bildirilmiştir (52).
3. Vertikal geçiş: Doğum sırasında alındığı kesin gösterilmiş olan infeksiyon HPV 6/11'e bağlı yenidoğanların nazofarink, ağız ve alın sürüntülerinde HPV DNA(+) olduğu gösterilse de günümüzde doğum sırasındaki bu geçişin HPV enfeksiyonu için yeterli olmadığı görüşü üzerinde durulmaktadır. Neoplastik dönüşüm için de kofaktörlerin gerekliliği açıktır (52).

HPV Tipleri

Günümüze değin 200'ü aşkın HPV tipi saptanmıştır. Genital sistemi enfekte eden yaklaşık 40 HPV tipi mevcuttur ve bunların yaklaşık yarısı yüksek riskli HPV

grubundadır (11, 52, 57). Selim eksofitik kondüloma akuminata olgularında sıklıkla tip 6 ve 11, diğer sık rastlanan tipler ise 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 74, 81 ve 84'tür. Selim HPV suşlarında viral DNA, konak hücre DNA'sına entegre olamamakta, epizomal formda kalmaktadır. Premalign lezyonlar, displazi ve karsinom olgularında ise en sık rastlanan HPV tipi 16, diğer sık rastlanan tipler ise 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 67, 68, ve 73'tür. Bu suşların viral DNA'sı konak hücreni DNA'sına entegre olmaktadır (11, 54).

HPV tipleri serviks kanseri örneklerinde görülme oranlarına göre serviks kanseri gelişimi için yüksek riskli ve düşük riskli olarak gruplandırılmıştır. 3 HPV tipi ise olası yüksek risk grubunda kabul edilmektedir (Tablo 2.2.) (11, 52).

Tablo 2.2. HPV risk grupları (52).

Yüksek riskli (onkojenik) grup	HPV 16,18, 31, 33, 35, 39, 45,51, 52, 56,58, 59, 68, 73, 82
Olası yüksek riskli grup	HPV 26, 53, 66
Düşük riskli grup	HPV 6, 11, 42, 43, 44

Düşük riskli grupta yer alan HPV tipleri servikal kanserle hemen hemen hiç ilişkili değildir ve daha çok dış bölgelerde kondilomlara yol açarak kozmetik sorunlara sebep olurlar (52, 55). Onkojenik grupta yer olan 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 ve 66 HPV tipleri ise serviks kanserleri ile yakın ilgili grubu oluşturmaktadır (52). Yüksek riskli grupta yer alan HPV 16'nın servikal skuamözhücreli kanserde en yaygın tip olmasına karşılık, serviks adenokarsinomlarının en sık etkeni HPV 18'dir (11). CIN I'in etyolojisinde çok çeşitli HPV tipleri yer alırken HPV 16 ve 18, CIN II ve III'ün %50-60'ından sorumlu tutulmaktadır (11).

HPV enfeksiyon sıklığı incelendiğinde 25 yaş öncesi ve 45-50 yaşlarında olmak üzere 2 zirve yapar. Sıklıkla geçici bir enfeksiyondur ve özellikle erken yaşlarda olmak üzere olguların %50-90'ı kendiliğinden iyileşir (53, 54). Servikal infeksiyonu olan olgularda birden fazla tiple infekte olma olasılığı %20-30'dur. Regresyon birden çok HPV tipinin görüldüğü durumlarda daha çok olmaktadır (11).

Cinsel ilişki ile alınan HPV, mukozalardaki mikroskobik yırtıklardan ilerler ve serviksteki transformasyon zonu (T/Z) olarak bilinen sguoma-kolumnar kavşağa yerleşir. Bu kavşakta kolumnar epitel, sguamoz epitele dönmektedir. Sguamoz hücrelerdeki bu immatür metaplazi, HPV'nin onkojenik etkisi çin riskli bir bölge oluşturur. T/Z metaplazisinin en aktif olduğu dönemler fetal dönem, puperteyi takip eden yıllar ve gebelik dönemidir. Bu nedenle servikal kanser gelişiminde ilk koitus yaşı önemlidir (5).

HPV enfeksiyonları serviks lezyonlarının yanı sıra anogenital bölgede vulvada, vajinada, penisde, anüsde intraepitelyal lezyonlara bu lezyonlardan gelişebilecek kanserlerin oluşumunda da rol oynar. HPV enfeksiyonunun epitelin bazal tabakasında başladığı düşünümektedir. Dökülen epitel hücrelerindeki matür viriyonlar mikroabrazyonla bu hücrelere girip, enfekte ederler (11).

Genital HPV Enfeksiyonunun Evreleri

Genital HPV enfeksiyonu latent, subklinik ve klinik evre olmak üzere 3 evreden oluşur.

a) Latent dönem: Bu dönem virüsün bulaşmasından histolojik olarak belirlenebilen lezyonların ortaya çıkışına kadar olan süreyi kapsar. Sitolojik ve kolposkopik olarak hastalık saptanamaz. Ancak PCR teknikleri ile HPV DNA'sı gösterilebilir. Latent dönemin ne kadar süreceği, ileri aşamalara geçip geçmeyeceği çeşitli faktörlere bağlıdır. Enfeksiyon 3 hafta ile 8 ay arasında latent olarak kalabilmektedir (11, 52). Diğer virüslerle bulaşan hastalıklarda olduğu gibi lezyonlar spontan iyileşebilir. Çoğu HPV enfeksiyonu geçicidir ve risk oluşturmadan kendiliğinden yaklaşık 12 ay içerisinde geçer. %10-20 olguda ise HPV persistan kalır ki bu hasta grubunda displaziler, hatta invazif kanser gelişme potansiyeli mevcuttur (50). Yapılan bir çalışmada, erişkinlerde görülen düşük dereceli lezyonların yaklaşık %75'i, adölesanlarda da düşük dereceli lezyonların %90'ının spontan iyileştiği tespit edilmiştir. HPV enfeksiyonu ne kadar uzun süre persiste ederse spontan iyileşme olasılığı o kadar azalmaktadır (11).
b) Subklinik dönem: CIN ve intraepitelyal neoplaziler genelde subklinik evreye ait lezyonlardır. Bu dönem genelde asemptomatiktir, tipik bir

belirtisi yoktur. Serviksteki displastik lezyonlar kanserleşene kadar da genelde bulgu vermez. Kadının belki sulu bir akıntı dikkatini çekebilir. Postkoital kanamalar lezyonlar açısından uyarıcı olmalıdır. Serviks kanseri oldukça yavaş gelişir, böylece belirtisiz dönem yıllar sürebilir. Bu dönemde sitolojik incelemeler ve kolposkopi ile lezyonlar tespit edilebilir. Sitolojinin ön planda tutulduğu çalışmaların metaanalizinde, CIN I olgularının %57'sinin spontan regresyona uğradığı, %31 persiste ettiği, %11'i CIN III'e ve %1 invazif kansere dönüştüğü saptanmıştır. CIN III'den invazif kansere geçişin çeşitli yazarlarca %16-40 arasında değiştiği bildirilmektedir (5, 11, 52).

c) Klinik dönem: Genital kondilom veya invaziv karsinomların görüldüğü ve semptomların ortaya çıktığı dönemdir (11, 57). Bu dönemde anormal kanamalar, kanlı seröz akıntı vb. semptomların olduğu erken dönem belirtileri ve ilerlemiş vakalarda kanserin yayıldığı organa göre kilo kaybı, anemi, sırt, bacak ağrısı, böbrek fonksiyon bozukluğu vb. bulguları içine alan geç dönem belirtileri mevcuttur (5).

2.5.2. Yaş

Daha çok 30-55 yaş grubundaki kadınlarda görülmekle birlikte daha genç kadınlarda da görülmeye başlanmıştır. Özellikle 45-55 yaş grupda sık görülmektedir (5, 54). T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun yayınladığı 2016 Türkiye Kanser İstatistikleri raporuna göre 25-49 yaş gruplarındaki kadınlarda en sık görülen bazı kanserlerin bu grup içindeki yüzde dağılımlarına bakıldığında serviks kanseri %3.6'lık bir oranla meme, troid, kolerektal kanserlerden sonra 4. sırada yer almaktayken, 50-69 yaş gruplarındaki kadınlarda ise %2.3'lük bir oranla 9. sırada yer almaktadır (48).

2.5.3. Cinsel ilişki yaşı

Özellikle menarşa yakın cinsel ilişkiye başlamış olan grup en yüksek riske sahiptir. 16 yaşından önce cinsel ilişkiye başlayanlarda risk çok yüksekken (15), 20-23 yaşlarında cinsel ilişkiye başlayan grupta risk hemen hemen ortadan kalkmaktadır (52). Erken yaşlarda servikal glandüler epitelin yassı hücreli epitele dönüşümünün

aktif olması nedeniyle transformasyon zonu karsinojenlere daha duyarlıdır (50). Buradaki problem; genç kadında aktif transformasyon zonundaki mevcut immatür metaplazinin cinsel ilişki ile bulaşma olasılığı olan etkenlere karşı çok duyarlı olasıdır (52, 55).

2.5.4. Partner sayısı:

Bazı yazarlara göre partner sayısı cinsel ilişki yaşından da önemlidir. Çok eşli olma, eşinin çok eşli olması servik kanseri gelişimi için önemli bir risk faktörüdür (15). Üç ve daha fazla cinsel eş riski artırmaktadır (5). Tek partneri olan kadına kıyasla 10 veya daha fazla partneri olan kadında polimeraz zincir reaksiyonu ile tespit edilen HPV DNA oranının %21'den %69'a çıktığı bildirilmiştir. Erkeğin kondom kullanması durumunda pantner sayısının getirdiği bu risk azalmaktadır. Erkek partnerin çok eşli olması ya da serviks kanserli eşi olması da bu riski artırmaktadır (5, 52, 55).

2.5.5. Sigara

Uzun süreli ve yüksek miktarda sigara içenlerde daha fazla olmak üzere risk yaklaşık iki kat artmaktadır. Bu risk artışı özellikle sigara içmeye devam edenler için söz konusudur. Sigaranın HPV enfeksiyonundan bağımsız olarak serviks epitelinde DNA hasarına yol açtığı gösterilmiştir. CIN II/III hiç sigara içmeyenlere kıyasla sigara içme öyküsü olanlarda 1.7 kat, şu anda sigara içenlerde ise 3.4 kat daha fazladır. Sigara içen kadınlarda diğer kadınlara göre preinvazif ve invazif serviks kanseri görülme olasılığı daha yüksektir. Ancak, adenokarsinomlar ve CIN 1 sigaradan etkilenmemektedir (52). Serviks kanseri ile sigara ilişkisi cinsel yaşam ile igili faktörler kontrol edildikten sonra dahi istatistiksel olarak anlamlı kalmaktadır (6). İsveç'te yapılan toplum bazlı bir vaka kontrol çalışmasında da serviks neoplazisi için HPV'yi dikkate aldıktan sonra sigara içmenin en önemli risk faktörü olduğu görülmüştür (58).

2.5.6. Parite (Doğum Sayısı)

Artan parite kadında beslenme durumunu etkilemesi, hormonların serviks ve HPV replikasyon ve davranışı üzerine etkisi ve doğum sırasındaki servikal travmalar yoluyla servikal neoplazilare yol açabileceği, ilk gebelik yaşı kadar gebelik sayısının da prognostik risk faktörü olarak rol oynadığı bildirilmiştir (5). Üç ve daha fazla doğumla sonuçlanan tam gebelik serviks kanseri riskini artırmaktadır (14, 59). Bunun nedenleri; gebelik sırasındaki kolumnar epitelin eversiyonu sonucunda immatür metaplastik epitel daha çok etkene maruz kalmakta, gebelikteki hormonların (progesteron) etkisi ile HPV onkogenleri indüklenmekte ve malign dönüşüm hızlanmaktadır. Ayrıca gebelikte boşalan maternal folat depolarının servikal tarnsformasyon zonunu HPV gibi etkenlere daha hassas hale getirdiği görüşü de mevcuttur (52).

2.5.7. Düşük Sosyo Ekonomik Düzey, Kötü Hijyen Koşulları

Enfeksiyon ajanları ile karşılaşma olasılığını artıran bir risk faktörüdür (5). Serviks kanseri sosyo ekonomik açıdan düşük gruplarda daha sık gözlenmektedir. Sosyo ekonomik durumun hastalık ile olan ilişkisi incelendiğinde bir kısmının eken yaşta evlilik ve çocuk sahibi olma, kötü hijyen ve beslenme koşulları gibi faktörlere bağlı olduğu kabul edilmektedir (6).

2.5.8. Diet

A, C, E vitaminleri ve beta karotenlerin yüksek miktarda alınmasıyla servikal neoplazilerde azalma olduğu bildirilmiştir. C vitamini için bu oran %60, yiyeceklerle alınan beta karotenlerde de %50'lere ulaştığı bildirilmiştir. OK kullanan ve HPV 16 (+) olan kadınlarda ise folat eksikliğinin CIN gelişimini 5 kat artırdığı iddia edilmektedir (52).

2.5.9. İmmünsupresyon ve Diğer CYBH

HIV (Human Immunodeficiency Virus) pozitif (+) kadınlarda immün sistem baskılandığı için HPV enfeksiyonu ve buna bağlı CIN olguları daha fazla görülmektedir. HPV enfeksiyonu için bu artış 24 kat kadardır. Ancak invazif servikal

kanserde bir artışa rastlanılmamaktadır; bu da hastalığın çok hızlı ilerleyerek ölümlerin başka nedenlere bağlı ortaya çıkmasıyla ilişkilendirilmektedir. HIV ve HIV haricindeki immünsüpresyon serviks kanseri için risk faktörüdür. Siklosporin kullanan renal transplant hastalarında genel popülasyona göre CIS insidansı 13.6 kat artmıştır (50). Cinsel ilişki ile bulaşan diğer pek çok hastalık öyküsü özellikle HPV 16-18, klamidya trikomatis, genital HSV tip II enfeksiyonu serviks kanseri riskini artırmaktadır (10, 52, 53).

2.5.10. Oral Kontraseptif (OK) Kullanımı

Bazı epidemiyolojik araştırmalar 60 aydan fazla OK kullanımının servikal neoplazi ve özellikle de adenokanserler için riski artırdığını göstermiştir ve 6 yıl süre ile kullanım sonunda bu risk artışı 2 katı çıkmaktadır. OK kullanan kadınların barier doğum kontrol metodlarını daha az kullandıkları için riskin arttığı üzerinde durulmaktadır. İnvazif kanser ve CIN 3 ile olan bu ilişkisine karşın, özellikle CIN 1 ile OK kullanımı arasında bir ilişki gösterilememiştir (52). OK'in etkileri şu şekilde özetlenebilir;

*OK kullanımına bağlı kolumnar epitelin eversiyonu hızlanmakta ve immatür metaplastik epitel böylece karsinojenlerle karşı karşıya kalmaktadır.

*OK'ler folat düzeyini azaltarak serviks epitel hücrelerinde megaloblastik değişikliklere yol açmakta ve CIN gelişimi ve invazif kanser gelişimi ortaya çıkmaktadır.

*OK içindeki hormonlar bazı viral onkoproteinlerin sentezini artırıcı rol oynamaktadır (52).

2.5.11. Diğer Risk Faktörleri

Irk (yahudilerde az siyahilerde sık görülür) (53), anormal Pap smear hikayesi, eşte prostat ve penis kanserinin olması, düzenli Pap smear yaptırmama, anne ya da kız kardeşde serviks kanseri öyküsü olması (55) ve daha önce tarama yapılmamasıdır (14, 15).

2.6. Servikal Kanserin Belirti ve Bulguları

Serviks kanseri 45-55 yaşlarında sık görülür ve ortalama görülme yaşı 52'dir. Olguların yaklaşık %20 kadarı herhangi bir klinik bulgu vermez ve tanı ancak vajinal smear ve kolposkopik incelemeler sırasında konulur. Serviks kanseri ilerledikçe çeşitli belirtiler ortaya çıkar ve genellikle hastalık bulgu vermeye başladığında 1b veya daha ileri seviyededir (53). İnvazif serviks kanserinin erken dönem belirtileri ve malignensinin yayıldığı organa göre değişen geç dönem belirtileri vardır. Bunlar;

Erken dönemde ortaya çıkan belirtiler

1. Adet arası kanama, menepoz sonrası kanama gibi anormal vajinal kanamalar
2. Cinsel ilişki (koitus) sonrası, muayene sırasında ortaya çıkan dokunma kanamaları
3. Seröz, kötü kokulu ve devamlı vajinal akıntı
4. Kanlı akıntı
5. Aşırı kanamalı ve daha uzun süren mensturasyon (5, 53, 55).

Geç dönemde ortaya çıkan belirtiler

Metastaz yapmış daha ileri serviks kanseri vakalarında geç belirtiler malinnensitenin yayıldığı organ ile ilgilidir. Bunlar; sırt ağrısı, yan ağrısı, bacak ve kasık ağrısı, yorgunluk, bitkinlik, iştah kaybı, kilo kaybı, fistüllere bağlı vajinadan idrar ve dışkı kaçağı, alt ekstremitelerde ödem, yoğun vajinal hemoraji, üreter obstriksüyonu sonucunda böbrek fonksiyon bozukluklarına bağlı belirtiler, anemi v.b. belirtilerdir. Serviks kanserinin en sık görülen iki semptomu anormal vajinal kanama ve akıntıdır. Postkoital kanamalar, asiklik kanamalar veya aşırı menstürel kanamalar görülürken özellile ileri evrelerde nekrotik materyal içerikli kötü kokulu akıntılar görülebilir (5, 53, 54, 55).

2.7. Serviks Kanserinde Tanılama ve Klinik Sınıflama

Evre 1a ve bazen 1b hastalarında tanı vajinal smear kontrolleri sırasında tesadüfen koyulur. Özellikle preklinik dönemde saptanan şüpheli veya pozitif vaginal

smear sonucunda kolposkopi ile yönlendirilmiş biyopsi, loop eksizyon veya konizasyon tanı koydurucu yöntemlerdir. Servikal kanser tanılandıktan sonra genel anestezi altında klinik muayene, inspeksiyon palpasyon, biyopsi, endoskopik muayene, radyolojik inceleme ve ultrasonografiden elde edilen bilgiler ışığında kanser klinik olarak derecelendirilir (Tablo 2.3.). İyi bir evreleme için ilk şart genel anestezi altında yapılan bimanuel rektovajinal jinekolojik muayenedir. Hastalığın evresi diğer kanserlerde olduğu gibi serviks kanserinde de prognozu etkileyen en önemli faktördür. Evre ilerledikçe tedaviye verilen yanıt azalmaktadır. Evre I'de beş yıllık sağkalım oranı yüksekken (%80), evre IV'te bu oran %10'lara kadar düşmektedir (53). Hastalığın yayılımının saptanması için diagnostik testlere ek olarak göğüs ve iskelet radyografisi, IV pyelografi, baryumlu lağman, CBC ve kan kimyası değerlendirilir. Yükselmiş karaciğer enzimleri için karaciğer tomografisi istenebilir. Hastalığın yayılımının saptanması ve tedavi sonrası değerlendirmede ultrasonografi, CT ve MR kullanılır (5).

Tablo 2.3. Serviks kanseri için klinik sınıflama (FIGO 1995) (5, 54).

Evre		Tanım
Evre 0		İntraepitelyal karsinoma, karsinoma in situ
Evre I		Kanser serviksi bütünü ile tutmuştur.
	Ia	İnvazif kanser sadece mikroskobik olarak tanılanır. İnvazyon sınırlıdır.
	Ia1	Mikroskopik olarak tanımlanmış minimal (3mm'nin altında) stromal invazyon
	Ia2	Mikroskopik olarak ölçülebilir lezyon (3-5 mm stromal invazyon, invazyon derinliği ve horizantal yayılımı 7 mm den az tümör)
	Ib	Klinik lezyonlar serviksi tutmuştur ya da preklinik lezyonlar 1a2 den daha büyüktür.
	Ib1	Klinik lezyonlar 4 cm'den küçüktür.
	Ib2	Klinik lezyonlar 4 cm'den daha büyüktür.
Evre II		Karsinoma serviksin dışındadır fakat henüz pelvik duvara ulaşmamıştır.
	IIa	Parametrial tutulum yoktur**.** Karsinoma 1/3 alt kısım hariç vajinaya ulaşmıştır.
	IIb	Parametrial tutulum vardır fakat kemik pelvise kadar tutulum ilerlememiştir.
Evre III		Tümör 1/3 alt vajinaya ve kemik pelvise kadar ilerlemiştir.
	IIIa	Tümör 1/3 alt vajinaya ilerlemiştir.
	IIIb	Tümör kemik pelvise kadar ilerlemiş ve/veya böbrekte hidronefroz ve böbrek fonksiyon bozuklukları mevcuttur.
Evre IV		Tümör pelvis dışına yayılmıştır.
	IVa	Komşu organlara (rektum, mesane mukozası) yayılım mevcuttur.
	IVb	Uzak organlara yayılım mevcuttur.

2.8. Serviks Kanserinde Tedavi

İnvazif kanser tanısı konulduktan sonra tedavi kanserin evresi, kadının yaşı, genel tıbbi durumu, kanserin genişliğine ve herhangi bir komplikasyon bulunma durumuna göre belirlenir (5, 54). Serviks kanserinin tedavisi cerrahi ve radyasyon tedavisi olmak üzere iki başlık altında toplanabilir. Olguların çoğunda bu iki tedavi şekli birlikte uygulanmaktadır ve bazı durumlarda tedaviye kemoterapi eklenebilir (5, 53).

Evre 1a tümörlerinde Tedavi

Bu evrede tedavi cerrahidir. Evre 1a1 ve genç/fertilitesini tamamlamamış yani doğurganlığın devamını isteyen kadınlarda, hastanın da kararı ile konizasyon uygulanabilir (5, 54). Evre 1a1 genç fakat fertilitesini tamamlamış kadınlarda ise basit histerektomi (abdominal ya da vajinal yoldan overlerin bırakılarak uterus ve serviksin cerrahi olarak çıkarılması işlemi) uygulanır (5).

Evre 1b1 ve 2a Tümörlerinde Tedavi

Bu olgularında radikal histerektomi cerrahi tipleri tercih edilen tedavi şeklidir. Bunun yanında primer olarak ya da cerrahi sonrası radyoterapi de uygulanabilir. Evre 1b1 ve 2a tümörlerinde kullanılan histerektomo tipleri;

a) Tip II (Modifiye radikal histerektomi): Uterusla birlikte kardinal ve sakrouterin ligmanın iç yarısı ve vajenin üst 1/3'lük bölümünün çıkarılmasını ifade eder.
b) Tip III (Radikal histerektomi): Uterusla birlikte karinal ve sakrouterin ligmanın tamamı ve vajenin üst 1/3'lük bölümünün çıkarılmasını ifade eder.
c) Tip IV (Geniş radikal histerektomi): Uterus ve yukarıda sayılan bağları ile birlikte tüm periuretral dokunun ve vajenin dörtte üçü çıkarılır.
d) Tip V (Pelvik ekzantrasyon): Tip IV'te çıkarılanlara ek olarak distal üretra ve mesane çıkarılır (5, 54).

Evre 1b2 Tümörlerinde Tedavi

a) Radikal Histerektomi*:* Evre 1b2 tümörlerinde uygulanan tedavilerden biri radikal histerektomidir. Ancak olguların önemli bir kısmında cerrahi sınırda tümör, lenfatik yayılım ve lenfovasküler alan invazyonu görüldüğünden standart tedavi radikal histerektomiye eş zamanlı radyo-kemoterapidir (5, 54).
b) Radyoterapi: Serviks kanserinin tedavisinde en sık uygulanan tedavi şekli olmakla oldukça önemli bir yere sahiptir. Primer ya da postoperatif olarak kullanılır. Serviks kanserinin her evresinde radyoterapinin yeri vardır ve günümüzde eşzamanlı kemoterapi ile birlikte kullanılmaktadır (54).
c) Kemoterapi: Kemoterapi tedavisinde radyoterapiden 4 saat önce cisplatin tek ajan olarak kullanılabildiği gibi kombine ajanlar (fosfamid+cisplatin, flourourocil+cisplatin gibi) kullanılmaktadır (5).

2.9. Serviks Kanserinden Korunma ve Erken Tanı

2.9.1. Korunma

Tüm kanser türlerinde olduğu gibi serviks kanseriyle savaş; korunma, erken tanı ve tedavi olmak üzere 3 ana unsur üzerinde birleşir (51). Korunma programları primer, sekonder ve tersiyer korunma programları olarak 3 boyutta ele alınırken bunlardan en önemlisi primer korunma programıdır. Primer korunma kanserle ilişkili olduğu bilinen madde ve alışkanlığın kanser tanısı konmadan önce önlenmesidir. Sekonder korunma erken tanı ve prekanseröz lezyonların invaziv hale gelmeden tedavi edilmesi stratejisine dayanırken, tersiyer korunma klinik bulgu sonrası hastanın uygun şekilde tedavi edilmesi ve rehabilitasyonun sağlanması süreci olarak tanımlanmaktadır (14).

Bütün hastalıklarda birincil korunma yaklaşımları daha etkilidir. Primer korunma karsinojenlerden uzak durmakla, aşılama yöntemleri ve sağlık eğitimi ile sağlanır (14). Birincil korunmada sağlığı geliştirecek politikaların yanısıra kanseri meydana getiren etken ya da risk faktörlerinin bilinerek uzak durulması ya da özel önlemlerin alınması esastır (5, 10). Kanserlerin oluşumunun nedenleri incelendiğinde çok etkenlidir ve bilinen nedenlere bakıldığında genetik olabileceği gibi, çevresel

etkenlere de bağlı olabilir ya da çevresel olup toksik maddelere değil de insan davranışlarına bağlı olarak da ortaya çıkabilir. Bilinen kansorejenler içinde büyük çoğunluk insan davranışlarına bağlı olanlardır (1). Bu bağlamda riskli cinsel davranışlara yönelik toplum ve sağlık çalışanlarında farkındalığın artırılması, eğitim, sigara ile mücadele, kişilerde olumlu ve istendik sağlık davranışlarının geliştirilmesi, etkili ve maliyeti uygun HPV aşısının geliştirilmesi ve uygulanması gibi tedbirler önemlidir (15). Servikal kanserden korunmada risk faktörleri ve erken belirtiler konusunda bütün kadınlar aydınlatılmalı siklus dışı ve anormal kanamalara dikkat edilmelidir. Koitus sonrası lekelenme kanamaları kanserin erken belirtisi olabileceğinden gözardı edilmemelidir (10).

2.9.2. Serviks Kanserinde Erken Tanı ve Tarama

Sekonder korunma, erken tanı ve prekanserözlezyonların invaziv olmadan tedavi edilmesi olarak tanımlanabilir (14). Servikal kanser morbidite ve mortalitesinin yüksek olmasının yanı sıra erken tanı yaklaşımının da oldukça başarılı olduğu ve erken yakanlandığı zaman tedavi edilebilen bir kanser türüdür (11). Erken tanı servikal kanserlerde tedavi şansını hemen hemen %100'e çıkarırken servikal kanser ile ilgili ölümleri de %50 azaltmaktadır (5). Dünya Sağlık Örgütü Ulusal kanser kontrol proğramları klavuzunda hem erken tanı hem de tarama proğramlarının uygulanmasını önerdiği kanserlerden birisi de serviks kanseridir (15). Erken tanıda da risk gruplarının zamanında taranması çok önemli yer tutmaktadır (51).

İkincil koruma önlemleri içerisinde yer alan "Tarama" kelime anlamı olarak tehlikeye karşı ve tehlikeden korunma demektir (16). DSÖ'nün tanımına göre tarama; sonuçları çabuk alınabilen ve kolay uygulanabilen pratik yöntemler kullanarak, toplumda görünüşte sağlıklı fakat sağlık problemine sahip olma olasılığı olan bireylerin belirlenmesidir, diğer bir deyişle sağlık problemi olan bireylerin sağlıklı bireylerden ayrılmasıdır (60). Tarama proğramları sayesinde hastalığı taşıyan kişilerin erken dönemde yakalandığında iyileşmesi ve tedavisi ileri evre hasta kişilerin tedavisiden daha kolay ve maliyet etkilidir (8).

Genital kanserler ve diğer kanserler içinde en etkin şekilde taranması mümkün olan kanser serviks kanseridir (51). Serviks kanseri için taramanın amacı ise hastalığı tedavi edilebilir malign veya premalign evrede yakalamaktır (16). Serviks

tümörlerinin çoğunun başlangıcı kademeli şekilde gerçekleşmektedir. Serviks kanserinde öncü lezyonların invaziv kansere ilerleme süresi yaklaşık 10-20 yıl gibi bir süreyi bulmaktadır (11). Serviks kanserinin uzun bir preinvaziv döneme sahip olması, Pap smear test gibi kullanışlı sitolojik tarama yöntemlerinin kullanılması ile preinvazif lezyonların etkin şekilde tedavi edilebilmelerini sağlayarak serviks kanserini önlenebilir kılmaktadır (5, 11). Düzenli servikal sitolojik tarama programları ile preinvaziv lezyonlar geriye dönebilecek aşamada yakalanabilir ve preinvaziv dönemde yakalanan olgularda tedavi şansı oldukça yüksektir (11). Pap test ile servikal neoplazilerin %90'ı erken dönemde teşhis edilebilmektedir ve erken tanı servikal kanserde tedavi şansını hemen hemen %100'e çıkarabilmektedir (5).

Tarama, çoğu semptomsuz olan kadınlarda servikste tedavi edilmediği takdirde kansere dönüşecek olan pre-kanseröz değişiklikleri tespit etmeyi amaçlamaktadır. Periyodik kontrol ve taramaların yapıldığı gelişmiş ülkelerde servikal kanser insidansı ve ölüm oranlarının azaldığı bilinmektedir (11, 16). Serviks kanseri ile mücadelede Finlandiya örneği incelendiğinde 1960'lardan beri yapılan organize tarama programı sayesinde serviks kanserinin insians ve mortalitesinde azalma (%75-85 oranında) sağlanmıştır (15). Yıllık Pap smear taramasının bir kadının serviks kanserinden ölme riskini binde dörtten, on binde beşe düşürdüğü (%90 azalma) tahmin edilmektedir (11). Bunun için risk grubundaki tüm kadınları hedefleyen ülke çapında uyarlanabilecek etkili tarama proğramları geliştirilmeli ve temel sağlık hizmetlerine enteğre edilmelidir (15).

Pap smear testi, HPV DNA testi, görsel inspeksiyon (asetik asit ile) önerilen tarama testleridir. Dünya Sağlık Örgütü serviks kanseri ile ilgili önerileri hedef yaş grubundaki her kadın için en az 1 kez tarama yapılmasını önermektedir ve 30-49 yaş taramanın en yararlı olduğu dönem olarak ifade etmektedir (17). Ülkeler içinde bulundukları koşulları göz önünde bulundurarak uygulayabilecekleri etkinliği yüksek bir tarama proğramı benimsemektedirler. Bu testlerden Pap smear test birçok ülkede 1950'lerden beri kullanılan ve büyük popülasyonlarda kullanımı kolay bir testtir. Gelişmiş ülkelerde uygulanan sitoloji tabanlı tarama proğramları sayesinde serviks kanseri insidansını ve mortalitesini azalttığı gösterilmiştir (15, 61). Tarama programlarının uzun süredir uygulandığı ülkelerde son 40 yılda servikal kanser

hızları %65 oranında azalmıştır. Örneğin, Norveç için 1970'te servikal kanser mortalite hızı 100.000'de 6.3 iken, 2011'de 100.000'de 1.5'tir (3).

Günümüzde her ülkeye adapte edilebiecek net bir servikal tarama stratejisi bulunmamakla birlikte, tarama sıklığı ülke şartlarına göre 2, 5, 10 yılda bir ya da kadın hayatında 1 kez olabilir. Bununla birlikte pek çok ülke için; yeterli kalite sağlanması koşulu ile 2 yılda bir smear ya da 3 yılda bir co-testing (Pap smear + HPV) veya 30 yaşından önce başlamamak kaydı ile 5 yılda bir primer HPV testi ile tarama önerilmektedir (8). Ancak kesin öneri, hedef yaş grubundaki her kadının en az bir kez uygun yöntemle taranmasıdır (8, 17).

Amerikan Kanser Derneği ise serviks kanseri taraması ile ilgili 2 kılavuz açıklamıştır. Bunlar;

1. * 21 yaşında taramaya başlanmalıdır.
   * 21-29 yaş arasında her 3 yılda bir Pap smear (HPV bu yaş aralığında tarama amaçlı kullanılmaz)
   * 30 yaşında sonra her 5 yılda bir Pap smear + HPV (co test)
2. Başka bir opsiyon da 30-65 yaş arasında her 3 yılda bir Pap smear yapılmasıdır (62).

Tarama çalışmalarında verimliliğin artırılması için taramanın risk gurupların yöneltilmesi önem taşımaktadır. Serviks kanseri bütün kadınlarda görülebilirse de özellikle erken evlenen veya birden çok partneri olan kadınlar daha fazla risk taşımaktadırlar. Ayrıca erken tanıda tarama çalışmalarının kanserin invazif duruma geçmesinden önceki dönemde yapılması daha uygun olacaktır (6). Belirti verdiğinde genellikle ilerlemiş olduğu için geç teşhis edilen bir kanserdir. Erken lezyonlar pelvik muayene sırasında gözden kaçabilmektedir (53). Tarama testleri pozitif veya kanser şüphesi olarak geldiği zaman kesin tanı için ikinci aşamaya geçilir ve kolposkopi ve/veya biyopsi yapılır (15).

2.9.3. Serviks Kanserinde Tarama İçin Kullanılan Testler

Sitoloji

Tarihde ilk sitolojik çalışmalar 1840'lı yıllarda Wirchow tarafından başlatılmış ve materyalin kolay elde edilebilirliği sebebi ile genital sistemi üzerinde yoğunlaşmıştır. 1927 yılında Babes tarafından serviks kanserinin sitoloji ile tanı alabileceği ilk kez ileri sürülmüştür. Aynı yıllarda Papanicolaou insan vajinasının hormonal matürasyonunu araştırırken serviks kanserli hastalarda vajinal sıvıda tümör hücrelerinin varlığını keşfetmiş ve bu inceleme yöntemi Pap smear olarak tanıtılmıştır (11, 16).

Pap smear test dökülen servikal hücrelerin toplanıp incelenmesi esasına dayanan sitolojik bir tarama testidir ve bu testde alınan dökülmüş hücrelerdeki morfolojik değişiklikler incelenir (63). Bu sitolojik tarama testi sayesinde henüz semptomatik hale gelmemiş olan preinvazif ve erken invazif servikal lezyonlar saptanır. Serviks kanseri erken tanısı için servikal yayma (smear) testi başarı ile kullanılmaktadır. Bu testin duyarlılık ve seçiciliği oldukça yüksektir (6). Pap smear testleri konvansiyonel ya da sıvı bazlı olarak yapılabilir (23).

Konvansiyonel Pap Smear

Pap smear testi dökülen servikal hücrelerin toplanıp incelenmesi esasına dayanan sitolojik bir tarama testidir. Bu sitolojik tarama testi ile henüz semptomatik hale gelmemiş olan preinvazif ve erken invazif servikal lezyonlar saptanır (23). Birçok ülkede 1950'lerden beri kullanılmaktadır. Gelişmiş ülkelerde uygulanan sitoloji tabanlı tarama programları ile kanser mortalitelerinde önemli azalmalar sağlanmıştır. Testin sensivitesi (%38-84) düşük olmasına rağmen spesifitesi (%90'ın üzerinde) oldukça yüksektir. Spesifitesinin yüksek olması, uzun süredir kullanılan ve etkisi kanıtlanmış bir test olması, kabul edilebilir olması, işlem sonuçlarının kayıtlarının tutulması kolay olması, diğer testlere göre nispeten daha ucuz olması testin güçlü yönleridir. Hemen sonuç alınamaması, izlem gerektirmesi ve kaliteli labatratuvar gerektirmesi ise testin sınırlılıklarıdır (15). Pap smearin tanısal doğrulğunu artırmak için HPV genotiplendirmesi, sıvı bazı Pap smear hazırlanması otomatik sitolojik tarama gibi yenilikler başlatılmıştır (13).

Sıvı Bazlı Sitoloji

İngiltere gibi bazı gelişmiş ülkelerde tarama testi olarak kullanılmaktadır. Sensitivitesi yaklaşık %70 civarındadır. Ek eğitim gerektirmesi, labaratuvar aşamasının daha uzun sürmesi ve yüksek maliyet gerektirmesi testin sınırlılıklarıdır (15). Sıvı bazlı Pap testi avantajı ise sitolojik incelemeye ek olarak HPV serolojik incelemesine olanak tanımasıdır (11).

Pap smear testi şu anda en başarılı kitle tarama programlarından birisidir. Tarama programlarının uygulandığı ülkelerde bu hastalığın insidans ve mortalitesinde önemli azalma gözlenmiştir. Yanlış negatiflik oranı çeşitli yayınlarda yaklaşık yaklaşık %20 (%3-30) olarak belirtilmektedir. Eğer örnek uygun alınmışsa preparatlar doğru hazırlanmışsa ve spesmen doğru değerlendirilmişse %90-95 oranında doğru sonuç verir (13). Yanlış negatiflik oranları yüksek olmasına rağmen kullanılmaya başlandığı yıllardan bu yana servikal kanser mortalite ve insidansında önemli düzeyde azalmalar görülmüştür. ABD rakamlarına göre yılda yaklaşık 13000 kişi serviks kanserine yakalanmakta ve yapılan retrospektif incelemelerde hastaların %50'sinin daha önce hiç Pap smear yaptırmadığı görülmektedir (50).

Vajinal Smear'de Örnekleme –Hazırlama Yöntemleri ve Yeterlilik

Pap smear testinin yanlış negatiflik oranı yaklaşık %20 civarında olmasına karşın uygun koşullarda alınıp saklanan, hazırlanan ve doğru değerlendirilen preparatlarda %90-95 doğru sonuç verir (13). Sitoloji için alış tekniği çok önemlidir. Bunun için hasta önceden eğitilmeli, bir gün önceden vajinal duş ve cinsel ilişki yasaklanmalı, bir hafta önceden de her türlü vajinal ilaç kesilmelidir. Smear alan kişi tecrübeli ve iyi yetiştirilmiş personel olmalıdır. İyi bir sitolojik değerlendirme için tekniğine uygun alışın yanında, eğitimli ve tecrübeli sitoloğların varlığı değerlendirme hatalarını en aza indirmesi açısından önemlidir (16). Bununla birlikte materyalin örnekleme yeri ve tekniği, yayma, fiksasyon ve boya kalitesi gibi faktörler smear'in başarısını etkilemektedir. İdeal bir vajinal smer için American Medical Association tarafından bildirilen bazı koşullar;

1. Smear alınacak hasta işlemden 24 saat öncesine kadar herhangi bir vajinal temizlik ya da ilaç uygulaması yapmamış olmalıdır.

2. Spekulum uygularken kayganlaştırıcı madde kullanılmamalı, örneklemeden önce pelvik muayene yapılmamalıdır.
3. Smear alınırken serviks ve vajinanın üst bölümü tam olarak görülmelidir.
4. Hem ektoserviks hemde endoserviks örneklenmelidir.
5. Ektoserviks Ayre spatula, endoserviks ise fırça, pamuklu çubuk veya sivri uçlu spatula ile örneklenir.
6. Örnek alındıktan sonra hemen lam üzerine yayılmalı ve yayamanın ince olmasına dikkat edilmelidir. Endoservikal ve ektoservikal örnekler aynı lama yayılabileceği gibi farklı lam üzerine de yayılabilirler.
7. Yayma hazırlandıktan sonra kurumadan fikse edilmelidir. Fiksasyon için %95'lik etanol veya sprey fiksatifler kullanılmalıdır.
8. Postmenopozal kadınlarda endometrial hücrelerin saptanabilmesi için vajinal havuzda (posterior forniks) toplanan hücreler veya endoservikal aspirasyon materyal incelenmesi önerilebilir (64).

Pap smearın tanısal doğruluğunu artırmak için HPV genotiplendirmesi, sıvı bazlı Pap smear hazırlanması ve otomatik stolojik tarama gibi yenilikler başlatılmıştır (13).

Pap Test Değerlendirmede Kullanılan Sınıflamalar

Değerlendirilen sitolojik preparatın tanımlanmasında kullanılan ve zaman içinde değişen sınıflama sistemleri mevcuttur. Sitolojik materyaldeki hücreler malignite kuşkusunun yüksekliğine göre derecelendirilerek Papanicolaou (Pap) klasifikasyonu olarak anılan ilk sitolojik terminoloji kullanılmıştır. Bu sınıflama aşağıdaki gösterildiği gibi beşe ayrılmaktadır (64). Bunlar;

Class I: Atipik veya anormal hiçbir hücrenin olmadığı durumlar (normal)

Class II: Malignite bulgusu olmaksızın atipik hücre varlığı (enfeksiyon)

Class III: Sitolojik bulguların malignite şüphesi uyandırması (şüpheli)

Class IV: Kuvvetle malignite düşündüren bulguların varlığı (karsinoma in situ)

Class V: Kesin malignite düşündüren hücrelerin varlığı (kanser) (16,64).

Pap sınıflaması eksikliklerine rağmen günümüze dek kullanımda kalabilmiştir. Sonraki yıllarda tanınlanan yeni sitolojik terminolojiler olmuştur. 1956 yılında Reagen ve arkadaşları normal servikal epitel ile in situ karsinom arasında kalan epitel değişikliklerini tanımlamak için ilk kez displazi terimini kullanmışlar ve epitel içindeki yaygınlığına göre hafif, orta ve ağır olmak üzere 3 gruba ayırmışlardır. Ancak 1960'lı yıllarda dizplazi ve insitu karsinomun aynı spektrum içinde yer aldığı ağır displazi ve in situ karsinomun histopatolojik olarak ayrımının subjektif ve gereksiz olduğu anlaşılmıştır. Aynı yıllarda bundan yola çıkan Richart serviksin skuamoz hücreli karsinoma prekürsör olan lezyonlarını servikal intraepitelyal neoplazi (CIN) olarak isimlendirmiş (64).

Servikal intraepitelyal neoplazi (CIN) serviksteki anormallikleri tarif eden bir terimdir. CIN, epiteldeki anormal selüler tabakalanmanın genişliğine göre 1, 2, 3 olarak sınıflandırılmıştır (11). Bu sınıflamada kullanılan neoplazi terimi bazı araştırmacıların hafif displazi ile karsnoma insitu arasındaki tüm lezyonların neoplastik olarak değerlendirilemeyeceği kanısı ile eleştirisine sebep olmuştur. Bununla beraber CIN sınıflaması jinekolog ve patologlar arasında terminoloji birliği oluşturması bakımından önemlidir. Bu sınıflamaları 1988'de tanımlanan ve 1991'de son şekli verilen Bethesda sistemi izlemiştir. Bu sistemde HPV enfeksiyonuna bağlı lezyonlar da sınıflama içine alınmış ve CIN yerine skuamoz intraepitelyal lezyon (SIL) tanımlaması kullanılmıştır. Bethesda sisteminin getirdiği en önemli yenilik smearlerin yeterlilik düzeyinin raporlarda belirtilmesidir (64).

Bethesda sisteminin 1988 yılında jinekopatolojiye girmesi ile preinvazif lezyonların sınıflamasına ASCUS, LSIL, HSIL AGUS tanımlamaları girmiştir (50).

1. ASCUS (*Atipical sguamous cells of undertermined sügnificance/Önemi belirlenemeyen atipik skuamoz hücreler)*: ASCUS katogorisi benign hücresel değişiklikler ile SIL ve karsinom düşündüren sitolojik değişiklikler arasındaki gri zonu ifade edmek amacıyla konulmuştur. Sitologun tanıyı tam olarak belirleyemediği, reaktif değişiklikler ile CIN arasındaki durumları tarif etmektedir (50, 64).

2. LSIL *(Low Grade Skuamoz intraepitelyal lezyon/Düşük dereceli skuamoz intraepitelyal lezyonlar):* HPV'ye bağlı hücresel değişiklikleri ve CIN1/hafif displaziyi ifade eder (64).
3. HSIL *(High Grade Skuamoz intraepitelyal lezyon/Yüksek dereceli skuamoz intraepitelyal lezyonlar):* Orta ve ağır displazi, İnsitu Ca/CIN II ve CIN III'ü ifade eder (64).

AGUS *(atipical glandüler cells of undeterminedsignificanse/ önemi belirlenemeyen atipik glandülar hücreler):* Normal glandüler hücreler ile invazif adenokarsinoma arasındaki kategoridir (50, 64).

Günümüzde Betesda sistemi çoğu patoloji labaratuvarı tarafından kullanılan standart sınıflama sistemi haline gelmiştir (13). Aşagıdaki tabloda vajinal smearleri değerlendirmede kullanılan sınıflama sistemlerinin karşılaştırılması mevcuttur (Tablo 2.4.).

Tablo 2.4. Vajinal smearleri değerlendirmede kullanılan sınıflama sistemlerinin karşılaştırılması (64).

Pap Sistemi	Klasik Sınıflama	CIN Sınıflaması	Bethesda Sistemi
Class I	Normal	Normal	Normal
Class II	Skuamoz atipi	Atipik	ASCUS
Class III	Hafif displazi	CIN I	LSIL
Class IV	Orta displazi	CIN II	HSIL
Class V	Ağır displazi	CIN III	HSIL
	İn situ Ca	CIN III	HSIL
	Kanser	Kanser	Kanser

Pap smear testin normal çıkması alınan sürüntüde kanser öncülü hücrelerin olmadığını ifade eder. Bu sonuçlar serviks kanseri olmadığını ya da ileride olmayacağını garantilemez, kişi rutin taramalarına devam emelidir. Anormal sonuç ise Pap smearde anormal hücrelerin (ASCUS, LSIL, HSIL, Atipik glandüler hücreler vb.) görülmesidir. Bu sonuçlar kanser tanısı değildir, ancak kişinin tekrar değerlendirilmesi gerektiğini gösterir. Kısaca test sonucunun pozitif veya kanser şüphesi şeklinde gelmesi durumunda ileri tetkikler gereklidir ve tedavi gerektiren bir sorun olup olmadığını belirlemek için serviksin ayrıntılı muayenesi şarttır. Bu amaçla kişinin tanı amaçlı kolposkopi ve biyopsi için ileri merkezlere sevk edilmesi

gerekmektedir (15, 23). Preinvazif dönemdeki intraepitelyal değişiklikler sitolojik inceleme ile saptandıktan sonra ikinci aşamada kolposkopi eşliğinde alınan doku biyopsi ile doğrulanır (5, 11). Doku biyopsisi ya "Punck (delgi) biyopsisi", ya da "Cone biyopsisi (koni şeklinde serviksin çıkarılması)" şeklinde yapılır (10). Kolposkopi ve biyopsi sonucunda prekanseröz lezyon veya invaziv kanser tespit edilirse uygun tedavi ve tedavi sonrası gerekli izlemler yapılmalıdır (15).

Görsel Muayene (Serviksin direkt gözlenmesi/Kolposkopi)

Serviks kanserinin erken tanısında sitolojiden sonra 2. yöntem direkt olarak serviksin gözlenmesidir ve bu işlem kolposkopla yapılmaktadır. Kolposkop 1925'de Hinselman tarafından bulunmuş 40 kata kadar büyütme yapabilen parlak ışıklı bir stereoskopik mikroskoptur (5, 16). Sitoloji bir labaratuvar metodu olmasına karşın kolposkopi klinik bir yöntemdir ve dokudaki metobolik ve biyokimyasal değişiklikleri yansıtan terminal vasküler ağdaki değişmeleri değerlendirir (16, 63). Kolposkopik inceleme için "Klasik teknik" ve "Salin tekniği" olmak üzere 2 teknik kullanılmaktadır;

1. Klasik Teknik: Serviks önce sırayla 6-10 ve 16 büyütme ile incelenir, gerekirse bu arada smear alınabilir. Sonra mukus kuru bir tamponla silinir ve daha sonra serviks iki teknikden (asetik asit ya da lügol solüsyonu) biri ile boyanarak kolposkop ile incelenir.
    a) Asetik Asit Testi (VIA); Servikse 5 saniye süre ile %3 veya 5'lik asetik asit (VIA) pamuk yardımı ile uygulanır Asetik asit'in bu etkisi nuklear protein varlığına bağlıdır. Uygulama sonrası serviks 6-16'lık büyütme ile incelenir. Normal epitel subepitelyal kapiller pembe renkli görülürken anormal epitel beyaz renkte görülür (16, 50, 63). Kolposkopide amaç bu beyaz sahalardan biyopsi almaktır (63).
    b) Schiller İyot Testi (VILI): Serviks lügol solüsyonu (Schiller solüsyonu) ile boyanır. Boyama sonrası serviks 6-16'lık büyütme ile incelenir. Normal matür skuamoz epitel glikojen bakımından zengin olduğu için boyanarak koyu kahverengi- siyah arasında bir renk alır, kolumnar epitel ya da anormal skuamoz epitel iyotu tutamadığı için boyanmadan beyaz kalır. Bu sahalar biyopsi alınması gerelen şüpheli sahalardır (16, 50, 63).

2. Salin Tekniği: Salin tekniğinde kuru gazlı bezle servikal mukus çıkarıldıktan sonra serviks normal serum fizyolojikle yıkanarak damar yapısı daha kolay görülür hale getirilir. Daha sonra da yüksek büyütme ile yeşil ışık filtresi kullanılarak incelemenin yapıldığı tekniktir (16, 50, 63).

Orta ya da ciddi displazi ve invazif kanser ya da adenokarsinoma şüphesi olan smearlar direk kolposkopik incelemeye alınmalıdır. Düşük dereceli ve boderline displazilerde 4-6 aylık smear takibi önerilir. Takip eden smearlerde 2-3 kez anormal sonuç ile karşılaşılırsa yine kolposkopik inceleme yapılır. Bunun yanısıra smear yapılsın ya da yapılmasın veya normal sonuç çıkmış vakalarda çıplak göz muayenesinde anormal servikal lezyon ve patoloji gözlendiği takdirde direk kolposkopi önerilir (50).

Lezyonun yerinin saptanabilmesi, hastaya sonucun hemen verilebilmesi, diğer testlerle kombine edilebilmesi, tanıyla eş zamanlı tedavi olanağı olması kolposkopinin güçlü yönleriyken, eğitilmiş hekim ve özel aletler gerektirdiğiden pahalı olması, tarama için spesifitesinin düşük olması zayıf yönleridir (15, 63). Kolposkopi en tecrübeli ellerde bile kesin tanı yöntemi değildir. Anormal kolposkopik bulgular biyopsi alınması gereken şüpheli sahaları göstermesi bakımından önemlidir. Tümör biliminde tek kesin tanı yolu biyopsi (histopatoloji)'dir (63).

HPV DNA Testi (HPV DNA Tiplemesi)

Son yıllarda gözde olmaya başlayan diğer bir yöntem de servikal kanserin sebebi olduğu kesin olarak anlaşılmış olan "Human papilloma virüs DNA tiplemesi" (HPV testidir)'dir (16). Bu tets enfekte servikal hücrelerde HPV DNA'nın veya unsurlarının moleküler metodlarla tespiti esasına dayanan bir testdir (8). HPV ile enfekte kadınların %3'ünde servikal kanser geliştiği tahmin edilmektedir (13).

Bazı gelişmiş ülkelerde sitolojik testlerle beraber kullanılmaktadı**r.** Sensivitesi de (%60-70) spesifitesi de (%80-95) yüksektir. Ancak spesifitesi 35 yaş üstü kadınlarda yüksek olmasına rağmen genç kadınlarda düşüktür (15). HPV DNA'sını tespit etmek için geliştirilen testlerin özgüllükleri ve tarayabildikleri HPV genotipleri gün geçtikçe artmaktadır (52). Altın standart yöntem PCR'dir (11). Hibrid capture

(Digena, silver, Spring, MD) adı verilen HPV DNA tespit kiti sayesinde Pap smear alınırken alınan servikal sürüntüde 5 düşük risk ve 9 yüksek risk HPV tipi tanınabilmektedir (13).

Pap smear testi ile beraber uygulanması sensiviteyi artırmaktadır. Pahalı olması, hemen sonuç alınamaması, kompleks labaratuvar ekipmanları gerektirmesi ve HPV enfeksiyonlarının çoğunlukla geçici olması testin kullanılabilirliğini azaltan sınırlılıklarıdır (15). Büyük kohortlarda yapılan primer HPV testi ile tarama çalışmalarının sonucunda HPV testi primer taramada önerilmeye başlanmıştır. Yapılan meta analizlerde HPV testinin sitolojiye göre preinvaziv servikal lezyonları tespit etmede daha duyarlı olduğu belirtilmiştir (8).

HPV testi ASCUS ve LGSIL gibi hafif sitolojik değişikliklere sahip hastalarda kolposkopiden kaçınmak ve yüksek riskli olanları tespit etmek için de kullanılabilir. Hasta Onkojenik HPV tipine sahipse kolposkopi ile ileri inceleme yapılır. Kısaca günümüzde HPV testleri için kabul edilen endikasyonlar:

1. Sitoloji raporuna göre ASCUS'lu olguların yönetiminde,
2. Anormal sitoloji sonrası kolposkopi yapılan olguların takibinde,
3. CIN II - III tedavisi sonrası takip (52).
4. 30 yaş üstü kadınlarda sitoloji ile birlikte tarama testi olarak (co- test) kullanılabilir (52, 62).
5. Primer HPV taramalarında kullanılabilir (8).

HPV testinin pozitif çıkması durumunda serviksin daha ayrıntılı incelenmesi gerekir. Bu durumda kişiye Pap smear test yapılmalı ve Pap smear test sonucuna görede tedavi gerektiren bir problem olup olmadığını anlamak için serviksin ayrıntılı muayenesi ve ileri tetkikler gerekmektedir (8).

LEEP (Large Loop Excision Prosedure/ Loop Elektrocerrahi Eksizyon İşlemi)

Son yıllarda kullanıma giren yeni bir yöntemdir. Looplar 0.020 mm çaplı, dipleri yalıtılmış ince tellerden ibarettir. Hem koter hem de kesme fonksiyonu bulunan koterlerde kullanılabilirler. Bu lopların en önemli özelliği dokuyu yakmadan çıkarabilmesi ve patoloğa inceleme şansı vermesidir. Artık günümüzde LEEP hem

tanı hem de aynı seansta tedavi sağlaması nedeniyle CIN'lerde laser uygulamasının bile yerini almıştır (16, 63).

2.9.4. Türkiye'de Serviks Kanseri Tarama Programı

Türkiye'de serviks kanseri ciddi bir hastalık yükü oluşturmamakla beraber DSÖ'nün önerileri uyarınca 1992'den beri servikal sürüntü (Pap smear) ile taranmaktadır. Tarama programında hedef kitle 30-65 yaş grubundaki asemptomatik kadınların her 5 yılda bir servikal smear yaptırmaları planlanmıştır. 20 yıl süren bu tarama programı uzmana bağımlılık, halkın ilgisini çekememe vb. sebeplerle % 70 kapsayıcılıktan çok uzak kalmış ancak hedef kadın nüfusun % 20'si tarama programı kapsamında alınabilmiştir (8). Literatür incelendiğinde yapılan birçok çalışmada Pap smear yaptırma oranlarının istenilen düzeyde olmadığı, düşük oranlarda olduğu gösterilmiştir (18, 19, 20, 21, 38, 65). Sitoloji tabanlı tarama programının kapsayıcılığının düşük olması sebebi ile satrateji değişikliğine gidilerek 2012'de tarama programına HPV testi eklenmiştir (66). Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları'na göre ülkemizin altyapısı ve olanakları göz önüne alındığında ideal yöntem 30-65 yaş arasındaki kadınların 5 yılda bir uygulanacak HPV testi veya Pap smear testi ile taranmasıdır. Son iki tarama testi negatif çıkan kadınlarda 65 yaşında tarama kesilmelidir. Taranacak popülasyonun aile hekimliklerine kayıtlı bireyler esas alınarak tanımlanması ve taramanın ASM'ler ve TSM bünyesinde yer alan Ketem'lerde yürütülmesine karar verilmiştir (23).

2012 yılında Kanser Daire Başkanlığı servikal kanser için taramanın primer olarak HPV testleri ile yapılmasını karara bağlamıştır. 30-65 yaş grubundaki her kadının 5 yılda bir primer HPV testi ile taranması, pozitif çıkan olguların smear ile tekrar değerlendirilmesi planlanmış ve 2014 yılı ortasında uygulamaya geçilmiştir. Tarama için her başvuran kadından aynı anda hem Pap smear için hem de HPV testi için materyal alınır incelenmek üzere laboratuvara ulaştırılır (8). Alınan örnekte 13 yüksek riskli HPV tipine bakılmaktadır. HPV testi (+) ise bu olgularda refleks sitoloji yapılır. Smear anormal çıkarsa kişi ileri merkezlere gönderilir. Smear normal çıkması durumunda ise tiplendirmede HPV 16-18 dışındaki HPV tiplerinden birisi çıkarsa bir yıl sonra tarama tekrarı yapılması yeterlidir. HPV (+) olgularda HPV tiplendirmesinde HPV 16-18(+) olduğu zaman sitoloji normal çıksa bile ileri tetkikler

(kolposkopi) için ileri merkezlere sevk edilir. Yetersiz numune durumunda bireylerin tarama testleri 3 ay sonra tekrar edilir. HPV testinin negatif olması, serviks kanseri yapan virusu taşımadıkları anlamına gelir. Bu olgularda Pap smear yapılmaz, kişiye 5 yıl sonra tekrar serviks kanseri taraması yaptırması söylenir (67).

2.10. Sağlık, Sağlığın Geliştirilmesi, Kültür ve Tutum Kavramları

2.10.1. Sağlık ve Sağlığın Geliştirilmesi

Sağlık fiziksel, mental ve sosyal açıdan tam bir iyilik halidir. Sağlık kişinin genetik yapısıyla beraber biyolojik, fizik ve sosyal çevresi tarafından belirlenmektedir. Bunun yanında birey aile ve toplumların davranış örüntüleri de sağlığı belirleyen temel öğelerdir (24).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından raporları yayımlanan "2000'li yıllarda herkese sağlık" programları sağlığı geniş bir bakış açısı ile ele almaktadır. 1977 yılı oturumlarında temel sosyal amaç olarak 2000'li yıllarda bütün isanların sosyal ve ekonomik açıdan üretken bir hayat yaşamalarına imkan verecek sağlık düzeyine ulaştırılmaları hedeflenmiştir. Bu anlayışla DSÖ tarafından 1978 yılında birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel hedefi "kabul edilebilir bir sağlık düzeyinin gelecekteki sosyal gelişme ve sosyal adalet ruhunu taşıyarak, bütün dünyada var olmasını sağlamak" olarak belirlenmiştir (68).

Dünya Sağlık Örgütü sponsorluğunda 1986'da Canada Ottawa'da yapılan Sağlık Gelişimi Tüzüğünde sağlık gelişimi çalışmaları "İnsanların sağlıklarını kontrol etmeyi ve geliştirmeyi kolaylaştıracak süreçler" olarak tanımlanmıştır. Sağlığı korumak ve geliştirmek; genetik, çevresel, bireysel, kültürel, demografik ve ekonomik pek çok koşulla doğrudan bağlantılıdır (68). Bu yüzden medikal alanda hizmet verenler fiziksel, psikolojik, sosyal ve kültürel faktörlerin farkında olmalı ve hizmet verirken bu özellikleri göz önünde bulundurmalıdır (69).

2.10.2. Kültür ve Tutum

Kültür bireyin sağlığında genetik kadar belirleyici bir faktördür. Kültür, özelleşmiş yöresel inanç, alışkanlık ve tutumlardan felsefi yorumlara kadar uzanan

geniş bir yelpazeyi içine alır. Kültür bir yönü ile topluluğun yarattığı edebiyat, resim, müzik ve felsefeyle oluşan uygarlığı ifade ederken, diğer yönü ile bireylerin gelenek görenek, inanç ve değer sistemleri ile oluşmuş davranış biçimleridir. Kültür faktörünün sağlık davranışı ve morbidite üzerinde etken olduğu saptanmıştır (70).

Ekonomik durum, aile yapısı, cinsyete bağlı roller, evlilik örüntüleri, cinsel davranışlar, kontraseptif kullanımı, nüfus politikaları, gebelik ve çocuk doğurma, çocuk yetiştirme gibi uygulamalar, fiziksel aktivite, meslek, din, kişisel hijyen, diyet, ev ve sanitasyon koşulları, sağlık ve tedavi inançları v.b. faktörler sağlığı etkileyen kültürel faktörlerdendir. Bahsi geçen faktörlerin etkisi ile sağlık ve hastalık sorunlarında ülkeler arası farklılıklar görülmektedir. Ülkeler bazında ölüm nedenlerine bakıldığında gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin ana sebepleri kalp damar hastalıkları, kanser ve kazalar oluştururken gelişmekte olan ülkelerde ise ölümlerinin çoğu enfeksiyon hastalıkları ve paraziter hastalıklar sebebi ile olmaktadır (68). GLOBOCAN 2012 verilerine göre serviks kanseri insidans hızları ve ölüm oranları incelendiğinde (Şekil 2.1.) ülkeler arası farklılıklar olduğu, en yüksek oranların (insidans hızı 100.000 de 41.9'un üzeri) geri kalmış ülkelerde (Sahra altı Afrika) olduğu görülmektedir (8).

Kültürün sağlık ve hastalıkla ilişkisini inceleyen disiplinlerden biri olan Kültürler Arası Sağlık Psikolojisi sağlık olgusunun iki değişkeninden birisini kültür (sosyal alan), diğerini ise psikoloji (bireysel alan) olarak ele alır. Bu alanlarla etkileşim içerisinde olan özellikler, bilişsel, duygusal, davranışsal ve sosyal olmak üzere 4 değişken olarak ele alınır (Tablo 2.5.). Bilişsel olarak kültürde yer alan kavram ve tanımlar psikolojik alana inanç ve bilgi olarak yansır. Duygusal olarak kültürün norm ve değerleri, kişide tutumlar olarak ortaya çıkar. Diğer taraftan toplumun uygulama ve adetlerinin kişideki yansıması da davranışlardır (70). Kültür bir sosyal grubun tutumlarını, değerlerini, adetlerini, düşünce ve davranış kalıplarını karakterize eder. Kısaca tutumların ve değerlerin kültürel bir temeli vardır. Tutumlar ve değerler ya öğrenmeye yöneltici ve öğrenmeyi tamamlayıcı ya da öğrenmeden kaçındırıcıdır (71). Kültürel alanda yer alan kavram, değer, adet ve kurallar psikoloji alanına inanç, tutum ve davranış olarak yansır. Sağlık davranışlarından aşılanma, besenme, sigara ve alkol tüketimi gibi çeşitli tutum ve davranışlar söz konusu kültürel özelliklerin psikoloji alanını etkilemesiyle ortaya çıkar (70).

Tablo 2.5. Kültür ve psikoloji değişkenlerinin bağlantıları (70).

Alanlar / Değişkenler	Kültür Alanı	Psikoloji Alanı
Bilişsel	Kavram/ Tanımlar	İnanç/Bilgi
Duygusal	Normlar/Değerler	Tutumlar
Davranışsal	Gelenek/Uygulamalar	Davranışlar
Sosyal	Kural/Kurumlar	Kişiler Arası İlişkiler

Koruyucu sağlık davranışının bilinmesi ve bir yaşam biçimi olarak benimsenmesi, benzer sosyal çevrede yaşayan farklı kültürdeki insanlarda anlamlı farklılıklarlar göstermektedir (70). Farklı kültürlerdeki sağlık ve tedavi inançları, beslenme, uyku fiziksel aktivite alışkanlıkları, tütün, uyşturucu kullanımı ve hastalıklara karşı tutum sağlığı etkileyen kültürel faktörlerden bazılarıdır. Bazen kültürel özellikler sağlığı göreceli bir zaman dilimi içinde kaybetmeye dönük davranış ve alışkanlıklara sebep olabilir (68). Bu sebeple sağlık ve hastalık konusundaki çalışmaların dirençle karşılaşmaması, amacına ulaşması için kültürel boyut değişkenler açısından incelenerek sağlığı geliştirecek ve rehabilitasyonu kolaylaştıracak çalışmalar hizmete sunulmalıdır (70).

Tutum kavramı, insanları tanımlamak ve onların davranışlarını açıklamak için sıklıkla kullanılan kavramlardan biridir. Genel olarak tutum kavramı insanların çevresindeki herhangi bir obje veya nesneye karşı sahip oldukları tepki eğilimini ifade etmektedir (33). Tutumlar, yaşamımızda oldukça güçlü bir etkiye sahiptir; büyük ölçüde eylemlerimizi ortaya koymadan önceki niyetlerimizi ifade ederler (34).

Her birey, çevresindeki insan, nesne, fikir, kurum ve olaylara ilişkin farklı tutumlara sahiptir. İnsanlara, fikirlere, kurumlara, olay ve oluşumlara nasıl tepkide bulunacağımız genellikle tutumlarımız tarafından belirlenmektedir. Bunlardan yola çıkarak tutum, insanın kendine veya çevresindeki canlı-cansız, soyut-somut her şeye karşı deneyim ve bilgilerine dayanarak organize ettiği uzun süreli duygu, inanç ve davranış eğilimleridir (33). Tutum konusunda çeşitli tanımlamalar mevcuttur. Bu tanımlamalarından bazıları aşağıda görülmektedir;

Tutum herhangi bir kişi, yer veya olay karşısında olumlu ya da olumsuz tepki

gösterme eğilimidir (33).

Tutum; belli durumlarda, uyarıcılar karşısında belli bir davranışın ortaya çıkması ihtimalidir (34).

Bir bireyin herhangi bir konudaki uzun süreli bilgi, inanç, duygu ve davranışlarının göstergesidir (34) .

Tutumlar sonradan kazanılırlar (33). İnsan yaşamı boyunca öğrenilir ve toplumsallaşma sürecinin içerisinde yer alırlar. Bu nedenle de insanlar çok çeşitli alanlarda tutumlara sahiptirler ve günlük yaşamımızda tutumlar, çok yaygın şekilde yer almaktadır. Tutumlar; bireylerin çevreye uyumunu kolaylaştıran bir sistem olmanın yanı sıra, bireylerin davranışlarını yönlendirici gizil bir güç olarak da görülebilir (34). Herkesin, her yerde ve her konuda bir tutuma sahip olması olasıdır ve tutumlar açık ya da örtülü şekilde her zaman ifade edilebilir. Bu süreç içerisinde gelişen tutumlarımızın bazıları yeni bilgi ve deneyimlerle değiştirilebilecek kadar esnekken, bazılarının da değişebilir niteliği oldukça zor ya da imkansızdır (dinsel konulara ilişkin tutumlar gibi). Tutum kavramı geniş bir alanı kapsamasına karşın, her türlü davranış tutumsal bir içeriğe sahip değildir (örneğin; acıkan bebeğin annesini emmesi gibi). Tutumların ortak özelliği, organize düşünce yapılarını içermesidir (33).

Tutumlar toplumsal yaşamda sosyalleşme süreci içerisinde öğrenme yoluyla edinildiğinden geçici düşünsel durumlar değildirler. Çünkü tutumlar belli bir sürede edinildikten sonra az veya çok belirli bir süre devam ederler. Bununla birlikte bireylerin hangi obje ya da nesnelere, nasıl ve ne tür tutumlar oluşturacağını belirleyen birçok faktör mevcuttur. Aile, bireysel özellikler, fiziksel özellikler, akran grubu, okul, dinsel inançlar, grup üyeliği, doğrudan yaşantılar, kitle iletişim araçları, toplumsal sınıf bu faktörlerin en önemlilerindendir (33, 34). Bireyler bilgi, kanaat ve inançlarını açığa vurmak istediği zaman bunu davranış ve tutumlarıyla belli etmeye çalışırlar. Yani tutumlar, belirli değer yargılarının ve inançların arkasında gizlidirler. Tutumlar, olaylar karşısında davranış ve hareket biçimleri olarak şekillenirler ve olumlu ya da olumsuz türde olabilirler. Tutumlar, dayandıkları inanç ve değer yargıları devam ettikçe devamlılıklarını sürdürürler (34).

Tutumların Bileşenleri

Tutumlar doğrudan gözlenememesine karşın, gözlenebilen ve incelenebilen davranışları ortaya çıkartan eğilimlerdir. Tutumu oluşturan 3 bileşenden söz etmek mümkündür. Bunlar; bilişsel, duygusal ve davranışsal bileşenlerdir (33, 34).

1. Bilişsel Bileşen: Bilişsel bileşen kişinin tutum nesnesine yönelik düşünce, bilgi ve inançlarından oluşmaktadır. Bilgiler ne kadar gerçeğe dayanırsa o kadar kalıcı olur. Bilgilerin değişmesi durumunda tutum da değişecektir. Bilişsel bileşenler, tutuma konu olan nesne hakkında kişinin tüm inançlarını kapsar ve doğru ya da gerçek olmaları gerekmez (34) Özet olarak bilişsel bileşen, tutumun gerçeklere dayanan bilgi bankasını oluşturur (33, 72). Birey, bazı kaynaklardan tutum nesnesi konusunda bilgiler alır ve bu bilgileri kendi zihinsel yapısında mevcut olan diğer bilgiler ile birleştirir ve bir inançlar sistemi oluşturur. Eğer bir nesneye ilişkin olumsuz bir tutumumuz varsa, o nesne hakkında olumsuz inançlarımız var demektir (33).
2. Duygusal Bileşen: Bu bileşen tutumun kişiden kişiye değişen ve gerçeklerle açıklanamayan, sevip-sevmeme yönünü oluşturur (72) ve kişinin bir nesneye yönelik duygusal tepkilerini içerir. Kişi, bir nesneyi olumlu ya da olumsuz olarak değerlendirip ona göre duygular besler (34). Tutum nesnesi hoşa gidebilir veya gitmeyebilir, sevilir veya sevilmez gibi yargılar da tutumun duygusal bileşenini oluşturur. Duygusal bileşen, tutuma devamlılık verir, tutumu şekillendirir ve tutumu itici yapar. Duygusal bileşen, kişinin tutum objesine karşı gözlenebilen duygularıdır. Örneğin, kişinin tutum nesnesini gördüğü zaman kalbinin çarpmasının hızlanması, heyecanlanması, terlemesi gibi fizyolojik tepkiler duygusal bileşeni ifade etmektedir (33). Tutumun duygusal öğesi, bilişsel öğeye kıyasla oldukça basittir; olumlu ya da olumsuz tepkiye bir öneğilimdir. Ancak, duygusal öğesi ağır basan bir tutumun değişmesi daha güçtür (sigaranın sağlığa zararlı olduğunu bilen bir kişinin buna rağmen içmeye devam etmesi gibi) (72).
3. Davranışsal Bileşen: Tutumun sözel ya da eylemsel ifadesi olan (72) davranışsal bileşen, tutumun konusuna yönelik belirli bir davranış eğilimidir; duygu ve kanıya uygun olarak hareket etme eğilimini yansıtır

(33) ve bu davranış eğilimleri gözlemlenebilirdirler (34). Bir tutum çoğunlukla insanı, tutum nesnesine ilişkin davranışlarda bulunmaya iter. Örneğin birey bir nesneye karşı olumlu tutuma sahip ise, bu tutum nesnesine karşı olumlu davranma, ona yaklaşma, yardım etme ya da onu destekleme vb. davranışlar sergileyecektir. Eğer olumsuz bir tutuma sahipse, o zaman tutum nesnesinden uzaklaşmaya, onu eleştirmeye ya da ona zarar vermeye yönelik davranışlar sergilemeye başlar (33).

Tutumların üç bileşeni arasında genellikle iç tutarlılık ve etkileşim söz konusudur (33, 72). Bu varsayıma göre bireyin bir konu hakkında bildikleri ondan hoşlanmasını gerektiriyorsa (bilişsel öge), birey o konudan hoşlanır (duygusal öge) ve bunu sözleri ya da davranışları (davranışsal öge) ile gösterir (72).

Tutumların kendilerine özgü bazı özellikleri mevcuttur. Bu özellikler hem bütün olarak tutumlar için hem de tutumların tek tek bileşenleri için geçerlidir. Bu özellikleri nedeniyle tutumlar ve bileşenleri farklılıklar gösterebilmektedir. Tutumların başlıca özellikleri şunlardır (33);

1. Tutumların kuvvet derecesi: Tutumların kendilerine özgü güçleri vardır. Tutumların gücü, bilişsel, duygusal ve davranışsal öğelerin güçlerinin toplamından oluşmaktadır. Tutumlar güçleri bakımından çoğunlukla birbirlerinden farklıdırlar. Aşırı tutumların kuvvet derecesi yüksekken değiştirmek oldukça zordur. Tutumların kuvvet derecesinin daha çok duygusal bileşenden kaynaklandığı birçok bilim adamı tarafından kabul edilmektedir (33).
2. Tutumların karmaşıklık derecesi: Bir tutumun veya bileşenlerinin karmaşıklık derecesi, bu tutumun ya da bileşenlerinin içerdiği unsurların sayı ve çeşitliliğine bağlıdır. Tutumun içerdiği öğe çeşidi ve sayısı arttıkça karmaşıklık derecesi de artar. Tutumların karmaşıklık ve kuvvet dereceleri arasında yakın bir ilşiki mevcut olup karmaşık tutumlar basit tutumlardan daha kuvvetlidir ve bu tutumları değiştirmek daha zordur (33).
3. Tutumların bileşenleri arasında tutarlılık: Tutum konusunda yapılan araştırmaların çoğunda tutumların bileşenleri arasında bir tutarlılık olduğu sonucu elde edilmiştir. Güçlü ve aşırı tutumlardaki bileşenler arası tutarlılık daha fazla olup değişimleri daha zordur. Genelde tutum

bileşenlerinden biri olumlu ise diğerleri de olumlu ya da bir bileşen olumsuz ise diğerleri de olumsuz olur. Tutumun bileşenleri arasında tutarsızlık varsa tutumda bazı değişmelerin ve rahatsızlık yaratacak bir durumun sebebidir. Dolayısı ile bileşenleri arasında tutarsızlık olan tutumlar daha kolay değişir (33).

4. Bir tutumun diğer tutumlarla ilişkisi: İnsanların bir konudaki tutumu, diğer konulardaki tutumlarıyla yakın ilişki içindedir. Kişinin farklı konulara ilişkin tutumları, diğer tutumları ile olan bağlantıları bakımından değişiklikler gösterebilmektedir ve bir tutumun yakından ilişkili olduğu tutum sayısı arttıkça, bu tutumun değişme ihtimali o oranda azalacaktır (33).

Tutum ve Davranış Arasındaki İlişki

Birçok psikolojik değişkenler gibi tutumların da doğrudan gözlenemeyen kuramsal ya da gizli değişkenler olup, varlıkları ancak sözlü ifadeler ya da davranışsal belirtiler sayesinde saptanmaktadır. Tutum kavramı bireyin herhangi bir davranış ya da tepkisini yansıtmamakta, birçok davranış ya da tepkilerinden çıkarılmaktadır (33, 72). Kısacası tutum, insanın sabit bir davranışının karşılığı olan bir kavram değildir (33). Bugüne kadar yapılan tutum araştırmalarında, tutumların davranışla ilişkili ve tutarlı olduğu ispatlanmaya çalışılmıştır. Önceleri tutumların, insanların davranışlarını belirlediği, tutumların her zaman davranışa yansıyacağı düşüncesi çoklukla kabul görüyorken, yapılan bazı araştırmalar bu varsayımın aksine tutumlarla davranışların her zaman tutarlı olmadığını göstermiştir (33, 72). Tutumun insan davranışını etkilediği inkâr edilemez bir gerçekken, tutum ile davranış arasında her zaman doğrudan bir ilişki kurulamaz. Yani bilinen bir tutum her insanda ve her ortamda aynı davranışın gerçekleşmesine sebep olmayabilir. Kısaca, insanların tutumları her zaman ve her yerde davranışa dönüşmeyebilir. İnsanların tutumlarının davranışa dönüşüp dönüşmemesini etkileyen faktörler vardır. Bunlar; tutumun kuvvet derecesi, çevresel faktörler ve davranışın sonuçlarına ilişkin beklentilerdir (33).

Tutumların Ölçülmesi

Tutumları doğrudan ölçmek mümkün olmazken sadece davranış yoluyla dolaylı ölçmek mümkündür. Buradaki davranış, sorulara cevap vermek veya fikir belirtme biçiminde gerçekleşen sözel davranıştır. Tutumları etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve tutum ile davranış arasındaki ilişkinin anlaşılabilmesi tutumların, güvenilir bazı tekniklerle ölçülmesine bağlıdır (33). Tutum ölçümü için davranış bilimciler bazı teknikler geliştirmişlerdir. Bu tekniklerden tutum araştırmalarında en çok kullanılan teknik ise "tutum ölçekleri"dir (34, 72).

Tutum ölçekleri, bir kişinin belli tutum konularına karşı tepkilerinin, belli kurallara göre sayısal olarak değerlemesi esasına dayanır (34). Bu kurallar bireye verilen sayı (ölçek puanı) ile bireyin tutum konusuna karşı yönelimi arasında benzerlik kurulmasını sağlarlar (33, 72). Tutum ölçeklerinde araştırma konusu olan tutum nesnesi ile ilgili, sayıları genellikle 6 ile 24 arasında değişen bir soru ya da ifadeler dizisi mevcuttur. Bu cevaplara önceden verilen belirli puanlar (değerler) baz alınarak kişinin her soru ya da ifadeye verdiği cevaplar puanlanır. Kişinin puanlarının toplamı veya ortalaması, o kişinin tutum nesnesine karşı tutumunu belirlemektedir (33).

Tutum ölçmede kullanılan çeşitli ölçek türleri vardır. Likert Ölçeği (Derecelendirme Ölçeği) tutum ölçekleri arasında en ünlüsü ve en çok kullanılanıdır (34). Likert ölçeği, bir tutum nesnesiyle ilgili olarak en olumludan en olumsuza doğru oluşturulmuş ifadelere yanıtlayıcıların ne derecede katılıp katılmadıklarını belirlemeye yönelik bir ölçektir. Bu ölçek türü genel olarak üç seçenekli (her zaman – bazen - hiçbir zaman gibi) ve beş seçenek (kesinlikle katılıyorum, katılıyorum, kararsızım, karşıyım, kesinlikle karşıyım gibi) arasından tercihe dönük olmasına karşın, farklı seçenek sayılarına dayalı (3-9 arası) ölçekler de vardır (34).

2.11. Davranış, Sağlık Davranışı ve Sağlık Davranış Modelleri

Davranış

Bir organizmanın doğrudan gözlenebilen veya doğrudan gözlenemeyen fakat yapan organizma tarafından algılanan zihinsel ve içsel tepkileri de içeren her türlü eylemdir. Davranış tüm psikolojik süreçlerin ve sistemlerin (duyumsama, algı, hafıza, motor ve motivasyon) bütünleşmiş bir kalıbını yansıtır (71). Davranış bir uyarıcı karşısında organizmada meydana gelen fizyolojik ya da psikolojik tepkilerin biraraya gelmesiyle oluşmaktadır (73).

İnsan davranışı bireysel özellikler (fiziksel ve psikolojik özellikler) ve sosyal durumun (sosyal yapı ve kültürel özellikler) karşılıklı etkileşimi ile ortaya çıkmaktadır. Fiziksel ve psikolojik özellikleri ölçmek zordur fakat anlaşılabilir özelliklerdir. Sosyal durum ve kültür kavramları ise anlaşılması zor özellikleri içinde barındırmaktadır (69).

Sağlık Davranışı

Sağlık davranışı, sağlıklı olmaya yönelik eylemleri artırmak için gerçekleştirilen bilgi, uygulama ve yaklaşımların tümü olarak tanımlanır (24). Kısaca kişinin sağlıklı olabilmek ve gelecekteki sağlık sorunlarını önleyebilmek için yaptığı etkinlilerdir (74). Burada amaç yaşam biçiminin optimum sağlık koşullarına ulaştıtılmasıdır (68, 75). Sağlık davranışlarından aşılanma, beslenme, sigara veya alkol tüketimi gibi çeşitli tutum ve davranışlar kültürel özelliklerin etkisi ile ortaya çıkmaktadır (70). Sağlık davranışları olumlu olduğunda sağlığın gelişmesine olumsuz olduğunda ise hastalık ve sağlık problemlerine neden olmaktadır (24).

Koruyucu sağlık davranışı ise kendini sağlıklı hisseden kişinin asemptomatik evrede sağlık düzeyini geliştirmek, hastalığa yol açabilecek risk faktörlerini tanımlayarak, hastalığı önlemek amacıyla yaptığı etkinliklerin tümüdür (75).

Bireylerin, toplumların sağlık davranışları bir buzdağına benzetilirse suyun üstünde kalan ve görünen kısım toplumların sağlıkla ilgili davranışlarını gösterirken suyun altında kalan kısım ise o toplumun örf adet, gelenek-görenek, inanç, bilgi

deneyim hastalık ve sağlıkla ilgili algılamaları gibi faktörler tarafından belirlemektedir. Bu faktörler dikkate alınmadan yapılan sağlık uygulamaları başarısızlığa makkumdurlar. Özellikle sağlığa ayrılan kaynakların sınırlı olduğu gelişmekte olan ülkelerde bu durum dikkate alınması gereken bir sorundur (24).

Bireylerin sağlıkla ilgili bir konuda davranış değişikliği oluşturabilmeleri yaş, eğitim seviyesi, konu hakkındaki bilgi durumu, sosyokültürel faktörler, inançlar ve bunlar tarafından şekillenen hastalık ve sağlık konusundaki algılamalar gibi faktörlere bağlıdır ve bu faktörler kimi zaman davranış değişikliğini destekleyici kimi zaman da engelleyici rol oynarlar. Bu sebeple bireylere davranış değişikliği için verilecek sağlık eğitimlerinde sağlık davranışlarını etkileyen ve eğitim müdahaleleri ile değiştirilebilen 3 faktör üzerinde durulmaktadır (24).

1. Hazırlayıcı faktörler: Sağlık davranışlarını etkileyen bilgi, inanç ve tutum, değerler ve algılamalardır ve eğitim müdahalesi ile değiştirilebilirler.
2. Olanak sağlayıcı faktörler: Bunlar sağlık davranışının ortaya konmasını uygulamaya geçilmesini olanaklı kılan daha çok yapısal faktörlerdir.
3. Güçlendirici faktörler: Bu faktörler aile ya da toplum tarafından davranışın kabul görmesi ya da kabul edilmemesi gibi davranışın sürdürülmesini etkileyen faktörleri içerir (24).

Verilen sağlık eğitiminin etkili olabilmesi bu 3 faktörün gözönünde bulundurulduğu öğrenme deneyimine bağlıdır. Çünkü yüksek derecede güdülenmiş ve güçlendirilmiş bir davranış eğer olanaklı hale getirilmez ise o davranış engellenecek ve yapılmayacaktır (24).

Sağlık Davranış Değişikliği Modelleri

Temel sağlık hizmetlerinde bireyleri, mesleki pozisyonun kullanarak sağlık ve hastalık konularında bilgilendirip ikna etmeye çalışmak davranış değişikliği için yeterli olamamaktadır (76). Kişilerin sağlıklarıyla ilgili risk alma davranışları çok karmaşık içsel (internal) ve dışsal (eksternal) faktörler tarafından belirlenmektedir. Bilgi, tutum, inanç, değerler ve eğilim düzeyleri içsel faktörlerdir. Dışsal faktörler ise sağlık hizmetine ulaşma, hizmeti elde edebilme, maddi olarak karşılayabilmedir (24). Bu faktörler kişileri sağık davranışını uygulamaya iter ya da kaçındırıcıdır. Sağlık psikolojisi çalışmalarında önemli bir yeri olan sağlık davranış kuramları, koruyucu ve

tedavi edici müdahaleler için hastanın onayını almak ve davranış değişikliği meydana getirmek için etkili ve kalıcı yöntemler kullanılmasını önermektedir (76). Kişilerin sağlık davranışlarını anlamak, sağlık davranışı değişikliğindeki engellerin tespit edilerek aşılması amacıyla modeller oluşturulmuştur. Sağlık davranışı tek bir teori açıklanamaz. Modeller bir ya da birden fazla teoriye daynarak davranışın belirli bir sistematik içinde anlaşılmasını sağlamakta, sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi çalışmalarının planlanmasında kullanılmaktadır (24).

Davranış değiştirme teorilerinin tümü hedeflenen davranış ve davranışın oluştuğu koşulların dikkate alınması gerekliliğini kabul etmektedir. Psikolojik teoriler aynı zamanda düşünceler inançlar ve deneyimlerin de önemli olduğunu vurgulamaktadır. Modeller bir ya da daha fazla teoriye dayanarak davranışın belli bir sistematik içinde anlaşılmasını sağlayarak sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi çalışmalarının planlanmasında kullanılmaktadır (24). Bu çalışmalar sonucunda geliştirilen sağlık davranış modellerini bireysel modeller, kişilerarası etkileşim modelleri ile toplum ve grup modelleri olarak 3 ana grupta toplamak mümkündür (76).

Sağlık İnanç Modeli

Bireysel sağlık davranış değişikliği modellerinden olan Sağlık İnanç Modeli (Health Believe Model) 1950 yılında geliştirilmiştir ve sağlık davranışlarının bireylerin sosyodemografik özellikleri, bilgi ve tutumlarının bir sonucu olduğunu öne süren bir görüştür. (24, 76). Bu model bireyin sağlık davranışı değişikliğine hazır olma düzeyini belirlemede etkin olarak kullanılan ilk modellerden birisidir (76). Bu model hem sağlıkla ilgili davranış değişikliğinin açıklanması, hem de sağlığın sürdürülmesi ve koruyucu sağlık davranışı ile ilgili müdahale araştırmalarının planlanmasında kullanılmaktadır. Bu modele göre davranış değişikliği oluşturmak için bireyin kişisel inançlarını değiştirmek gereklidir. Birey davranış değişikliği için aşağıdaki inançlara sahip olmalıdır (24).

1. Hedef olma algısı (bahsi geçen hastalık riskini taşıyor muyum?)
2. Durumu ciddiyetinin farkında olma
3. Yeni davranışın etkinliğine inanma
4. Sıranın kendisine de gelebileceğine inanma

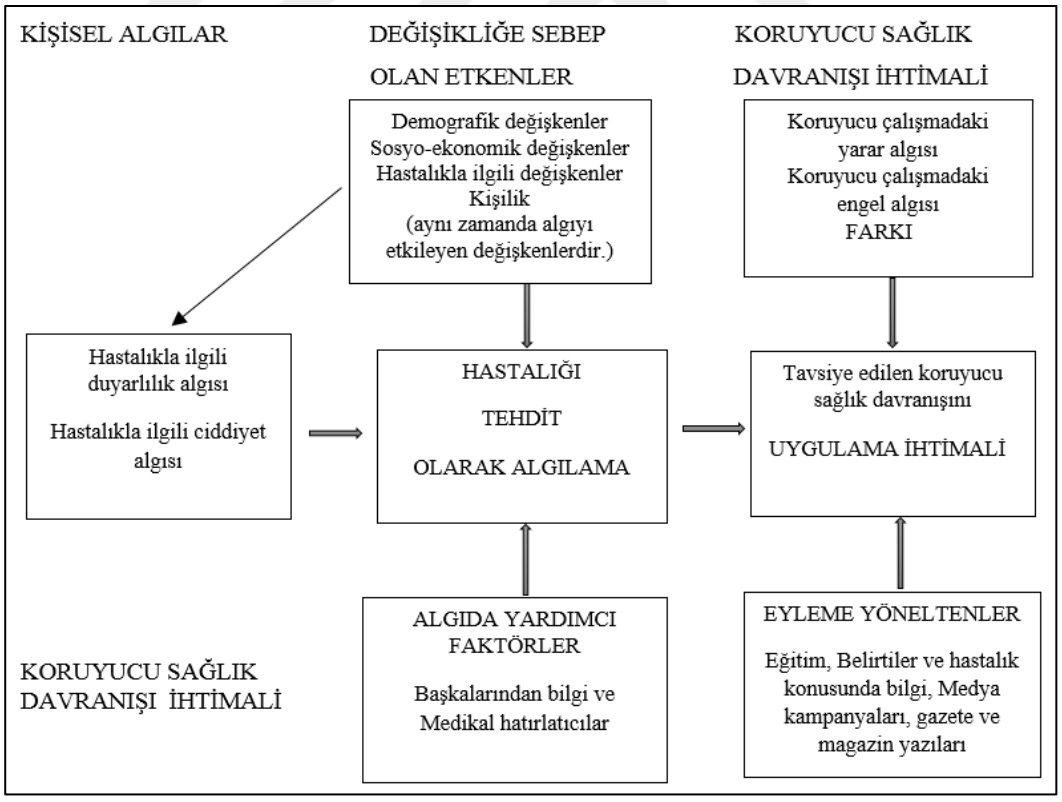
5. Korunmaya bağlı yararı algılama
6. Eyleme başlamada engeller (24).

Modeli geliştiren araştırmacılar sağlıkla ilgili davranış değişikliğinin oluşmasında 3 ana alanın rolünü vurgulamışlardır. Sağlık davranışına hazır olmayı belirleyen bu faktörler; kişisel algı, hastalık tehdit algısı ve koruyucu sağlık davranışının ortaya çıkma olasılığını belirleyen temel değişkenlerdir (Şekil 2.5.) (76).

1. Kişisel algı (algılanan duyarlılık): Algılanan duyarlılık sağlık tehdidi ile karşılaşma olasılığına olan inançtır (24). Kişilerin sağlık ve hastalık algıları, inançları onları hastalıkla ilgili gerçeklerden daha çok etkilemektedir. Bu algı kişinin birinci basamak korunmaya açık olup olmadığını belirler. Bu algı, kişinin kendisini zedelenebilir ve hassas hissettiği konulara ve kişinin söz konusu hastalık ve sonuçlarına atfettiği değere bağlıdır. Bu hassasiyet yaşantılara dayanılarak çıkarılan sonuçlar, aile öyküsü sebebi ile kişinin kendisini o hastalığa duyarlı olduğu inancı ya da yaşamsal riski olan hastalıklar konusunda bilgilenmeden kaynaklanabilir (76).
2. Hastalık tehdit algısı (algılanan ciddiyet): Koruyucu sağlık davranışlarının kazanılmasına yardımcı olan faktörlerden biri de hastalığın bir tehdit olarak algılanmasıdır, yani durumun ve sonuçlarının ne denli ciddi olduğu ile ilgili inançtır (24). Hastalığı bir tehdit olarak algılamada rol alan etkin ve dolaylı faktörler vardır. Demografik değişkenler (yaş, cinsiyet, ırk v.b), psiko-sosyo ekonomik değişkenler ve hastalıkla ilgili değişkenler etkin faktörlerdir. Medya kampanyaları, gazete ve dergideki sağlık yazıları, çevreden edinilen bilgiler, medikal merkezden gelen hatırlatıcılar ise dolaylı faktörlerdir (76).
3. Koruyucu sağlık davranışını uygulama ihtimali: Koruyucu sağlık davranışını benimsemeye yatkın olmak girişimde bulunulmasını kolaylaştıracak ve güçleştirecek durumlara da bağlıdır. Koruyucu sağlık davranışı uygulamasının kişinin yaşamında yer alabilmesi sağlayacağı yararın, karşılaşacağı engellerden fazla olduğuna inanmasıyla mümkün olur. Bunu da yarar algısı ile engel algısı arasındaki fark belirler (76).

- Yarar algısı: Bireylere koruyucu çalışmaların yaşam süresine ve yaşam kalitesine olan etkileri öğretilebilir. Böylelikle sağlıkla ilgili davranışlar ve koruyucu sağlık uygulamaları yapmanın yararı konusunda farkındalık kazandırılır ve sağlığı kontrol etme olasılığı doğar (76).
- Engel algısı: Kişiler çeşitli sebeplerle, koruyucu sağlık davranışlarını uygulamak konusunda bireysel ve toplumsal engeller algılayabilirler. Örneğin; sağlığı tehdit eden bir davranışı değiştiremeyeceği inancı, sağlık hizmetlerinden yaralanmanın zor olduğu inancı gibi (76).

Sağlık inanç modelinin yapısı incelendiğinde koruyucu sağlık davranışının uygulanmasını zorlaştıran içsel ve dışsal engeller vardır. Koruyucu sağlık davranışı olasılığını artıran en önemli değişken engel algısı ile yarar algısı arasındaki farktır (Şekil 2.5.). Yarar algısı, engel algısına üstün geldikçe koruyucu sağlık davranışını uygulama olasılığı artar (24, 76).



Şekil 2.5. Sağlık inanç modelinin yapısı (Becker, 1974) (76).

Sağlık inanç modeli başta meme kanseri taramaları olmak üzere prostat, serviks, testis kanseri taramaları, diyabet yönetimi gibi birçok konuda gösterilen sağlık davranışlarının nedenlerinin incelenmesinde kullanılmaktadır ve yapılan kontrollü randomize çalışmalar SİM'in etkin bir rehber olduğunu göstermektedir (77).

2.12. Servikal Kanserden Korunma ve Erken Tanıda Sağlık Çalışanlarının Önemi

Günümüzde kanserle savaşta korunma ve erken tanı tedbirleri çok önemlidir. Sağlık çalışanlarının koruyucu hizmetleri topluma aktarma ve uygulama görevi vardır. Sağlık personeli toplumu bilgilendirmeli, teşvik etmeli ve örnek olmalıdır. Serviks kanserinde koruma ve erken tanıda özellikle birinci basamakta görevli sağlık profesyonellerine büyük görevler düşmektedir. Serviks kanserinin eradikasyonu için korunma anahtar kelimedir ve sağlık çalışanlarının serviks kanserine neden olduğu bilinen faktörleri iyi bilmesi alınacak önlemler açısında büyük önem taşır. Bunun yanında aşılama çalışmaları ve gerekli sağlık eğitimi primer korumanın bir parçasıdır (14).

Kişiye ve topluma yönelik önemli bir koruyucu sağlık uygulamalarından olan sağlık eğitimi hastalığı önlemek ve sağlığı geliştirmek amacı ile serviks kanseri ile mücadelede de önemli bir yere sahiptir. Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde yapılacak girişimlerin tümünde istendik davranış değişiklikleri için eğitim en başta gelmelidir. Etkin bir sağlık eğitimi düşünce ve kavramda değişiklik yapmayı, inanç ve eğilim değişikliği sağlamayı, davranış ve yaşam biçimi değişikliğini amaçlayabilir (74). Sağlık eğitiminin asıl amacı; verilen bilgilerden yararlanarak kişilerin davranış kalıplarını değiştirmelerini sağlamak ve koruyucu sağlık davranışlarını benimsetmektir (75). Hizmet verdiği toplumun sağlığının korumak ve geliştirmek de sağlık çalışanlarının görevidir. DSÖ ile işbirliği yapan Serviks Kanserlerini Önleme Örgütü, bilgi ve eğitim hizmetlerinde tüm sağlık çalışanlarının, kadınlara nerede ne zaman ulaşabilirse serviks kanserlerinden korunma konusunda danışmanlık ve sağlık eğitimleri vermeleri gerektiğini belirtmiştir (14).

Servikal kanserlerde erken tanı tedavi şansını hemen hemen %100'e çıkarırken (8) servikal kanser ile ilgili ölümleri de %50 azaltmaktadır (5). Sağlık

çalışanları tarafından riskli kadınlar başta olmak üzere riskli davranış şekilleri ve korunma konusunda toplu ve bireysel danışmanlık hizmeti ve sağlık eğitimleri verilerek bireylerin tarama proğramlarına dahil edilmesi sağlanmalıdır (5, 10, 14).

Serviks kanserine yönelik olarak sağlık çalışanları görevini yerine getirebilmek için öncelikle yeterli donanıma sahip olmalı ve bunu da topluma aktarabilmelidir. Bununla birlikte tarama programının adaptasyonu ve uygulanması sürecinde ortaya çıkabilecek kişisel ve toplumsal bariyerlerin farkına varmalı ve gerekli önlemi alabilmelidir (15). Bu alanda toplumu aydınlatmak görevi olan sağlık çalışanlarının korunma, tarama ve erken tanıya ilişkin bilgi düzeyleri ve farkındalıkları arttıkça hizmetin kalitesi de artacak ve bu kanserle daha iyi mücadele edilebilecektir. Ülkemizde literatür incelendiğinde sağlık çalışanlarının serviks kanseri, önleme ve taramaya ilişkin bilgi düzeylerinin istenilen düzeyde olmadığını gösteren çalışmalar (40, 41, 47, 78) mevcuttur. Yine topluma serviks kanseri konusunda rol model olması gereken kadın sağlık çalışanlarına yönelik ülkemizde yapılan bazı çalışmalar içinde, kadın sağlık çalışanlarının serviks kanserine yönelik bilgi ve tutumlarının yetersiz olduğunu ve tarama yaptırma oranlarının düşük ya da istendik düzeyde olmadığını gösteren çalışmalar mevcuttur (36, 43, 44, 47, 78, 79, 80).

Sağlık çalışanları sağlık sistemi içerisinde serviks kanseri risk faktörleri, korunma yolları, tarama yöntemleri, erken tanı ve tedavinin önemini topluma açıklayacak önemli bir konuma sahiptirler (5, 10). Sağlık çalışanlarının doğru bilgi düzeyinin ve farkındalığının artırılması ile topluma daha kolay ulaşılacak, engeller aşılarak korunma farkındalığı ve taramalara katılım artırılacak ve böylece serviks kanseri ile daha iyi mücadele edilebilecektir.

3. MATERYAL ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli ve Yapıldığı Yer

Araştırma birinci basamakta görevli sağlık çalışanları ve bu kuruluşlara başvuran kadınlarda serviks kanserinin erken tanısına yönelik bilgi düzeylerini ve tutumlarını belirlemek amacıyla planlanan ve 01.03.2017-31.05.2017 tarihleri arasında yürütülen, kesitsel analitik tipte bir araştırmadır. Araştırma Ankara ilinde Çankaya TSM ve bağlı ASM'lerde yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın Evreni: Çankaya ilçesi birinci basamakta (TSM ve bağlı ASM'ler) görevli 695 sağlık çalışanı ve ASM'lere başvuran 18-65 yaş arası kadınlar çalışmanın evrenini oluşturmaktadır.

Araştırmanın Örneklemi: Çalışmaya dahil edilecek sağlık çalışanları ve 18-65 yaş arası kadınlar için iki ayrı örneklem seçilmiştir.

1. Sağlık çalışanları için örneklem: Kartal ve arkadaşlarının birinci basamak hekimler üzerinde yaptığı serviks kanseri ve HPV aşısı ile ilgili bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla yaptıkları çalışmada, araştırmacıların oluşturdukları 18 sorudan oluşan bilgi düzeyleri ortalaması 7.29±3.02 olarak bulunmuştur (40). Bu değerlerden yararlanarak ortalamadan %10'luk bir sapmanın olabileceği öngörüsü ile %80 güç ve %5 tip 1 hata ile sağlık çalışanlarında örnek büyüklüğü en az 140 kişi olarak belirlenmiş ve 150 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya katılacak sağlık çalışanlarını belirlemek için çalışma yeri ve mesleklerine göre tabakalı rastgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

Çalışmanın yapıldığı dönemde Çankaya TSM ve bağlı birimlerde (AÇSAP, VSD, Ağız ve Diş sağlığı merkezleri) 41'i tabip, 18'i diş hekimi, 80'i ebe, 14'ü hemşire, 89'u ise diğer personel (sağlık memuru, memur, biyolog, VHKİ v.b.) olmak üzere toplam 242 sağlık çalışanı görev yapmaktaydı. Yine bu dönemde TSM'ye bağlı toplam 232 ASM biriminde ise 228 aile hekimi ve 225 aile sağlığı elemanı görev yapmaktaydı. Bu sayısal dağılımdan yola çıkarak örneklem büyüklüğünün 1/3'ü (50 kişi) TSM personelinden, 2/3'ü (100 kişi) ise ASM personelinden alınmıştır. ASM

personelinden alınacak örneklemin yarısını (50 kişi) aile hekimi (tabip), diğer yarısını da (50 kişi) aile hekimliğinde çalışan ebe ve hemşireler oluşturmaktadır. TSM personeli için alınan örneklem sayısı (50 kişi) ise sağlık çalışanı kitlesini oluşturan meslek gruplarına orantısal olarak dağıtılmış olup, çalışmaya 8 doktor, 16 ebe, 4 hemşire, 4 diş hekimi ve 7 sağlık memuru ile 11 diğer personel dahil edilmiştir. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarına onam formu imzalatılmış ve anket formları yüz yüze uygulanmıştır.

2. 18-65 yaş arası kadın grubu için örneklem: Özmen ve Özsoy'un "Sağlık İnanç Modeli Yaklaşımı ile Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği Geliştirilmesi" isimli çalışmalarında (2009), tutum ölçeği ortalaması 104.16±10.59 olarak bulunmuştur (81). Kendi örneklemimizde bu değerden ±%2.5'lik bir sapma olabileceğini varsayılarak %90 güç ve %5 tip 1 hata ile 18-65 yaş arası kadınlarda alınması gereken örneklem büyüklüğü en az 180 kişi olarak hesaplanmış ve 200 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmada öncelikle ASM'ler sosyo ekonomik seviyeye göre tabakalandırılarak 3 gruba (düşük, orta, yüksek) ayrılmış ve her gruptan ikişer ASM rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak seçilmiştir. Araştırma Mürsel Uluç ASM, 5 Nolu ASM, Öveçler Dilhan ASM, Beytepe ASM ve Çayyolu 1 no'lu ASM ve Ehlibeyt ASM'de yürütülmüştür. Mürsel Uluç ASM'den 33 kişi, 5 Nolu ASM'den 34 kişi, Öveçler Dilhan ASM'den 33 kişi, Ehlibeyt ASM'den 33 kişi, Beytepe ASM'den 33 kişi, Çayyolu 1 no'lu ASM'den 34 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmanın yürütüldüğü tarihlerde, belirlenen ASM'lere gidilerek ASM'ye herhangi bir sebeple başvuran 18-65 yaş arası, halen ya da geçmişte cinsel yönden aktif olan kadınlardan çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 200 kadına ulaşılmıştır. Yüz yüze anket yöntemi kullanılmış, anketi kendisi okuyup doldurmak isteyen hastalarda kişilerin cevaplama süresi boyunca yanında bulunularak anlamadığı kısımlarda gerekli açıklamalarda bulunulmuştur.

3.3. Araştırmanın Bağımlı/Bağımsız Değişkenleri ve Hipotezleri

<u>18-65 Yaş Arası Kadınlarda</u>

a) Bağımlı değişken: Bilgi puan ortalamaları, tutum ölçeği alt boyutlarından alınan puanlar

b) Bağımsız değişken: Yaş, medeni durum, ekonomik düzey, eğitim durumu, v.b. demografik özellikler, rahim ağzı kanserini duyma, bilgi/eğitim alma ile ilgili özellikler, serviks kanseri risk düzeyleri, obstetrik öykü özellikleri, tarama yaptırma ile ilgili özellikler.

Hipotezler

H1: 18-65 yaş arası kadınların serviks kanseri ile ilgili bilgi düzeyleri yeterlidir.

H2: Yaş ve eğitim durumu ile bilgi puanları arasında ilişki vardır.

H3: Çalışma durumu ve sosyal güvence varlığı bilgi puanlarını etkiler.

H4: Obstedrik öykü özellikleri ile bilgi puanları arasında ilişki vardır.

H5: Serviks kanseri farkındalığı yüksek olan 18-65 yaş arası kadınların bilgi puanları olmayanlardan daha yüksektir.

H6: 18-65 yaş arası kadınlar servikal kanserin erken tanısına ilişkin olumlu tutumlara sahiptirler.

H7: Bilgi puanları ile tutum ölçeğinden alınan puanlar arasında ilişki vardır.

<u>Sağlık Çalışanlarında</u>

a) Bağımlı değişken: Tüm sağlık çalışanlarının bilgi puan ortalamaları, kadın sağlık çalışanlarının bilgi puan ortalamaları ve tutum ölçeği alt boyutlarından alınan puanlar
b) Bağımsız değişken: Medeni durum, yaş, sosyo ekonomik düzey, eğitim durumu, meslek vb. demografik özellikler, çalışanların meslek süresi, birinci basamaktaki görev süresi, serviks kanseri ile ilgili eğitim/hizmet içi eğitim alma durumu. Kadın sağlık çalışanlarının obstetrik öykü ve serviks kanseri risk düzeyleri, tarama yaptırma durumları.

Hipotezler

H1: Birinci basamak sağlık çalışanlarının serviks kanseri ile ilgili bilgi düzeyleri yeterlidir.

H2: Sağlık çalışanlarında meslek grupları ile bilgi puanları arasında ilişki vardır.

H3: Konu hakkında eğitim alan sağlık çalışanlarının bilgi puanları daha yüksektir.

H4: Birinci basamak kadın sağlık çalışanlarının serviks kanseri ile ilgili bilgi düzeyleri yeterlidir.

H5: Birinci basamak kadın sağlık çalışanlarının servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutumları olumludur.

H6: Kadın sağlık çalışanlarının bilgi puanları ile tutum ölçeğinden aldıkları puanlar arasında ilişki vardır.

3.4. Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları

Veri toplama işlemi için anket uygulama çalışması 01.03.2017 - 31.05.2017 tarihleri arasında yürütülmüştür. Sağlık çalışanları ve 18-65 yaş arası kadınlar için ayrı ayrı veri toplama araçları kullanılmıştır.

3.4.1. 18-65 Yaş Arası Kadınlar İçin Veri Toplama Araçları

1. Tanıtıcı anket formu:18-65 arası kadınlara araştırmacı tarafından ilgili literatürden yararlanılarak (20, 22, 29, 38, 47) hazırlanan sosyo-demografik durumlarını, obstetrik öykü ve serviks kanseri erken tanı davranışlarını sorgulayan 27 maddelik tanıtıcı anket formu uygulanmıştır (Ek 1).
2. Serviks kanseri bilgi düzeyini ölçmeye yönelik anket formu: Araştırmacı tarafından ilgili literatürden yararlanarak hazırlanmış olup (5, 6, 29, 47, 52, 82), serviks kanseri bilgi düzeyini ölçmeye yönelik toplam 20 sorudan oluşmaktadır. Bilgi düzeyi anket formu, serviks kanseri genel bilgi ve belirtilere yönelik 6 soru [1, 2, 6, 16, 17 ve 20. ifadeler], risk faktörleri ile ilgili 8 soru [3, 7, 8, 9, 10, 13, 14 ve 18. ifadeler] ve erken tanı ve tarama ile ilgili 6 soru [4, 5, 11, 12, 15 ve 19. ifadeler] içermektedir (Ek 2). Bilgi soruları için "doğru", "yanlış" ve "bilmiyorum" seçenekleri mevcuttur. Doğru yanıtlar "1" puan, yanlış yanıtlar ise "0" puan üzerinden değerlendirmeye alınmıştır ve bu sorulardan alınabilecek en düşük puan

"0" iken, en yüksek puan ise 20'dir. Yukarıda belirtilen 3 soru grubundan alınan puanlar ve toplam bilgi puanları ayrı ayrı değerlendirmeye alınmıştır.

3. Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği (SKETİTÖ): Özmen ve Özsoy tarafından Sağlık İnanç Modeline dayandırılarak geliştirilen bir ölçektir ve serviks kanserinin erken tanısına ilişkin kadınların tutumlarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır (Ek 3). Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özmen ve Özsoy tarafından yapılmış ve iç tutarlılık katsayısı α=0.89 olarak bulunmuştur (38, 81). Biz çalışmamızda ölçeğin iç tutarlılık katsayısını sırasıyla kadın sağlık çalışanları için α=0.76 ve 18-65 yaş kadınlar için α=0.66 olarak bulduk. Ölçek sağlık inanç modelinin "algılanan duyarlılık (9 madde)", "algılanan ciddiyet (8 madde)", "algılanan engel (7 madde)" ve "algılanan yarar (6 madde)" olmak üzere 4 alt boyutunu araştırmaya yönelik geliştirilmiştir ve toplam 30 maddeden oluşmaktadır. Sağlık inanç modelinin alt boyutlarına ait madde numaraları;

Algılanan Duyarlılık; (8, 9, 12, 14, 15, 19, 21, 24 ve 28. madde)
Algılanan Ciddiyet; (1, 2, 5, 7, 10, 18, 26 ve 29. madde)
Algılanan Engel; (11, 13, 17, 20, 23, 25 ve 30. madde)
Algılanan Yarar; (3, 4, 6, 16, 22 ve 27. madde)

Ölçekteki 30 maddenin 19 tanesi olumlu, 11 tanesi olumsuz ifadelerden (3, 6, 8, 13, 15, 17, 20, 24, 25, 27, 30 numaralı ifadeler) oluşmaktadır. Olumlu ifadeler için puanlamada: "tamamen katılıyorum" beş puan, "kısmen katılıyorum" dört puan, "kararsızım" üç puan, "katılmıyorum" iki puan, "kesinlikle katılmıyorum" bir puan olacak şekilde değerlendirme yapılır. Olumsuz ifadeler için puanlama tersten yapılır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 30, en yüksek puan ise 150'dir. Ölçekten alınacak puanların yüksek olması kadınların erken tanıya ilişkin tutumlarının olumlu olduğunu göstermekte olup tarama davranışını daha çok göstermeleri beklenmektedir (38).

3.4.2. Sağlık Çalışanları İçin Veri Toplama Araçları

Sağlık çalışanlarına yönelik veri toplamak için, kadın ve erkek tüm sağlık çalışanlarına yönelik olarak araştırmacı tarafından ilgili literatürden yararlanılarak hazırlanan (5, 6, 9, 36, 40, 44, 47, 52, 82, 83) sosyo-demografik verileri içeren "tanıtıcı bilgi formu" (Ek-4) ve "bilgi düzeyi anket formu" (Ek-5) olmak üzere 2 anket formu uygulanırken, kadın sağlık çalışanlarına yönelik bunlara ilave olarak obstetrik öyküleri ve tarama yaptırma özellikleri ile ilgili soruların olduğu "kişisel bilgi formu" (Ek-6) ve "Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği" (Ek-3) uygulanmıştır (38, 81).

Tüm Sağlık Çalışanlarına Yönelik Formlar

Aşağıdaki formlar kadın ve erkek tüm sağlık çalışanlarına uygulanmıştır.

1. Tanıtıcı bilgi formu: Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan sosyo-demografik sorular içeren serviks kanseri ile ilgili hastaları bilgilendirme, tarama (Pap test/HPV) önerme vb. durumlarını sorgulayan 14 soruluk tanımlayıcı anket formu kadın ve erkek tüm sağlık personeline uygulanmıştır (Ek-4).
2. Serviks kanseri bilgi düzeyi anket formu: Servikal kansere ilişkin bilgi düzeyini ölçmeye yönelik 26 soruluk "bilgi düzeyi anket formu" oluşturulmuş ve tüm sağlık çalışanlarına uygulanmıştır (Ek-5).

Serviks kanseri bilgi düzeyini ölçmeye yönelik anket formu, serviks kanseri genel bilgi ve belirtilere yönelik 6 soru [1, 2, 6, 16, 17 ve 20. ifadeler], risk faktörleri ile ilgili 9 soru [3, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 18 ve 25. ifadeler], erken tanı ve tarama ile ilgili 6 soru [4, 5, 12, 15, 19 ve 26. ifadeler] ve HPV'ye yönelik 5 soru [11, 21, 22, 23 ve 24. ifadeler] içermekte olup, toplam 26 adet bilgi sorusundan oluşmaktadır. Bilgi soruları için "doğru", "yanlış" ve "bilmiyorum" seçenekleri mevcuttur. Doğru yanıtlar "1" puan, yanlış yanıtlar ise "0" puan üzerinden değerlendirmeye alınmıştır. Sorulardan alınabilecek en düşük puan "0" iken, en yüksek puan 26'dır.

Kadın Sağlık Çalışanlarına Yönelik Formlar

Yukarıdaki formlara ilave olarak kadın sağlık çalışanlarına aşağıdaki formlar uygulanmıştır.

1. Kişisel bilgi formu: Kadın sağlık çalışanları için ayrıca hazırlanan, obstetrik öykü, serviks kanseri risk ve erken tanı davranışlarını sorgulayan 16 soruluk anket formu uygulanmıştır (Ek 6) .
2. Servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeği (SKETİTÖ): Ölçek 18-65 yaş arası kadınların yanı sıra kadın sağlık çalışanlarına da uygulanmıştır (38, 81) (Ek- 3).

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya katılan 18-65 yaş arası kadınlar ve sağlık çalışanlarına ait veriler katılımcıların beyanları doğrultusunda elde edilmiştir.

18-65 yaş arası kadınlar için örneklem seçiminde ASM'ler önce hasta potansiyeline göre sosyo ekonomik seviyeye göre tabakalandırılarak her kümeden 2' şer ASM rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiş ve araştırmanın yapıldığı tarihlerde ASM'ye herhangi bir sebeple gelen 18-65 yaş arası kadınlardan geçmişte ya da şu anda evlilik geçirenlerden (cinsel yönden aktif olma kriteri) araştırmaya katılmayı kabul edenler araştırmaya dahil edilmiş, hiç evlilik geçirmemiş olanlar (bekar) olanlar dahil edilmemiştir.

Kadın katılımcıların serviks kanseri risk faktörlerinden partner sayısını değerlendirmek için samimi cevap veremeyecekleri düşünülerek kişilere evlilik sayısı sorulmuş ve bu doğrultuda değerlendirme yapılmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi (İstatistiksel Analiz)

Elde edilen verilerin istatistiksel analizinde SPSS 11.5 for Windows paket programı kullanılmıştır. Değerlendirmede nitel veriler için ki-kare, normal dağılan nicel veriler için ikili grup karşılaştırmasında Student's t testi, normal dağılmayanlar için Mann-Whitney U testi, 2'den çok grup karşılaştırmasında ise normal dağılıma uygun olmayan değişkenler için Kruskall Wallis analizi, normal dağılıma sahip

değişkenler için tek yönlü varyans analizi ve Bonferroni testi kullanılmıştır. Sürekli veriler arasındaki ilişkileri tespit etmek amacıyla Pearson ve Spearman rank korelasyon analizleri uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınırı 0.05 olarak kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma için etik kurul onayı Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Ek 7). Etik kurul onayı alındıktan sonra araştırma öncesinde ASM'lerde ve TSM'de çalışmayı yürütebilmek için bu birimlerin bağlı olduğu Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğüne araştırma izni için müracaat edilmiş ve gerekli izin alınmıştır (Ek-8). Ayrıca anket uygulanması aşamasında sağlık çalışanları ve 18-65 yaş arası kadınlara anket uygulamasının hemen öncesinde, araştırmacı tarafından araştırma hakkında sözel bilgi verilmiş ve araştırmaya katılmayı kabul edenlerden yazılı onam belgesi alınmıştır (Ek-9).

4. BULGULAR

4.1. 18-65 Yaş Arası Kadınlara Ait Bulgular

Bu bölümde çalışmaya katılan 18-65 yaş arası kadınların sosyo-demografik özellikler, obstetrik öykü ve bazı serviks kanseri risk faktörlerine göre dağılım, serviks kanseri ve taramaya ilişkin özellikler, serviks kanseri ile ilgili bilgi düzeyleri ve SKETİTÖ'den alınan puanlara ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1. 18-65 yaş arası kadınların sosyo-demografik özellikleri (n=200).

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	n	%
Yaş aralığı		
18-29	10	5.00
30-39	65	32.50
40-49	60	30.00
50-59	44	22.00
60-65	21	10.50
Medeni durum		
Evli	176	88.00
Dul	10	5.00
Boşanmış	14	7.00
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	7	3.50
Okuryazar	1	0.50
İlkokul	54	27.00
Ortaokul	23	11.50
Lise	47	23.50
Üniversite	68	34.00
Çalışma durumu		
Çalışıyor/ Emekli	93	46.50
Çalışmıyor	107	53.50
Sağlık güvence varlığı		
Evet	189	94.50
Hayır	11	5.50
Aylık gelir düzeyi		
Düşük	43	21.50
Orta	147	73.50
Yüksek	10	5.00

18-65 yaş arası kadınların yaş ortalaması 44± 10'dur. Çalışmaya katılan18-65 yaş arası kadınların %38.5'inin ortaokul ve altında eğitim aldığı, %4'ünün hiç eğitim almadığı, %53.5'inin herhangi bir işte çalışmadığı görülmektedir (Tablo 4.1.).

Tablo 4.2. 18-65 yaş arası kadınların obstetrik öykü ve bazı serviks kanseri risk faktörleri özelliklerine göre dağılımı (n= 200).

Özellikler	N	(%)
İlk evlilik yaşı		
≤16	16	8.00
17-19	52	26.00
≥20	132	66.00
Evlilik sayısı		
1 eş	192	96.00
2 eş	8	4.00
İlk gebelik yaşı*		
<20	41	20.50
≥20	148	74.00
Düşükler dahil toplam gebelik sayısı		
0	11	5.50
1	24	12.00
2	59	29.50
≥3	106	53.00
Doğum sayısı		
0	11	5.50
1	42	21.00
2	99	49.50
≥3	48	24.00
Geçirilmiş vajinal enfeksiyon öyküsü		
Evet	106	53.00
Hayır	94	47.00
CYBH varlığı		
Evet	1	0.50
Hayır	199	99.50
Sigara kullanımı		
Evet	64	32.00
Hayır	136	68.00
5 yıldan uzun süreli OK kullanımı		
Evet	16	8.00
Hayır	184	92.00

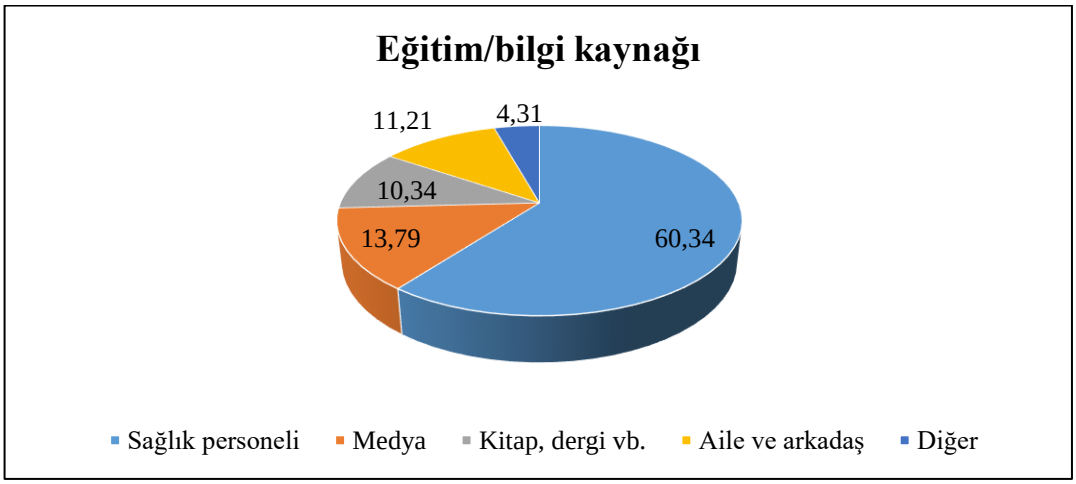
*18-65 yaş arası kadınlardan hiç gebelik geçirmeyen 11 kişi dahil edilmemiştir (n=189).

Çalışmaya katılan kadınlardan 20 yaş öncesinde evlilik yapanların oranları %34, 20 yaşından önce gebelik geçirenlerin oranının %20.5, üç ve üzeri doğum yapanların oranın ise %24 olduğu görülmektedir (Tablo 4.2.).

Tablo 4.3. 18-65 yaş arası kadınların serviks kanserini duyma, eğitim alma, arkadaş/aile öyküsüne sahip olma durumuna göre dağılımı (n=200).

Özellikler	N	(%)
Rahim ağzı kanserini duyma		
Evet	193	96.50
Hayır	7	3.50
Ailede rahim ağzı kanseri olan yakının olması		
Evet	7	3.50
Hayır	193	96.50
Arkadaş çevresinde rahim ağzı kanseri olan arkadaş varlığı		
Evet	36	18.00
Hayır	164	82.00
Sürüntü testi duyma		
Evet	161	80.50
Hayır	39	19.50
Rahim ağzı kanseri hakkında eğitim/bilgi alma durumu		
Evet	99	49.50
Hayır	101	50.50
Rahim ağzı kanseri hakkında eğitim/bilgi alınan kaynak*		
Sağlık Personeli	70	60.34
Kitap, dergi, broşür	12	10.34
Televizyon, radyo, gazete	16	13.79
Aile ve arkadaşlardan	13	11.21
Diğer	5	4.31

*Rahim ağzı kanseri hakkında eğitim/bilgi alanlardan 12 kişi birden fazla seçenek işaretlemiştir (n=116).

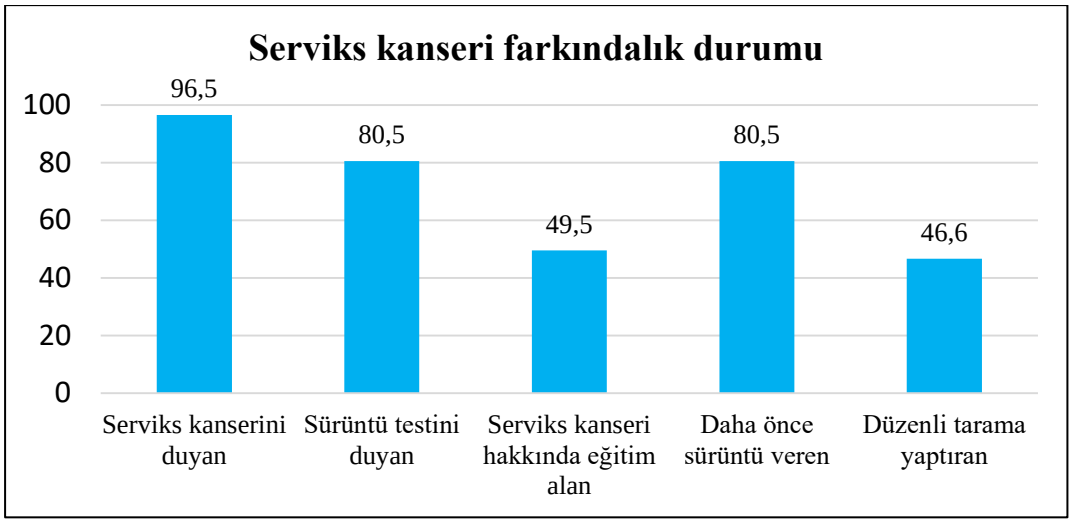


Şekil 4.1. 18-65 yaş arası kadınların serviks kanseri eğitim/bilgi kaynağı dağılımı.

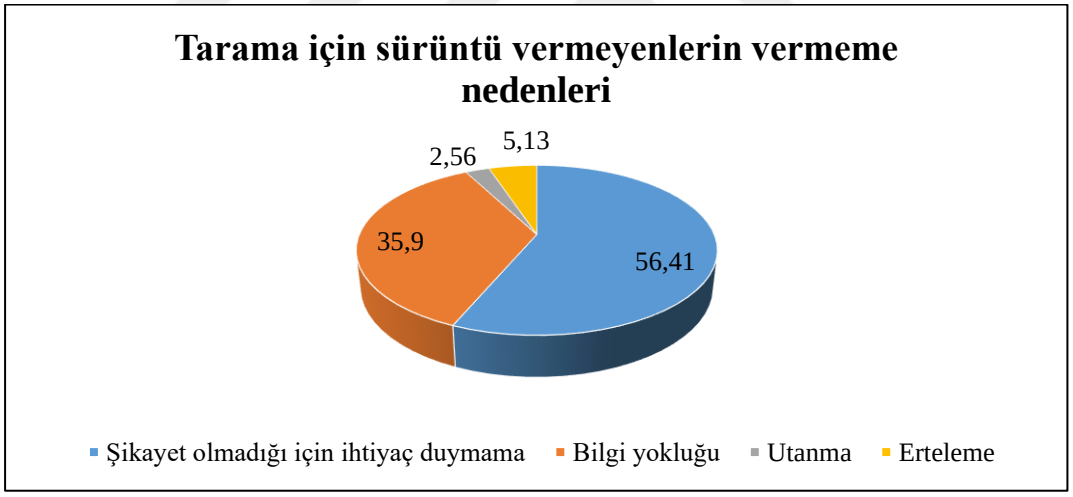
Tablo 4.4. 18-65 yaş arası kadınların serviks kanseri taraması için sürüntü verme ile ilgili özelliklerinin dağılımı (n=200).

Özellikler	n	%
Rahim ağzı kanseri taraması için sürüntü verme durumu		
Evet	161	80.50
Hayır	39	19.50
En son yapılan tarama zamanı*		
Son 1 yıl içinde	86	53.42
2 yıl önce	22	13.66
3 yıl önce	22	13.66
4 yıl önce	9	5.59
5 yıl önce	6	3.73
6-9 yıl önce	9	5.59
≥10 yıl önce	7	4.35
En son yapılan tarama yeri*		
Hastane	102	63.35
Özel muayenehane	27	16.77
ASM/AÇSAP	9	5.59
KETEM	23	14.29
Tarama sıklığı *		
Yılda bir kez	47	29.19
3-5 yılda bir	28	17.39
Şikayet olduğunda	36	22.36
Doktor istediğinde	50	31.06
Serviks kanseri için sürüntü verme nedeni *		
Sağlık personeli önerisi	43	26.71
Genel sağlık kontrolü amacıyla	74	45.96
Şikayet sebebiyle	38	23.60
Ailede kanser öyküsü sebebi ile	6	3.73
Sürüntü testi (Pap test/ HPV test) yaptırmama nedeni**		
Şikayet olmadığı için ihtiyaç duymama	22	56.41
Utanma	1	2.56
Erteleme	2	5.13
Bilgi yokluğu	14	35.90

*Bu sorular sürüntü veren kişilere yöneltilmiştir (n=161); **Bu soru sürüntü vermeyen kişilere yöneltilmiştir (n=39).



Şekil 4.2. 18-65 yaş arası kadınların serviks kanseri farkındalık durumlarına göre dağılımı.



Şekil 4.3. 18-65 yaş arası kadınların sürüntü vermeme nedenlerinin dağılımı.

Tablo 4.5. 18-65 yaş arası kadınların serviks kanseri bilgi sorularına verdikleri yanıtların dağılımı (n=200).

Bilgi İfadeleri	Doğru Cevap	Doğru		Yanlış		Bilmiyorum	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
1. Rahim ağzı kanseri önlenebilir bir hastalıktır.	Doğru	157	78.50	2	1.00	41	20.50
2. Rahim ağzı kanserinin erken tanı ve tedavisi mümkündür.	Doğru	181	90.50	1	0.50	18	9.00
3. Her kadının rahim ağzı kanserine yakalanma riski eşittir.	Yanlış	80	40.00	72	36.00	48	24.00
4. Sürüntü testi (Pap test/HPV testi) tarama amacıyla yapılır.	Doğru	160	80.00	7	3.50	33	16.50
5. Pap smear testini cinsel yönden aktif olan her kadın yaptırmalıdır.	Doğru	148	74.00	13	6.50	39	19.50
6. Menstrüasyon (adet/regl) dışı ara kanamalar rahim ağzı kanserinin erken belirtisidir.	Doğru	100	50.00	15	7.50	85	42.50
7. Erken yaşta (16 yaş ve altı) cinsel deneyim rahim ağzı kanseri için risk faktörüdür.	Doğru	72	36.00	8	4.00	120	60.00
8. Sigara kullanmak rahim ağzı kanseri risk faktörlerindendir.	Doğru	136	68.00	12	6.00	52	26.00
9. Çok eşli cinsel yaşam rahim ağzı kanseri için risk faktörüdür.	Doğru	135	67.50	6	3.00	59	29.50
10. Ailede kanser öyküsü olması rahim ağzı kanseri riskini artırmaz.	Yanlış	37	18.50	106	53.00	57	28.50
11. Rahim ağzı kanserinden korunmak için aşı yoktur.	Yanlış	31	15.50	69	34.50	100	50.00
12. Rahim ağzı kanserinin tanısı Pap smear testi ile konulur.	Doğru	148	74.00	8	4.00	44	22.00
13. Erken yaşta (18 yaş altı) gebelik ve doğum rahim ağzı kanseri için risk faktörüdür.	Doğru	72	36.00	25	12.50	103	51.50
14. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar rahim ağzı kanseri için risk faktörüdür.	Doğru	145	72.50	4	2.00	51	25.50
15. Sürüntü testini (Pap smear/HPV) sadece jinekolojik (kadın hastalıkları ile ilgili) şikayet olduğu durumlarda yaptırmak gerekir.	Yanlış	40	20.00	139	69.50	21	10.50
16. Vajinal akıntı miktarının artması ve renk değişiklikleri rahim ağzı kanserinin erken belirtilerindendir.	Doğru	108	54.00	18	9.00	74	37.00
17. Cinsel ilişki sonrası kanama ve ağrı servikal kanserin erken belirtisi değildir.	Yanlış	50	25.00	50	25.00	100	50.00
18. Doğum sayısının fazla olması (3 ve üzeri) rahim ağzı kanseri için risk faktörüdür.	Doğru	30	15.00	63	31.50	107	53.50
19. Rahim ağzı kanserinden korunmak için düzenli olarak tarama (Pap smear testi/HPV) yaptırmak gerekir.	Doğru	177	88.50	3	1.50	20	10.00
20. Menopoz sonrası kanama rahim ağzı kanserinin erken belirtilerindendir.	Doğru	90	45.00	10	5.00	100	50.00

18-65 yaş arası kadınların en çok doğru yanıtladığı bilgi ifadeleri sırayla "Rahim ağzı kanserinin erken tanı ve tedavisi mümkündür", "Rahim ağzı kanserinden korunmak için düzenli olarak tarama (Pap smear testi/HPV) yaptırmak gerekir" ve "Sürüntü testi (Pap test/HPV testi) tarama amacıyla yapılır" ifadeleri olmuştur (Tablo 4.5.).

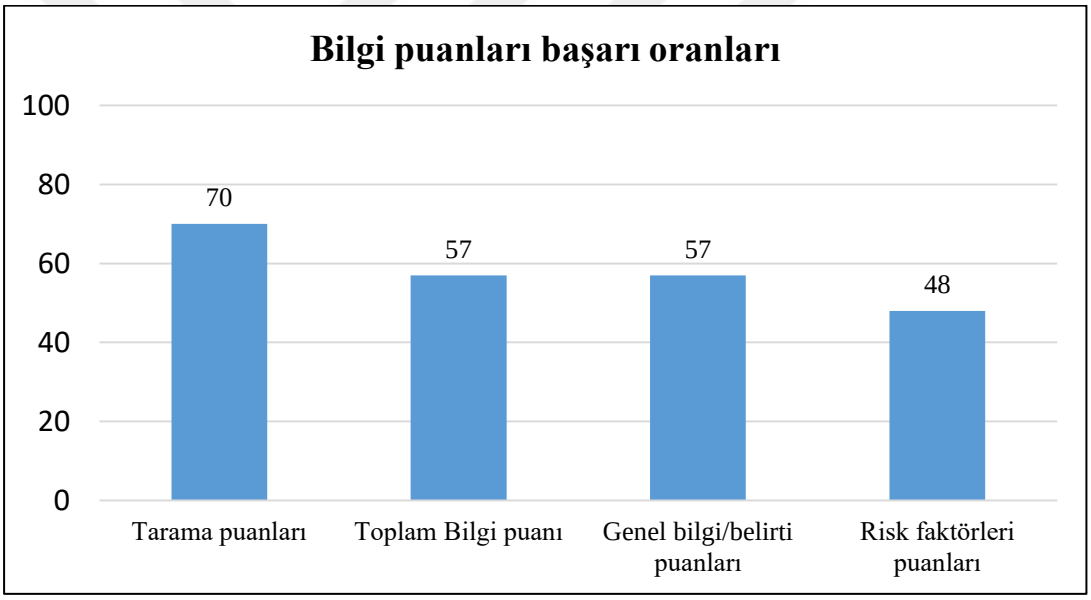
En çok yanlış cevaplama oranlarına sahip maddeler değerlendirildiğinde ise ilk sırada (%40) "Her kadının rahim ağzı kanserine yakalanma riski eşittir" ifadesi yer alırken, ikinci sırada (%31.5) "Doğum sayısının fazla olması (3 ve üzeri) rahim ağzı kanseri için risk faktörüdür'', üçüncü sırada ise (%25) "Cinsel ilişki sonrası kanama ve ağrı servikal kanserin erken belirtisi değildir'' ifadesi yer almaktadır (Tablo 4.5.).

Katılımcıların en çok "bilmiyorum" seçeneğini işaretlediği ifade ise "Erken yaşta (16 yaş ve altı) cinsel deneyim rahim ağzı kanseri için risk faktörüdür" ifadesi olup katılımcıların yarısından fazlası (%60) bu konuda bilgilerinin olmadığını ifade etmiştir. Bunu %53.5'lük bir oranla "Doğum sayısının fazla olması (3 ve üzeri) rahim ağzı kanseri için risk faktörüdür" ve %51.5'lik oranla "Erken yaşta (18 yaş altı) gebelik ve doğum rahim ağzı kanseri için risk faktörüdür" ifadeleri takip etmektedir (Tablo 4.5.).

Tablo 4.6. 18-65 yaş arası kadınların bilgi soruları puan ortalamaları (n=200).

Bilgi soru alt grupları	Min-Maks.	Ortalama±SS	Başarı oranı (%)
Serviks kanseri genel bilgi ve belirti sorularından alınan puan	0-6	3.43 ± 1.60	(%57)
Risk faktörleri sorularından alınan puan	0-8	3.84 ± 1.98	(%48)
Tarama sorularından alınan puan	0-6	4.21 ± 1.51	(%70)
Toplam bilgi puanı	0-20	11.48 ± 4.01	(%57)

18-65 yaş arası kadınların toplam bilgi ifadelerinden aldıkları ortalama puan 11.48±4.01'dir. Bilgi soru alt grupları incelendiğinde tarama sorularından alınan puanlar 4.21±1.51 ile en yüksek ortalamaya sahipken, risk sorularından alınan puanlar en düşük ortalamaya (3.84±1.98) sahip puan türüdür (Tablo 4.6., Şekil 4.4.).



Şekil 4.4. 18-65 yaş arası kadınların serviks kanseri bilgi puanları başarı oranlarının dağılımı.

Tablo 4.7. 18-65 yaş arası kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre serviks kanseri bilgi puanlarının karşılaştırılması (ortalama ± SS).

Özellikler	Genel bilgi ve belirti soruları puanları	Risk faktörleri soruları puanları	Tarama soruları puanları	Toplam bilgi puanları
Yaş grupları				
18-29	1.70 ± 1.16	2.60 ± 0.97	3.00 ± 1.41	7.30 ± 2.87
30-39	3.06 ± 1.56	3.58 ± 2.03	3.95 ± 1.67	10.60 ± 4.09
40-49	3.68 ± 1.51[a]	3.72 ± 1.86	4.38 ± 1.44[a]	11.78 ± 3.87[a]
50-59	3.73 ± 1.56[b]	4.32 ± 2.10	4.55 ± 1.25 [b]	12.59 ± 3.65[b]
60 ve üzeri	4.05 ± 1.53[c]	4.57 ± 1.86	4.33 ± 1.43	12.95 ± 3.72[c]
	[a] p= 0.004 [b] p= 0.003 [c] p= 0.002 (18-29'a kıyasla)	p>0.05	[a] p= 0.046 [b] p= 0.026 (18-29'a kıyasla)	[a] p= 0.012 [b] p= 0.001 [c] p= 0.002 (18-29'a kıyasla)
Medeni durumu [&]				
Evli	3.40 ± 1.61	3.69 ± 1.95	4.24 ± 1.53	11.33 ± 4.07
Dul	3.30 ± 1.64	4.90 ± 2.18	3.70 ± 1.49	11.90 ± 4.18
Boşanmış	3.93 ± 1.38	4.93 ± 1.69	4.14 ± 1.17	13.00 ± 2.94
Eğitim durumu				
Okuryazar değil	2.71 ± 2.63	3.57 ± 2.07	2.86 ± 2.54	9.14 ± 6.72
Okuryazar (n=1)	2.00	4.00	1.00	7.00
İlkokul	3.28 ± 1.61	3.94 ± 2.01	3.69 ± 1.59*	10.91 ± 4.07
Ortaokul	3.09 ± 1.95	3.57 ± 2.29	3.70 ± 1.36[#]	10.35 ± 4.72
Lise	3.53 ± 1.41	3.70 ± 2.06	4.34 ± 1.24	11.57 ± 3.74
Üniversite	3.69 ± 1.45	3.97 ± 1.81	4.88 ± 1.18	12.54 ± 3.33
	p>0.05	p>0.05	*p<0.001 [#] p=0.004 (Üniversite'ye kıyasla)	p>0.05
Çalışma durumu				
Çalışıyor /Emekli	3.75 ± 1.53	3.94 ± 2.00	4.55 ± 1.38	12.24 ± 3.69
Çalışmıyor	3.15 ± 1.61*	3.76 ± 1.96	3.91 ± 1.56*	10.81 ± 4.18*
	*p=0.007	p>0.05	*p=0.002	*p=0.018
Sağlık güvencesi				
Var	3.51 ± 1.56	3.89 ± 1.98	4.30 ± 1.44	11.70 ± 3.88
Yok	2.00 ± 1.67*	2.91 ± 1.76	2.64 ± 1.91*	7.55 ± 4.37*
	*p=0.004	p>0.05	*p=0.004	*p=0.002
Aylık gelir durumu				
Düşük	2.88 ± 1.66*	3.74 ± 1.98	3.58 ± 1.85	10.21 ± 4.74
Orta	3.58 ± 1.57	3.90 ± 2.02	4.34 ± 1.37	11.82 ± 3.81
Yüksek	3.60 ± 1.35	3.40 ± 1.17	4.90 ± 0.99	11.90 ± 2.64
	*p= 0.043 (Orta'ya kıyasla)	p>0.05	p>0.05	p>0.05

[&] Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 4.8. 18-65 yaş arası kadınların obstetrik öykü ve bazı serviks kanseri risk faktörleri özelliklerine göre bilgi puanlarının karşılaştırması (ortalama ± SS).

Özellikler	Genel bilgi ve belirti soruları puanları	Risk faktörleri soruları puanları	Tarama soruları puanları	Toplam bilgi puanları
İlk evlilik yaşı				
≤16	2.31 ± 1.78	4.00 ± 2.07	3.31 ± 1.96	9.63 ± 4.94
17-19	3.38 ± 1.55	3.71 ± 2.07	3.83 ± 1.48	10.92 ± 4.01
≥20	3.58 ± 1.55*	3.87 ± 1.94	4.46 ± 1.40*	11.92 ± 3.83
	*p=0.015 (≤16 yaşa kıyasla)	p>0.05	*p=0.022 (17-19 yaşa kıyasla)	p>0.05
İlk gebelik yaşı				
20 yaş altı	2.90 ± 1.58	3.29 ± 2.02	3.59 ± 1.58	9.78 ± 4.04
≥20	3.59 ± 1.59*	3.93 ± 1.95*	4.39 ± 1.46*	11.91 ± 3.92*
	*p=0.017	*p=0.046	*p=0.003	*p=0.002
Gebelik sayısı[&]				
0	3.27 ± 1.56	4.64 ± 1.86	4.00 ± 1.27	11.91 ± 3.91
1	3.17 ± 1.34	3.79 ± 1.79	4.42 ± 1.38	11.38 ± 3.35
2	3.42 ± 1.62	3.86 ± 1.81	4.20 ± 1.62	11.49 ± 3.93
≥3	3.51 ± 1.66	3.75 ± 2.12	4.18 ± 1.51	11.44 ± 4.25
Doğum sayısı				
0	3.27 ± 1.56	4.64 ± 1.86	4.00 ± 1.27	11.91 ± 3.91
1	3.31 ± 1.55	3.81 ± 1.98	4.48 ± 1.31	11.60 ± 3.70
2	3.68 ± 1.56	3.90 ± 1.96	4.36 ± 1.54	11.94 ± 4.05
≥3	3.06 ± 1.68	3.56 ± 2.03	3.69 ± 1.57*	10.31 ± 4.12
	p>0.05	p>0.05	*p=0.037 (2'ye kıyasla)	p>0.05
Vajinal enfeksiyon öyküsü[&]				
Evet	3.58 ± 1.45	4.04 ± 1.99	4.38 ± 1.42	12.00 ± 3.71
Hayır	3.26 ± 1.74	3.62 ± 1.95	4.01 ± 1.58	10.88 ± 4.27
Sigara kullanımı [&]				
Evet	3.63 ± 1.57	3.91 ± 2.04	4.33 ± 1.51	11.86 ± 4.09
Hayır	3.34 ± 1.61	3.81 ± 1.95	4.15 ± 1.51	11.29 ± 3.98
5 yıl üzeri OK kullanımı				
Evet	3.25 ± 1.24	3.44 ± 1.37	5.00 ± 0.82	11.69 ± 2.65
Hayır	3.45 ± 1.63	3.88 ± 2.02	4.14 ± 1.54*	11.46 ± 4.12
	p>0.05	p>0.05	*p=0.032	p>0.05

[&] Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 4.9. 18-65 yaş arası kadınların servikal kanseri duyma, eğitim alma ve aile/arkadaşta serviks kanseri öyküsü durumuna göre bilgi puanlarının karşılaştırması (n=200; ortalama±SS).

Özellikler	Genel bilgi ve belirti soruları puanları	Risk faktörleri soruları puanları	Tarama soruları puanları	Toplam bilgi puanları
Rahim ağzı kanserini duyma				
Evet	3.49 ± 1.55	3.83 ± 1.96	4.30 ± 1.42	11.62 ± 3.89
Hayır	1.71 ± 2.06*	4.00 ± 2.45	1.71 ± 1.98*	7.43 ± 5.44*
	*p=0.015	p>0.05	*p=0.002	*p=0.033
Aile öyküsü[&]				
Var	4.14 ± 1.86	2.57 ± 1.62	4.43 ± 1.27	11.14 ± 3.34
Yok	3.40 ± 1.59	3.89 ± 1.98	4.20 ± 1.52	11.49 ± 4.04
Arkadaş öyküsü				
Var	3.89 ± 1.35	3.83 ± 2.15	5.03 ± 0.85	12.75 ± 3.13
Yok	3.33 ± 1.64	3.84 ± 1.94	4.02 ± 1.56*	11.20 ± 4.14
	p>0.05	p>0.05	*p<0.001	p>0.05
Sürüntü testi duyma				
Evet	3.64 ± 1.52	4.12 ± 1.92	4.56 ± 1.23	12.32 ± 3.62
Hayır	2.56 ± 1.67*	2.67 ± 1.77*	2.74 ± 1.68*	7.97 ± 3.69*
	*p<0.001	*p<0.001	*p<0.001	*p<0.001
Rahim ağzı kanseri hakkında eğitim alma				
Evet	3.78 ± 1.48	4.17 ± 1.89	4.70 ± 1.09	12.65 ± 3.46
Hayır	3.09 ± 1.65*	3.51 ± 2.02*	3.72 ± 1.70*	10.33 ± 4.20*
	*p=0.002	*p=0.020	*p<0.001	*p<0.001

[&] Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Daha önce rahim ağzı kanserini duyanların serviks kanseri genel bilgi/belirti, tarama ve toplam bilgi puanlarında, sürüntü testini duyanlar ve rahim ağzı kanseri hakkında eğitim/bilgi alanların ise tüm bilgi puanlarındaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.9.).

Tablo 4.10. 18-65 yaş arası kadınlarda rahim ağzından sürüntü verme özelliklerine göre serviks kanseri bilgi puanların karşılaştırması (ortalama ± SS).

Özellikler	Genel bilgi ve belirti soruları puanları	Risk faktörleri soruları puanları	Tarama soruları puanları	Toplam bilgi puanları
Sürüntü verme durumu				
Evet	3.63 ± 1.49	4.01 ± 1.92	4.57 ± 1.21	12.21 ± 3.50
Hayır	2.62 ± 1.79*	3.13±2.08*	2.69 ± 1.69*	8.44 ± 4.58*
	*p=0.001	*p=0.007	*p<0.001	*p<0.001
Son sürüntü zamanı[&]				
İki yıl içinde	3.65 ± 1.51	4.14 ± 1.92	4.67 ± 1.16	12.45 ± 3.40
3-5 yıl içinde	3.41 ± 1.38	3.54 ± 1.92	4.43 ± 1.35	11.38 ± 3.73
≥6 yıl içinde	4.00 ± 1.63	4.25 ± 1.84	4.25 ± 1.18	12.50 ± 3.62
Sürüntü verme sıklığı				
Yılda bir	4.11 ± 1.43	4.19 ± 1.56	5.13 ± 0.95	13.43 ± 2.68
3-5 yılda bir	3.14 ± 1.38*	3.93 ± 2.18	4.32 ± 1.36[a]	11.39 ± 4.11
Şikayet olduğunda	3.47 ± 1.54	3.33 ± 1.88	4.31 ± 1.41[b]	11.11± 3.66*
Doktor istediğinde	3.56 ± 1.49	4.38 ± 2.02	4.38 ± 1.03[c]	12.32 ± 3.43
	*p=0.050 (yılda bire kıyasla)	p>0.05	[a] p=0.032 [b] p=0.018 [c] p=0.004 (yılda bire kıyasla)	*p=0.025 (yılda bire kıyasla)
Sürüntü verme nedeni				
Sağlık personeli önerisi	3.56 ± 1.40	3.84 ± 2.17	4.44 ± 1.20	11.84 ± 3.76
Sağlık kontrolü amaçlı	3.81 ± 1.52	4.20 ± 1.74	4.89 ± 1.08	12.91 ± 3.34
Şikayet sebebiyle	3.42 ± 1.54	3.66 ± 1.81	4.13 ± 1.32*	11.21 ± 3.35
Ailede kanser öyküsü (n=1)	3.17 ± 1.47	5.17 ± 2.48	4.33 ± 1.21	12.67 ± 3.45
	p>0.05	p>0.05	*p=0.009 (sağlık kontrolüne kıyasla	p>0.05
Sürüntü vermeme nedeni				
İhtiyaç duymama	3.41 ± 1.87*	3.50 ± 2.39	3.23 ± 1.63*	10.14± 5.15*
Cinsel yönden aktif olmama	2.00	0.00	4.00	6.00
Erteleme	1.50 ± 0.71	4.00 ±2.83	3.50 ± 0.71	9.00 ± 1.41
Bilgi yokluğu	1.57 ± 1.09	2.64 ± 1.22	1.64 ± 1.45	5.86 ± 2.38
	*p=0.027 (bilgi yokluğu'na kıyasla)	p>0.05	*p=0.035 (bilgi yokluğu'na kıyasla)	*p=0.032 (bilgi yokluğu'na kıyasla)

[&] Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 4.10.'da görüldüğü gibi sürüntü testi yaptıranların bütün bilgi puan türlerinde anlamlı şekilde daha yüksek puanlar aldıkları tespit edilmiştir. Sürüntü verme sıklığı açısından değerlendirildiğinde ise yılda bir yaptıranların serviks kanseri genel bilgi ve belirti puanlarında "3-5 yılda bir" yaptıranlara göre, toplam puanlarda şikayet olduğunda yaptıranlara göre ve son olarak da tarama puanlarında diğer 3

gruba göre anlamlı şekilde yüksek puanlar aldıkları görülmektedir ($p<0.05$) (Tablo 4.10.).

Tablo 4.11. 18-65 yaş arası kadınların SKETİTÖ ifadelerine verdikleri yanıtların dağılımı (n=200).

Maddeler	Tamamen Katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum		Madde Puanı
	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%	
Madde 1	84	42.00	67	33.50	15	7.50	29	14.50	5	2.500	3.98
Madde 2	115	57.50	78	39.00	4	2.00	3	1.50	-	-	4.53
Madde 3	43	21.50	21	10.50	5	2.50	67	33.50	64	32.00	3.44
Madde 4	158	79.00	27	13.50	5	2.50	5	2.50	5	2.50	4.64
Madde 5	14	7.00	22	11.00	47	23.50	94	47.00	23	11.50	2.55
Madde 6	6	3.00	8	4.00	4	2.00	81	40.50	101	50.50	4.32
Madde 7	89	44.50	85	42.50	13	6.50	8	4.00	5	2.50	4.23
Madde 8	19	9.50	66	33.00	41	20.50	59	29.50	15	7.50	2.93
Madde 9	80	40.00	83	41.50	27	13.50	8	4.00	2	1.00	4.16
Madde 10	28	14.00	55	27.50	83	41.50	25	12.50	9	4.50	3.34
Madde 11	124	62.00	55	27.50	6	3.00	12	6.00	3	1.50	4.43
Madde 12	90	45.00	79	39.50	16	8.00	14	7.00	1	0.50	4.22
Madde 13	16	8.00	31	15.50	12	6.00	79	39.50	62	31.00	3.70
Madde 14	18	9.00	34	17.00	32	16.00	95	47.50	21	10.50	2.67
Madde 15	21	10.50	49	24.50	20	10.00	66	33.00	44	22.00	3.32
Madde 16	96	48.00	75	37.50	13	6.50	14	7.00	2	1.00	4.25
Madde 17	5	2.50	14	7.00	5	2.50	96	48.00	80	40.00	4.16
Madde 18	41	20.50	80	40.00	16	8.00	53	26.50	10	5.00	3.45
Madde 19	25	12.50	84	42.00	23	11.50	61	30.50	7	3.50	3.30
Madde 20	12	6.00	22	11.00	18	9.00	81	40.50	67	33.50	3.85
Madde 21	44	22.00	111	55.50	30	15.00	14	7.00	1	0.50	3.92
Madde 22	80	40.00	83	41.50	16	8.00	20	10.00	1	0.50	4.11
Madde 23	74	37.00	57	28.50	11	5.50	42	21.00	16	8.00	3.66
Madde 24	4	2.00	5	2.50	2	1.00	95	47.50	94	47.00	4.35
Madde 25	52	26.00	35	17.50	12	6.00	57	28.50	44	22.00	3.03
Madde 26	21	10.50	41	20.50	79	39.50	39	19.50	20	10.00	3.02
Madde 27	10	5.00	15	7.50	37	18.50	72	36.00	66	33.00	3.85
Madde 28	33	16.50	44	22.00	58	29.00	48	24.00	17	8.50	3.14
Madde 29	5	2.50	18	9.00	44	22.00	95	47.50	38	19.00	2.29
Madde 30	14	7.00	19	9.50	9	4.50	67	33.50	91	45.50	4.01

SKETİTÖ'den madde başına alınan puan ortalamaları incelendiğinde katılımcıların en başarılı oldukları ifadeler sırayla "Eşim izin verse de vermese de

rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye giderim" (madde 4), "Rahim ağzı kanseri hakkında bilgi edinmeye değer" (madde 2) ve "Sağlık güvencesi olursa rahim ağzı kanseri erken tanısı için düzenli muayeneye gitmek kolaylaşır" (madde 11) ifadeleri olmuştur. En az puan ortalamasına sahip ilk üç madde ise "Rahim ağzı kanseri olursam hayata küserim" (madde 29), "Rahim ağzı kanseri olursam fazla yaşayamam" (madde 5) ve "Rahim ağzı kanseri olma düşüncesi sık sık aklıma gelir" (madde 14) ifadeleri olmuştur (Tablo 4.11.).

Tablo 4.12. 18-65 yaş arası kadınların SKETİTÖ'nün tamamı ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları.

SKETİTÖ puan tüleri	Min- Maks.	Ortalama ± SS	Başarı oranı (%)
Algılanan Duyarlılık	9-45	31.97 ± 4.32	(% 71)
Algılanan Ciddiyet	8-40	27.37 ± 4.10	(% 68)
Algılanan Engel	7-35	26.83 ± 4.35	(% 77)
Algılanan Yarar	6-30	24.59 ± 3.35	(% 82)
Tutum Toplam	30-150	110.76 ± 9.99	(% 74)

18-65 yaş arası kadınların SKETİTÖ'den aldıkları toplam puanların ortalaması 110.76±9.99'dur. SKETİTÖ'nün alt boyutlarının ortalamaları incelendiğinde ise alt boyutlar içinde en yüksek ortalamaya algılanan yarar boyutu sahipken, en düşük ortalamaya algılanan ciddiyet boyutu puanlarının sahip olduğu görülmektedir. Algılanan ciddiyet ve algılanan duyarlılık puanları tutum toplam puan ortalamasının altında kalmıştır (Tablo 4.12.).

Tablo 4.13. 18-65 yaş arası kadınların bazı sosyo demografik özelliklerine göre SKETİTÖ'den aldıkları puanların karşılaştırması (ortalama ± SS).

Özellikler	Algılanan duyarlılık alt boyutu puanları	Algılanan ciddiyet alt boyutu puanları	Algılanan engel alt boyutu puanları	Algılanan yarar alt boyutu puanları	Tutum ölçeği toplam puanları
Yaş grupları					
18-29	30.50 ± 3.03	26.90 ± 4.46	26.80 ± 2.97	24.00 ± 4.16	108.20 ± 8.66
30-39	32.09 ± 4.04	27.28 ± 3.88	26.22 ± 4.30	24.54 ± 3.78	110.12± 10.63
40-49	32.92±4.10*	27.43 ± 4.23	27.03 ± 5.05	24.65 ± 3.12	112.03± 10.15
50-59	32.14 ± 4.71	28.07 ± 4.46	27.00 ± 3.69	24.41 ± 3.18	111.61 ± 9.30
60 ve üzeri	29.29 ± 4.54	26.24 ± 3.46	27.76 ± 4.32	25.24 ± 2.61	108.52 ± 9.50
	*p=0.011 (60 yaşa kıyasla)	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05
Medeni durum[&]					
Evli	32.01 ± 4.19	27.31 ± 4.02	26.82 ± 4.24	24.62 ± 3.39	110.76± 10.08
Dul	29.60 ± 3.98	27.50 ± 4.60	24.90 ± 4.63	24.10 ± 3.87	106.10 ± 6.81
Boşanmış	33.29 ± 5.65	28.07 ± 5.00	28.21 ± 5.35	24.57 ± 2.50	114.14 ± 9.91
Eğitim durumu[&]					
Okuryazar değil	31.71 ± 5.22	28.43 ± 5.62	26.29 ± 2.69	23.57 ± 5.71	110.00± 15.93
Okuryazar (n=1)	30.00	28.00	25.00	23.00	106.00
İlkokul	32.00 ± 4.35	27.72 ± 4.00	26.65 ± 4.81	23.78 ± 3.31	110.15 ± 9.95
Ortaokul	31.35 ± 4.78	26.26 ± 3.96	25.74 ± 4.45	24.61 ± 3.13	107.96± 10.59
Lise	31.68 ± 4.83	27.57 ± 4.51	26.28 ± 4.41	24.57 ± 3.17	110.11± 11.04
Üniversite	32.43 ± 3.75	27.21 ± 3.83	27.79 ± 3.97	25.37 ± 3.21	112.79 ± 8.17
Çalışma durumu					
Çalışıyor/ Emekli	32.18 ± 4.54	27.81 ± 3.91	27.63 ± 4.28	24.90 ± 3.22	112.53 ± 9.51
Çalışmıyor	31.79 ± 4.13	26.99 ± 4.24	26.12±4.32*	24.32 ± 3.45	109.22±10.18*
	p>0.05	p>0.05	*p=0.025	p>0.05	*p=0.043
Sağlık güvencesi					
Var	32.03 ± 4.30	27.39 ± 4.12	27.03 ± 4.27	24.74 ± 3.25	111.19 ± 9.80
Yok	31.09 ± 4.78	27.00 ± 4.03	23.27±4.36*	22.00±4.03*	103.36±10.77*
	p>0,05	p>0,05	*p=0,009	*p=0,032	*p=0,025
Gelir düzeyi[&]					
Düşük	31,72 ± 3,53	28,28 ± 4,06	26,14 ± 4,75	24,16 ± 3,53	110,30 ± 10,34
Orta	31,95 ± 4,56	27,00 ± 4,09	26,94 ± 4,24	24,67 ± 3,29	110,55 ± 9,88
Yüksek	33,50 ± 3,84	28,90 ± 3,96	28,10 ± 4,31	25,30 ± 3,50	115,80 ± 9,56

[&] Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

SKETİTÖ'den alınan puanlarla sosyo-demografik verilerin analizinde algılanan ciddiyet alt boyutunun hiçbir değişkenden etkilenmediği görülürken, bununla birlikte algılanan duyarlılık boyutunda sadece yaş grupları ile analizinde fark tespit edilmiş olup, 40-49 yaş grubunun aldıkları puanların 60 yaş ve üzeri gruba göre

anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.05). Çalışma durumlarına göre ise çalışan/emekli grubun çalışmayanlara kıyasla toplam tutum puanları ve algılanan engel boyutu puanları daha yüksek çıkmıştır. Sağlık güvencesi varlığında ise toplam tutum puanları ile algılanan yarar ve engel puanlarının anlamlı olarak arttığı (p<0.05) görülmektedir (Tablo 4.13.).

Tablo 4.14. 18-65 yaş arası kadınların obstetrik öykü ve bazı serviks kanseri risk faktörleri özelliklerine göre SKETİTÖ'den aldıkları puanların karşılaştırması (ortalama ± SS).

Özellikler	Algılanan duyarlılık alt boyutu puanları	Algılanan ciddiyet alt boyutu puanları	Algılanan engel alt boyutu puanları	Algılanan yarar alt boyutu puanları	Tutum ölçeği toplam puanları
İlk evlilik yaşı[&]					
≤16	30.38±4.00	27.75± 4.42	26.94±4.36	23.19 ± 3.73	108.25± 10.97
17-19					
≥20	31.71±4.58	27.33± 3.84	25.90±4.01	24.04 ± 3.55	108.98 ± 9.65
	32.27±4.24	27.34± 4.19	27.17±4.46	24.98 ± 3.16	111.77 ± 9.92
İlk gebelik yaşı					
20 yaş altı	31.15±3.60	27.17± 3.79	25.68±3.99[*]	23.78 ± 3.48	107.78 ± 8.67[*]
≥20	32.32±4.41	27.39± 4.26	27.16± 4.43	24.75 ± 3.32	111.61± 10.16
	p>0.05	p>0.05	[*]p=0.033	p>0.05	[*]p=0.038
Gebelik sayısı					
0	30.45±5.20	27.91± 3.30	26.64± 4.27	25.45 ± 2.91	110.45± 10.90
1	32.92±4.05	27.12 ±3.72	28.13 ±2.46	26.17 ± 3.19	114.33 ± 8.23
2	32.05±4.07	27.47± 4.14	26.34± 4.99	24.12± 3.24[*]	109.98 ± 9.50
≥3	31.88±4.43	27.31± 4.28	26.82± 4.31	24.41 ± 3.40	110.42± 10.46
	p>0.05	p>0.05	p>0.05	[*]p=0.039 (1'e kıyasla)	p>0.05
Doğum sayısı					
0	30.45±5.20	27.91± 3.30	26.64± 4.27	25.45 ± 2.91	110.45± 10.90
1	32.88±3.92	26.57± 3.85	28.26± 3.88	25.62 ± 3.48	113.33 ± 8.50
2	32.14±4.33	27.91± 4.14	26.52± 4.45	24.53 ± 3.13	111.09± 10.32
≥3	31.19±4.34	26.83± 4.33	26.25± 4.41	23.63± 3.55[*]	107.90 ± 9.87[*]
	p>0.05	p>0.05	p>0.05	[*]p=0.026 (1'e kıyasla)	[*]p=0.021 (1'e kıyasla)
Vajinal enfeksiyon öyküsü[&]					
Evet	31.89± .10	27.58± 3.03	26.76±4.38	24.63 ± 3.44	110.87 ± 9.56
Hayır	32.07±4.57	27.13± 4.19	26.89±4.34	24.54 ± 3.26	110.64± 10.50
Sigara kullanımı[&]					
Evet	31.80±4.16	27.39± 4.30	26.84±4.81	24.66 ± 3.47	110.69± 10.85
Hayır	32.06±4.41	27.36± 4.02	26.82±4.14	24.56 ± 3.30	110.79 ± 9.59
5 yıl üzeri OK kullanımı					
Evet	33.12±5.75	29.00± 3.56	27.50±2.99	24.94 ± 4.11	114.56± 12.18
Hayır	31.88±4.18	27.23±4.12[#]	26.77±4.45	24.56 ± 3.28	110.43 ± 9.74
	p>0.05	[#]p=0.046	p>0.05	p>0.05	p>0.05

[&] Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Çalışmamızda ilk gebelik yaşı 20 yaş altı olanların toplam tutum ve algılanan engel puanları gebelik yaşı 20 yaş ve üzeri olanlara göre anlamlı derecede daha düşüktür ($p<0.05$). Toplam gebelik sayısına göre yapılan analizde ise sadece algılanan yarar puanlarında bir gebelik geçirenlerde iki gebelik geçirenlere kıyasla anlamlı yükseklik tespit edilmiştir ($p<0.05$). Doğum sayılarına bakıldığında bir doğum yapanların üç ve üzeri doğum yapanlara kıyasla hem algılanan yarar puanları, hem de toplam tutum puanlarında anlamlı yükseklik tespit edilmiştir. Beş yıldan uzun süreli OK kullanımı da algılanan ciddiyet puanlarında anlamlı artışa sebep olmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.14.).

Tablo 4.15. 18-65 yaş arası kadınların servikal kanseri duyma, eğitim alma ve arkadaş/ailede serviks kanseri öyküsüne göre SKETİTÖ'den aldıkları puanların karşılaştırması (ortalama ± SS).

Özellikler	Algılanan duyarlılık alt boyutu puanları	Algılanan ciddiyet alt boyutu puanları	Algılanan engel alt boyutu puanları	Algılanan yarar alt boyutu puanları	Tutum ölçeği toplam puanları
Rahim ağzı kanserini duyma					
Evet	32.05 ± 4.54	27.39± 4.09	26.92 ± 4.37	24.78 ± 3.19	111.15 ± 9.84
Hayır	29.86 ± 2.55 p>0.05	26.71± 4.72 p>0.05	24.29 ± 3.15 p>0.05	19.29±3.45* *p=0.001	100.14±8.51* *p=0.007
Sürüntü testini duyma					
Evet	32.07 ± 4.27	27.36± 4.05	27.57 ± 4.15	25.01 ± 3.16	112.01 ± 9.55
Hayır	31.59 ± 4.57 p>0.05	27.41± 4.38 p>0.05	23.77±3.83* *p<0.001	22.85±3.57* *p=0.001	105.62±10.23* *p<0.001
Rahim ağzı kanseri hk. eğitim alma					
Evet	32.55 ± 4.04	27.13± 4.03	28.26 ± 3.99	25.43 ± 3.22	113.37 ± 9.34
Hayır	31.42± 4.53* *p=0.022	27.60± 4.18 p>0.05	25.42±4.25* *p<0.001	23.76±3.28* *p<0.001	108.20±9.98* * p<0.001
Aile öyküsü[&]					
Var	32.43±6.27	25.57± 5.35	24.43 ± 4.65	24.43 ± 3.16	106.86±13.68
Yok	31.96± 4.26	27.44± 4.05	26.91 ± 4.33	24.60 ± 3.36	110.90 ± 9.84
Arkadaş öyküsü[&]					
Var	31.19 ± 3.89	27.97± 4.33	26.53 ± 3.36	24.42 ± 2.71	110.11 ± 8.98
Yok	32.15 ± 4.40	27.24± 4.05	26.89 ± 4.55	24.63 ± 3.48	110.90±10.21

[&] Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 4.15.'te görüldüğü gibi rahim ağzı kanserini duyanların, duymayanlara kıyasla algılanan yarar ve tutum toplam puanları artmıştır ($p<0.05$). Sürüntü testini duyanların algılanan yarar, engel ve toplam tutum puanlarındaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Rahim ağzı kanseri hakkında eğitim alanlarda

ise algılanan ciddiyet puanları dışındaki tüm puan türlerinde anlamlı yükseklik tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.16. 18-65 yaş arası kadınlarda rahim ağzından sürüntü verme özelliklerine göre SKETİTÖ puanlarının karşılaştırması (ortalama ± SS).

Özellikler	Algılanan duyarlılık alt boyutu puanları	Algılanan ciddiyet alt boyutu puanları	Algılanan engel alt boyutu puanları	Algılanan yarar alt boyutu puanları	Tutum ölçeği toplam puanları
Sürüntü verme durumu					
Evet	32.20±4.34	27.46±4.14	27.51±4.16	25.01±3.18	112.17±9.48
Hayır	31.05±4.16 p>0.05	27.00±3.99 p>0.05	24.00±4.02* *p<0.001	22.87±3.53* * p=0.001	104.92±0.00* * p<0.001
Son sürüntü zamanı[&]					
İki yıl içinde	32.52±4.03	27.27±4.24	27.94±4.30	25.17±3.12	112.89±9.43
3-5 yıl içinde	31.22±4.58	27.24±4.00	26.59±3.95	24.65±3.51	110.00±10.24
≥6 yıl içinde	32.31±5.63	28.56±3.78	26.75±3.40	24.75±2.84	112.38±7.60
Sürüntü verme sıklığı					
Yılda bir	33.87±4.61	27.51±4.47	28.81±4.04	25.72±3.19	115.91±9.33
3-5 yılda bir	32.04±4.75	27.57±4.67	27.14±4.36	25.14±3.40	111.89±10.73
Şikayet olduğunda	31.44±3.81[a]	27.67±3.74	25.83±4.54*	23.81±3.48	108.75±9.20*
Doktor istediğinde	31.26±3.84[b] [a]p=0.048 [b]p=0.018 (yılda bire kıyasla)	27.20±3.88 p>0.05	27.70±3.50 *p=0.013 (yılda bire kıyasla)	25.12±2.60 p>0.05	111.28±8.08 *p=0.004 (yılda bire kıyasla)
Sürüntü verme nedeni					
Sağlık personeli önerisi	31.51±3.35	27.56±3.87	27.19±3.83	25.05±2.75	111.30±8.64
Sağlık kontrolü için	33.15±4.47*	27.07±4.46	28.46±3.98*	25.70±3.06*	114.38±9.73*
Şikayet sebebiyle	30.95±3.91	28.03±3.33	26.05±4.31	23.37±3.42	108.39±8.75
Ailede kanser öyküsü (n=1)	33.33±8.60 *p=0.046 (Şikayet sebebi ile verenlere kıyasla)	28.00±6.69 p>0.05	27.33±5.68 *p=0.013 (Şikayet sebebi ile verenlere kıyasla)	26.50±2.35 *p=0.002 (Şikayet sebebi ile verenlere kıyasla)	115.17±10.19 *p=0.010 (Şikayet sebebi ile verenlere kıyasla)
Sürüntü vermeme nedeni[&]					
İhtiyaç duymama	31.68±4.75	27.86±3.85	24.40±3.53	23.36±3.49	107.41±10.05
Utanma(n=1)	34.00	24.00	27.00	27.00	117.00
Erteleme	28.50±2.12	20.50±2.12	25.50±9.19	25.00±0.00	99.50±9.19
Bilgi yokluğu	30.21±3.29	26.43±3.72	22.79±4.19	21.50±3.50	110.93±8.89

[&] Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

18-65 yaş arası kadınlarda rahim ağzından sürüntü verme durumu ile SKETİTÖ'nin alt boyutlarından alınan puanların analizi incelendiğinde rahim

ağzından sürüntü verenlerin vermeyenlere kıyasla toplam puanlarla, algılanan yarar ve engel alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı yükseklik tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.16.).

Tablo 4.17. 18-65 yaş arası kadınların bilgi puanları ile bazı nicel demografik özellikleri arasındaki korelasyon analizi.

Özellikler		Genel bilgi ve belirti soruları puanları	Risk faktörleri soruları puanları	Tarama soruları puanları	Toplam bilgi puanları
Yaş	r	0.228*	0.201*	0.152*	0.261*
	p	0.001	0.004	0.031	<0.001
İlk evlilik yaşı	r	0.057	-0.070	-0.054	-0.019
	p	0.422	0.325	0.451	0.791
Evlilik sayısı	r	-0.080	-0.141*	-0.195*	-0.175*
	p	0.261	0.046	0.006	0.013
İlk gebelik yaşı	r	0.129	0.065	0.315*	0.188*
	p	0.077	0.378	<0.001	0.009
Gebelik sayısı	r	0.057	-0.070	-0.054	-0.019
	p	0.422	0.325	0.451	0.791
Doğum sayısı	r	-0.052	-0.088	-0.151*	-0.121
	p	0.467	0.217	0.033	0.088
Tarama yaptırma zamanı	r	-0.019	-0.109	-0.048	-0.082
	p	0.813	0.170	0.544	0.303
Algılanan duyarlılık alt boyutundan alınan puan	r	0.123	0.034	0.139	0.136
	p	0.084	0.636	0.050	0.054
Algılanan ciddiyet alt boyutundan alınan puan	r	0.027	0.090	0.063	0.069
	p	0.707	0.204	0.372	0.333
Algılanan engel alt boyutundan alınan puan	r	0.154*	0.191*	0.245*	0.254*
	p	0.029	0.007	<0.001	<0.001
Algılanan yarar alt boyutundan alınan puan	r	0.152*	0.229*	0.232*	0.273*
	p	0.032	0.001	0.001	<0.001
Toplam tutum puanı	r	0.178*	0.201*	0.258*	0.279*
	p	0.012	0.004	<0.001	<p0.001

* İstatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiştir.

Yaş ile tüm bilgi ifadelerinden alınan puanlarda pozitif yönde zayıf ama anlamlı bir ilişki olduğu Tablo 4.17.'de görülmektedir. Evlilik sayısı ile serviks kanseri risk faktörleri puanları, tarama puanları ve toplam bilgi ifadelerinden alınan puanlarda negatif yönde zayıf ama anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. İlk gebelik yaşı ile yapılan korelasyon analizinde ise tarama bilgi puanlarıyla pozitif yönde anlamlı orta düzeyde, toplam bilgi puanlarıyla da pozitif yönde zayıf anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Doğum sayısı ile tarama bilgi puanları arasında negatif yönde zayıf ama anlamlı ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 4.17.).

Bilgi puanları ile tutum alt boyutlarından alınan puanların analizinde ise tüm bilgi puanları ile algılanan yarar, engel ve tutum toplam puanları arasında zayıf ama pozitif yönde anlamlı bir korelasyon olduğu görülmektedir (Tablo 4.17.).

Tablo 4.18. 18-65 yaş arası kadınların SKETİTÖ puanları ile bazı nicel demografik özellikleri arasındaki korelasyon analizi.

Özellikler		Algılanan duyarlılık alt boyutu puanları	Algılanan ciddiyet alt boyutu puanları	Algılanan engel alt boyutu puanları	Algılanan yarar alt boyutu puanları	Tutum ölçeği toplam puanları
Yaş	r	-0.064	-0.022	0.111	0.022	0.015
	p	0.368	0.762	0.118	0.758	0.831
İlk evlilik yaşı	r	-0.043	-0.076	-0.002	-0.069	-0.096
	p	0.546	0.284	0.982	0.329	0.177
Evlilik sayısı	r	-0.066	-0.064	-0.037	-0.088	-0.091
	p	0.351	0.364	0.598	0.217	0.202
İlk gebelik yaşı	r	0.092	0.014	0.161*	0.139	0.154*
	p	0.207	0.849	0.027	0.057	0.035
Gebelik sayısı	r	-0.043	-0.076	-0.002	-0.069	-0.096
	p	0.546	0.284	0.982	0.329	0.177
Doğum sayısı	r	-0.079	-0.033	-0.119	-0.205*	-0.190*
	p	0.266	0.640	0.092	0.004	0.007
Tarama zamanı	r	-0.082	0.157*	-0.171*	-0.025	-0.039
	p	0.303	0.047	0.030	0.750	0.621

* İstatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiştir.

Çalışmamızda ilk gebelik yaşı ile SKETİTÖ ölçeğinden alınan puanların korelasyonunda toplam tutum ve algılanan engel puanları arasında pozitif yönde zayıf ama anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Doğum sayısı ile yapılan karşılaştırmada ise algılanan yarar ve toplam tutum puanlarında negatif yönde zayıf ama anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Tarama yaptırma zamanıyla algılanan ciddiyet puanları arasında pozitif yönde zayıf ama anlamlı bir ilişki tespit edilirken, algılanan engel puanlarıyla ise negatif yönde zayıf ama anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo 4.18.).

4.2. Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarına Ait Bulgular

Bu bölümde çalışmaya katılan tüm birinci basamak sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özelikleri, serviks kanseri ile ilgili eğitim alma ile ilgili özellikler, tarama önerme durumları ve bilgi ifadelerine verilen yanıtların dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.19. Sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı (n= 150).

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	n	%
Cinsiyet		
Kadın	114	76.00
Erkek	36	24.00
Yaş aralığı		
18-29	8	5.33
30-39	28	18.66
40-49	68	45.33
50-59	38	25.33
60 ve üzeri	8	5.33
Medeni durum		
Bekar	4	2.66
Evli	135	90.00
Boşanmış	11	7.33
Eğitim durumu		
Lise	16	10.66
Önlisans	31	20.66
Lisans	59	39.33
Lisansüstü eğitim ve üstü	44	29.33
Aylık gelir düzeyi		
Düşük	9	6.00
Orta	116	77.33
Yüksek	25	16.66
Meslek		
Doktor	58	38.66
Ebe	47	31.33
Hemşire	23	15.33
Diş Hekimi	4	2.66
Sağlık Memuru	7	4.66
Diğer (Biyolog, mühendis, memur, teknisyen vb.)	11	7.33
Meslek süresi		
<15 yıl	32	21.33
15-19 yıl	15	10.00
20-24 yıl	36	24.00
≥25 yıl	67	44.67
Birinci basamakta çalışma süresi		
≤10 yıl	67	44.66
11-20 yıl	41	27.33
≥21	42	28.00
Çalışma yeri		
TSM	50	33.33
ASM	100	66.67

Çalışmaya katılan birinci basamak sağlık çalışanlarının %76'sı kadın, %24'ü erkektir. Sağlık çalışanlarının yaş ortalaması 45.23± 8.85'dir. Meslek gruplarına göre dağılıma bakıldığında çalışmaya katılan sağlık personelinin %38.66'sı doktor, %31.33'ü ebe, %15.33'ü hemşire, %2.66'sı diş hekimi, % 4.66'sı sağlık memuru ve %7.33'ünün ise diğer (Biyolog, mühendis, memur, teknisyen, VHKİ vb.) meslek grubunda oldukları görülmektedir. Çalışma yerine göre ise katılımcıların %33.33'ü TSM, %66.67'si ASM'lerde çalışmaktadır (Tablo 4.19.).

Tablo 4.20. Sağlık çalışanlarının serviks kanseri ile ilgili farkındalık durumu ile ilgili dağılımı (n=150).

Özellikler	n	%
Mesleki eğitim sırasında eğitim alma durumu		
Evet	112	74.67
Hayır	20	13.33
Hatırlamıyorum	18	12.00
Mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim alma durumu		
Evet	101	67.33
Hayır	39	26.00
Hatırlamıyorum	10	6.67
Ailede rahim ağzı kanseri öyküsü		
Var	5	3.33
Yok	145	96.67

Tablo 4.20.'de serviks kanseri ile ilgili eğitim alma durumlarına bakıldığında sağlık çalışanlarının %74.67'si mesleki eğitim sırasında serviks kanseri ile ilgili eğitim aldığını ifade ederken, katılımcıların %67.33'ü bu konuda mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim aldığını ifade etmiştir.

Tablo 4.21. Sağlık çalışanlarının serviks kanseri ile ilgili eğitim/bilgi verme, hastalarına tarama önerme özelliklerine göre dağılımı (n=100).

Özellikler	n*	%
Hastalara serviks kanseri ile ilgili eğitim/bilgi verme durumu		
Evet	93	93.00
Hayır	7	7.00
Hastalarına serviks kanseri taraması önerme durumu		
Öneren	99	99.00
Önermeyen	1	1.00

* Bu sorular TSM'nin birçok biriminde hasta ile karşılaşılmadığından sadece ASM personeline sorulmuştur.

Tablo 4.22. Sağlık çalışanlarının serviks kanseri bilgi sorularına verdikleri yanıtların dağılımı.

Bilgi İfadeleri	Doğru Cevap	Doğru		Yanlış		Bilmiyorum	
		n	%	N	%	n	%
1. Rahim ağzı kanseri önlenebilir bir hastalıktır.	Doğru	136	90.7	3	2.0	11	7.3
2. Rahim ağzı kanserinin erken tanı ve tedavisi mümkündür.	Doğru	147	98.0	.	.	3	2.0
3. Her kadının rahim ağzı kanserine yakalanma riski eşittir.	Yanlış	43	28.7	92	61.3	15	10.0
4. Sürüntü testi (Pap test/HPV testi) tarama amacıyla yapılır.	Doğru	138	92.0	8	5.3	4	2.7
5. Pap smear testini cinsel yönden aktif olan her kadın yaptırmalıdır.	Doğru	123	82.0	22	14.7	5	3.3
6. Menstrüasyon (adet/regl) dışı ara kanamalar rahim ağzı kanserinin erken belirtisidir.	Doğru	82	54.7	33	22.0	35	23.3
7. Erken yaşta (16 yaş ve altı) cinsel deneyim rahim ağzı kanseri için risk faktörüdür.	Doğru	104	69.3	12	8.0	34	22.7
8. Sigara kullanmak rahim ağzı kanseri risk faktörlerindendir.	Doğru	115	76.7	12	8.0	23	15.3
9. Çok eşli cinsel yaşam rahim ağzı kanseri için risk faktörüdür.	Doğru	138	92.0	1	0.7	11	7.3
10. Ailede kanser öyküsü olması rahim ağzı kanseri riskini artırmaz.	Yanlış	41	27.3	99	66.0	10	6.7
11. Rahim ağzı kanserinden korunmak için aşı yoktur.	Yanlış	13	8.7	124	82.7	13	8.7
12. Rahim ağzı kanserinin tanısı Pap smear testi ile konulur.	Doğru	104	69.3	37	24.7	9	6.0
13. Erken yaşta (18 yaş altı) gebelik ve doğum rahim ağzı kanseri için risk faktörüdür.	Doğru	78	52.0	35	23.3	37	24.7
14. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar rahim ağzı kanseri için risk faktörüdür.	Doğru	130	86.7	5	3.3	15	10.0
15.Sürüntü testini (Pap smear/HPV) sadece jinekolojik şikayet olduğu durumlarda yaptırmak gerekir.	Yanlış	4	2.7	144	96.0	2	1.3
16. Vajinal akıntı miktarının artması ve renk değişiklikleri rahim ağzı kanserinin erken belirtilerindendir.	Doğru	95	63.3	35	23.3	20	13.3
17. Cinsel ilişki sonrası kanama ve ağrı servikal kanserin erken belirtisi değildir.	Yanlış	44	29.3	86	57.3	20	13.3
18. Doğum sayısının fazla olması (3 ve üzeri) rahim ağzı kanseri için risk faktörüdür.	Doğru	52	34.7	62	41.3	36	24.0
19. Rahim ağzı kanserinden korunmak için düzenli olarak tarama (Pap smear testi/HPV) yaptırmak gerekir.	Doğru	138	92.0	7	4.7	5	3.3
20. Menopoz sonrası kanama rahim ağzı kanserinin erken belirtilerindendir.	Doğru	100	66.7	20	13.3	30	20.0
21. HPV cinsel yolla bulaşan bir virüstür.	Doğru	128	85.3	9	6.0	13	8.7
22. Serviks kanseri ve kanser öncesi hücreler HPV ile ilişkili değildir.	Yanlış	13	8.7	103	68.7	34	22.7
23. HPV genital siğillere neden olur.	Doğru	112	74.7	11	7.3	27	18.0
24. HPV enfeksiyonu geçirme serviks kanseri risk faktörüdür.	Doğru	127	84.7	2	1.3	21	14.0
25. Beş yıldan uzun süreli oral kontraseptif (doğum kontrol hapı) kullanımı serviks kanseri risk faktörü değildir.	Yanlış	52	34.7	53	35.3	45	30.0
26. Pap smear testi HPV taraması ile birlikte yapılıyorsa 5 yılda bir yapılabilir.	Doğru	100	66.7	25	16.7	25	16.7

Tablo 4.22.'de görüldüğü gibi birinci basamak sağlık çalışanlarının en çok doğru yanıtladığı ilk iki bilgi ifadesi sırayla "Rahim ağzı kanserinin erken tanı ve tedavisi mümkündür" (madde 2) ifadesi ve "Sürüntü testini (Pap smear/HPV testi) sadece jinekolojik şikayet olduğu durumlarda yaptırmak gerekir" (madde 15) ifadesidir.

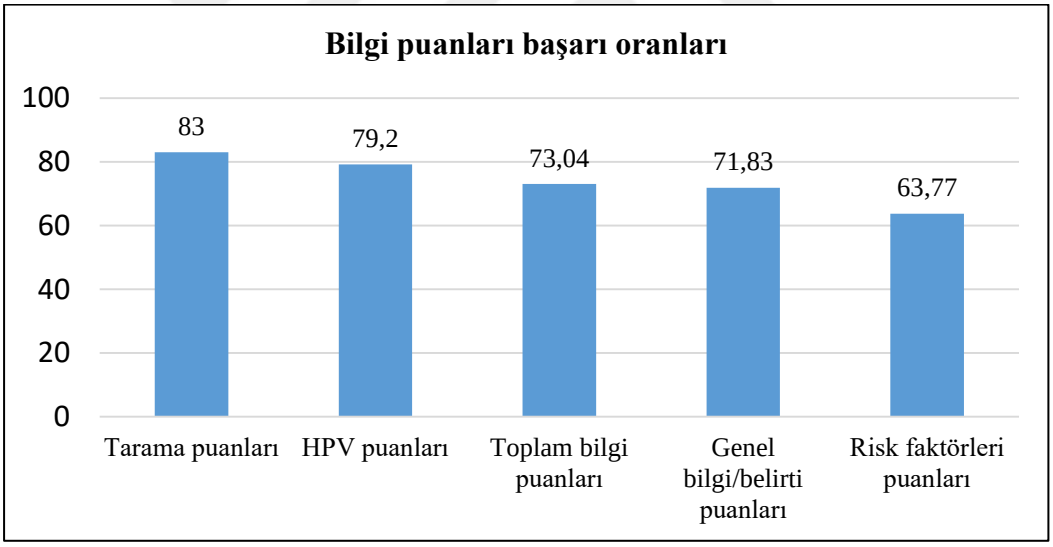
Sağlık çalışanlarının en çok yanlış yanıtladığı bilgi ifadeleri incelendiğinde ise en çok yanlış cevapladıkları ilk ifade "Doğum sayısının fazla olması (3 ve üzeri) rahim ağzı kanseri için risk faktörüdür" (madde 18) ifadesiyken, bunu "Beş yıldan uzun süreli oral kontraseptif kullanımı serviks kanseri risk faktörü değildir" ifadesi (madde 25) izlemektedir (Tablo 4.22.).

Katılımcıların en çok "bilmiyorum" seçeneğini işaretlediği ilk üç ifade ise "Beş yıldan uzun süreli oral kontraseptif kullanımı serviks kanseri risk faktörü değildir" (madde 25), "Erken yaşta (18 yaş altı) gebelik ve doğum rahim ağzı kanseri için risk faktörüdür" (madde 13) ve "Doğum sayısının fazla olması (3 ve üzeri) rahim ağzı kanseri için risk faktörüdür" (madde 18) ifadeleridir (Tablo 4.22.).

Tablo 4.23. Sağlık çalışanlarının serviks kanseri bilgi sorularından aldıkları puanların ortalaması (n=150).

Bilgi soruları puan türleri	Min-Maks.	Ortalama ± SS	Başarı oranı (%)
Serviks kanseri genel bilgi ve belirti sorularından alınan puan	0-6	4.31 ± 1.37	71.83
Risk faktörleri sorularından alınan puan	0-9	5.74 ± 1.96	63.77
Tarama sorularından alınan puan	0-6	4.98 ± 1.01	83.00
HPV sorularından alınan puan	0-5	3.96 ± 1.47	79.2
Toplam Bilgi puanı	0-26	18.99 ± 4.50	73.04

Sağlık çalışanlarının bilgi ifadelerinden aldıkları ortalama puan 18.99±4.50'dir. Bilgi soru alt grupları incelendiğinde ise katılımcıların en başarılı oldukları bilgi ifadesi grubu tarama soruları grubu olup, risk sorularından alınan puanlar ise en düşük ortalamaya (5.74±1.96) sahip gruptur (Tablo 4.23., Şekil 4.5.).



Şekil 4.5. Sağlık çalışanlarının serviks kanseri bilgi puanları başarı oranlarının dağılımı.

Tablo 4.24. Sağlık çalışanlarının bazı sosyo-demografik özellikleri ve farkındalık durumlarına göre serviks kanseri bilgi puanlarının karşılaştırması (ortalama ± SS).

Özellikler	Genel bilgi ve belirti soruları puanları	Risk faktörleri soruları puanları	Tarama soruları puanları	HPV soruları puanları	Toplam bilgi puanları
Cinsiyet [&]					
Kadın	4.24± 1.33	5.85 ± 1.93	4.92 ± 1.2	3.99 ± 1.45	19.00 ± 4.33
Erkek	4.53 ± 1.48	5.39 ± 2.02	5.17 ± 0.97	3.86 ± 1.57	18.94 ± 5.09
Yaş grupları [&]					
18-29	4.13 ± 1.64	6.50 ± 1.41	4.88 ± 0.83	2.75 ± 2.05	18.25 ± 4.89
30-39	4.04 ± 1.57	5.43 ± 2.62	4.89 ± 0.92	3.86 ± 1.46	18.21 ± 5.45
40-49	4.28 ± 1.35	5.60 ± 1.80	4.93 ± 1.04	3.93 ± 1.49	18.74 ± 4.38
50-59	4.55 ± 1.29	5.95 ± 1.74	5.08 ± 1.12	4.39 ± 1.15	19.97 ± 4.04
60 ve üzeri	4.50 ± 0.76	6.25 ± 2.05	5.38 ± 0.74	3.75 ± 1.67	19.88 ± 3.64
Medeni durum[&]					
Bekar	5.25 ± 0.96	6.00 ± 1.41	6.00 ± 0.00	4.75 ± 0.50	22.00 ± 2.16
Evli	4.32 ± 1.34	5.84 ± 1.94	4.94 ± 1.03	3.97 ± 1.44	19.07 ± 4.40
Boşanmış	3.82 ± 1.72	4.36 ± 1.91	5.09 ± 0.83	3.55 ± 2.02	16.82 ± 5.65
Eğitim seviyesi					
Lise	3.31 ± 1.66	4.00 ± 1.97	4.50 ± 0.82	2.69 ± 1.85	14.50 ± 4.82
Ön lisans	4.48 ± 1.26	5.97± 1.74[a]	5.06 ± 0.93	4.00 ± 1.51[d]	19.52 ± 4.11[g]
Lisans	4.24 ± 1.41	5.78±2.11[b]	5.00 ± 1.17	3.83 ± 1.48[f]	18.85 ± 4.87[h]
Lisans üstü	4.63 ± 1.10* *p=0.023 (Lise'ye kıyasla)	6.16± 1.57[c] [a] p=0.011 [b] p=0.013 [c] p=0.003 (Lise'ye kıyasla)	5.07 ± 0.87 p>0.05	4.57 ± 0.90[e] [d] p=0.033 [e] p=0.033 [d,e] (Lise'ye kıyasla) [f] p<0.001 (lisansüstüne kıyasla)	20.43 ± 2.94[ı] [g] p= 0.003 [h] p=0.004 [ı] p<0.001 (Lise'ye kıyasla)
Aylık gelir [&]					
Düşük	4.56 ± 1.13	5.67 ± 1.87	5.00 ± 0.71	3.78 ± 1.48	19.00 ± 4.18
Orta	4.23 ± 1.44	5.68 ± 2.05	4.97 ± 1.03	3.91 ±1.53	18.80 ± 4.73
Yüksek	4.56 ± 1.04	6.04 ± 1.57	5.00 ± 1.08	4.24 ± 1.20	19.84 ± 3.44
Meslek					
Doktor	4.76 ± 1.05 [a,d]	6.29±1.52*	5.21 ± 0.87	4.56±0.86 [a,d]	20.81±2.45[a.d]
Ebe	4.26 ± 1.34[b]	5.89 ± 1.76	5.06 ± 0.84	3.98 ± 1.28[b]	19.19 ± 3.63[b]
Hemşire	4.57 ± 1.16[c]	6.00 ± 1.88	5.00 ± 1.00	4.26 ± 1.25[c]	19.83±4.15 [c,e]
Sağlık memuru	2.00 ± 1.41	3.14 ± 2.97	4.00 ± 1.15	1.00 ± 1.41	10.14 ± 6.36
Diş Hekimi	4.00 ± 1.41	4.00 ± 1.63	4.75 ± 1.50	3.50 ± 0.58	16.25 ± 3.59
Diğer	3.18 ± 1.40 [a] p=0.001 [b] p=0.026 [c] p=0.008 [a,b,c](sağlık memurlarına kıyasla) [d] p=0.011 [d](Diğer'e kıyasla)	3.91 ± 2.02 * p=0.012 *(Diğer'e kıyasla)	4.09 ± 1.45 p>0.05	2.18 ± 1.99 [a] p<0.001 [b] p=0.007 [c] p=0.001 [a,b,c](sağlık memurlarına kıyasla) [d] p=0.002 [d](Diğer'e kıyasla)	13.36 ± 5.24 [a] p<0.001 [b] p=0.033 [c] p=0.007 [a,b,c] (sağlık memurlarına kıyasla) [d] p=0.001 [e] p=0.018 [d,e] (Diğer'e kıyasla)
Meslek süresi [&]					
<15	3.94 ± 1.54	5.53 ± 2.37	4.88 ± 0.94	3.53 ± 1.68	17.88 ± 5.43
15-19	4.60 ± 1.55	6.33 ± 1.84	5.20 ± 0.86	4.33 ± 0.98	20.47 ± 2.85
20-24	4.17 ± 1.50	5.31 ± 2.00	4.78 ± 1.12	3.81 ± 1.70	18.06 ± 5.27
≥25	4.49 ± 1.12	5.94 ± 1.71	5.09 ± 1.01	4.16 ± 1.29	19.69 ± 3.66

Tablo 4.24. (devam) Sağlık çalışanlarının bazı sosyo-demografik özellikleri ve farkındalık durumlarına göre serviks kanseri bilgi puanlarının karşılaştırması (ortalama ± SS).

Özellikler	Genel bilgi ve belirti soruları puanları	Risk faktörleri soruları puanları	Tarama soruları puanları	HPV soruları puanları	Toplam bilgi puanları
Çalıştığı yer					
TSM	3.82 ± 1.65*	5.32 ± 2.40	4.56± 1.13*	3.04 ± 1.84*	16.74 ± 5.85*
ASM	4.55 ± 1.13	5.95 ± 1.67	5.19 ± 0.88	4.42 ± 0.98	20.11 ± 3.13
	*p=0.010	p>0.05	*p<0.001	*p<0.001	*p=0.001
1. basamakta çalışma süresi [&]					
1-5 yıl	3.83 ± 1.56	5.27 ± 2.10	4.70 ± 1.15	3.47 ± 1.72	17.27 ± 5.02
6-15 yıl	4.38 ± 1.28	5.87 ± 1.79	5.05 ± 0.98	4.08 ± 1.32	19.38 ± 3.82
16-25 yıl	4.18 ± 1.51	5.79 ± 2.29	4.76 ± 1.05	3.85 ± 1.67	18.59 ± 5.70
≥ 26	4.85 ± 0.92	5.92 ± 1.70	5.42 ± 0.70	4.38 ± 1.10	20.58 ± 2.74
Mesleki eğitim sırasında konuya ilişkin eğitim alma					
Evet	4.59 ± 1.12[a]	6.12±1.53*	5.10±0.90*	4.23 ± 1.22*	20.04 ± 3.16*
Hayır	2.85 ± 1.57	4.20 ± 2.69	4.25 ± 1.29	2.50 ± 1.99	13.80 ± 6.42
Hatırlamıyorum	4.17 ± 1.54[b]	5.11 ± 2.47	5.06 ± 1.06	3.89 ± 1.37	18.22 ± 5.20
	[a] p<0.001 [b] p=0.025 (Hayır'a kıyasla)	*p=0.005 (Hayır'a kıyasla)	*p=0.011 (Hayır'a kıyasla)	*p<0.001 (Hayır'a kıyasla)	*p<0.001 (Hayır'a kıyasla)
Mezuniyet sonrası eğitim alma durumu					
Evet	4.51 ± 1.15	6.08 ± 1.70	5.06± 0.89	4.34 ± 1.19*	19.98 ± 3.41*
Hayır	3.79 ± 1.69	4.97 ± 2.38	4.74± 1.25	3.05 ± 1.75	16.56 ± 5.83
Hatırlamıyorum	4.30 ± 1.57	5.30 ±1.83	5.10± 1.10	3.70 ± 1.49	18.40 ± 5.10
	p>0.05	p>0.05	p>0.05	* p<0.001 (Hayır'a kıyasla)	* p=0.004 (Hayır'a kıyasla)
Hastalara konu ile ilgili eğitim verme durumu[&]					
Evet	4.53 ± 1.11	5.98 ± 1.62	5.23± 0.86	4.44 ± 0.97	20.17 ± 3.02
Hayır	4.86 ± 1.46	5.57 ± 2.37	4.71± 1.11	4.14 ± 1.07	19.29 ± 4.54
Aile öyküsü [&]					
Evet	4.60 ± 0.89	5.40 ± 1.34	5.40± 0.55	4.40 ± 0.89	19.80 ± 2.28
Hayır	4.30 ± 1.38	5.75 ± 1.98	4.97± 1.02	3.94 ± 1.49	18.96 ± 4.56

[&] Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Meslek gruplarına göre bilgi puanlarının analizinde serviks kanseri genel bilgi/belirti, HPV puanlarında doktor/ebe/hemşire ile sağlık memuru arasında ve doktor ile "diğer" grubu arasında, risk faktörleri puanlarında doktor ile "diğer" grubu arasında, toplam puanlarda ise doktor/ebe/hemşire ile sağlık memuru ve doktor/hemşire ile diğer arasında anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.24.).

Çalışmamızda çalışma yeri ASM olanların risk puanları dışındaki tüm puanları TSM olanlardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Mesleki eğitim sırasında konu ile ilgili eğitim alanlarda tüm puan türlerinde, hizmet içi eğitim almış

olanlarında HPV ve toplam puanlarında almayanlara göre anlamlı derecede yükseklik olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.24.).

Tablo 4.25. Sağlık çalışanlarının bilgi puanları ile bazı nicel demografik özellikleri arasındaki korelasyon analizi.

		Genel bilgi ve belirti soruları puanları	Risk faktörleri soruları puanları	Tarama soruları puanları	HPV soruları puanları	Toplam bilgi puanları
Yaş	r	0.121	-0.006	0.126	0.141	0.110
	p	0.141	0.944	0.126	0.085	0.179
Meslek süresi	r	0.088	0.013	0.108	0.113	0.094
	p	0.286	0.874	0.187	0.186	0.255
1. basamakta çalışma süresi	r	0.156	0.104	0.105	0.119	0.177*
	p	0.056	0.207	0.200	0.146	0.031

* İstatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiştir.

Birinci basamakta çalışma süresi ile toplam bilgi puanları arasında pozitif yönde, zayıf anlamlı bir korelasyon tespit edildi (Tablo 4.25.).

Aşağıda çalışmaya katılan birinci basamak kadın sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özelikleri, obstetrik öykü ve bazı serviks kanseri risk fartörlerine göre dağılımları, serviks kanseri farkındalık durumu ile ilgili dağılımları, hastalara eğitim verme-tarama önerme durumları, serviks kanseri bilgi ifadelerine verilen yanıtların dağılımı ve SKETİTÖ'den alınan puan dağılımlarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.26. KSÇ'lerin bazı sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı (n= 114).

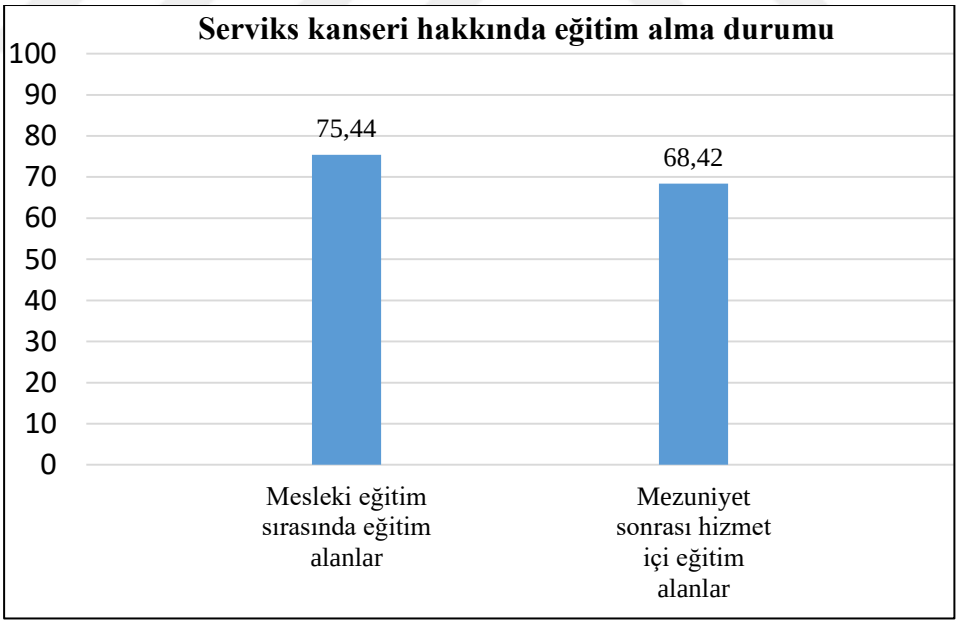
DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	n	%
Yaş aralığı		
18-29	8	7.02
30-39	28	24.56
40-49	56	49.12
50-59	19	16.67
60 ve üzeri	3	2.63
Medeni durum		
Bekar	3	2.63
Evli	102	89.47
Boşanmış	9	7.89
Eğitim durumu		
Lise	12	10.53
Ön lisans	30	26.32
Lisans	47	41.23
Lisansüstü eğitim ve üstü	25	21.93
Aylık gelir düzeyi		
Düşük	8	7.02
Orta	89	78.07
Yüksek	17	14.91
Meslek		
Doktor	28	24.56
Ebe	47	41.23
Hemşire	23	20.18
Diş Hekimi	4	3.51
Sağlık Memuru	2	1.75
Diğer (Biyolog, mühendis, memur, teknisyen vb.)	10	8.77
Meslek süresi		
<15 yıl	32	28.07
15-19 yıl	15	13.16
20-24 yıl	25	21.93
≥25 yıl	42	36.84
1.basamakta çalışma süresi		
1-10 yıl	55	48.25
11-20 yıl	35	30.70
≥ 21	24	21.05
Çalışma yeri		
TSM	43	37.72
ASM	71	62.28

Kadın sağlık çalışanlarının yaş ortalaması 43±8.33'dür. Meslek grupları incelendiğinde kadın sağlık çalışanının %24.56'sı doktor, %41.23'ü ebe, %20.18'i hemşire, %3.51'i diş hekimi, %1.75'i sağlık memuru ve %8.77'si diğer meslek

grubundandır. Kadın sağlık çalışanlarının %62.28'i ASM'lerde, %37.72'si ise TSM ve bağlı birimlerde çalışmaktadır (Tablo 4.26.).

Tablo 4.27. KSÇ'lerin serviks kanseri farkındalık durumu ile ilgili dağılımı (n=114).

Özellikler	n	%
Mesleki eğitim sırasında eğitim alma durumu		
Evet	86	75.44
Hayır	16	14.04
Hatırlamıyorum	12	10.53
Mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim alma durumu		
Evet	78	68.42
Hayır	32	28.07
Hatırlamıyorum	4	3.51
Aile Öyküsü		
Var	4	3.51
Yok	110	96.49



Şekil 4.6. Kadın sağlık çalışanlarının serviks kanseri hakkında eğitim alma durumlarının dağılımı.

Tablo 4.28. KSÇ'lerin serviks kanseri ile ilgili hastalarına eğitim/bilgi verme, tarama önerme özelliklerine göre dağılımı (n=71).

Özellikler	n*	%
Hastalara serviks kanseri ile ilgili eğitim/bilgi verme durumu		
Evet	65	91.55
Hayır	6	8.45
Hastalarına serviks kanseri taraması önerme durumu		
Öneren	70	98.59
Önermeyen	1	1.41

* Bu sorular TSM'nin birçok biriminde hasta ile karşılaşılmadığından sadece ASM personeline sorulmuştur.

Tablo 4.29. KSÇ'lerin obstetrik öykü ve bazı serviks kanseri risk faktörlerine göre dağılımı (n=114).

Özellikler	n	(%)
İlk evlilik yaşı *		
≤16	1	0.90
17-19	7	6.31
≥20	103	92.79
Evlilik sayısı *		
1 eş	106	95.50
2 eş	5	4.50
Düşükler dahil toplam gebelik sayısı *		
0	6	5.41
1	23	20.72
2	45	40.54
≥3	37	33.33
Doğum sayısı *		
0	9	8.11
1	31	27.93
2	59	53.15
≥3	12	10.81
İlk gebelik yaşı **		
<20	6	5.71
≥20	99	94.29
Geçirilmiş vajinal enfeksiyon öyküsü ***		
Evet	55	48.67
Hayır	58	51.33
CYBH varlığı		
Evet	0	0
Hayır	114	100.00
Sigara kullanımı		
Evet	24	21.05
Hayır	90	78.95
5 yıldan uzun süreli OK kullanımı		
Evet	7	6.14
Hayır	107	93.86

*114 KSÇ'den 3'ü bekar olduğundan dahil edilmemiştir (n=111); **Evli 111 kadından hiç gebelik geçirmeyen 6 kişi dahil edilmemiştir (n=105) ; *** Bir kişi soruyu cevaplamak istememiştir (n=113).

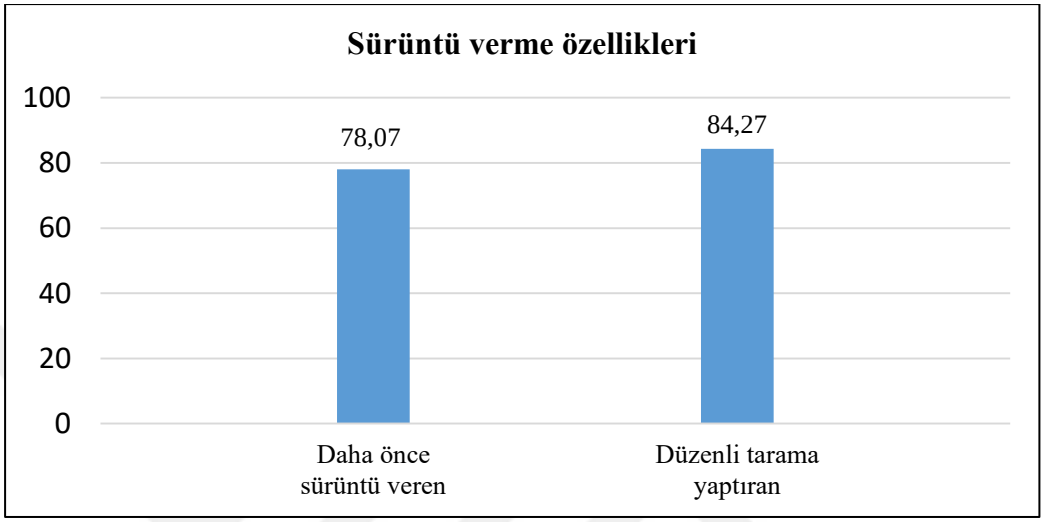
Tablo 4.30. KSÇ'lerin serviks kanseri taraması için sürüntü verme ile ilgili özelliklerinin dağılımı (n=114).

Özellikler	n	(%)
Rahim ağzı kanseri taraması için sürüntü verme durumu		
Evet	89	(78.07)
Hayır	25	(21.93)
En son yapılan tarama zamanı *		
Son 1 yıl içinde	44	50.00
2 yıl	22	25.00
3 yıl önce	8	9.09
4 yıl önce	3	3.41
5 yıl önce	4	4.55
6-9 yıl önce	1	1.14
≥10 yıl önce	6	6.82
En son yapılan tarama yeri **		
Hastane	52	(58.43)
Özel muayenehane	14	(15.73)
AÇSAP	3	(3.37)
ASM	8	(8.99)
KETEM	12	(13.48)
Tarama sıklığı **		
Yılda 1	23	25.84
3-5 yılda bir	52	58.43
Şikayet olduğunda	6	6.74
Doktor istediğinde	8	8.99
Serviks kanseri için sürüntü verme nedeni **		
Doktor önerisi	16	17.98
Genel Sağlık kontrolü amacıyla	66	74.16
Şikayet sebebiyle	6	6.74
Ailede kanser öyküsü sebebi ile	1	1.12
Sürüntü testi (Pap test/ HPV test) sonucu alınan tanı **		
Normal	83	93.26
Servisit	2	2.25
Servikal erozyon	3	3.37
Bilmiyorum	1	1.12
HPV	0	0
Sürüntü testi (Pap test/ HPV test) yaptırmama nedeni ***		
Şikayet olmadığı için ihtiyaç duymama	11	44.00
Cinsel yönden aktif olmama	3	12.00
Erteleme	10	40.00
Bilgi yokluğu	1	4.00

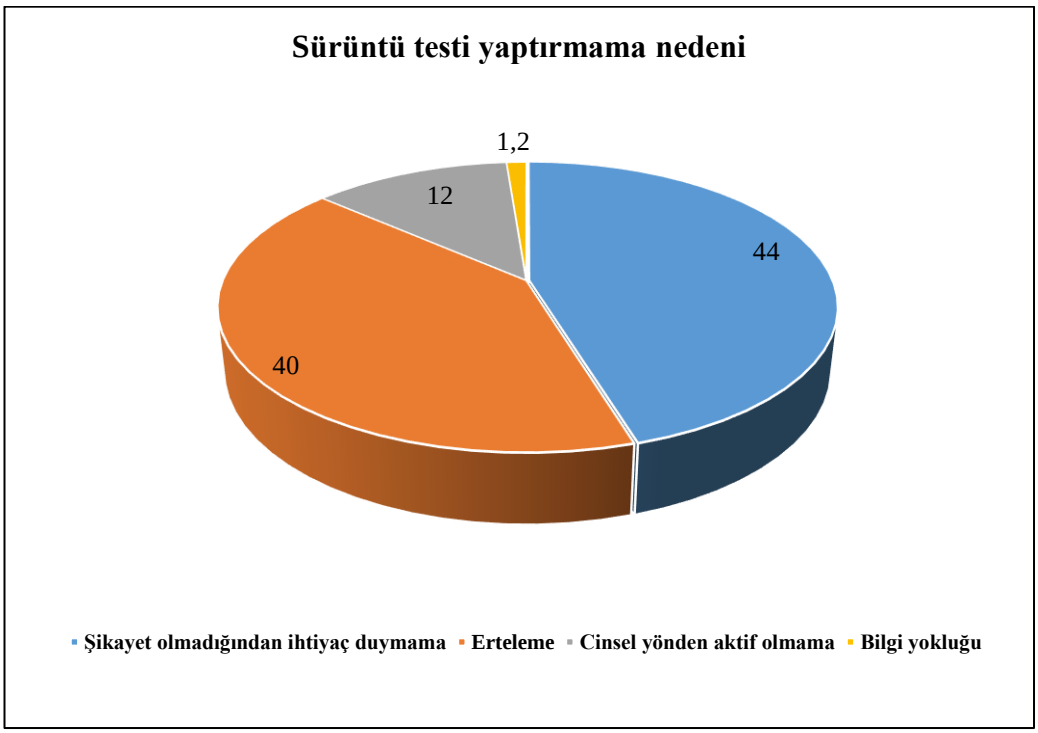
*Sürüntü veren 89 kişiden 1 kişi bu soruya cevap vermek istememiştir. ; **Bu sorular daha önce sürüntü veren kişilere (n=89) yöneltilmiştir. ; ***Bu soru daha önce hiç sürüntü vermeyen kişilere (n=25) yöneltilmiştir.

Çalışmamızda kadın sağlık çalışanlarından daha önce rahim ağzı kanseri için sürüntü verenlerin oranı %78.07'dir. En son verilen sürüntüye ilişkin sürüntü verme

nedenleri incelendiğinde katılımcıların %74.2'sinin genel sağlık kontrolü amacıyla kendi isteği ile verdiği, sürüntü vermeyenlerin vermeme nedenleri incelendiğinde ise %44'ünün şikayet olmadığı için ihtiyaç duymadığını, %40'ının erteleme sebebi ile sürüntü vermediği görülmektedir (Tablo 4.30., Şekil 4.7., Şekil 4.8.).



Şekil 4.7. Kadın sağlık çalışanlarının serviks kanseri için sürüntü verme özelliklerinin dağılımı.



Şekil 4.8. Kadın sağlık çalışanlarından sürüntü vermeyenlerin vermeme nedenlerine göre dağılımı.

Tablo 4.31. KSÇ'lerin serviks kanseri bilgi sorularına verdikleri yanıtların dağılımı (n=114).

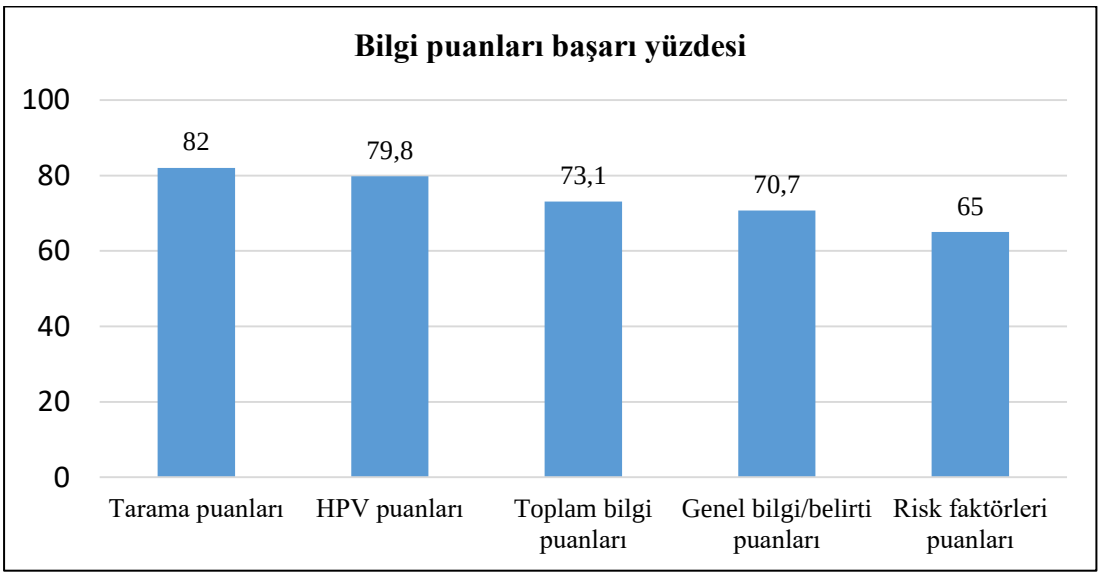
Bilgi İfadeleri	Doğru Cevap	Doğru		Yanlış		Bilmiyorum	
		n	%	n	%	n	%
1. Rahim ağzı kanseri önlenebilir bir hastalıktır.	Doğru	102	89.5	3	2.6	9	7.9
2. Rahim ağzı kanserinin erken tanı ve tedavisi mümkündür.	Doğru	113	99.1	.	.	1	0.9
3. Her kadının rahim ağzı kanserine yakalanma riski eşittir.	Yanlış	34	29.8	67	58.8	13	11.4
4. Sürüntü testi (Pap test/HPV testi) tarama amacıyla yapılır.	Doğru	104	91.2	8	7.0	2	1.8
5. Pap smear testini cinsel yönden aktif olan her kadın yaptırmalıdır.	Doğru	92	80.7	18	15.8	4	3.5
6. Menstrüasyon (adet/regl) dışı ara kanamalar rahim ağzı kanserinin erken belirtisidir.	Doğru	61	53.5	27	23.7	26	22.8
7. Erken yaşta (16 yaş ve altı) cinsel deneyim rahim ağzı kanseri için risk faktörüdür.	Doğru	80	70.2	7	6.1	27	23.7
8. Sigara kullanmak rahim ağzı kanseri risk faktörlerindendir.	Doğru	91	79.8	7	6.1	16	14.1
9. Çok eşli cinsel yaşam rahim ağzı kanseri için risk faktörüdür.	Doğru	105	92.1	.	.	9	7.9
10. Ailede kanser öyküsü olması rahim ağzı kanseri riskini artırmaz.	Yanlış	29	25.4	76	66.7	9	7.9
11. Rahim ağzı kanserinden korunmak için aşı yoktur.	Yanlış	9	7.9	97	85.1	8	7.0
12. Rahim ağzı kanserinin tanısı Pap smear testi ile konulur.	Doğru	79	69.3	27	23.7	8	7.0
13. Erken yaşta (18 yaş altı) gebelik ve doğum rahim ağzı kanseri için risk faktörüdür.	Doğru	65	57.0	21	18.4	28	24.6
14. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar rahim ağzı kanseri için risk faktörüdür.	Doğru	100	87.7	4	3.5	10	8.8
15. Sürüntü testini (Pap smear/HPV test) sadece jinekolojik şikayet olduğu durumlarda yaptırmak gerekir.	Yanlış	3	2.6	109	95.6	2	1.8
16. Vajinal akıntı miktarının artması ve renk değişiklikleri rahim ağzı kanserinin erken belirtilerindendir.	Doğru	67	58.8	30	26.3	17	14.9
17. Cinsel ilişki sonrası kanama ve ağrı servikal kanserin erken belirtisi değildir.	Yanlış	36	31.6	62	54.4	16	14.0
18. Doğum sayısının fazla olması (3 ve üzeri) rahim ağzı kanseri için risk faktörüdür.	Doğru	43	37.7	42	36.8	29	25.4
19. Rahim ağzı kanserinden korunmak için düzenli olarak tarama (Pap smear testi/HPV test) yaptırmak gerekir.	Doğru	104	91.2	6	5.3	4	3.5
20. Menopoz sonrası kanama rahim ağzı kanserinin erken belirtilerindendir.	Doğru	78	68.4	13	11.4	23	20.2
21. HPV cinsel yolla bulaşan bir virüstür.	Doğru	99	86.8	6	5.3	9	7.9
22. Serviks kanseri ve kanser öncesi hücreler HPV ile ilişkili değildir.	Yanlış	9	7.9	75	65.8	30	26.3
23. HPV genital siğillere neden olur.	Doğru	87	76.3	8	7.0	19	16.7
24. HPV enfeksiyonu geçirme serviks kanseri risk faktörüdür.	Doğru	97	85.1	1	0.9	16	14.0
25. Beş yıldan uzun süreli OK kullanımı serviks kanseri risk faktörü değildir.	Yanlış	39	34.2	40	35.0	35	30.7
26. Pap smear testi HPV taraması ile birlikte yapılıyorsa 5 yılda bir yapılabilir.	Doğru	73	64.0	21	18.6	20	17.5

Kadın sağlık çalışanlarının en çok doğru yanıtladığı ilk üç bilgi ifadeleri sırayla "Rahim ağzı kanserinin erken tanı ve tedavisi mümkündür", "Sürüntü testini

(Pap smear/HPV testi) sadece jinekolojik şikayet olduğu durumlarda yaptırmak gerekir" ve "Çok eşli cinsel yaşam rahim ağzı kanseri için risk faktörüdür" ifadeleri olmuştur. En çok yanlış cevaplanan ilk üç ifade ise "Doğum sayısının fazla olması (3 ve üzeri) rahim ağzı kanseri için risk faktörüdür", "Beş yıldan uzun süreli oral kontraseptif (doğum kontrol hapı) kullanımı serviks kanseri risk faktörü değildir" ve "Cinsel ilişki sonrası kanama ve ağrı servikal kanserin erken belirtisi değildir" ifadeleri olmuştur. Katılımcıların en çok "bilmiyorum" seçeneğini işaretlediği ifade "Beş yıldan uzun süreli OK kullanımı serviks kanseri risk faktörü değildir" ifadesi iken bunu "Serviks kanseri ve kanser öncesi hücreler HPV ile ilişkili değildir" ve "Doğum sayısının fazla olması (3 ve üzeri) rahim ağzı kanseri için risk faktörüdür" ifadeleri takip etmektedir (Tablo 4.31.).

Tablo 4.32. KSÇ'lerin bilgi sorularından aldıkları puanlar.

Bilgi soru alt grupları ve toplam puan	Min-Maks.	Ortalama ± SS	Başarı oranı (%)
Serviks kanseri genel bilgi ve belirti sorularından alınan puan	0-6	4.24 ± 1.33	% 70.7
Risk faktörleri sorularından alınan puan	0-9	5.85 ± 1.93	% 65
Tarama sorularından alınan puan	0-6	4.92 ± 1.02	% 82
HPV sorularından alınan puan	0-5	3.99 ± 1.45	% 79.8
Toplam bilgi puanı	0-26	19.00 ± 4.33	% 73.1



Şekil 4.9. Kadın sağlık çalışanlarının serviks kanseri bilgi puanları başarı oranlarının dağılımı.

Tablo 4.33. KSÇ'lerin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre serviks kanseri bilgi puanlarının karşılaştırmaları (ortalama ± SS).

Özellikler	Genel bilgi ve belirti soruları puanları	Risk faktörleri soruları puanları	Tarama soruları puanları	HPV soruları puanları	Toplam bilgi puanları
Yaş grupları[&]					
18-29	4.13 ± 1.64	6.50 ± 1.41	4.88 ± 0.83	2.75 ± 2.05	18.25 ± 4.89
30-39	4.04 ± 1.57	5.43 ± 2.62	4.89 ± 0.92	3.86 ± 1.46	18.21 ± 5.45
40-49	4.34 ± 1.21	5.88 ± 1.67	4.95 ± 1.03	4.11 ± 1.29	19.27 ± 3.77
50-59	4.26 ± 1.28	6.32 ± 1.63	4.95 ± 1.31	4.47 ± 1.12	20.00 ± 3.93
60 ve üzeri	4.33 ± 0.58	4.67 ± 1.53	4.67 ± 0.58	3.33 ± 2.89	17.00 ± 3.61
Medeni durum[&]					
Bekar	5.00 ± 1.00	6.33 ± 1.53	6.00 ± 0.00	4.67 ± 0.58	22.00 ± 2.65
Evli	4.23 ± 1.31	5.94 ± 1.92	4.87 ± 1.04	3.99 ± 1.44	19.03 ± 4.27
Boşanmış	4.11 ± 1.62	4.67 ± 1.94	5.11 ± 0.78	3.78 ± 1.79	17.67 ± 5.15
Eğitim seviyesi					
Lise	3.50 ± 1.57	4.25 ± 1.91	4.50 ± 0.90	3.25 ± 1.66	15.50 ± 4.25
Ön lisans	4.53 ± 1.25	6.03 ± 1.73*	5.07 ± 0.94	4.10 ± 1.42	19.73 ± 3.99*
Lisans	4.15 ± 1.34	5.87 ± 2.06	4.89 ± 1.17	3.81 ± 1.50	18.72 ± 4.63
Lisans üstü	4.40 ± 1.19 p>0.05	6.36 ± 1.60[#] *p=0.045 [#]p=0.013 [#]*(Lise'ye kıyasla)	5.00 ± 0.87 p>0.05	4.56 ± 1.08* *p=0.018 *(Lise'ye kıyasla)	20.32 ± 3.26[#] *p=0.024 [#]p=0.010 [#]*(Lise'ye kıyasla)
Meslek					
Doktor	4.54±1.17*	6.71 ± 1.38*	5.04 ± 0.92	4.64 ± 1.03*	20.93 ± 2.52*
Ebe	4.26 ± 1.34	5.89 ± 1.76	5.06 ± 0.84	3.98 ± 1.28	19.19 ± 3.63
Hemşire	4.57±1.16[#]	6.00 ± 1.88	5.00 ± 1.00	4.26 ± 1.25	19.83 ± 4.15[#]
Sağlık memuru	2.50 ± 0.71	4.50 ± 4.95	4.00 ± 1.41	2.50 ± 2.12	13.50 ± 9.19
Diş Hekimi	4.00 ± 1.41	4.00 ± 1.63	4.75 ± 1.50	3.50 ± 0.58	16.25 ± 3.59
Diğer	3.00 ± 1.33 *p=0.038 [#]p=0.039 [#]*(Diğer'e kıyasla)	3.90 ± 2.13 *p=0.005 *(Diğer'e kıyasla)	4.00 ± 1.49 p>0,05	2.10 ± 2.08 *p=0.001 *(Diğer'e kıyasla)	13.00 ± 5.37 *p=0.002 [#]p=0.021 [#]*(Diğer'e kıyasla)
Meslek süresi[&]					
<15	3.94 ± 1.54	5.53 ± 2.37	4.88 ± 0.94	3.53 ± 1.68	17.88 ± 5.43
15-19	4.60 ± 1.55	6.33 ± 1.84	5.20 ± 0.86	4.33 ± 0.98	20.47 ± 2.85
20-24	4.24 ± 1.23	5.68 ± 1.86	4.76 ± 1.13	4.08 ± 1.38	18.76 ± 4.47
≥25	4.33 ± 1.10	6.02 ± 1.63	4.95 ± 1.08	4.17 ± 1.40	19.48 ± 3.57
Çalıştığı yer					
TSM	4.00±1.53	5.63 ± 2.26	4.60 ± 1.14	3.33 ± 1.73	17.56 ± 5.32
ASM	4.38±1.18 p>0.05	5.99 ± 1.71 p>0.05	5.11 ± 0.90* *p=0.013 (TSM'ye kıyasla)	4.39 ± 1.08* *p<0.001 (TSM'ye kıyasla)	19.87 ± 3.34* *p=0.049 (TSM'ye kıyasla)
1.basamakta çalışma süresi					
1-10 yıl	3.96±1.44	5.38 ± 2.09	4.80 ± 1.18	3.72 ± 1.60	17.87 ± 4.94
11-20 yıl	4.49±1.22	6.63 ± 1.52*	5.06 ± 0.80	4.20 ± 1.13	20.37 ± 2.95
≥ 21	4.50±1.10 p>0.05	5.79 ± 1.82 *p=0.012 (1-10 yıla kıyasla)	5.00 ± 0.93 p>0.05	4.29 ± 1.43 p>0.05	19.58 ± 3.94 p>0.05
Aylık gelir [&]					
Düşük	4.50±1.20	5.50 ± 1.93	5.00 ± 0.76	3.75 ± 1.58	18.75 ± 4.40
Orta	4.19±1.38	5.87 ± 2.00	4.97 ± 1.03	3.97 ± 1.47	18.99 ± 4.45
Yüksek	4.35±1.11	5.94 ± 1.68	4.65 ± 1.11	4.24 ± 1.35	19.18 ± 3.81

[&] Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Meslek gruplarına göre yapılan analizde serviks kanseri genel bilgi/belirti puanları ve toplam puanlarda doktor ve hemşirelerin "diğer" meslek grubundan, risk faktörleri ve HPV puanlarında doktorların yine "diğer" meslek grubundan anlamlı derecede daha yüksek puanlar aldıkları görülmektedir. Bununla birlikte ASM'de çalışanların TSM' de çalışanlara kıyasla tarama, HPV ve toplam bilgi puanlarında anlamlı derecede daha yüksek puanlar aldıkları görülmektedir (Tablo 4.33.).

Tablo 4.34. KSÇ'lerin serviks kanseri ile ilgili farkındalık durumlarına göre bilgi puanlarının karşılaştırması (n=114; ortalama ± SS)**.**

Özellikler	Genel bilgi ve belirti soruları puanları	Risk faktörleri soruları puanları	Tarama soruları puanları	HPV soruları puanları	Toplam bilgi puanları
Mesleki eğitim sırasında konuya ilişkin eğitim alma					
Evet	4.50 ± 1.18*	6.22 ± 1.57	5.00 ± 0.93	4.16 ± 1.34*	19.88 ± 3.43*
Hayır	3.25 ± 1.39	4.81 ± 2.56	4.38 ± 1.31	3.06 ± 1.81	15.50 ± 5.72
Hatırlamıyorum	3.67 ± 1.56 *p=0.002 (Hayır'a kıyasla)	4.58 ± 2.47 p>0.05	5.08 ± 1.08 p>0.05	4.00 ± 1.35 *p=0.018 (Hayır'a kıyasla)	17.33 ± 5.45 *p=0.007 (Hayır'a kıyasla)
Mezuniyet sonrası konuya ilişkin eğitim alma					
Evet	4.37 ± 1.20	6.15 ± 1.74	4.97 ± 0.93	4.26 ± 1.30*	19.76 ± 3.69*
Hayır	3.84 ± 1.55	5.13 ± 2.31	4.75 ± 1.24	3.25 ± 1.61	16.97 ± 5.25
Hatırlamıyorum	4.75 ± 1.50 p>0.05	5.75 ± 0.50 p>0.05	5.25 ± 0.96 p>0.05	4.75 ± 0.50 *p=0.001 (Hayır'a kıyasla)	20.50 ± 3.11 *p=0.029 (Hayır'a kıyasla)
Aile öyküsü [&]					
Evet	4.50 ± 1.00	5.75 ± 1.26	5.50 ± 0.58	4.75 ± 0.50	20.50 ± 1.91
Hayır	4.22 ± 1.34	5.85 ±1. 96	4.90 ± 1.03	3.96 ± 1.46	18.95 ± 4.38
Hastalara konu hakkında eğitim verme [&]					
Evet	4.32 ± 1.13	6.02 ± 1.63	5.17 ± 0.88	4.42 ± 1.07	19.92 ± 3.20
Hayır	5.00 ± 1.55	5.67 ± 2.58	4.50 ± 1.05	4.17 ± 1.17	19.33 ± 4.97

[&] Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Mesleki eğitim sırasında konu ile ilgili eğitim alanlarda almayanlara göre serviks kanseri genel bilgi/belirti puanları, HPV ve toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı yükseklik çıkmıştır. Yine mesleki eğitim sonrası hizmet içi eğitim almış olanlar almayanlara göre HPV ve toplam puanlarda istatistiksel olarak anlamlı yüksek puanlar almışlardır (Tablo 4.34.).

Tablo 4.35. KSÇ'lerin obstetrik öykü ve bazı serviks kanseri risk faktörlerine göre bilgi puanlarının karşılaştırması (ortalama ± SS).

Özellikler	Genel bilgi ve belirti soruları puanları	Risk faktörleri soruları puanları	Tarama soruları puanları	HPV soruları puanları	Toplam bilgi puanları
İlk evlilik yaşı [&]					
≤16 (n=1)	3.00	7.00	5.00	5.00	20.00
17-19	4.14 ± 1.21	5.86 ± 2.27	4.86 ± 0.90	3.43 ± 1.90	18.29 ± 4.86
≥20	4.23 ± 1.34	5.83 ± 1.94	4.89 ± 1.04	4.00 ± 1.43	18.95 ± 4.35
İlk gebelik yaşı [&]					
20 yaş altı	3.67 ± 0.82	6.17 ± 2.56	5.33 ± 0.82	4.00 ± 1.26	19.17 ± 4.36
≥20	4.24 ± 1.35	5.83 ± 1.93	4.83 ± 1.04	4.00 ± 1.46	18.90 ± 4.37
Gebelik sayısı [&]					
0	4.33 ± 1.51	5.67 ± 1.86	5.50 ± 0.55	3.50 ± 1.87	19.00 ± 4.56
1	3.96 ± 1.52	5.78 ± 2.07	4.52 ± 0.79	3.52 ± 1.70	17.78 ± 4.66
2	4.40 ± 1.19	5.96 ± 1.83	4.98 ± 1.01	4.33 ± 1.21	19.67 ± 3.71
≥3	4.14 ± 1.36	5.76 ± 2.09	4.92 ± 1.16	3.89 ± 1.47	18.70 ± 4.80
Doğum sayısı					
0	4.67 ± 1.41	5.78 ± 1.48	5.44 ± 0.73	4.00 ± 1.66	19.89 ± 4.01
1	3.87 ± 1.54	5.71 ± 2.18	4.52 ± 0.96	3.84 ± 1.57	17.94 ± 4.80
2	4.34 ± 1.12	5.90 ± 1.98	5.07 ± 0.96*	4.15 ± 1.30	19.46 ± 3.96
≥3	4.17 ± 1.59	5.92± 1.62	4.58 ± 1.31	3.42 ± 1.78	18.08 ± 5.05
	p>0.05	p>0.05	p= 0.048 (1 doğum'a kıyasla)	p>0.05	p>0.05
Vajinal enfeksiyon öyküsü [&]					
Evet	4.18 ± 1.36	5.82 ± 1.91	4.85 ± 1.10	4.04 ± 1.35	18.89 ± 4.36
Hayır	4.29 ± 1.31	5.86 ± 1.99	5.02 ± 0.93	3.93 ± 1.55	19.10 ± 4.37
Sigara kullanımı[&]					
Evet	3.83 ± 1.05	5.63 ± 1.81	4.63 ± 1.01	3.96 ± 1.55	18.04 ± 4.12
Hayır	4.34 ± 1.38	5.91 ± 1.97	5.00 ± 1.02	4.00 ± 1.43	19.26 ± 4.36
5 yıldan fazla OK kullanımı [&]					
Evet	3.86 ± 1.57	5.14 ± 1.86	5.00 ± 1.15	4.00 ± 1.83	18.00 ± 4.47
Hayır	4.26 ± 1.31	5.90 ± 1.94	4.92 ± 1.02	3.99 ± 1.43	19.07 ± 4.33

[&] Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 4.36. KSÇ'lerin rahim ağzından sürüntü verme durumu ve buna ilişkin özelliklere göre bilgi puanlarının karşılaştırması (ortalama ± SS).

Özellikler	Genel bilgi ve belirti soruları puanları	Risk faktörleri soruları puanları	Tarama soruları puanları	HPV soruları puanları	Toplam bilgi puanları
Sürüntü verme durumu[&]					
Evet	4.26± 1.34	5.76 ± 2.02	4.96 ± 0.96	4.12± 1.29	19.10 ± 4.27
Hayır	4.16 ± 1.31	6.16 ± 1.57	4.80 ± 1.22	3.52 ± 1.87	18.64 ± 4.58
Son sürüntü zamanı [&]					
İki yıl içinde	4.33 ± 1.33	5.65 ± 1.92	4.94 ± 0.97	4.08 ± 1.34	19.00 ± 4.12
3-5 yıl içinde	4.20 ± 1.21	6.33 ± 1.84	5.27 ± 0.88	4.33 ± 1.18	20.13 ± 4.09
≥6 yıl içinde	3.86± 1.77	5.43 ± 3.31	4.43 ± 0.98	4.14 ± 1.21	17.86 ± 6.34
Sürüntü sıklığı					
Yılda bir	4.52 ± 1.38	5.43 ± 1.70	5.00 ± 0.80	3.91 ± 1.59	18.87 ± 3.68
3-5 yılda bir	4.17 ± 1.22	5.83 ± 1.95	4.96 ± 1.07	4.21 ± 1.24	19.17 ± 4.32
Şikayet olduğunda	4.67 ± 1.21	7.67± 1.21[a]	5.00± 0.63	4.33 ± 0.82	21.67± 2.66
Doktor istediğinde	3.75 ± 1.98 p>0.05	4.88 ± 3.04 p=0.034(yılda 1'e kıyasla)	4.75 ± 1.04 p>0.05	4.00 ± 0.93 p>0.05	17.38 ± 6.05 p>0.05
Sürüntü verme nedeni[&]					
Doktor Önerisi	4.25 ± 1.57	5.69 ± 2.06	5.00 ± 1.03	3.94 ± 1.18	18.88 ± 4.56
Sağlık kontrolü	4.35 ± 1.23	5.85 ± 1.88	4.95 ± 0.95	4.26 ± 1.28	19.41 ± 3.87
Şikayet sebebiyle	3.00 ± 1.26	5.00 ± 3.52	4.67 ± 1.03	3.17 ± 1.47	15.83 ± 6.94
Ailede kanser öyküsü (n=1)	6.00	6.00	6.00	4.00	22.00
Sürüntü vermeme nedeni[&]					
İhtiyaç duymama	3.64 ± 1.03	5.82 ±1.83	4.82 ± 0.87	3.36 ± 2.20	17.64 ± 4.90
Cinsel yönden aktif olmama	5.0 0± 1.00	6.33 ± 1.53	6.00 ± 0.00	4.67 ± 0.58	22.00 ± 2.65
Erteleme	4.70 ± 1.34	6.60 ± 1.35	4.80 ± 1.03	3.60 ± 1.65	19.70 ± 3.34
Bilgi yokluğu (n=1)	2.00	5.00	1.00	1.00	9.00

[&] Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 4.37. KSÇ'lerin SKETİTÖ ifadelerine verdikleri yanıtların dağılımı (n=114).

Maddeler	Tamamen Katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum		Madde puan ortalaması
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Madde 1	48	42.1	38	33.3	9	7.9	15	13.2	4	3.5	3.97
Madde 2	78	68.4	35	30.7	.	.	1	0.9	.	.	4.67
Madde 3	29	25.4	23	20.2	.	.	25	21.9	37	32.5	3.16
Madde 4	79	69.3	30	26.3	1	0.9	2	1.8	2	1.8	4.60
Madde 5	6	5.3	11	9.6	21	18.4	56	49.1	20	17.5	2.36
Madde 6	3	2.6	3	2.6	1	0.9	38	33.3	69	60.5	4.46
Madde 7	39	34.2	56	49.1	4	3.5	12	10.5	3	2.6	4.02
Madde 8	9	7.9	45	39.5	16	14.0	27	23.7	17	14.9	2.98
Madde 9	41	36.0	54	47.4	16	14.0	3	2.6	.	.	4.17
Madde 10	21	18.4	36	31.6	24	21.1	25	21.9	8	7.0	3.32
Madde 11	43	37.7	42	36.8	3	2.6	18	15.8	8	7.0	3.82
Madde 12	37	32.5	53	46.5	16	14.0	6	5.3	2	1.8	4.03
Madde 13	4	3.5	12	10.5	12	10.5	59	51.8	27	23.7	3.82
Madde 14	9	7.9	12	10.5	13	11.4	60	52.6	20	17.5	2.39
Madde 15	8	7.0	10	8.8	10	8.8	45	39.5	41	36.0	3.89
Madde 16	41	36.0	47	41.2	18	15.8	8	7.0	.	.	4.06
Madde 17	2	1.8	3	2.6	5	4.4	57	50.0	47	41.2	4.26
Madde 18	22	19.3	52	45.6	11	9.6	26	22.8	3	2.6	3.56
Madde 19	17	14.9	44	38.6	20	17.5	27	23.7	6	5.3	3.34
Madde 20	1	0.9	4	3.5	16	14.0	51	44.7	42	36.8	4.13
Madde 21	25	21.9	56	49.1	18	15.8	10	8.8	5	4.4	3.75
Madde 22	32	28.1	54	47.4	18	15.8	7	6.1	3	2.6	3.92
Madde 23	24	21.1	36	31.6	10	8.8	30	26.3	14	12.3	3.23
Madde 24	.	.	3	2.6	1	0.9	47	41.2	63	55.3	4.49
Madde 25	12	10.5	35	30.7	13	11.4	32	28.1	22	19.3	3.15
Madde 26	11	9.6	24	21.1	34	29.8	35	30.7	10	8.8	2.92
Madde 27	1	0.9	1	0.9	2	1.8	51	44.7	59	51.8	4.46
Madde 28	14	12.3	32	28.1	19	16.7	41	36.0	8	7.0	3.03
Madde 29	8	7.0	5	4.4	42	36.8	42	36.8	17	14.9	2.52
Madde 30	3	2.6	10	8.8	6	5.3	51	44.7	44	38.6	4.08

SKETİTÖ'den madde başına alınan puan ortalamaları incelendiğinde ise en yüksek ortalamaya sahip ilk üç madde; 4.67'lik ortalama ile "Rahim ağzı kanseri hakkında bilgi edinmeye değer" (madde 2) ifadesi, 4.60 ortalama ile "Eşim izin verse de vermese de rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye giderim" (madde 4) ifadesi, 4.49'luk ortalama ile de "Rahim ağzı kanseri hakkında bir şeyler öğrenmek zaman kaybıdır" (madde 24) ifadesi olmuştur **(**Tablo 4.37.).

En az madde puan ortalamasına sahip ilk üç madde ise, 2.36 ortalama ile "Rahim ağzı kanseri olursam fazla yaşayamam" (madde 5) ifadesi ilk sırada yer alırken, 2.39 ortalama ile "Rahim ağzı kanseri olma düşüncesi sık sık aklıma gelir"

(madde 14) ifadesi ve 2.52 ortalama ile "Rahim ağzı kanseri olursam hayata küserim" (madde 29) ifadeleri takip etmektedir **(**Tablo 4.37.).

Tablo 4.38. KSÇ'lerin SKETİTÖ'nün tamamı ve alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı (n=114; ortalama±SS).

SKETİTÖ puan türleri	Min- Maks.	Ortalama ± SS	Başarı oranı (%)
Algılanan Duyarlılık	9-45	32.06 ± 4.49	71.24
Algılanan Ciddiyet	8-40	27.34 ± 4.70	68.35
Algılanan Engel	7-35	26.49 ± 3.75	75.69
Algılanan Yarar	6-30	24.66 ± 3.17	82.20
Tutum Toplam	30-150	110.55 ± 11.25	73.70

Tutum toplam puanlarının ortalaması 110.55±11.25'dir. Alt boyutlar içinde en yüksek ortalamaya algılanan yarar puanları sahipken, algılanan ciddiyet puanları en az ortalamaya sahip boyuttur. Algılanan ciddiyet ve duyarlılık puanları toplam tutum puanı ortalamasının altında kalmıştır (Tablo 4.38.).

Tablo 4.39. KSÇ'lerin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre SKETİTÖ'den aldıkları puanların karşılaştırması (ortalama ± SS).

Özellikler	Algılanan duyarlılık alt boyutu puanları	Algılanan ciddiyet alt boyutu puanları	Algılanan engel alt boyutu puanları	Algılanan yarar alt boyutu puanları	Tutum ölçeği toplam puanları
Yaş grupları &					
18-29	34.88± 5.11	30.13± 5.11	27.75±3.24	25.25± 2.92	118.00± 12.80
30-39	32.57 ± 4.48	27.93± 5.01	25.82±4.02	24.46± 3.37	110.79± 11.90
40-49	32.23 ± 4.31	27.70± 4.36	26.30±3.39	24.73± 3.26	110.96± 11.03
50-59	30.00 ± 4.47	24.53± 3.84	27.68±4.64	24.68± 3.00	106.90 ± 9.70
60 ve üzeri	29.67 ± 0.58	25.67± 6.66	25.33±1.15	23.33± 2.31	104.00 ± 7.21
Medeni durum&					
Bekar	32.33 ± 3.79	25.00± 5.00	29.33±5.51	26.33± 1.53	113.00± 13.86
Evli	32.32 ± 4.56	27.60± 4.64	26.41±3.67	24.57± 3.17	110.90± 11.33
Boşanmış	29.00 ± 2.78	25.22± 5.14	26.44±4.22	25.11± 3.59	105.78 ± 9.43
Eğitim seviyesi					
Lise	32.42 ± 4.03	26.25± 6.47	25.75±3.82	24.33± 3.20	108.75± 13.51
Ön lisans	32.10 ±4.21	27.63± 4.57	26.23±3.88	24.73± 3.26	110.70±10.91
Lisans	32.72 ± 4.79	28.62± 3.85	26.85±3.79	24.83± 3.48	113.02± 10.85
Lisans üstü	30.60 ± 4.35 p>0.05	25.12±4.69* *p=0.029 (Lisans'a kıyasla)	26.48±3.63 p>0.05	24.40± 2.52 p>0.05	106.60± 10.61 p>0.05

Tablo 4.39. (devam) KSÇ'lerin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre SKETİTÖ'den aldıkları puanların karşılaştırması (ortalama ± SS).

Özellikler	Algılanan duyarlılık alt boyutu puanları	Algılanan ciddiyet alt boyutu puanları	Algılanan engel alt boyutu puanları	Algılanan yarar alt boyutu puanları	Tutum ölçeği toplam puanları
Meslek					
Doktor	30.00 ± 3.76	25.50 ± 4.55	26.93±3.77	24.93± 2.45	107.36 ± 8.92
Ebe	33.32±3.98*	28.09 ± 4.27	26.51±3.77	24.70± 3.37	112.62± 10.78
Hemşire	32.70 ± 4.53	28.61 ± 5.67	26.83±3.93	25.39± 3.13	113.52± 13.14
Sağlık memuru	31.50 ±2.12	31.00 ± 1.41	24.00±2.83	21.00± 1.41	107.50 ± 4.95
Diş Hekimi	31.75 ±5.50	24.00 ± 5.03	29.50±2.89	23.50± 3.00	108.75± 15.17
Diğer	30.70 ± 6.67	26.70 ± 2.95	23.70±2.26	23.20± 3.91	104.30± 11.44
	*p=0.009 (Doktor'a kıyasla)	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05
Meslek süresi[&]					
<15	33.91±4.42	28.47 ± 4.91	26.50±3.67	24.56± 3.39	113.44 ±12.05
15-19	30.80±3.67	27.60 ± 4.14	26.13±3.93	24.20± 2.65	108.73 ± 9.27
20-24	31.96±4.73	27.40 ± 5.17	26.36±3.98	25.20± 3.72	110.92± 13.32
≥25	31.17±4.37	26.36 ± 4.38	26.69±3.74	24.57± 2.86	108.79 ± 9.72
Çalıştığı yer [&]					
TSM	31.95±4.56	27.35 ± 3.79	25.74± 3.34	24.02± 3.21	109.07± 10.00
ASM	32.13±4.48	27.34 ± 5.20	26.94± 3.93	25.04± 3.10	111.45± 11.92
1. basamakta çalışma süresi[&]					
1-10 yıl	32.35 ± 4.73	27.96 ± 4.54	26.25± 3.61	24.51± 3.39	111.07± 11.98
11-20 yıl	32.54 ± 4.39	26.97 ± 4.35	26.60± 3.78	24.60± 3.17	110.71± 10.71
≥ 21	30.71 ± 3.79	26.46 ± 5.49	26.88± 4.14	25.08± 2.67	109.13± 10.59
Mesleki eğitim sırasında konuya ilişkin eğitim alma[&]					
Evet	32.16 ± 4.46	27.36 ± 4.82	26.51± 3.86	24.70± 3.11	110.73± 11.29
Hayır	31.63 ± 4.96	27.00 ± 4.38	25.94± 3.57	24.19± 3.51	108.75± 11.23
Hatırlamıyorum	31.92 ± 4.44	27.67 ± 4.54	27.08± 3.37	25.00± 3.33	111.67± 11.64
Mezuniyet sonrası konuya ilişkin eğitim alma [&]					
Evet	32.35 ± 4.42	27.33 ± 4.90	26.46± 3.94	24.55± 2.15	110.69± 11.62
Hayır	31.47 ± 4.65	27.13 ± 4.28	26.47± 3.54	24.94± 3.23	110.00± 10.80
Hatırlamıyorum	31.25 ± 5.32	29.25 ± 4.57	27.25± 1.26	24.50± 3.79	112.25 ± 9.18
Hastalara konu ile ilgili eğitim verme [&]					
Evet	32.37 ± 4.56	27.34 ± 5.34	26.74± 3.97	25.00± 3.18	111.45± 12.34
Hayır	29.50 ± 2.51	27.33 ± 3.67	29.17± 2.86	25.50± 2.26	111.50 ± 6.28
Aile öyküsü [&]					
Evet	34.00 ± 4.00	29.75 ± 2.63	27.00± 1.83	23.50± 4.36	114.25± 10.05
Hayır	31.99 ± 4.51	27.25 ± 4.74	26.47± 3.81	24.70± 3.13	110.42± 11.31
Aylık gelir					
Düşük	32.88 ± 3.36	27.50 ± 2.62	28.00± 4.17	25.63± 3.11	114.00 ± 7.07
Orta	32.42 ± 4.55	27.96 ± 4.44	26.36± 3.69	24.53± 3.35	111.26± 11.32
Yüksek	29.82 ± 4.13	24.06±5.55*	26.47± 3.97	24.88± 2.09	105.24± 11.29
	p>0.05	p=0.020 (Orta'ya kıyasla)	p>0.05	p>0.05	p>0.05

[&] Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 4.40. KSÇ'lerin obstetrik öykü ve bazı serviks kanseri risk faktörlerine ilişkin özelliklere göre SKETİTÖ'den aldıkları puanların karşılaştırması (ortalama±SS).

Özellikler	Algılanan duyarlılık alt boyutu puanları	Algılanan ciddiyet alt boyutu puanları	Algılanan engel alt boyutu puanları	Algılanan yarar alt boyutu puanları	Tutum ölçeği toplam puanları
İlk evlilik yaşı [&]					
≤16 (n=1)	32.00	28.00	28.00	27.00	115.00
17-19	32.29± 5.99	27.43± 3.64	27.00 ± 4.40	25.71 ± 2.69	112.43±12.37
≥20	32.04 ± 4.47	27.40 ± 4.80	26.36 ± 3.68	24.51 ± 3.23	110.31± 1.26
İlk gebelik yaşı[&]					
20 yaş altı	35.33 ± 4.59	26.67 ± 3.98	28.17 ± 4.36	26.17 ± 1.94	116.33±10.80
≥20	31.88 ± 4.42	27.44 ± 4.68	26.12 ± 3.62	24.45 ± 3.16	109.90±10.92
Gebelik sayısı [&]					
0	31.67 ± 5.61	27.50 ± 6.35	29.50 ± 2.88	25.67 ± 4.41	114.33±16.06
1	33.35± 4.76	27.39 ± 5.17	25.78 ± 3.63	24.26 ± 3.31	110.78±11.46
2	32.13 ± 4.41	27.78 ± 4.14	26.42 ± 3.95	24.89 ± 3.21	111.22±11.00
≥3	31.22 ± 4.32	26.95 ± 4.92	26.30 ± 3.41	24.32 ± 2.94	108.78±10.76
Doğum sayısı [&]					
0	30.89 ± 4.91	27.22 ± 5.45	28.78 ± 3.96	26.44 ± 3.71	113.33±14.06
1	33.32 ± 4.92	27.42 ± 5.64	26.29 ± 3.35	24.39 ± 3.50	111.42±12.97
2	31.83 ± 4.24	27.36 ± 4.18	26.51 ± 3.93	24.69 ± 3.06	110.39±10.28
≥3	30.75 ± 4.33	27.75 ± 4.47	24.50 ± 2.15	23.42 ± 2.15	106.42 ± 8.70
Vajinal enfeksiyon öyküsü [&]					
Evet	32.05 ± 4.37	27.13 ± 4.30	26.95 ± 3.89	24.98 ± 3.29	111.11±11.05
Hayır	32.03 ± 4.66	27.50 ± 5.10	26.02 ± 3.61	24.34 ± 3.07	109.90±11.55
Sigara kullanımı[&]					
Evet	33.29 ± 4.58	27.46 ± 4.15	27.50 ± 3.46	24.88 ± 3.29	113.13±10.67
Hayır	31.73 ± 4.43	27.31 ± 4.86	26.22 ± 3.80	24.60 ± 3.15	109.87±11.35
5 yıldan uzun OK kullanımı [&]					
Evet	30.00 ± 3.92	25.86 ±6.07	26.29 ± 4.42	23.71 ± 3.04	105.86±12.20
Hayır	32.20 ± 4.51	27.44 ± 4.62	26.50 ± 3.73	24.72 ± 3.18	110.86±11.17

[&] Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 4.41. KSÇ'lerin rahim ağzından sürüntü verme durumuna ilişkin özelliklere göre SKETİTÖ'den aldıkları puanların karşılaştırması (ortalama±SS).

Özellikler	Algılanan duyarlılık alt boyutu puanları	Algılanan ciddiyet alt boyutu puanları	Algılanan engel alt boyutu puanları	Algılanan yarar alt boyutu puanları	Tutum ölçeği toplam puanları
Sürüntü verme durumu					
Evet	32.55± 4.29[#]	27.27±4.82	27.01±3.59[#]	25.00±3.12[#]	111.83±11.30[#]
Hayır	30.32 ± 4.83	27.60±4.32	24.64± 3.80	23.44± 3.10	106.00 ± 10.00
	[#]p= 0.030	p> 0.05	[#]p=0.007	[#]p= 0.032	[#]p= 0.026
Son sürüntü zamanı[&]					
İki yıl	32.39 ± 3.93	27.74±4.29	27.20 ± 3.43	24.73± 3.14	112.06 ± 10.53
3-5 yıl	33.73 ± 5.36	27.07±6.35	27.07 ± 4.30	26.47± 3.11	114.33 ± 14.84
≥6 yıl	31.57 ± 5.53	23.00±4.83	26.14 ± 3.02	24.57± 2.57	105.29 ± 9.09
Sürüntü verme sıklığı [&]					
Yılda bir	33.35 ±3.93	27.96±4.20	28.09 ± 3.13	24.91± 2.95	114.30 ± 9.80
3-5 yılda bir	32.71 ± 4.49	27.29±4.90	26.83 ± 3.66	25.33± 3.05	112.16 ± 11.50
Şikayet olduğunda	31.83 ± 5.0	27.00±6.63	26.83 ± 5.04	25.33± 4.55	111.00 ± 17.10
Doktor istediğinde	29.75 ± 2.66	25.38±4.98	26.25 ± 2.82	22.88± 2.53	103.25 ± 4.98
Sürüntü verme nedeni[&]					
Doktor önerisi	31.00 ± 4.16	27.13±3.86	25.63 ± 3.65	23.81± 3.35	107.56 ± 8.32
Sağlık kontrolü	32.70 ± 4.30	27.23±5.01	27.29 ± 3.53	25.21± 2.94	112.42 ± 11.35
Şikayet sebebiyle	35.17 ± 4.02	28.33±6.02	27.50 ± 4.23	26.50± 3.78	117.50 ± 16.07
Ailede kanser öyküsü (n=1)	32.00	26.00	28.00	21.00	107.00
Sürüntü vermeme nedeni [&]					
İhtiyaç duymama	28.64 ± 3.75	27.18±4.49	24.27 ± 2.83	23.27± 2.57	103.36 ± 8.18
Cinsel yönden aktif olmama	32.33 ± 3.79	25.00±5.00	29.33 ± 5.51	26.33± 1.53	113.00 ± 13.86
Erteleme	32.30 ± 5.51	29.10±4.01	23.80 ± 3.77	23.00± 3.74	108.20 ± 9.87
Bilgi yokluğu(n=1)	23.00	25.00	23.00	21.00	92.00

[&] Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Rahim ağzından sürüntü verenlerin algılanan ciddiyet boyutu puanları dışındaki puan türlerinin hepsinde anlamlı yükseklik tespit edilmiştir (Tablo 4.41.).

Tablo 4.42. KSÇ'lerin bilgi puanları ile bazı nicel demografik özellikleri arasındaki korelasyon analizi.

Özellikler		Genel bilgi ve belirti soruları puanları	Risk faktörleri soruları puanları	Tarama soruları puanları	HPV soruları puanları	Toplam bilgi puanları
Yaş	r	0.027	-0.037	-0.002	0.161	0.024
	p	0.775	0.696	0.984	0.087	0.796
Meslek süresi	r	0.055	-0.002	0.013	0.178	0.049
	p	0.563	0.981	0.888	0.058	0.602
Birinci basamakta çalışma süresi	r	0.218*	0.165	0.091	0.224*	0.228*
	p	0.020	0.079	0.333	0.016	0.015
İlk evlilik yaşı	r	-0.080	-0.119	0.007	0.014	-0.076
	p	0.407	0.213	0.942	0.883	0.429
Evlilik sayısı	r	-0.186	-0.084	0.059	0.093	-0.084
	p	0.051	0.381	0.541	0.334	0.378
İlk gebelik yaşı	r	0.015	-0.112	-0.085	0.013	-0.036
	p	0.882	0.256	0.391	0.897	0.719
Gebelik sayısı	r	0.028	0.007	0.103	0.066	0.069
	p	0.767	0.943	0.283	0.489	0.469
Doğum sayısı	r	0.035	0.014	0.044	-0.024	0.014
	p	0.712	0.886	0.646	0.803	0.885
Tarama yaptırma zamanı	r	-0.100	0.209	-0.112	0.013	0.068
	p	0.354	0.051	0.298	0.903	0.531
Algılanan duyarlılık alt boyut puanları	r	-0.003	0.173	0.062	0.005	0.086
	p	0.971	0.065	0.510	0.956	0.361
Algılanan ciddiyet alt boyut puanları	r	0.136	0.140	-0.072	0.031	0.107
	p	0.149	0.136	0.444	0.744	0.256
Algılanan engel alt boyut puanları	r	0.039	0.092	0.202*	0.242*	0.183
	p	0.678	0.330	0.031	0.009	0.052
Algılanan yarar alt boyut puanları	r	0.182	0.154	0.205*	0.120	0.218*
	p	0.053	0.103	0.029	0.204	0.020
Toplam tutum puanları	r	0.104	0.181	0.120	0.123	0.184*
	p	0.272	0.054	0.202	0.192	0.050

* İstatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiştir.

Birinci basamakta çalışma süresi ile serviks kanseri genel bilgi/belirti, HPV ve toplam bilgi puanları arasında pozitif yönde, zayıf anlamlı bir korelasyon tespit edilmiştir **(**Tablo 4.42.).

SKETİTÖ puanları ile bilgi puanları arasında yapılan korelasyonda duyarlılık ve ciddiyet alt boyutu dışındaki puan türleri ile bilgi puanları arasında anlamlı bir korelasyon bulunmuştur. Algılanan engel puanları ile tarama ve HPV bilgi puanları arasında, algılanan yarar puanları ile tarama ve toplam bilgi puanları arasında zayıf anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Toplam bilgi puanları ile SKETİTÖ toplam puanları arasında anlamlı bir korelasyon tespit edilmiştir **(**Tablo 4.42.).

Tablo 4.43. KSÇ'lerin tutum puanları ile bazı nicel demografik özellikleri arasındaki korelasyon analizi.

Özellikler		Algılanan duyarlılık alt boyutu puanları	Algılanan ciddiyet alt boyutu puanları	Algılanan engel alt boyutu puanları	Algılanan yarar alt boyutu puanları	Tutum ölçeği toplam puanları
Yaş	r	-0.260*	-0.255*	-0.005	-0.001	-0.205*
	p	0.005	0.006	0.954	0.992	0.029
Meslek süresi	r	-0.177	-0.187*	0.003	0.006	-0.139
	p	0.059	0.046	0.979	0.952	0.139
Birinci basamakta çalışma süresi	r	-0.101	-0.080	0.029	0.091	-0.036
	p	0.286	0.398	0.760	0.334	0.700
İlk evlilik yaşı	r	-0.076	0.082	-0.179	-0.136	-0.093
	p	0.429	0.391	0.061	0.153	0.332
Evlilik sayısı	r	0.034	-0.107	0.095	0.074	0.026
	p	0.723	0.265	0.323	0.442	0.788
İlk gebelik yaşı	r	-0.181	-0.072	0.009	-0.019	-0.083
	p	0.064	0.467	0.926	0.844	0.400
Gebelik sayısı	r	-0.129	-0.003	-0.032	-0.040	-0.091
	p	0.176	0.971	0.737	0.680	0.341
Doğum sayısı	r	-0.076	0.082	-0.179	-0.136	-0.093
	p	0.429	0.391	0.061	0.153	0.332
Tarama yaptırma zamanı	r	-0.021	-0.201	-0.110	0.099	-0.115
	p	0.848	0.061	0.306	0.360	0.287

* İstatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiştir.

Yaş ile SKETİTÖ'nün algılanan duyarlılık, ciddiyet ve toplam tutum puanları arasında, meslek süresi ile de algılanan ciddiyet puanları arasında negatif yönde zayıf anlamlı bir korelasyon saptanmıştır (Tablo 4.43.).

5. TARTIŞMA

5.1. 18-65 Yaş Arası Kadınlara Ait Bulguların Değerlendirilmesi

Bu bölümde çalışmaya katılan 18-65 yaş arası kadınların sosyo-demografik özellikler, obstetrik öykü/bazı serviks kanseri risk faktörleri, serviks kanseri, taramaya ilişkin özellikleriyle serviks kanseri ile ilgili bilgi düzeyleri ve SKETİTÖ'den alınan puanlara ilişkin bulgular tartışılacaktır.

Araştırma kapsamına alınan 18-65 yaş arası kadınların Tablo 4.1.'de görüldüğü gibi yaş ortalaması 44±10'dur. Kadınların medeni durumlarına bakıldığında %88'i evli olup, eğitim durumları ele alındığında ise katılımcıların %34'ünün üniversite, %23.5'inin lise, %42.50'sinin ortaokul ve altı olduğu görülmektedir. Çalışma durumları incelendiğinde katılımcıların yaklaşık yarısının herhangi bir işte çalışmadığı, sağlık güvencesi varlığı durumu incelendiğinde ise tamamına yakınının sağlık güvencesine sahip olduğu görülmektedir. Katılımcıların %73.5'i aylık gelir düzeyini "orta" olarak ifade ederken %21.5'i düşük, %5'i ise yüksek olarak ifade etmiştir (Tablo 4.1.).

Serviks kanserinin oluşumunu kolaylaştıran birçok risk faktörü vardır. Erken yaşta cinsel yaşama başlama, erken yaşta evlilik, çok eşlilik, cinsel yolla bulaşan diğer hastalıkların (CYBH) varlığı (15), sigara içme, çok gebelik geçirmiş olmak ve çok doğum yapmış olmak (3'ten fazla) serviks kanseri risk faktörleri olarak önemini korumaktadır (5, 6, 14, 55). Bu risk faktörlerinden cinsel ilişki yaşı ele alındığında literatürde özellikle 16 yaşından önce cinsel ilişkiye başlayanlarda risk çok yüksekken (14, 15), 20-23 yaşlarında cinsel ilişkiye başlayanlarda riskin hemen hemen ortadan kalktığı bildirilmektedir (52). Bizim çalışmamızda Tablo 4.2.'de görüldüğü gibi kadınların %26'sının 17-19 yaşlar arasında, %8'inin ise çok riskli dönem olan 16 yaş ve öncesinde evlendiği görülmektedir. Bu bulgulardan yola çıkarak katılımcıların yaklaşık 1/3'ünün 20 yaşından önce evlenerek cinsel ilişkiye riskli bir dönemde başladıkları için serviks kanseri açısından risk altında olduklarını söyleyebiliriz. Çalışmamızda bulduğumuz bu bulgular literatürdeki başka bir çalışmadaki ilk cinsel ilişkiye başlama yaşları ile uyumluluk göstermektedir (25).

Katılımcıların gebelik sayıları incelendiğinde 18-65 yaş arası kadınların %53'ünün üç ve üzeri, %29.5'inin iki, %12'sinin ise bir gebelik geçirdiği Tablo 4.2.'de görülmektedir. Bulduğumuz bu oranlar literatürdeki başka yer ve örneklemlerde yapılan çalışmalardaki oranlara benzemektedir (25, 29). Toplam doğum sayıları incelendiğinde ise %24'ünün üç ve üzerinde doğum yaptığı tespit edilmiştir. Üç ve daha fazla doğumla sonuçlanan tam gebelik serviks kanseri riskini artırmaktadır (14, 59). Serviks kanseri risk faktörlerinden olan ilk gebelik yaşına bakıldığında ise %74'ünün 20 yaş ve sonrasında, %20.5'inin ise 20 yaşından önce gebelik geçirdiği görülmektedir. Bu bulguları değerlendirdiğimizde sonuç olarak kadınların gebelik sayısı bakımından yaklaşık yarısının, doğum sayısı bakımından 1/4'ünün, ilk gebelik yaşı açısından da 1/5'inin risk altında olduğunu söyleyebiliriz.

Risk faktörlerinden olan CYBH katılımcıların % 0.5'inde mevcuttur. Sigara içme ve 5 yıldan fazla OK kullanma yüzdeleri ise sırayla %32 ve %8 olarak bulunmuştur (Tablo 4.2.). Yapılan bir çalışmada çalışmamızla benzer şekilde halen sigara içenlerin oranı % 33 olarak bulunmuştur (25) . CIN II ve III'ün hiç sigara içmeyenlere kıyasla sigara içme öyküsü olanlarda 1.7 kat, şu anda sigara içenlerde ise 3.4 kat daha fazla görüldüğü (52) göz önüne alındığında çalışmamızda katılımcıların 1/3'ü risk altındadır diyebiliriz.

Yaptığımız çalışmada katılımcıların tamamına yakını (%96.5) literatürdeki bir çalışma ile uyumlu şekilde (84) rahim ağzı kanserini duyduğunu belirtirken, %80.5'i sürüntü testini (Pap test ve/veya HPV test) duyduğunu ifade etmiştir (Tablo 4.3.). Bu oranlar sevindiricidir. Çünkü Pap testi duyanların duymayanlara göre daha yüksek oranda Pap testi yaptırdığını gösteren çalışmalar mevcuttur (30, 85). Chaka ve arkadaşlarının (2018) Etiyopya'da 18 yaş üstü kadınlarda yapılan bir çalışmada katılımcıların %42.2'sinin serviks kanserini duyduğu ve duyanların da %41.5'inin serviks kanseri taramasını duyduğu tespit edilmiştir. Yine bu çalışmada duyanların da %3.3'ü tarama yaptırdığını ifade etmiştir (28).

Mwaka ve arkadaşlarının (2015) Kuzey Uganda'da yaptıkları bir çalışmada katılımcıların tamamına yakını serviks kanserini duyduğunu belirtmesine karşın tarama testlerinden Pap testi bilenlerin oranı %41, HPV'yi bilenlerin oranı %8.3'lerde kalmıştır (86). Çalışmamızda katılımcıların tamamına yakını rahim ağzı kanserini duyduğunu ifade etmesine karşın yarıya yakını (%49.5) serviks kanseri

hakkında eğitim/bilgi aldığını ifade etmiştir (Tablo 4.3.). Literatür incelendiğinde Gökgöz ve Aktaş'ın çalışmasında kadınların %38.1'inin serviks kanseri hakkında bilgi sahibi olduğu saptanırken (22), Kaya'nın yaptığı tez çalışmasında %30.8'i serviks kanseri hakkında bilgi aldığını ifade etmiştir (29). Gümüş ve Çam'ın yaptığı çalışmada ise katılımcıların yaklaşık yarıya yakınının serviks kanseri ve Pap test hakkında bilgi sahibi olduğu sonucuna ulaşılmıştır (20). Yine Yücel'in (2006) yaptığı tez çalışmasında ise katılımcıların tamamına yakını serviks kanseri ve Pap test hakkında daha önce egitim almadıklarını ifade etmişlerdir (25). Çalışmamızda ve literatürde bulunan bu oranlar istendik düzeyde değildir. Literatürde serviks kanseri ve Pap test hakkında bilgi sahibi olanların, bilgi sahibi olmayanlara kıyasla daha yüksek oranda Pap test yaptırdıklarını gösteren çalışmalar mevcuttur (22, 29). Bununla birlikte literatürde verilen etkin eğitimlerle Pap test yaptırma davranışının anlamlı şekilde arttığını gösteren deneysel çalışmalar da mevcuttur (25, 87, 88). Hislop ve arkadaşlarının Kanada'da yaşayan Çinli kadınlarla yaptıkları bir çalışmada Pap testi hakkındaki genel bilgi ve kanseri önlediği inancı tarama davranışı ile ilişkili bulunmuştur (31). Koruyucu sağlık uygulamalarından olan sağlık eğitimi serviks kanseri ile mücadelede de önemli bir yere sahiptir (74). Risk altındaki hedef grubun konu ile ilgili bilgilendirilmesi korunma, erken tanı hizmetlerinin hedefine ulaşması için büyük önem arz etmektedir.

Çalışmamızda serviks kanseri hakkında eğitim/bilgi kaynağı incelendiğinde ise en fazla bilgi alınan kaynağın sağlık personeli (%60.34) olduğu görülmektedir (Tablo 4.3.). Çalışmamızda bulduğumuz bu bulgu ülkemizde yapılan bazı çalışmalarla benzer niteliktedir (20, 22, 25, 80). Bu sonuç sağlık çalışanlarının serviks kanseri ile mücadelede ne kadar önemli bir rol üstlendiklerini göstermektedir. Çalışmamızda sağlık personelinden sonra en çok eğitim/bilgi kaynağı televizyon/radyo/gazetedir (Tablo 4.3.). Bu bulgumuz İzmir ilinde yapılan bir çalışma ile benzerlik göstermektedir (25). 2009 yılında yapılan başka bir çalışmada jinekolojik kanserler hakkında yeterli bilgisi olduğunu ifade eden 15-64 yaş arası kadınların yarısından fazlası bilgi edinme kaynağı olarak görsel –yazılı basın yolunu ifade etmişlerdir (65). Kuzey Uganda'da serviks kanseri risk faktörleri ve belirtileri ile ilgili bir araştırmada (2015) katılımcıların yaklaşık 2/3'ü bilgi kaynağı olarak radyoyu gösterirken, 1/3'ü ise sağlık çalışanından aldığını ifade etmiştir (86). Yine ülkemizde 2014 yılında KETEM'e müracat eden kadınlarda yapılan bir çalışmada

sağlık personeli tarafından kanser taraması önerisi ile tetkik yaptırma oranı, öneri olmadan yaptıranlardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (89). Bu sonuçlar bize eğitim ve bilinçlenmede sağlık personeli ve medyanın önemini göstermektedir.

Jinekolojik kanserler içinde görülme sıklığı olarak birinci sırada yer alan servikal kanser, genital kanserler ve diğer kanserler içinde en etkin şekilde taranması mümkün olan kanser türüdür (5, 6, 51). Periyodik kontrol ve taramaların yapıldığı gelişmiş ülkelerde servikal kanser insidansı ve ölüm oranlarının azaldığı bilinmektedir (16, 11). Serviks kanseri ile mücadelede Finlandiya örneği incelendiğinde 1960'lardan beri yapılan organize tarama programı sayesinde serviks kanserinin insidans ve mortalitesinde %75-85 oranında azalma sağlanmıştır (15).

Ülkemizde ve dünyada yapılan birçok çalışmalarda tarama testi yaptırma oranları verilmiştir. Dünyada çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalardan örnek verecek olursak, tarama yaptırma oranları Nijerya'da %67 (90), Kamboçya'da %7 (91), Güney Hindistan'da %13.4 (92), Botsvana'da %39 (93), Bahreyn'de %40.7 (94), Birleşik Arap Emirlikleri'nde yaklaşık %54 (95), Tayvan'da %60 (96), Kanada'da yaşayan Çinli kadınlarla yapılan çalışmada %76 (31), ABD'de yapılan farklı çalışmalarda %93 (97) ve %94 (98) olarak bulunmuştur. Ülkelerin gelişmişlik düzeyi ve ulusal düzeyde tarama politikaları uygulama durumlarına bağlı olarak ülkeler arası tarama yaptırma oranları değişiklik göstermektedir. Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda ise Pap test yaptırma oranları %7.8 ile %68.4 arasında değişmektedir (19, 20, 21, 22, 29, 37, 99, 100). Çalışmamızda ise ülkemizde yapılan bu çalışmalardan daha yüksek oranda (%80.5) katılımcıların tarama testi için daha önce sürüntü verdiğini tespit ettik (Tablo 4.4.). Bu sonuç ülkemizde şu an yürütülen kanser kontrol programının etkinliğini göstermesi bakımından önemli ve sevindiricidir.

Bununla birlikte çalışmamızda katılımcıların yaklaşık 1/5'i daha önce tarama için hiç sürüntü vermediğini ifade etmiştir (Tablo 4.4.). Dünya sağlık örgütü serviks kanseri için hedef yaş grubundaki her kadına en az 1 kez tarama yapılmasını önermektedir (WHO). KKTC'de jinekoloji polikliniğine başvuran kadınlarda yapılan bir çalışmada Pap test yaptırmama nedenlerine bakıldığında yaptırmayanların tamamına yakını gerek duymadığını ifade etmiştir (100). Kayseri'de jinekoloji polikliniğine başvuran kadınlarda yapılan bir araştırmada ise Pap test yaptırmama

nedenleri incelendiğinde %72.8'i ihtiyaç duymadığını, %9.6'sı korkma/çekinme sebebiyle vermediğini, %5.2'si ise şikayetinin olmadığını belirtmiştir (29). Yine İzmir ilinde yapılan bir çalışmada Pap test yaptırmama nedenlerinden ilk üç sıradaki neden herhangi bir hastalık belirtisine sahip olmama, ihmal ve bilgi yokluğu olarak bulunmuştur (20).

Bizim çalışmamızda ise şikayeti olmadığı için ihtiyaç duymama ve bilgi yokluğu en önemli sürüntü vermeme nedenleri olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.4.). Bu bulgumuzla benzer şekilde bir çalışmada kadınların 3/4'ünün herhangi bir rahatsızlığı olmadığı için ve bir kısmının da Pap smear test hakkında bilgi eksikliğinden dolayı sürüntü testini yaptırmadıkları tespit edilmiştir (37). Bu bulgular yaptırmayan kişilerin önemli bir bölümünün eğitim ve bilgi eksikliğinden yaptırmadığını göstermektedir. Daha önce hiç sürüntü vermeyen katılımcıların tarama yaptırmasının önündeki engellere yönelik yaklaşımlarla sürüntü vermeleri sağlanmalıdır.

Sürüntü verenlerin en son sürüntü verme zamanları incelendiğinde ise kadınların %81'inin son 3 yıl içinde verdiği görülmektedir (Tablo 4.4.). Kadınların meme ve serviks kanseri için risk durumlarını ve tarama yaptırma sıklığını araştıran bir çalışmada kadınların yaklaşık 2/3'ünün son 3 yıl içinde sürüntü verdiği tespit edilmiştir (99). En son verilen sürüntünün verilme yeri ise sırayla % 63 ile hastane, %17 ile özel muayenehane, %20 ile ASM/AÇSAP/KETEM olarak karşımıza çıkmaktadır (Tablo 4.4.). Sönmez ve arkadaşlarının (2007) araştırmasında sürüntü verenlerin tamamına yakını devlet ve üniversite hastanelerinde, geri kalan %10'luk kısım ise özel klinikler ve AÇSAP'larda verirken (19), bizim yaptığımız çalışmada hastanelerde verme oranı bu çalışmaya göre daha düşük, ASM/AÇSAP/KETEM'de yaptıranların oranı ise daha yüksek bulunmuştur. Bunun sebebinin tarama programının bizzat ASM/AÇSAP ve KETEM'lerde yürütülmeye başlanması ile bu birimlerde sürüntü verme oranlarının artması olduğunu düşünüyoruz.

Tarama sıklığı ülke koşullarına göre değişiklik göstermekle beraber Amerikan Kanser Derneğinin serviks kanseri taraması ile ilgili açıkladığı kılavuzda; 21-29 yaş arasında her 3 yılda bir Pap test önerilmekte, 30 yaşında sonra yine Pap test ile devam edilecekse 3 yılda bir, eğer co test ile devam edilecekse 5 yılda bir yapılması uygun görülmektedir (62). Ülkemiz koşulları ele alınarak hazırlanan "Serviks Kanseri

Tarama Programı" ulusal standartlarına göre ise 30-65 yaş arasındaki kadınların 5 yılda bir uygulanacak HPV testi veya Pap smear testi ile taranması uygun görülmektedir (8). Bundan yola çıkarak tarama sıklığını 5 yıla kadar aralıklarla yaptıranların düzenli yaptırdığını kabul edersek çalışmamızda düzenli tarama yaptıranların oranı %46.58 olduğu görülmektedir (Tablo 4.4.). Literatür incelendiğinde Karaoğlan'ın (2016) tez çalışmasında Pap test yaptıranların %55,88'inin (100), Sönmez ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaklaşık beşte birinin (19), Babacan Gümüş ve Çam'ın yaptığı çalışmada da yaklaşık dörtte birinin düzenli aralıklarla yaptırdığı tespit edilmiştir (20). Bizim çalışmamızdaki bu bulgumuz Karaoğlan'ın çalışmasındaki bulduğu orana yakındır (100). Bunun yanı sıra çalışmamızda sürüntü verenlerin yarıdan fazlasının düzenli yaptırmadığı, şikayet olduğunda veya doktor istediğinde yaptırdığı görülmektedir (Tablo 4.4.). Bu durum bize tarama için sürüntüyü düzenli aralıklarla vermeyenlerin vermeme nedenlerinin ayrıca incelenmesi, verilen eğitim ve danışmanlıklarla bilgi, farkındalık ve güdülenme eksiklikleri tamamlanması gerektiğini göstermektedir.

Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda Pap test yaptırma nedenleri sorgulandığında bir çalışmada testi yaptıranların yaklaşık %60'ı düzenli sağlık kontrolü için verdiğini belirtmiştir (29). Başka bir çalışmada ise Pap test yaptıranların yarısından fazlasının (%59,3) şikayeti olduğu için, %40,7 sinin ise tarama için sürüntü verdiği bulunmuştur (18). Yine literatür incelendiğinde doktor önerisi ile sürüntü verdiğini söyleyenlerin oranı bazı çalışmalarda %8.6 ile %73 arasında değişmektedir (29, 38, 100, 101). Bizim çalışmamızda daha önce rahim ağzından sürüntü verenlerin sürüntü verme nedenleri incelendiğinde katılımcıların yaklaşık yarısının genel sağlık kontrolü amacıyla kendi isteği ile yaptırdıkları, diğer yarısının da sağlık personeli önerisi ve şikayet sebebi ile yaptırdığı görülmektedir (Tablo 4.4.). Serviks kanserinin erken tanılanmasında sürüntü vermek önemli olduğundan kadınlarımızın servik kanseri hakkında bilgi ve bilinç düzeyinin artırılması ve jinekolojik şikayet olmasını beklemeden tarama yaptırması önemlidir. Bu sebeple kontrol ve tarama amaçlı yaptıranların oranlarının yeterli olmadığı ve bu oranları yükseltmenin de etkin eğitimlerle kişilerin farkındalıklarının artırılması ile sağlanabileceği kanaatindeyiz.

Bireyin sağlıkla ilgili herhangi bir konuda olumlu davranış geliştirmesini etkileyen faktörlerden birisi de konu hakkındaki bilgi durumudur (24). Sağlıkla ilgili herhangi bir konuda olumlu sağlık davranışını benimsemek için önce konu hakkında bilgi sahibi olmak gerekir. Tarama yaptırmak da olumlu bir sağlık davranışı olup, sosyokültürel yapı içerisindeki bilgi, inanç ve tutumlar bireylerin kanser tarama programlarına katılımını etkilemektedir (35). Literatürde serviks kanserine yönelik bilgi alma durumları ve bilgi düzeyleri ile tarama için sürüntü testi verme durumları arasında anlamlı ilişki olduğunu gösteren çalışmalar vardır (29, 30, 31, 32). Bunun yanında gerek serviks kanseri, gerek tarama testi hakkında bilgi düzeyinin istendik düzeyde olmadığını gösteren çalışmalar mevcuttur (18, 25, 27, 28).

Katılımcıların serviks kanseri hakkındaki bilgi durumlarını anlamak amaçlı sorduğumuz bilgi ifadelerini madde bazında değerlendirdiğimizde 18-65 yaş arası kadınların en çok doğru yanıtladığı bilgi ifadesi "Rahim ağzı kanserinin erken tanı ve tedavisi mümkündür" ifadesi olup doğru cevaplanma oranı %90.5'tir. Bulduğumuz bu bulgu serviks kanseri için sürüntü veren kadınların bu konudaki bilgilerinin araştırıldığı bir çalışma ile benzerdir (29) . Bununla beraber kadın sağlık çalışanları üzerinde yapılan başka bir araştırma ile de benzerlik göstermektedir (47). En çok doğru yanıtlanma yüzdesine sahip ifadelerden ikinci sırada %88.5'lik doğru cevaplanma oranı ile "Rahim ağzı kanserinden korunmak için düzenli olarak tarama (Pap smear testi/HPV) yaptırmak gerekir" ifadesi yer alırken, üçüncü sırada ise %80'lik bir oranla "Sürüntü testi (Pap test/HPV testi) tarama amacıyla yapılır" ifadesi yer almaktadır (Tablo 4.5.). En çok doğru yanıtlanma yüzdesine sahip ikinci ve üçüncü sıradaki ifadeler tarama bilgisini ölçmeye yönelik sorulardan olup bu sonuçlar sevindiricidir.

En çok yanlış cevaplama oranlarına sahip maddeler değerlendirildiğinde ise birinci sırada %40'lık bir oranla "Her kadının rahim ağzı kanserine yakalanma riski eşittir" ifadesi yer alırken, ikinci sırada %31.5'lik oranla "Doğum sayısının fazla olması (3 ve üzeri) rahim ağzı kanseri için risk faktörüdür" ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların en çok "bilmiyorum" seçeneğini işaretlendiği ifade ise "Erken yaşta (16 yaş ve altı) cinsel deneyim rahim ağzı kanseri için risk faktörüdür" ifadesi olup katılımcıların yarısından fazlası (%60) bu konuda bilgilerinin olmadığını ifade etmiştir. Bunu %53.5 lük bir oranla "Doğum sayısının fazla olması (3 ve üzeri) rahim

ağzı kanseri için risk faktörüdür" ifadesi ve %51.5'lik bir oranla "Erken yaşta (18 yaş altı) gebelik ve doğum rahim ağzı kanseri için risk faktörüdür" ifadesi takip etmektedir. Yani katılımcıların en çok bilmiyorum dedikleri bu ifadeler risk faktölerine yönelik ifadelerdir (Tablo 4.5.). Kaya'nın yaptığı tez çalışmasında "Gebelik sayısının fazla olması rahim ağzı kanseri için risk faktörüdür" ifadesini katılımcıların yaklaşık yarısı yanlış cevaplamıştır (29). Eğitim öncesi ve sonrası risk faktörlerine yönelik bilgi durumlarının araştırıldığı deneysel bir alan araştırmasında ise eğitim öncesi testte kadınların eğitim öncesi, en çok bilemedikleri risk faktörlerine ait ifade "Üçten fazla doğum yapmak" ifadesi olmuştur (25). Mwaka ve arkadaşlarının Kuzey Uganda'da yaptıkları bir çalışmada (2015) çok sayıda cinsel eş, HPV enfeksiyonu geçirme ve cinsel aktivitenin erken yaşta başlaması en çok bilinen risk faktörleri olurken, çok doğum ve sigara risk faktörünü katılımcıların yarısından azının bildiği tespit edilmiştir (86). Bu bulgulardan kadınların çoğunun gebelik ve pariteyi sosyokültürel birtakım faktörlerin etkisi ile serviks kanseri için risk faktörü olarak görmediği ya da bilmediği kanaatine vardık.

18-65 yaş arası kadınların toplam bilgi ifadelerinden aldıkları ortalama puan 11.48±4.01'dir. Bilgi sorularından alınabilecek en yüksek puanın 20 olduğu kabul edildiğinde bu puan yeterli görülmemektedir (Tablo 4.6.). Bu sonuç literatürdeki bir çalışma ile benzerlik göstermektedir (25). 18-65 yaş arası kadınların serviks kanseri hakkındaki bilgileri etkin danışmanlık ve eğitimlerle arttırılabilir. Nitekim Nevşehir ilinde yapılan yarı deneysel bir araştırmada eğitim sonrasında eğitim öncesi duruma göre erken tanı, belirtiler, korunma ve Pap smear testi bilme oranlarının anlamlı şekilde yükseldiği tespit edilmiş olup (102), bu bulgu yapılan etkin eğitimlerin olumlu sonuçlarını göstermesi bakımından önemlidir.

Bilgi soru alt grupları incelendiğinde tarama sorularından alınan puan 4.21±1.51 ile en yüksek ortalamaya sahipken, risk sorularından alınan puanların en düşük ortalamaya (3.84±1.98) sahip olduğu görülmüştür (Tablo 4.6.). Literatürde bir çalışmada (2016) kadınlarda risk faktörlerine ilişkin puan ortalaması 10 değerine yakın (7.36±2.23) bulunmuştur (100). Bizim çalışmamızda risk sorularından alınabilecek maksimum puanın 8 olduğu düşünüldüğünde bulduğumuz puan ortalaması (3.84±1.98) bu değerden uzaktır. Çalışmamıza benzer şekilde Etiyopya'da yapılan bir çalışmada risk faktörlerine ilişkin bilgi düzeyi düşük bulunurken (28),

ABD'de yapılan bir çalışmada da çoğu risk faktörü katılımcıların yarısından azı tarafından bilinmiştir (32). Yukarıda da bahsedildiği gibi 18-65 yaş arası kadınların en çok yanlış cevapladıkları maddelerden ilk iki ifade ve en çok "bilmiyorum" dedikleri ilk üç ifade risk faktörleri ile ilgili ifadelerdir (Tablo 4.5.). Çalışmamızda tarama puanlarının yüksekliği bize yürütülen toplum tabanlı tarama programının etkinliğini düşündürürken, risk faktörleri bilgi puanlarının düşüklüğü ise bu kapsamda verilen eğitimlerin yüzeysel olduğu, risk faktörlerine yönelik bilgilendirmenin yetersiz olduğunu düşündürmektedir. Eğitimlerde hedef kitleye eğitim verilirken risk faktörlerinin ihmal edilmemesi ve gereken önemin gösterilmesi gerekmektedir. Çünkü bir hastalığa ilişkin risk faktörlerini bilip, ondan uzak durmak ya da önlem almak birincil korumanın gereğidir. Nitekim Yücel'in yaptığı bir deneysel alan araştırmasında verilen eğitim sonrasında yapılan son testte, ön teste göre risk sorularını cevaplama oranlarında artış olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (25). Bu da etkili eğitim araçları ve etkin bir eğitim ile kişilerin risk faktörleri konusunda bilgisinin ve farkındalığının artırılabileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda 18-65 yaş arası kadınların sosyo-demografik özellikleri ile serviks kanseri bilgi puanlarını karşılaştırdığımızda bazı değişkenlerle arasında anlamlı farklılıklar olduğunu tespit ettik**.** Kayseri'de bir hastanenin jinekoloji polikliniğine başvuran kadınlarla yapılan bir çalışmada kadınların serviks kanseri bilgi sorularından alınan puanlarla yaş, eğitim durumu, meslek, medeni durum ve sosyoekonomik düzey arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (29). Çalışmamızda kadınların medeni durumları ile alınan puanların analizi sonuçları bu çalışma sonuçları ile benzer olmakla birlikte çalışmamızda bu çalışmadan farklı olarak yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, sağlık güvencesi varlığı ve aylık gelir durumu ile karşılaştırmada anlamlı farklılıklar saptadık (Tablo 4.7.). Yine Kırıkkale Devlet Hastanesi'nde yapılan bir çalışmada poliklinik hastalarında medeni durumun jinekolojik kanserlerin bazı türlerindeki bilgi seviyesinde etkili olduğu saptanırken, bizim çalışmamıza benzer şekilde serviks kanseri bilgi düzeyi üzerinde etkili olmadığı bulunmuştur (65).

Yaş ile tüm bilgi ifadelerinden alınan puanlarda pozitif yönde zayıf ama anlamlı bir ilişki olduğu Tablo 4.17.'de görülmektedir. 18-29 yaş grubu diğer

gruplara göre tüm bilgi puanları açısından en düşük puanları alan grup olmuştur. Yapılan analizde 18-29 yaş grubu ile diğer yaş gruplarının sadece risk faktörleri bilgi puanlarında anlamlı bir fark saptanmazken diğer bilgi puanlarında 18-29 yaş grubunun 40 yaş üstü gruplara göre anlamlı derecede düşük puan aldıkları görülmüştür (Tablo 4.7.). Çalışmamızda bilgi ifadelerinden alınan puanların, yaş arttıkça artmasının sebebi ulusal tarama programı kapsamında 30-65 yaş grubunun hedef grup olması, kadınların yaş ilerledikçe gebelik, doğum, jinekolojik şikayetler ile daha çok muayeneye gitmeleriyle bilgilerinin ve farkındalıklarının artması ile açıklayabiliriz. Nitekim literatürde yaş arttıkça Pap test yaptırma oranlarının arttığını gösterilmiştir (101). Wang ve Lin'in Tayvan'da yaptıkları bir çalışmada yaşın Pap test yaptırmada önemli bir faktör olduğu, 30 yaş altı ve 65 yaş üstü kadınlarda Pap test yaptırma oranlarının düşük olduğu bulunmuştur (96). Yine ABD'de yapılan serviks kanseri taramasına katılmanın karakteristik özelliklerinin araştırıldığı bir çalışmada 45 yaş üstü olmak son bir yıl içerisinde Pap test yaptırmanın en güçlü belirleyicilerinden birisi olduğu saptanmıştır (98). Hastanede çalışan sağlık çalışanları ve hastaneye başvuran poliklinik hastalarının dahil edildiği bir çalışmada tüm katılımcıların bilgi puanları ile yaş gruplarının karşılaştırmasında yaşın jinekolojik kanser alt türlerinden bazılarını ve serviks kanseri bilgi puanlarini etkilediği, çalışmamızdan farklı olarak yaş arttıkça bilgi puanlarının azalma gösterdiği tespit edilmiştir (65). Bu bulgu çalışmamız ile farklılık göstermekle birlikte bu farklılığın örneklem farklılığından kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz. 18-29 yaş grubunun en düşük puanları almasının sebebinin yaşla birlikte ihtiyaç azlığı sebebi ile doktor/sağlık kuruluşundan daha az yararlanmanın yanı sıra, ulusal tarama programına 30 yaşından itibaren başlanması ve 18-29 yaş grubunun hedef grup sayılmayıp eğitimlerde üzerinde durulmamasından kaynaklanabileceği kanaatine vardık (Tablo 4.7.). Bilgi eksikliğinin yoğun olduğu 18-29 yaş grubunun ulusal tarama programı kapsamında olmasa da bilgilendirilmeleri risk faktörlerinden uzak durmaları ve önlem almaları adına önemlidir.

Eğitim durumları ile alınan bilgi puanları incelendiğinde toplam ve alt grup bilgi puanlarında en yüksek puanları üniversite mezunlarının aldığı görülmüş olup eğitim seviyesi yükseldikçe genelde bilgi puanlarının arttığı görülmektedir. Yapılan analiz sonucunda ise toplam bilgi puanlarında bu fark anlamlı değilken, tarama ifadeleri puanlarında üniversite mezunlarının puanları, ilkokul ve ortaokul

mezunlarının puanlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek çıkmıştır (Tablo 4.7.). Çalışmamız bu yönü ile literatürdeki çalışmalar ile uyumluluk göstermektedir (65, 32). Ayrıca literatürde eğitim durumu servik kanseri taramalarına katılımı etkileyen değişkenlerden birisi olarak önemini korumaktadır (21, 22, 96, 98, 103).

Çalışma durumu ele alındığında ise çalışan/emekliler ile çalışmayanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Çalışan/emekli grup çalışmayanlara göre risk puanları dışındaki diğer tüm puan türlerinde daha yüksek puanlar almışlardır (Tablo 4.7.). Şahin'in hastanede çalışan sağlık personeli ve polikliniğe başvuran kadınlar üzerinde yaptığı bir çalışmasında poliklinik hastalarında çalışan kadınlarda çalışmayanlara kıyasla bilgi puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (65). Yine ABD'de Seattle'de Çinli göçmenler ile yapılan çalışmada da serviks kanseri risk faktörleri bilgilerinin çalışanlarda anlamlı şekilde arttığı görülmüştür (32). Çalışmamız bu yönü ile bu çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Literatürde çalışma durumunun tarama yaptırma üzerinde de etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (21, 22, 96, 98). Çalışma durumu gelir seviyesinin artması ile birlikte sağlık konularında farkındalığın artmasına etki etmektedir. Eğitim seviyesi yükseldikçe ve çalışma hayatında oldukça bilgiyi alma, ulaşma kolaylaşacağından farkındalık artmaktadır. Bu bulgular eğitimlerde hedef kitle içerisinde eğitim seviyesi düşük ve çalışmayan kesimin önemle üzerinde durulması gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda sağlık güvencesi varlığında serviks kanseri toplam bilgi puanları yükselmektedir. Bilgi soruları alt grupları incelendiğinde ise risk faktörleri bilgi puanları etkilenmezken serviks kanseri genel bilgi/belirti puanları, tarama bilgi puanları yükselmektedir. Literatürde bir çalışmada sağlık güvencesi türleri ile jinekolojik kanser ve alt türlerinden alınan puanlar arasında farklılıklar olduğu, emekli sandığına mensup kişilerde bilgi puanları yüksekken, yeşil kart sahibi olanların bilgi puanlarının düşük çıktığı tespit edilmiştir (65). ABD'de yapılan bir çalışmada ise sağlık sigortasının tarama davranışı üzerinde etkili olduğu bulunmuştur (98). Bu sonuçlar bize sağlık güvencesi varlığının ve türünün sağlık hizmetlerine ulaşma, yararlanma, farkındalığın artması ve bilinçlenme üzerine etkili olduğunu göstermektedir.

Aylık gelir durumu incelendiğinde ise kendisini düşük gelirli olarak ifade edenler toplam bilgi puanlarında ve alt grup bilgi puanlarının genelinde en düşük puanları almakla birlikte yapılan analiz sonucunda serviks kanseri genel bilgi ve belirti puanlarında gelir düzeyini orta ve düşük olarak ifade edenler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 4.7.). Bu bulgumuz literatürdeki bir çalışma ile uyumluluk göstermektedir (65). Nitekim literatürde yüksek gelir düzeyinin tarama davranışının belirleyicilerinden olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (95, 104). Gelir düzeyi arttıkça bireylerin yaşam standartları yükselmekte, bu iyilik sağlık alanına da yansımakta ve sağlık alanındaki konularda farkındalığın artmasını beraberinde getirmektedir.

Çalışmamızda 18-65 yaş arası kadınların obstetrik öykü ve bazı serviks kanseri risk faktörleri özelliklerine göre bilgi sorularından aldıkları puanlarının karşılaştırmasında bilgi puanlarının ilk evlilik yaşı, evlilik sayısı, ilk gebelik yaşı ve doğum sayısından etkilendiği görülmüş ve ikili karşılaştırmalarda anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda yapılan korelasyon analizinde evlilik sayısı arttıkça bilgi puanlarının azaldığı da bulgularımız arasındadır. İlk evlilik yaşına göre yapılan karşılaştırmada ise 20 yaş ve üzeri yaşta evlenenler serviks kanseri genel bilgi ve belirti sorularında 16 yaş ve altında evlenen gruptan anlamlı derecede yüksek puanlar alırken tarama puanlarında da 17-19 yaşta evlenen gruba göre daha yüksek puanlar almışlardır ($p<0.05$) (Tablo 4.8.). Literatürdeki bir çalışmada kadınların cinsel ilişki yaşı ile jinekolojik kanser bilgi puanları arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur (65). Türk toplumunda genelde evlilikle birlikte ilk cinsel deneyim yaşandığından bulgumuzun bu çalışma ile benzer olduğunu düşünmekteyiz. Yine aynı çalışmada çalışmamızla benzer şekilde kadınlarda jinekolojik kanser bilgi puanları ile ilk gebelik yaşı arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu, çalışmamızdan farklı olarak kadınlarda gebelik ve kürtaj sayısı arttıkça bilgi puanlarının azaldığı belirlenmiştir (65). Çalışmamızda ilk gebelik yaşı ile alınan bilgi puanlarının analizinde ise gebelik yaşı 20 yaş ve üstünde olanların tüm bilgi puanlarındaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bununla birlikte doğum sayısı üç ve üzeri olanların doğum sayısı iki olanlara kıyasla tarama bilgi puanları düşük çıkmıştır. Bu ilişki istatistiksel olarak zayıf ancak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitim seviyesi düşüklüğü ve yaşanılan sosyo kültürel çevre, evlenme ve gebelik yaşının erkene çekilmesine ve yine aynı sebeplerle gebelik ve doğum sayısının fazlalığına sebep

olmaktadır. Bu durum çalışmamızda ilk evlilik ve ilk gebelik yaşı düştükçe ve doğum sayısı arttıkça bilgi puanlarının düşüklüğünü açıklamaktadır.

Geçirilmiş vajinal enfeksiyon öyküsü ve sigara kullanımı ile bilgi puanları arasında anlamlı fark saptanmazken 5 yıldan uzun süreli OK kullanan ve kullanmayanların tarama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.8.). 18-65 yaş arası kadınların serviks kanseri aile öyküsü ile bilgi puanların karşılaştırmasında ise istatistiksel olarak anlamlılık yokken, buna karşın arkadaş öyküsü olanlar ile olmayanlar arasında taramaya yönelik bilgi puanlarındaki fark anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 4.9.). Kaya ve arkadaşlarının sağlık çalışanlarında yaptığı bir çalışmada kendisi, ailesi veya başka bir yakınında kanser öyküsü olanlarda kanser tarama testini düzenli olarak yaptırma oranın arttığı görülmüştür (78). Yine Karadoğan Çaman ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada KETEM'e başvuran kadınların yarısından çoğunda ailesinde kanser öyküsü varlığı tespit edilmiştir (89). Bu bulgulardan yola çıkarak kişilerin risk algısı artıkça bilgilenme ve tarama yaptırma eğilimlerinin arttırdığını söyleyebiliriz.

Sağlık konusunda önemli olan bir konuyu duyurmak, dikkat çekmek korunma ve erken tanı hizmetleri için önemlidir. Tablo 4.9.'da da görüldüğü gibi daha önce rahim ağzı kanserini duyanların duymayanlara kıyasla toplam bilgi puanlarındaki yükseklik istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bilgi alt grup puanlarına göz atıldığında ise risk faktörleri bilgi puanları etkilenmezken serviks kanseri genel bilgi/belirti ve tarama puanlarındaki yükseklik istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur. Çalışmamızda yine sürüntü testini duyanların da toplam bilgi puanları ve alt grup bilgi puanlarının hepsi duymayanlara kıyasla anlamlı derecede yüksek ($p<0.05$) çıkmıştır (Tablo 4.9.). Nitekim literatürde Pap testi duyan kadınların duymayan kadınlardan daha yüksek oranlarda Pap test yaptırdıklarını gösteren çalışmalar da mevcuttur (30). Bu sonuçlardan sağlıkla ilgili bir konuyu duymak, o konu hakkında bilgilenmeyi ve erken tanı için tarama programlarına katılımı da artırıyor diyebiliriz.

Rahim ağzı kanseri hakkında eğitim/bilgi alanların serviks kanseri toplam bilgi puanları ve tüm alt grup bilgi puanlarındaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.9.). Çalışmamızdaki bu bulguya benzer olarak 2006 yılında kadınlara risk faktörleri ve korunma hakkında verilen eğitimin etkinliğinin

değerlendirildiği bir çalışmada, eğitim verilmeden önce serviks kanseri konusunda bilgi almış olan kadınların ön test bilgi puan ortalamaları almayan kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Yine bu çalışmada kadınların eğitim öncesi ve sonrası bilgi puan ortalamaları arasında bulunan fark istatistiksel olarak da anlamlı olup, eğitim sonrası puan ortalamaları yükselmiştir (25). Yine evde izlem ve eğitimin meme ve serviks kanseri bilgi düzeylerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada kadınların serviks kanserinin erken belirtileri, korunma ile tarama testini bilme durumlarının eğitim öncesine göre eğitim sonrasında anlamlı derecede yükseldiği tespit edilmiştir (102). İran'da yapılan bir vaka kontrol çalışmasında ise eğitim verilen grubun bilgi skorlarının yaklaşık iki katına çıktığı gözlemlenmiştir (87). Yine literatürde verilen eğitimin serviks kanseri bilgi düzeylerini artırdığını gösteren başka çalışmalar da mevcuttur (88, 105). Lee ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada ise serviks kanseri taramasının erken tanı yöntemlerinin bilinmesi serviks kanseri tarama davranışları ile ilişkili bulunmuştur (106). Bu bulgular ışığında bilginin hedef kitleye ulaşması, farkındalık yaratıp davranış değişikliği oluşturabilmesi için etkili eğitimler planlamak çok önemlidir. Kişiye ve topluma yönelik önemli bir koruyucu sağlık uygulamalarından olan sağlık eğitimi hastalığı önlemek ve sağlığı geliştirmek amacı ile serviks kanseri ile mücadelede de önemli bir yere sahiptir (74). Hedef kitle ve toplumun eğitilmesinde birinci basmak sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir.

Tablo 4.10.'da görüldüğü gibi rahim ağzından sürüntü verme özellikleri ile bilgi puanlarının analizinde sürüntü testi yaptıranların toplam bilgi puanı ve alt grup bilgi puanlarının tümü anlamlı şekilde yaptırmayanlara göre yüksek çıkmıştır ($p<0.05$). Yapılan bir çalışmada kadınların Pap smear test ile ilgili bilgi düzeylerine göre yaptırma durumları incelendiğinde; testi kimlerin yaptırması gerektiği, hangi hastalığın tanısı için yapıldığı ve ne sıklıkta yaptırılması gerektiğini bilenlerin, bilmeyenlere göre Pap testi daha yüksek oranda yaptırdığı ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (30). Yine yapılan başka bir çalışmada kadınların tarama testlerini önceden duymaları, nerede yapıldığını bilmeleri ve ulusal kanser tarama programı hakkında bilgi sahibi olmaları, tarama testlerini yaptırmayı etkileyen faktörler olarak bulunmuştur (85). Yine literatürde Kore asıllı Amerikan kadınlarla yapılan bir çalışmada serviks kanseri erken tarama yöntemlerinin bilinmesi (106), Hislop ve arkadaşlarının Kanada'da yaptıkları

çalışmada da Pap test hakkındaki genel bilgi, tarama davranışları ile ilişkili bulunmuştur (31).

En son sürüntü verme zamanına göre grupların bilgi puanlarında bir fark tespit edilemezken verme sıklığı açısından değerlendirildiğinde yılda bir yaptıranlar diğer üç gruptan genelde daha yüksek puanlar almışlardır. Risk faktörleri puanlarındaki anlamlı bir farklılık bulunmazken yılda bir yaptıranların puanları serviks kanseri ve belirti puanlarında "3-5 yılda bir" yaptıranlara göre, toplam puanlarda şikayet olduğunda yaptıranlara göre ve son olarak da tarama puanlarında diğer 3 gruba göre anlamlı şekilde yüksek çıkmıştır. Sürüntü verme nedeni ile bilgi puan ortalamaları karşılaştırıldığında genel sağlık kontrolü sebebi ile sürüntü verenler serviks kanseri bilgi ifadelerinden genelde en yüksek puanları alırken, tarama puanlarında, şikayet olduğu için sürüntü verenlerden anlamlı şekilde yüksek puan aldıkları tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.10.). Bulduğumuz bu bulgu sağlık kontrolü sebebi ile sürüntü verenlerin farkındalıklarını ortaya koyarken, şikayet olduğunda sürüntü verenlerin ise erken tanıya yönelik bilgi eksikliğini ortaya koymaktadır.

Sürüntü vermeyenlerin sürüntü testi yaptırmama nedenlerine ile bilgi puanlarının karşılaştırmasında ise şikayeti olmadığı için sürüntü vermeyenler ile bilgi yokluğu sebebi ile vermeyenlerin bilgi puanları arasında anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Yapılan ikili analizlerde serviks kanseri genel bilgi /belirti, tarama ve toplam bilgi puanlarında bilgi yokluğu sebebi ile yaptırmayanların puanları şikayeti olmadığı için ihtiyaç duymayanlardan anlamlı derecede düşük çıkmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.10.). Bu bulgu bize, şikayeti olmadığından sürüntü vermeyenlerin bilgisi olmadığı için vermeyenlere kıyasla bigi puanlarının daha iyi olmasına karşın kendilerine tarama yaptıracak düzeyde bilgi ve farkındalıklarının olmadığını göstermektedir. Yukarıda da bahsedildiği gibi daha önce sürüntü verenlerin puanları toplam ve alt gruplarda vermeyenlerden anlamlı derecede daha yüksektir. Bu bulgudan da yola çıkarak sürüntü vermeyenlerin bilgi eksikliklerinin giderilmesi, ve vermeme nedenlerinin bütüncül bir yaklaşımla irdelenerek kişilerin tarama programına dahil edilmeleri önemlidir.

Bireylerin sağlıkla ilgili bir konuda davranış değişikliği oluşturabilmeleri yaş, eğitim seviyesi, konu hakkındaki bilgi durumu, sosyokültürel faktörler, inançlar,

değerler ve bunlar tarafından şekillenen hastalık ve sağlık konusundaki algılamalar gibi faktörlere bağlıdır ve bu faktörler kimi zaman davranış değişikliğini destekleyici kimi zaman da engelleyici rol oynarlar. Bireylerin bir konudaki bilgi, inanç, tutum, değerler ve algılamaları sağlık davranışlarını etkileyerek eyleme geçmeden önce güdülenmesini sağlayıcı, hazırlayıcı faktörler olması açısından da önemlidir (24).

Özmen ve Özsoy tarafından Sağlık İnanç Modeline dayandırılarak geliştirilen serviks kanserinin erken tanısına ilişkin tutum ölçeği, serviks kanserinin erken tanısına ilişkin kadınların tutumlarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Ölçekten alınan puanlar ile kadınların tarama testi yaptırma davranışı arasındaki ilişkiyi kestirmek mümkün olabilmektedir. Ölçekten daha yüksek puan alan kadınların servikal kanserin erken tanısına yönelik tarama davranışını daha çok göstermesi beklenmektedir. Nitekim bu çalışmada Pap test yaptıran kadınların toplamda ve alt boyutlarda yaptırmayanlara göre anlamlı şekilde daha yüksek puanlar aldıkları görülmektedir (38, 81).

Literatürde servikal kanserin erken tanısına yönelik inanç ve tutumları ölçmeye yönelik çeşitli çalışmalar vardır. Chaka ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada (2018) katılımcıların toplam tutum skorlarına bakıldığında kadınların çoğunun serviks kanserine karşı negatif tutumları olduğu tespit edilmiştir (28). Reis ve arkadaşlarının kadınların serviks kanseri ve taramasına yönelik bilgi davranış ve inançlarının araştırıldığı bir çalışmada katılımcıların zayıf bilgi, yetersiz sağlık davranışı ile düşük ve orta düzeyde yanlış inançlarına sahip oldukları belirlenmiştir (26). Çimke'nin farklı meslek gruplarından kadınlarla yaptığı tez çalışmasında ise katılımcıların servikal kanserin erken tanısına ilişkin olumlu, ancak istendik düzeyde tutuma sahip olmadıkları tespit edilmiştir (80). Yine ülkemizde yapılan iki farklı çalışmada ise kadınların sağlık inanç modeli ölçeğinin tüm alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir (21, 22).

Çalışmamızda 18-65 yaş arası kadınların SKETİTÖ'den aldıkları toplam tutum puanları incelendiğinde puan ortalamasının 110.76±9.99 olduğu görülmektedir (Tablo 4.12.). SKETİTÖ'den alınabilecek en düşük puanın 30, en yüksek puanın 150 olabileceği göz önüne alındığında 18-65 yaş arası kadınların ortanın biraz üzerinde, az olumlu bir tutuma sahip olduklarını söyleyebiliriz. SKETİTÖ'nün alt boyutlarının ortalamaları incelendiğinde ise tüm alt boyutlarından alınan puanlar orta düzeyin

üzerinde bulunmuştur. Çalışmamızda bulduğumuz toplam tutum ve alt boyut puan ortalamaları, literatürde ülkemizde yapılmış olan iki çalışmadan daha yüksek bulunmuştur. (46, 80). Bunun nedeni serviks kanseri ulusal tarama programının aile hekimliklerine entegre edilmesi ile daha çok kişiye ulaşılması sonucu kadınlarda olumlu tutumların artmış olma ihtimali olabilir.

Koruyucu sağlık davranışlarının kazanılmasına yardımcı olan faktörlerden birisi de hastalığın bir tehdit olarak algılanmasıdır, yani durumun ve sonuçlarının ne denli ciddi olduğu ile ilgili inançtır (76). Çalışmamızda "algılanan ciddiyet" alt boyutu en az puan ortalamasına sahip (27.37±4.10) boyut olmakla birlikte, aynı zamanda bu boyutun puan ortalamasının toplam tutum puanı ortalamasının altında kaldığı görülmektedir (Tablo 4.12.). Ersin ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kadınların ciddiyet algısının ortalamanın altında ve düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir (46). Çalışmamızdaki ciddiyet alt boyutu puan ortalaması Hatay ilinde farklı meslek gruplarındaki kadınlarla yapılan bir çalışma ile benzer bulunmuştur (80). Çalışmamızda ciddiyet alt boyutunun maddelerine bakıldığında katılımcıların sadece %11.5'i rahim ağzı kanseri olursa hayata küseceğini, %18'i ise rahim ağzı kanseri olursa fazla yaşayamayacağını belirtmiştir (Tablo 4.12.). Bir kadının rahim ağzı kanseri olmasının eşiyle ilişkilerini bozacağı düşüncesinde olanların oranı ise literatürdeki bir çalışma ile benzer olup (28), başka bir çalışmadan ise daha düşük bulunmuştur (21). Yine literatürdeki bir çalışmada katılımcıların yaklaşık 4/5'inin serviks kanserini diğer kanser tipleri kadar ciddi bulmadıkları tespit edilmiştir (107). Bizim çalışmamızdaki bulgular ise bize hastalığı tehdit olarak algılamadaki düşüklüğü göstermekte olup kadınların bir kısmının serviks kanserinin ne denli ciddi ve ölümcül bir hastalık olduğuna ilişkin algılarının oluşmadığını düşündürmektedir.

Sağlık inanç modelinin temel değişkenlerinden **"**algılanan duyarlılık" ise sağlık tehdidi ile karşılaşma olasılığına olan inançtır (24). Bu algı, kişinin kendisini zedelenebilir ve hassas hissettiği konulara ve kişinin söz konusu hastalık ve sonuçlarına atfettiği değere bağlıdır. Bu hassasiyet yaşantılara dayanılarak çıkarılan sonuçlar, aile öyküsü sebebi ile kişinin kendisini o hastalığa duyarlı olduğu inancı ya da yaşamsal riski olan hastalıklar konusunda bilgilenmeden kaynaklanabilir (76). Çalışmamızda "algılanan duyarlılık" alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde 31.97±4.32 olduğu görülmekte olup bu alt boyutun da puan ortalaması toplam tutum

puanları ortalamasının altında kalmıştır. Duyarlılık algısı ile davranış arasındaki ilişkiye bakıldığında duyarlılık algısının artması davranışın gerçekleşme olasılığını yükselttiği için kişilerde duyarlılık algısını artırmaya yönelik çalışmalar önemlidir (108). Çalışmamızda duyarlılık algısına ait maddeler incelendiğinde katılımcıların sadece %26'sı rahim ağzı kanseri olma düşüncesinin sık sık aklına geldiğini ifade ederken, % 42.5'i de rahim ağzı kanseri hakkında fazla düşünmediğini, %38.5'i ise evli kadınların rahim ağzı kanseri olma riskinin yüksek olduğunu düşünmekte idi (Tablo 4.11.). Yine duyarlılık algısına ait ifadelerden "Kaderimde varsa ne yaparsam yapayım rahim ağzı kanseri olurum" diyenlerin oranı Etiyopya'da yapılan bir çalışmadan yüksek bulunmuştur (28). Hayatının herhangi bir döneminde serviks kanseri olabileceği endişesi yaşayanların oranı çalışmamızdan oldukça düşük bir oranla Karaman ilinde kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada %8.8 (21), yine Etiyopya'da yapılan çalışmada ise % 8.3 olarak bulunmuştur (28).

Algılanan ciddiyet ve duyarlılığın kombinasyonuna algılanan tehdit denilmektedir ve algılanan tehdit çoğu sağlıkla ilişkili davranışlar için büyük belirleyiciliğe sahiptir (109). Yani kişi sağlık problemine duyarlıysa ve ciddiye alıyorsa koruyucu davranışı daha çok uygulayacaktır. Nitekim çalışmamızda ve literatürde bir çalışmada tarama testi yaptıranlarda duyarlılık ve ciddiyet algılarının daha yüksek olduğu görülmüştür (38).Yine sağlık inanç modelli ölçek kullanılan başka bir çalışmada da Pap test yaptıran kadınların ciddiyet algıları daha yüksek bulunmuştur (21). Bu bulgular bize bu algıların düşüklüğü ya da yetersizliğinin tarama davranışını gösterme ve devam ettirmede olumsuz etkiye sahip olabileceklerini göstermektedir. Bu sebeple 18-65 yaş arası kadınların duyarlılık ve ciddiyet algılarını yükseltmeye yönelik etkili eğitimler planlanmalıdır. Nitekim literatürde bir çalışmada verilen eğitim sonrası katılımcılarda duyarlılık ve ciddiyet algılarının yükseldiği görülmüştür (87).

Koruyucu sağlık davranışını benimsemeye yatkın olmak, girişimde bulunulmasını kolaylaştıracak ve güçleştirecek durumlara da bağlıdır. Koruyucu sağlık davranışı uygulamasının kişinin yaşamında yer alabilmesi sağlayacağı yararın, karşılaşacağı bireysel ve toplumsal engellerden fazla olduğuna inanmasıyla mümkün olur (76). Koruyucu sağlık davranışı olasılığını artıran en önemli değişken engel algısı ile yarar algısı arasındaki farktır. Yarar algısı, engel algısına üstün geldikçe

koruyucu sağlık davranışını uygulama olasılığı artar (24, 76). Literatürde yarar ve engel algısı arasındaki korelasyonun taramalara katılımda etkili olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (39, 106, 110, 111). Çalışmamızda ise alt boyutlar içinde en yüksek ortalamaya sahip boyut (24.59±3.35) algılanan yarar boyutudur. Bu boyuttan alınan puanlar kadın sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmadan (46) ve farklı mesleklerde çalışan kadınlarla yapılan bir çalışmadan (80) daha yüksek bulunmuştur. Bu boyuttan alınabilecek minimum puanın 6 maximum 30 olduğu düşünüldüğünde bu oran tarama davranışını gösterme olasılığını artırdığı için sevindirici bulunmuştur. Yarar alt boyutunun maddeleri değerlendirildiğinde ise rahim ağzı kanseri tanısı için düzenli muayene yaptırmak gerektiğine inananların oranı %65.5, "Eşim izin verse de vermese de erken tanı için muayeneye giderim" diyenlerin oranı %92.5, erken tanı için muayeneye gitmeyi gereksiz bir zahmet olarak görmeyenlerin oranı %91, "Sağlık kuruluşları erken tanısı için muayeneye çağırılarsa giderim" diyenlerin oranı %85.5, "Radyo, tv ve gazetede uyarılar olması erken tanı muayenesine gitmeye teşvik eder" diyenlerin oranı ise %81.5 olarak bulunmuştur (Tablo 4.11.). Sonuç olarak katılımcıların yarar algılarının yüksekliği tarama davranışını gösterme olasılığını artırdığı için sevindirici bulunmuştur.

Engel alt boyutu maddeleri değerlendirildiğinde ise katılımcıların yarıya yakını rahim ağzı kanseri için muayene olacağı doktorun kadın olmasını tercih ederken, %23.5'i tek başına muayeneye gitmek istemediğini, %17'si yapılacak muayenenin canını acıtacağı düşüncesiyle, %16.5'i ise mahrem yerini göstermekten utandığı için erken tanı muayenesine gitmekten kaçındığını ifade etmiştir (Tablo 4.11.). Bal'ın yaptığı bir çalışmada kadınların smear alınması esnasında mahrem yerlerini göstermek istememesi, ve kadın hekim isteği Pap smear testi yaptırmalarının önündeki önemli engeller olarak tespit edilmiştir (21). 2018 yılında Jassim ve arkadaşlarının birinci basamak sağlık hizmetine başvuran kadınların serviks kanseri ve taramasına yönelik bilgi ve tutumlarını araştırdıkları bir çalışmada ise bizim çalışmamızdan daha yüksek bir oranla katılımcıların 4/5'i erkek doktora muayene olmaktan utandıklarını ifade etmişlerdir (94). Serviks kanseri erken tanı davranışlarını etkileyen psikolojik ve sosyokültürel faktörlerin bilinmesi, tarama davranışı önündeki engellerin tanınması ve bunların uygun yaklaşımlarla ortadan kaldırılması erken tanı uygulamalarının başarısı için oldukça önemlidir.

Serviks kanserinin erken tanısına yönelik algılar pek çok değişkenden etkilenebilmektedir. Bizim çalışmamızda SKETİTÖ'den alınan puanların analizinde tutum ciddiyet alt boyutunun hiçbir sosyodemografik değişkenden ve tarama davranışı ile igili özelliklerden etkilenmezken sadece beş yıldan uzun süreli OK kullanımından etkilendiği, kullananların kullanmayanlara kıyasla ciddiyet algılarının anlamlı derecede yükseldiği görülmektedir (Tablo 4.14.). Literatürde 18-65 yaş arası kadınlarla yapılan bir çalışmada da bulgumuza benzer şekilde OK kullanımının, bununla birlikte tüpligasyon dışındaki diğer gebeliği önleyici yöntem kullanımının ciddiyet algısını artırdığı tespit edilmiştir (39). Yine başka bir çalışmada da serviks kanseri için riskli olduğunu düşünenlerin en yüksek oranda RİA ve OKS kullanmaları nedeniyle kendilerini riskli gördükleri belirlenirken kendini riskli görme durumları ile tarama testi yaptırmaları arasında da anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (30). Bulgumuz ve bu bulgulardan yola çıkarak OK kullananların kullanmayanlara kıyasla serviks kanserini daha çok tehdit olarak algıladıklarını söyleyebiliriz.

Bununla birlikte tutum duyarlılık boyutunun yaş grupları ile analizinde anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 4.13.). Yaşla birlikte duyarlılık boyutundan alınan puanların artarak 40-49 yaş grubunda zirveye ulaştığı, 50-59 yaş grubundan itibaren de puanların azalmaya başladığı görülmektedir. Yapılan analizde 40-49 yaş grubunun aldıkları puanların 60 yaş ve üzeri gruba göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Wang ve Lin'in Tayvan'da yaptıkları bir çalışmada yaşın Pap test yaptırmada önemli bir faktör olduğu, 30 yaş altı ve 65 yaş üstü kadınlarda Pap test yaptırma oranlarının düşük olduğu tespit edilmiştir (96). Yine ABD'de yapılan serviks kanseri taramasına katılmanın karakteristik özelliklerinin araştırıldığı bir çalışmada 45 yaş üstü olmak, son bir yıl içerisinde Pap test yaptırmanın en güçlü belirleyicilerinden birisi olarak bulunmuştur (98). Yine ülkemizde yapılan bir çalışmada 52-63 yaş grubu katılımcılarda engel algısının önemli düzeyde olmasa da artış gösterdiği tespit edilmiştir (39). Çalışmamızda 40-49 yaş grubunun duyarlılık algılarının yüksek olması kendilerini daha çok risk altında gördüklerini ortaya koyarken, 50-59 yaş grubundan itibaren duyarlılık algılarının azalmasının nedeni ise yaşın ilerlemesi ile kişilerin bu hastalıkla karşılaşma olasılıklarının azaldığını düşünüyor olmaları olabilir.

Medeni durum, eğitim durumu ve aylık gelir durumu ile SKETİTÖ'nün alt boyutlarından alınan puanlar ve toplam tutum puanları arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır (Tablo 4.13.). Erzincan ilinde yapılan bir çalışmada, bulgumuza benzer şekilde medeni durum ile fark saptanmazken çalışmamızdan farklı olarak kadınların eğitim durumu ile Pap smear yarar/sağlık motivasyonu puanı ve engel algısı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir (39). Yine kadınların Pap smear yaptırma durumlarının SİM ile değerlendirildiği bir başka çalışmada eğitim düzeyi düşük kadınlarda algılanan yarar/motivasyon ve sağlık motivasyonu puan ortalamaları eğitim seviyesi yüksek olanlara kıyasla daha düşükken, engel puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (21). Çalışmamızdaki bu bulgu farklılığı çalışmanın yapıldığı yer ve örneklem farklılığından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışma durumlarına göre ise çalışan/emekli grubun çalışmayanlara kıyasla SKETİTÖ'den toplamda ve tüm alt boyutlarda daha yüksek puanlar alırken, yapılan ikili karşılaştırmalarda toplam puanlarda ve engel alt boyutu puanlarında anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 4.13.). Literatürde de çalışmamızla benzer şekilde serviks kanserinin erken tanısına yönelik çalışan kadınların çalışmayanlardan daha olumlu tutuma sahip olduklarını gösteren çalışmalar mevcuttur (21, 39). Bununla birlikte çalışanların çalışmayan kadınlara göre daha yüksek oranlarda tarama testi yaptırdıklarını gösteren çalışmalar da mevcuttur (21, 22). Sağlık güvencesi varlığının ise literatürdeki bir çalışmadan farklı olarak (46) tutum puanlarını etkilediği, ciddiyet ve duyarlılık dışındaki tutum puanlarının anlamlı olarak arttığı ($p<0.05$) tespit edilmiştir (Tablo 4.13.). Çalışmamızda çalışan ve sağlık güvencesi olanların servikal kanser bilgi puanlarının da anlamlı derecede arttığını görmüştük (Tablo 4.7.). Bu bulgulardan çalışanlar ve sağlık güvencesine sahip olan kadınların bilgi düzeylerinin daha iyi ve daha olumlu tutuma sahip olduklarını söyleyebiliriz.

Kadınların ilk evlilik yaşına göre SKETİTÖ'den aldıkları puanların analizinde literatürdeki bir çalışmaya benzer şekilde gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (39). İlk gebelik yaşı 20 yaş altı olanların gebelik yaşı 20 yaş ve üzeri olanlara göre SKETİTÖ'nün tüm puan türlerinde daha düşük puanlar almasına karşın sadece toplam tutum ve algılanan engel puanlarında anlamlı fark saptanmıştır. Buna ek olarak ilk gebelik yaşı ile algılanan engel ve tutum toplam puanları arasında pozitif

yönde, zayıf ama anlamlı bir korelasyon tespit edilmiştir (Tablo 4.14.). Toplam gebelik sayısı ile yapılan analizde diğer puan türlerinde bir fark saptanmazken sadece tutum yarar boyutundan alınan puanlarında iki ve üzeri gebelik geçirenlerin puanlarının hiç gebelik geçirmeyen ve bir kez geçirenlere kıyasla daha düşük olduğu, yapılan karşılaştırmada ise bir gebelik geçirenler ile iki gebelik geçirenler arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Doğum sayısı bakımından incelendiğinde ise bir doğum yapanların üç ve üzeri doğum yapanlara kıyasla hem algılanan yarar puanları, hem de toplam tutum puanlarında anlamlı yükseklik bulunmuştur (Tablo 4.14.). Buna ek olarak doğum sayısı ile tutum yarar ve tutum toplam puanlarında negatif yönde zayıf ama anlamlı bir korelasyon tespit edilmiştir (Tablo 4.18.). Literatürde 18-65 yaş arası kadınlarla yapılan bir çalışmada da doğum sayısı arttıkça sağlık motivasyonu/yarar algılarının azaldığı, engel algılarının ise arttığı tespit edilmiştir (39). Çalışmamızda daha önce bahsedildiği gibi serviks kanseri bilgi puanlarının analizinde ilk gebelik yaşı 20 yaş altında olanların ve doğum sayısı üç ve üzeri olanların tüm puan türlerinde anlamlı derecede daha düşük puanlar aldıklarını belirtmiştik (Tablo 4.8.). Bu bulgularımızdan yola çıkarak bu gruplardaki olumsuz tutumlara bilgi eksikliğinin sebep olduğunu söyleyebiliriz. Eğitim seviyesi düşüklüğü ve yaşanılan sosyo kültürel çevre, evlenme ve gebelik yaşının erkene çekilmesine ve yine aynı sebeplerle gebelik ve doğum sayısının fazlalığına sebep olmaktadır. Bu durumun çalışmamızda ilk evlilik ve ilk gebelik yaşı düştükçe ve doğum sayısı arttıkça bilgi puanlarının düşmesinin ve tutumlara olumsuz yansımasının nedeni olduğu düşüncesindeyiz.

Çalışmamızda rahim ağzı kanserini duymak, sürüntü testini duymak ve rahim ağzı kanseri hakkında bilgi almak, kadınların SKETİTÖ'den aldıkları toplam puanları ve bazı alt boyut puanlarını artırmıştır (Tablo 4.15.). Çalışmamızla benzer şekilde literatürde kadınların Pap smear testinden haberdar olanların olmayanlara göre daha olumlu tutumlara sahip olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (21, 39). Bu bulgulardan yola çıkarak detaylı olmasa dahi rahim ağzı kanseri ve sürüntü testini duymanın ve varlığını bilmenin kadınların sağlık inançları üzerinde olumlu etki sağladığı söylenebilir.

Rahim ağzı kanseri hakkında eğitim/bilgi almak katılımcıların tutum ciddiyet dışındaki alt boyut puanlarını ve toplam puanlarını anlamlı derecede ($p<0.05$)

yükseltmiştir (Tablo 4.15.). Literatürde bulgumuza benzer şekilde serviks kanseri ve erken tanısı ile ilgili bilgi alan katılımcıların almayanlara kıyasla daha olumlu tutuma sahip olduklarını gösteren çalışmalar mevcuttur (36, 37). Aşılar ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada da (2015) bulgumuza benzer şekilde serviks kanseri ve tarama hakkında bilgi almanın, Pap smear testinden haberdar olmanın, testin yapılma nedenini bilme ve testi yaptırmanın ölçeğin alt boyutlarından bazılarının puanlarını olumlu yönde etkilediği tespit edilmiştir (39).

18-65 yaş arası kadınlarda rahim ağzından sürüntü verme durumu ve buna ilişkin özelliklere yönelik SKETİTÖ'nün alt boyutlarından alınan puanların analizinde rahim ağzından sürüntü verenlerin vermeyenlere kıyasla ölçeğin tümünden daha yüksek puanlar aldıkları görülmekle birlikte toplam tutum, algılanan yarar ve engel puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık (yükseklik) tespit edilmiştir (Tablo 4.16.). Kısaca çalışmamızda tarama davranışını gösteren katılımcıların literatürle uyumlu şekilde daha olumlu tutuma sahip oldukları görülmektedir (37, 39). Özmen'in çalışmasında da çalışmamıza benzer şekilde Pap test yaptıran kadınların SKETİTÖ'nün tümü ve alt boyutlarından aldıkları puanlar anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (38). Ersin ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (2017) ise çalışmamızla benzer şekilde Pap test yaptıran katılımcılar ile yaptırmayanların engel puanları arasında anlamlı farklılık saptanırken, çalışmamızdaki bulgudan farklı olarak diğer alt boyut puanlarında fark saptanmamıştır (46).

Kadınların en son sürüntü verme zamanıyla tutum ciddiyet puanları arasında pozitif yönde zayıf ve anlamlı, algılanan engel puanlarıyla ise negatif yönde zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (Tablo 4.18.). Bunun sebebi en son tarama zamanı kısaldıkça bu konuda verilen bilgi, danışmanlık ve eğitimin tazeliğini daha çok koruması nedeniyle kişiler tarafından hastalığın daha çok tehdit olarak algılanması ve engellerin daha az hissedilmesi olabilir. Sürüntü verme sıklığı ile SKETİTÖ puanları arasında yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Toplam tutum puanlarında en yüksek puanları alan grup yılda bir kez yaptıranlar olup, şikayet olduğunda test yaptıranlarla aralarında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Algılanan duyarlılık puanlarında ise "yılda bir kez" yaptıranların "şikayet olduğunda" ve "doktor istediğinde" yaptıranlara kıyasla puanlarının anlamlı derecede yükseldiği tespit ediliştir. Yine şikayet olduğunda

yaptıranların algılanan engel puanları incelendiğinde de yılda bir kez yaptıranlara kıyasla anlamlı derecede düşük olduğu yani daha çok engel algıladıkları görülmektedir (Tablo 4.16.**)**. Sürüntü verme nedenine göre yapılan analizde ise genel sağlık kontrolü amacıyla yaptıranlar şikayet sebebi ile yaptıranlardan tutum ciddiyet boyutu dışındaki tüm puan türlerinde anlamlı şekilde yüksek puanlar almışlardır ($p<0.05$) (Tablo 4.16.**).** Bu bulgulardan yola çıkarak düzenli tarama yaptıranlar ve genel sağlık kontrolü amacıyla sürüntü verenlerin daha olumlu bir tutuma sahip olduğu söylenebilir.

Bilgi puanları ile SKETİTÖ'nün alt boyutlarından alınan puanların analizinde ise serviks kanseri hakkında bilgi seviyesinin tutumlara genelde olumlu şekilde yansıdığı görülmüştür. SKETİTÖ'nün ciddiyet ve duyarlılık alt boyutları dışındaki puan türleri ile tüm bilgi puanları arasında zayıf ama pozitif yönde anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır (Tablo 4.17.). Kızılırmak ve Kocaöz'ün çalışmasında Pap smear testi hakkında bilgi sahibi olanların daha olumlu tutumlara sahip oldukları tespit edilmiştir (37). Pirzadeh ve Mazaheri'nin yaptığı deneysel bir çalışmada ise Pap testi hakkında SİM modelli eğitim sonrası çalışma grubunda bilgi skorları yükselirken, tutum alt boyut skorlarının da yükseldiği ve eğitim verilen grubun tamamına yakının Pap testi yaptırdığı görülmüştür (87). Yine Bebiş ve arkadaşlarının yaptığı deneysel bir çalışmada da eğitim sonrasında çalışma grubunun toplam bilgi puanlarında artış tespit edilirken, Pap test yarar algısının arttığı, engel algısının azaldığı görülmüştür (112). Bu bulgulardan yola çıkarak bir konu hakkında etkili eğitimlerin bilgiyi yükseltmekle birlikte tutumlara olumlu yansıyacağı ve istenen davranışın gösterilme olasılığını artıracağını söyleyebiliriz.

5.2. Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarına Ait Bulguların Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan birinci basamak sağlık çalışanlarının %76'sı kadın, %24'ü erkektir. Sağlık çalışanlarının yaş ortalaması 45.23±8.85'dir. Medeni durumlarına bakıldığında çalışmaya katılan sağlık personelinin %90'ı evli olup, eğitim durumları incelendiğinde ise %39.33'ünün lisans, %29.33'ünün lisansüstü, %20.66'sının önlisans, %10.66'sının ise lise eğitimi aldığı görülmektedir. Aylık gelir düzeyi

bakımından ise katılımcıların yaklaşık 3/4'ü kendisini orta gelir grubunda ifade etmiştir (Tablo 4.19.).

Meslek gruplarına göre dağılıma bakıldığında çalışmaya katılan sağlık personelinin %38.66'sı doktor, %31.33'ü ebe, %15.33'ü hemşire, %2.66'sı diş hekimi, % 4.66'sı sağlık memuru, ve %7.33'ü "diğer (biyolog, mühendis, memur, teknisyen, VHKİ v.b.)" meslek grubundadır. Meslek süresi bakımından çalışanların yarıya yakını (%44.67) 25 yıl ve üzeri meslek süresine sahiptir (Tablo 4.19.). Sağlık çalışanları birinci basamakta çalışma süresi bakımından incelendiğinde en fazla orana sahip grup 1-10 yıl arasında çalışanlar (% 44.66) olmuştur. Çalışma yerine göre ise katılımcıların %33.33'ü TSM, %66.67'si ASM'lerde çalışmaktadır (Tablo 4.19.). Sağlık çalışanlarının serviks kanseri aile öyküsü incelendiğinde ise var diyenlerin oranı %3.33'tür.

Tablo 4.20.'de sağlık çalışanlarının serviks kanseri ile ilgili eğitim alma durumları incelendiğinde yaklaşık 3/4'ü mesleki eğitim sırasında serviks kanseri ile ilgili eğitim aldığını belirtirken, 1/4'ü almadığını ya da hatırlamadığını, mezuniyet sonrası eğitim alma durumu değerlendirildiğinde ise katılımcıların 2/3'ü de mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim aldığını geri kalan kısmı ise almadığını ya da hatırlamadığını ifade etmiştir. Kahramanmaraş ilinde 2015 yılında yapılan bir çalışmada kadın sağlık çalışanlarından Pap smear test konusunda eğitim aldıklarını belirten katılımcılara eğitimini nereden aldıkları sorulduğunda yaklaşık 2/3'ü Tıp fakültesinde, %2.5'i hizmet içi kursta, %4.1'i ise seminer ve konferansta eğitim aldığını belirtmiştir (44). Bizim çalışmamızda da mesleki eğitim sırasında serviks kanseri hakkında eğitim alanların oranı bu çalışma ile benzerdir. Çalışmamızda mezuniyet sonrası serviks kanseri hakkında hizmet içi eğitim alanların oranının yeterli olduğunu düşünmemekteyiz. Çünkü mesleki eğitimler sırasında konu ile ilgili eğitim alınsın ya da alınmasın sağlık çalışanlarını hizmet içi eğitimler ile bilgilenmek, bilgilerini tazelemek ve gelişmelerden haberdar etmek hem kendi sağlıklarını, hem de toplum sağlığını korumak açısından önemlidir.

Katılımcıların hastalarına serviks kanseri hakkında bilgi verme ve önerme durumları incelendiğinde katılımcıların neredeyse tamamı hastalarına serviks kanseri ile ilgili eğitim/bilgi verdiği ve hastalarına serviks kanserine yönelik tarama önerdiğini ifade etmiştir (Tablo 4.21.). Stormo ve arkadaşlarının birinci basamak

sağlık çalışanları ile yaptıkları bir çalışmada (2014) hekim ve hemşirelerin tamamına yakını (%93'ü) kadınları yıllık olarak taradıklarını ifade etmişlerdir (113). Kaya ve arkadaşlarının 2014 yılında birinci basamak ve üçüncü basamakta sağlık çalışanları ile yaptığı bir çalışmada HPV-DNA tarama testini hedef gruba önerenlerin oranı %28,17 iken, Pap smear testi önerme oranı %69,77 bulunmuştur (78). Bu çalışmaya göre bizdeki yüksek önerme oranın sebebi Ulusal Kanser Tarama Programının 2014 yılından itibaren aile hekimliklerine entegre edilmesi olduğunu düşünmekteyiz.

Literatürde ülkemizde yapılmış birinci basamak sağlık çalışanlarının serviks kanseri, erken tanı, korunma ve tarama ile ilgili bilgi durumlarının değerlendirildiği ve yeterli bulunmadığı çeşitli çalışmalar mevcuttur (40, 41, 42). Bizim çalışmamızda sağlık çalışanlarının bilgi ifadelerinden aldıkları ortalama puan 18.99±4.50'dir. Alınabilecek maksimum puanın "26" olduğu düşünüldüğünde birinci sağlık çalışanlarının puanlarının daha iyi olması beklenebilir. Bilgi soru alt grupları incelendiğinde ise katılımcıların en başarılı oldukları bilgi ifadesi grubu %83'lük başarı oranı ile tarama soruları grubu olmuştur. Malatya ili aile sağlığı merkezlerinde yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının tarama testi olan Pap smear ile ilgili bilgi düzeyleri bizim çalışmamızla benzer (%84.9) bulunmuştur (42). Çalışmamızda risk faktörlerine yönelik soru grubu ise en düşük puan ortalamasına (5.74±1.96) sahip gruptur (Tablo 4.23.). Uganda'da bir hastanede sağlık çalışanlarının serviks kanseri ile ilgili bilgi ve tutumlarının araştırıldığı bir çalışmada çalışanların %83'ü Pap smear hakkında bilgi sahibiyken, %60'ından fazlasının risk faktörleri ve tarama aralıklarını bilmedikleri tespit edilmiştir (114). Yine Kamerunlu sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada da en önemli dört risk faktörünü (HPV, HIV, çok sayıda cinsel eş ve çok eşli cinsel eş) toplamda katılımcıların yarıya yakını bilememiştir (115).

Birinci basamak sağlık çalışanlarının bilgi sorularından alınan puanlar madde bazında değerlendirildiğinde sağlık çalışanlarının en çok doğru yanıtladığı (%98) bilgi ifadesi "Rahim ağzı kanserinin erken tanı ve tedavisi mümkündür" ifadesi olup bu ifade 18-65 yaş kadınların da en çok doğru cevapladığı madde olmuştur (Tablo 4.22.). Bu oran sevindiricidir. Bu ifade, Doğan'ın (2008) kadın sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmasında bulgumuzla benzer şekilde en çok doğru yanıtlanan ifade olurken, Kaya'nın (2011) jinekoloji polikliniğine başvuran kadınlarda yaptığı çalışmasında da en çok doğru yanıtlanan ifadelerden biri olmuştur (29, 47). En çok

doğru yanıtlanma yüzdesine sahip ifadelerden ikinci sırada ise %96'lık doğru yanıtlanma yüzdesi ile "Sürüntü testini (Pap smear/HPV testi) sadece jinekolojik şikayet olduğu durumlarda yaptırmak gerekir." ifadesi gelmektedir (Tablo 4.22.).

Sağlık çalışanlarının en çok yanlış yanıtladığı bilgi ifadeleri incelendiğinde ise ilk ifade "Doğum sayısının fazla olması (3 ve üzeri) rahim ağzı kanseri için risk faktörüdür" ifadesi olup bu ifadeyi katılımcıların % 41.3'ü yanlış cevaplamıştır. Bunu %34.7'lik yanlış cevaplanma oranı ile "Beş yıldan uzun süreli oral kontraseptif kullanımı serviks kanseri risk faktörü değildir" ifadesi izlemektedir. Katılımcıların en çok yanlış cevapladıkları ilk iki madde risk sorularına ait maddeler olmakla birlikte en çok "bilmiyorum" dedikleri ilk üç ifade de risk faktörleri ile ilgilidir. En çok "bilmiyorum" seçeneğinin işaretlendiği ilk üç ifade sırayla; "Beş yıldan uzun süreli oral kontraseptif kullanımı serviks kanseri risk faktörü değildir", "Erken yaşta (18 yaş altı) gebelik ve doğum rahim ağzı kanseri için risk faktörüdür" ve "Doğum sayısının fazla olması (3 ve üzeri) rahim ağzı kanseri için risk faktörüdür" ifadeleri olmuştur (Tablo 4.22.). Sağlık çalışanlarında madde bazında değerlendirdiğimizde en fazla yanlış cevaplanan ve bilinmeyen sorular açısından bulgularımız 18-65 yaş kadınlarda bulduğumuz bulgu ile benzerlik göstermektedir (Tablo 4.5.). Serviks kanseri bilgi puanları ortalamaları ve madde bazındaki değerlendirmeler sonucunda sağlık çalışanlarının riks faktörlerine ilişkin bilgi düzeyini yeterli görünmemektedir. Sağlık çalışanlarının toplumun sağlığını koruma görevlerini yerine getirebilmeleri için yapılan etkin hizmet içi eğitimlerle sağlık çalışanlarının risk faktörleri bilgi düzeyleri yükseltilmeli ve risk faktörlerini tanımaları sağlanmalıdır.

Birinci basamak sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri ile serviks kanseri bilgi puan ortalamalarının karşılaştırmasında bilgi puanlarının cinsiyet, yaş grupları, medeni durum ve aylık gelir durumundan etkilenmediği, eğitim seviyeleri ile meslek gruplarından etkilendiği, yapılan ikili karşılaştırmalarda aralarında anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür (Tablo 4.24.). Literatürde sağlık çalışanları ve polikliniğe başvuran kadınlarda jinekolojik kanser bilgi ve tutumlarının ölçüldüğü bir çalışmada, gruplar arası incelemede poliklinik hastalarında eğitim seviyesi arttıkça bilgi puanlarında anlamlı artış olduğu görülürken, çalışmamızdan farklı olarak sağlık çalışanlarında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (65). Bununla birlikte 2008 yılında Kayseri'de kadın sağlık çalışanları ile yapılan bir araştırmada da bizim bulgumuza

benzer şekilde toplam bilgi puanlarında yaş ve medeni duruma göre fark saptanmazken puanların meslek ve eğitim durumlarından etkilendiği görülmüştür (47). Çalışmamızda eğitim seviyesinin tarama puanlarını etkilemezken diğer puan türlerini etkilediği, lise mezunu olanların toplam, risk faktörleri ve HPV puan türlerinin hepsinden anlamlı derecede diğer gruplardan düşük puanları alırken, serviks kanseri genel bilgi/belirti puanlarında lisansüstü mezunlardan anlamlı derecede düşük puanlar aldıkları tespit edilmiştir. Bununla birlikte HPV puanlarında lisans-lisansüstü arasındaki farklılık da anlamlıdır (Tablo 4.24.).

Çalışmamızda birinci basamak sağlık çalışanlarının bilgi puanları ile meslek grupları arasında yapılan karşılaştırmada tüm puan türlerinde doktorların başka bir çalışma ile (47) benzer şekilde en yüksek puanları almakla birlikte çalışmamızda doktor, hemşire ve ebelerin birbirine yakın puanlar aldıkları ve aralarında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür (Tablo 4.24.). Mc Carey ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada risk faktörlerini bilme bakımından gruplar arası karşılaştırmada doktorlar en yüksek puanları alırken, yapılan karşılaştırmalarda ebe-hemşirelerle aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur (115). Şanlıurfa'da birinci basamak sağlık çalışanları ile yürütülen bir çalışmada ise çalışmamızdan farklı olarak tüm ulusal kanser tarama standartları bilme ve tarama programlarından serviks kanseri tarama programını doğru bilme oranı hekimlerde, diğer sağlık çalışanlarına göre daha düşük çıkmıştır (41). Bu farklılık çalışmanın yapıldığı yer ve örneklem farklılığından kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamızda en düşük puanları alan meslek grupları ise birinci sırada sağlık memurları olurken ikinci sırada da "diğer" grubundaki çalışanlar (biyolog, mühendis, memur, VHKİ, teknisyen vb.) olmuştur. Yapılan ikili analizlerde ise serviks kanseri/belirti puanları ve HPV puanlarında doktor/ebe/hemşire ile sağlık memuru arasında ve doktor ile "diğer" grup arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Risk faktörkleri puanlarında ise doktorlar "diğer" grubundan anlamlı derecede yüksek puanlar alırken, toplam puanlarda ise doktor/ebe/hemşire ile sağlık memuru ve doktor/hemşire ile diğer meslek grubu arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.24.). Kayseri'de bir hastanede kadın sağlık çalışanlarının serviks kanseri risk faktörleri ve Pap smear test hakkındaki bilgilerinin araştırıldığı bir çalışmada bilgi puanları en düşük grup tenisyenler olup, bunu diğer grubu (diyetisyen-fizyoterapist-biyolog-eczacı) takip etmektedir (47). Bu bulgular doktor hemşire ve ebe dışındaki meslek gruplarının da hizmet içi eğitimlere dahil edilmesi gerektiğini göstermektedir.

DSÖ ile işbirliği yapan Serviks Kanserlerini Önleme Örgütü, tüm sağlık çalışanlarının, kadınlara nerede ne zaman ulaşabilirse serviks kanserlerinden korunma konusunda danışmanlık ve sağlık eğitimleri vermeleri gerektiğini belirtmiştir (14). Birinci basamakta çalışan tüm meslek gruplarının mesleki eğitimleri sırasında müfredatta olsun ya da olmasın, mesleğini icra ederken gerekli hizmet içi eğitimlerin yapılmasının yaralı olacağı kanaatindeyiz. Nitekim aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezlerinde yapılan bir çalışmada serviks kanseri tarama programını bilme düzeyinin bu konuda eğitim almış olmakla anlamlı şekilde yükseldiği tespit edilmiştir (41).

Meslek süresi ile bilgi puanlarının karşılaştırmasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 4.24.). Çalışmamızdaki bu bulgu literatürdeki bir çalışma ile uyumludur (41) . Çalışmamızdan farklı olarak Kartal ve arkadaşlarının İzmir'de aile hekimlerinde Serviks kanseri ve HPV aşısı bilgi düzeyini belirlemek için yaptıkları çalışmada meslek süresi ile bilgi puanları karşılaştırmasında aralarında anlamlı fark bulunmuştur. Analiz sonucunda meslek süresi 25 yıl üstü olan hekimlerin ilk 15 yıl içinde olanlara göre bilgi düzeyi anlamlı derecede düşük bulunmuştur (40).

Çalışmamızda birinci basamakta çalışma süresi ile toplam bilgi puanları arasında pozitif yönde, zayıf anlamlı bir korelasyon tespit edilmiştir (Tablo 4.25.). Bununla birlikte çalışma yeri ASM olanların TSM olanlardan risk puanları dışındaki tüm puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 4.24.). Kırklareli Devlet Hastanesinde jinekolojik kanserler bilgi, tutum ve davranış düzeylerini tespit etmek amacı ile yapılan bir araştırmada, sağlık personelinin çalıştıkları bölümlere göre bilgi düzeylerinin farklı olduğu, KETEM ve cerrahi bölümlerinde görevli sağlık personelinin bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (65). Çalışmamızdaki ASM ve TSM'de çalışanlar arasındaki bu farklılık ASM'lerde çalışan personelin tarama programı kapsamında bilgi ve farkındalığını artırmak amacı ile hizmetiçi eğitimlere alınmaları ve hedef kitle ile sık karşılaşmasından dolayı deneyim fazlalığından kaynaklanıyor olabilir. Etkin koruyucu hizmet sunumu için birinci basamağın hangi bölümünde çalışırsa çalışsın, tüm çalışanların serviks kanseri hakkında bilgilendirilip farkındalıklarının artırılması önemlidir.

Mesleki eğitim sırasında konu ile ilgili eğitim alanlarda almayanlara göre tüm puan türlerinde yükseklik istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, hizmet içi eğitim

almış olanların da HPV ve toplam puanlarında almayanlara göre anlamlı derecede yükseklik tespit edilmiştir (Tablo 4.24.). Çalışmamızdaki bulgu ile benzer şekilde 2015 yılında sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada serviks kanseri tarama programını doğru bilme oranı daha önce bu konuda eğitim almış olanlarda daha yüksek bulunmuştur (41). Yine literatürde verilen eğitimlerle serviks kanseri bilgi düzeyinin arttığını gösteren deneysel çalışmalar da mevcuttur (25, 102, 112). Bu bulgulardan yola çıkarak toplum sağlığını korumak geliştirmek görevi olan sağlık çalışanlarının hem mesleki eğitimleri esnasında konu ile ilgili bilgilendirilmeleri, hem de hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi önem arz etmektedir.

Hastalara serviks kanseri ile ilgili eğitim verme durumu ve ailede kanser öyküsü varlığı ile bilgi puanlarının karşılaştırmasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (Tablo 4.24.). Çalışmamızdaki bulgumuzla benzer şekilde Şahin'in (2009) tez çalışmasında sağlık çalışanlarında ailede kanser öyküsünün varlığının jinekolojik kanserler ve alt grup kanser bilgi puanlarını etkilemediği bulunmuştur (65).

5.3. Birinci Basamak Kadın Sağlık Çalışanlarına Ait Bulguların Değerlendirilmesi

Çalışmamızın bu bölümünde birinci basamak kadın sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özelikleri, obstetrik öykü ve bazı serviks kanseri risk fartörlerine göre dağılımları, serviks kanseri farkındalık durumu ile ilgili dağılımları, serviks kanseri bilgi ifadelerine verilen yanıtların dağılımı ve SKETİTÖ'den alınan puan dağılımlarına ilişkin bulgular tartışılacaktır.

Kadın sağlık çalışanlarının bazı sosyo-demografik özelliklere göre dağılımları incelendiğinde katılımcıların yaklaşık yarısı 40-49 yaş grubunda olup yaş ortalaması 43±8.33'dür. Kadın sağlık çalışanlarının medeni durumlarına bakıldığında %89.47'si evli olup, %7.89'u boşanmış ve %2.63'ü ise bekardır. Eğitim durumları incelendiğinde %41.23'ünün lisans, %26.32'sinin önlisans, %21.93'ünün lisansüstü ve %10.53'ünün lise düzeyinde eğitim aldığı görülmektedir.

Meslek grupları incelendiğinde kadın sağlık çalışanlarının %24.56'sı doktor, %41.23'ü ebe, %20.18'i hemşire, %3.51'i diş hekimi, %1.75'i sağlık memuru ve

%8.77'si diğer meslek grubundandır. Meslek süresi bakımından %36.84'lük bir oranla 25 yıl ve üzeri çalışan grup en yüksek orana sahip gruptur. Birinci basamak çalışma süreleri değerlendirildiğinde en yüksek oran "1-10 yıl arası" çalışanlara (%48.25) aittir. Çalışmamızda kadın sağlık çalışanı'nın %62.28'i ASM'lerde, %37.72'si ise TSM ve bağlı birimlerde çalışmaktadır (Tablo 4.26.).

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının %75.44'ü mesleki eğitimleri sırasında serviks kanseri ile ilgili eğitim aldığını, %68.42'si de mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim aldığını ifade etmiştir. Katılımcıların hem kadın hem de birinci basamak sağlık çalışanı olmaları sebebiyle mesleki eğitim sırasında müfredatta olsun ya da olmasın bütün kadın sağlık çalışanlarını hizmet içi eğitimlere almak önemlidir. Nitekim literatürde kadın sağlık çalışanlarının serviks kanseri ve erken tanıya yönelik bilgi ve uygulamalarının yetersiz olduğunu gösteren çalışmalar vardır (44, 47, 116, 117, 118).

Kadın sağlık çalışanlarının tamamına yakını, hastalarına serviks kanseri ile ilgili eğitim/bilgi verdiklerini ve tarama testlerini önerdiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 4.28.). Literatürdeki bir çalışmada hastanede çalışan kadın sağlık çalışanlarından serviks kanseri ile ilgili bilgi verenlerin oranı sadece %22.7 bulunmuştur (47). Yine 2017'de yayınlanan Ankara ilinde birinci basamak ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında sağlık personeli ile gerçekleştirilen bir çalışmada HPV-DNA tarama testini hedef gruba önerenlerin oranı %28.17 iken, Pap smear testini önerenlerin oranı ise %69.77 bulunmuştur (78). Çalışmamızdaki hastalara önerme ve eğitim verme oranlarının yüksek olması kanser tarama programlarının önemli bir ayağı olan birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkinliğini göstermesi bakımından önemli ve sevindiricidir.

Literatürde kadın sağlık çalışanları ile yapılan birçok çalışmada tarama yaptırma oranlarına bakılmıştır. Dünyanın çeşitli bölgelerinde kadın sağlık çalışanlarının Pap testi yaptırma oranları; Haiti'de yapılan bir çalışmada yaklaşık %15 (119), Sri Lanka'da yapılan bir çalışmada evli kadın sağlık çalışanlarında yaklaşık %27 (117), Ürdün'de yapılan bir çalışmada %20' den azı (120), Tanzanya'da yapılan bir çalışmada %15.4 (116), Nijerya'da yapılan bir çalışmada %14.1 (121), Uganda'da bir çalışmada ise %19 olarak bulunmuştur (114). Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda kadın sağlık çalışanlarında Pap test yaptırma oranları,

Doğan'ın çalışmasında %19.5 (47), Özçam ve aradaşlarının çalışmasında %43.5 (43), Kokkun ve Özer'in yaptığı çalışmada %37.2 (42), Çoşkun ve arkadaşlarının çalışmasında %45 (122), Şahin'in tez çalışmasında %52.1 (65) olarak saptanmıştır. Eke ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise serviks kanseri ve Pap test bilgi seviyeleri iyi olmasına karşın (2016) yaptırma oranları yetersiz (%50.4) bulunmuştur (83). Yine Kaya ve arkadaşlarının sağlık çalışanlarında yaptığı bir çalışmada (2017) tarama testlerini kendilerine yaptırma oranları Pap smear testi için %75.62, HPV-DNA testi için ise %26.43'tür (78). Bulgumuz bu çalışma ile benzerlik göstermekte olup çalışmamızda katılımcıların %78.07'si daha önce rahim ağzı kanseri için sürüntü verdiğini ifade etmiştir (Tablo 4.30.). Bizim çalışmamızdaki bu oran sevindirici bulunmakla beraber hiç sürüntü vermemiş olan 1/5 oranındaki kadın sağlık çalışanının vermeme sebeplerinin irdelenmesi hem rol model olmak adına hem de kendi sağlıklarını korumak adına tarama testlerini yaptırmaları için önemlidir.

Kadın sağlık çalışanlarından sürüntü vermeyenlerin sürüntü vermeme nedenleri incelendiğinde %44'ü şikayet olmadığı için ihtiyaç duymadığını, %40'ı erteleme sebebi ile, %12'si cinsel yönden aktif olmadığı için, %4'ü ise bilgisi olmadığından sürüntü vermediğini ifade etmişlerdir (Tablo 4.30.). Çalışmamızla benzer şekilde Doğan'ın çalışmasında şikayet olduğu için ihtiyaç duymamak hem pelvik muayene yaptırmamanın en büyük nedeni hem de %58,8'lik bir oranla Pap test yaptırmama nedeni olarak bulunmuştur. Yine aynı çalışmada tarama için sürüntü vermeyen kadın sağlık çalışanlarının yaklaşık 1/5'inin de sürüntü vermeme nedeni olarak cinsel yönden aktif olmamayı gösterdikleri tespit edilmiştir (47) . Yine araştırmamızdaki bulgumuzla benzer şekilde Antalya Eğitim Araştırma Hastanesinde yapılan bir çalışmada da (2016) erteleme ve şikayet yokluğu sebebi ile ihtiyaç duymama kadın hekimlerin Pap tet yaptırmama nedenlerinden ilk ikisi olarak bulunmuştur (83). Işık ve arkadaşlarının 2016'da yayınlanan bir çalışmasında kadın hekimlerin Pap test yaptırmama nedenlerinden ilk ikisi ihmal ve kendisini riskli görmeme olarak bulunmuştur (44). Nilaweera ve arkadaşlarının Sri Lanka'da kadın sağlık çalışanları ile yaptıkları bir çalışmada Pap test yaptırmama nedenleri sırayla gerekli olduğuna inanmama, korku/hoşlanmama, şikayet yokluğu ve bilgi yokluğu olarak bulunmuştur (117). Serviks kanserinde belirtiler ortaya çıkmadan çoğu semptomsuz olan kadınlarda servikste tedavi edilmediği takdirde kansere dönüşecek olan pre-kanseröz değişiklikleri tarama ile tespit etmek, serviks kanserinin

oluşumunu önlemek ve etkin tedavi şansını yakalamak için önemlidir. Çalışmamızda bulduğumuz bu bulgular sürüntü vermeyen kadın sağlık çalışanlarının tamamına yakınında bilgi ve farkındalık eksikliğini göstermesi bakımından önemlidir.

Sürüntü verme sıklıkları incelendiğinde katılımcıların %25.84'ü yılda bir sürüntü verirken, %58.43'ü üç-beş yılda bir, %6.74'ü şikayet olduğunda, %8.99'u ise doktor istediğinde yaptırmaktadır. Ülkemiz koşulları kapsamında beş yıla kadar bir aralıkta sürüntü vermenin düzenli olduğu kabul edildiğinde tarama için düzenli sürüntü verenlerin oranı %84.27 iken düzenli vermeyenlerin oranı %15.73 olarak bulunmuştur (Tablo 4.30.). Literatürde ülkemizde yapılan bir çalışmada hastanede çalışan kadın sağlık çalışanlarının sadece yaklaşık 1/3'ünün düzenli sürüntü verdiği, geri kalanının ise şikayet olduğunda ve doktor istediğinde yaptırdıkları tespit edilmiştir (47). Yine literatürde 2015 yılında yapılan başka bir çalışmada kadın hekimlerden daha önce Pap smear test yaptıranların sadece yaklaşık 1/4'ünün düzenli yaptırdığı tespit edilmiştir (44). Bu bulgular bize çalışmamızdaki tarama testi yaptırma oranları ve düzenli yaptırma oranları dikkate alındığında yıllarla birlikte tarama programlarına yönelik farkındalık ve katılımın arttığını düşündürmektedir.

En son verilen sürüntüye ilişkin sürüntü verme nedenleri incelendiğinde katılımcıların %74.2'sinin genel sağlık kontrolü amacıyla kendi isteği ile, %17.98'inin sağlık personeli önerisi ile, %6.74'ünün şikayet sebebi ile, %1.12'sinin de ailede kanser öyküsü sebebi ile sürüntü verdiği görülmektedir (Tablo 4.30.). 2008 yılında yapılan bir çalışmada tarama yaptıranların yarıya yakınının doktor isteği ile yaptırırken, %28.1'inin akıntı, kanama vb. şikayetler nedeniyle, yaklaşık 1/4'ünün de düzenli sağlık kontrolü için yaptırdıkları bulunmuştur (47). Bizim çalışmamızda doktor isteği ve şikayet olmadan, kontrol ve tarama amaçlı genel sağlık kontrolü amacıyla yaptıranların oranı ve son 3 yıl içinde sürüntü verenlerin oranı (%84.09) bu konuda artmış farkındalığı göstermesi bakımından sevindiricidir.

Literatürde kadın sağlık çalışanlarının serviks kanseri, korunma, erken tanı ile ilgili bilgi düzeylerinin düşük olduğunu ya da istenilen düzeyde olmadığını gösteren çalışmalar mevcuttur (44, 45, 47, 116, 117, 120, 123). Kadın sağlık çalışanlarının serviks kanseri, risk faktörleri, korunma, erken tanı yöntemleri ile ilgili bilgi seviyeleri arttıkça farkındalıkları ve tarama programlarına katılımları artacak, bununla birlikte bu artış toplum sağlığını koruma davranışlarına da yansıyacaktır.

Nitekim literatürde serviks kanseri hakkında bilgisi olan, bilgilendirilen kadın sağlık çalışanlarının daha yüksek oranlarda tarama davranışını gösterdiğini tespit eden çalışmalar vardır (118, 124). Bizim çalışmamızda kadın sağlık çalışanlarının bilgi ifadelerinden aldıkları ortalama puan 19.00±4.33'tür. Bu puan sağlık çalışanlarının genelinin aldığı ortalama puan ile benzerdir. Alınabilecek maksimum puanın 26 olduğu düşünüldüğünde kadın sağlık çalışanlarının da puanlarının daha iyi olması beklenebilir. Bilgi soru alt grupları incelendiğinde ise sağlık çalışanlarının genelinin bulgusuna benzer şekilde katılımcıların en başarılı oldukları bilgi ifadesi grubu tarama soruları grubu olup (%82), en başarısız oldukları bilgi sorusu grubu ise sırayla risk soruları grubu (%65) ve serviks kanseri genel bilgi/belirti (% 70.7) olmuştur (Tablo 4.32.) Literatürdeki bir çalışmada ise serviks kanseri risk faktörleri ile tarama testine yönelik bilgi ifadelerinin kadın sağlık çalışanları tarafından daha yüksek oranda doğru bilinirken, HPV ile ilgili ifadelerde doğru bilme oranlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir (47).

Kadın sağlık çalışanının bilgi ifadelerinden aldıkları puanlar madde bazında değerlendirildiğinde ise katılımcıların en çok doğru yanıtladığı bilgi ifadesi "Rahim ağzı kanserinin erken tanı ve tedavisi mümkündür" ifadesi olup doğru cevaplanma oranı % 99.1'dir. En çok doğru yanıtlanma yüzdesine sahip ikinci ifade %95.6'lık bir oranla "Sürüntü testini (Pap smear/HPV testi) sadece jinekolojik şikayet olduğu durumlarda yaptırmak gerekir" ifadesi olmuştur. Bu iki ifade tüm sağlık çalışanlarında da en çok doğru cevaplanan ilk iki ifadedir (Tablo 4.22.). Üçüncü sırada ise %92.1'lik oranla "Çok eşli cinsel yaşam rahim ağzı kanseri için risk faktörüdür" ifadesi yer almaktadır (Tablo 4.31.).

En çok yanlış cevaplanan ifadelerden ilk üçü sırayla "Doğum sayısının fazla olması (3 ve üzeri) rahim ağzı kanseri için risk faktörüdür", "Beş yıldan uzun süreli oral kontraseptif kullanımı serviks kanseri risk faktörü değildir" ve "Cinsel ilişki sonrası kanama ve ağrı servikal kanserin erken belirtisi değildir" ifadeleri olmuştur (Tablo 4.31.). Yine en çok yanlış cevaplanan ilk iki ifade tüm sağlık çalışanlarının bulgusu ile de benzerlik göstermektedir (Tablo 4.22.).

Katılımcıların en çok "bilmiyorum" seçeneğini işaretlediği ilk 3 ifade sırayla "Beş yıldan uzun süreli oral kontraseptif kullanımı serviks kanseri risk faktörü değildir", "Serviks kanseri ve kanser öncesi hücreler HPV ile ilişkili değildir" ve

“Doğum sayısının fazla olması (3 ve üzeri) rahim ağzı kanseri için risk faktörüdür” ifadeleri olmuştur (Tablo 4.31.). Kayseri’de bir hastanede çalışan kadın sağlık çalışanlarının serviks kanseri risk faktörleri ile Pap smear konusundaki bilgi ve uygulamalarının araştırıldığı bir çalışmada katılımcılara sorulan serviks kanseri ile ilgili ifadelerden en çok dogru yanıtlanan ilk ifade çalışmamızla benzer şekilde “Serviks kanserinde erken tani ve tedavi mümkündür”, olurken ikinci ifade “Jinekolojik muayeneyi ancak jinekolojik bir sorun yaşandığında yaptırmak gerekir” ifadesi olmuştur. Yine aynı çalışmada en çok yanlış cevaplanma yüzdesine sahip ikinci ifade çalışmamızla benzer şekilde “Oral kontraseptif kullanma serviks kanseri risk faktörü değildir” ifadesiyken, katılımcıların en yüksek oranda bilmiyorum dediği ifadeler ise “Klamidya enfeksiyonu geçirme serviks kanseri risk faktörü değildir” ve “Serviks kanseri ve kanser öncesi hücreler HPV ile iliskili değildir” ifadeleri olmuştur (47).

Kadın sağlık çalışanlarının alt grup toplam puanları ve madde bazındaki değerlendirmeler sonucunda sağlık çalışanlarına benzer şekilde özellikle risk faktörlerine ilişkin bilgi düzeyini yeterli görülmemektedir. Yapılan hizmet içi eğitimlerde özellikle birincil koruma için gerekli olan risk faktörleri ve erken tanı için önemli olan belirti ve bulgulara ağırlık verilebilir. Kadın sağlık çalışanlarının bu konudaki bilgi ve bilinç düzeyinin artması hem kendi sağlıklarını korumak hem de toplumda riskli grubu tanımak, topluma verilen danışmanlık/ eğitimlerde bilgiyi aktarmak adına önemlidir.

Literatür incelendiğinde Antalya’da kadın hekimlerle yapılan bir çalışmada serviks kanseri ve Pap smear test ile ilgili ifadeleri doğru bilme oranları incelendiğinde en az doğru yanıtlanan ifadelerin çalışmamızla benzer şekilde risk faktörleri ile ilgili ifadeler olup bunların sırayla “Anne ya da kız kardeşte serviks kanseri öyküsü, serviks kanseri riskini artırır”, “Gebelik sayısının fazla olması (3 ve üzeri) serviks kanseri riskini artırır” ve “Oral kontraseptif kullanımı ile serviks kanseri arasında bir ilişki yoktur” ifadeleri olduğu tespit edilmiştir (83). Yine Pınar ve arkadaşlarının bir hastanede çalışan hemşirelerle yaptıkları çalışmada (2007) sosyodemografik özellikler, sigara ve bireysel hijyenin serviks kanseri üzerindeki etkilerinin iyi bilinmesine karşın gebelik öyküsü ve cinsel davranışlar ile ilişkili risk faktörlerinin yeterince bilinmediği tespit edilmiştir (123).

Kadın sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri ile serviks kanseri bilgi puan ortalamalarının karşılaştırmasında bilgi puanlarının, tüm sağlık çalışanlarının bulgusuna ve literatürdeki bir çalışmaya benzer şekilde yaş, medeni durum ve meslek süresinden etkilenmezken (123), bu çalışmadan farklı olarak eğitim seviyesi, meslek ve birinci basamakta çalışma süresinden etkilendiğini tespit ettik (Tablo 4.33.). Eğitim seviyeleri ile bilgi puanlarının kıyaslamasında eğitim düzeyi lise olanlar tüm puanlarda en düşük puanları alırken, yapılan analizde risk faktörleri, HPV ve toplam bilgi puanlarında farklılık anlamlıydı. İkili karşılaştırmalarda toplam puanlarda ve risk faktörleri puanlarında eğitim düzeyi lise olanların puanlarının önlisans ve lisansüstü olanların puanlarından, HPV puanlarında da yine lisansüstü olanların puanlarından anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür (Tablo 4.33.). Şahin'in (2009) yaptığı tez çalışmasında kadın sağlık çalışanlarının eğitim düzeyinin bilgi puanlarına etkisi olmadığı tespit edilirken (65), literatürde bir çalışma bulgularımıza benzer şekilde eğitim düzeyinin kadın sağlık çalışanlarında serviks kanser ile ilgili bilgi puanlarını etkilediği, eğitim seviyesi yükseldikçe bilgi puanlarının arttığı tespit edilmiştir (47). Yine yapılan başka bir çalışmada HPV aşısı hakkında bilgi sahibi olma durumunun eğitim düzeyi üniversite olanlarda, lise ve altında eğitim görenlere kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür (43).

Kadın sağlık çalışanlarının meslek gruplarına göre bilgi puan ortalamalarına bakıldığında doktor, ebe, hemşirelerin hemen hemen birbirine yakın puanlar aldıkları görülmektedir. Kadın sağlık çalışanlarında da genelde en düşük puanları alan meslek grupları diğer grubundaki çalışanlar ile sağlık memurları olmuştur. Yapılan ikili karşılaştırmalarda tarama puanları ile meslek grupları arasında anlamlı bir fark saptanmazken, toplam bilgi puanları ve diğer alt grup karşılaştırmalarında farklılıklar tespit edilmiştir. Yapılan karşılaştırmalarda doktorlar tarama puanları dışındaki puan türlerinin hepsinde, hemşirelerde serviks kanseri genel bilgi/belirti puanları ve toplam puanlarda "diğer (biyolog, mühendis, memur, VHKİ, teknisyen vb.)" grubundan anlamlı derecede yüksek puanlar almışlardır (Tablo 4.33.). Ayinde ve Omigbodun'un Nijerya'da, üç farklı hastanede kadın sağlık çalışanları ile yaptıkları bir çalışmada serviks kanseri bilgi düzeyi en yüksek grup doktorlar çıkarken, hemşirelerin bilgileri yetersiz, yine hizmetlilerin bilgilerinin de zayıf olduğu bulunmuştur (125). Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde yapılan bir çalışmada serviks kanseri bilgi puan ortalaması (42, 93) en düşük grubun teknisyen grubu olduğu görülmüştür. Yine

bu çalışmada diyetisyen-fizyoterapist-biyolog-eczacı grubunun bilgi puanları teknisyen grubundan daha iyi olmasına karşın iki grubun da Pap test yaptırma oranları düşük bulunmuştur (47). Bu bulgulardan ve bulgularımızdan yola çıkarak katılımcıların hem kadın oldukları hem de koruyucu sağlık hizmetlerini veren bir alanda çalışıyor olmalarından dolayı mesleklerine bakmadan hizmet içi eğitimlere dahil edilmeleri gerektiğini söyleyebiliriz.

Literatürde farklı basamaklardaki sağlık hizmetlerinde çalışan kadın hekimler ile yapılan bir çalışmada koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan birinci basamak hekimlerinin Pap smear test konusunda bilgi puan ortalaması, ikinci ve üçüncü basamakta çalışan hekimlerden anlamlı seviyede yüksek çıktığı görülmüştür (44). Bizim çalışmamızda ise ASM'de çalışanların TSM'de çalışanlara kıyasla tarama, HPV ve toplam bilgi puanlarında anlamlı derecede yüksek puanlar aldıkları görülmüştür (Tablo 4.33.). Aile sağlığı merkezlerinde çalışan personeline verilen hizmet içi eğitimler ve halka, kadınlara direk koruyucu hizmet sunucusu olduklarından deneyim artışı, bilgi puanlarının yüksekliğinin sebebi olabilir. TSM personelinin bilgi düşüklüğünün ise çoğunun idari iş yapan birimlerde çalışıyor olması, ebe/hemşire ve doktor dışında mesleki eğitim sırasında eğitim almayan meslek gruplarının da burada hizmet vermesi ve çalışanların hizmet içi eğitimlere dahil edilmemesinden kaynaklandığı kanaatindeyiz. Birinci basamağın hangi bölümünde çalışırsa çalışsın ve mesleği ne olursa olsun kadın sağlık çalışanlarının serviks kanseri hakkında bilgilenmeleri hem kendi sağlıklarını korumak için hem de halkı bilinçlendirmeleri için önemlidir.

Kadın sağlık çalışanlarının aylık gelir düzeyi ile bilgi puanlarının karşılaştırmasında başka bir çalışma ile benzer şekilde (65) farklılık saptanmamıştır. Birinci basamakta çalışma süresi ile serviks kanseri ve belirti, HPV ve toplam bilgi puanları arasında pozitif yönde, zayıf anlamlı bir korelasyon tespit edildi **(**Tablo 4.42.) Buna ek olarak birinci basamakta çalışma sürelerine göre bilgi puan ortalamaları karşılaştırıldığında 11-20 yıl arası birinci basamakta çalışan grup 1-10 yıl arası çalışan gruba göre risk sorularından anlamlı derecede daha yüksek puanlar aldıkları görülmüştür (Tablo 4.33.). Bu yıllarla birlikte bilgi, birikim ve deneyimin artmasından kaynaklanıyor olabilir. Nitekim İzmir ilinde yapılan bir çalışmada

(2015) kadın sağlık çalışanlarında meslek süresinin Pap test yaptırmayı etkilediği, meslek süresi arttıkça Pap test yaptırma oranlarının da arttığı tespit edilmiştir (124).

Mesleki eğitim sırasında konu ile ilgili eğitim alanların toplam puanlarında almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yükseklik tespit edilmiştir. Bilgi alt gruplarda yapılan analizde ise serviks kanseri genel bilgi/belirti puanları ve HPV puanlarında istatistiksel olarak anlamlı yükseklik tespit edilmiştir. Yine mesleki eğitim sonrası hizmet içi eğitim almış olanların almayanlara göre HPV ve toplam puanlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puanlar aldıkları görülmüştür (Tablo 4.34.). Bu bulgumuz mesleki eğitim sırasında bu konuda alınan eğitimin ve sonrasında alınan hizmet içi eğitimlerin önemini göstermektedir. Nitekim daha önce bu bilgi alanlarda serviks kanseri tarama programını bilme oranının yükseldiğini (41) ve verilen eğitim sonrasında serviks kanseri bilgi düzeyinin arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur (25, 102).

Kadın sağlık çalışanlarında da tüm sağlık çalışanlarının bulgusuna benzer şekilde serviks kanseri bilgi puanları ile aile öyküsü ve hastalara seriks kanseri hakkında eğitim verme durumları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.34.). Bu bulgumuza benzer şekilde jinekolojik kanserler hakkında bilgi ve tutumların ölçüldüğü bir çalışmada aile öyküsünün jinekolojik kanser ve alt grup kanser puanlarını etkilemediği tespit edilmiştir. Yine aynı çalışmada kadın sağlık çalışanlarının bilgi puanlarının gebelik ve doğurganlık ile ilgili özeliklerden etkilenmediği tespit edilmiştir (65). Bizim çalışmamızda ise bu çalışmadan farklı olarak kadın sağlık çalışanlarının doğum sayısı ile bilgi puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Doğum sayısı iki olanların bir doğum yapanlara kıyasla tarama puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 4.35.). Bu da doğum sayısının artmasıyla sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmak zorunda kalınması ve zaten eğitimli olan sağlık çalışanının farkındalığının artması ile ilişkilendirilebilir.

Tablo 4.36.'da görüldüğü gibi sürüntü verme durumu ve özellikleri ile bilgi puanları arasında yapılan analizde sadece sürüntü sıklığı ile karşılaştırmada anlamlı farklılık çıkmıştır. Yapılan analizde risk puanlarında anlamlı farklılık olduğu, yılda bir yaptıranların risk faktörlerine yönelik bilgi puanlarının şikayet olduğunda yaptıranlara göre anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür (Tablo 4.36.). Bu bulgu

yıla bir yaptıranların olumlu tarama davranışı göstermesine rağmen risk faktörlerine yönelik bilgi eksikliğini, buna karşın şikayet olduğunda sürüntü verenlerin de uygun tedavi ve bakım almak için sağlık profesyonellerine gittiklerinde risk faktörlerine ilişkin bilgilerinin artıyor olabileceğini, buna rağmen tarama farkındalıklarının yeterince oluşmadığını ortaya koymaktadır.

Sağlığı koruma ve geliştirmesi için gerekli olan sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesi ve devamlılığın sağlanmasında bireylerin algıları oldukça önemlidir. Sağlık inanç modeline göre davranış değişikliği oluşturmak için bireyin kişisel inançlarını değiştirmek gereklidir (24). Literatürde kendi sağlığından ve toplum sağlığından sorumlu kadın sağlık çalışanlarının serviks kanserinin erken tanısına ilişkin tutumlarının yetersiz olduğunu gösteren çalışmalar vardır (36, 43, 46). Kadın sağlık çalışanlarının serviks kanserinin erken tanısına ilişkin algılarını tespit etmeyi amaçladığımız çalışmamızın bu bölümünde SKETİTÖ'den aldıkları puanları ve bunu etkileyen değişkenleri tartışacağız.

Kadın sağlık çalışanlarının SKETİTÖ'den aldıkları toplam puanlarının ortalaması 110.55±11.25'dir (Tablo 4.38.). SKETİTÖ'den alınabilecek en düşük puanın 30, en yüksek puanın 150 olabileceği göz önüne alındığında kadın sağlık çalışanlarının olumluya yönelik az olumlu bir tutuma sahibi olduklarını söyleyebiliriz. Ersin ve arkadaşlarının iki hastanede çalışan kadın sağlık çalışanları ile yaptığı bir çalışmada (2017) servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeğinin alt boyutlarından alınan puanlar değerlendirildiğinde duyarlılık algılarının orta düzeyde, engel algısı ortanın biraz üzerinde, ciddiyet ve yarar algılarının düşük düzeyde olduğu saptanmıştır (46). Bizim çalışmamızda SKETİTÖ'nün alt boyutlarının ortalamaları incelendiğinde ise tüm alt boyutlarından alınan puanlar orta düzeyin üzerinde bulunmuştur (Tablo 4.38.).

Koruyucu sağlık davranışlarının kazanılmasına yardımcı olan faktörlerden birisi de hastalığın bir tehdit olarak algılanmasıdır, yani durumun ve sonuçlarının ne denli ciddi olduğu ile ilgili inançtır (24). Çalışmamızdaki ciddiyet alt boyutu puan ortalaması 27.34±4.70 ile en az ortalamaya sahip boyut olmakla birlikte, bu boyutun puan ortalaması toplam tutum puanları ortalamasının altında kalmıştır (Tablo 4.38.). Bu oran Ersin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadan yüksek bulunmuştur (46). Çalışmamızda ciddiyet alt boyutunun maddelerine bakıldığında ise katılımcıların

sadece %11.4'ü rahim ağzı kanseri olursa hayata küseceğini, %14.9'u ise rahim ağzı kanseri olursa fazla yaşayamayacağını belirtmiştir. Bir kadının rahim ağzı kanseri olmasının eşiyle ilişkilerini bozacağı düşüncesinde olanların oranı ise % 30.7 olarak bulunmuştur **(**Tablo 4.37.). Bizim çalışmamızdaki bu bulgular bize hastalığı tehdit olarak algılamadaki düşüklüğü göstermekte olup kadın sağlık çalışanlarının önemli bir kısmının serviks kanserinin ne denli ciddi ve ölümcül bir hastalık olduğuna ilişkin algılarının yeterli düzeyde olmadığını düşündürmektedir.

Sağlık inanç modelinin temel değişkenlerinden "algılanan duyarlılık" ise sağlık tehdidi ile karşılaşma, maruz kalma olasılığına olan inançtır (24). Algılanan duyarlılık sağlıklı davranışları benimsemede insanlar üzerinde etkili olan güçlü algılardan bir tanesidir (108). Bu algı, kişinin kendisini hassas hissettiği konulara ve kişinin söz konusu hastalık ve sonuçlarına atfettiği değere bağlıdır (76). Bu algı, birincil korunmaya yönelik bireyin istekliliğini yansıtır. Duyarlılık algısı ile davranış arasındaki ilişkiye bakıldığında duyarlılık arttıkça davranışın gerçekleşme olasılığı da artmaktadır (108). Çalışmamızda "algılanan duyarlılık" alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde 32.06±4.49 olduğu görülmektedir. Algılanan duyarlılık boyutu puanları da ciddiyet boyutu gibi ölçekten alınan toplam puan ortalamasının altında kalmıştır (Tablo 4.38.). Kadın sağlık çalışanlarının duyarlılık algısına ait ifadelere verdikleri yanıtlar incelendiğinde katılımcıların sadece %18.4'ü rahim ağzı kanseri olma düşüncesinin sık sık aklına geldiğini ifade ederken, yaklaşık yarısı bazen rahim ağzı kanseri olma düşüncesinin onu huzursuz ettiğini ifade etmiştir. Yine katılımcıların yaklaşık yarısı rahim ağzı kanseri hakkında fazla düşünmediğini ifade ederken, evli kadınların rahim ağzı kanseri olma riskinin yüksek olduğunu düşünenlerin oranı %40.4'tür (Tablo 4.37.). KSÇ'nin risk faktörlerini ilişkin bilgi yetersizlikleri duyarlılık algılarının yetersizliğine sebep olabilir. Yapılan çalışmalarda duyarlılık algısının arttırılmasında eğitimin önemli olduğu görülmektedir (108).

Algılanan ciddiyet ve duyarlılığın kombinasyonuna algılanan tehdit denilmektedir ve algılanan tehdit çoğu sağlıkla ilişkili davranışlar için büyük belirleyiciliğe sahiptir (109). SİM'e göre kişi sağlık problemine ne kadar duyarlıysa ve ne kadar ciddiye alıyorsa koruyucu davranışı uygulama olasılığı daha çok artacaktır (38). Nitekim çalışmamızda ve literatürde bir çalışmada tarama testi yaptıranlarda duyarlılık ve ciddiyet algılarının daha yüksek olduğu görülmüştür

(38).Yine SİM modelli ölçek kullanılan başka bir çalışmada da Pap test yaptıran kadınların ciddiyet algıları daha yüksek bulunmuştur (21). Bu nedenle bu algıların düşüklüğü ya da yetersizliği tarama davranışını gösterme ve devam ettirmede etkili olabilir. Bu sebeple kadın sağlık çalışanlarının olumlu tutumlarını artırmaya yönelik etkili eğitimler gerekmektedir. Nitekim literatürde bir çalışmada verilen eğitim sonrası katılımcılarda duyarlılık ve ciddiyet algılarının yükseldiği görülmüştür (87).

Algılanan duyarlılık ve ciddiyet puanlarının istenilen düzeyde çıkmamasına rağmen yarar algılarının en yüksek ortalamaya sahip olması (24.66±3.17) sevindiricidir (Tablo 4.38.). Algılanan yarar, bireyin sağlık davranışını uygulamaya açık olup olmadığını belirler (108). Algılanan tehdit yüksek olduğu zaman algılanan yarar ve engeller istendik davranış değişikliği için güçlü belirleyiciler olabilmektedir (109). Yarar algısı, engel algısına üstün geldikçe koruyucu sağlık davranışını uygulama olasılığı artar (24, 76). Literatürde de yüksek yarar algısının ve düşük engel algısının tarama programına katılımda etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (37, 39, 106). Bizim çalışmamızda da sürüntü testi verenlerin vermeyenlere kıyasla yarar algılarının daha yüksekken engel algılarının daha az olduğu tespit edilmiştir.

Kadın sağlık çalışanlarının bazı sosyo-demografik özellikleri ile SKETİTÖ'nün alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırmasında eğitim seviyesi, aylık gelir düzeyleri ve meslek grupları ve ile yapılan karşılaştırmada anlamlı farklılıklar saptanmıştır (Tablo 4.39.). Eğitim seviyesi ile SKETİTÖ'den alınan puanların analizinde toplam tutum puanları ve alt boyut puanlarında en yüksek puanları lisans mezunlarının aldığı görülmekle birlikte yapılan ikili karşılaştırmalarda sadece algılanan ciddiyet alt boyutundan alınan puanlarda anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Yapılan ikili analiz sonucunda eğitim seviyesi lisansüstü olanların lisans olanlardan tutum ciddiyet puanları anlamlı derecede düşük çıktığı görülmüştür. Literatürde bir çalışmada SKETİTÖ'den alınan toplam puanlar incelendiğinde yüksek lisans ve üzeri eğitim alan grup en yüksek ortalamaya sahip grup olmuştur (36). Kadın sağlık çalışanları ile yapılan başka bir çalışmada ise lise mezunu olan kadınların lisans ve üstü mezunu olan kadınlara göre SKETİTÖ'nün alt boyutlarından algılanan duyarlılık, ciddiyet ve yarar puan ortalamaları düşük olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değilken, engel algısı puan ortalamalarında anlamlı farklılık tespit edilmiştir (46).

Meslek grupları ile SKETİTÖ'den alınan puanların karşılaştırmasında tutum toplam puanlarında en yüksek puanları alan meslek grupları hemşire ve ebeler, en düşük ortalamaya sahip grup da "diğer" meslek grubuyken, yapılan ikili karşılaştırmalarda anlamlı farklılık görülmemiştir. Sadece tutum duyarlılık puanlarında ebeler anlamlı derecede doktorlardan daha yüksek puan almışlardır (Tablo 4.39.). Sivas ilinde kadın sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada tutum toplam puanları değerlendirildiğinde meslek gruplarından en fazla puan alan grup çalışmamızdan farklı şekilde doktorlar olurken yapılan analizde aralarındaki farkın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (36). Farklı meslek gruplarından kadınların ve ev hanımlarının yer aldığı bir çalışmada meslek grupları ile toplam tutum puan ortalamaları karşılaştırıldığında sırayla doktorların, akademisyenlerin ve hemşirelerin en fazla puanları aldıkları, polislerin ise en az puanları alan grup oldukları tespit edilmiştir. Yine aynı çalışmada yapılan analizde tüm meslek gruplarının polislerden anlamlı derecede yüksek puanlar aldığı tespit edilmiştir (80).

Literatürde bir çalışmada gelir durumuna göre SKETİTÖ alt boyutlarından alınan puanların karşılaştırmada çalışmamızdaki bulgumuzdan farklı şekilde geliri giderden az olan kadın sağlık çalışanlarının duyarlılık, ciddiyet, engel ve yarar algısı puan ortalamasının düşük olmasına karşın, engel ve yarar algısı puan ortalamasında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir (46). Bizim çalışmamızda ise genelde en yüksek puanları düşük gelir grubundakiler alırken, yapılan karşılaştırmada sadece tutum ciddiyet puanlarında orta gelir grubundakilerin yüksek gelir grubundakilere göre anlamlı derecede daha yüksek puan aldıkları görülmüştür (Tablo 4.39.).

Kadın sağlık çalışanlarının obstetrik öykü ve bazı serviks kanseri risk faktörlerine ilişkin özellikleri ile SKETİTÖ'den alınan puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (Tablo 4.40.). Çalışmamızda SKETİTÖ puanları ile daha önce sürüntü testini yaptırma durumu arasında anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür. Rahim ağzından sürüntü verenler algılanan ciddiyet dışındaki tüm alt boyut ve toplam puanlarda anlamlı şekilde daha yüksek puanlar almışlardır (Tablo 4.41.). Kısaca çalışmamızda literatürle uyumlu bir şekilde sürüntü veren kadın sağlık çalışanlarının daha olumlu tutumlara sahip olduğunun tespit ettik (36, 38).

Çalışmamızda SKETİTÖ puan türlerinin bazıları ile bazı bilgi puanları arasında pozitif yönlü korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda toplam bilgi puanları ile toplam tutum puanları arasında, tarama ve HPV bilgi puanları ile tutum engel boyutu puanları arasında ve tarama ve toplam bilgi puanları ile tutum yarar puanları arasında zayıf anlamlı bir korelasyon saptanmıştır **(**Tablo 4.42.). Bu bulgulardan yola çıkarak KSÇ'nin daha olumlu tutumlara sahip olmasını istiyorsak öncelikle bilgi düzeylerini arttırmamız gerektiğini söyleyebiliriz. Nitekim literatürde bu konudaki bilgi durumunun tutumlara olumlu yansıdığını gösteren çalışmalar mevcuttur (37, 87, 112). Yine Uluocak ve Bekar'ın bir çalışmasında serviks kanseri risk faktörleri, Pap smear test ve HPV hakkında bilgisi olan kadın sağlık çalışanlarının SKETİTÖ den aldıkları toplam puanlarda artış olduğu görülmüştür (36).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. 18-65 Yaş Kadınların Serviks Kanserinin Erken Tanısına İlişkin Bilgi ve Tutumlarına Yönelik Sonuç ve Öneriler

Yaptığımız çalışmada katılımcıların tamamına yakını rahim ağzı kanserini ve sürüntü testini duyduklarını ifade etmelerine karşın, yarısından azı serviks kanseri hakkında bilgi/eğitim aldığını ifade etmiştir. Daha önce sürüntü verenlerin oranı %80.5 iken, düzenli tarama yaptıranların oranı %47 olarak bulunmuştur. Serviks kanseri için sürüntü vermeyenlerin en önemli vermeme nedenlerinin, şikayeti olmadığı için ihtiyaç duymama ve bilgi yokluğu olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda 18-65 yaş arası kadınların serviks kanserine yönelik bilgilerinin yetersiz olduğu, alt grup soru türlerinde de özellikle risk faktörlerini bilmedikleri tespit edilmiştir. Bu bulgulardan yola çıkarak kadınların hem bilgi seviyesini artırmak, hem de sürüntü vermeyenlerin tarama programına katılımını sağlamak ve düzenli tarama yaptırma oranlarını yükseltmek için risk faktörlerini de kapsayan planlı, etkili eğitimler düzenlenmelidir.

Çalışmamızda bilgi sorularından alınan puanlar ile yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, sağlık güvencesi varlığı ve aylık gelir durumu ile karşılaştırmada anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. 18-65 yaş arası kadınların bilgi puanlarının, ilk evlilik yaşı, ilk gebelik yaşı ve doğum sayısından etkilendiği, obstetrik öykü bakımından riskli gruptaki katılımcıların genelde daha az bilgiye sahip oldukları tespit edilmiştir. Bu sebeple bilgi eksikliğinin yoğun olduğu 18-29 yaş grubunun, eğitim seviyesi düşük olanların, çalışmayanların, sosyoekonomik düzeyi düşük olanların, sosyal güvencesi olmayanların ve obstetrik öykü bakımından risk taşıyanların eğitimlerde özellikle üzerinde durulması gereken gruplar olduğu unutulmamalıdır.

Çalışmamızda rahim ağzı kanserini duymak, sürüntü testini duymak ve rahim ağzı kanseri hakkında eğitim/bilgi almak bilgi puanlarını yükselten faktörler olarak tespit edilmiştir. Bunun yanında çalışmamızda sürüntü testi yaptıranların yaptırmayanlardan daha yüksek puanlar aldıkları görülmüş olup, bilgi puanlarının yüksekliğinin tarama davranışını olumlu yönde etkilediği saptanmıştır. Bu

bulgulardan yola çıkarak ulusal tarama programının başarısı ve tarama davranışlarının devamlılığının sağlanması için kadınların bu konudaki bilgilerini yükseltecek eğitim programları düzenlenmelidir.

18-65 yaş arası kadınların aldıkları tutum toplam puanları değerlendirildiğinde ise ortanın biraz üzerinde, az olumlu bir tutuma sahip olduklarını görülmüştür. Alt boyutlar incelendiğinde en yüksek ortalamaya sahip boyut algılanan yarar boyutuyken, kadınların özellikle "algılanan ciddiyet" ve "algılanan duyarlılık" alt boyutu puanlarının toplam tutum puanı ortalamasının altında kaldığı tespit edilmiştir. 18-65 yaş arası kadınların duyarlılık ve ciddiyet algılarını yükseltmeye yönelik etkili eğitimler planlanması faydalı olabilir.

SKETİTÖ'den alınan puanlarla sosyo-demografik verilerin analizinde 60 yaş ve üzeri grupta duyarlılığın azaldığını, çalışmayan ve sağlık güvencesi olmayan grubun daha olumsuz tutumlara sahip olduğu tespit edilmiştir. 18-65 yaş arası kadınların obstetrik öykü ile SKETİTÖ'nün alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırmasında ilk gebelik yaşı, doğum sayısı ve gebelik sayısı açısından risk taşıyanların daha olumsuz tutumlara sahip oldukları görülmektedir. Bulduğumuz bulgulardan yola çıkarak olumlu tutumları artırmaya yönelik eğitimlerde bu grupların özellikle üzerinde durulması gerektiği söylenebilir.

Çalışmamızda rahim ağzı kanserini duymak, sürüntü testini duymak ve rahim ağzı kanseri hakkında eğitim/bilgi almanın SKETİTÖ'den alınan puanları olumlu etkilediği tespit edilmiştir. Yine çalışmamızda rahim ağzından sürüntü veren kadınların, düzenli tarama yaptıranların ve sürüntü verme nedenine göre genel sağlık kontrolü amacıyla sürüntü verenlerin daha olumlu tutuma sahip oldukları görülmüştür.

Bilgi puanları ile SKETİTÖ'nün alt boyutlarından alınan puanların analizinde ise bilgi puan türlerinin hepsi ile duyarlılık ve ciddiyet dışındaki tutum puanları arasında zayıf, pozitif yönde bir korelasyon vardır. Genel olarak serviks kanseri hakkında bilgi seviyesinin artmasının tutumlara olumlu şekilde yansıdığı söylenebilir.

Bulgularımızdan yola çıkarak kitle iletişim araçlarının desteği ve sağlık çalışanları etkin çalışmaları ile toplumda farkındalık düzeyinin artırılması, bilgi eksikliklerinin giderilmesi ve olumlu tutumlarının artırılmasına yönelik eğitim

programları düzenlenmeli ve devamlılığı sağlanmalıdır. Birincil korumanın başarısı için bu konuda verilecek eğitimlerde ve danışmanlık hizmetlerinde bireylerde istendik davranış değişikliğini sağlamak adına sağlık davranışlarını etkileyen faktörlerin bilinmesi, güdülenmelerinin sağlanması, olumsuz algı ve engellerin ortadan kaldırılması önemlidir.

6.2. Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Serviks Kanserinin Erken Tanısına İlişkin Bilgi Düzeylerine Yönelik Sonuç ve Öneriler

Birinci basamak sağlık çalışanlarının serviks kanseri ile ilgili eğitim alma durumlarına bakıldığında mesleki eğitim sırasında eğitim aldığını söyleyenlerin oranı %75 iken, mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim alanların oranı %67 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda mesleki eğitim sırasında konu ile ilgili eğitim alanlarda almayanlara göre tüm puan türlerinde yükseklik tespit edilirken, hizmet içi eğitim almış olanların da HPV ve toplam puanlarında almayanlara göre anlamlı yükseklik tespit edilmiştir. Bu bulgular bize Ulusal Tarama Programının başarısı için hizmet içi eğitim alma oranlarını daha da yükseltmenin, mesleki eğitim sırasında bu konuda eğitim alsa da almasa da meslek hayatında düzenli etkili hiçmet içi eğitimlerle desteklemenin önemli olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının bilgi ifadelerinden aldıkları ortalama puan değerlendirildiğinde alınan puanlar yeterli görülmemektedir. Bilgi soru alt grupları incelendiğinde ise katılımcıların en başarılı oldukları bilgi ifadesi grubu tarama soruları grubu olurken, en başarısız oldukları grup risk faktörleri soruları grubu olmuştur. Hem risk faktörleri bilgi puanları ortalamaları hem de madde bazındaki değerlendirmeler sonucunda sağlık çalışanlarının risk faktörlerine ilişkin bilgi düzeyi yeterli görünmemektedir. Sağlık çalışanlarının risk faktörlerini iyi bilmelerini sağlamak toplumu korumak adına önemlidir. Sonuç olarak sağlık çalışanlarının serviks kanserine risk faktörlerini taşıyan grubu tanıyabilmesi ve koruyucu ve erken tanı yaklaşımlarında bulunması, toplumda bu yönde farkındalığı artırması risk faktörlerini iyi bilmesine bağlıdır. Bunun için mesleki eğitim sürecinde ve sonrasında verilen hizmet içi eğitimlerde risk faktörleri bilgi düzeylerini artırmaya yönelik eğitimler planlanmalıdır.

Sağlık çalışanlarının bilgi puanlarının eğitim seviyeleri ile meslek gruplarından etkilendiği tespit edilmiştir. Lise mezunu olanların tarama puanları dışındaki diğer puan türlerinin hepsinden anlamlı derecede en düşük puanları aldığı tespit edilmiştir. Bilgi puan skorları meslek grupları açısından değerlendirildiğinde ise doktor, hemşire ve ebelerin en yüksek puanları alırken, puanların birbirine yakın olduğu tespit edilmiştir. En düşük puanları alan meslek gruplarının ise birinci sırada sağlık memuru grubu olurken ikinci sırada da diğer grubundaki çalışanların (biyolog, mühendis, memur, VHKİ, teknisyen vb.) olduğu, bu iki grubun toplam ve bazı bilgi alt grup puanlarında doktor hemşire ve ebelerle aralarında anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Çalışma yeri ASM olanların TSM olanlardan risk faktörleri puanları dışındaki tüm puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu da bulgularımız arasındadır. Bu bulgulardan yola çıkarak birinci basamakta çalışan sağlık personelinin tümünün dahil edildiği hizmet içi eğitim programlarına ihtiyaç vardır. Özellikle bilgi puanlarının düşük olduğu meslek gruplarını ve TSM personelini de kapsayan eğitimlerin yapılması toplum sağlığını korumak ve geliştirmek görevi olan birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılması için çok önemlidir. Tarama programının başarısı ve devamlılığı, bilgi seviyesi yeterli, farkındalığı yüksek ve olumlu tutumlara sahip birinci basamak sağlık çalışanlarına bağlıdır.

6.3. Birinci Basamak Kadın Sağlık Çalışanlarının Serviks Kanserinin Erken Tanısına İlişkin Bilgi ve Tutumlarına Yönelik Sonuç ve Öneriler

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının %75'i mesleki eğitimleri sırasında serviks kanseri ile ilgili eğitim aldığını, %68'i ise serviks kanseri hakkında hizmet içi eğitim aldığını ifade etmiştir. Mesleki eğitim sırasında konu ile ilgili eğitim alma ve mesleki eğitim sonrası hizmet içi eğitim almış olma faktörünün toplam bilgi puanlarını ve bazı alt grup puanları yükselttiği tespit edilmiştir. Bu bulgumuzdan yola çıkarak birinci basamak kadın sağlık çalışanlarının tamamının hizmet içi eğitim alması sağlanmalıdır.

Kadın sağlık çalışanlarının daha önce rahim ağzı kanseri için sürüntü verenlerin oranı %78, tarama için düzenli sürüntü verenlerin oranı ise %84'tür. Son 3 yıl içinde sürüntü verenlerin oranı ise %84 olarak tespit edilmiştir. En son verilen sürüntüye ilişkin sürüntü verme nedenleri incelendiğinde sürüntü verenlerin

%74'ünün genel sağlık kontrolü amacıyla sürüntü verdiği tespit edilmiştir. Bu bulgular bu konudaki artmış farkındalığı göstermesi bakımından sevindiricidir. Sürüntü vermeyen 25 kişinin sürüntü vermeme nedenleri incelendiğinde ise %44'ü şikayet olmadığı için ihtiyaç duymama, %40'ı erteleme, %4'ü de ise bilgisi olmaması sebebi ile sürüntü vermediğini ifade etmiş olup, bu bulgular bize vermeyenlerin tamamına yakınında bilgi ve farkındalık eksikliğini göstermesi bakımından önemlidir. Etkin hizmet içi eğitimlerle bilgi ve farkındalık eksikliği giderilerek KSÇ'nin tamamının sürüntü vermesi sağlanmalıdır.

Kadın sağlık çalışanlarının bilgi ifadelerinden aldıkları ortalama puan değerlendirildiğinde hem kendi sağlıklarından hem de toplum sağlığından sorumlu KSÇ'lerin daha iyi puanlar alması beklenebilir. Bilgi soru alt grupları incelendiğinde ise katılımcıların en başarılı oldukları bilgi ifadesi grubu tüm sağlık çalışanlarında olduğu gibi tarama soruları grubu olup, risk soru grubu ise en düşük puan ortalamasına sahip gruptur. Hem kendi öz bakımlarını sağlamak ve kadınlara rol model olmak adına hem de toplum sağlığını korumak adına KSÇ'nin risk faktörlerine yönelik bilgilerini artırmayı hedefleyen etkin hizmet içi programlar düzenlenmelidir.

Çalışmamızda KSÇ'nin bilgi sorularından aldıkları puanlarla sosyo-demografik verilerin karşılaştırmasında bilgi puanlarının yaş, medeni durum ve meslek süresinden etkilenmezken, eğitim seviyesi, meslek, çalışılan yer ve birinci basamakta çalışma süresinden etkilendiği bulunmuştur. Eğitim seviyeleri ile bilgi puanlarının kıyaslamasında eğitim düzeyi lise olanlar tüm puanlarda en düşük puanları alırken yapılan analizde risk faktörleri, HPV ve toplam bilgi puanlarında farklılık anlamlıydı. İkili karşılaştırmalarda toplam puanlarda ve risk faktörleri puanlarında eğitim düzeyi lise olanların puanları önlisans ve lisansüstü olanların puanlarından, HPV puanlarında da yine lisansüstü olanlardan anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür.

Birinci basamakta çalışma süresi 11-20 yıl arası olan grup 1-10 yıl arası çalışan gruba göre risk sorularından anlamlı derecede daha yüksek puanlar almışlardır. Birinci basamakta çalışma süresi arttıkça serviks kanseri ve belirti, HPV ve toplam bilgi puanları da artmaktadır.

Meslek gruplarına göre yapılan analizde doktor, hemşire ve ebelerin birbirine yakın puanlar aldıkları görülmüş olup aralarında önemli bir fark bulunmazken, en düşük bilgi puanlarını alan grup diğer grubu ve sağlık memuru grubu olmuştur. Yapılan analizlerde diğer grubunun bazı puan türlerinde hemşire ve doktorlardan anlamlı derecede düşük puanlar aldıkları görülmüştür. Bununla birlikte ASM de çalışanlar TSM de çalışanlara kıyasla toplam bilgi puanlarında daha yüksek puanlar alırken, alt gruplarda tarama ve HPV bilgi puanlarında anlamlı derecede yüksek puanlar almışlardır. Bu bulgulardan yola çıkarak birinci basamakta çalışan sağlık çalışanlarının bilgi ve farkındalıklarını artırmak için yapılan hizmet içi eğitimlere yine birinci basamakta çalışan diğer meslek gruplarının ve TSM personelinin de tamamı dahil edilmelidir.

Kadın sağlık çalışanlarının toplam tutum puan ortalaması incelendiğinde olumluya yönelik az olumlu bir tutuma sahip oldukları söylenebilir. Alt boyutlar içinde en yüksek ortalamaya tutum yarar puanları sahipken, algılanan ciddiyet puanları en az ortalamaya sahip boyuttur. Tutum ciddiyet ve tutum duyarlılık puanları tutum toplam puan ortalamasının altında kalmıştır. Kadın sağlık çalışanlarının duyarlılık ve ciddiyet algılarını artırmaya yönelik etkin eğitimler planlanmalıdır.

Kadın sağlık çalışanlarının bazı sosyo-demografik özelliklere göre SKETİTÖ'nün alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırmasında eğitim seviyesi lisansüstü olanların lisans olanlardan tutum ciddiyet puanları anlamlı derecede düşük çıkmıştır. Aylık gelir durumu ile yapılan karşılaştırmada ise sadece tutum ciddiyet puanlarında orta gelir grubundakiler yüksek gelir grubundakilere göre anlamlı derecede yüksek puan almıştır.

Kadın sağlık çalışanlarının SKETİTÖ'den alınan puan ortalamaları obstetrik öykü ve bazı serviks kanseri risk faktörlerine ilişkin özelliklerden etkilenmezken rahim ağzından sürüntü verme durumundan etkilendiği, rahim ağzından sürüntü verenlerin algılanan ciddiyet dışındaki tüm alt boyut ve toplam tutum puanlarından anlamlı şekilde daha yüksek puanlar aldıkları saptanmıştır. Kısaca, çalışmamızda sürüntü veren kadın sağlık çalışanlarının daha olumlu tutumlara sahip olduğu tespit edilmiştir.

SKETİTÖ puan türlerinin bazıları ile bazı bilgi puanları arasında pozitif yönlü korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Tutum puanları ile bilgi puanları arasında yapılan korelasyonda toplam bilgi puanları ile toplam tutum puanları arasında, tarama ve HPV bilgi puanları ile tutum engel boyutu puanları arasında, tarama ve toplam bilgi puanları ile tutum yarar puanları arasında zayıf anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. Bu bulgulardan yola çıkarak KSÇ'nin daha olumlu tutumlara sahip olması ve hizmet verdiği toplumda kadınlara rol model olmasını istiyorsak inançlarının göz önünde bulundurulduğu, bilgi düzeylerini arttırıcı etkin eğitimlere ihtiyaç vardır. Hizmet verdiği toplumu tanıyan, serviks kanserleri risk faktörlerinden korunma ve serviks kanserinin erken tanısı konusunda kadınlara uygun danışmanlık ve eğitim desteğini yapan, tarama yaptırma davranışının birtakım sosyo-kültürel ve psikolojik faktörlerden etkilendiğinin farkında olup tarama davranışı önündeki engelleri tespit edip uygun yaklaşımlarla gideren sağlık çalışanları serviks kanserinden korunma ve erken tanıda anahtar rol üstleneceklerdir.

7. KAYNAKLAR

1. Erdoğan MS. Kanserler. İçinde: Baltaş Z (editör). *Halk Sağlığı Ders Kitabı*, 1. Baskı. İstanbul, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, 2008:385-394.

2. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2017. Sayı 27620, 26 Nisan 2018.

3. American Cancer Society. *Global Cancer Facts & Figures*, 3rd Edition. Atlanta: American Cancer Society; 2015:1-8.

4. World Health Organization. Cancer fact sheet. http://www.who._nt/med_acentre/factsheets/fs297/en/. 11 Ekim 2017.

5. Taşkın L. Jinekolojik Kanserler ve Bakım. İçinde: Taşkın L (editör). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, Genişletilmiş XIII. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2016:671-681.

6. Bilir N, Çakır B. Jinekolojik Kanserlerin Epidemiyolojisi. İçinde: Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürgan T, Önderoğlu LS, Yaralı H, Yüce K (editörler). *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, İkinci Baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi, 2008:1027-1043.

7. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Serviks Kanseri (Rahim Ağzı Kanseri). www.kanser.gov.tr (kanser/kanser-turleri/56-serviks-kanseri.htlm). 26 Kasım 2016.

8. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kanser Kontrol Programı, Ankara, 2015.

9. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kanser İstatistikleri, Ankara, 2017.

10. Taşkın L. Üreme Sistemi Kanserleri. İçinde: Taşkın L (editör). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, Genişletilmiş İkinci Baskı. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 1997:513-524.

11. Arvas M. Serviksin Prekanseröz Lezyonları, Kanser HPV İlişkisi. İçinde: Uludağ S (editör). *Kadın Hastalıkları ve Doğum Ders Kitabı,* 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Yayınevi, 2009:901-918.

12. Eren N, Öztek Z. Halk Sağlığının Gelişmesi. İçinde: Bertan M, Güler Ç (editörler). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*, 2. Baskı. Ankara, Güneş Kitabevi, 1997:1-12.

13. Dünder İ, Berker B. Jinekolojik Onkolojide Tarama. İçinde: Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürgan T, Önderoğlu LS, Yaralı H, Yüce K (editörler). *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, İkinci Baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi, 2008:1127-1135.

14. Kanbur A, Çapık C. Servikal kanserden korunma, erken tanı-tarama yöntemleri ve ebe/hemşirenin rolü, *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi,* 2011, 61-72.

15. Kaya M, Akın A. *Halk Sağlığı Yaklaşımıyla "Servikal Kanser"*, 1. Baskı. Ankara, HÜKSAM Yayınları, 2009:1-45.

16. Yüce K. Serviks Kanserinde Tarama ve Erken Tanı (Sitoloji ve Kolposkopi). İçinde: Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürgan T, Önderoğlu LS, Yaralı H, Yüce K (editörler). *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, İkinci Baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi, 2008:1121-1227.

17. World Health Organization. Cervical Cancer. http//www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/cervical-cancer/en/. 12 Nisan 2017.

18. Karaca M, Palancı Y, Aksu SR. "Pap smear" ne kadar biliniyor ne kadar uygulanıyor, *Turkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics,* 2008, 18:22-28.

19. Sönmez Y, Nayir T, Köse S, Gökçe B, Kişioğlu AN. 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.

20. Gümüş AB, Çam O. Kadınların serviks kanseri için erken tanı tutumları ile benlik saygısı, beden algısı ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiler, *Nobel Medicus,* 2011, 7(3):46-52.

21. Bal MD. Kadınların Pap smear testi yaptırma durumlarının sağlık inanç modeli ölçeği ile değerlendirilmesi, *MÜSBED,* 2014, 4(3):133-138.

22. Gökgöz N, Aktaş D. Kadınların serviks kanseri ve Pap smear testi yaptırma durumlarına yönelik farkındalık düzeylerinin belirlenmesi, *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi,* 2015, 3(2):11-23.

23. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. www.kanser.gov.tr/Dosya/tarama/serviks.pdf. 13 Ekim 2017.

24. Özvarış ŞB. *Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi*. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2011:37-58.

25. Yücel U. Kadınlara Serviks Kanserine İlişkin Risk Faktörleri ve Korunma Konusunda Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2006.

26. Reis N, Bebis H, Kose S, Sis A, Engin R, Yavan T. Knowledge, behavior and beliefs related to cervical cancer and screening among Turkish women, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention,* 2012, 13:1463-1470.

27. Endarti D, Satibi S, Kristina SA, Farida MA, Rahmawanti Y, Andriani T. Knowledge, perception and acceptance of HPV vaccination and screening for cervical cancer among women in Yogyakarta province, Indonesia, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention,* 2018, 19(4):1105-1111.

28. Chaka B, Sayed AR, Goeieman B, Rayne S. A survey of knowledge and attitudes relating to cervical and breast cancer among women in Ethiopia, *BMC Public Health*, 2018, 18(1):1072, doi:10.1186/s12889-018-5958-8.

29. Kaya G. Pap Smear Testi Yapılan Kadınların Serviks Kanseri Konusundaki Bilgileri ve Etkileyen Faktörler, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2011.

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

31. Hislop TG, Deschamps M, Teh C, Jackson C, Tu SP, Yasui Y, Schwartz SM, Kuniyuki A, Taylor V. Facilitators and barriers to cervical cancer screening among Chinese Canadian women, *Canadian Journal of Public Health*, 2003, 94(1):68-73.

32. Ralston JD, Taylor VM, Yasui Y, Kuniyuki A, Jackson JC, Tu SP. Knowledge of cervical cancer risk factors among Chinese immigrants in Seattle, *Journal of Community Health*, 2003, 28(1):41-57.

33. Güney S. *Davranış Bilimleri*, 6. Basım. Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık, 2011:217-248.

34. Eroğlu Ö. Tutumlar. İçinde: Şimşek A, Eroğlu Ö (editörler) *Davranış Bilimleri.* Konya, Eğitim Kitabevi, 2013:128-163.

35. 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.

36. Uluocak T, Bekar M. Kadın sağlık çalışanlarının servikal kansere ilişkin bilgi ve tutumlarının belirlenmesi, *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 2012, 2:50-57.

37. Kızılırmak A, Kocaöz S. Bir üniversitedeki kadınların serviks kanseri ve Pap smear testine ilişkin sağlık inançlarını etkileyen faktörler, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2018, 27(3):165-175.

38. Özmen D. "Sağlık İnanç Modeli" Yaklaşımı ile Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutumlara Yönelik Ölçek Çalışması, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2004.

39. Hacıhasanoğlu Aşılar R, Köse S, Yıldırım A. Kadınların servikal kanser ve "Pap smear" testine ilişkin bilgi, inanç ve davranışları, *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences,* 2015, 7(2):102-111.

40. Kartal M, Günvar T, Limnili G, Hatipoğlu Ş, Güldal D. Birinci basamak hekimleri serviks kanseri ve HPV aşısı ile ilgili ne biliyorlar?, *Türk Aile Hekimliği Dergisi,* 2011, 15(1):1-6.

41. Koruk İ, Gözükara F, Yiğitbay E, Keklik AZ. Şanlıurfa'da birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının ulusal kanser tarama standartları ile ilgili bilgi düzeyi, *Turkish Journal of Public Health,* 2015, 13(2):127-136.

42. Kokkun M, Özer A. Malatya'da aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık personelinin ulusal kanser taramarı konusunda bilgi, tutum ve davranışları, 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Edirne, 2014, *Kongre Kitabı,*1466-1467.

43. 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 Medical Journal,* 2014, 15:154-160.

44. Işık O, Çelik M, Keten HS, Dalgacı AF, Yıldırım F. Kadın doktorların Pap smear testi konusunda bilgi tutum ve davranışlarının belirlenmesi, *Cukurova Medical Journal,* 2016, 41(2):291-298.

45. Şeker N, Köksal Yasin Y, Özaydın E, Çapacı B, Okyay P. Üçüncü basmak sağlık kuruluşundaki hemşirelerin kanser tarama programları bilgileri ile tarama testini yaptırma durumları, *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi,* 2017, 19(1):14-18.

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

47. Doğan M. Kadın Sağlık Çalışanlarının Serviks Kanseri Risk Faktörleri ve Pap Smear Konusundaki Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2008.

48. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kanser İstatistikleri, Ankara, 2016.

49. Taşkın L. Üreme Sisteminin Anatomisi. İçinde: Taşkın L (editör). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, Genişletilmiş İkinci Baskı. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 1997:19-28.

50. Ayhan A, Esinler İ. Servikal İntraepitelyal Neoplaziler (CIN). İçinde: Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürgan T, Önderoğlu LS, Yaralı H, Yüce K (editörler). *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, İkinci Baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi, 2008:1171-1192.

51. Ayhan A, Başaran A. Neoplazi. İçinde: Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürgan T, Önderoğlu LS, Yaralı H, Yüce K (editörler). *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, İkinci Baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi, 2008:1063-1078.

52. Arvas M, Şentürk LM, Gezer A. Genital Sistem İnsan Papilloma Virüs İnfeksiyonları ve Neoplazilerle İlişkisi. İçinde: Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürgan T, Önderoğlu LS, Yaralı H, Yüce K (editörler). *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, İkinci Baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi, 2008:1107-1122.

53. Kösebay D, Demirkıran F. İnvazif Serviks Kanseri. İçinde: Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürgan T, Önderoğlu LS, Yaralı H, Yüce K (editörler). *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, İkinci Baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi, 2008:1193-1219.

54. Demirkıran F. Serviks Kanseri. İçinde: Uludağ S (editör). *Kadın Hastalıkları ve Doğum Ders Kitabı*, 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Yayınevi, 2009:919-936.

55. Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği. Rahim Ağzı (Serviks) Kanseri. http://www.trsgo.org/menu/152/rahim-agzi-serviks-kanseri. 16 Ekim 2017.

56. Ayhan A, Baykal C. Kanserin Moleküler Temeli ve Jinekolojik Kanserlerde Önemi. İçinde: Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürgan T, Önderoğlu LS, Yaralı H, Yüce K (editörler). *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, İkinci Baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi, 2008:1045-1061.

57. Altınok T. Cinsel İlişki ile Bulaşabilen Hastalıklar ve Kadın Genital Sistem Enfeksiyonları. İçinde: Uludağ S (editör). *Kadın Hastalıkları ve Doğum Ders Kitabı*, 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Yayınevi, 2009:765-788.

58. Kjellberg L, Hallmans G, Ahren A-M, Johansson R, Bergman F, Wadell G, Angström T, Dillner J. Smoking, diet, pregnancy and oral contraceptive use as risk factors for cervical intra-epithelial neoplasia in relation to human papillomavirus infection, *British Journal of Cancer*, 2000, 82(7):1332-1338.

59. American Cancer Society. What Are the Risk Factors for Cervical Cancer? https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html. 20 Ocak 2019.

60. Köksal S, Yurtseven E. Tarama Testleri. İçinde: Baltaş Z (editör). *Halk Sağlığı Ders Kitabı*, 1. Baskı. İstanbul, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, 2008:111-120.

61. World Health Organization. Screening for Servical Cancer. http//www.who.int/cancer/detection/servical_cancer_screening/en/. 12 Nisan 2017.

62. American Cancer Society. The American Cancer Society Guidelines for the Prevention and Early Detection of Cervical Cancer. https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/prevention-and-early-detection/cervical-cancer-screening-guidelines.html. 12 Nisan 2017.

63. Yardım T, Yüce K, Tuncer ZS. Kolposkopi. İçinde: Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürgan T, Önderoğlu LS, Yaralı H, Yüce K (editörler). *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, İkinci Baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi, 2008:1103-1106.

64. Oruç N, İlvan Ş. Jinekolojik Sitoloji. İçinde: Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürgan T, Önderoğlu LS, Yaralı H, Yüce K (editörler). *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, İkinci Baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi, 2008:1079-1094.

65. Şahin D. Kırklareli Devlet Hastanesi'nde Çalışan Sağlık Personelinin ve Hastaneye Başvuran Kadınların Jinekolojik Kanserler Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, 2009.

66. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Kanser Daire Başkanlığı 2014 Yılı Birim Faaliyet Raporu, Ankara, 2015.

67. Karaca MZ. Kanser Haftası 2018 Taramalarda Güncel Durum-Serviks. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/sunular/ulusal_kanser_haftasi_2018/Mujdegul_Karaca-2018.pdf. 20 Ocak 2019.

68. Baltaş Z. Küresel Sağlık Sorunları. İçinde: Baltaş Z (editör). *Halk Sağlığı Ders Kitabı*, 1. Baskı. İstanbul, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, 2008:9-22.

69. Akşit BT. Toplum Kültür ve Sağlık. İçinde: Bertan M, Güler Ç (editörler). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*, 2. Baskı. Ankara, Güneş Kitabevi, 1997:13-25.

70. Baltaş Z. Sağlığa Kültürün Etkisi. İçinde: Baltaş Z (editör). *Halk Sağlığı Ders Kitabı*, 1. Baskı. İstanbul, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, 2008:23-34.

71. İkiz E. Öğrenmenin Kapsamı ve Etkileyen Faktörler. İçinde: Deniz ME (editör). *Eğitim Psikolojisi*, 6. Baskı. Ankara, Maya Akademi, 2012:177-233.

72. Baysal AC. Tutumlar. İçinde: Baysal AC, Tekarslan E (editörler). *Davranış Bilimleri*, Genişletilmiş Dördüncü Baskı. İstanbul, Avcıol Basım Yayın, 2004:299-342.

73. Erden M. *Eğitim Bilimlerine Giriş*, 7. Baskı. Ankara, Arkadaş Yayınevi, 2012:27-81.

74. Güler Ç, Akın N. Sağlık Eğitimi ve İletişim. İçinde: Bertan M, Güler Ç (editörler). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*, 2. Baskı. Ankara, Güneş Kitabevi, 1997:423-432.

75. Baltaş Z. Koruyucu Geliştirici Sağlık Eğitimi ve Eğitmeni. İçinde: Baltaş Z (editör). *Halk Sağlığı Ders Kitabı*, 1. Baskı. İstanbul, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, 2008:533-553.

76. Baltaş Z. Sağlık Davranış Değişikliği Kuramları ve Müdahale Yaklaşımları. İçinde: Baltaş Z (editör). *Halk Sağlığı Ders Kitabı*, 1. Baskı. İstanbul, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, 2008:501-518.

77. Gözüm S, Çapık C. Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: sağlık inanç modeli, *DEUHYO ED,* 2014, 7(3):230-237.

78. Kaya C, Üstü Y, Özyörük E, Aydemir Ö, Şimşek Ç, Demirci Şahin A. Sağlık çalışanlarının kanser taramaları hakkındaki bilgi, turum ve davranışlarının değerlendirilmesi, *Ankara Medical Journal,* 2017, 1:73-83.

79. Tekiner AS, Lale G, Ceyhun Peker AG. Ankara merkezinde çalışan 40 yaş ve üstü aile hekimlerinin kanser taramalarını kendilerine yaptırma oranları, *Konuralp Tıp Dergisi,* 2016, 8(2):118-123.

80. Savaş Çimke V. Farklı Meslek Gruplarındaki Kadınların HPV, Servikal Kanser ve Pap Smear Testi Bilgi Düzeyiyle Davranışlarının Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Mersin: Mersin Üniversitesi, 2016.

81. 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.

82. Kişnişçi H, Polat G. Hormon-Genital Kanser İlişkisi. İçinde: Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürgan T, Önderoğlu LS, Yaralı H, Yüce K (editörler). *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, İkinci Baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi, 2008:1103-1106.

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

84. Kürtüncü M, Arslan N, Alkan I, Bahadır Ö. 10-15 yaş arası kız çocuğun olan annelerin rahimağzı kanseri ve HPV aşısı konusunda bilgi, tutum ve davranışları, *Journal of Human Sciences*, 2018, 15(2):1072-1085.

85. Guvenc G, Seven M, Kilic A, Akyuz A, Akcan G. Breast, cervical, and colorectal cancer screening status of a group of Turkish women, *Asian Pasific Jurnal of Cancer Prevention*, 2012, 13(9):4273-4279.

86. Mwaka AD, Orach CG, Were EM, Lyratzopoulos G, Wabinga H, Roland M. Awareness of cervical cancer risk factors and symptoms: cross-sectional community survey in post-conflict northern Uganda, *Health Expectations*, 2015, 19:854-867.

87. Pirzadeh A, Mazaheri MA. The effcet of education on women's practice based on the health belief model about Pap smear test, *International Journal of Preventive Medicine,* 2012, 3(8):585-590.

88. Bayık Temel A, Dağhan Ş, Kaymakçı Ş, Öztürk Dönmez R, Arabacı Z. Effect of structured training programme on the knowledge and behaviors of breat and cervical cancer screening among the female teachers in Turkey, *BMC Women's Health*, 2017, 17(1):123.

89. Karadağ Çaman Ö, 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.

90. Toye MA, Okunade KS, Roberts AA, Salako O, Oridota ES, Onajole AT. Knowledge, perceptions and practice of cervical cancer prevention among female public secondary school teachers in Mushin local government area of Lagos state, Nigeria, *Pan African Medical Journal*, 2017, 28:221.

91. Touch S, Oh JK. Knowledge, attitudes, and practices toward cervical cancer prevention among women in Kampong Speu Province, Cambodia, *BMC Cancer*, 2018, 18(1):294.

92. Narayana G, Suchitra MJ, Sunanda G, Ramaiah JD, Kunmar BP, Veerabhadrappa KV. Knowledge, attitude, and practice toward cervical cancer among attending obstetrics and gynecology department: a cross-sectional, hospital-based survey in South India, *Indian Journal of Cancer*, 2017, 54(2):481-487.

93. Ibekwe CM, Hoque ME, Ntuli-Ngcobo B. Perceived benefits of cervical cancer screening among women attending Mahalapye District Hospital, Botswana, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2010, 11:1021-1027.

94. Jassim G,Obeid A, Al Nasheet HA. Knowledge, attitudes, and practices regarding cervical cancer and screening among women visiting primary health care centres in Bahrain, *BMC Public Health*, 2018, 18(1):128.

95. Al-Hammadi FA, Al-Tahri F, Al-Ali A, Nair SC, Abdulrahman M. Limited understanding of Pap smear testing among women, a barrier to cervical cancer screening in the United Arab Emirates, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2017, 18(12):3379-3387.

96. Wang PD, Lin RS. Sociodemographic factors of Pap smear screening in Taiwan, *Public Health*, 1996, 110:123-127.

97. Sirovich BE, Welch HG. The frequency of Pap smear screening in the United States, *Journal of General Internal Medicine*, 2004, 19:243-250.

98. Lockwood-Royermann S. Characteristics of participation in cervical cancer screening, *Cancer Nursing*, 2004, 27(5):353-363.

99. Açıkgöz A. Meme ve Serviks Kanseri Risk Düzeyleri ve Erken Tanı Hizmetleri Kullanımı İlişkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2010.

100. Karaoğlan D. Kadınların Serviks Kanseri Risk faktörleri ve Erken Tanı Yöntemlerine İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans tezi, Lefkoşa: Yakın Doğu Üniversitesi, 2016.

101. 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.

102. Kolutek R, Aydın Avcı İ. Eğitim ve evde izlemin evli kadınların meme ve serviks kanseri ile ilgili bilgi düzeylerine ve uygulamalarına etkisi, *Europan Journal of Breast Health*, 2015, 11:155-162.

103. 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.

104. Bou-Orm IR, Sakr RE, Adib SM. Cervical cancer screening amon Lebanese women, *Revue d'Epidemiologie et de Sante Publique*, 2018, 66(1):1-6.

105. Staples JN, Wong MS, Rimel BJ. An educational intervention to improve human papilloma virus (HPV) and cervical cancer knowledge among African American college students, *Gynecologic Oncology*, 2018, 149(1):101-105.

106. Lee EE, Fogg L, Menon U. Knowledge and beliefs related to cervical cancer and screening among Korean American women, *Western Journal of Nursing Research*, 2008, 30(8):960-974.

107. Esin MN, Bulduk S, Ardic A. Beliefs about cervical cancer screening among Turkish married women, *Journal of Cancer Education*, 2011, 26:510-515.

108. Ersin F, Bahar Z. Sağlığı geliştirme modellerinin meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi: bir literatür derlemesi, *DEUHYO ED*, 2012, 5(1):28-38.

109. Champion VL, Skinner CS. The health belief model. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K (eds). *Health Behavior and Health Education*, 4th ed. San Francisco, Jossey-Bass, 2008:45-65.

110. Menon U, Szalacha LA, Prabhughate A. Breast and cervical cancer screening among south Asian immigrants in the United States, *Cancer Nursing*, 2012, 35(4):278-287.

111. Demirtaş B, Açıkgöz İ. Promoting attendance at cervical cancer screening: understanding the relationship with Turkish womens' health beliefs, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2013, 14(1):333-340.

112. Bebis H, Reis N, Yavan T, Bayrak D, Unal A, Bodur S. Effect of health education about cervical cancer and Papanicolaou testing on the behavior, knowledge, and beliefs of Turkish women, *International Journal of Gynecologic Cancer*, 2012, (22):1407-1412.

113. Stormo AR, De Moura L, Saraiya M. Cervical cancer related knowledge, attitudes, and practices of health professionals working in Brazil's network of primary care units, *The Oncologist*, 2014, 19:375-382.

114. Mutyaba T, Mmiro FA, Weiderpass E. Knowledge, attitudes and practices on cervical cancer screening among the medical workers of Mulago Hospital, Uganda, *BMC Medical Education*, 2006, 6(1):13.

115. McCarey C, Pirek D, Tebeu PM, Boulvain M, Doh AS, Petignat P. Awareness of HPV and cervical cancer prevention among Cameroonian healthcare workers, *BMC Women's Health*, 2011, 11:45.

116. Urasa M, Darj E. Knowledge of cervical cancer and screening practices of nurses at a regional hospital in Tanzania, *African Health Sciences*, 2011, 11(1):48-57.

117. Nilaweera RIW, Perera S, Paranagam N, Anushyanthan AS. Knowledge and practices on breast and cervical cancer screening methods among female health care workers: a Sri lankan experience, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2012, 13:1193-1196.

118. Can H, Erdem O, Oztekin C, Çelik SB, Onde M, Celepkolu T, Ongel K. Are primary health care workers aware of cervical cancer risk?, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2014, 15(16):6669-6671.

119. Zahedi L, Sizemore E, Malcolm S, Grossniklaus E, Nwosu O. Knowledge, attitudes and practices regarding cervical cancer and screening among Haitian health care workers, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2014, 11:11541-11552.

120. Obeidat BR, Amarin ZO, Alzaghal L. Awareness, parctice and attitude to cervical Papanicolaou smear among female health care workers in Jordan, *European Journal of Cancer Care*, 2012, 21:372-376.

121. Gharoro EP, Ikeanyi EN. An appraisal of the level of awareness and utilization of the Pap smear as a cervical cancer screening test among female health workers in a tertiary health institution, *International Journal of Gynecologic Cancer*, 2006, 16(3):1063-1068.

122. Coskun S, Can H, Turan S. Knowledge about cervical cancer risk factors and Pap smear testing behavior among female primary health care workers: a study from south Turkey, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2013, 14(11):6389-6392.

123. 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.

124. Yasli G, Turhan E, Eser S, Tozun M, Oguz M, Alpay F. Level of knowledge and behavior of family health personnel workers in Izmir about early diagnosis for breast and cervix cancer, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2015, 16(6):2501-2505.

125. Ayinde OA, Omigbodun AO. Knowledge, attitude and practices related to prevention of cancer of the cervix among female health workers in Ibadan, *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2003, 23(1):59-62.

8. EKLER

EK–1. 18-65 Yaş Arası Kadınlar İçin Tanıtıcı Anket Soruları

Çankaya 1. Basamak Sağlık Çalışanları ve 18-65 Yaş Arası Kadınların Rahim Ağzı Kanseri (Serviks kanseri) Erken Tanısına İlişkin Bilgi ve Tutumlarının Araştırılması

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma Çankaya İlçesi 1. Basamak Sağlık kuruluşlarında Sağlık çalışanları ve ASM'lere herhangi bir nedenle başvuran 18-65 yaş arası kadınların rahim ağzı (serviks) kanseri hakkında bilgi ve tutumlarını değerlendirmek için yapılmaktadır. Ankete vereceğiniz yanıtlarda herhangi bir kimlik bilgisi alınmayacak olup, araştırma sonuçları bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Değerli katkılarınız ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Sosyo-Demografik Bilgi soruları:

1- Yaşınız: (.....)

2- Medeni durumunuz: a) Evli b) Dul c)Boşanmış

3- Kaç evlilik yaptınız? (……..)

4- İlk evliliğinizi kaç yaşında yaptınız? (…….)

5- Eğitim durumunuz:

a) Okuryazar değil b) Okuryazar c) İlkokul d) Ortaokul e) Lise f) Üniversite

6- Gelir getiren bir işte çalışma durumunuz: a) Çalışıyor b) Çalışmıyor

7- Sağlık güvenceniz var mı? a) Var b) Yok

8- Aylık gelir durumunuz: a) Düşük b) Orta c) Yüksek

9- İlk gebelik yaşınız: (…….)

10- Düşükler dahil toplam kaç gebelik geçirdiniz? (……)

11- Kaç doğum yaptınız? (……..)

12- Daha önce vajinal enfeksiyon geçirdiniz mi? a) Evet b) Hayır

13- Cinsel yolla bulaşan bir hastalığınız var mı? a) Var b) Yok

14- Sigara kullanıyor musunuz? a- Evet b- Hayır

15- 5 yıldan uzun süreli doğum kontrol hapı (oral kontraseptif) kullandınız mı?

EK–1. (devam) 18-65 Yaş Arası Kadınlar İçin Tanıtıcı Anket Soruları

Rahim ağzı kanseri (Servikal Kanser) ve Tarama Testi ile ilgili Sorular:

16- Rahim ağzı kanserini daha öce hiç duydunuz mu? a) Evet b) Hayır

17- Ailenizde rahim ağzı kanseri tanısı alan var mı? a) Evet b) Hayır

18- Arkadaşlarınızdan rahim ağzı kanseri tanısı alan kişi var mı? a) Evet b) Hayır

19- Sürüntü testini (Pap-smear test/HPV testi) duydunuz mu? a) Evet b) Hayır

20- Rahim ağzı kanseri ve sürüntü testi hakkında bilgi/eğitim aldınız mı?

a) Evet b) Hayır (Yanıtınız "Hayır" ise 21. Soruya geçiniz.)

21- Bilgi ya da eğitimi kimden/nereden aldınız?

a) Sağlık personelinden
b) Kitap, dergi, broşür
c) Televizyon, radyo, gazete vb.
d) Aile ve arkadaşlardan
e) Diğer (……..)

22- Daha önce hiç rahim ağzından pamuklu bir çubuk yardımı ile sürüntü testi (Pap test/HPV) yaptırdınız mı?

a)Evet b) Hayır (Yanıtınız "Hayır" ise 26. soruya geçiniz)

23- En son ne zaman sürüntü aldırdınız? (……..)

24- Sürüntü testini (Pap smear/HPV) nerede yaptırdınız?

a) Hastane
b) Özel muayenehane
c) Aile sağlığı merkezi
d) Ana- çocuk sağlığı merkezi
e) Kanser erken teşhis ve tarama merkezi (KETEM)

25- Sürüntü testi(Pap smear/HPV) yaptırma sıklığınız nedir?

a) 6 ayda bir b) Yılda bir c) 3-5 yılda bir d) Şikayet olduğunda
e) Doktor isteğinde

26- Sürüntü aldırma nedeniniz nedir?

a) Sağlık personeli (doktor, ebe, hemşire vb.) önerdiği için
b) Genel sağlık kontrolü için kendi isteğimle
c) Akıntı, kaşıntı, kanama vb. şikayetler ile doktora gittiğimde doktorum uygun gördüğü için
d) Ailede kanser öyküsü sebebiyle kanser endişesi yaşadığım için

EK–1. (devam) 18-65 Yaş Arası Kadınlar İçin Tanıtıcı Anket Soruları

27- Sürüntü testi **yaptırmama** nedeniniz nedir?

a) Şikayetim olmadığı için ihtiyaç duymadım.

b) Cinsel yönden aktif değilim.

c) İşlemden korkuyorum.

d) Utanıyorum.

e) İlerideki bir zamanda yaptırmayı düşünüyorum.

f) Bu konuda bilgim yok.

EK–2. Serviks Kanseri Bilgi Soruları

Aşağıda rahim ağzı (serviks) kanseri ile ilgili İfadeler vardır. Size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

1. Rahim ağzı kanseri önlenebilir bir hastalıktır.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**
2. Rahim ağzı kanserinin erken tanı ve tedavisi mümkündür.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**
3. Her kadının rahim ağzı kanserine yakalanma riski eşittir.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**
4. Sürüntü testi (Pap test/HPV test) tarama amacıyla yapılır.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**
5. Pap smear testini cinsel yönden aktif olan her kadın yaptırmalıdır.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**
6. Menstrüasyon (adet/regl) dışı ara kanamalar rahim ağzı kanserinin erken belirtisidir.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**
7. Erken yaşta (16 yaş ve altı) cinsel deneyim rahim ağzı kanseri için risk faktörüdür.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**
8. Sigara kullanmak rahim ağzı kanseri risk faktörlerindendir.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**
9. Çok eşli cinsel yaşam rahim ağzı kanseri için risk faktörüdür.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**
10. Ailede kanser öyküsü olması rahim ağzı kanseri riskini artırmaz.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**
11. Rahim ağzı kanserinden korunmak için aşı yoktur.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**
12. Rahim ağzı kanserinin tanısı Pap smear testi ile konulur.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**
13. Erken yaşta (18 yaş altı) gebelik ve doğum rahim ağzı kanseri için risk faktörüdür.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**
14. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar rahim ağzı kanseri için risk faktörüdür.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**
15.Sürüntü testini (Pap smear/HPV) sadece jinekolojik (kadın hastalıkları ile ilgili) şikayet olduğu durumlarda yaptırmak gerekir.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**
16. Vajinal akıntı miktarının artması ve renk değişiklikleri rahim ağzı kanserinin erken belirtilerindendir.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**
17. Cinsel ilişki sonrası kanama ve ağrı servikal kanserin erken belirtisi değildir.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**
18. Doğum sayısının fazla olması (3 ve üzeri) rahim ağzı kanseri için risk faktörüdür.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**
19. Rahim ağzı kanserinden korunmak için düzenli olarak tarama (Pap smear testi/HPV) yaptırmak gerekir.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**
20. Menopoz sonrası kanama rahim ağzı kanserinin erken belirtilerindendir.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**

EK–3. Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği

Aşağıda rahim ağzı (serviks) kanserinin erken tanısına ilişkin ifadeler verilmektedir. Size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

	Tamamen Katılıyorum	**Katılıyorum**	**Kararsızım**	**Katılmıyorum**	**Kesinlikle Katılmıyorum**
1. Rahim ağzı kanseri olmaktan korkuyorum					
2. Rahim ağzı kanseri hakkında bilgi edinmeye değer					
3. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için düzenli muayene yaptırmak gerektiğine inanmıyorum					
4. Eşim izin verse de vermese de rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye giderim					
5. Rahim ağzı kanseri olursam fazla yaşayamam					
6. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmek gereksiz bir zahmettir					
7. Ailemden biri rahim ağzı kanserine yakalanırsa kendim için de endişelenirim.					
8. Rahim ağzı kanseri hakkında fazla düşünmüyorum.					
9. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmeye zaman yaratırım					
10. Rahim ağzı kanseri olursam cinsel hayatım olumsuz etkilenir					
11. Sağlık güvencesi olursa rahim ağzı kanseri erken tanısı için düzenli muayeneye gitmek kolaylaşır					
12. Hatırlatılırsa şikayetim olmasa da rahim ağzı kanseri erken tanısı için düzenli muayene olurum					
13. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için tek başıma muayeneye gitmek istemem					
14. Rahim ağzı kanseri olma düşüncesi sık sık aklıma gelir					
15. Kaderimde varsa ne yaparsam yapayım rahim ağzı kanseri olurum					
16. Sağlık kuruluşları rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye çağırırlarsa giderim					
17. Doktora gitsen muhakkak bir hastalık bulur o yüzden rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmem					
18. Çevremdeki insanların rahim ağzı kanserine yakalanması beni korkutur					
19. Bazen rahim ağzı kanseri olma düşüncesi beni huzursuz eder					
20. Yapılacak muayenenin canımı acıtacağını düşünerek muayeneye gitmem					
21. Hayatımın bir döneminde ben de rahim ağzı kanserine yakalanabilirim					
22. Radyo, TV, gazetede rahim ağzı kanseri için uyarılar olması beni erken tanı muayenesine gitmeye teşvik eder					

EK–3. (devam) Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği

	Tamamen Katılıyorum	**Katılıyorum**	**Kararsızım**	**Katılmıyorum**	**Kesinlikle Katılmıyorum**
23. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayene ücretsiz olsa hiç düşünmem yaptırırım					
24. Rahim ağzı kanseri hakkında bir şeyler öğrenmek zaman kaybıdır					
25. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayene olacağım doktorun kadın olmasını tercih ederim					
26. Bir kadının rahim ağzı kanseri olması eşiyle ilişkilerini bozar					
27. Rahim ağzı kanserinden korunmaya çalışmanın bir faydası yoktur					
28. Evli kadınların rahim ağzı kanseri olma riskinin yüksek olduğunu düşünüyorum					
29. Rahim ağzı kanseri olursam hayata küserim					
30. Mahrem yerimi göstermekten utandığım için rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmekten kaçınırım					

EK–4. Sağlık Çalışanları Tanıtıcı Bilgi Soruları

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma Çankaya İlçesi 1. Basamak Sağlık kuruluşlarında Sağlık çalışanları ve ASM'lere herhangi bir nedenle başvuran 18-65 yaş arası kadınların rahim ağzı (serviks) kanseri hakkında bilgi ve tutumlarını değerlendirmek için yapılmaktadır. Ankete vereceğiniz yanıtlarda herhangi bir kimlik bilgisi alınmayacak olup, araştırma sonuçları bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Değerli katkılarınız ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Sosyo-demografik sorular

1-Cinsiyetiniz: a) Kadın b) Erkek

2- Yaşınız: (……)

3- Medeni durumunuz: a) Bekar b) Evli c) Dul d)Boşanmış

4- Eğitim durumunuz: a) Lise b) Ön lisans c) Lisans d) Lisansüstü eğitim ve üstü

5- Aylık gelir durumunuz: a) Düşük b) Orta c) Yüksek

6- Mesleğiniz?

a) Doktor b) Ebe c) Hemşire d) Sağlık memuru e) Diğer (belirtiniz)……..

7- Meslekteki süreniz: (……..)

8- Kaç yıldır birinci basamakta çalışıyorsunuz? (……..)

9- Ailenizde rahim ağzı kanseri tanısı alan var mı? a) Evet b) Hayır

10- Mesleki eğitiminiz sırasında servikal kanser ve erken tanı yöntemleri konusuna yer verildi mi? a) Evet b) Hayır c) Hatırlamıyorum

11- Mezuniyet sonrası servikal kanser ve erken tanı yöntemleri hakkında hizmet içi eğitim, kurs/konferans vb. herhangi bir eğitim programına katıldınız mı?

a) Evet b) Hayır c) Hatırlamıyorum

12- Şu an nerede çalışıyorsunuz? (Yanıtınız ‘’TSM’’ ise ‘’bilgi ifadeleri’’ sorularına geçiniz)

a) TSM b) ASM c) AÇSAP Merkezi d) KETEM

13- Hastalarınıza serviks kanseri ile ilgili eğitim/bilgi veriyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

14- Hastalarınıza tarama testi (Pap smear/HPV testi) öneriyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

EK–5. Sağlık Çalışanları İçin Serviks Kanseri Bilgi Soruları

Aşağıda serviks (rahim ağzı) kanseri ile ilgili İfadeler vardır. Size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

1. Serviks kanseri önlenebilir bir hastalıktır.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**
2. Serviks kanserinin erken tanı ve tedavisi mümkündür.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**
3. Her kadının serviks kanserine yakalanma riski eşittir.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**
4. Pap smear/HPV testi tarama amacıyla yapılır.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**
5. Pap smear testini cinsel yönden aktif olan her kadın yaptırmalıdır.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**
6. Menstrüel siklus aralarında kanama serviks kanserinin erken belirtisidir.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**
7. Erken yaşta (16 yaş ve altı) cinsel deneyim serviks kanseri risk faktörüdür.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**
8. Sigara kullanmak serviks kanseri risk faktörlerindendir.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**
9. Çok eşli cinsel yaşam serviks kanseri risk faktörüdür.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**
10. Ailede kanser öyküsü olması serviks kanseri riskini artırmaz.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**
11. HPV'den (human papilloma virüs) koruyucu aşı yoktur.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**
12. Serviks kanserinin tanısı Pap smear testi ile konulur.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**
13. Erken yaşta (18 yaş altı) gebelik ve doğum serviks kanseri risk faktörüdür.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**
14. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar serviks kanseri risk faktörüdür.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**
15. Pap smear/HPV testini sadece jinekolojik şikayet olduğu zaman yaptırmak gerekir.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**
16. Vajinal akıntı miktarının artması ve renk değişiklikleri rahim ağzı kanserinin erken belirtilerindendir.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**
17. Cinsel ilişki sonrası kanama ve ağrı servikal kanserin erken belirtisi değildir.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**
18. Doğum sayısının fazla olması (3 ve üzeri) serviks kanseri risk faktörüdür.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**
19. Serviks kanserinden korunmak için düzenli olarak Pap smear/HPV testi yaptırmak gerekir.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**
20. Post menopozal (menopoz sonrası) kanama servikal kanserin erken belirtilerindendir.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**
21. HPV cinsel yolla bulaşan bir virüstür.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**
22. Serviks kanseri ve kanser öncesi hücreler HPV ile ilişkili değildir.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**
23. HPV genital siğillere neden olur.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**
24. HPV enfeksiyonu geçirme serviks kanseri risk faktörüdür.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**
25. Beş yıldan uzun süreli oral kontraseptif (doğum kontrol hapı) kullanımı serviks kanseri risk faktörü değildir.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**
26. Pap smear testİ HPV taraması ile birlikte yapılıyorsa 5 yılda bir yapılabilir.	**Doğru**	**Yanlış**	**Bilmiyorum**

EK–6. Kadın Sağlık Çalışanı İçin Kişisel Bilgi Formu

1- İlk evliliğinizi kaç yaşında yaptınız? (…….)

2- Toplam kaç evlilik geçirdiniz? (…….)

3- İlk gebelik yaşınız: (……)

4 - Toplam gebelik sayınız nedir? (……)

5- Kaç doğum yaptınız ? (……..)

6- Daha önce vajinal enfeksiyon geçirdiniz mi? a) Evet b) Hayır

7- Cinsel yolla bulaşan bir hastalığınız var mı? a) Evet b) Hayır

8- Sigara kullanıyor musunuz? a) Evet b)Hayır

9- 5 yıldan uzun süreli oral kontraseptif kullandınız mı? a) Evet b) Hayır

10- Daha önce hiç Pap smear/HPV testi yaptırdınız mı? a)Evet b) Hayır

(Yanıtınız hayır ise 16. soruya geçiniz)

11- En son ne zaman Pap smear/HPV testi yaptırdınız? (……..)

12- Pap smear/HPV testini nerede yaptırdınız?

a)Hastane c) AÇSAP e) KETEM

b) Özel muayenehane d) ASM

13- Pap smear/HPV yaptırma sıklığınız nedir?

a) 6 ayda bir b) Yılda bir c) 3-5 yılda bir d) Şikayet olduğunda e) Doktor isteğinde

14- Pap smear/HPV yaptırma nedeniniz nedir?

a) Doktor önerdiği için
b) Genel sağlık kontrolü için kendi isteğimle
c) Akıntı, kaşıntı, kanama vb. şikayetler ile doktora gittiğimde doktorum uygun gördüğü için
d) Ailede kanser öyküsü sebebiyle kanser endişesi yaşadığım için

15- Pap smear/HPV sonucu aldığınız tanı nedir?

a) Normal bulgu c) Servikal erozyon
b) Servisit d) HPV e) Bilmiyorum

16- Pap smear/HPV yaptırmama nedeniniz nedir?

a) Şikayet olmadığı için ihtiyaç duymadım
b) Cinsel yönden aktif olmama
c) İşlemden korkma
d) Utanma
e) İlerideki bir zamanda yaptırmayı düşünüyorum.
f) Bu konuda bilgim yok.

EK–7. Bilgilendirilmiş Onam Formu

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Ebe Serpil BATKIN DEVRİM tarafından yürütülen "Çankaya ilçesi 1. Basamak Sağlık Kuruluşlarındaki Sağlık Çalışanlarının ve Hastaların Serviks Kanserine İlişkin Bilgi ve Tutumlarının Araştırılması" başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkına sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

a. Araştırmanın Amacı: Birinci basamaktaki sağlık çalışanları ve başvuran kadınlarda serviks kanserine ilişkin bilgi düzeyleri ve tutumlarını belirlemek.
b. Araştırmanın İçeriği: Sosyo-demografik tanımlayıcı bilgiler ve serviks (rahim ağzı) kanseri bilgi durumlarını sorgulayan anket soruları ve serviks kanserinin erken tanısına yönelik tutum ölçeği uygulanacaktır.
c. Araştırmanın Nedeni: ☐ Bilimsel araştırma ☒ Tez çalışması
d. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 6 ay
e. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: En az 140 sağlık çalışanı ve en az 180 18-65 yaş arası kadın
f. Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Çankaya Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) ve TSM'ye bağlı Aile Sağlığı Merkezleri

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

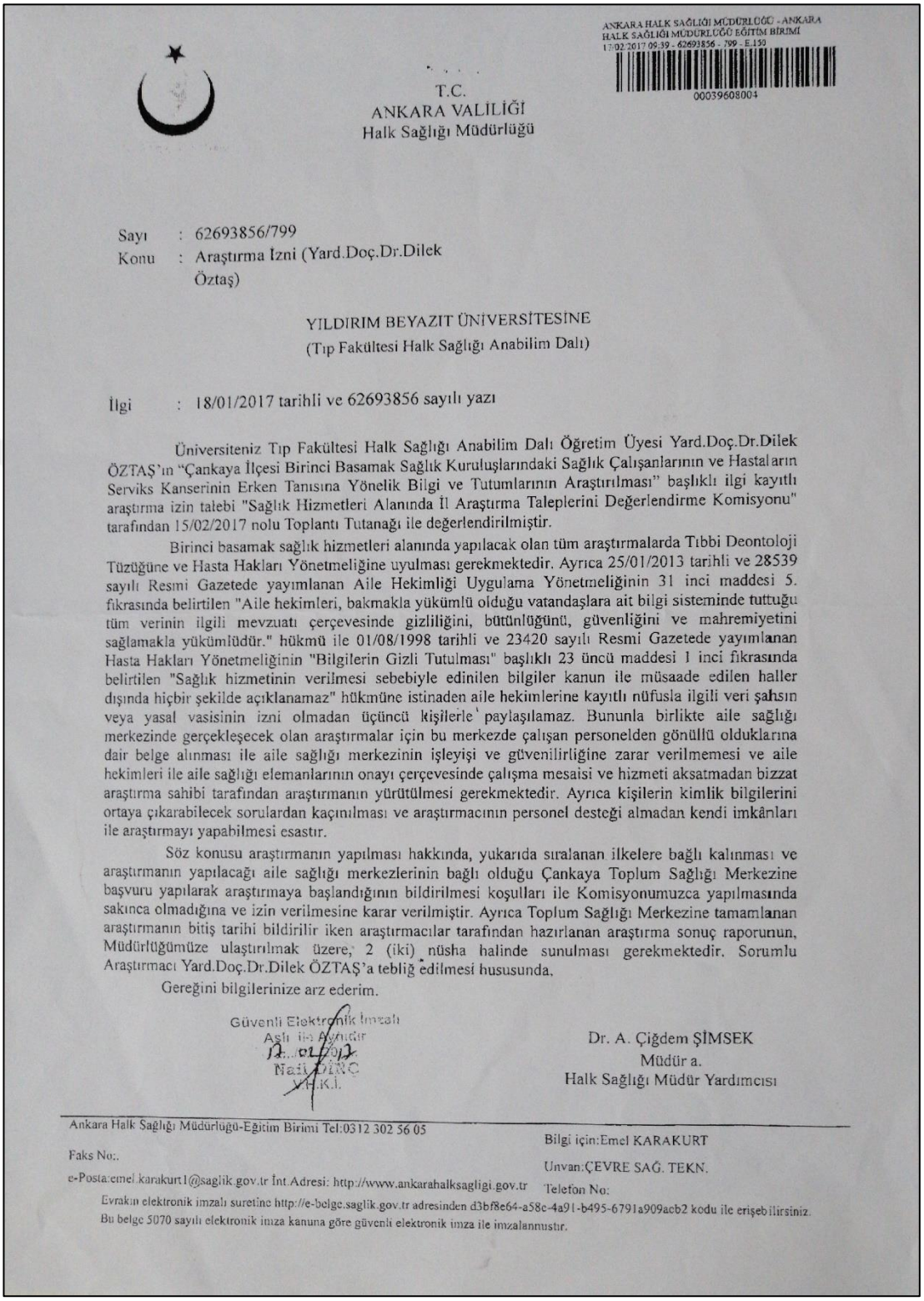
Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Not: *Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.*

EK–8. Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğünden Alınan İzin Belgesi



ANKARA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - ANKARA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ EĞİTİM BİRİMİ
17/02/2017 09:39 - 62693856 - 799 - E.150
00039608004

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

Sayı : 62693856/799
Konu : Araştırma İzni (Yard.Doç.Dr.Dilek Öztaş)

YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİNE
(Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı)

İlgi : 18/01/2017 tarihli ve 62693856 sayılı yazı

Üniversiteniz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yard.Doç.Dr.Dilek ÖZTAŞ'ın "Çankaya İlçesi Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarındaki Sağlık Çalışanlarının ve Hastaların Serviks Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Bilgi ve Tutumlarının Araştırılması" başlıklı ilgi kayıtlı araştırma izin talebi "Sağlık Hizmetleri Alanında İl Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu" tarafından 15/02/2017 nolu Toplantı Tutanağı ile değerlendirilmiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 31 inci maddesi 5. fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait bilgi sisteminde tuttuğu tüm verinin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliğinin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veri şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz. Bununla birlikte aile sağlığı merkezinde gerçekleşecek olan araştırmalar için bu merkezde çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması ile aile sağlığı merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde çalışma mesaisi ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir. Ayrıca kişilerin kimlik bilgilerini ortaya çıkarabilecek sorulardan kaçınılması ve araştırmacının personel desteği almadan kendi imkânları ile araştırmayı yapabilmesi esastır.

Söz konusu araştırmanın yapılması hakkında, yukarıda sıralanan ilkelere bağlı kalınması ve araştırmanın yapılacağı aile sağlığı merkezlerinin bağlı olduğu Çankaya Toplum Sağlığı Merkezine başvuru yapılarak araştırmaya başlandığının bildirilmesi koşulları ile Komisyonumuzca yapılmasında sakınca olmadığına ve izin verilmesine karar verilmiştir. Ayrıca Toplum Sağlığı Merkezine tamamlanan araştırmanın bitiş tarihi bildirilir iken araştırmacılar tarafından hazırlanan araştırma sonuç raporunun, Müdürlüğümüze ulaştırılmak üzere, 2 (iki) nüsha halinde sunulması gerekmektedir. Sorumlu Araştırmacı Yard.Doç.Dr.Dilek ÖZTAŞ'a tebliğ edilmesi hususunda.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

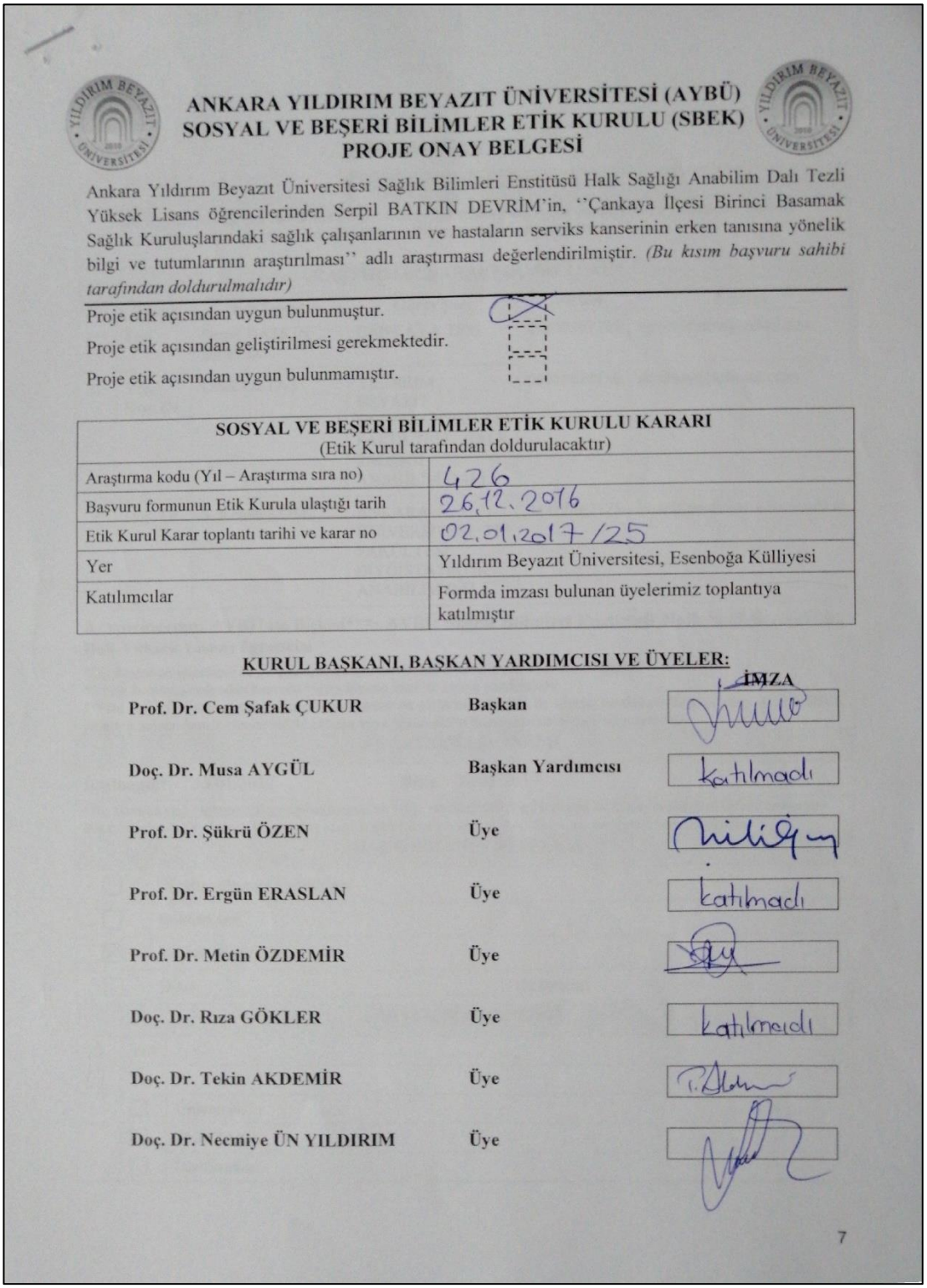
Güvenli Elektronik İmzalı
Aslı ile Aynıdır
12.02.2017
Naif DİNÇ
Y.H.K.İ.

Dr. A. Çiğdem ŞİMSEK
Müdür a.
Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı

Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü-Eğitim Birimi Tel:0312 302 56 05
Faks No:.
e-Posta:emel.karakurt1@saglik.gov.tr İnt.Adresi: http://www.ankarahalksagligi.gov.tr
Bilgi için:Emel KARAKURT
Unvan:ÇEVRE SAĞ. TEKN.
Telefon No:

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden d3bf8e64-a58c-4a91-b495-6791a909acb2 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK–9. Etik Kurul Onayı



ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ (AYBÜ)
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU (SBEK)
PROJE ONAY BELGESİ

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencilerinden Serpil BATKIN DEVRİM'in, ''Çankaya İlçesi Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarındaki sağlık çalışanlarının ve hastaların serviks kanserinin erken tanısına yönelik bilgi ve tutumlarının araştırılması'' adlı araştırması değerlendirilmiştir. *(Bu kısım başvuru sahibi tarafından doldurulmalıdır)*

Proje etik açısından uygun bulunmuştur. [X]
Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir. [ ]
Proje etik açısından uygun bulunmamıştır. [ ]

SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU KARARI (Etik Kurul tarafından doldurulacaktır)	
Araştırma kodu (Yıl – Araştırma sıra no)	426
Başvuru formunun Etik Kurula ulaştığı tarih	26.12.2016
Etik Kurul Karar toplantı tarihi ve karar no	02.01.2017/25
Yer	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Esenboğa Külliyesi
Katılımcılar	Formda imzası bulunan üyelerimiz toplantıya katılmıştır

KURUL BAŞKANI, BAŞKAN YARDIMCISI VE ÜYELER:

		İMZA
Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR	**Başkan**	
Doç. Dr. Musa AYGÜL	**Başkan Yardımcısı**	katılmadı
Prof. Dr. Şükrü ÖZEN	**Üye**	
Prof. Dr. Ergün ERASLAN	**Üye**	katılmadı
Prof. Dr. Metin ÖZDEMİR	**Üye**	
Doç. Dr. Rıza GÖKLER	**Üye**	katılmadı
Doç. Dr. Tekin AKDEMİR	**Üye**	
Doç. Dr. Necmiye ÜN YILDIRIM	**Üye**	

7

EK–10. Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Serpil BATKIN DEVRİM
Doğum tarihi	: 05/06/1977
Doğum yeri	: ÇORUM
Medeni hali	: Evli
Uyruğu	: T.C.
Adres	: Çankaya İlçe Sağlık Müdürlüğü Çankaya/ANKARA
Tel	: 05059389361
Faks	: -
E-mail	:serpildevrim@gmail.com
EĞİTİM	
Lise	: Çorum Sağlık Meslek Lisesi
Lisans	: Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tokat Sağlık Yüksekokulu, Ebelik Bölümü
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: Orta
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	
Türk Ebeler Derneği	