



**T.C
SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KADINLARIN KANSERDEN KORUNMAYA YÖNELİK
OLARAK JİNEKOLOJİK MUAYENE YAPTIRMALARINI
ETKİLEYEN BAZI FAKTÖRLER**

SEVTAP KANI

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
EBELİK ANABİLİM DALI**

SIVAS - 2019

**T.C
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KADINLARIN KANSERDEN KORUNMAYA YÖNELİK
OLARAK JİNEKOLOJİK MUAYENE YAPTIRMALARINI
ETKİLEYEN BAZI FAKTÖRLER**

SEVTAP KANI

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
EBELİK ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Mine BEKAR**

SİVAS – 2019

“Kadınların Kanserden Korunmaya Yönelik Olarak Jinekolojik Muayene Yaptırmalarını Etkileyen Bazı Faktörler” adlı **Yükseklisans** Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Ebelik** Ana Bilim Dalında **Yükseklisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Doç.Dr.Özgür ALPARSLAN

Üye

Dr.Öğr.Üyesi Gülbahtiyar DEMİREL

Üye

Dr.Öğr.Üyesi Mine BEKAR

(Danışman)

ONAY

Bu tez çalışması, **Kadınların Kanserden Korunmaya Yönelik Olarak Jinekolojik Muayene Yaptırmalarını Etkileyen Bazı Faktörler** Tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyda AKIN POLAT
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRÜ

Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

TEŞEKKÜR

Araştırmamın planlanması ve yürütülmesinde bilgi, görüş ve destekleriyle bana yol gösteren ve her zaman destek olan değerli hocam ve tez danışmanım **Sayın Dr. Öğr. Üyesi Mine Bekar**'a, lisans ve yüksek lisan eğitimim boyunca gelişimime katkısı olan ve emeği geçen tüm hocalarıma, tez başlangıç aşamasında istatistiksel çalışmalarda yol gösteren sayın Prof. Dr. Hafize Sezer hocama, tez önerisinde katkı sağlayan sayın Doç. Dr. Nuran Güler, sayın Dr. Öğr. Üyesi Özlem Duran Aksoy, sayın Dr. Öğr. Üyesi Handan Güler'e tez çalışmam süresinde her konuda destek olan değerli ebe arkadaşım Nergiz Kepcen' e, araştırmamız esnasında her türlü desteklerini esirgemeyen 1 Nolu Kiraz Aile Sağlığı Merkezi personellerine teşekkür ederim. Bugünlere gelmemde hiç şüphesiz en büyük katkı payı olan, hayattım da ki en büyük mucizelerim **anneme, babama, ablama**' a teşekkür ederim.

ÖZET

KADINLARIN KANSERDEN KORUNMAYA YÖNELİK OLARAK JİNEKOLOJİK MUAYENE YAPTIRMALARINI ETKİLEYEN BAZI FAKTÖRLER

SEVTAP KANİ

Yüksek Lisans Tezi

Ebelik Anabilim Dalı

Danışman: Dr.Öğr. Üyesi Mine BEKAR

2019,88 sayfa

Bu araştırma, kadınların kanserden korunmaya yönelik olarak jinekolojik muayene yaptırımalarını etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini, Kiraz 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezine 01 Temmuz – 30 Eylül 2013 tarihleri arasında muayene olmak üzere gelen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 560 kadın oluşturmuştur. Veriler literatürden faydalanarak ve uzman görüşlerine dayanarak hazırlanan veri toplama formları ile toplanmıştır. Bu formlar katılımcıların kişisel tanıtıcı bilgilerine ve jinekolojik muayene yaptırma durumlarına yönelik olarak; yaş, eğitim durumu, gelir getiren iş, medeni durum, jinekolojik şikâyetler ve jinekolojik muayene yaptırma ile ilgili toplam 25 soru ve jinekolojik muayene yaptırmama nedenleri konusunda toplam 46 maddeden oluşmuştur. Araştırmaya katılanlar öz-bildirim şeklinde formları doldurduktan sonra veriler SPSS 22.0 istatistik programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde frekans dağılımı, khi-kare testi, varyans analizi, tukey testi ve iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanılmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, kadınların, yaş ortalamalarının 34.91 ± 11.00 olduğu, %72.3'ü evli, %21.1' nin bekar olduğu, görülmektedir. Kadınların %35.9'nun jinekolojik muayene yaptırdığı belirlenmiştir. Kadınların %37.5'i sıkıntıları dayanılmaz olduğunda, 35.9'u düzenli olarak, %26.6 'sı herhangi bir şikâyeti olduğunda jinekolojik muayene olduğunu ifade etmiştir. Kadınların düzenli jinekolojik muayene yaptırma durumu ile sağlık çalışanı tarafından önemsendiğini düşünen, mahremiyetine dikkat edildiğini ve olumsuz tutum sergilemediğini düşünen kadınlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$).

Anahtar Kelimeler: Jinekolojik kanser, erken tanı ve tarama, jinekolojik muayene.

ABSTRACT

THE FACTORS EFFECTING WOMEN ON GYNAECOLOGICAL EXAMINATION AGAINST GYNAECOLOGICAL CANCER PREVENTION

SEVTAP KANI

Master Thesis

Midwifery Department

Supervisor: Assist. Prof. Dr. Mine BEKAR

2019, 88 pages

This study was conducted as a descriptive study to identify some factors that affect women's gynecological screening for cancer prevention.

The researcher's sampling consisted of 560 women who came to the Kiraz No.1 Family Health Center between 01 July and 30 September 2013 for the examination and agreed to participate in the study. The data were collected by using data collection forms which were prepared based on literature and expert opinions. These forms were consisted of a total of 25 questions and 46 subjects related to age, educational status, income-earning work, marital status, gynecological complaints and gynecological examinations, and reasons for not having gynecological examinations with intention for personal identification of the participants and their gynecological examination routines. All data gathered by participants' filling out forms by self-report, were assessed by SPSS 21.0 statistical program. In the evaluation of the data, frequency distribution, chi-square test, variance analysis, tukey test and significance test of difference between two means were used.

According to the results obtained from the study, the average age of the women was 34.91 ± 11.00 , 72.3% of them were married and 21.1% were single. 35.9% of the women were having gynecological examination regularly. Among 35.9% women who were having regular gynecological examination: 26.6% were having gynecological examination in case of any complaint, 37.5% were having gynecological examination if medical issues were irresistible, The difference was statistically significant between having regular gynecologic examination and the ones who were thought that they were considered by the healthcare worker, and who thought that their privacy were considered important and who were not exposed to any negative attitude from the healthcare worker ($p < 0.001$).

Key words: Gynecological cancer, early diagnosis and screening, gynecological examination

İÇİNDEKİLER

| | <u>Sayfa No</u> |
|---|-----------------|
| İÇ KAPAK | i |
| ONAY | ii |
| YÖNERGE | iii |
| TEŞEKKÜR | iv |
| ÖZET | v |
| ABSTRACT | vi |
| İÇİNDEKİLER | vii |
| ŞEKİLLER DİZİNİ | x |
| TABLolar DİZİNİ | xi |
| KISALTMALAR DİZİNİ | xii |
| | |
| 1. GİRİŞ | 1 |
| 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi..... | 1 |
| 1.2. Araştırmanın Amacı..... | 5 |
| | |
| 2. GENEL BİLGİLER | 6 |
| 2.1. Sağlığın Tanımı..... | 6 |
| 2.2. Kadın Sağlığı..... | 7 |
| 2.3. Kanserin ve Jinekolojik Kanserlerin Dünyada ve Türkiye’deki İnsidansı..... | 8 |
| 2.4. Jinekolojik Kanserlerin Risk Faktörleri..... | 9 |
| 2.5. Jinekolojik Kanserler..... | 11 |
| 2.5.1. Serviks Kanseri..... | 11 |
| 2.5.1.1. Tanı ve Patogenez/ Moleküler Biyolojisi..... | 12 |
| 2.5.1.2. Tedavi..... | 12 |
| 2.5.2. Endometrium Kanseri..... | 13 |
| 2.5.2.1. Tanı ve Patogenez/ Moleküler Biyolojisi..... | 14 |
| 2.5.2.2. Tedavi..... | 14 |
| 2.5.3. Yumurtalık (Over) Kanseri..... | 15 |
| 2.5.3.1. Tanı ve Patogenez/ Moleküler Biyolojisi..... | 15 |
| 2.5.3.2. Tedavi..... | 15 |
| 2.5.4. Vulva Kanseri..... | 16 |

| | |
|--|-----------|
| 2.5.5. Vajina Kanseri | 16 |
| 2.6. Jinekolojik Kanser Belirtileri | 17 |
| 2.6.1. Serviks kanseri belirtileri: | 17 |
| 2.6.2. Endometriyum kanseri belirtileri: | 17 |
| 2.6.3. Over kanseri belirtileri: | 18 |
| 2.7. Jinekolojik Kanselerde Tarama Ve Erken Tanı Uygulamaları | 18 |
| 2.8. Jinekolojik Muayeneyi Etkileyen Faktörler | 19 |
| 2.9. Jinekolojik Muayene Öncesinde Ebenin Rollerini | 20 |
| 2.10. Olumsuz Jinekolojik Muayene Deneyiminin Sonuçları | 21 |
| 2.11. Jinekolojik Muayenedeki Önerilen Yaklaşımlar | 21 |
| 2.12. Jinekolojik Muayeneye İlişkin Araştırma Sonuçları | 21 |
| 2.13. Jinekolojik Kanselerden Korunma Ve Önlemler | 22 |
| 2.14. Jinekolojik Sağlıkta, Korunmada Ve Taramada Ebenin Rollerini | 24 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM | 26 |
| 3.1. Araştırmanın Tipi | 26 |
| 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer | 26 |
| 3.3. Araştırmanın Evreni\Örnekleme | 26 |
| 3.4. Verilerin Toplanması | 26 |
| 3.4.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması | 26 |
| 3.4.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması | 26 |
| 3.4.3. Verilerin Değerlendirilmesi: | 27 |
| 3.4.4. Araştırmanın Etik Yönü | 27 |
| 4. BULGULAR | 28 |
| 5. TARTIŞMA | 41 |
| 6. SONUÇ ve ÖNERİLER | 52 |
| 6.1. Sonuç | 52 |
| 6.2. Öneriler | 53 |
| 7. KAYNAKLAR | 57 |

| | |
|---|----|
| EKLER | 69 |
| EK 1. Soru Formu | 69 |
| Ek 2. Etik Kurul Karar Formu..... | 75 |
| Ek 3. Bilgilendirilmiş Onam Formu | 78 |



ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1. Sağlığın bileşenleri diyagramı 6



TABLolar DİZİNİ

| | <u>Sayfa No</u> |
|---|-----------------|
| Tablo 1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı | 28 |
| Tablo 2. Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerinin Dağılımı | 30 |
| Tablo 3. Kadınların Jinekolojik Muayene Yaptırma Hakkında Bilgi Durumlarının Dağılımı | 31 |
| Tablo 4. Kadınların Düzenli Jinekolojik Muayene Yaptırmama Nedenlerine Göre Dağılımı | 32 |
| Tablo 5. Kadınların Yaş Özellikleri İle Düzenli Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumlarının Dağılımı..... | 33 |
| Tablo 6. Kadınların Sağlık Güvencesi ve Ekonomik Durumları ile Düzenli Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumlarının Dağılımı..... | 34 |
| Tablo 7. Kadınların Cinsel Yaşamı ile Düzenli Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumlarının Dağılımı..... | 34 |
| Tablo 8. Kadınların İlk Cinsel İlişki Yaş Özellikleri ile Düzenli Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumlarının Dağılımı | 35 |
| Tablo 9. Kadınların Sağlık Durumu ile Düzenli Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumlarının Dağılımı..... | 35 |
| Tablo 10. Kadınların Sigara ve Alkol Kullanımı ile Düzenli Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumunun Dağılımı | 36 |
| Tablo 11. Sağlık Çalışanı Tutumları ile Kadınların Düzenli Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumunun Dağılımı | 36 |
| Tablo 12. Kadınların Jinekolojik Kansere Karşı Görüşleri ile Düzenli Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumunun Dağılımı | 37 |
| Tablo 13. Kadınların Jinekolojik Muayene Yapacak Hekimin Cinsiyetine Yaklaşımı ile Düzenli Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumunun Dağılımı..... | 38 |
| Tablo 14. Kadınların Önceki Muayene Deneyimleri ve Koşulları ile Düzenli Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumu ile İlişkisi..... | 38 |
| Tablo 15. Kadınların Jinekolojik Muayene Önemi ve Jinekolojik Muayene ile İlgili Görüşleri ve Düzenli Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumunun Dağılımı | 39 |

KISALTMALAR DİZİNİ

| | |
|---------------|---|
| ABD | Amerika Birleşik Devletleri |
| ACOG | American College of Obstetrics and Gynecology |
| ACS | American Cancer Society |
| AIDS | Acquired Immune Deficiency Syndrome |
| BKI | Beden Kitle İndeksi |
| BRCA 1 | Breast Cancer Susceptibility 1 |
| BRCA 2 | Breast Cancer Susceptibility 2 |
| BSO | Bilateral Salpingo Oofektomi |
| BT | Bilgisayarlı Tomografi |
| EGFR | Epidermal Büyüme Faktörü |
| CIN | Cervical Intraepithelial Neoplasia |
| CYBH | Cinsel Yolla Bulaşan Hastalılar |
| DES | Diethylstilbestrol |
| DNA | Deoxyribonucleic Acid |
| DSÖ | Dünya Sağlık Örgütü |
| ECC | Endoservikal Küretaj |
| FA | Fiziksel Aktivite |
| FDA | Food and Drug Administration |
| FIGO | International Federation of Gynecology and Obstetrics |
| GİS | Gastrointestinal |
| HIV | Human Immunodeficiency Virus |
| HPV | Human Papilloma Virus |

| | |
|----------------------|--|
| HRT | Hormon Replasman Tedavisi |
| HNPCC | Kalıtısal NonPolipozis Kolorektal Kanser |
| HSV 2 | Herpes Simplex Virus 2 |
| HSIL | High Grade Cervical İntraepithelial Lesion |
| IARC | Uluslararası Kanser Araştırma Kurulu |
| KKMM | Kendi Kendine Meme Muayenesi |
| KKVM | Kendi Kendine Vulva Muayenesi |
| LEEP | Loop Electrosurgical Excision Procedure |
| LSIL | Low Grade Cervical İntraepithelial Lesion |
| MRG | Manyetik Rezonans Görüntüleme |
| OKS | Oral Kontraseptif |
| PAP | Papanicolaou |
| PCOS | Polikistik Over Sendromu |
| RIA | Rahim İçi Araç |
| SGM | Sağlığı Geliştirme Modeli |
| SHBG | Seks Hormon Bağlayıcı Globulin |
| SMRP | Soluble Mesathelin-Related Protein |
| SYBD | Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları |
| USG | Ultrasonografi |
| TAH | Total Abdominal Histerektomi |
| VIN | Vulvar İntraepithelial Neoplasia |
| n | Sayı |
| X² | Khi-Kare |

> Büyüktür

< Küçüktür

% Yüzde



1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kadın sağlığı “ intrauterin dönem öncesinden yaşam boyu tüm sağlık durumu” olarak bir bütün halinde geniş bir şekilde değerlendirilmektedir. Kadınların fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel ve spiritüel gereksinimlerine odaklanan kadın sağlığı alanında, üreme sağlığı ve üreme organları hastalıkları önemli bir yer tutmaktadır (Eroğlu, 2014., Taşkın, 2003). Kadın sağlığının durumu biyolojik, fizyolojik, genetik, bireysel özellikler, doğurganlık davranışları, gebelik, doğum, abortus, kontrasepsiyon, sosyal, kültürel, sağlık sistemi ve hizmetleri ile ilgili faktörler, toplumsal statü, eğitim, ekonomi, toplumsal cinsiyet, aile, psikolojik durum ve davranışlar, ulaşılabilirlik, nitelik, uzaklık gibi bir çok faktörden etkilenmektedir (İlçioğlu, 2017., Akın, 2015., Özbaş, 2010). Kadın sağlığının korunması yalnızca kişisel olarak kendilerinin değil, aynı zamanda eş ve çocuklarının dolayısıyla ailenin ve toplum sağlığının da korunması anlamına gelmektedir.

2017 TÜİK verilerine göre, ölümlerin %29'unu 65 yaş altı ölümler oluşturmaktadır ve her 5 ölümden 1'i kanserden kaynaklı olmaktadır (http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2017_24_20170504.pdf). Dünya genelinde yılda 14.1 milyon kanser tanısı konulmakta ve 8.2 milyon insan kanserden dolayı yaşamını yitirmektedir. Tüm insanlığı etkileyen kanser; dil, yaş, din, cinsiyet ve ırk ayrımı yapmamaktadır. Süregelen bu durumun aynı şekilde devam etmesi durumunda, 2030 yılında 22 milyon yeni kanser olgusu ile karşılaşılacağı, bu olguların çoğunluğunun az gelişmiş ülkelerde olacağı ve 2008 verilerine istinaden yeni olguların %75 oranında artış göstereceği tahmin edilmektedir. Türkiye' de güncel resmi rakamlara göre yılda yaklaşık 163.500 yeni kanser vakası teşhis edilmekte ve günde yaklaşık 450 kişi kanser teşhisi almaktadır (Türkiye Kanser İstatistikleri, 2017).

Kanserler, ölüm nedenleri incelendiğinde dünyada kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer almaktadır. Jinekolojik kanserler kadının genital organlarının malign hastalıkları olmakla birlikte, sağlık için kritik öneme sahip hastalıklar arasındadır. Jinekolojik kanserler kadınlarda görülen kanser türleri içerisinde ilk sıralarda yer almaktadır. Jinekolojik kanserlerin dağılımı, görülme sıklığı ve çeşitliliği ülkelerin gelişmişlik seviyelerine bağlı değişim göstermektedir. Uluslararası Kanser Ajansı (IARC) tarafından açıklanan Globocan 2012 bilgilerine göre, kadınlarda

daha çok karşılaşılan beş kanser sıralamasında Dünya’da ilk sırada meme kanseri, üçüncü sırada uterus serviksi, beşinci sırada uterus korpusu yer almakta olup, Türkiye’de ilk sırada meme kanseri, dördüncü sırada uterus korpusu yer almaktadır. Endometriyum, serviks ve over kanserleri jinekolojik kanserler içerisinde bulunmaktadır. Jinekolojik kanserler dünya sıralaması; serviks, over ve endometriyum sırasıyla birbirini takip etmektedir. Türkiye de bu sıralama endometriyum, over ve serviks kanseri olarak görülmektedir. (Ferlay, 2013 Kanser Raporu., Dal, 2017., Kaya ve ark., 2017., The Global Cancer Observatory, 2019).

Kanser vakaları ile sık karşılaşılması, mortalite ve morbilite değerlerinin yüksek olması, tedavi maliyeti, süresi ve yan etkileri nedeni ile modern çağın en önemli sağlık sorunudur. Bu yüzden kanserlerden koruma öncelikle ele alınması gereken bir konudur. Primer korumada öncelik risk faktörlerine yönelik olmaktadır. Tüm kanserlerin kendine özgü risk faktörleri bulunmaktadır. Jinekolojik kanserlere yönelik risk faktörleri bireye özgü ve kanserlerin türüne özgü değişebilmektedir. Genel olarak jinekolojik kanserler, yaş, eğitim yetersizliği, genetik yatkınlık, çok sayıda doğum yapma, kabul görmeyen gebelikler, isteyerek yapılan düşükler, yineleyen düşükler, prenatal ve postnatal hizmet eksiklikleri, adölesan dönemde evlenme, geçirilmiş enfeksiyon öyküsü, cinsel temas ile bulaşan enfeksiyonlar, hormonal, kişisel ve çevresel faktörler, sosyo ekonomik seviye gibi risk faktörlerinden etkilenmektedir. Tüm bu risk faktörlerine bağlı jinekolojik sorunlar kadınların yaşamında tehdit oluşturan sağlık problemleri olarak ortaya çıkmaktadır. Sekonder koruma risk gruplarına yönelik tarama yapılmasıdır. Kanserinin erken dönemde tanılanabilmesi, toplum açısından kanserlerle ilgili en kritik durumdur. Kanserinin erken dönemde tanıldığı toplumlarda, kanser mortalitesi daha düşük olmaktadır. Orta/düşük gelirli ülkelerde sayısı gittikçe yükselen kanser vakalarından dolayı erken teşhis için tarama programlarının planlanması mecburi durum olmuştur. Tarama programlarının maliyetinin düşük olduğu mortalite ve morbiditeyi düşürdüğü bilinmektedir (Kanser Erken Tanı ve Tarama Grubu Raporu, 2008., Şahin, 2009., Erdem ve ark, 2017., Dal, 2017.,).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Kanser Kontrolü Komponentleri, kanserlere karşı; önleme, erken tanı, teşhis-tedavi, palyatif bakım hizmetlerinin bir bütün içerisinde yürütülmesini kapsamaktadır. DSÖ jinekolojik kanserlerin önlenmesi ve erken tanı tedavi ile morbiditenin ve mortalitenin azalacağına dikkat çekmektedir (Dal, 2017). Jinekolojik muayene yaptırma, jinekolojik kanserlerin erken tanılanmasını, kadınların

kendi sağlıkları ile ilgili bilgilenmesini, sağlık hizmetlerinden yararlanmasını sağlamaktadır (Özbek, 2006). Kadınlarda jinekolojik kanserler konusunda farkındalık oluşturulması gerektiği düşünölmektedir.

Jinekolojik kanserlerden korunma davranışlarının (Pap smear yaptırma, periyodik jinekolojik muayene vb.) farklı költürlere, gruplara ve sosyodemografik özelliklere göre değişebileceği bilinmektedir (Gücük ve ark. 2011).

Dünyada ve ölkemizde yapılan çalışmalara yoksulluk, tanı ve tedavi olanaklarına ulaşamama, maliyet, düşük eğitim düzeyi, bilgi eksikliği sağlığa ve kanser taramasına yönelik davranış ve tutumları olumsuz olarak etkileyen faktörlerdir. Sağlığa yönelik davranışlar ve kanserler ile ilgili inançlar, yaşaam tarzlarıyla ilgili farklılıklardan, sosyal damgalamadan (stigma), toplumdaki üreme alışkanlıkları ve seksüel uygulamalar konusundaki inanç ve tutumlardan da etkilenmektedir (Çam, 2006). Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı olmak için inandığı ve yaptığı herhangi bir faaliyeti ve sağlıklı olduğu zaman hastalığı önleyici davranışı olarak tanımlanmaktadır (Tanrıverdi, 2011). Davranış değişimi başarması ve sürdürölmesi zor, kompleks bir süreç olmaktadır. Doğru sağlık bilgilerini paylaşmak, kişileri doğru sağlık davranışına yönlentmemektedir. Bilginin hedef gruba en iyi düzeyde kazandırılması, paydaşların bilişsel örüntülerinin seviyesiyle orantılı olmaktadır. Çağımızın karmaşık yapıdaki modern toplumunda bilişsel yönlendirmelere hazırlık ve yeterlik bakımından iletişimin başarisı kişilerin biyolojik, sosyal, költürel, fiziksel ve ekonomik nitelikleriyle birebir bağlantılı olmaktadır. Bu yönden sağlık profesyonelleri kişilerin pozitif sağlık davranış ve tutumlarını desteklerken, kişilerin psikolojik, sosyal ve költürel etkenlerinin tümüyle karşı karşıya gelmektedir (Özmen, 2004). Birçok ölkede yapılmış çalışmalara göre, kanser tarama programlarına katılım düzeyini yükseltmek için, psikolojik ve sosyoköltürel faktörleri kapsayan multifaktöriyel bir yaklaşımın oluşturulmasının önemli olduğu belirtilmiştir. Sosyoköltürel yapıyı kapsayan bilgi, inanç ve tutumlar kişilerin kanser tarama programlarına katılımında önemli faktör olmaktadır. Kadınların sağlık inançları ve uygulamalarının buldukları sosyoköltürel yapı kapsamında değerlendirilmesi gerekmektedir. Bundan dolayı erken tanı için yapılan kanser tarama hizmetlerinin kişilerin psikolojik ve sosyoköltürel gereksinimlerine yönelik bir yapı içinde sağlanması önemli olmaktadır (Thomas, 2004). Literatür bilgilerine göre, kaderci düşünmenin de sağlığa yönelik tutumları ve kanser tarama davranışlarını engel oluşturan etmenlerden olduğu görölmüştür. Kaderci düşünce yapısının sahip kadınlar,

var olan kaderlerine müdahale edemeyecekleri inancıyla tarama testlerini yaptırmamaktadır (Holdroy ve ark. 2004). Kanser hayatı tehdit eden ve tam anlamıyla korkutucu bir hastalıktır. Bu bakımdan kadınlar taramanın beklenmeyen bir hastalık haberinin alınmasına neden olabileceği düşüncesiyle de tarama yaptırmaktan kaçınabilmektedir (Çam, 2006).

Jinekolojik muayene sırasında rahatsızlık veren unsurlar genç yaşta ve deneyimle ilgili güçlü negatif duygusal kişilik ilişkisi olduğu ayrıca şimdiki seksüel yaşam ile ilgili memnuniyetsizlik, seksüel istismar hikâyesi ve cinsel alışkanlıkların hikâyesi, depresyon, anksiyete ve uykusuzluk gibi mental sağlık problemlerinin önemli ölçüde rahatsızlık ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Jinekologların muayeneden önce iletişim sorunlarını değerlendirilip kişilerin duygusal durumu üzerine odaklanmaları gerekmektedir (Hilden, 2003).

Jinekolojik kanserlerde erken tanı davranışlarında jinekolojik muayene, birçok faktörden etkilenmektedir. Kadınlar jinekolojik muayene olmayı önemsemekte, sağlık kuruluşlarının bu konuda sistematik bir düzen içerisinde çalışmadığını belirtmektedir (Bolsoy, 2000). Kadınların erken tanı davranışlarını engelleyen faktörler ortadan kaldırılırsa kanserin erken tanınması mümkün olabilecektir. Jinekolojik kanserlerin erken tanısı, etkili ve yaygın bir tarama programının yürütülmesi kadın sağlığı açısından önem taşımaktadır.

Sağlık bakım sistemi içerisinde önemli bir yere sahip sağlık profesyonelleri olan ebe ve hemşirelerin, kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Ebe ve hemşirenin vajinal muayene öncesinde ve sırasında kadın ile etkili iletişim kurma, ilgili davranma, uygulanan işlemler ve durumu hakkında açıklama yapma, bilgi verme, kullanılan aletleri nazikçe uygulama, saygılı davranma, bireysel yaklaşım, mahremiyete önem verme gibi rahatlatıcı yaklaşımları kullanmaları gerekmektedir. Bu yaklaşımlar kadınların vajinal muayene sırasında yaşadıkları olumsuz deneyimleri azaltabilmektedir (Güneş, 2018). Jinekolojik kanserlerden birincil koruma, ebelerin ve sağlık profesyonellerinin (doktor, hemşire vb.) temel sorumluluklarından biri olan sağlık eğitimini, danışmanlığını ve kadınların bilinçlendirilerek farkındalık geliştirilmesini vb. içermektedir. Ebelerin ve sağlık profesyonellerinin jinekolojik kanserlerden korunmada erken tanı hakkında kendi bilinç düzeyleri, sosyo-kültürel yapıları, mahremiyet algıları, tutum ve davranışları, deneyimleri vb. etki olmaktadır. Toplum ve bireyle sürekli iletişimde bulunan ebeler ve

sağlık profesyonelleri jinekolojik muayene prosedürü hakkında bilgi vererek, sağlık danışmanlığı yaparak ve uygun veri toplayarak bireyleri doğru sağlık alışkanlıkları konusunda bilgilendirmelidir. (Mete, 1998). Bunun yanında bireylere düzenli sağlık taramalarının ve prognozu etkileyen erken tanının önemi vurgulanmalıdır. Bütün bu çalışmaların daha etkili olabilmesi için ebelerin ve sağlık profesyonellerinin bu alanda yeterli bilgiye sahip olmaları, yetkin olmaları, bireylerin sahip oldukları risk faktörlerini tanımları, güncel gelişmeleri izlemeleri ve bu bilgileri uygulamaya aktarmaları gerekmektedir. Böylece bireylerin sağlığı geliştirici davranış kazanmalarında etkili olarak yaşam kalitesini artırma yönünde bilinçli seçimler yapmaları sağlanabilir. Kadınların kanserlerden korunmaya yönelik jinekolojik muayene yaptırmalarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi sağlık hizmetlerinin planlanmasında, uygulanmasında ve sağlık çalışanlarının nitelikli, bireysel, bütüncül bakım vermesinde katkı sağlaması açısından önem taşımaktadır (Altay ve ark. 2012).

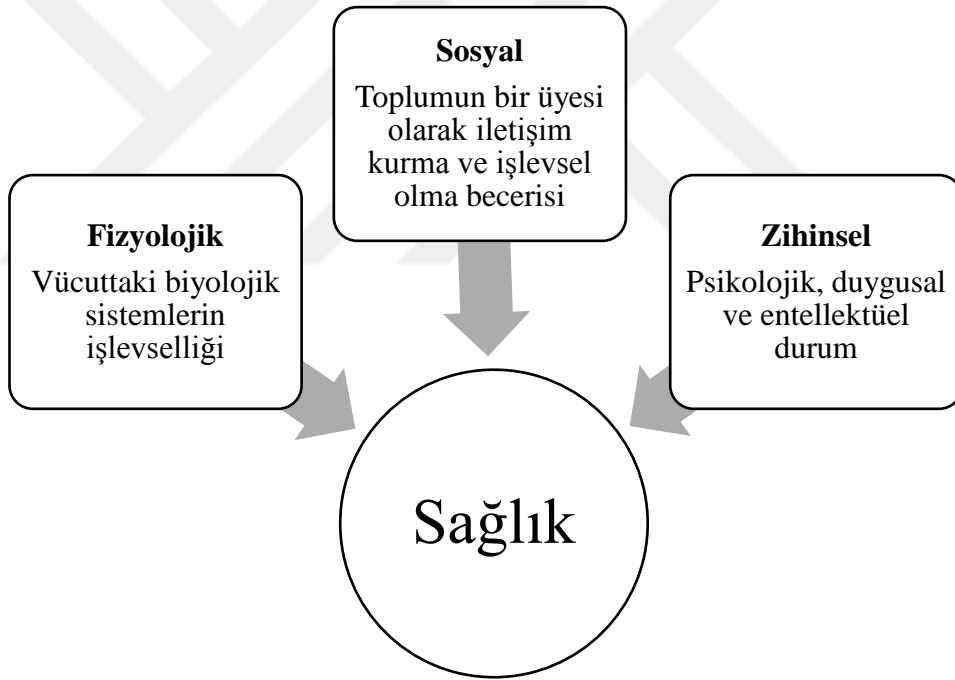
1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı kadınların kanserden korunmaya yönelik olarak jinekolojik muayene yaptırmalarını etkileyen bazı faktörleri belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Tanımı

Sağlık kavramı, tanımı açısından belirsizlik içerisindedir bunun nedeni çok boyutlu, karmaşık ve bazen ifade edilmesinin güç olmasından kaynaklanmaktadır. Bununla birlikte, çeşitli bilim adamları, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından verilen tanım dışında da bir kavramı tanımlamışlardır. Sağlık ilk tanımı olmamasına rağmen, DSÖ'nün tanımı başlangıç noktası olmuştur çünkü nispeten eskidir ve sağlık anlamındaki tartışmaların merkezinde yer almaktadır. DSÖ (1948), sağlığı sadece hastalık ve zayıflığın yokluğunu değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal refahın tam olduğu bir kavram olarak tanımlamıştır. Tanım bütüncül ve sağlığın birbiriyle ilişkili üç ana bileşenini sunmaktadır. Bu bileşenlere dair diyagram şekil 1 'de gösterilmektedir (Jadad, 2008).



Şekil 1. Sağlık bileşenleri diyagramı (Jadad, 2008)

Fizyolojik ya da fiziksel sağlık; basit bir tanım ile homeostazın korunmasını ifade etmektedir. Fiziksel sağlık, genellikle vücuttaki bir rahatsızlığa bağlı bir kavramdır. Daha genel bir ifade ile de hastalık, vücut sistemi içerisindeki bir bozukluğu veya zararlı organizmaların (virüs, bakteri veya parazit gibi) intrüzyonunu belirtmektedir. Bu durum etkilenen bireyde bir bozulmaya (çöküşe) neden olmaktadır.

Bu fizyolojik yönü, sağlığın belirlenmesinde en önemli biyomedikal kriter olmaktadır (Jadad, 2008).

Sosyal sağlık; insan sağlığının davranışsal yönünü temsil etmektedir. Toplumun bir üyesi olmak, sosyal etkileşim ağında olmak, sosyal rol ve beklentileri yerine getirmektir. Bir kişi sosyal ağda aktif değilse, sosyal patolojinin bir biçimini temsil etmektedir. Bir anormallik ki bu toplumun norm ve değerlerinde bir ihlal anlamına gelmektedir. Toplum da ruhsal boyutu içermektedir. Ruhsal yön, gerçeklik ve ilahi dünyaya bağlanarak bireye kişisel olabilmektedir (Jadad, 2008).

Zihinsel sağlık, bireyin psikolojik, duygusal ve zihinsel durumunu göstermektedir. Duygusal ilgisizlik, sabitlenme ve uyumsuz kişilik, hastalığın bir parçasını oluşturmaktadır. Huber ve ark. (2011) sağlığın zihinsel yönünün, herhangi bir koşulun anlaşılabilirliğini, yönetilebilirliğini ve anlamlılığını arttıran öznel durumları içeren bir "tutarlılık duygusu" nu ifade ettiğini gözlemlemiştir.

2.2. Kadın Sağlığı

Tarihsel olarak, kadın sağlığı, sağlık literatürün'de ve politikasında büyük oranda kadın üreme sistemi açısından veya osteoporoz, meme kanseri gibi hem kadınlara özgü hem de en yaygın olarak kadınlarda görülen bu hastalıklar açısından tanımlanmıştır. Cinsiyetin biyolojik özellikleri, erkek ve kadın sağlığındaki önemli farklılıkları açıklayabilmektedir. Son on beş yıldaki araştırmalar, pek çok seviyedeki cinsiyet farklılıkları üzerinde, çok sayıda sonuç vermiştir (Wizemann ve Parude, 2001). Örneğin, hastalığın insidansı, semptomları ve prognozunda (HIV / AIDS ve kardiyovasküler hastalık gibi) kadın ve erkek arasında farklılıklar olduğuna dair artan kanıtlar vardır ve artık kadınların ve erkeklerin bazı ilaçları farklı şekilde metabolize ettiği bilinmektedir ve kardiyovasküler vakalar gibi bazı durumlarda, farklı tedavi edilmektedir. Bununla birlikte, tıp araştırmalarında ve sağlık hizmetlerinde standart olarak erkeklerin tarihsel yaygınlığı, kadınların hastalık ve sağlık deneyimlerinin sıklıkla reddedildiği ve yok sayıldığı anlamına gelmektedir. Bu kadınlar ve kadın sağlığı için iki anlama gelmektedir. Birincisi, sağlık ve hastalık araştırmalarının sonuçları yalnızca nüfusun belli bir kısmına uygulanabilir olması açısından kısmi olarak düşünülebilir ve ikincisi kadın sağlığı üzerine yapılan araştırmaların büyük çoğunluğu üreme sistemi üzerine yoğunlaşmıştır ve bu yaklaşım örneğin adet sorunlarını ve çocuk doğumunu tıbbi problemler olarak görülmesiyle sonuçlanmıştır. 1998'de Dünya Sağlık

Örgütü'nün cinsiyet üzerine yaptığı çığır açıcı çalışma, cinsiyeti kadın sağlığına bakmak için önemli bir objektif olarak tanımlamıştır. Cinsiyetin sağlık durumunu ve sağlık hizmetlerini nasıl etkilediğini anlatmıştır ve kadınlar için sağlık politikalarının yalnızca kadınların sağlık ihtiyaçlarını karşılamamanın ötesine geçmesi gerektiğini ve bu yönde kadınların eşitliğine hitap etmesine ve mevcut cinsiyet rollerine ve stereotiplerine meydan okuması gerektiğini savunmuştur (Jadad, 2008). Davranışsal belirleyicilerin erkekler üzerinde daha büyük bir etkisi olurken, sosyal, yapısal ve psikososyal belirleyicilerin kadınlar üzerinde daha büyük bir etkisi olduğu öne sürülmüştür (Denton ve ark., 2003). Bu ve diğer araştırmalar, cinsiyet ve toplumsal cinsiyetin nasıl etkileşim içinde olduğunu ve toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadınların bireysel ve toplu sağlığını nasıl şekillendirdiğini anlamaya büyük katkıda bulunmuştur. Kadınlar arasındaki sağlık farklılıklarının nedenlerinin kadınların hayatlarını etkileyen ekonomik, politik, tarihi ve sosyal bağlamlara dayandığı tanımına bağlı olarak kadın sağlığına bütünsel bir yaklaşımda bulunmak için bir sistem geliştirilmiştir. Kadınlar homojen bir grup değildir. Onların farklı kimlikleri ve yaşam koşulları hem sağlıkları hem de sağlık hizmetleri politikası ve hükümlerine tepkileri üzerinde etkisi bulunmaktadır. Geçerli olan sağlık ve sağlık hizmetleri modeli tüm kadınları aynı şekilde tedavi ettiğinde ve örneğin kadınların hizmetlere erişimindeki farklılıkların sonuçlarını görmezden geldiğinde farklılık bir dezavantaj haline gelebilmektedir (Govender, 2008).

2.3. Kanserin ve Jinekolojik Kanserlerin Dünyada ve Türkiye'deki İnsidansı

Yirmi yedi ana kanser türünü ve 2012 için bir araya getirilmiş tüm kanserleri kapsayan dünya çapında insidans ve mortalite tahminleri, Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı'nın GLOBOCAN serisinde mevcuttur. Buna göre genel olarak, 2012 yılında kanser ile ilgili olarak 14.1 milyon yeni vaka ve 8.2 milyon ölüm olmuştur. En yaygın olarak teşhis edilen kanserler akciğer (1.82 milyon), göğüs (1.67 milyon) ve kolorektal (1.3 milyon) kanser türleridir. Kanser ölümlerinin en sık nedenleri olarak ise akciğer kanseri (1,6 milyon ölüm), karaciğer kanseri (745.000 ölüm) ve mide kanseri (723,000 ölüm) şeklinde tespit edilmiştir (Ferlay, 2015).

Gelişmekte olan ülkelerde (melanom dışı cilt kanseri hariç) tüm kadın kanserlerin yaklaşık 1/5'i jinekolojik bir kanserdir. Gelişmekte olan ülkelerde jinekolojik kanser yükü, öncelikle servikal kanserin yüksek insidansı ve mortalitesi nedeniyle büyüktür. Güncel teknolojiler tarafından önlenabilir olmasına rağmen, servikal kanser gelişmekte olan ülkelerde jinekolojik kanser yükünün % 60'ından

fazlasını oluşturmaktadır. Bu, gelişmekte olan ülkelerin çoğunda etkili ulusal olarak organize edilmiş tarama programlarının olmamasından kaynaklanmaktadır. Bu nedenle, bu tür programların kurulumu, bu ülkelerdeki jinekolojik kanser yükünü önemli ölçüde azaltma potansiyeline sahiptir. Papilloma virüsü (HPV) aşısı ve HPV tiplendirmesinin yanı sıra asetik asitle yapılan görsel inceleme gibi ucuz tarama teknikleri bu ülkelerde serviks kanserinin etkili bir şekilde önlenmesinde anahtar rol oynamaktadır. Bunun nedeni, gelişmekte olan ülkelerdeki hastaların önemli bir kısmının yoksulluk nedeniyle mevcut birkaç koruyucu, tanı ve tedavi hizmetine erişememesi ve bunlardan faydalanamamasıdır (Iyoke, 2013). Gelişmekte olan ülkelerde jinekolojik kanserlerin yükü büyük görünmektedir. Bu ülkelerde jinekolojik kanserler, gelişmiş dünyada 65 yaşına kadar olan kadınlarda teşhis edilen tüm yeni kanserlerin % 25'ini oluşturmaktadır. Yakın tarihli bir rapora göre gelişmekte olan ülkeler, 2009 yılında servikal, korpus ve yumurtalık kanseri gibi en sık görülen jinekolojik kanser vakaları için, küresel anlamda 820265'ini (% 77.7) oluşturmuştur. Bu gelişmekte olan ülkelerde 6.8 milyon kanser vakasının % 12,1'ini oluşturmaktadır (Iyoke, 2013).

Gültekin ve ark. (2017) 'nın güncel bir araştırmasına göre 2009-2013 yılları arasındaki ulusal kanser verilerine dayanarak Türkiye'deki 16023 jinekolojik kanserli olgu, insidans açısından değerlendirilmiştir. Buna göre, tüm jinekolojik kanserlerin ortalama insidansı 22.7 iken, 2009 ve 2013 yılları arasında 100.000 kişi başına toplam kadın kanser sayısı 162.6 olarak bulunmuştur. Böylece yılda toplam 60.434 yeni kadın kanser vakası ve 8437 yeni jinekolojik kanser vakası görülmektedir. En yaygın 3 jinekolojik kanser (servikal, uterus korpusu ve yumurtalık) için 2009-2013 yılları arasında ortalama insidans 100.000 başına 21.2 şeklindedir, bu da 7879 kadının her yıl jinekolojik kanser tanısı aldığı anlamına gelmektedir (7879 / 60.434, % 13). Türkiye'de kadın kanserlerinin insidansı (tahmini yıllık yüzde değişim, % 2.7) ve özellikle jinekolojik kanserler (tahmini yıllık yüzde değişim,% 1.9), 2009'dan 2013'e kadar yıllar içinde artış eğilimi göstermiştir. Ancak, bu artış eğilimlerinin hiçbiri, yıllık yüzde değişimini tahmin ederek değerlendirildiğinde yıllar içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmamıştır (Gültekin, 2017).

2.4. Jinekolojik Kanserlerin Risk Faktörleri

Human papilloma virüsü enfeksiyonu, genital bölgede siğillere neden olabilen bir enfeksiyondur. Ulusal Kanser Enstitüsü'ne göre, araştırmalar, serviks hücrelerindeki

HPV'nin neden olduğu değişikliklerin, özellikle genç kadınlarda, yavaş yavaş ve genellikle kendi başlarına geçtiğini göstermektedir.

HPV, 150'den fazla ilişkili virüslerden oluşan bir gruptur, bazıları ise yaygın bir şekilde siğiller olarak bilinen papilloma adı verilen bir büyüme türüne neden olur. Bazı HPV tipleri, yüksek riskli tipler olarak adlandırılır çünkü bunlar, kadınlarda serviks, vulva ve vajina kanseri, erkeklerde penis kanseri, anüs, ağız ve boğaz kanserleri dahil olmak üzere kansere güçlü bir şekilde bağlıdır. Yüksek riskli tipler arasında HPV 16, HPV 18, HPV 31, HPV 33, HPV 45 ve diğeri olarak bilinmektedir (Wardak, 2016).

Sigara içen kadınlarda, sigara içmeyenlere göre serviks kanseri riski iki kat daha fazladır. Sigara içmek ayrıca bağışıklık sistemini, HPV enfeksiyonlarıyla mücadelede daha az etkili hale getirmektedir. AIDS'e neden olan, insan immün yetmezlik virüsü (HIV), vücudun bağışıklık sistemine zarar verir ve kadınları HPV enfeksiyonları için daha yüksek risk altında tutar. Klamidya, üreme sistemini etkileyebilecek nispeten yaygın bir bakteri türüdür. Cinsel temasla yayılır. Bazı çalışmalarda kan testi sonuçları geçmiş veya günümüzdeki klamidya enfeksiyonunun kanıtlarını gösteren (normal test sonuçları olan kadınlarla karşılaştırıldığında) kadınlarda daha yüksek bir servikal kanser riskini belirtmektedir. Yeterince meyve ve sebze ile beslenmeyen kadınlar, serviks kanseri için risk altında olabilirler. Kilolu kadınlarda serviksin adenokarsinomu gelişmesi daha olasıdır. Oral kontraseptiflerin uzun süre kullanılmasının da servikal kanser riskini artırdığına dair kanıtlar vardır. Son zamanlarda yapılan bir çalışmada, daha önce rahim içi araç (RİA) kullanan kadınlarda servikal kanser riski daha düşük olduğu bulunmuştur. Bir yıldan az bir süredir RİA kullanan kadınlarda dahi, risk üzerine etkisi görülmüş ve RİA'ların çıkarılmasından sonra koruyucu etki devam etmiştir. Rahim ağzı kanseri, aile öyküsü olan, özellikle anne veya kız kardeşin serviks kanseri geçirmesi halinde, hastalığın gelişme olasılığı aile öyküsünün olmadığı kişilere göre 2 ile 3 kat daha fazla görülmüştür (Mwaka, 2016).

Yumurtalık kanseri gelişme riski yaşla birlikte artmaktadır. Yumurtalık kanseri, 40 yaşından küçük kadınlarda nadirdir. Çoğu yumurtalık kanseri, menopozdan sonra gelişir. Tüm yumurtalık kanserlerinin yarısı, 63 yaşın üzerindeki kadınlarda bulunur. Birçok araştırma bulgusuna göre obez kadınlar (vücut kitle indeksi en az 30 olanlarda) yumurtalık kanseri gelişme riski daha yüksek tespit edilmiştir. Bazı çalışmalar, fertilitite ilacı klomifen sitratın (Clomid®) bir yıldan uzun bir süre boyunca kullanılmasının, yumurtalık tümörleri gelişme riskini artırabildiğini bulmuştur. Bu ilaç sırasında hamile

kalmayan kadınlarda risk en yüksek tespit edilmiştir. Bununla birlikte infertil olan kadınlar, fertilité ilaçları kullanmasalar bile daha yüksek risk altında olabilmektedir (fertil kadınlara kıyasla). Son çalışmalar, menopoz sonrası östrojen kullanan kadınlarda yumurtalık kanseri gelişme riskinin arttığını göstermektedir. Risk, tek başına östrojen (progesteron olmaksızın) alan kadınlarda uzun yıllar (en az 5 veya 10) daha yüksek gibi görünmektedir. Artmış risk hem östrojen hem de progesteron alan kadınlar için daha az belirgindir. Yumurtalık kanseri, meme kanseri veya kolorektal kanserin aile öyküsü özellikle anne veya kız kardeşte mevcutsa (veya geçirmişse) bireyin yumurtalık kanseri riski artmaktadır. Yumurtalık kanseri için artan risk, annenin yanı sıra aynı zamanda babanın aile öyküsüne bağlı da gelebilmektedir. Yumurtalık kanserlerinin % 10'una kadarı, hastalığın gelişmesi için kalıtsal bir eğilimden kaynaklanır. Ayrıca bireyin meme kanseri öyküsü varsa, yumurtalık kanseri gelişme riski de artabilir. Bunun birkaç nedeni bulunmaktadır. Yumurtalık kanseri için bazı reproduktif risk faktörleri de meme kanseri riskini etkileyebilir. Güçlü bir meme kanseri aile öyküsü, BRCA1 veya BRCA2 genlerindeki kalıtsal bir mutasyondan kaynaklanabilmekte olup, bu mutasyonlar da yumurtalık kanserine neden olabilir (Salehi, 2008).

2.5. Jinekolojik Kanserler

2.5.1. Serviks Kanseri

Servikal kanser, kadınlarda üçüncü en sık görülen kanser türüdür. Bu kanser tipine dair küresel yükün %85'inden fazlası gelişmekte olan ülkelerde görülmekte ve bu oran tüm kadın kanserlerinin % 13'ünü oluşturmaktadır (Ferlay, 2013). Gelişmekte olan ülkelerde, mortalite oranı 10/10000 olup, gelişmiş ülkelerdekisinin üç katından fazladır (Smith, 2009). Serviks kanserinin en önemli nedeni kalıcı papilloma virüsü enfeksiyonu olmaktadır. İnsan papilloma virüsü (HPV), servikal tümörlerin % 99'unda, özellikle de HPV 16 ve 18 gibi onkojenik alt tiplerde tespit edilmektedir. Papanicolau smearları klasik birincil tarama tekniğinde kullanılırken, 2008'de ortaya çıkarılan HPV DNA testi gelişmiş ülkelerde yaygın kullanıma ulaşmıştır. Benzer şekilde gelişmekte olan ülkelerde de bu uygulama sayesinde ileri evre servikal kanserler ve ölümlerde önemli bir azalma meydana gelmiştir. HPV aşısı ile, özellikle büyük ölçekli aşuların uygulandığı gelişmiş ülkelerde, servikal kanser insidansının düşürülmesi beklenmektedir. Çoğu gelişmiş ülke, HPV aşularını rutin aşılama programlarına dâhil etmiştir ve 60 milyondan fazla doz, 2010 yılında, yaklaşık %70'lik bir koruma oranını garanti edecek şekilde zaten aşılama sağlanmıştır (Sankaranarayanan, 2009). Bununla

birlikte, servikal kanser halen gelişmiş ülkelerde önemli bir toplum sağlığı problemini temsil etmektedir. Avrupa'da her yıl, 54517 invaziv servikal kanser vakası tanısı konulmakta ve 24874 kadın bu hastalıktan ölmektedir (Sankaranarayanan, 2009).

2.5.1.1. Tanı ve Patogenez/ Moleküler Biyolojisi

DSÖ, serviksin epitelyal tümörlerinin üç kategorisini tanımaktadır: skuamöz, glandüler (adenokarsinoma) ve nöroendokrin tümörler ile farklılaşmamış karsinom da dahil olmak üzere diğer epitelyal tümörleri oluşturmaktadır. Skuamöz hücreli karsinomlar servikal kanserlerin % 10-15 'ini ve adenokarsinomlar yaklaşık %70-80'ini oluşturmaktadır. Erken servikal kanser genellikle asemptomatiktir, ancak lokal ileri evrede, hastalık anormal vajinal kanama da dahil olmak üzere cinsel birleşme sonrasında da içeren boşaltım, pelvik ağrı ve disparüni gibi semptomlara neden olabilmektedir. Brüt görünüm değişkendir. Karsinomlar, yüzeyden büyüyen ekzofitik olabilmekte veya minimal yüzey büyümesiyle stromalin filtrasyonlu endofitik olabilmektedir. Bazı erken kanserler farkedilmeyebilir ve hatta derin invaziv tümörler, kapsamlı muayene sırasında aldatici olabilmektedir. Muayene zor ise ya da vajinal / parametrial tutulum konusunda belirsizlik varsa, bir radyoterapist ile birlikte anestezi altında yapılması gerekmektedir. Papiller tümörler daha çok adenokarsinomları oluşturmaktadır.

HPV, serviks kanserinde en önemli etyolojik faktör olarak kabul edilmiştir. HPV 16 / 18, tüm serviks kanseri olgularının en az üçte ikisinden sorumlu olmaktadır. HPV 31, 33, 35, 45, 52 ve 58 tipleri ise diğer sorumlu etkenleri oluşturmaktadır. HPV 16 / 18'e karşı profilaktik bir aşı, dünya çapında servikal karsinomların üçte ikisinden daha fazlasını ve yüksek dereceli skuamöz intraepitelyal lezyonların yarısını önleme potansiyeline sahiptir. Bu oranlar, diğer yüksek riskli HPV tipi enfeksiyonlara karşı çapraz koruma nedeniyle daha da yüksek olabilmektedir (Colombo, 2012).

2.5.1.2. Tedavi

Evreye bağlı olarak, birincil tedavi cerrahi, radyoterapi veya radyoterapi ile kemoterapi kombinasyonundan oluşmaktadır. Kesin radyoterapi, yüksek enerjili fotonlar ve intra kaviter brakiterapi ile pelvik dış ışın radyasyonundan oluşmalı ve mevcut en iyi teknolojik kaynaklara sahip yüksek dozlarda (> 80-90 Gy) ve kısa sürede (<55 gün) uygulanması gerekmektedir (Colombo, 2012).

2.5.2. Endometrium Kanseri

Endometriyal kanser jinekolojik kanser türleri arasında en sık görülmekte ve kanser ilişkili ölümler arasında 7. sırada yer almaktadır. Semptomların erken bir aşamada ortaya çıkması ve kadın genital yolunun tanı için uterusu kolay erişim imkânı sağlaması nedeniyle rutin tarama önerilmemektedir. Bu nedenle, semptomların belirlenmesinde etkili bir değerlendirme üzerine odaklanılmıştır. Endometriyal kanser gelişiminde yüksek risk taşıyan bazı kadın grupları bulunmaktadır. Bu kadınlar için semptomların olmaması durumunda dahi endometriyal boşluğun değerlendirilmesi göz önünde bulundurulmalı ve endometrium kanseri gelişimi için daha yüksek şüphe endeksi olması gerekmektedir. Asemptomatik kadınlarda tarama yapılmasının gerekliip gerekmediği tartışmalıdır (Jemal, 2006).

İstenmeyen östrojen maruziyetini arttıran herhangi bir faktör endometriyal kanser riskini arttırmaktadır. Kronik anovulasyon geçirmiş premenopozal kadınlarda endometrial yatak birikimi gelişmektedir. Polikistik over sendromlu kadınlar, genç yaşlarından itibaren yıllarca anovülasyon ile ortaya çıkmaktadır. Anovülasyonun diğer nedenleri arasında tiroid hastalığı, hiperprolaktinemi ve antipsikotikler gibi bazı ekzojen ilaçlar bulunmaktadır. Granüloza hücre tümörleri ve tekomlar gibi östrojen salgılayan yumurtalık tümörleri stimülasyona ve endometriyal yatak birikimine neden olabilmektedir (Bogges, 2014).

Premenopozal kadınlarda endometriyal kanser riskini arttıran faktörler (Wright, 2012);

- Endojen östrojen maruziyeti :
 - Anovülasyon döngüsü
 - Polikistik over sendromu
 - Morbid obezite
 - Östrojen salgılayan tümörler
- Herediter sendromlar:
 - Herediternonpolipozkolorektal kanseri
 - BRCA1 mutasyonu

Post-menopozal kadınlarda endometriyal kanser riskini arttıran faktörler;

- Endojen östrojen maruziyeti :
 - Morbid obezite

- Östrojen salgılayan tümörler
- Karaciğer sirozu
- Ekzojen östrojen maruziyeti:
 - Progestin içermeyen ekzojen östrojenler
 - Tamoksifen kullanımı
 - Pelvik radyasyon
- Herediter sendromlar:
 - Herediternonpolipozkolorektal kanseri
 - BRCA1 mutasyonu

2.5.2.1. Tanı ve Patogenez/ Moleküler Biyolojisi

Tanı genellikle poliklinikte endometriyum biyopsisi ile yapılabilmekte, ancak yaklaşık %10 oranında yanlış negatif bir oran bulunmaktadır. Semptomatik bir hastada negatif bir endometrial biyopsi, anestezi altında küretaj gerektirmektedir. Anestezi riski yüksek olan hastalarda alternatif bir yaklaşım, endometrial kalınlığı ölçmek için bir ultrason olmaktadır. Serviks tutulumundan şüphelendiğinde, servikal biyopsi ve/veya MRI düşünülmekte ve servikal sitoloji değerlendirilmesi gerekmektedir (Richter, 2009).

1988 yılından beri endometriyal kanser cerrahi olarak evrelendirilmektedir (Boggess, 2014). Endometrioid karsinomlar için farklılaşma derecelendirmesi (*grade*) bulunmaktadır. Bir *grade* 1 tümörü glandüler bileşenin \leq % 5 solid büyüme modeline sahiptir. *Grade* 2 tümörü % 6-50 oranında katı büyüme modeline sahiptir. *Grade*3 tümörler >% 50 solid bileşen içermektedir. Endometriyod tipi endometriyal kanser öngörülebilir şekilde yayılmaktadır (Richter, 2009).

2.5.2.2. Tedavi

Hastaların toplam % 70'inde rahim bölgesine lokalize hastalık, geri kalanın ise bölgesel veya uzak yayılımı bulunmaktadır. Cerrahi birincil tedavinin ana dayanağı olmaya devam etmektedir. İlerlemiş hastalığa sahip hastalarda sitoredüktif cerrahi kullanılabilirken, tüm erken dönem vakalarda cerrahi evreleme yapılmalıdır. Radikal histerektomi serviks tutulumu olan hastalarda bir seçenek olmaktadır. Postoperatif radyoterapi, orta riskli hastalar için lokal, bölgesel tekrarlama oranını düşürmektedir. Adjuvan kemoterapi, ileri veya tekrarlayan kanserde progresyonsuz sağ kalımı (PFS) geliştirmektedir (Wright, 2012).

2.5.3. Yumurtalık (Over) Kanseri

Yumurtalık kanseri dünyada her yıl bir milyon kadının dörtte birinde teşhis edilmektedir. Kadınlarda sekizinci en sık görülen kanser ve kadınlar arasında kanser ölümlerinin yedinci önde gelen nedeni olup, her yıl yaklaşık 140.000 ölümden sorumlu olmaktadır. Tüm jinekolojik kanserlerde en yüksek mortalite oranlarına sahiptir (WHO, IARC GLOBOCAN, 2008). Yumurtalık tümörlerinin büyük çoğunluğu (% 90'ın üzerinde) yumurtalık yüzeyini oluşturan epitelyal hücrelerin kontrolsüz büyümesi ve replikasyonu ile ortaya çıkmaktadır. Bu tip hücreyi kapsayan kansere epitelyal yumurtalık kanseri adı verilmektedir (Rosen, 2010). Diğer yumurtalık kanseri tipleri yumurtalık germ hücrelerinden veya yumurtalık çevresindeki bağ dokusundaki stromal hücrelerden kaynaklanmaktadır (Gubbels, 2010). Eğer çok erken dönemde saptanırsa, cerrahi olarak çıkartılmalı ve bu durum potansiyel olarak iyileştirici olabilmektedir. Bununla birlikte, çoğunlukla tanımlanabilen belirgin başlangıç semptomları yoktur ve vakaların çoğu hastaya teşhis konmadan önce vücudun diğer bölümlerine yayılabilmektedir (metastaz yapmaktadır).

2.5.3.1. Tanı ve Patogenez/ Moleküler Biyolojisi

Yumurtalık kanserine yol açan altta yatan mekanizmanın iyi anlaşamadığı, ancak üreme ve ovulasyonla bağlantılı olduğu düşünülmektedir. Bir dizi faktör, kadının yumurtalık kanseri gelişim riskini artırabilmektedir. Anne veya kız kardeşte meme veya rahim kanseri öyküsü olan, 50 yaş üstü, BRCA1 ve BRCA2 genlerinde mutasyon, kist ve endometriyoz gibi jinekolojik problem öyküsü ve obezite, sigara ve sedanter yaşam tarzı olan kadınlarda risk artmaktadır (Permuth-Wey, 2009 ve Roett, 2009).

Erken teşhis hayatta kalma oranlarını geliştirme potansiyeline sahiptir. Ancak yumurtalık kanserinin (özellikle de erken evrede) belirgin semptomları bulunmamakta, dolayısıyla tanıyı zor hale getirmektedir. Semptomları, diğer daha az ciddi hastalıklarla, özellikle gastrointestinal şikayetlerle karıştırılabilmektedir. Buna ek olarak, genel popülasyonda yumurtalık kanseri doğru ve güvenilir bir şekilde tespit etmek için rutin, basit bir test yoktur, bu nedenle hastalık için güvenilir tarama mümkün olmamaktadır (Badgewell, 2007).

2.5.3.2. Tedavi

Tedavi seçenekleri kanserin evresine göre değişir ve aşağıdaki değişkenleri dikkate alarak değerlendirilir:

- ✓ Tümör boyutu
- ✓ Tümör pozisyonu
- ✓ Derece yayılması
- ✓ Hastanın fiziksel durumu

Yakın zamana kadar, yumurtalık kanseri için tedavi seçenekleri cerrahi ve kemoterapi ile olmaktadır. Bununla birlikte, Avrupa Komisyonu (AK), 2011 yılında gelişmiş (evre III B, III C ve IV evre) epitel overi, fallop tüpü veya primer tedavi için başlangıç tedavisi olarak standart kemoterapi (karboplatin ve paklitaksel) ile kombinasyon halinde bir biyolojik tedavinin onayını açıklamıştır. Bu durum, 15 yıl içinde ileri evre over kanseri olan kadınlar için ilk yeni etkili tedavi seçeneklerini işaret etmiştir. Radyoterapi, yumurtalık kanseri tedavisinde sıklıkla tercih edilmemektedir (Gubbels, 2010).

2.5.4. Vulva Kanseri

Vulva kanseri tüm primer jinekolojik kanserlerin yaklaşık % 3 ile % 5 'idir, yıllık insidans hızı yaklaşık 3/10'unu oluşturmaktadır. Vulvar lezyonların büyük çoğunluğu genital deri yüzeyinde vulvar kaşıntı, ağrı, küçük eksresans gibi erken semptomlarla ortaya çıkmaktadır. Günümüzde vulva kanserinin erken tanı oranı artmaktadır.

Vulva hücrelerinin servikal sitoloji fırçasına benzer olması vulva kanserinin önlenmesi ve erken tanısında önemli bir araç haline gelmesi beklentisini oluşturmuştur. Buna ek olarak, vulva kanseri lenf nodu metastazında yüksek özgüllüğe sahip BT incelemesi, preoperatif tanı doğruluğunu geliştirmektedir. Cerrahi, seçici sentinel nod ve inguinal lenf nodu diseksiyonu, terapötik uygulamalar, kemoterapi veya kemoterapi tedavisi kombinasyonu gibi seçenekler mevcuttur. Vulva kanseri, iki farklı etiyolojiden kaynaklanmaktadır. İyi diferansiye keratinize skuamöz hücreli karsinomun histolojik özelliklerinin bir sınıfı: 50 yaş üzerindeki kadınlarda ve sıklıkla eş zamanlı vulvanın non-neoplastik epitel lezyonları (VNED), örneğin kronik inflamasyon, genital liken sklerozu, HPV-DNA saptama hızındaki bu lezyon türleri düşüktür (<0% 15) (Thakur, 2013).

2.5.5. Vajina Kanseri

Vajina kanseri, kadın genital bölgesindeki malign neoplazmların yalnızca %2'sini oluşturmaktadır. Bununla birlikte, vajina, endometriyal kanser ve gestasyonel

trofoblastik hastalıkta görüldüğü gibi sırasıyla servikal veya vulva tümörlerin doğrudan genişlemesi, lenfatik veya vasküler yataklar yoluyla metastatik jinekolojik kanserin ortak bir yeri olabilmektedir. Jinekolojik olmayan tümörlerin, vajinaya metastatik veya direkt olarak yayılımı mesane, üretra, periüretral bezler, rektum ve nadiren meme, akciğer veya diğer bölgelerden de ortaya çıkabilmektedir. Primer vajinal karsinomlu hastaların % 30'u kadarı, en az 5 yıl önce tedavi edilen in situ veya invaziv servikal kanser öyküsü bulunmaktadır (Hacker, 2009). (Servikal invaziv skuamöz hücreli karsinomdan 5 yıl sonra vajinada ortaya çıkan invaziv skuamöz hücreli karsinom yeni bir primer kanser olarak varsayılır.) Vajinal intra epitelyal neoplazi (VAIN) bazı vajinal kanserlerden önce gelmekle birlikte, VAIN'in gerçek malign potansiyelleri bilinmemektedir. Önceki pelvik radyasyon, vajinal kanser için muhtemel bir neden olarak düşünülmüştür. Çoğu vajinal kanser postmenopozal ya da ileri yaştaki kadınlarda görülmektedir. Genç hastalarda ortaya çıktığı zaman, hastalık servikal neoplaziyle ve dolayısıyla insan papilloma virüsü (HPV) ile etiyolojik olarak ilişkili görünmektedir. Histolojik olarak, primer vajinal kanserlerde yaklaşık % 90 skuamöz hücre lezyonudur (Hacker, 2012).

2.6. Jinekolojik Kanser Belirtileri

2.6.1. Serviks kanseri belirtileri:

En yaygın şikayet, cinsel birleşme sonrası kanama, menopoz sonrası kanama veya düzensiz periyotları da içeren anormal şekilde vajinal kanamalardır. Tümörün boyu büyüdükçe, hasta vajinal akıntılardan şikayetçi olabilmektedir. İlerlemiş vakalarda, hasta pelvik bölgede ağrılar ya da idrar yollarında semptomlar yaşayabilmektedir. Metastatik hastalıklarda, belirtiler metastazın yerine bağlı olmaktadır. Klinik incelemesi, anemi için genel fiziksel muayene, supraklivaküler adenopati ve kasık adenopati işlemlerini içermektedir. Pelvik muayene, spekulum muayene, bimanuel ve rektal muayeneyi kapsamaktadır. (Sankaranarayanan, 2009).

2.6.2. Endometriyum kanseri belirtileri:

Anormal şekilde rahim kanaması, endometrial kanserli hastaların % 90'ından daha fazlasında görülmektedir. Menopoz sonrası kanama gösteren hastalarda sadece % 15 ile %20 arasında endometrial kanser tanılanmaktadır (Jemal, 2006).

2.6.3. Over kanseri belirtileri:

Yumurtalık kanseri için en yaygın şikayet, belirsiz karın ağrısı ve şişkinliktir. Mevcut şikayet, asitlere bağlı olarak, karında şişlik ve sıvı tutulumu da olabilmektedir. Yumurtalık kanseri hastaları, periton hastalığının ince ve kalın bağırsakta yarattığı sıkıştırmaya bağlı olarak bağırsak tıkanıklığı yaşayabilmektedir (Gubbels, 2010).

2.7. Jinekolojik Kanselerde Tarama ve Erken Tanı Uygulamaları

Pap testi 1940'lı yıllarda rahim ağzı kanserinin kadınlar arasında önde gelen ölüm nedeni olduğu dönemde bulunuşundan itibaren, Human Papillomavirus (HPV) 'nin hemen hemen tüm servikal kanser vakalarının nedeni olduğu keşfi sonucunda önlenebilir bir kanser haline gelmiştir (Khan, 2008). Bu durum, 1999'da bu yaygın enfeksiyonun kanserli tiplerini tespit edecek bir testin ve 2006'da ilk aşının FDA onayını almasını sağlamıştır.

Pap testinin kendisi de geliştirilmiştir. Test, serviks bölgeden alınan hücrelerin mikroskop altında anormal olanları içerip içermediğine bakılarak yapılmaktadır. Sadece kanseri bulmak için değil, aynı zamanda ileride kanserli olabilecek hücreleri de bulmakta iyi bir testtir. Yeni teknikler, HPV'nin kansere sebep olan tiplerini bulmakta aynı örneğin kullanımına olanak sağlamaktadır. Çoğunlukla, sağlık hizmeti sağlayıcılar Pap testini belirli aralıklarla yapmakta, pelvik muayanelerde rutin bir şekilde yapmaktadırlar (Laufman, 2012).

2012'de Amerikan Kanser Topluluğu (ACS), Amerikan Kolposkopi ve Servikal Patoloji Derneği (ASCCP) ve Amerikan Klinik Patoloji Derneği (ASCP) serviks kanserinin engellenmesi ve erken teşhil edilmesi için yeni ilkeler yayınlamıştır. Bu ilkeler genel olarak, 30 ile 60 yaş arasındaki kadınların, zararları en aza indirirken testlerden fayda sağlamaları için hayatları boyunca aldıkları testlerin sayısının azaltılmasını ve Pap testi ile birlikte son derece hassas HPV testinin birlikte yapılmasını bir tercih haline getirilmesi gerektiğini belirtmektedir.

Güncellemiş ilkeler şunları tavsiye etmektedir:

- ✓ Kadınlar 21 yaşından önce test edilmemelidir.
- ✓ 21 – 29 yaşları arasındaki kadınlar her üç yılda bir sadece Pap testi (geleneksel ya da sıvı bazlı) ile test edilmelidir. HPV testi bu yaş grubu için kullanılmamalıdır.

- ✓ 30 yaş ve üzeri kadınlarda, tercih edilen yaklaşım her beş yılda bir Pap testi ile birlikte HPV testi uygulamasıdır. Her üç yılda bir sadece Pap testine devam edilmesi (HPV testi olmadan) de kabul edilen bir alternatiftir. Sadece HPV testi kullanılması da umut verici olmasına karşılık, şu anlık klinik olarak tavsiye edilmemektedir.
- ✓ Test son 10 yılda en az üç defa ardaşık negatif sonuçlu Pap testi ya da en yakını beş yıl içinde olmak üzere en az iki negatif sonuçlu HPV testi yaptırmış 65 yaşın üstündeki kadınlarda tavsiye edilmemektedir. Bu yaş grubunda bulunan kadınların eğer serviks kanser öncesi geçmişleri varsa (CIN2 ya da daha şiddetli bir tanı), 65 yaşını geçecek olsa bile en az 20 yıl daha rutin testlere devam etmelidir.
- ✓ Serviks kanserine ya da öncesine bağlı olmayan sebeplerden ötürü rahim ameliyatı geçirmiş kadınlar (serviksin çıkarılması ile birlikte), daha fazla test edilmemelidir.

HPV aşısı olmuş kadınlar bu kılavuzdaki yaşa özgü önerilerine takip etmelidir (aşı olmamış kadınlar için). Şu anlık, HPV aşısı olmuş kadınlar için alternatif test önerileri bulunmamaktadır (Jemal, 2013).

2.8. Jinekolojik Muayeneyi Etkileyen Faktörler

Jinekolojik muayene; Kadınların en az yılda bir kere yaptırmaları gereken bir işlem olup tıbbî öykünün alınmasının ardından jinekolojik muayene masasında litotomi pozisyonu ile yatırılıp yapılan bir pelvik muayenedir. Jinekolojik muayenenin erken teşhis açısından çok önemli olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Hiç bir organ grubunda erken teşhis, bu denli etkili ve kolay olmamaktadır. Özellikle smear testi yani vajinadan alınan bir miktar sıvı örneği, rahim ağzı kanserleri açısından erken tanının konmasında önemli olmaktadır. Kadınların bu muayene şekline yaklaşımlarını olumlu ya da olumsuz yönde etkileyen sosyal ve psikolojik faktörler bulunmaktadır. Olumsuzluklara örnek olarak, kadınların cinsellik ile ilgili bilgi sahibi olmamaları, korkma, utanç, sıkılma, çocukluktan beri cinsellik ile ilgili baskı altında olma ve cinsellik ile ilgili soru sormaktan çekinme verilebilmektedir. Olumlu faktörlere ise, sağlık personelinin konu ile alakalı gerekli bilgiyi vermesi, güven verici ve yardım edici olması, nazik ve saygılı davranışlar olarak gösterilebilmektedir. Konu ile ilgili bir araştırmada 199 kadının jinekolojik muayene deneyimlerini incelemişler ve muayene hakkında bilgi verilmesinden ve güvenilir bir iletişim kurulmasından memnuniyet duydukları ortaya

çıkıştır. Bunun yanı sıra, bir başka çalışmada kadınların %34,5 oranındaki kısmı sağlık personelinin onlara olumsuz davranmasını istemediklerini belirtmiştir. %13,5'lik kısmı ise sağlık personelinin güler yüzlü olmasını istemektedir (Erbil, 2010).

2.9. Jinekolojik Muayene Öncesinde Ebenin Roller

Bir ebe veya hemşire hasta muayeneye her geldiğinde hastaya saygı duymalı, fiziksel ihtiyaçlarının yanında psikolojik ihtiyaçlarına da önem vermesi gerekmektedir. Jinekolojik muayeneden önce, psikososyal etmenler değerlendirilmelidir. Psikolojik bakım kavramının önemi bilinmesine rağmen hala uygulamada sıkıntılar yaşanmaktadır. Ebenin veya hemşirenin öncelik olarak hasta psikolojisini öğrenmesi gerekmektedir. Yardım edici, güven verici, yol gösterici ve gerçekçi rollere sahip olması gerekmektedir (Scamell, 2014).

Ebenin jinekolojik muayene sırasındaki görevlerine bakacak olursak sırası ile şöyledir; gelen hasta ebe tarafından muayene odasına alınır. Kadın ile tanışıp tıbbî öyküsü alınır ardından muayene masasının olduğu bölüme geçilir. Ebe, kadına muayene masasını ve spekulumu gösterir. Vajinayı görmek için spekulumun kullanıldığını anlatır ve temiz kalması için antiseptik solüsyon içinde kalması gerektiğini söyler. Hastaya muayene için altını çıkarmasını söyler ve soyunma kabinini gösterir. Muayene masasında litotomi pozisyonunun alınması için yardımda bulunacağını belirtir. Bunun için öncelikle hasta, muayene masasına oturtulmalı ve kendisini yukarıya doğru çekmelidir. Sonrasında ayaklarını sırası ile muayene masasının ayaklığına yerleştirebilmek için ebeden destek alınmalıdır. Ayaklar yerleştikten sonra kalçadan aşağı doğru kayılıp masada uygun pozisyon alınır. Bu işlem sırasında hastanın vücudunun örtülü olunmasına dikkat edilmelidir (Perosky, 2012). Masaya yatırılmanın ardından kadına muayenenin detayları yani ilk olarak genital organlarına dıştan bakılacağı, sonrasında spekulum muayenesi yapılacağı, en son da doktorun bir elinin vajinaya diğer elinin de kadının karnının üstüne koyarak el ile muayene edileceği açıklanır. Kadının muayene sırasında daha az rahatsızlık duyması için karın kaslarını kasmaması gerektiği anlatılır. Bu sayede hekimin de daha kısa sürede ve daha rahat bir şekilde muayene edebileceği söylenir. Ebe, hastanın karın kaslarının gevşemesi için; kadının başını 45 derecelik açı ile yatırır. Hastanın elinin birini göğsünün üstüne ötekini ise başının altına yerleştirir. Burundan yavaş ve derin olacak şekilde nefes alınması ve ağızdan üfleterek verilmesi gerektiğini anlatır. Muayene artık başladığında ise, her aşamayı kadına anlatır ve kadının sorduğu sorulara yanıt verir. Muayene bittiği zaman

kadının muayene masasından inmesine yardımcı olur. Hastanın giyinmesinin ardından ilk muayene edilen bölüme geçilir. Doktor muayenedeki semptomları anlatır, önerilerde bulunur. Kadın tarafından sorulan soruları cevaplandırır ve kadını kontrolün önemi hakkında bilgilendirir (Perosky, 2012).

2.10. Olumsuz Jinekolojik Muayene Deneyiminin Sonuçları

Geçmişte olumsuz bir jinekolojik muayene deneyimi yaşanması kadını gelecekteki muayenelere gelmesini engelleyebilmekte ve böylece düzenli kontrollerle kadının sağlığının korunması ve geliştirilmesi engellenmektedir. Bu açıdan, muayene deneyiminin olumlu olarak değerlendirilmesi ve aldıkları sağlık hizmetinden memnun olmalarını özellikle sağlık profesyonellerinin rolü yadsınamazdır. (Aksakal, 2001; Özbek, 2006; Altay ve ark., 2012).

2.11. Jinekolojik Muayenedeki Önerilen Yaklaşımlar

Aksakal ve çalışma arkadaşlarının 2001 yılında yapmış olduğu araştırmaya göre, hasta grubunun %85'lik kesiminde ciddi bir hastalık tespit edilmesine dair endişeler bulunmaktadır. Bu araştırmanın sonucunda “Eğer herhangi bir sorun tespit edilemediyse bunun kadına hemen söylenmesi gerekmektedir.” mesajı verilmiştir (Aksakal, 2001).

2.12. Jinekolojik Muayeneye İlişkin Araştırma Sonuçları

Erbil ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmaya göre kadınların jinekolojik muayene esnasında utanma %62.5, sıkıntı %38.8, korku %37.9 ve ağrı %21.7 yaşadığı tespit edilmiştir (Tonelli, 2016). Millstein ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada muayene eden sağlık çalışanının vajinadan gelen kokudan rahatsızlık duyacağı endişesi, doktorun cinsel deneyimler ile alakalı semptomlar belirleyeceği ve kişiyi yargılayacağı endişelerini, acı duyma, çıplaklık, kişinin kendisinin pis bulunacağı düşüncesi, jinekolojik muayenenin vajinaya zarar vereceği korkusu, doktorun kendisinde ciddi bir hastalık bulmasına dair endişesi sonuçlarına varılmıştır. Bates (2011), bildirdiğine göre Larsen ve Kragstrup çalışmasında kadınların %32'sinin; jinekolojik muayeneyi utanç verici ve acı verici olması, muayene hakkında bilgi sahibi olmaması, muayene süresince sağlık çalışanından bilgi alamaması ile ilgili olarak jinekolojik muayeneyi olumsuz değerlendirmiştir. Erbil ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptığı araştırmada; sağlık personelinin muayeneye başlamadan önce kadın ile olan iletişiminin olumlu olması, kadına jinekolojik muayene boyunca odaklanırken işlemler ve durumu ile ilgili bilgi verme, aletler ile uygulamayı nazik bir şekilde yapma, saygılı olma gibi davranışların

muayenenin rahatsız edici olma özelliğini azalttığı belirtilmiştir. Kadın ile diyaloga girilmeden yapılan muayenenin ve aceleci, sert, duyarsız davranışların kadınlardaki etkisi korkunun ve utanma duygusunun artması yönünde olduğu gözlemlenmiştir (Erbil, 2010). Golomb'un yaptığı çalışmada erkek sağlık personeli tarafından jinekolojik muayene edilen kadınlardan %68'lik bölümü muayene sırasında hemşirenin de orada bulunmasını istediğini belirtmektedir. Golomb ile aynı çalışmayı yapan Penn ve Bourguet'in araştırmasında kadınların %44'ünün muayenede hemşirenin de olmasını istediği gözlemlenmiştir (Tonelli, 2016).

Zimmerman ve Christian (2010), tarafından gerçekleştirilen araştırmada, muayeneye gelen kadınların üçte iki oranında jinekoloğun erkek olmasının onlarda kaygı yarattığı belirtilmiştir. Bu cinsiyet faktörü haricinde, anksiyeteye yol açan diğer faktörler rahatsızlık duygusu, sıkıntı ve kanser bulgusunun ortaya çıkma ihtimali korkusunun olduğuna rastlanmıştır. Mc. Carthy tarafınan 1997 yılında yapılan çalışmada ilk pelvik muayene esnasında hemşire/ebe tarafından dostça bir yaklaşımla iletişim kurup muayene hakkında kısa bir eğitim verilip gevşeme tekniklerini anlatmasının hastanın anksiyetesini azaltacağı belirtilmiştir. Buna benzer bir şekilde, Özbek (2006), tarafından yapılmış çalışmada, hasta bilgilendiriliği ve muayeneden önce hazırlık yapıldığında kadınlarda anksiyetenin azaldığı gözlemlenmiştir (Özbek, 2006). Kocabaş ve Khorsid (2012), tarafından yapılan çalışmada ise jinekolojik muayene esnasında kullanılan özel kıyafetlerin ve müzik dinletilmesinin kadınlardaki anksiyete seviyesini düşürdüğüne rastlanmıştır.

2001 yılında Aksakal tarafından yapılan çalışmada, 20 kişilik kadın grubunun %100'ü başka bir kişinin önünde çıplak kalmayı çok nahoş olarak değerlendirmiştir. Üstelik 8 kişi (%40), kendisine kötü davranılacağına ve canının acıyacağına, 17 kişi (%85), ciddi bir hastalığa sahip olduğuna dair bir endişe içerisinde olduğu bulunmuştur (Aksakal, 2001).

2.13. Jinekolojik Kanserlerden Korunma ve Önlemler

Yapılan araştırmalara göre jinekolojik kanserler yaygınlık açısından Dünya'da dördüncü sırada bulunur (Ertem, 2010). Jinekolojik kanserler birçok olumsuz faktör ile kadın sağlığını etkilemektedir. Tedavi süresince uygulanan kemoterapi ve radyoterapi, cerrahî ve hormon tedavisinde kadının fiziksel ve psikolojik sağlığını kötü bir şekilde etkileyen bulantı ve kusma, yorgunluk, uykusuzluk, anksiyete ve korku, kişinin aile ve iş

hayatındaki problemler ile birlikte geleceğe dair belirsizliklerin yanı sıra, overleri alınmış bir kadının erken yaşlanma ve cinsel isteğinin azalacağı korkusunun sebep olduğu sosyal ve manevi sağlığının bozulması örnek olarak verilebilmektedir (Reis, 2006).

Jinekolojik kanserler için erken tanının önemi çok büyüktür. Pınar ve arkadaşlarının 2008'de yapmış olduğu çalışma ile tüm dünyada jinekolojik kanserlerin insidansının artmış olmasına rağmen Batı'da ölüm hızı kırk yıllık bir sürece göre düşüş içerisinde. Bunun sebebi olarak erken tanı ve tedavi tekniklerinin gelişmesi ve uygulanması olarak gösterilmektedir (Pınar ve ark., 2008).

Jinekolojik kanserlerden biri olan serviks kanser erken tanı ile rahatlıkla bulunabilen bir kanserdir. Kanserin en önlenbilir türlerinden biridir; çünkü HPV tipleri için korunmayı sağlayan aşılar bulunmuştur, risk faktörleri kadının kontrolündedir ve pap smear tarama testinin var olmasıdır. Serviks kanserin görülme oranına göre yapılan bir çalışmada, ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre pap smear tarama programının değişim gösterdiği belirlenmiştir. Bu tarama programı, kanserin çok erken döneminde tanımlanmasında kullanılmaktadır. Başarılı bir şekilde bu programın uygulandığı gelişmiş ülkelerde serviks kanserin görülme sıklığı sıralamada 6'ya hatta bazı ülkelerde 10'a inmişken, henüz gelişmekte olan ülkelerdeki sıralamada maalesef ki 2. sıklıkta görülmektedir. Dünyada ki hiç bir yerde aktif bir tarama programı kullanılmadan, servikal kanser insidansı ve ölümlerin oranında azalma olmamıştır. Ekizler'in (1994), yılında yaptığı çalışmaya göre ülkemizde kadınlar serviks kanserin erken tanısı adına belli aralıklarla pap smear testini yaptırma oranları %2.2'i olarak belirlenmiştir. Aynı araştırmayı Bolsoy ve Şenol'un 2009, buldukları yüzdeler %5.5'tir (Ulukuş ve ark., 2005; Ünal ve ark., 2005).

Özellikle gelişmiş ülkelerde ciddi bir artış gösteren endometrium kanseri, jinekolojik kanserler arasındaki ilgi odağı olan türlerden biridir. Bu kanser, kadınlarda görülen kanserler arasında %11'i oluştururken; kadın genital sistemi kanserlerinin %45'ini oluşturmaktadır. Erken evrede yakalanması ve erken semptom vermesinin yanı sıra herhangi bir şikayeti olmayan kişiler için pap smear tarama testi ile bu kanser türünün erken teşhisi belirlenmemektedir. Ancak menopoz dönemindeki ve yüksek risk altındaki kadınlardan biyopsi alınması ya da endometrial örnekleme yapılması tavsiye edilmektedir (Kanat Pektaş ve ark., 2009).

Jinekolojik kanserler arasında en ölümcül olan kanser over kanseridir. Etkili bir tarama yönteminin bulunmamasından dolayı erken dönemde tanı konulması çok zor olmaktadır. Tüm genital kanserlerin yaklaşık %20-25'ini oluşturmaktadır. Ancak erken tanı zorluğundan kaynaklanan duruma göre kişilerin %70'ine konan tanıda tümör pelvisin dışına kadar yayılmıştır. Ailedeki kadınlarda over kanseri öyküsü var ise sıklıkla muayeneye gidilerek, kandaki CA-125 antijenine bakılarak ve transvajinal ultrasonografi ile over kanserin ilerlemesinin önüne geçilebilmektedir. Bu sayede henüz belirtiler kendini göstermeden kanser erken döneminde yakalanır ve tanı konulması sağlanabilir (Bekar, 2008; Taşkın, 2003).

Vulva kanseri, vajen kanserinden sonraki en seyrek karşılaşılan jinekolojik kanserdir. Kadınlarda görülen kanserlerin sadece %1'ini oluştururken genital kanserlerin içinde %5'lik bir dilimi oluşturmaktadır. Fiziki muayene bu kanser türünün tanısında önemlidir. Tanıyı doğrulamak amacı ile ayırt edici biyopsi ile kolposkopik değerlendirmeler de yapılmaktadır. Risk altındaki gruplar için pap smear tarama testi ile vulva muayenesi de yapılması gerekmektedir (Berkman ve Topuz, 2004; Şahin, 2009; Taşkın, 2003). Nadir jinekolojik kanserlerden biri olan vajinal kanserin ortalama görülme yaşı 60 ve üzeridir. Vajinanın normal alanlarından biyopsi yapabilmek için kolposkopi yardımcı olur. Vajinanın göz ve palpasyon ile dikkatlice muayenesi yapılması sonucu vajinal kanserin klinik tanısı konmuş olur (Taşkın, 2003).

Jinekolojik kanserlerde hastalığın ilerlemesi ile gerçekleşen patolojik değişimlerin geri dönüşsüz olduğu bilindiği gibi hastalığın ilerlediği vakalarda yaşam süresi ancak 5 yıl ile sınırlı kalabilmektedir. Bu sebeple kanserin kontrol altına alınması ve kişinin sağlığını sürdürebilmeye dair çalışmalarda; tedavi yerine “engel olma” ön plandadır. Örnek olarak; kadınların erken yaşta başlamak üzere belli aralıklarla vulvalarının kontrolünü yapmaları hususunda bilgi verilmeli ve teşvik edilmelidir (Reis, 2006).

2.14. Jinekolojik Sağlıkta, Korunmada Ve Taramada Ebenin Roller

Jinekolojik kanserler için önemli olan korunma ve erken tanı konularında ebe ya da hemşirelerin rolü üç temel başlık içermektedir: primer (birincil), sekonder (ikincil) ve tersiyer (üçüncül). Primer korunma için kanser etkeni olan unsurlardan ve ilişkili risk faktörlerinden uzak kalınması, uygun sağlık eğitimleri ve aşılama yaklaşımları ile sağlanmaktadır (Lopez, 2003; Turgay, 2005). Bu bağlamda önem taşıyan sağlık eğitimi, ebelerin temel sorumluluklarından birisidir. Ebeler toplum ile sıklıkla iletişim halinde

bulunarak gerekli olan sağlık danışmanlığını yurutebilirler. Bu surecte hastaların yaşamları, alışkanlıkları gibi bilgileri elde ederek bu bilgiler doğrultusunda uygun şekilde bilgilendirme yapmalıdır (Pınar, 2008). Jinekolojik kanserler ile ilgili risk faktörleri ačasından özellikle risk altındaki bireylerin erken tanı ve korunma konusunda ebeler tarafından bilgilendirmeleri önem taşımaktadır (Nural, 2000). Toplumsal olarak herhangi bir sağlık şikayeti olmadığı durumda bireylerin kontrol amaçlı sağlık merkezine gitme alışkanlığı bulunmamaktadır. Bu nedenle ebelerin risk altındaki bireyleri sağlık kontrollerine gitmeleri ile ilgili uyarmaları erken tarama konusunda hastaların bilinçli ve aktif hale geçmesini sağlamaktadır (Akbyrak, 2000).

Sekonder korunma kapsamında ebeler erken tanı için düzenli sağlık taramalarının taşıdığı önemi vurgulamalıdır. Bu sayede kanserin tedavisinde kritik önemi olan erken teşhis imkânı sağlanmış olur (Pınar, 2008). Bu konuda kadınlarda tarama yöntemleri ile önlenibilme potansiyeli en yüksek olan kanser türü serviks kanserleridir. Serviks kanserlerinin preinvaziv süreci uzun olduğu için risk altındaki gruplarda erken tarama ile başarılı sonuçlar elde edilebilmektedir. Tersiyer korunma kapsamında ise ebe hastaları düzenli aralıklarla izleyerek komplikasyonlara karşı eğitebilmektedir. Ayrıca, semptomların kontrolünü sağlayarak komplikasyonlar için gerekli girişimleri yaparak sakatlıkları en aza indirebilmektedir (Khan, 2008). Aile ve kadın sağlığının bozulmasını önlemek ve bu sağlığı sürdürebilmek adına sağlık eğitici, danışman ve rehber rollerini benimseyen ebe ve hemşireler; polikliniklerde, kadın hastalıkları ve doğum kliniklerinde, sağlık ocaklarında, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezlerinde çalışmaktadırlar (Qaseem, 2014).

Ebeliğin Uluslararası tanımı göz önünde bulundurulduğunda, ebelerin ve hemşirelerin sağlık eğitiminde ve danışmanlığındaki görevleri çok önemli bir koruyucu sağlık hizmeti olduğu görölmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı, kesitsel tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, İzmir İli, Kiraz İlçesi 1' nolu Aile Sağlığı Merkezinde yapılmıştır. 1' nolu Aile Sağlığı Merkezi'nde 6 aile hekimi, 4 ebe, 4 hemşire, 1 acil tıp teknikeri ve 2 hizmetli görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni\Örnekleme

Araştırmanın evrenini, İzmir İli, Kiraz İlçesi Kiraz 1' nolu Aile Sağlığı Merkezine 01 Temmuz – 30 Eylül 2013 arasında muayene olmak üzere gelen 18 yaş üzeri 635 kadın oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyerek, olasılıksız olarak bu tarihler arasında aile sağlığı merkezine başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden ve veri toplama formunda hata tespit edilmeyen 560 kadın ile (Evrenin %88'i) araştırma tamamlanmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Araştırmada veriler, araştırmacı tarafından ilgili literatürden yararlanılarak (Aydoğdu 2011; Akyüz ve ark. 2006; Çam 2006; Gümüş 2011; Taşkın 2003) ve uzman görüşleri alınarak hazırlanmış soru formu aracılığıyla elde edilmiştir.

Bu formda, katılımcıların kişisel tanıtıcı bilgilerine ve jinekolojik muayene yaptırma durumlarına yönelik olarak; yaş, eğitim durumu, gelir getiren iş, medeni durum, jinekolojik şikâyetler ve jinekolojik muayene yaptırma ile ilgili toplam 25 soru ve jinekolojik muayene yaptırmama nedenleri konusunda toplam 46 maddeden oluşan, birden fazla seçeneği işaretleyebilecekleri sorular yer almaktadır.

3.4.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

01 Temmuz – 30 Eylül 2013 tarihleri arasında, Kiraz 1 nolu Aile Sağlığı Merkezine gelen araştırmayı kabul eden 18 yaş üzeri, kadınlarla görüşülmüş ve çalışmanın amacı açıklanarak sözel izin alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul

edenlere, formlar verilerek doldurmaları istenmiştir. Kadınlardan formları dikkatlerini dağıtmayacak uygun bir ortamda bireysel olarak kendi kendilerine doldurmaları sağlanmıştır. Bu süre içinde araştırmacı, merkezde bulunmuştur. Formlar, doldurma işlemi bittikten sonra araştırmacı tarafından toplanmıştır.

Veri formunun doldurulması 05-15 dakika arasında zaman almıştır. Veri toplama formunun doldurulması esnasında, cinsellik ve jinekolojik muayene ile ilgili bazı soruların boş bırakıldığı veya unutulmuş atlanıldığı görülmüştür. Bunun üzerine bu kısımlar hatırlatılarak doldurmaları sağlanmaya çalışılmıştır. Veri toplama formunun uygulanması sırasında kadınların sıkıldıklarını, zamanlarının olmadığını, özel hayatın gizliliğini tehdit ettiğini veya herhangi bir neden göstermeksizin veri toplama formunu doldurmayı reddetmeleri gibi güçlüklerle karşılaşmıştır.

3.4.3. Verilerin Değerlendirilmesi:

Veri toplama formundaki sorular kişisel bilgiler ve jinekolojik muayeneye yönelik sorulardan oluşmaktadır. Çalışmanın verileri bilgisayar ortamında Spss 21.0 (ver:21.0) programına yüklenerek, verilerin değerlendirilmesinde frekans dağılımı, khi-kare testi, varyans analizi, tukey testi ve iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanılmıştır. Veriler tablolarda aritmetik ortalama, +/- standart sapma ve denek sayısı (birey sayısı), yüzdesi şeklinde belirtilmiş olup yanılma düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

3.4.4. Araştırmanın Etik Yönü

Bu tez çalışması için Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan izin alınmıştır. 11.09.2012 tarihli, 2012-09/04 sayılı toplantısında alınan, 09/04 no.lu izin kararına uygun olarak yapılmıştır. Araştırmanın saha çalışması, T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu-THSK, Aile Hekimliği Eğitim ve Geliştirme Daire Başkanlığı'nın 13.05.2013 tarihli, 50941 no.lu iznine istinaden 01 Temmuz – 30 Eylül 2013 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

01 Temmuz – 30 Eylül 2013 tarihleri arasında, Kiraz 1 nolu Aile Sağlığı Merkezine gelen araştırmayı kabul eden 18 yaş üzeri, kadınlarla görüşülmüş ve çalışmanın amacı açıklanarak sözel izin alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılan kadınların sosyo-demografik, obstetrik ve jinekolojik özelliklerine ilişkin dağılımlarını gösteren tablolara yer verilmiştir.

Tablo 1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

| Sosyo – Demografik Özellikler | n | % |
|---|-----|------|
| Eğitim Durumu (n=560) | | |
| Okur yazar | 38 | 6.8 |
| İlkokul | 152 | 27.1 |
| Ortaokul | 134 | 23.9 |
| Lise | 181 | 32.4 |
| Üniversite | 55 | 9.8 |
| Medeni Durum (n=560) | | |
| Evli | 405 | 72.3 |
| Bekar | 118 | 21.1 |
| Dul | 37 | 6.6 |
| Yaş (n=560) | | |
| 18-24 | 99 | 17.7 |
| 25-30 | 116 | 20.7 |
| 31-39 | 150 | 26.8 |
| 40-49 | 97 | 17.3 |
| 50 ve üzeri | 98 | 17.5 |
| İlk Evlilik Yaşı (n=442, %79) | | |
| 15-19 | 118 | 21.0 |
| 20-24 | 185 | 33.1 |
| 25 ve üzeri | 139 | 24.9 |
| Yaşamını Geçirdiği Yer (n=560) | | |
| Köy | 190 | 33.9 |
| Kasaba | 190 | 33.9 |
| Şehir | 124 | 22.2 |
| Büyükşehir | 56 | 10.0 |
| Gelir Düzeyi (n=560) | | |
| Gelir miktarı, gider miktarından düşük | 390 | 69.6 |
| Gelir ve gider miktarları denk | 160 | 28.6 |
| Gelir miktarı, gider miktarından yüksek | 10 | 1.8 |
| Sağlık Güvencesi (n=560) | | |
| Sağlık güvencesi var | 489 | 87.3 |
| Sağlık güvencesi yok | 71 | 12.7 |
| Sigara Kullanımı (n=560) | | |
| Kullanan | 58 | 10.4 |
| Kullanmayan | 502 | 89.6 |
| Günlük Kullanılan Sigara Sayısı Aralığı: 1-40 adet | | |
| Ortalama Sigara Kullanımı: 1.43 (±5.22) adet | | |
| Alkol Kullanımı (n=560) | | |
| Kullanan | 85 | 15.2 |
| Kullanmayan | 475 | 84.8 |

| | | |
|--|-----|------|
| Haftalık Tüketilen Alkol Miktarı Aralığı: 1-3 gün | | |
| Ortalama Alkol Tüketimi: 0.27 (± 0.70) gün | | |
| Egzersiz Yapma Durumu (n=560) | | |
| Egzersiz yapan | 374 | 66.8 |
| Egzersiz yapmayan | 186 | 33.2 |
| Egzersiz Yapma Sıklığı (n=374) | | |
| Her gün | 10 | 2.7 |
| Haftada 2-3 gün | 113 | 30.2 |
| Haftada bir gün | 104 | 27.8 |
| Ayda bir gün | 147 | 39.3 |
| Yaş Aralığı: min. 18- max.66 | | |
| Yaş Ortalaması: 34.91\pm11.00 | | |
| Boy (cm), (n=560) | | |
| Boy Aralığı: min. 150 cm- max.181 cm | | |
| Boy Ortalaması: 164\pm6.50 cm | | |
| Kilo (kg), (n=560) | | |
| Kilo Aralığı: min. 50 kg – max. 115 kg | | |
| Kilo Ortalaması: 76\pm12.54 kg | | |
| Beden Kitle İndeksi (BKİ): 28.25\pm7.25 | | |

Kadınların sosyo-demografik özelliklerine bakıldığında; yaş ortalamalarının 34.91 \pm 11.00 olduğu, boyları 150 cm ile 181 cm aralığında dağılım göstermekte olup ortalama 16 \pm 6.50cm, kilo aralığı ise 50 ile 115 kg arasında olup, ortalama 76.11 \pm 12.54 kg olduğu görülmüştür ve ortalama BKİ değeri 28.25 \pm 7.25 olarak bulunmuştur. Kadınların %32.4'ünün lise mezunu olduğu, %72.3'ünün evli %21.1 'inin bekar, %33.1 'inin 20-24 yaş aralığında evlendiği görülmektedir. Kadınların %33.9'unun yaşamını köyde geçirdiği, %69.6'sının gelir miktarının, gider miktarından düşük ve %87.3'ünün sağlık güvencesinin olduğu belirlenmiştir. Kadınların sigara ve alkol kullanım alışkanlıklarına göre dağılımına bakıldığında; %89.6'sı sigara kullanmamaktadır. Kadınların %84.8'inin alkol kullanmadığı görülmektedir. Kadınların egzersiz yapma alışkanlıklarına bakıldığında %33.2'sinin egzersiz yapmadığı, %39.3'ünün ayda bir gün, %30.2'sinin haftada 2-3 gün ve %27.8'inin haftada bir gün egzersiz yaptığı belirlenmiştir.

Tablo 2. Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerinin Dağılımı

| Obstetrik ve Jinekolojik Özellikler | n | % |
|---|----------|----------|
| Cinsel İlişki Deneyimi (n=560) | | |
| Cinsel ilişki deneyimi var | 442 | 79.0 |
| Cinsel ilişki deneyimi yok | 118 | 21.0 |
| İlk Cinsel İlişki Yaşı (n=442) | | |
| 15-18 | 75 | 13.4 |
| 19-21 | 105 | 18.8 |
| 22-24 | 87 | 15.5 |
| 25-27 | 156 | 27.9 |
| 28 ve üzeri | 19 | 3.4 |
| Yaşayan Çocuk Durumu (n=560) | | |
| Çocuğu olan | 406 | 72.5 |
| Hiç çocuğu olmayan | 154 | 27.5 |
| Jinekolojik Şikayet (n=560) | | |
| Var | 116 | 20.7 |
| Yok | 444 | 79.3 |
| Mevcut Olan Jinekolojik Şikayet (n=116) | | |
| Ağrı | 42 | 36.2 |
| Kanama | 26 | 22.4 |
| Akıntı | 10 | 8.4 |
| Kaşıntı | 38 | 32.7 |
| Jinekolojik Bir Enfeksiyon Geçirme Öyküsü (n=560) | | |
| Evet, var | 37 | 6.6 |
| Hayır, yok | 523 | 93.4 |
| Jinekolojik Muayene Yaptırma ile İlgili Düşünceler (n=560) | | |
| Sıkıntılarını dayanılmaz olduğunda muayene olan | 210 | 37.5 |
| Herhangi bir şikayeti olduğunda muayene olan | 149 | 26.6 |
| Düzenli olarak muayene olan | 201 | 35.9 |
| Düzenli Olarak Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumu (n=560) | | |
| Yaptıran | 201 | 35.9 |
| Yaptırmayan | 359 | 64.1 |
| Jinekolojik Muayene Yaptırma Nedenleri (n=201)* | | |
| Jinekolojik yakınma | 144 | 71.6 |
| Düzenli sağlık kontrolü | 185 | 92.0 |
| Kanser endişesi yaşama | 103 | 51.2 |
| Doktorun isteği üzerine | 55 | 27.3 |
| Aile kanser öyküsü | 21 | 10.4 |

*Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların ilk cinsel ilişki yaşı ve çocuk sayısına bakıldığında; %79.0'nın cinsel ilişki deneyimi bulunmaktadır. Kadınların %13.4'ü 15-18 yaş aralığında, %18,8'i 19-21 yaş aralığında ve %27,9'u 25-27 yaş aralığında ilk cinsel ilişki deneyimini yaşamıştır. Kadınların %93.4'ünün jinekolojik bir enfeksiyon

geçmişinin olmadığı, sadece iki kadının %0.4'ünün cinsel yolla bulaşan hastalık geçmişi olduğu görülmektedir. Kadınların %79.3'ünün jinekolojik şikâyeti olmadığı, %36.2'sinin ağrı, %32.7'sinin kaşıntı, %22.4'ünün kanama şeklinde jinekolojik şikayetleri olduğu görülmektedir. Kadınların %37,5'i sıkıntıları dayanılmaz olduğunda, %26.6'sı da her hangi bir şikâyeti olduğunda jinekolojik muayene olduğunu ifade etmiştir. Kadınların %64,1'inin düzenli jinekolojik muayene yaptırmadığı ve %35.9'unun düzenli jinekolojik muayene yaptırdığı görülmektedir. Jinekolojik muayene yaptırma nedenleri arasında %92.0'nın düzenli sağlık kontrolü, %71.6'sının jinekolojik yakınma varlığı ve %51.2'sinin kanser endişesi olduğu görülmüştür.

Tablo 3. Kadınların Jinekolojik Muayene Yaptırma Hakkında Bilgi Durumlarının Dağılımı

| Jinekolojik Kanserlerde Erken Tanı İçin Jinekolojik Muayenenin Önemi Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu (n=560) | n | % |
|---|----------|----------|
| Bilgisi olan | 492 | 87.9 |
| Bilgisi olmayan | 68 | 12.1 |
| Jinekolojik Muayene Yaptırma Hakkında Alınan Bilgi Kaynağı (n=492) | | |
| Ebe | 141 | 28.6 |
| Hemşire | 73 | 14.9 |
| Doktor | 67 | 13.7 |
| Seminer/Toplantı | 91 | 18.5 |
| Yazılı-Görsel Basın | 83 | 16.7 |
| Arkadaş | 28 | 5.7 |
| Anne-Baba | 9 | 1.9 |

Jinekolojik kanserlerde erken tanı için jinekolojik muayene yaptırmanın önemi hakkında kadınların bilgi durumuna bakıldığında; %87.9 'unun bilgi sahibi olduğu, kadınların jinekolojik muayene hakkındaki bilgiyi en fazla edindiği kaynaklar sırasıyla %28.6'sının ebeden, %18.5'inin seminer ya da toplantıdan ve %16.7'sinin yazılı veya görsel basından almış olduğu görülmektedir.

Tablo 4. Kadınların Düzenli Jinekolojik Muayene Yaptırmama Nedenlerine Göre Dağılımı

| Jinekolojik Muayene Yaptırmama Nedenleri (n=359) | n | % |
|--|----------|----------|
| Jinekolojik muayeneye ilişkin bilgimin olmaması | 44 | 12.2 |
| Jinekolojik muayenenin sağlığı koruduğunu bilmeme | 44 | 12.2 |
| Jinekolojik yakınmamın olmaması | 202 | 56.2 |
| Jinekolojik muayene yaptırmamın gerekliliğine inanmama | 5 | 1.32 |
| Jinekolojik muayene yaptırmamın gerekliliğini bilmeme | 220 | 61.2 |
| Jinekolojik kanser açısından kendisini risk altında görmeme | 261 | 72.7 |
| Jinekolojik muayene ile ilgili önyargılarımın olması | 81 | 22.5 |
| Jinekolojik muayeneye ilişkin önceden olumsuz deneyim sahibi olma | 42 | 11.6 |
| Jinekolojik muayene yapılışına ilişkin bilinmezlik korkusu | 10 | 2.78 |
| Sağlık taramalarının sağlığı koruduğunu bilmeme | 11 | 3.0 |
| Jinekolojik muayenede doğru tanı alamama korkusu | 152 | 42.3 |
| Jinekolojik kanser tanısı alma korkusu | 112 | 31.1 |
| Jinekolojik kanser tanısının eş ya da arkadaşla ilişkiyi bozacağı korkusu | 35 | 9.7 |
| Jinekolojik muayeneyi daha sonra yaptırmayı düşünme | 163 | 45.4 |
| Jinekolojik muayeneden çekinme | 195 | 54.3 |
| Jinekolojik muayene sırasında ağrı çekme korkusu | 171 | 47.6 |
| Jinekolojik muayeneye ilişkin tutucu düşünme | 83 | 23.1 |
| Jinekolojik muayene ile ilgili stigma duygusu | 44 | 12.2 |
| Jinekolojik muayenenin günah olduğunu düşünme | 36 | 10.0 |
| Jinekolojik muayene yaptırdınca suçluluk hissetme | 106 | 29.5 |
| Katı ahlak kuralları ve tabular | 101 | 28.1 |
| Cinsel organı gizlemeyi gerektiren tutumlar | 111 | 30.9 |
| Utanma duygusu | 219 | 61.0 |
| Kaderci düşünceye sahip olma | 91 | 25.3 |
| Cinsel yönden aktif olmama | 21 | 5.8 |
| Ayıplanma | 68 | 18.9 |
| İhmal etme | 160 | 44.5 |
| Zaman bulamama | 163 | 45.4 |
| Meşgul olma | 146 | 40.6 |
| Sağlık kurumunun uzak olması | 7 | 1.94 |
| Ekonomik sıkıntının olması | 6 | 1.67 |
| Sosyal güvencemin olmaması | 7 | 1.94 |
| Hastane ortamından rahatsız olma | 172 | 47.9 |
| Jinekolojik muayene masası korkumun olması | 128 | 35.6 |
| Jinekolojik muayene pozisyonu nedeni ile muayene sırasında sıkıntı yaşamam | 169 | 47.0 |
| Jinekolojik muayene sırasında enfeksiyon bulaşma korkusu | 167 | 46.5 |
| Jinekolojik muayene sırasında mahremiyete dikkat edilmemesi | 189 | 52.6 |
| Jinekolojik muayene sırasında sağlık çalışanının açıklama yapmaması | 170 | 47.3 |
| Jinekolojik muayene yapılırken temizlik konusunda yargılarımın olması | 164 | 45.6 |
| Jinekolojik muayene sırasında sağlık çalışanının olumsuz tutumu | 196 | 54.5 |
| Jinekolojik muayene eden kişinin karşı cinsten olması | 209 | 58.2 |
| Hekimin önerisinin bulunmaması | 155 | 43.1 |
| Jinekolojik muayene sırasında sağlık çalışanı tarafından önemsenmeme | 152 | 42.3 |
| Jinekolojik muayene olmamı etkileyecek fiziksel engelimin olması | 1 | 0.2 |
| Şimdiki seksüel yaşamımdaki memnuniyetsizlik | 1 | 0.2 |

Kadınların jinekolojik muayene yaptırmama nedenlerine göre dağılımına bakıldığında; %72.7'si kanser açısından kendisini risk altında görmediğinden, %61.2'si jinekolojik muayene yaptırma gerekliliğini bilmediğinden, %61.0'ı utanma duygusu yaşadığından, %58.2'si muayene eden kişinin karşı cinsten olmasından, %56.2'si jinekolojik yakınması olmadığından, %54.5'i jinekolojik muayene sırasında sağlık çalışanının olumsuz tutumundan, %44.5'i ihmal etmesinde dolayı jinekolojik muayene yaptırmadığı görülmüştür.

Tablo 5. Kadınların Yaş Özellikleri İle Düzenli Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumlarının Dağılımı

| Yaş | Ortalama | ±SD | F | p |
|---|-----------------|------------|----------|----------|
| Düzenli Jinekolojik Muayene Yaptıranlar | 33.63 | 10.22 | 1.775 | 0.002 |
| Düzenli Jinekolojik Muayene Yaptırmayanlar | 35.64 | 11.36 | | |

Kadınların yaş ortalaması ile düzenli jinekolojik muayene yaptırma durumunun karşılaştırıldığında (one way ANOVA testi) aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Buna göre; kadınların yaşları arttıkça düzenli olarak muayene yaptırmadığı görülmektedir ($p < 0.05$).

Tablo 6. Kadınların Sağlık Güvencesi ve Ekonomik Durumları ile Düzenli Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumlarının Dağılımı (n=359)

| Kadınların Sağlık Güvencesi ve Ekonomik Durumu | | Düzenli Olarak Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumu | | |
|--|-------------|--|------|-------|
| | | Yaptırmayan | | p |
| | | n | % | |
| Sağlık Güvencesi | Var | 336 | 60.0 | 0.001 |
| | Yok | 23 | 4.1 | |
| Çalışma Durumu | Çalışan | 92 | 16.4 | 0.005 |
| | Çalışmayan | 267 | 47.7 | |
| Gelir Düzeyi | Gelir<Gider | 226 | 40.3 | 0.001 |
| | Gelir=Gider | 123 | 22.0 | |
| | Gelir>Gider | 10 | 1.8 | |
| Ekonomik Sıkıntı Durumu | Var | 6 | 1.1 | 0.068 |
| | Yok | 353 | 63.0 | |

Pearson Ki-kare Fischer- Exact

Kadınların sağlık güvencesi ile düzenli jinekolojik muayene yaptırma durumu karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p=0.001<0.05$). Aynı şekilde kadınların çalışma durumu ($p=0.005<0.05$), gelir düzeyi ($p=0.001<0.05$), arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmektedir.

Tablo 7. Kadınların Cinsel Yaşamı ile Düzenli Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumlarının Dağılımı (n=359)

| Kadınların Cinsel Yaşamı | | Düzenli Olarak Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumu | | |
|--|-----|--|------|-------|
| | | Yaptırmayan | | p |
| | | n | % | |
| Cinsel Yönden Aktiflik | Var | 208 | 37.1 | 0.001 |
| | Yok | 151 | 27.0 | |
| Mevcut Seksüel Yaşamından Memnuniyetsizlik | Var | 1 | 0.2 | 0.641 |
| | Yok | 358 | 63.9 | |

Pearson Ki-kare Fischer- Exact

Kadınların cinsel yönden aktiflik durumu ile düzenli jinekolojik muayene yaptırma durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p=0.001;p<0.05$).

Tablo 8. Kadınların İlk Cinsel İlişki Yaş Özellikleri ile Düzenli Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumlarının Dağılımı

| İlk Cinsel İlişki Yaşı | Ortalama | ±SD | F | t | p |
|--|----------|-------|-----|-------|-------|
| Düzenli Jinekolojik Muayene Yaptıranlar | 21.19 | 4.54 | 348 | 6.691 | 0.001 |
| Düzenli Jinekolojik Muayene Yaptırmayanlar | 15.63 | 11.27 | | | |

İlk cinsel ilişki yaş ortalaması ile düzenli olarak jinekolojik muayene yaptırma durumu arasındaki ilişki, bağımsız değişkenler t testine göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.001$; $p<0.05$).

Tablo 9. Kadınların Sağlık Durumu ile Düzenli Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumlarının Dağılımı (n=359)

| Sağlık Şikayeti | | Düzenli Olarak Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumu | | |
|--------------------------------------|-----|--|------|-------|
| | | Yaptırmayan | | p |
| | | n | % | |
| Jinekolojik Şikayet Varlığı | Var | 106 | 18.9 | 0.001 |
| | Yok | 253 | 45.2 | |
| Jinekolojik Yakınma Varlığı | Var | 2 | 0.4 | 0.001 |
| | Yok | 357 | 63.7 | |
| Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık Öyküsü | Var | 1 | 0.2 | 0.589 |
| | Yok | 358 | 63.9 | |
| Jinekolojik Enfeksiyon Geçmişi | Var | 15 | 2.7 | 0.002 |
| | Yok | 344 | 61.4 | |

Pearson Ki-kare Fischer- Exact

Kadınların jinekolojik şikayet ve jinekolojik yakınma varlığı ile düzenli olarak jinekolojik muayene yaptırma durumu değerlendirildiğinde, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.001$; $p<0.05$).

Tablo 10. Kadınların Sigara ve Alkol Kullanımı ile Düzenli Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumlarının Dağılımı (n=359)

| Sigara-Alkol Kullanımı | | Düzenli Olarak Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumu | | |
|------------------------|-----|--|------|-------|
| | | Yaptırmayan | | p |
| | | n | % | |
| Sigara Kullanımı | Var | 36 | 6.4 | 0.418 |
| | Yok | 323 | 57.7 | |
| Alkol Kullanımı | Var | 85 | 15.2 | 0.001 |
| | Yok | 274 | 48.9 | |

Pearson Ki-kare Fischer- Exact

Sigara kullanımı ile kadınların düzenli olarak jinekolojik muayene yaptırma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Alkol kullanan kadınların düzenli jinekolojik muayene yaptırmadığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.001$; $p<0.05$).

Tablo 11. Sağlık Çalışanı Tutumları ile Kadınların Düzenli Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumlarının Dağılımı (n=359)

| Sağlık Çalışanı Tutumu | | Düzenli Olarak Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumu | | |
|--|-----|--|------|-------|
| | | Yaptırmayan | | p |
| | | n | % | |
| Sağlık Çalışanı Tarafından Önemsenmeme | Var | 152 | 27.1 | 0.001 |
| | Yok | 207 | 37.0 | |
| Sağlık Çalışanının Açıklama Yapmaması | Var | 170 | 30.4 | 0.001 |
| | Yok | 189 | 33.7 | |
| Sağlık Çalışanının Hastanın Mahremiyetine Dikkat Varlığı | Var | 189 | 33.7 | 0.001 |
| | Yok | 170 | 30.4 | |
| Sağlık Çalışanının Olumsuz Tutumu | Var | 196 | 35.0 | 0.001 |
| | Yok | 163 | 29.1 | |

Pearson Ki-kare Fischer- Exact

Kadınların sağlık çalışanı tarafından önemsenmediği düşüncesi nedeniyle düzenli jinekolojik muayene yaptırma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.001$; $p<0.05$).

Tablo 12. Kadınların Jinekolojik Kansere Karşı Görüşleri ile Düzenli Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumlarının Dağılımı (n=359)

| Kadınların Jinekolojik Kansere Karşı Tutumu | | Düzenli Olarak Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumu | | |
|--|-----|--|------|-------|
| | | Yaptırmayan | | p |
| | | n | % | |
| Kanser Endişesi Yaşama | Var | 0 | 0.0 | 0.001 |
| | Yok | 360 | 64.3 | |
| Ailede Kanser Öyküsü | Var | 0 | 0.0 | 0.001 |
| | Yok | 359 | 64.1 | |
| Kişinin Kanser Açısından Kendisini Risk Altında Görmesi | Var | 261 | 46.6 | 0.001 |
| | Yok | 98 | 17.5 | |
| Kanser Tanısı Alma Korkusu | Var | 112 | 20.0 | 0.001 |
| | Yok | 247 | 44.1 | |
| Kanser Tanısının Eş ya da Arkadaşla İlişkiyi Bozacağı Korkusu | Var | 35 | 6.3 | 0.001 |
| | Yok | 324 | 57.9 | |
| Jinekolojik Kanselerde Erken Tanı için Jinekolojik Muayenenin Öneme Dair Bilgi Sahibi Olma | Var | 291 | 52.0 | 0.001 |
| | Yok | 68 | 12.1 | |

Pearson Ki-kare Fischer- Exact

Kendini kanser açısından risk altında görmeyen ($p=0.001$; $p<0.05$), muayene sonucunda kanser tanısı alma korkusu olan ($p=0.001$; $p<0.05$), kanser tanısı alması halinde eş ya da arkadaşlarıyla ilişkisinin bozulmasından korkan ($p=0.001$; $p<0.05$), ailesinde kanser öyküsü olan ($p=0.001$; $p<0.05$) ve jinekolojik kanselerde erken tanı için jinekolojik muayenenin önemi hakkında bilgi sahibi olmayan kadınların, düzenli jinekolojik muayene yaptırma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0.05$).

Tablo 13. Kadınların Jinekolojik Muayene Yapacak Hekimin Cinsiyetine Yaklaşımı ile Düzenli Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumlarının Dağılımı (n=359)

| Muayene Yapacak Hekim Cinsiyeti | | Düzenli Olarak Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumu | | |
|---|-----|--|------|-------|
| | | Yaptırmayan | | p |
| | | n | % | |
| Jinekolojik Muayeneyi Yapan Hekimin Karşı Cinsten Olma Endişesi | Var | 209 | 37.3 | 0.001 |
| | Yok | 150 | 26.8 | |

Pearson Ki-kare Fischer- Exact

Kadınların muayeneyi yapan kişinin karşı cins olmasından dolayı endişe duyması ile düzenli jinekolojik muayeneye yaptırma durumu karşılaştırıldığında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.001;p<0.05).

Tablo 14. Kadınların Önceki Muayene Deneyimleri ve Koşulları ile Düzenli Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumlarının İlişkisi (n=359)

| Kadınların Önceki Muayene Deneyimleri ve Koşulları | | Düzenli Olarak Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumu | | |
|--|-----|--|------|-------|
| | | Yaptırmayan | | p |
| | | n | % | |
| Jinekolojik Muayene Masası Korkusu | Var | 128 | 22.8 | 0.001 |
| | Yok | 231 | 41.3 | |
| Önceden Olumsuz Deneyim Sahibi Olma Durumu | Var | 42 | 7.5 | 0.001 |
| | Yok | 317 | 56.6 | |
| Muayene Pozisyonu Nedeniyle Sıkıntı Duyma | Var | 169 | 30.2 | 0.001 |
| | Yok | 190 | 33.9 | |
| Muayene Sırasında Enfeksiyon Bulaş Korkusu | Var | 167 | 29.8 | 0.001 |
| | Yok | 192 | 34.3 | |
| Hastane Ortamından Rahatsızlık Duyma Durumu | Var | 172 | 30.7 | 0.001 |
| | Yok | 187 | 33.4 | |
| Muayeneye Dair Temizlik Konusunda Endişeler | Var | 164 | 29.3 | 0.001 |
| | Yok | 195 | 34.8 | |
| Muayene Yapılışına Dair Bilinmezlik Korkusu | Var | 10 | 1.8 | 0.001 |
| | Yok | 349 | 62.3 | |
| Muayene Nedeniyle Ağrı Çekme Korkusu | Var | 171 | 30.5 | 0.001 |
| | Yok | 188 | 33.6 | |
| Muayene Hakkında Ön Yargıların Olması | Var | 81 | 14.5 | 0.001 |
| | Yok | 278 | 49.6 | |

Pearson Ki-kare Fischer- Exact

Kadınların, önceki muayene deneyimleri ve koşulları ile ilişkili görüşlerinden, muayene masası korkusu (p=0.001;p<0.05), önceki muayenelerde olumsuz deneyime sahip olma (p=0.001;p<0.05), muayene pozisyonundan sıkıntı duyulması (p=0.001;p<0.05), muayene sırasında ki temizlik endişesi (p=0.001;p<0.05) ile düzenli

jinekolojik muayene yaptırma durumları değerlendirildiğinde fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 15. Kadınların Jinekolojik Muayene Önemi ve Jinekolojik Muayene ile İlgili Görüşleri ve Düzenli Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumlarının Dağılımı (n=359)

| Jinekolojik Muayene Önemi ve Jinekolojik Muayene ile İlgili Görüşler | | Düzenli Olarak Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumu | | |
|--|-----|--|------|-------|
| | | Yaptırmayan | | p |
| | | n | % | |
| Jinekolojik Muayenenin Jinekolojik Sağlığı Koruduğunu Bilmeme | Var | 44 | 7.9 | 0.001 |
| | Yok | 315 | 56.2 | |
| Sağlık Taramalarının Sağlığı Koruduğunu Bilmeme | Var | 11 | 2.0 | 0.007 |
| | Yok | 348 | 62.1 | |
| Jinekolojik Muayene Yaptırmanın Gerekliliğine İnanmama | Var | 5 | 0.9 | 0.107 |
| | Yok | 354 | 63.2 | |
| Katı Ahlak Kuralları Ve Tabular | Var | 101 | 18.0 | 0.001 |
| | Yok | 258 | 46.1 | |
| Tutucu Düşünce | Var | 83 | 14.8 | 0.001 |
| | Yok | 276 | 49.3 | |
| Jinekolojik Muayenenin Günah Olduğu Düşüncesi | Var | 36 | 6.4 | 0.001 |
| | Yok | 323 | 57.7 | |
| Jinekolojik Muayene Yaptırmadan Kaynaklı Suçluluk Hissi | Var | 106 | 18.9 | 0.001 |
| | Yok | 253 | 45.2 | |
| Kaderci Düşünce | Var | 91 | 16.2 | 0.001 |
| | Yok | 268 | 47.9 | |
| Jinekolojik Muayeneden Ötürü Ayıplanma Duygusu | Var | 68 | 12.1 | 0.001 |
| | Yok | 291 | 52.0 | |
| Jinekolojik Muayeneden Ötürü Utanma Duygusu | Var | 219 | 39.1 | 0.001 |
| | Yok | 140 | 25.0 | |
| Cinsel Organı Gizleme Tutumu | Var | 111 | 19.8 | 0.001 |
| | Yok | 248 | 44.3 | |
| Stigma Duygusu | Var | 44 | 7.9 | 0.001 |
| | Yok | 315 | 56.2 | |
| Hekim Önerisinin Bulunmaması | Var | 155 | 27.7 | 0.001 |
| | Yok | 204 | 36.4 | |
| Jinekolojik Muayenede Doğru Tanı Alamama Korkusu | Var | 152 | 27.1 | 0.001 |
| | Yok | 207 | 37.0 | |
| Jinekolojik Muayeneyi Daha Sonra Yaptırmayı Düşünme | Var | 163 | 29.1 | 0.001 |
| | Yok | 196 | 35.0 | |
| Jinekolojik Muayeneden Çekinme | Var | 195 | 34.8 | 0.001 |
| | Yok | 164 | 29.3 | |
| Zaman Bulamama Nedeniyle | Var | 163 | 29.1 | 0.001 |
| | Yok | 196 | 35.0 | |
| İhmal Etme | Var | 160 | 28.6 | 0.001 |
| | Yok | 199 | 35.5 | |
| Meşgul Olma | Var | 146 | 26.1 | 0.001 |
| | Yok | 213 | 38.0 | |
| Sağlık Kurumunun Uzak Olması | Var | 7 | 1.3 | 0.044 |
| | Yok | 352 | 62.8 | |
| Jinekolojik Muayene Olmaması Etkileyecek Fiziksel Engelim Olması | Var | 1 | 0.2 | 0.64 |
| | Yok | 358 | 63.9 | |

Pearson Ki-kare Fischer- Exact

Jinekolojik muayene yaptırmanın jinekolojik sağlığı koruduğunu bilmeyen ($p=0.001;p<0.05$), sağlık taramalarının sağlığı koruduğunu bilmeyen kadınların ($p=0.007;p<0.05$), dűzenli jinekolojik muayene yaptırma durumu değerlendirildiğinde fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.



5. TARTIŞMA

Araştırmaya, İzmir ili, Kiraz ilçesi 1 nolu Aile Sağlığı Merkezine 01 Temmuz – 30 Eylül 2013 tarihleri arasında muayene olmak üzere gelen ve çalışmaya katılmayı kabul eden ve veri toplama formunda hata tespit edilmeyen 560 kadın oluşturmuştur. Bu örneklem kapsamında çalışmamız, kadınların kanserden korunmaya yönelik olarak jinekolojik muayene yaptırmalarını etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Kanser, günümüzde en çok ölüme yol açan hastalıklar arasında dünya genelinde ikinci sırada yer alması nedeniyle, toplumlar için önemli bir sağlık sorunudur (Güvenç, 2008). Jinekolojik kanserler, tüm kadın kanserlerinin 1/5'ini oluşturmaktadır. Başlıca jinekolojik kanserler serviks, endometriyum ve over kanseridir. Kanserle ilgili en önemli faktör, bu kanserin erken evrede yakalanabilmesidir. Kanserinin erken evrede yakalanması kanser mortalitesini düşürmektedir. Ülkemiz gibi orta/düşük gelirli ülkelerde sıklığı giderek artan kanser hastalarında tarama programlarının uygulanması zorunlu bir hale gelmiştir (İlçioğlu, 2017).

Literatüre göre kadınlar, herhangi bir hastalık belirtisinin olmaması, ihmal, sıkılma, utanma, korku, sağlık güvencesi yokluğu, hastalık belirtilerinin olmaması, jinekolojik muayene hakkında bilgi sahibi olmama, erkek hekime muayene olmak istememe, zaman bulamama, çok meşgul olma, kendini jinekolojik kanserler açısından risk altında görmeme, kadınların cinsellikle ilgili bilgi sahibi olmamaları, sağlık sorunlarını önemsememe, parasal sorunlar, sağlık personelinin olumsuz tutumu, muayene pozisyonu, kullanılan aletler, önceki olumsuz muayene deneyimi, hastane ortamı, hastanede uygulanan tanı tedavi işlemleri, hastane ortamının yabancılığı, tanımadığı kişiler, işlemler, korkutucu kurallar, anlaşılmayan tıbbi dil, klinik ortamda yaşanan günlük olaylar, mahremiyete dikkat edilememesi, bireyselliğin göz ardı edildiği durumlardan dolayı jinekolojik muayene yaptırmamaktadır (Mete, 1998; Bolsoy, 2000; Altay, 2006; Akyüz, 2006; Gümüş, 2011; Altay ve Kefeli, 2012; Demiray, 2014). Çalışmamızda da kadınların jinekolojik muayene yaptırmama nedenlerine göre dağılımına bakıldığında; %61.0'ı utanma duygusu yaşadığından, %58.2'si muayene eden kişinin karşı cinsten olmasından dolayı, %56.2'si jinekolojik yakınma olmadığı için, %54.5'i sağlık çalışanının olumsuz tutumundan dolayı, %54.3'ü çekindiği için, %52.6'sı jinekolojik muayene sırasında mahremiyetine dikkat edilmediğinden, %47.9'u hastane ortamından rahatsız olduğu, %47.0'ı jinekolojik muayene pozisyonu nedeniyle,

%45.4'ü zaman bulamama, %44.5'i ihmal ettiği için, %42.3'ü jinekolojik muayene sırasında sağlık çalışanı tarafından önemsenmediği, %30.9'u cinsel organı gizlemeyi gerektiren tutumlardan, %9.7'si jinekolojik kanser tanısının eş ya da arkadaşla ilişkiyi bozacağı korkusundan dolayı, %3.0'ı sağlık taramalarının sağlığı koruduğunu bilmemesinden, %2.78'inin jinekolojik muayene yapılışına ilişkin bilinmezlik korkusundan, jinekolojik muayene yaptırmadığı görülmektedir (Tablo 4). Çalışmamızda kadınların utanma duygusundan, sağlık çalışanının olumsuz tutumundan, hastane ortamından rahatsız olmaktan ve hekimin karşı cinsiyeten olmasından dolayı jinekolojik muayene yaptırmaması önemli bir bulgudur ve literatürle benzerlik göstermektedir.

Hindistan da 156 öğretmen kadın üzerinde yapılan bir çalışmada, kadınların %60'ının bilgi kaynağı gazete ve dergilerken, %75.0'ından fazlasının pap smear testi için bilgi kaynakları doktorlar olmuştur (Shankar ve ark., 2015). Araştırmamıza katılan kadınların %87.9'u gibi büyük çoğunluğunun jinekolojik muayene hakkında bilgi sahibi olduğu görülmüştür ve kadınların jinekolojik muayene hakkında ki bilgiyi %28.6'sı ebeden, %14.9'u hemşireden, %13.7'si doktordan, %16.7'si yazılı veya görsel basından aldığı görülmektedir (Tablo 4). Bilgiyi sağlık profesyonellerinden almış olmaları oldukça önemlidir, çalışmamız bu yönü ile literatürdeki sonuçlara benzememektedir.

Araştırmaya katılan kadınların %35.9'unun düzenli jinekolojik muayene yaptırdığı, %64.1'den oluşan çoğunluğun bir şikayet varlığında ya da sıkıntılarının dayanılmaz olduğu durumda jinekolojik muayeneye gittiği görülmektedir (Tablo 2). Kadınların vajinal muayene sırasında rahatsızlık hissi, istismar öyküsü ve posttravmatik stres bozukluğunun incelenmesi üzerine yapılan 4225 kadının oluşturduğu bir çalışmada, kadınların jinekolojik muayeneye gidiş nedenleri %71.3' ü doğum, %16.9'ü erken doğum tehdidi, %8.4'ü doğum sonrası kontrol, %1.8'i diğer kontroller şeklinde sıralanmaktadır (Güneş, 2015). Aydın (2015), 966 kadın ile yaptığı çalışmasında, kadınların jinekoloji polikliniğine başvuru nedenleri %36.5'i kontrol istemi, %19.5'i akıntı şikayeti, %15.7'si menstrual bozukluklar, %1.6'sı üriner şikayeti şeklinde sıralanmaktadır. Kadınların düzenli jinekolojik muayene alışkanlığının bulunmadığı görülmekte literatürde benzer biçimde kadınlar ciddi olarak sorunlar yaşamadan, büyük çoğunluğunda sağlık personeli ve ortama bağlı olumsuz nedenlerden dolayı jinekolojik muayane yaptırmamaktadır.

Jinekolojik kanserlerde bir tarama yöntemi olan pap smear testi, jinekolojik muayeneyi kapsamaktadır. Akyüz ve ark., (2006), Pap smear testi yaptırma durumları ile bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi üzerine yaptığı çalışmada, 30-39 yaş grubundaki kadınlarda jinekolojik muayeneyi içeren pap smear testi yaptırma oranı istatistiksel daha yüksek bulunmuştur ($p<0.005$). Yapılan başka bir çalışmada araştırmaya katılan kadınların 21-30 yaş grubunda olması, pap smear taramasının farkındalığını <20 yaş grubuna göre 4.036 kat arttırdığı bulunmuştur. 35-40 yaş grubunda ki, 111 kadının %79.2'sinin en az bir kez smear testi yaptırdığı bulunmuştur (Aydın, 2015). Çalışmamızda kadınların yaş ortalaması 34.91 ± 11.00 olup, jinekolojik muayene yaptırma durumu ile yaş arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı görülmüştür ($p=0.002$; $p<0.05$, Tablo 5).

Kanserlerin erken evrede yakalanabilmesi için tarama testlerinin, düzenli sağlık kontrollerinin önemi büyüktür. Jinekolojik kanserlerin erken tanısında da en önemli yol, düzenli jinekolojik muayene yapılmasıdır. Jinekolojik muayene öncesi, sırası ve sonrasında sağlık çalışanının tutum ve davranışı çok önemli olmaktadır. Muayene deneyiminin kadın için olumlu olması daha sonra ki muayenelerin devamlılığı açısından önemli rol oynamaktadır. Yapılan çalışmalarda jinekolojik muayene sürecinde; sağlık profesyonellerinin açıklama yapmaması, muayene sırasında sert davranması ve acele etmesi, muayene eden doktorun karşı cinsten olması, olumsuz muayene deneyimlerinin yaşanmasına zemin hazırlamaktadır (Aksakal, 2001; Altay ve Kefeli, 2012; Özbek, 2006; Demir, 2014). Kadınlar jinekolojik kanserler için taramanın değerini bilmesine rağmen, jinekolojik muayene prosedürü ve mahremiyet duygusu nedeniyle taramadan kaçınmaktadır (Mete, 1998). Hastaların jinekolojik muayeneden rahatsızlık duymalarının temelinde, doktora mahrem organları teşhir etme kaygısı yatmaktadır. Cinsel organlar, tüm dünyada “mahrem olarak algılanan ve özel anlamı olan organlar olarak tanımlanmaktadır (Mete, 1998). Araştırmamızda da düzenli jinekolojik muayene yaptırma durumu ile sağlık çalışanı tarafından önemsendiğini, mahremiyetine dikkat edildiğini, olumsuz tutum sergilenmediğini ve açıklama yapıldığını düşünen kadınlar arasındaki fark istatistiksel olarak daha anlamlı bulunmuştur ($p=0.001$; $p<0.05$, Tablo 11). Bu sonuca göre sağlık personelinin kadına jinekolojik muayenedeki yaklaşımı oldukça önemlidir.

Demiray ve ark., (2014), çalışmasında kadınların %28.3 'nün düzenli jinekolojik muayeneye gittiği, %46.7'sinin çok acil bir rahatsızlığı olduğunda jinekolojik muayeneye gittiği belirlenmiştir. Kadınların %40'ının maddi yetersizlikler, iş yoğunluğu, muayene şeklinin zorluğu, muayenede kendini rahat hissetmediği veya jinekolojik muayene korkularından dolayı düzenli jinekolojik muayeneye gitmedikleri görülmüştür. Benzer bir çalışmada kadınların %67.8'inin yalnızca jinekolojik bir yakınması olduğunda jinekolojik muayeneye gittikleri belirlenmiştir (Kocabaş, 2012). 15-49 yaş arası 362 kadın ile yapılan başka bir çalışmada kadınların %72.4'ü kaşıntı, disüri, akıntı gibi şikayetlerden en az biri ile başvurmuştur (Gücük, 2011). Çalışmamızda kadınların %71.6'sı jinekolojik yakınması, %92.0'ı düzenli sağlık kontrolü, %51.2'ü kanser edişesi yaşadığından, %27.3'ü doktor isteği üzerine, %10.4'ü ailede kanser öyküsü olduğu için jinekolojik muayene yaptırmaktadır (Tablo 2). Kadınların düzenli olarak jinekolojik muayene yaptırma durumu ile jinekolojik yakınma varlığı değerlendirildiğinde, iki değişkenin arasında istatistiksel fark anlamlı görülmüştür ($p=0.001$; $p<0.05$, Tablo 9). Kadınların jinekolojik şikayeti ve jinekolojik yakınması olmadığında düzenli olarak jinekolojik muayeneye gitmediği görülmüştür ($p=0.001$; $p<0.05$, Tablo 9). 275 kadın ile yapılan bir çalışmada, kadınların %56.7' sinin şikayetleri olduğunda, %24.7'si doğum öncesi ve doğum sonrası bakım sırasında ve %5.5'i her yıl düzenli olarak jinekolojik muayene yaptırmıştır (Bolsoy, 2000). 40 yaş üzeri 224 kadın ile yapılan bir çalışmada, kadınların %51.8'inin sıkıntıları dayanılmaz olduğunda, %51.3'ünün herhangi bir yakınması olduğunda, %10.7 'sinin tarama amaçlı olarak jinekolojik muayeneye gittikleri görülmüştür (Büyükkayacı Duman ve ark., 2015). Araştırmamıza katılan kadınların %35.9'u düzenli olarak jinekolojik muayene yaptırmakta ve kadınlar %92.0'ı düzenli sağlık kontrolü için jinekolojik muayene yaptırmaktadır (Tablo 2). Kadınların jinekolojik muayeneyi çoğunlukla şikayeti ya da sıkıntısı olduğunda gitmesi, jinekolojik muayenenin, jinekolojik kanserlerden koruyan erken tarama için ön koşul oluşturan sağlık muayenesi olarak göremediklerini düşündürmektedir. Bu kadınların korunmasını sağlayıcı önlemleri alma ve eğitimlerde önemle dikkat edilmesi gerektiğinin bir işaretidir.

Kadın sağlık personellerinin katıldığı bir çalışmada, kadınların sadece %14.7'si düzenli jinekolojik muayene yaptırmakta %85.3'ü düzenli jinekolojik muayene yaptırmamaktadır. Yaptırmayan kadınların %14.7'sinin gerek duymadığı %7.6'sının yeterli zamanı olmadığı, %5.1'i şikayeti olmadığı için jinekolojik muayeneyi ve

taramayı içeren pap smear testini yaptırmamıştır (Ersin, 2016). Gümüş (2011), çalışmasında da kadınların %57.3'ü herhangi bir hastalık belirtisine sahip olmadığı için jinekolojik muayene yaptırmamaktadır. 197 kadın doktor ile yapılan, yaş ortalaması 33.0 ± 6.8 olan bir çalışmada, kadın doktorların %71.6'sı jinekolojik kanserleri tarama yöntemlerinden biri olan pap smear testi hakkında eğitim almış fakat %46.2'si hiç jinekolojik muayene yaptırmamış, %67.0'si hiç pap smear testi yaptırmamıştır. Kadınların pap smear testi yaptırmama nedenleri %26.4'ü ihmal etme, kendini risk altında görmeme, % 5.6'sı bakire olma, % 3.6'sı utanma nedeniyle yaptırmamıştır (Işık ve ark., 2016). Çalışmamızda da kadınların %35.9'u düzenli jinekolojik muayene yaptırmaktadır (Tablo 2). Kadınların % 45.4'ü zaman bulamadığı için, %56.2'si jinekolojik yakınması olmadığı için, %61.0'ı utandığı için, % 72.7'si kendini risk altında görmediği ve %31.1'i jinekolojik kanser tanısı almaktan korktuğu için düzenli jinekolojik muayene yaptırmamaktadır (Tablo 4). Profesyonel sağlık bakım hizmeti sağlayıcılarının, jinekolojik muayene ve pap smear testi gibi jinekolojik kanserler için, yüksek öneme sahip konularda, kadınlara rol-model davranış oluşturmaları konusunda öncülük etmeleri düşünülmekte ve sağlık profesyonellerine yönelik eğitimler planlanması gerektiği düşünülmektedir.

Akyüz ve ark. (2006), kadınları kapsayan bir çalışmasında, kendilerini jinekolojik kanserlerden olan serviks kanseri için riskli görenlerin tamamının pap smear testi yaptırdığı görülmüştür. Kadınların kendilerini riskli görme durumu ile pap smear testi yaptırma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Çalışmamızda da benzer bir şekilde kadınların %51.2'ü kanser endişesi yaşadığı ve %10.4'ü ailede kanser öyküsü olduğu için jinekolojik muayene yaptırdıkları belirlenmiştir (Tablo 2).

Literatürdeki birçok çalışma, kadınların özellikle genital bölge muayenesini içeren değerlendirmelerde, kendi cinsiyetlerindeki hekimleri görmeyi tercih ettiğini belirtmektedir. Yapılan bir çalışmada kadınların %75 'inden fazlasının jinekolojik muayene öncesinde ve sırasında açıklama yapılmasını ve belirgin olarak çoğunluğunun jinekolojik muayenede kadın doktor tercih ettiği tespit edilmiştir (Vondruska, 1995). Jinekolojik muayene için kadın doktorun tercih edildiğine dair birçok çalışma bulunmaktadır. (Larsen, 1997; O' Flynn, 2003; Özbek, 2006). Jinekolojik muayeneye gelen kadınların anksiyete düzeyi ve etkileyen bazı faktörlerin incelendiği bir çalışmada kadınların %52.9'u kadın doktor olmasını istemiş, %30.6'sı doktor erkek olması

nedeniyle jinekolojik muayene olmayı reddetmiştir (Altay, 2012). Güneş (2018), çalışmasında da kadınların pek çoğunun kadın ebe/doktora vajinal muayene yaptırmak istedikleri, erkek doktor tarafından yapılan muayene esnasında utanma, çekinme duygularını yaşadıkları görülmüştür. Çalışmamızda da kadınların muayeneyi yapan hekimin karşı cins olmasından dolayı endişe yaşamadıklarında düzenli olarak jinekolojik muayeneye gittiği görülmektedir ($p=0.001;p<0.05$, Tablo 13). Sonuçlar literatür ile benzerdir. Bu fark kadınların, hem cinslerine jinekolojik muayene yaptırdığın da utanma, çekinme, ayıplanma gibi olumsuzlukları daha az yaşayacağını, jinekolojik sağlık ile ilgili problemlerini daha iyi ifade edebileceklerini düşündürmektedir

Acil servise, karın ağrısı veya vajinal kanama şikayetleri ile gelen, ağrının sebebi için yapılan rutin değerlendirmelerin bir parçası olarak jinekolojik muayeneye katılan 167 hasta ile yapılan bir çalışmada, jinekolojik muayeneyi yapan acil doktorun cinsiyetinin, hastanın jinekolojik muayene sırasında deneyimlediği acı ve utanma algısını etkileyip etkilemediği bulunmaya çalışılmış ve araştırma sonucunda erkek hekimlerle yapılan muayenenin, önemli ölçüde daha fazla acı verici olduğu ancak kadın hekimler tarafından yapılan muayenelerden daha fazla acı verici olmadığı tespit edilmiştir (Moettus, 1999). Wendt ve ark. (2004), çalışmasında kadınların jinekolojik muayene sırasında acı çekecekleri, ağrı duyacakları korkusunun olduğu görülmüştür. Hilden ve ark., (2003), çalışmasında da aynı şekilde kullanılan cihazlar ve prosedüre bağlı olarak kadınların acı ve ağrı çekmekten korktukları görülmüştür. Çalışmamızda da literatür bilgisi ile uyumlu olarak kadınların %47.6'sı ağrı çekme korkusundan, %2.78'i muayene yapılışına ilişkin bilinmezlik korkusundan dolayı jinekolojik muayene yaptırmamaktadır (Tablo 4). Çalışmamızda kadınların düzenli jinekolojik muayene yaptırma durumu, muayene pozisyonundan sıkıntı duyulması, muayene nedeniyle ağrı çekme korkusu, muayene yapılışına dair bilinmezlik korkusu açısından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur ($p=0.001;p<0.05$, Tablo 4).

Birçok kadın jinekolojik muayenede olumsuz deneyime sahip olmaktadır. Bu deneyimler arasında başlıca kadınların muayenenin nasıl yapıldığına dair yetersiz bilgi almaları (Jeppesen, 1995; Larsen ve ark., 1997; Wijima ve ark., 1998) ve genital organların anatomisi ve fizyolojisi hakkında (Jeppesen, 1995) rahatsızlık hissetmeleri yer almaktadır. Bazı kadınların prosedürü çok tatsız ve aşağılayıcı olarak algıladıkları

görülmüştür (Wijima ve ark., 1998). Araştırmamızda da kadınların önceden olumsuz muayene deneyimine sahip olmasının, muayene yapılışına dair bilinmezlik korkusunun ve muayene pozisyonu nedeni ile sıkıntı duymasının jinekolojik muayene yaptırmayı etkilediği sonucuna varılmış, istatistiksel fark anlamlı bulunmuştur ($p=0.001$; $p<0.05$, Tablo 14). Sağlık bakım sistemi bünyesinde görev yapan ebe ve hemşirelerin, jinekolojik muayene öncesinde, sırasında ve sonrasında kadınlar ile pozitif yönlü iletişim kurma, özenli davranma, kadına uygulanacak işlemler hakkında bilgilendirme yapma, işlem esnasında kullanılacak aletleri nazikçe uygulama, saygılı davranma gibi rahatlık verici yaklaşımlarda bulunmaları kadınların olumsuz muayene deneyimi yaşamasını engelleyebilir. Jinekolojik muayene yapılışına bağlı bilgi yetersizliği hakkında eğitimler düzenlenerek, sağlık profesyonellerinin kadınlara olumlu deneyim yaşatmaları ve sağlık profesyonellerinin kadınlar ile sağlıklı iletişim becerileri geliştirmeleri sağlanarak jinekolojik kanserler için düzenli tarama sağlanabilir.

Kadınların düzenli jinekolojik muayene yaptırmama nedenlerine dair faktörlerden utanma duygusunun ve cinsel organının açıkta olmasından rahatsızlık duyulmasının baskın olduğuna dair yapılmış çalışmalar mevcuttur (Larsen, 1995; Bolsoy, 2000; Wendt, 2009). Kadınların büyük çoğunluğu, çok küçük bir kız olduğu dönemden itibaren, bütün yaşamı boyunca genital organlarının örtülmesi, saklanması, gizlenmesi ve korunması gerektiğini öğrenmektedir. Bu organların muayenesi sırasında hafif anksiyete ve utanma hissinden, muayene olmaktan kaçınmaya kadar değişen reaksiyonlarla sonuçlanmış travmatize etki yaşamaktadırlar (Domar, 1986; Millstein, 1984). Jinekolojik muayene, diğer birçok muayene süresine oranla çok kısa sürmesine rağmen, pek çok kadında olumsuz duygular uyandırmaktadır. Muayene pozisyonu ve kadının muayene için bedeninin alt tarafının açık olması zorunluluğu, kadınların bu muayeneden kaçınmalarına neden olabilmektedir. (Aksakal, 2001). Çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak kadınların %28.1'i ağır sosyal ahlak kuralları ve tabular, %30.9'u cinsel organı gizlemeyi gerektiren tutumlar, %61.0'ı utanma duygusu, %47.0'ı muayene pozisyonu, %52.6'sı jinekolojik muayene sırasında mahremiyete dikkat edilmemesinden dolayı, jinekolojik muayene yaptırmamaktadır (Tablo 4). Araştırmamızda kadınların, sağlık çalışanı tarafından mahremiyetine dikkat edildiğinde, jinekolojik muayene sırasında olumsuz tutum sergilenmediğinde ve muayeneye yönelik açıklama yapıldığında düzenli jinekolojik muayene yaptıрма durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı görülmüştür ($p=0.001$; $p<0.05$, Tablo 11). Kadınların

yaşayacağı muayene deneyiminin olumlu olması; ebenin ilgisi, ortam temizliği ve konforu, kibar ve saygılı hizmet ve kadının mahremiyetine saygı göstermesine bağlı olmaktadır (Bekmezci, 2015). Güneş (2018), yaptığı çalışmada da kadınların vajinal muayeneyi yapan sağlık çalışanının daha çok nazik davranmalarını ve vajinal muayene ile ilgili bilgi vermelerini beklediği sonucuna ulaşılmıştır. Kadınların jinekolojik muayene ile ilgili düşüncelerinin ve deneyimlerinin, kadınların düzenli jinekolojik muayene yaptırmasını etkilediğini bilmek, ebelerin kadınları bu konuda bilgilendirmeleri, farkındalık oluşturmaları, eğitim ve destek programları düzenlenmeleri açısından önem arz etmektedir.

Balayla ve ark. (2011), çalışmasına göre özellikle erkek doktorlar tarafından gerçekleştirilen jinekolojik muayene sonrasında, kadınların stigma duygusuna kapıldıkları görülmektedir. Çalışmamızda kadınların %12.2'si jinekolojik muayene ile ilgili stigma duygusundan dolayı muayene yaptırmamaktadır (Tablo 4). Gümüş (2011), çalışmasında da kadınların %9.1'i utanma/erkek hekime muayene olmak istemediği için jinekolojik muayeneyi içeren pap smear testi yaptırmamaktadır. Güneş (2018), yaptığı çalışmada kadınların erkek hekim tarafından vajinal muayene yaptırmaktan çekindikleri görülmüştür.

Bolsoy'un (2000), yapmış olduğu çalışmada kadınların %40.1'i şikayeti olmadığı, %21.4'ü düzenli gidilmesi gerektiğini bilmediği ve %16.4'ü ihmal ettikleri için jinekolojik muayeneye gitmediklerini belirtmişlerdir. Gümüş 'ün (2011), 390 kadın ile yaptığı çalışmada, kadınların %56.4'ü jinekolojik muayeneye gitmemiş, sadece %42.4'ü genel kontrol için jinekolojik muayeneye gitmiş, jinekolojik muayeneye gitmeyenlerin %57.3'ü herhangi bir hastalık belirtisi olmadığı için, %21.8'i ihmal, %15.4'ü utandığı için gitmemiştir. Yapılan bir çalışmada, kadınların jinekolojik muayeneyi içeren pap smear testini %64.9'u bilgisizlik, %23.6'sı utanma-çekinme, %11.5'i korktuğu için yaptırmamaktadır (Büyükkayacı Duman ve ark., 2015). Çalışmamızda da kadınların %56.2'si herhangi bir jinekolojik yakınması olmadığı için, %44.5'i ihmal ettiği için, %61.0'ı utandığı için jinekolojik muayene yaptırmamıştır (Tablo 4). Çalışmamızda düzenli jinekolojik muayene ile kadınların meşgul olma, ihmale meyilli olma, jinekolojik muayeneyi sonra yaptırmayı düşünme, jinekolojik muayeneden çekinme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı görülmüştür ($p=0.001$; $p<0.05$, Tablo 15).

Bates ve ark. (2011), çalışmasında pelvik muayenenin jinekolojik kanser erken tanısı için önemi vurgulanarak kadınların jinekolojik muayene korkusu faktörleri değerlendirilmiş ve bu konuda ne gibi yaklaşımlara sahip olunması gerektiği incelenmiştir. Yapılan çalışma sonucunda aile öyküsünde kanser olan kadınların, kanser tanısı almaktan korktukları için, düzenli muayeneden çekinmeleri, çalışmamızdaki düzenli muayene yaptırmama ile ilişkili bir faktör olarak bulunan kanser tanısı alma korkusu ile uyumluluk göstermektedir. Çalışmamızda kadınların %31.1'i kanser tanısı almaktan korktuğu için düzenli jinekolojik muayene yaptırmamaktadır (Tablo 4). Çalışmamızda edinilen bir diğer bulgu ise çelişkili bir şekilde jinekolojik kanser endişesi yaşayan bireylerin düzenli olarak jinekolojik muayeneye gittiğinin görülmüş olmasıdır (Tablo 4.2). Düzenli jinekolojik muayene yaptırma durumu ile kanser endişesi yaşayan, kendisini risk altında gören ve kanser tanısı alma korkusu olan kadınlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0.05$, Tablo 12).

Çalışmamızda kadınların %9.7'si jinekolojik kanser tanısının eş ya da arkadaşla ilişkiyi bozacağı korkusundan dolayı jinekolojik muayene yaptırmamaktadır. (Tablo 2) Jinekolojik kanserin cinsel yaşam üzerine etkisinin araştırıldığı jinekolojik kanser tanısı almış 20 kadın ile yapılan bir çalışmada, kanser tedavisi gören kadınların kanser olma korkusu, cerrahi girişim yapılmasını kolaylaştırmış ama kadınların 11'i kadınlık kaybı yaşadığını düşünmüştür. Kadınlar duygularını “erkek gibi oldum”, “kocam beni kadın olarak görmüyor”, “içimi boşaltılar” gibi cümlelerle dile getirmişlerdir (Bilge ve ark., 2016). Kadınlara jinekolojik kanser tanısı olsa bile uygulanan tedaviler sonrasında yaşanabilecek her türlü sağlık problemi hakkında kadınlara ve eşlerine, bilgi verilmesi ve psikososyal destek sağlanması planlanarak, jinekolojik kanser tanısı alma korkusundan dolayı jinekolojik muayene olmayan kadınların düşünceleri değiştirilebilir.

Yapılan bir çalışmada kadınların %56.4'ünün jinekolojik muayeneye gitmediği, gitmeyen grubun %5.5'nin sağlık güvencesinin olmadığı görülmüştür (Gümüş, 2011). Bolsoy'un (2000) çalışmasında da kadınların ekonomik sıkıntı olduğunda jinekolojik muayeneye gitmedikleri görülmüştür. Çalışmamızda bu bulgular ile uyumlu olarak sağlık güvencesinin düzenli jinekolojik muayene olmama ile ilişkili bir faktör olduğu görülmüştür ($p=0.001$; $p<0.05$, Tablo 6).

Yapılan bir çalışmada cinsel açıdan aktif ancak tatmin olmayan kadınların jinekolojik muayeneden rahatsızlık duydukları görülmektedir (Hilden, 2003). Siwe ve

arkadaşlarının çalışmasında da (2013), cinsel açıdan aktif olmayan kişilerde ilk pelvik muayeneden kaçınmalarının olduğu ve bu konuda okul döneminden başlamak üzere gerekli eğitimlerle destek ve bilgi sağlanması gerektiği vurgulanmıştır. Çalışmamızda düzenli jinekolojik muayene yaptırmama etkenlerinden biri olarak literatür ile uyumlu, cinsel yönden aktifliğin ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Düzenli jinekolojik muayene yaptıran kadınlar ile cinsel yönden aktif olan kadınlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0.001$; $p<0.05$, Tablo 7). Bu bulgu cinsel yönden aktif olmayan kadınların erken tanı için yönlendirilmelerinin önemini ortaya koymaktadır. Cinsel yönden aktif olmayan kadınlara, jinekolojik kanserler, erken tanı, tarama ve korunma yöntemleri hakkında bilgi verilip, eğitimler düzenlenebilir.

Müslüman kadınlarla yapılan bir çalışmada, samimi muayenede % 89.1, dini tutumlarda %74.3, kültürel itirazlarda % 45.3 utanç duyulan, hassas ve gizli konuları tartışmakta isteksiz olan kadınların % 68.8 olduğu gösterilmiştir (Rizk, El-Zubeir ve ark 2005). Daha rahat ve daha az utanç duyan ortodoks Yahudi kadınların da kadın sağlık personelini seçtiği konu ile ilişkili düşünülmüştür (Scheinberg, 2006). Çalışmamız Türkiye’de bulunan kadınları kapsayan bir çalışma olarak yukarıda yer alan çalışma ile birlikte değerlendirildiğinde, düzenli jinekolojik muayene yaptırmama etkeni olarak jinekolojik muayenenin günah olduğu düşüncesinin, katı ahlak kuralları ve tabuların varlığının ve tutucu düşüncenin ilişkili çıkması açısından literatür ile uyumlu görülmektedir. Amerika’daki kadınlarla yapılan çalışmada kadın doktorların hasta ile empati duygusunun daha güçlü olması yada doktor seçiminin doktorun eğitimi ve becerisine göre tercih edildiğine dair elde edilen bulgular mevcut olduğundan inanç ve sosyo-kültürel sebeplerden bağımsız bir faktör olarak farklılık gösterdiği dikkat çekmektedir (Mavis ve ark, 2005; Childs ve ark, 2005; Piper ve ark, 2008).

Güneş (2018), vajinal muayene deneyimleri ile ilgili yapmış olduğu çalışmada da; kadınların daha çok doğum nedeniyle vajinal muayene yapıldığını bildikleri, muayene sırasında korku, çekinme duygusu ve acı hissi yaşadıkları, muayene sırasında sağlık personelinden vajinal muayene ile ilgili bilgi vermelerini, daha nazik davranmalarını, güler yüzlü olmalarını, aceleci telaşlı olmamalarını, mahremiyete dikkat etmelerini beklemekte ve kadınlar erkek hekime muayene olmaktan çekinmektedirler. Vajinal muayene esnasında deneyimlenen olumsuzluklar, kadınların daha sonra ki muayenelerini yaptırmalarına engel olabilir ve düzenli jinekolojik kontroller ile hedeflenen erken tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinden faydalanmalarını engelleyebilir.

Sağlık profesyonellerinin jinekolojik muayeneyi etkileyen utanma, ihmal, zaman bulamama, sosyal güvence yokluğu, ekonomik sıkıntılar, jinekolojik muayene hakkında bilinmezlik, mahremiyet, suçluluk hissi, muayene eden hekim cinsiyeti, muayene koşulları, olumsuz muayene deneyimi gibi faktörleri dikkate alarak ve kadının değer, inanç ve kültürüne duyarlı yaklaşımda bulunmasının önemi görülmektedir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Ülkemiz ve dünya genelinde artan kanser insidansı ile birlikte kanserin erken tanısına ilişkin yaklaşımların başında erken taramanın önemi özellikle jinekolojik kanserler açısından oldukça önem taşımakta ve vurgulanmaktadır. Jinekolojik muayene yaptırma, jinekolojik kanserlerin erken tanılanmasını, kadınların kendi sağlıkları ile ilgili olarak bilgilenmesini, sağlık hizmetlerinden yararlanmasını sağlamaktadır. Bu anlamda kadınların düzenli olarak jinekolojik muayene yaptırılmaları, pap-smear testlerinin yapılması önemlidir. Kadınların kanserden korunmaya yönelik olarak jinekolojik muayene yaptırılmalarını etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesinin amaçlandığı bu çalışmamızda şu sonuçlar elde edilmiştir.

- Sağlık güvencesi varlığının kadınların düzenli olarak jinekolojik muayeneye gitmesini olumlu yönden etkilediği sonucuna varılmıştır. Buna ek olarak ekonomik sıkıntısı olan kadınların düzenli olarak jinekolojik muayeneye gitmediği görülmüştür.
- Cinsel yönden aktifliğin kadınların düzenli olarak jinekolojik muayeneye gitmesi yönünde olumlu etkilediği sonucuna varılmıştır. Cinsel yönden aktif olmayan kadınların muayeneye gitmediği görülmüştür. Ayrıca konu ile ilişkili olarak mevcut seksüel yaşamından memnun olan kadınların düzenli olarak jinekolojik muayeneye gittiği görülmüştür.
- Jinekolojik kanserden korunmak için düzenli olarak jinekolojik muayene olması gerektiğini düşünen ve buna inanan kadınların jinekolojik olarak muayeneye gittiği sonucuna varılmıştır.
- Jinekolojik kanser tanısı alma korkusu olan kadınların düzenli olarak jinekolojik muayeneye gitmediği görülmüştür. Ancak bununla çelişir şekilde jinekolojik kanser endişesi yaşayan kadınların düzenli olarak jinekolojik muayeneye gittiği görülmüştür. Buna ek olarak jinekolojik kanser tanısının eş ya da arkadaşla ilişkiyi bozacağı korkusu olan kadınların düzenli olarak jinekolojik muayeneye gitmediği görülmüştür.
- Jinekolojik muayeneye yapılışına ilişkin bilinmezlik korkusu taşıyan ve jinekolojik muayene sırasında sağlık çalışanının açıklama yapmadığını düşünen kadınların düzenli olarak jinekolojik muayeneye gitmediği görülmüştür.

- Jinekolojik muayene sırasında sağlık çalışanının olumsuz bir tutum sergilemediğini ve sağlık çalışanı tarafından önemsendiğini düşünen kadınların düzenli olarak jinekolojik muayeneye gittiği görülmüştür.
- Jinekolojik yakınmasının olmaması, ağrı ya da başka bir şikayetinin olmaması halinde kadınların düzenli jinekolojik muayene yaptırmadığı tespit edilmiştir.
- Jinekolojik muayene ile ilgili önceden olumsuz deneyim sahibi olan ve n yargıları olan kadınların düzenli olarak jinekolojik muayeneye gitmediği görülmüştür.
- Jinekolojik muayenede ağrı çekme korkusu olan kadınların düzenli olarak jinekolojik muayeneye gitmediği görülmüştür.
- Jinekolojik muayeneden çekinen, tutucu düşünceye, stigma duygusuna, günah olduğu düşüncesine, katı ahlak kuralları ve tabulara sahip kadınların düzenli olarak jinekolojik muayeneye gitmediği görülmüştür.
- Cinsel organını gizleme tutumu içinde olan ve utanma duygusuna sahip kadınların düzenli olarak jinekolojik muayeneye gitmediği görülmüştür.
- Jinekolojik muayeneyi yapan kişinin karşı cinsten olmasını endişe etmeyen kadınların düzenli olarak jinekolojik muayeneye gittiği görülmüştür.

6.2. neriler

Araştırmamız sonucunda elde edilen bulgulara dayanarak aşağıda yer alan öneriler geliştirilmiştir:

- Sağlık güvencesi olmayan kadınların düzenli jinekolojik muayeneye gitmediği görülmüştür. Kadınların düzenli jinekolojik muayene yaptırmaları için toplum tabanlı tarama programlarında sosyal güvence varlığı gözetilmediği gibi, tarama dışında da sağlık kuruluşlarında, jinekolojik muayene için sosyal güvence varlığı gözetilmemesi,
- Cinsel yönden aktif olmayan kadınların düzenli jinekolojik muayene olmadığı görülmüştür. Bu duruma yönelik olarak kadınlara cinsellik, kadın sağlığı hastalıkları ve jinekolojik kanserler hakkında bilgi, danışmanlık verilmesi, farkındalık geliştirilmesinin sağlanması,

- Jinekolojik kanser tanısı alma korkusu ve jinekolojik muayene korkusu olan kadınların, düzenli jinekolojik muayene gitmediği görülmüştür. Kadınlara jinekolojik muayene hakkında ön bilgi verilmesi, muayenenin yapılışına dair küçük görseller ya da kısa videolar izletilmesi, jinekolojik muayene olan kadınlar ile deneyim paylaşımı yapılması, jinekolojik kanser tanılama süreci ve jinekolojik kanser tedavi süreci hakkında eğitim, danışmanlık planlanması,
- Kadınların sadece jinekolojik yakınma, şikayet, ağrı vb. durumlar dışında da düzenli olarak jinekolojik muayene yaptırması gerekliliğini bilmesi ve inanması için, bütüncül bir şekilde kadın sağlığına, jinekolojik sağlığa, jinekolojik muayeneye yönelik farkındalık geliştirecek eğitimler düzenlenmesi,
- Jinekolojik muayene ile ilgili olumsuz deneyime sahip ve ön yargısı olan kadınların düzenli jinekolojik muayeneye gitmediği görülmüştür. Kadınların olumlu muayene deneyimi yaşamaları ve ön yargılarının yıkılması için, sağlık profesyonellerine yönelik, jinekolojik kanserler, jinekolojik muayene hakkında hizmet içi eğitimler planlanmalı, farkındalık gelişmesi sağlanmalı, kadınların psikolojilerini daha iyi anlamaları ve yardımcı olabilmeleri için empati kurma becerilerini geliştirici eğitimler düzenlenmesi,
- Jinekolojik muayene nedeniyle ağrı çekme korkusu olan kadınlara yönelik olarak jinekolojik muayene deneyimi yaşayan kadınlar ile görüşmeleri, onların pozitif yönlü deneyimlerini paylaşmaları sağlanmalı, kadınlara yönelik , olumsuz düşüncelere meydan okuma, rahatlama teknikleri, dikkatini kendine odaklama, kendine yardım stratejileri gibi eğitimler planlanması,
- Çekinme, utanma duygusu yaşayan, cinsel organı gizlemeyi gerektiren tutumlardan dolayı jinekolojik muayene yaptırmayan kadınların, çekinme nedenleri araştırılmalı, kendi sağlığı için önemi vurgulanmalı, kadınların kendilerine öz güven duyması, değer algılarını geliştirmeleri için sağlık eğitimleri planlanması,

- Kadınların jinekolojik kanserlerden korunmaya yönelik olarak yapılan jinekolojik muayenenin önemi hakkında eğitim programları düzenlenmesi, jinekolojik muayenenin ne amaçla ve ne sıklıkta yapılması gerektiği konusunda bilgilendirilmesi,
- Ebelere ve sağlık profesyonellerine jinekolojik muayene konusunda kadınlara gerekli bilgilendirmeyi yapmaları, hastanın kendisiyle ilgilenildiği ve önemsendiği duygusunu oluşturacak davranışları sergilemelerine dair gerekli eğitimlerin planlanması,
- Ülkemizde sosyo-kültürel ve inanç sebeplerine dayanarak mahremiyet, utanma, günah gibi duyguları yoğun yaşayan ve cinsel organını gizleme eğiliminde bulunan kadınların çoğunlukta olması nedeniyle, hemşire ve ebelerin bu konuda hastanın mümkün oldukça kendisini güvende hissedeceği pozisyonda muayene ortamının sağlanması, ayrıca konu ile ilgili hastaları telkin edici iletişim kurulması, kadının değer inanç ve kültürünün dikkate alınarak duyarlı yaklaşılması,
- Sağlık kurumlarında kadınların jinekolojik muayeneye başvurularından, muayene sürecinden çıkışlarına kadar beklentilerini içeren unsurlara dair niteliksel ve niceliksel araştırmaların yapılması
- Sağlık çalışanlarına dair öneriler dışında kanserde erken tanı ve taramanın önemine dair sosyal projeler dahilinde eğitimlere ve bilgilendirilmelere ağırlık verilmesi,
- Jinekolojik kanserleri içeren ve jinekolojik muayenenin önemini vurgulayan kamu spotu gibi uygulamaların geliştirilmesi, sağlık ile ilgili konulara medyada daha fazla yer verilmesi,
- Kadınlara ilkokul çağlarından başlamak üzere verilebilecek eğitimlerde ve sağlık uygulamalarında kadın sağlığının; etnik, sosyal, kültürel faktörlerden ziyade, bütüncül bir yaklaşımla yapıldığı ve kadın sağlığı için hayati önem taşıdığı vurgulanmalı,

- Eğitimler planlanırken halk sağlığı göz önünde bulundurularak gerekli kurumlar ile iş birliği sağlanması ve eğitimlerin kadınların kendi ortamlarında rahat bir şekilde verilmesi,
- Türkiye’de jinekolojik kanserlere yönelik Sağlık Bakanlığı aracılığıya eğitimler düzenlenmesi, dövizler ile kanser farkındalık yürüyüşleri yapılması, afişler, broşürler hazırlanması,
- Kadınların jinekolojik kanser ve jinekolojik kanser taramalarına ilişkin bilgi, tutum, düşünce, yargı ve davranışların belirlenmesi, kadınların jinekolojik kanserlere yönelik eğitim gereksinimlerinin anlaşılabilmesi açısından niteliksel ve niceliksel araştırmaların yapılması,
- Jinekolojik kanserlerden korunmaya yönelik jinekolojik muayene yaptırma durumu ile ilgili yapılacak çalışmaların daha fazla örnekleme sahip, sosyo-kltrel ve coğrafi özellikleri farklı gruplarda planlanması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

- Akın, A. (2015). Dünyada ve Türkiye’de Kadın Sağlığının Durumu Ve Etkileyen Faktörler.
- Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilimdalı, Kadın- Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Araştırma Ve Uygulama Merkezi. <http://bukcam.baskent.edu.tr> Erişim Tarihi: 02.02.2018.
- Aksakal, O. (2001). Jinekolojik Muayenenin Psikososyal-Medikal Yönü. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 11 (2), 62-67.
- Altay, B., Kefeli, B. (2012). Jinekolojik Muayeneye Gelen Kadınların Anksiyete Düzeyi ve Etkileyen Bazı Faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 5(4),134-141.
- Akbayrak N, Akdemir N. (1998). Kanserin Önlenmesi ve Erken Tanısında Hemşirenin Etkisinin Belirlenmesi. *Hemşirelik Forumu*.1(S): 226-229.
- Akyüz A, Güvenç G, Yavan T, Çetintürk A, Kök G. (2006) Kadınların Pap Smear Yaptırma Durumları İle Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 48: 25-29.
- Amant F, Moerman P, Neven P, et al. (2005). Endometrial cancer. *Lancet*. 366:491-505.
- Atar Gürel S, Gürel H, Topçuoğlu A (2009). Investigation of rate and determinants of pap-test in women attending for a gynecological examination turkiye klinikleri. *J Gynecol Obst*, 19, 62-6.
- Aydın, D., Ekmez, M., Göksedef, B., Hasanova, M., Aşık, H., Çetin, A. (2015) Polikliniğe Başvuran Kadınlarda Smear Farkındalığı Ve Yaptırma Sıklığı. *Türk Onkoloji Dergisi* 4, Sayfa 127-130.
- Aydoğdu S.G.M.(2011) Üniversite Kız Öğrencilerinin Jinekolojik Kanserlerden Korunma ile İlgili Bilgi ve Davranışlarının Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
- Badgwell D, Bast RC. (2007).Early detection of ovarian cancer. *Markers*, 23:397–410
- Balayla, J. (2011). Male physicians treating Female patients: Issues, Controversies and Gynecology. *McGill Journal of Medicine* : MJM, 13(1), 72.

- Barlin JN, Puri I, Bristow RE. (2010). Cytoreductive surgery for advanced or recurrent endometrial cancer: a meta-analysis. *Gynecol Oncol.* 118(1):14-18.
- Bates CK, Carroll N, Potter J. (2011). The Challenging Pelvic Examination. *Journal of General Internal Medicine.* 26(6):651-657. doi:10.1007/s11606-010-1610-8.4
- Bekar M, Güler H., Evcili F., Demirel G., Duran Ö. (2013). Determining the Knowledge of Women and Their Attitudes Regarding Gynecological Cancer Prevention. *Asian Pac J Cancer Prev*, 14 (10):6055-6059.
- Berkman, S. ve Topuz, S. (2004). Jinekolojik Üroloji. Jinekoloji. *Nobel Tıp Kitapevleri*, 97-100.
- Bekmezci, H., Özkan, H., 2015. The Importance of Privacy in Midwifery Practices. *HSP*;2(1):113-124.
- Bilge, Ç., Kaydırak, M., Aslan, E., (2006) The Effects of Gynecological Cancer on Sexual Life. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi /* 7 (3);31-38.
- Boggess JF, Kilgore JE. (2014). Uterine cancer. In: Niederhuber JE, Armitage JO, Doroshow JH., Kastan MB, Tepper JE, eds. *Abeloff's Clinical Oncology. 5th ed.* Philadelphia, Pa: Elsevier; 1575-1591.
- Bolsoy N., Şenol, S. (2000). Manisa İli Temel Sağlık Hizmetlerinden Yararlanan Kadınların Düzenli Jinekolojik Muayene Yaptırmama Nedenlerinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi İlemlşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 16 (1): 37-45
- Boyle, P., Levin, B. (2008). Dünya Kanseri Raporu. Lyon.
- Büyükkayacı Duman, N., Koçak Yüksel, D., Albayrak, S., Topuz, Ş., Yılmazel, G., (2015) Knowledge and Practices Breast and Cervical Cancer Screening Among Women over Age of 40. G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN;1(1):30-38.
- Childs, A.J., Friedman, W.H., Schwartz, M.P., Johnson, M., & Royek, A.B. (2005). Patients' Sex Preferences in Selection of Gynecologists and Surgeons. *Southern Medical Journal* 98(4),405-8.
- Authors: C. Marth, F. Landoni, S. Mahner, M. McCormack, A. Gonzalez-Martin and N. Colombo (2012). Cervical cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for

diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology* 23 (Supplement 7): vii27–vii32, 2012

- Dal, N.A., Ertem, G., (2017) Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği Geliştirme Çalışması. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 6(5);2351-2367.
- Denton M, Prus S, Walters V. (2004). Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Soc Sci Med*. 58(12):2585-600.
- Demir, S., Oskay, Ü. (2014). Jinekolojik Muayene Olan Kadınların Yaşadığı Deneyimler Ve Sağlık Profesyonellerinden Beklentileri. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 1(1):68-79.
- Demiray, A., Korhan, E., Çevik, K., Khorshid, L., Yücebilgin, M. (2014). A Comparison Of The State Anxiety Related To Gynecological Examination In Patients Attended In Public And Private Institution. *Electronic Journal of Vocational Colleges*-December/Aralık, 122-129.
- Domar AD (1986). Psychological aspect of pelvic exam: individual needs and physician involvement. *Women Health*, 10:4, 75-90.
- Dönmez, A. G. (2007). Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Kadın Sağlık Personelinin Serviks Kanserine İlişkin Bilgi Düzeyinin ve Farkındalığının Araştırılması. (Uzmanlık Tezi) Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü, İstanbul.
- Erbil N, Tezcan Y, Gür EN, Yıldırım M, Neslihan Alış. (2010) Factors Affecting Cervical Screening Among Turkish Women. *Asian Pacific J Cancer Prev*, 11, 1641-1644
- Erdem S. S., Yılmaz M., Yıldırım H., Mayda A. S., Bolu F., Durak A. A., Şener Ö., (2017) Information Level on Cancer and Cancer Risk Factors Living in Duzce. *Düzce Ünversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1): 01-10.
- Eroğlu K., Koç G., (2014). Gyneacological Cancer Control and Nursing. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* (2014) 77–90.
- Ersin, F., Kıssal, A., Polat, P., Koca, B., Erdoğan, M., (2016). Perception of Female Medical Personnel Toward Cervical Cancer and The Affecting Factors. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 18(2-3): 31-43.

- Ertem G. (2010). Jinekolojik Kanselerde Evde Bakım. *Türk Onkoloji Dergisi*, 25(3):124-132.
- Ferlay, J., Steliarova-Foucher, E., Lortet-Tieulent, J., Rosso, S., Coeberg, J. W. W., Comber, H., Forman, D., Bray, F. (2013). Cancer Incidence and Mortality Patterns in Europe: Estimates for 40 Countries in 2012. *European Journal of Cancer*, 49, 1374-1403.
- Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al.(2015) Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer*. 136(5):359-86.
- GLOBOCAN 2012 (IARC) Section of Cancer Surveillance http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx. Erişim Tarihi:3 Ocak 2018
- GLOBOCAN 2008 (IARC) Cancer Incidence and Mortality Worldwide <https://www.iarc.fr/en/media-centre/iarcnews/2010/globocan2008.php> Erişim Tarihi: 01.12.2017
- Gümüş, B. A. ve Çam, O. (2006). Meme Kanseri Kadınlar için Duygusal Destek Odaklı Hemşirelik Girişimleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10 (3), 52-60
- Gücük, S., Alkan, S., Arıca, S., Ateş, A. (2011). Van Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Merkezi Polikliniğine Başvuranların Pap Smear Konusundaki Bilgilerinin Değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(5): 527-532.
- Gül A, Erdim L. (2009). Meme kanseri ameliyatından sonra lenfödem önlenmesinde hemşirelerin eğitim yaklaşımı. *Meme Sağlığı Dergisi*, 5(2):82-87.
- Gümüş, A., Çam, O., (2011). Kadınların Serviks Kanseri İçin Erken Tanı Tutumları İle Benlik Saygısı, Beden Algısı Ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkiler. *Nobel Med* 7(3): 46-52.
-
- Güneş, G., Karakaçam, Z. (2015). Kadınların Vajinal Muayene Sırasında Rahatsızlık Hissi, İstismar Öyküsü Ve Posttravmatik Stres Bozukluğunun İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.

- Güneş, G., Karaçam, Z. (2018). Doğum Sonu Dönemdeki Kadınların Vajinal Muayene Deneyimleri: Nitel Bir Araştırma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 11 (2),87-95.
- Govender V, Penn-Kekana L. (2008). Gender biases and discrimination: a review of health care interpersonal interactions. *Global Public Health*. 3 suppl 1;90–103.
- Güvenç, G. (2008). *Serviks Kanseri Hakkında Farkındalık Artırmaya Yönelik Geliştirilen Yöntemin Kadınların Pap Smear Yaptırmalarına Etkisi*. (Doktora Tezi) Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Gubbels JAA , Claussen N, Kapur AK, Joseph PC. (2010). The detection, treatment, and biology of epithelial ovarian cancer, *Journal of Ovarian Research*, 3:8.
- Gültekin M, Kucukyildiz I, Karaca MZ, Dundar S, Boztas G, Turan SH, Hacikamiloglu E, Keskinilic B. (2017). Trends of Gynecological Cancers in Turkey: Toward Europe or Asia? *Int J Gynecol Cancer*. 27(7):1525-1533. doi: 10.1097/IGC.0000000000001026.
- Hacker NF, Eifel PJ, van der Veldenc J. (2012) Cancer of vagina. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 119S2 S97–S99
- Hacker NF. (2009). Vaginal cancer. In: Berek JS, Hacker NF, eds. *Berek and Hacker's Gynecologic Oncology*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; pp. 576–92
- Hilden M, Sidenius K, Langhoff-Roos J, Wijma B, Schei B. (2003). Women's experiences of the gynecologic examination: factors associated with discomfort. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 82(11):1030-6.
- Holdroy E, Twinn S, Adab P (2004). Socio-cultural influences on Chinese women's tendency for servikal cancer screening. *J Adv Nursing*, 46, 42-52
- Huber M, Knottnerus JA, Green L ve ark. (2011). How should we define health? *BMJ*. 26;343:d4163. doi: 10.1136/bmj.d4163.
- Işık, O.,Çelik, M., Keten, Hamit S., Dalgacı, Ahmet F., Yıldırım, F., (2016). Determination of knowledge, attitude, and behaviors of female physicians about Pap smear test. *Cukurova Medical Journal Cukurova Med J* 41(2):291-298 DOI: 10.17826/cutf.208422.

- Iyoke CA, Ugwu GO. (2013). Burden of gynaecological cancers in developing countries. *World J Obstet Gynecol*, 2(1): 1-7
- İlçioğu K., Keser N., Çınar N., (2017) Women's Health and Affecting Factors in Turkey. *Derleme J hum rhythm - September 3(3):112-119*
- Jadad AR, O'Grady L. (2008). How should health be defined? *BMJ* 337 :a2900
- Jemal A, Siegel R, Ward E, Murray T, Xu J, Smigal C, Thun MJ. (2006). Cancer Statistics 2006. *CA Cancer J Clin*. 56: 106 – 130
- Jemal A. Simard EP. Dorell C, et al. (2013). Annual Report to the Nation on the Status of Cancer, 1975–2009, featuring the burden and trends in human papillomavirus (HPV)-associated cancers and HPV vaccination coverage levels. *J Natl Cancer Inst*. 105:175–20
- Jeppesen U. (1995). Kvinders holding til den gynaekologiske undersogelse. (Women's attitudes towards pelvic examination) *Ugeskr Laeger*. 157:1651–1654.
- Kaya C., Üstü Y., Özyörük E., Aydemir Ö., Şimşek Ç., Şahin D.A., (2017). Knowledge, Attitudes and Behaviors of Health Workers About Cancer Screenings. *Ankara Med J*,(1):73-83 DOI: 10.17098/amj.95107.
- Kanat Pektas M., Yenicesu O., Gungor T., Bilge U. (2010). Predictive power of sexual hormones and tumor markers in endometrial cancer. *Arch Gynecol Obstet*. 281(4):709-15. doi: 10.1007/s00404-009-1228-4.
- Kanbur, A., Çapık C. (2011). Servikal Kanserden Korunma, Erken Tanı-Tarama Yöntemleri Ve Ebe/Hemşirenin Rolü. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 61-72.
- Kanser Erken Tanı ve Tarama Grubu Raporu (2008). Ankara <http://kanser.gov.tr/haberler/909-2013-kanser-tarama-istatistikleri.html>
- Khan K., Curtis CR. Ekwueme DU, et al. (2008). Preventing cervical cancer: Overviews of the National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program and two US immunization programs. *Cancer*. 113(10 Suppl):3004–3012
- Kocabaş, P., Khorshid, L. (2012). Comparison of the effects of a special gynaecological garment and music in reducing the anxiety related to gynaecological examination. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 5-6, 791–799.

- Larsen M., Oldeide Cc., Malterud K. (1997): Not So Bad After All... Women's Experiences of Pelvic Examinations. *Family Practice*; 14(2):148-152
- Laufman JD. Duquette D. Trepanier A. (2012). Evaluation of state comprehensive cancer control plans for genomics content. *Prev Chronic Dis*. 9:E176.
- Liao CC., Wang HY., Lin RS., et al (2006). Addressing Taiwan's high incidence of cervical cancer: Factors associated with the nation's low compliance with papanicolaou screening in Taiwan. *Public Hlth*, 120, 1170-6
- Lopez Ma L., Garcia-Cueto E., Fernandez JM., Lopez S., Del Valle Ma del O, Cueto A. (2003). Validation of a questionnaire to evaluate the attitude towards primary prevention advice from the European code against cancer. *European Journal of Cancer Prevention*.12(2): 157-164. 49.
- Markovic M., Kesic V., Topic L., et al (2005). Barriers to cervical cancer screening: a qualitative study with women in Serbia. *Soc Sci Med*, 61, 2528-35.
- Mavis, B., Vasilenko, P., Schnuth, R., Marshall, J., & Jeffs, M.C. (2005). Female patients' preferences related to interpersonal communications, clinical competence and gender when selecting a physician. *Academic Medicine*,80(12),1159-65. doi: 00001888-200512000-00022.
- Metek, S. (1998). *Jinekolojik Muayeneye Gelen Kadınlarda Oluşan Anksiyeteye Hemşirelik Yaklaşımının Etkisi*. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(2), 1-8.
- Millstein SG., Adler NE., Irwin CE Jr.(1984) . Sources of anxiety about pelvic examinations among adolescent females, *J Adolesc Health Care*, 5(2):105-11.
- Moettus A., Sklar D., Tandberg D. (1999). The effect of physician gender on women's perceived pain and embarrassment during pelvic examination, *Am J Emerg Med*. 17(7):635- 637.
- Mwaka, A. D., Orach, C. G., Were, E. M., Lyratzopoulos, G., Wabinga, H., & Roland, M. (2016). Awareness of cervical cancer risk factors and symptoms: cross-sectional community survey in post-conflict northern Uganda. *Health Expectations : An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 19(4), 854–867. <http://doi.org/10.1111/hex.12382>

- Nural N., Akdemir N. (2000). Dahiliye servislerinde yatan hastalarda kanser risk faktörleri ve erken tanı belirtilerinin saptanması. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 4(2): 1-13.
- Olçay Ç., Gümüş B.A. (2006). Psychosocial Factors Influencing Early Detection Behaviors In Breast And Cervical Cancer. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 22 (1) : 81-93, 2006.
- O'Flynn, N., Rymer, J. (2003). Consent For Teaching: The Experience of Women Attending A Gynaecology Clinic. *Medical Education*; 37(12): 1109-1114.
- Özbaş S., Özkan S. (2010). Kadın Sağlığını Geliştirmede Medyanın Kullanımı ve Etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. Sep/Oct 9(5)541-546.
- Özbek, H. (2006). *Pelvik Muayeneye Gelen Kadınların Yaşadıkları Anksiyete Düzeyine Destekleyici Ebelik Yaklaşımının Etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi) Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- Özmen, D. (2004). *Sağlık inanç Modeli yaklaşımı ile Servikal Kanserin erken tanısına ilişkin tutumlara yönelik ölçek çalışması*. (Doktora tezi). Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir
- Permeth-Wey and Sellers. (2009). Epidemiology of Ovarian Cancer. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19107446>. Erişim Tarihi :01.08.2018
- Perosky JE, et al. (2012). Designing a Portable Gynecological Examination Table <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.452.4456&rep=rep1&type=pdf> Erişim Tarihi: 06.11.2017.
- Pınar, G., Algier, L., Çolak, M., Ayhan, A. (2008). Jinekolojik Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, 3(18), 141-149.
- Pınar G., Algier L., Doğan N., Kaya N. (2008). Jinekolojik kanserli bireylerde risk faktörlerinin belirlenmesi. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*. 18(4):208-216.
- Piper I., Shvarts, S., & Lurie, S. (2008). Women's preferences for their gynecologist or obstetrician. *Patient Educ Couns*, 72(1),109-14. doi.org/10.1016/j.pec.2008.02.004

- Qaseem A., Humphrey LL., Harris R., Starkey M., Denberg TD. (2014). Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians Screening pelvic examination in adult women: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 161(1):67–72.
- Reis N. (2003). Jinekolojik Kanserli Hastaların Bakım ve Rehabilitasyonunda Hemşirenin Rolü. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(3).
- Reis N., Coşkun, A., Beji, N. K. (2006). Jinekolojik Kanserlerde Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. *Ankara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(2), 25-35.
- Rizk D.E., El-Zubeir, M,A., Al-Dhaheri, A,M., Al-Mansouri, F,R., & Al-Jenaibi, H,S. (2005). Determinants of women’s choice of their obstetrician and gynecologist provider in the UAE. *Acta Obstet Gynecol Scand* 84(1):48-53. DOI: 10.1111/j.0001-6349.2005.00705.x
- Richter CR, Qian B, Martel M, Yu H, Azodi M, Rutherford TJ, Schwartz PT. (2009). Ovarian preservation and staging in reproductive-age endometrial cancer patients. *Gynecologic Oncology*. 114(1): 99-104.
- Roett MA, Evans P. (2009). Ovarian Cancer: An Overview. *American Academy of Family Physicians* 80(6):609-616
- Rosen DG et al. (2010). Ovarian cancer: pathology, biology, and disease models. *Front Biosci*. 14:2089-2102
- Salehi F., Dunfield L., Phillips KP., Krewski D., Vanderhyden BC. (2008). Risk Factors for Ovarian Cancer: An Overview with Emphasis on Hormonal Factors, *Journal of Toxicology and Environmental Health, Part B*, 11:3-4, 301-321,
- Sankaranarayanan R., Nene BM., Shastri SS et al. (2009).HPV screening for cervical cancer in rural india. *N Engl J Med*. 360: 1385–1394
- Scamell M., Stewart M. (2014). Time, risk and midwife practice: the vaginal examination. 16:84-100
- Scheinberg A,C. (2006). Modesty and healthcare for women. understanding cultural sensitivities. *Community Oncology*, 3, 443–6.

- Shankar A., Rath G.K., Roy S., Malik A., Bhandari R., Kishor K. et al. (2015). Level of awareness of cervical and breast cancer risk factors and safe practices among college teachers of different states in India: Do awareness programmes have an impact on adoption of safe practices? *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 16: 3: 927-932.
- Siwe K., Wijma B. (2013). The first pelvic examination for an adolescent: is this rite of passage used to its full potential? *Curr Opin Obstet Gynecol*. 25(5):357-63. doi: 10.1097/GCO.0b013e3283642b8a.
- Smith JR., Del Priore G. (2009). Women's Cancers: Pathways to Healing. A Patient's Guide to Dealing with Ovarian and Breast Cancer. *Springer*, London, UK.
- Şahin, D. (2009). *Kırklareli Devlet Hastanesi'nde Çalışan Sağlık Personelinin ve Hastaneye Başvuran Kadınların Jinekolojik Kanserler Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları*. (Yüksek Lisans Tezi) Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
- Taşkın L. (2004). Uluslararası Sözleşmeler Işığında Kadının Durumu. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 8(2):16-22
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı <http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri/1445t%C3%BCrkiye-kanser-istatistikleri-rapor-k%C4%B1sa.html>. Erişim Tarihi: 2 Mart 2018.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2016). *Türkiye Kanser İstatistikleri*. Ankara. http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANA_rapor_2013_v01_2.pdf . Erişim Tarihi: 18 Aralık 2017.
- Thakur R., Nijamudin, Xue hua Z., Mengli Z., yan Jun W., Yuan T. and Guiying Z. (2013). Clinical analysis of vulvar carcinoma. *Gynecology*. 1:5
- Tanrıverdi H., Özmen ME. (2011). Sağlık Çalışanlarının Hasta Haklarına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Hasta Memnuniyetine Etkisi. *Acarindex*. 15(3): 85-108.
- Taşkın L. (2003). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.
- Taşkın, L. (2009). Jinekolojik kanserler Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, (9. bs). Ankara:Sistem Ofset Matbaacılık

- Thomas EC. (2004). African American women's breast memories, cancer beliefs, and screening behaviors. *Cancer Nursing*. 27(4):295–302.
- Tonelli M., Gorber SC., Moore A., Thombs BD. (2016). Recommendations on routine screening pelvic examination: Canadian Task Force on Preventive Health Care adoption of the American College of Physicians guideline. *Canadian Family Physician*. 62(3):211-214.
- Turgay A., Sarı D. Türkistanlı Ç. (2005). Knowledge attitudes, risk factors, and early detection of cancer relevant to the school teachers in İzmir, Turkey. *Preventive Medicine*. 40(6): 636-641.
- TÜİK Ölüm Nedeni İstatistikleri (2017). (http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2017_24_20170504.pdf). Erişim Tarihi: 03.03.2018.
- Ulukuş Ç., (2005) Serviks Kanseri, Dokuz Eylül Üniversitesi, *Türk Patoloji Dergisi*
- Ünalın, P., Baş, G., Atalay, A., Kasapbaş, T., Kurt, S., Uzunler, A., (2005). Marmara Üniversitesi Kadın Doğum Polikliniğine Başvuranların Pap Smear Konusundaki Bilgileri ve Test Sonuçları. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 36 (4).
- Uysal A, Birscl A (2009). Knowledge about cervical cancer risk factors and pap testing behaviour among Turkish women. *Asian Pac J Cancer Prev*, 10, 345-50
- Wardak S. (2016). Human Papillomavirus (HPV) and cervical cancer. *Med Dosw Mikrobiol*. 68(1):73-84.
- Wendt E., Fridlund B., Lidell E. (2004). Trust and confirmation in a gynecologic examination situation: a critical incident technique analysis. *Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica*. 83:1208–1215
- Wizemann TM., Pardue ML. (2001). *Exploring the Biological Contributions to Human Health*. National Academies Press (US).
- Wijma B., Gulleberg M., Kjessler B. (1998). Attitudes towards pelvic examinations in a random sample of Swedish women. *Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica*. 77:422–428.
- Wright JD., Medel NB., Sehoulı J., Fujiwara K., Herzog TJ. (2012). Contemporary management of endometrial cancer. *The Lancet*, 379(9823): 1352-1360.

Vondruska-Benkert, K., Steiner, R.A., Buddeberg C., Haller, U. (1995). Gynecologic Examination: Perceptions, Fears and Expectations of Polyclinic Patients. *Gynakol Geburtshilfliche Rundsch*; 35(1):20-25

Yanikkerem E., Özdemir. M., Bingöl, H., Tatar, A.(2009) Karadeniz G. Women's Attitudes And Expectations Regarding Gynecological Examination. *Midwifery* 2009; 25(5): 500-8.

Zimmerman L., Christian, D. (2010). Help for women who are afraid of gynecologic exams add a comment mental health examiner. <http://www.examiner.com/family-and> .(Erişim Tarihi: 20.01.2017).



EKLER

Ek 1. Soru Formu

Soru formundan doğru sonuçlar elde edilebilmesi için soruların eksiksiz doldurulması önemlidir. Katılımınız için teşekkür ederim.

1.Yaşınız

2.Boy.....

3.Kilo.....

4.Eğitim durumunuzu belirtiniz?

Okur Yazar Değil

Okur Yazar

İlkokul

Ortaokul

Lise

Üniversite

5.Medeni durumunuzu belirtiniz?

Evli

Bekar

Boşanmış

Ayrı yaşıyor

6.Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

Evet

Hayır

7.Gelir düzeyinizi gideriniz ile karşılaştırdığınızda nasıl değerlendiriyorsunuz?

Gelir giderden düşük
yüksek

Gelir gidere denk

Gelir giderden

8. Herhangi bir sağlık güvenceniz var mı?

Evet

Hayır

9. Yaşamınızın en uzun bölümünü nerede geçirdiniz?

Köy

Kasaba

Kent

Büyük Kent

10.Cinsel yönden aktif misiniz?

Evet

Hayır

11. İlk cinsel ilişki yaşıınız:

12. İlk evlilik yaşıınız.....

13. Yaşayan çocuk sayınız:.....

14. Cinsel yolla bulaşan bir hastalık geçirdiniz mi?

() Evet () Hayır

15. Jinekolojik (kadın üreme organlarına ait) bir enfeksiyon geçirdiniz mi?

() Evet (...) Hayır

16. Sigara kullanıyor musunuz?

() Evet (Günde ne kadar belirtiniz.....) (...) Hayır

17. Alkol kullanıyor musunuz?

() Evet (Günde ne kadar belirtiniz.....) (...) Hayır

18. Egzersiz yapma durumunuzu belirtiniz;

() Her gün ()Haftada 2-3 ()Haftada bir () Ayda bir () yapmıyorum

19. Kadın üreme organları ile ilgili herhangi bir şikayetiniz var mı?

() Evet (Lütfen Açıklayınız) () Hayır

17. Kadın üreme organları kanserlerinde erken tanı için jinekolojik muayene

(kadın üreme organlarının muayenesi)yaptırma hakkında bilginiz var mı?

()Evet ()Hayır (19.soruya geçiniz.)

18. Kadın üreme organları kanserlerinde erken tanı için kadın üreme organları muayenesinin yaptırılması hakkında bilgiyi nereden edindiniz?İşaretleyiniz.

() Ebe ()Hemşire ()Doktor

() Seminer, toplantı vb. ()Yazılı ve görsel basın () Arkadaş

() Anne-baba () Diğer

19.Şu ana kadar hiç kadın üreme organları muayenesi yaptırdınız mı?

()Evet ()Hayır

20. Kadın üreme organları muayenesi yaptıрма ile ilgili düşünceleriniz nasıldır?

()Sıkıntılarım dayanılmaz olduğunda muayene olurum

()Herhangi bir şikayetim olduğunda muayene olurum

()Düzenli olarak muayene olurum.

()Diğer

21. Siz düzenli olarak kadın üreme organları muayenesi yaptırıyor musunuz?

()Evet

() Hayır (21. Soruya geçiniz).

22. Kadın üreme organları muayenesi yaptıрма nedenleriniz nedir? Birden fazla yanıt verebilirsiniz.

()Kadın üreme organlarından herhangi bir yakınma yaşama (Akıntı, Kaşıntı, Kanama, Ağrı vb.)

()Düzenli sağlık kontrolü

()Kanser endişesi yaşama

()Doktor isteği ile

()Ailede kanser hikayesi ile kanser olma endişesi yaşama

()Diğer

23. Kadın üreme organları muayenesi yaptırmama nedenleriniz nedir? Birden fazla yanıt verebilirsiniz. İşaretleyiniz

()Kadın üreme organları muayenesine ilişkin bilgimin olmaması

()Kadın üreme organları muayenesinin kadın üreme organları sağlığını koruduğunu bilmeme

()Kadın üreme organlarından yakınmamın/şikayet olmaması

- () Kadın üreme organları muayenesi yaptırmanın gerekliliğine inanmama
- () Kadın üreme organları muayenesi yaptırmanın gerekliliğini bilmeme
- () Kadın üreme organları kanseri açısından kendimi risk altında görmeme
- () Geçmişte kadın üreme organları muayenesi ile ilgili önyargılarım olması
- () Kadın üreme organları muayenesine ilişkin önceden olumsuz deneyimimin olması
- () Kadın üreme organları muayenesinin yapılmasına ilişkin bilinmezlik korkusu
- () Sağlık taramalarının sağlığı koruduğunu bilmeme
- () Kadın üreme organları muayenesi sonucunda doğru tanı alamama korkusu
- () Kadın üreme organları kanseri tanısı alma korkusu
- () Kadın üreme organları kanseri tanısı almamın eş veya erkek arkadaş ile ilişkiyi bozacağı korkusu
- () Kadın üreme organları muayenesini daha sonra yaptırmayı düşünmem
- () Kadın üreme organları muayenesinden çekinmem
- () Kadın üreme organları muayenesi sırasında ağrı yaşama korkusu
- () Kadın üreme organları muayenesine ilişkin tutucu düşünme
- () Kadın üreme organları muayenesi ile ilgili etiketlenme (stigma) duygusu yaşama
- () Kadın üreme organları muayenesinin günah olduğunu düşünme
- () Kadın üreme organları muayenesi yaptırdığımda suçluluk hissetme
- () Katı ahlak kuralları ve tabular
- () Cinsel organı korumayı, gizlemeyi gerektiren tutumlar
- () Utanma duygusu
- () Kaderci düşünme
- () Cinsel yönden aktif olmama

- ()Ayıplanma
- ()İhmal etmem
- ()Zaman bulamamam
- ()Meşgul olmam
- ()Sağlık kurumunun uzak olması
- ()Ekonomik sıkıntımın olması
- ()Sosyal güvencemin olmaması
- ()Hastane ortamı
- ()Kadın üreme organları muayene masası korkumun olması
- ()Kadın üreme organları muayene pozisyonu nedeni ile muayene sırasında sıkıntı yaşamam
- ()Kadın üreme organları muayene sırasında enfeksiyon bulaşma korkusu
- ()Kadın üreme organları muayenesi sırasında mahremiyete dikkat edilmemesi
- ()Kadın üreme organları muayenesi sırasında sağlık çalışanının muayeneye ilişkin açıklama yapmaması
- ()Kadın üreme organları muayenesi yapılırken temizlik konusundaki kaygılarımın olması
- ()Kadın üreme organları muayenesi sırasında sağlık çalışanlarının olumsuz tutumu
- ()Muayene eden kişinin karşı cinsten olması
- ()Hekim önerisinin bulunmaması
- ()Kadın üreme organları muayenesi sırasında sağlık çalışanı tarafından önemsenmeme
- ()Kadın üreme organları muayenesi olmamı etkileyecek fiziksel engel durumumun olması
- ()Şimdiki seksüel(cinsel) yaşamımdaki memnuniyetsizlik

(...)Kadın üreme organları muayenesi yaptırmamanızı etkileyebilecek başka nedenler varsa lütfen belirtiniz...



Ek 2. Etik Kurul Karar Formu

04-OCT-2012 11:41PM Fax:0346 224 93 09 ID:KIRAZ SAĞLIK GRUPL Page:001 R=95%

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

| | | | | | |
|-------------------------------|---|--|---------------------------------|---------------------------------------|--|
| BASVURU BİLGİLERİ | ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | Kadınlara Kanserden Korunmaya Yönelik Olarak Jinekolojik Muayene Yaptırmalarını Etkileyen Bazı Faktörler | | | |
| | ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU | | | | |
| | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI | Yrd. Doç. Dr. Mine Bekar/YL öğrencisi Sevtap Kani | | | |
| | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI | Ebelik Bölümü | | | |
| | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ | Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi | | | |
| | DESTEKLEYİCİ | | | | |
| | DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ | | | | |
| | ARAŞTIRMANIN FAZI | FAZ 1 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | FAZ 2 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | FAZ 3 | <input type="checkbox"/> | | |
| FAZ 4 | | <input type="checkbox"/> | | | |
| ARAŞTIRMANIN TÜRÜ | Yeni Bir Endikasyon | <input type="checkbox"/> | | | |
| | Yüksek Doz Araştırması | <input type="checkbox"/> | | | |
| | Diğer ise belirtiniz: Yüksek Lisans tezi | | | | |
| ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER | TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> | ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/> | ULUSAL <input type="checkbox"/> | ULUSLARARASI <input type="checkbox"/> | |

(Handwritten signatures and initials)

Sayfa 1

KİMDEN : DPKR FOTOKOPİ KİTRASYE FAKS NO. : 0346 224 93 09 05 EKİM 2012 11:50 51

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

| DEĞERLENDİRİLEN BELGELER | Belge Adı | Tarihi | Versiyon Numarası | Dili |
|--------------------------------|---|--------------------------|-------------------|--|
| | | ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ | | |
| | BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU | | | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> |
| | OLGU RAPOR FORMU | | | Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> |
| | ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ | | | Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> |
| DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER | Belge Adı | Açıklama | | |
| | TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ | <input type="checkbox"/> | | |
| | SIGORTA | <input type="checkbox"/> | | |
| | ARAŞTIRMA BÜTÇESİ | <input type="checkbox"/> | | |
| | BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU | <input type="checkbox"/> | | |
| | HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ | <input type="checkbox"/> | | |
| | İLAN | <input type="checkbox"/> | | |
| | YILLIK BİLDİRİM | <input type="checkbox"/> | | |
| | SONUÇ RAPORU | <input type="checkbox"/> | | |
| | GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ | <input type="checkbox"/> | | |
| DİĞER: | <input type="checkbox"/> | | | |
| KARAR BİLGİLERİ | Karar No: 2012-09/04 | Tarih: 11.09.2012 | | |
| | Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplanmaya katılan Etik Kurul üye tam sayısının oy birliği ile karar verilmiştir. | | | |

| CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU | |
|--|---|
| ÇALIŞMA ESASI | Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu |
| BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI: | Prof. Dr. Ayhan Koyuncu |

| Unvanı/Adı/Soyadı | Uzmanlık Alanı | Kurumu | Cinsiyet | Araştırma ile İlişki | Katılım * | İmza |
|------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|--|---|--|-----------|
| Prof. Dr. Ayhan Koyuncu | Genel Cerrahi | Cumhuriyet Üniversitesi | E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | |
| Doç. Dr. Saadetin Kılıçkap | Medikal Onkoloji | Cumhuriyet Üniversitesi | E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | Katılmadı |
| Doç. Dr. Erol Kisi | Genel Cerrahi | Cumhuriyet Üniversitesi | E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | Katılmadı |
| Doç. Dr. Hülya Tokar | Periodontolog | Cumhuriyet Üniversitesi | E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | Katılmadı |
| Doç. Dr. Ayşe Demirkazık | Biyofizik ABD | Cumhuriyet Üniversitesi | E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | |
| Yrd. Doç. Dr. Ziynet Çınar | Biyostatistik ABD | Cumhuriyet Üniversitesi | E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | |
| Yrd. Doç. Dr. Gülay Yıldırım | Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı | Cumhuriyet Üniversitesi | E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | |
| Yrd. Doç. Dr. Koksal Deveci | Biyokimya Uzmanı | Cumhuriyet Üniversitesi | E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | Katılmadı |
| Yrd. Doç. Dr. Ali Kaya | Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı | Cumhuriyet Üniversitesi | E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | |
| Yrd. Doç. Dr. Ahmet Altun | Tıbbi Farmakoloji Uzmanı | Cumhuriyet Üniversitesi | E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | |

Sayfa 2

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------------|----------------------------|--|
| Yrd. Doç. Dr. Fatih Kılıçlı | Endokrinoloji Bilim Dalı | Cumhuriyet Üniversitesi | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | F <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| Uzm. Dr. Mutlu Doğan | Genel Cerrahi | Sivas Numune Hastanesi | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | F <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| Uzm. Dr. Levent Sağlam | Halk Sağlığı Müdürü | Sivas Halk Sağlığı Müdürlüğü | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | F <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| Öğr. Gör. Engin Daşlı | Avukat | Cumhuriyet Üniversitesi | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | F <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |
| Öğret. Şenşetin Ağaş, | Biyoloji Öğretmeni | Sivas Lisesi | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | F <input type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | |

* :Toplantıda Bulunma

Ek 3. Bilgilendirilmiş Onam Formu

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KADINLARIN KANSERDEN KORUNMAYA YÖNELİK OLARAK JİNEKOLOJİK MUAYENE YAPTIRMALARINI ETKİLEYEN BAZI FAKTÖRLER

Değerli katılımcılar;

“Jinekolojik Kanserlerden Korunmaya Yönelik Kadınların Jinekolojik Muayene Yaptırmasını Etkileyen Bazı Faktörler” başlıklı bilimsel çalışma, 18 yaş üzeri tüm kadınların Jinekolojik kanserlerden korunmak için muayene yaptırımalarını etkileyen bazı faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Bu amaçla hazırlanan Kişisel Bilgi Formu ve 18 yaş üzerindeki kadınların Jinekolojik muayene yaptırımalarını etkileyen faktörlerle ilgili sorulardan oluşmaktadır.

Bu çalışma sizinle ilgili kimlik bilgilerinizi içermemektedir. Bu bilgiler araştırma dışında herhangi bir neden için kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya katılmanız tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Gönüllü olarak katılacağınız bu çalışma sizinle ilgili bilgileri doğru vermekle sorumlu olacaksınız. Araştırma sonuçlarının, eğitim ya da bilimsel amaçlarla kullanılması sırasında mahremiyetinize saygı gösterilecektir. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmamıza katılmayı kabul ettiğiniz için teşekkür ederiz.

Sevtap Kani
Yüksek Lisans Öğrencisi