

T.C  
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK PROGRAMI

KADIN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SERVİKAL KANSERE İLİŞKİN  
BİLGİ VE TUTUMLARININ BELİRLENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TUĞBA ULUOCAK

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

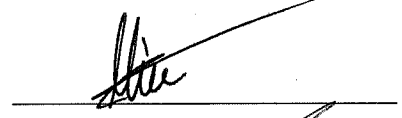
TEZ DANIŞMANI  
YRD.DOÇ.DR MİNE BEKAR

SİVAS  
2009

Bu çalışma Cumhuriyet Üniversitesi Fen/Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

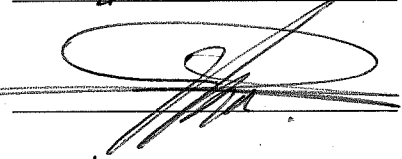
Başkan

Yrd.Doç.Dr.Mine BEKAR



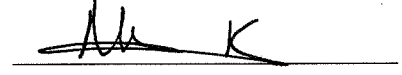
Üye

Yrd.Doç.Dr Zehra GÖLBAŞI



Üye

Yrd.Doç.Dr Nuran GÜLER



ONAY

Bu tez çalışması, 14/09/2009 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Tijen Kaya Temiz  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
MÜDÜRÜ

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 24.09.2008 tarihli ve 007 sayılı toplantısında kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzu adlı yönergeye göre hazırlanmıştır.

Annem; Mevlüde ULUOCAK'a...



## ÖZET

### KADIN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SERVİKAL KANSERE İLİŞKİN BİLGİ VE TUTUMLARININ BELİRLENMESİ

Tuğba ULUOCAK

Yüksek Lisans Tezi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Mine BEKAR

2009, 110 sayfa

Araştırma, kadın sağlık çalışanlarının servikal kansere ilişkin bilgi ve tutumlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmış ve yapılmıştır.

Araştırma, Sivas ilinde Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Sivas Devlet Hastanesi, Sivas Numune Hastanesi, Sivas Asker Hastanesi ve Sivas genelindeki sağlık ocaklarında (Toplam 21 sağlık ocağı) yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak, Form I Kişisel Bilgi Formu, Form II Serviks Kanseri Risk Faktörleri, Pap smear ve HPV Bilgi Formu ve Form III Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği'nden oluşan üç adet form kullanılmıştır. Veriler bilgisayar ortamında frekans dağılımı, khi-kare testi, Kruskal Wallis varyans analizi, korelasyon analizi ve iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Elde edilen bulgulara göre kadın sağlık çalışanlarının %33,5'inin 25-29 yaş grubunda, %37'sinin cerrahi birimlerde, %37,6'sının önlisans mezunu oldukları, meslek grubu olarak ise %71,7'sinin hemşire, %17,4'ünün doktor, %10,9'unun ebe olduğu ve %68,4'ünün evli olduğu görülmektedir. KSC'nın %50,2'sinin hiç jinekolojik muayene yaptırmadığı ve %70,4'ünün hiç Pap smear test yaptırmadığı belirlenmiştir. KSC'nın yaş, medeni durum, eğitim durumu ve mesleklerine göre jinekolojik muayene yaptırma ve Pap smear test yaptırma (Form I) durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ). KSC'nın yaş ve medeni durumlarına göre, serviks kanseri risk faktörleri, Pap smear ve HPV bilgi formundan (Form II) aldıkları toplam puanları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunurken ( $p>0,05$ ), eğitim durumlarına, mesleklerine ve çalıştıkları bölüme göre aldıkları toplam bilgi puanları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

KSC'nin serviks kanserinin erken tanısına yönelik tutumlarının belirlenmesi amacıyla uygulanan ölçek sonucunda (Form III), KSC'nin yaş ve eğitim durumlarına göre servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeğinden aldıkları toplam puan durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Ayrıca KSC'nin jinekolojik muayene, Pap smear test yaptırma, Serviks kanserine yönelik bilgi alma ve bilgi verme durumları ile servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeğinden aldıkları toplam puan durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda gerekli hizmet içi eğitimlerin (HİE) planlanması, uygulanması ve yaygınlaştırılması, toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi amacıyla KSC'nin rol modeli olmalarının öneminin, uygun rol modeli olmada kişinin kendi öz bakım değeri ve tutumlarının son derece önemli olduğunun kavratılması, servikal kanser taramalarının yapılması ve risk gruplarının belirlenerek koruyucu önlemlerin alınması önerilir.

**Anahtar Kelimeler:** Serviks Kanseri, Erken Tanı, Tutum, Kadın Sağlık Çalışanları

## ABSTRACT

### DETERMINATION OF WOMEN HEALTHCARE EMPLOYEES' INFORMATION AND ATTITUDE REGARDING CERVICAL CANCER

Tuğba ULUOCAK

Master of Science Thesis, Department of Nursing Birth and Women's

Supervisor: Assist. Prof.Dr. Mine BEKAR

2009, 110 pages

This descriptive study, which is based on the awareness of society in the issue, targets the determination of women healthcare employees' information and attitude in cervical cancer.

Research is conducted in Sivas; Cumhuriyet University Medical Faculty Hospital, two Government Hospitals of Sivas, Military Hospital of Sivas and sağlık ocakları in the city (a total of 21). Three type of form are used for collecting data; Form I Personal Information Form, Form II Cervical Cancer Risk Factors, Pap smear and HPV Information Form, Form III the Scale of Attitudes towards the Early Diagnosis of Cervical Cancer. Available datas are processed by computer by using frequency distribution analysis and chi-square test, Kruskal Wallis analysis of variance, correlation analysis and unpaired test.

According to data collected, 33.5 % of female healthcare employees are at 25-29 ages, 37 % of them are in surgical units and 37.6 % are graduates of associate degrees. In vocational context, 71.7 % of them are nurses, %17.4 are doctors, 10.9 % midwife and 68.4 % of these employees are married. 50.2 % of them have not ever experienced any pelvic examination and 70.4 % of them have not given any pap smear test. According to age, marital status, educational level and occupation differences of pelvic examination experiences, giving pap smear test and status of giving information about cervix carcinoma are found statistically meaningful (Form I) ( $p < 0.05$ ). The differences of form II scores, risk factors, pap smear and HPV, according to age and marital status are not statistically meaningful (Form II) ( $p > 0.05$ ). However, according to occupation, the department they work in and educational level, these differences are significant ( $p < 0.05$ ). The differences between scores of female healthcare workers who undergone a pelvic

examination and who have given a pap smear are not meaningful ( $p>0.05$ ). According to status of giving information about cervix carcinoma differences are significant ( $p<0.05$ ).

As the result of the scale used for determining women healthcare employees' attitudes towards early diagnosis of cervical cancer, the difference between the total scores that women healthcare employees collected according to their ages and educational status are statistically important ( $p<0,05$ ). Besides, the differences between total scores collected by female healthcare employeers according to their attitudes towards early diagnosis of cervical cancer and undergoing a gynaecological examination, giving a pap smear and exchanging information about cervical cancer, are significant ( $p<0.05$ ).

It is suggested in line with the results obtained from the researhes that vocational trainings on the issue should be planned, implemented and extended, women healthcare enmployees' awareness in the protection and improvement of public health and the importance of them as a convenient role-model should be emphasized, cervical cancer scannings sould be done, risk groups should be determined and protective measures should be taken.

Keywords: Cervics Cancer, Early Diagnosis, Attitude, Women Healthcare Workers

## TEŞEKKÜR

Araştırmanın planlanması ve yürütülmesinde değerli katkılarından dolayı tez danışmanım Yrd.Doç.Dr Mine BEKAR'a, gösterdiği sabır, anlayış ve yardımlarından dolayı Tbp.Ütęm.Ercan KÖSE'ye, tez çalışmam boyunca ve her zaman yanımda olarak büyük bir sabırla yardımlarını eksik etmeyerek destek olan aileme ve canım kardeşim Duygu ULUOCAK'a sonsuz teőekkürler ederim.

## İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	viii
TEŞEKKÜR.....	x
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xiv
1 GİRİŞ.....	15
1.1 Problemin Tanımı.....	15
1.2 Araştırmanın Amacı.....	22
2 GENEL BİLGİLER.....	23
2.1 Servikal Kanser Epidemiyolojisi.....	23
2.2 Serviksin Premalign Lezyonları.....	26
2.2.1 Servikal İntraepitelial Neoplazi (CIN) Tarihçesi.....	26
2.2.2 CIN Tanımı, Etiyolojisi, Histolojisi Ve Sınıflaması.....	26
2.3 Serviksin Malign Lezyonları.....	28
2.3.1 İnvaziv Serviks Kanseri.....	28
2.3.2 Malign Lezyonların Evrelendirilmesi .....	29
2.4 Serviks Kanser Belirtileri.....	30
2.5 Servikal Kanser Risk Faktörleri.....	31
2.5.1 Erken Yaşta Evlilik ve Cinsel İlişki.....	31
2.5.2 Doğurganlık.....	31
2.5.3 Sosyoekonomik Durum.....	31
2.5.4 Viral Enfeksiyonlar.....	32
2.5.5 Sigara .....	33
2.5.6 Beslenme.....	33
2.5.7 Eş Durumu.....	34
2.5.8 Diğer Faktörler.....	34
2.6 Servikal Kanserden Korunma, Erken Tanı ve Tedavi.....	34
2.6.1 Pap Smear Test.....	35
2.6.2 Pap Smear Test Sınıflaması.....	36
2.6.3.Servikal Kanserde Tedavi Yöntemleri.....	37
2.7 Sağlık, Kültür, Davranış ve Tutum Kavramları.....	38
2.7.1 Sağlık.....	38
2.7.2 Sağlık ve Kültür.....	40
2.7.3 Sağlık, Kültür ve Davranış.....	41

2.7.4 Sağlık, Kültür, Davranış ve Tutum.....	42
2.8 Servikal Kanserden Korunma ve Erken Tanıda Kadın Sağlık Çalışanlarının Önemi.....	44
3 ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	47
3.1 Araştırmanın şekli.....	47
3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	47
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklem.....	47
3.4 Verilerin Toplanması.....	48
3.4.1 Veri Toplama Formların Hazırlanması.....	48
3.4.2 Veri Toplama Formlarının Ön Uygulaması.....	49
3.4.3 Veri Toplama Formlarının Uygulaması.....	49
3.4.4 Verilerin Değerlendirilmesi.....	50
4 BULGULAR.....	51
5 TARTIŞMA.....	68
6 SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	81
KAYNAKLAR.....	84
EKLER.....	94
EK-1 Tablo 1. KSC'nın Serviks Kanseri Risk Faktörleri, Pap smear ve HPV ile İlgili İfadelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı.....	95
EK-2 Tablo 2 KSC'nın Serviks Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeğine Verdiği Cevapların Dağılımları.....	97
EK-3 Veri Toplama Formu.....	100
EK-4 Serviks Kanseri Risk Faktörleri, Pap Smear ve HPV Bilgi Formu.....	104
EK-5 Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği.....	106
EK-6 Sivas Valiliği Sağlık Müdürlüğü İzin Formu.....	108
ÖZGEÇMİŞ.....	110

## TABLO LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b> KSC'nın Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	52
<b>Tablo 2.</b> KSC'nın Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumlarına Göre Dağılımları.....	53
<b>Tablo 3.</b> KSC'nın Bazı Demografik Özelliklerine Göre Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumlarının Dağılımları.....	54
<b>Tablo 4.</b> KSC'nın Pap Smear Test Yaptırma Durumlarına Göre Dağılımları.....	55
<b>Tablo 5.</b> KSC'nın Bazı Demografik Özelliklerine Göre Pap Smear Test Yaptırma Durumlarının Dağılımları.....	56
<b>Tablo 6.</b> KSC'nın En Son Yapılan Jinekolojik Muayene ve Pap Smear Testine İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı.....	57
<b>Tablo 7.</b> KSC'nın Pap Smear Test Yaptırmama Nedenlerine Göre Dağılımı.....	59
<b>Tablo 8.</b> KSC'nın Serviks Kanseri Bazı Risk Faktörlerine Göre Dağılımı.....	60
<b>Tablo 9.</b> KSC'nın Serviks Kanseri Konusunda Bilgi Alma ve Bilgi Alınan Eğitim Alanı Durumlarının Dağılımları.....	61
<b>Tablo 10.</b> KSC'nın Serviks Kanseri Konusunda Bilgi Verme ve Bilgi Verilen Eğitim Alanı Durumlarının Dağılımları.....	61
<b>Tablo 11.</b> KSC'nın Demografik Özelliklerine Göre Serviks Kanseri Risk Faktörleri, Pap Smear ve HPV Bilgi Sorularına Yönelik Toplam Bilgi Puan Ortalama Dağılımları....	62
<b>Tablo 12.</b> KSC'nın Demografik Özellikleri İle Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeğinden Aldıkları Toplam Puanın Karşılaştırılması.....	64
<b>Tablo 13.</b> KSC'nın Jinekolojik Muayene Yaptırma, Pap Smear Test Yaptırma, Serviks kanserine Yönelik Bilgi Alma ve Bilgi Verme Durumuna Göre Toplam Tutum Ortalamalarının Dağılımları.....	66



## KISALTMALAR DİZİNİ

CIN	Servikal İntraepitelyal Neoplazi (Cervical Intraepithelial Neoplasia)
FIGO	Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu (International Federation of Gynecology and Obstetrics)
HİE	Hizmet İçi Eğitim
HPV	Human Papilloma Virus
KSÇ	Kadın Sağlık Çalışanları
Pap Smear	Papanicolaou Smear
SIL	Skvamöz İntraepitelyal Lezyon (Squamous Intraepithelial Lesion)
WHO	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organisation)

## 1. GİRİŞ

### 1.1. Problemin Tanımı

Kanser; hastalık yükü, öldürücülüğü ve insidans artış eğilimi ile hem dünya hem de ülkemiz için bir halk sağlığı konusu ve problemidir. Tanı olanaklarının gelişmesi ve sağlık kuruluşlarında yararlanma olanaklarının artması ile her yıl daha çok kanser teşhis edilmektedir (Şengelen 2002). Kanser hastalığı, bu konuda yapılan sayısız çalışmalara rağmen, günümüzde en çok ölüme neden olan hastalıklar arasında ikinci sıradaki yerini korumaktadır (Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı 2007). Dünyada 2005 yılında 12 milyon yeni vaka ve 7,6 milyon kansere bağlı ölüm görülmüştür. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) yaptığı projeksiyonlara göre, 2030 yılında dünyamızda 20 milyon yeni kanser vakası gelişecek, 12 milyon kansere bağlı ölüm olacak, kanser hastalıklara bağlı ölüm sıralamasında birinci sıraya yerleşecektir (Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı 2007). Dünya Sağlık Örgütü tahminlerine göre gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin % 70-80'inin, gelişmekte olan ülkelerdeki ölümlerin ise % 40-50'sinin nedeni, yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklardır (Philip ve ark. 2007). Ayrıca enfeksiyon hastalıklarının kontrol altına alınması, diğer hastalıklara karşı etkin tedavi yöntemlerinin kullanıma girmesi ile yaşam süresinin yükselmesi, gelişen teknoloji ile çevresel karsinojenlere maruziyetin artışı kanser sıklığını arttıran etkenlerdir (Uluslararası Kanser Savaş Örgütü 2008).

Ülkemizde her yıl yüz bin kişiden 120-130 kişide kanser görülmekte ve tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de kanser %12.9 ile ikinci sırada gelmektedir (Tay ve ark. 2005, Uluslararası Kanser Araştırma Merkezi ATO Verileri 2006).

Kanserin çeşitlerine göre etkileme alanları da farklıdır. Bazı kanserler gençlerde, bazıları yaşlılarda, bazıları bir cinsiyette ya da bir ırkta daha sık ya da ender görülür (Birol ve ark. 1998). Bazı kanserler tamamen bir cinsiyete özgü olabilmektedir. Örneğin jinekolojik kanserler, anatomik yapı farklılıklarından dolayı sadece kadınlarda görülür ve kadınların sağlık sorunları arasında önemli bir yer tutmaktadır (Aydemir 1997, Gülen 2004).

Jinekolojik kanserle içerisinde serviks kanseri tüm dünyada 15-45 yaş arası kadınlarda meme kanserinin ardından en sık görülen ikinci kanserdir (Cadman 2006). Serviks kanseri için majör risk faktörü olarak insan papillomavirüsü (HPV) enfeksiyonu gösterilmektedir (John ve ark. 2001, Güner ve Taşkiran 2007). Serviks kanseri-HPV enfeksiyonu ilişkisi akciğer kanseri - sigara ilişkisinden daha sıkı bir ilişkidir. Diğer

tarafından HPV enfeksiyonu son derece yaygın bir enfeksiyondur. Amerika Birleşik Devletleri “Hastalık Kontrol Merkezleri” verilerine göre dünyada seksüel aktif kadın ve erkeklerin yaşam boyu HPV ile enfekte olma olasılığı en az %50 olarak bildirilmiştir. Serviks kanseri olgularının neredeyse tümünde (% 99.7) HPV DNA izole edilmektedir. Kansere yönelik hizmetler arasında yer alan birincil koruma, kansere neden olduğu bilinen etkenlerden uzaklaşmayı, ikincil koruma ise kanser belirtisi olmayan kişilerde taramalarla erken dönemde tanı konulmasını amaçlar. Serviks kanserinden korunmada, kansere neden olduğu düşünülen risk faktörlerinin bilinmesi alınacak önlemler için önemlidir. Dolayısıyla serviks kanseri sıklığında azalma HPV enfeksiyonlarının tanınması, önlenmesi ve tedavi edilmesi yoluyla mümkün olabilir (Türkdemir 2003, Akhan 2007).

HPV'nin bugün için 120 civarında değişik tipi tanımlanmıştır. Yapılan çalışmalar göstermektedir ki en az bir 100 tipi daha tanımlanacaktır. Tüm dünyadaki servikal kanserlerin %70'inden tip 16 ve 18'in sorumlu olduğu düşünülmektedir (Güner ve Taşkıran 2007). Tüm dünyada HPV'ye rastlanma oranı yüksektir; erkeklerin ve kadınların %50'si yaşamlarının bir döneminde HPV'ye yakalanabilirler. HPV aşısı ile yapılan çalışmalar, ömür boyu serviks kanseri vakalarını %61.8 oranında azaltacağını göstermektedir (Taira 2004, Sriamporn ve ark.2006).

Gelişmiş ülkelerde serviks kanseri görülme sıklığı 100 binde 4-10 kadın iken, bu oran gelişmekte olan ülkelerde 100 binde 100 olarak tahmin edilmektedir (Köse 2005). Aydın ve arkadaşlarının (2000) yaptıkları çalışmada, serviks kanserinin %29.4 ikinci sıklıkta olduğu belirlenmiştir. Polat ise (2000), serviks kanserinin yakın dönemlere dek en sık görülen genital sistem kanserini oluşturduğunu, periyodik smear taramaları yoluyla yayılım öncesi dönemde saptanabildiğini, böylece invazif serviks kanserinin görülme oranının, gelişmiş ülkelerde %14.2'den %7.4'lere kadar düştüğünü, genital kanserler içerisinde iki, hatta üçüncü sıraya gerilediğini belirtmiştir. Türkiye'ye ait geniş bir veri tabanımız olmamasına rağmen eldeki Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2000 yılında 417, 2001 yılında 422 ve 2002 yılında 340 serviks kanseri vakası bulunmaktadır (Kutluk ve Kars 2001). 2003 yılında Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Daire Başkanlığı'nın Türkiye'yi temsil edeceği düşünülen 8 il çalışması yayınlanmıştır. Bu çalışmada seçilen iller Ankara, Antalya, Edirne, Erzurum, Eskişehir, İzmir, Samsun, Trabzon olup bu illerin nüfusu Türkiye'nin nüfusunun % 19.71'ini oluştururken, Türkiye'de görülen kanserlerin %36.82'si bu illerde meydana gelmektedir. Bu nedenlerle bu 8 il çalışması Türkiye'deki rakamları temsil etme özelliğine sahiptir. Bu çalışmanın

sonucu ise serviks kanseri tüm kadın kanserleri içerisinde 10.sırada olup insidansı yüz binde 4.76'dır (Akhan 2007).

Serviks kanseri sıklığı özellikle gelişmiş ve pap smear tarama programlarını uygulayan ülkelerde büyük oranda azaltılmıştır. NCI (National Cancer Institute) tarafından 1973-1995 yılları arasında yapılan bir araştırma, tarama programları sayesinde serviks kanseri insidansında % 43, serviks kanserine bağlı ölümlerde % 46 azalma olduğunu göstermiştir. Ancak sitolojik tarama yöntemleri kullanılmayan bölgelerde serviks kanseri sıklığında farklılık gözlenmemiştir(Polat ve ark. 2000, Kutluk ve Kars 2001). 10-15 yıllık uzun preinvazif döneme sahip olması, etkinliği kanıtlanmış sitolojik tarama yöntemlerinin varlığı, preinvazif lezyonların etkin bir şekilde tedavi edilebilir olması nedeniyle invazif serviks kanseri önlenabilir bir hastalık ve koruyucu yaklaşımlarda en fazla başarı elde edilen kanser türlerinden biri olarak kabul edilir (Ball 2003, Ulukuş 2005). Serviks kanserinin kontrolünde erken tanı ve tarama önümüzdeki 20 yıl içinde de altın standart olmaya devam edecektir (Hatipoğlu 2007).

Serviks kanseri ortalama 35-55 yaşları arasında görülür ve 20 yaş altında nadirdir. Ancak 65 yaşın üstünde de kanser gelişimi riski olduğundan pap testinin cinsel yönden aktif ya da 18 yaşın üstündeki tüm kadınlarda düzenli olarak en az 70 yaşına dek yapılması önemlidir (Taşkın 2005). Serviks kanseri 40-55 yaş grubu kadınlar da daha sık görülmekle birlikte giderek daha genç yaşta kadınlar da görülmeye başlamıştır. Bunun nedeni erken tanının konulabilmesidir (Ozan 2005, Moreire ve ark. 2006). Serviks kanseri risk faktörlerinin bireyin kendi kontrolünde olması, tarama testinin olması ve bugün için en yaygın HPV tiplerine karşı korunmayı sağlayan aşuların bulunması nedeniyle, kanserin en önlenabilir türlerinden birisidir. Serviks kanseri için tarama son derece başarılı olduğundan dolayı serviks kanserinden korunmada, risk faktörleri ve bunlardan kaçınmanın yolları bilinmeli, düzenli olarak pelvik muayene ve tarama amaçlı pap smear testi yaptırılmalıdır. (Zimet ve ark. 2000). Dünya Sağlık Örgütü'nün yayımladığı Ulusal Kanser Kontrol Programları adlı kılavuzda, erken tanı ve tarama programlarının uygulanması önerilen kanserler meme kanseri ve serviks kanseridir (Hatipoğlu 2007). 29 Mayıs 2007 tarihinde Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığınca yayımlanan "Serviks Kanseri Taraması Ulusal Standartları" uyarınca serviks kanseri için sürdürülecek bir toplum tabanlı tarama programının çerçevesi tanımlanmıştır. Taramada mutlak hedef 35-40 yaş aralığındaki tüm kadınların en az bir kez pap smear aldırmasıdır. Amerikan Kanser Derneği'nin taramaya başlama yaşı ve sıklığı ile ilgili önerisi; "halen ya da geçmişte cinsel olarak aktif olan (cinsel aktivitenin

başlamadan 3 yıl sonra) ya da 21 yaşını geçmeden önce tüm kadınlar, yıllık pap test ve pelvik muayeneden geçmelidirler" şeklindedir. Bir kadında üç ya da daha fazla sayıda birbirini izleyen normal yıllık muayene bulgusu saptanmışsa pap smear test daha seyrek olarak ve hekimin yönlendirdiği doğrultuda tekrarlanabilir (Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Dairesi 2007). Ülkemizde kadınların bilgi eksikliği, sağlık sorunlarını önemsememe, utanma, parasal sorunlar gibi nedenlerle sağlık kuruluşlarına başvurmadıkları belirtilmektedir (Akin 2008). Bu konuda, özellikle riskli grupta bulunan kadınlar başta olmak üzere tüm kadınların eğitilerek erken teşhis için sağlık bilincinin geliştirilmesi gerekir (John ve ark.2001, Wellensiek ve ark.2002). Amerika'da HPV ve serviks kanserine ilişkin yapılan bir araştırmada (Denny ve ark. 2006) kadınların %80'inden fazlasının cinsel ilişkiye girmiş olmasına, 52 kadının anormal bir pap test sonucunun olmasına ve 22 kadının cinsel yolla bulaşan hastalık enfeksiyonu yaşadıklarını ifade etmelerine rağmen, kadınların, %81'i cinsel yolla bulaşan hastalığa yakalanma olasılığı olmadığını, sağlık taraması engelleri olarak acı, ağrı duyma, utanç ve maliyeti öne sürmüşlerdir. Ayrıca araştırma pap smear testi yaptıran kadınların HPV ve serviks kanseri ile ilgili daha bilgili olduğunu göstermiştir (Denny-Smith ve ark 2006).

Ülkemizde tarama merkezleri geniş katılımı toplum tabanlı tarama programları gerçekleştirememekte, fırsatçı taramalar veya küçük gruplara yönelik pilot toplum tabanlı tarama çalışmalarıyla yetinmek zorunda kalmaktadırlar. Bu da kanserde erken tanı ve taramanın önemi ile ilgili bilimsel gerçekliğe ve bu konuda gerçekleştirilmiş ülkemiz dışındaki tecrübelerle uyumsuzdur (Hatipoğlu 2007).

"Kanserde Erken Tanı ve Tarama Problemleri" başlığına uygun, genel bir bakışla sorunlar bir araya getirildiğinde;

- Kanserde erken tanı ve taramanın öneminin ilgili tıp disiplinleri tarafından da bilinmemesi veya sonuçları itibarıyla kötü ama daha iyimser bir yorumla önemsenmiyor olması,
- Konuda faaliyet gösteren kamu, sivil, üniversite kurumlarını organize edecek, çalışmaların koordinasyonunu sağlayacak, yön verecek, maliyet-etkinlik analizleri gerçekleştirecek, sonuçlarına göre tarama çalışmalarını dizayn edecek, bilimsel ve maddi destek sağlayacak, insan kaynağı planlaması yapacak, eğitimlerini organize edecek bir kurumun olmaması,
- Toplum tabanlı meme ve serviks kanseri taramalarının ücretsiz olmasına dair Bakanlar Kurulu Kararı (Sayı:25924,02.Eylül.2005)'na rağmen uygulamada sorunlar yaşanması,

- Tarama hizmetlerinin sosyal güvence kurumlarınca ödeme kapsamına alınmıyor olmasıdır (Hatipoğlu 2007).

Bunun yanında, kadın sağlığı için önemli bir sorun olan servikal kanserin ve servikal kanseri erken teşhis etmeye yarayan böyle bir tarama testinin toplum tarafından ne ölçüde bilindiği de önemli bir sağlık problemidir. Bu çalışmaların toplumun çoğunluğunu kapsaması ve daha başarılı olması için özellikle risk grupları olmak kaydıyla, toplumdaki bütün kadınlara uygun bir danışmanlık ve eğitim hizmeti sunulmalıdır (Kalyoncu ve ark 2003). Araştırmalar eğitim ve danışmanlık hizmetlerini alan kadınların, sağlık konusunda daha bilinçli, tarama hizmetlerini (pap-smear test) kullanmaya ve genital hijyenin önemine daha eğilimli olduğunu göstermektedir (Birol ve ark. 1996, Ozan 2005, Akyüz ve ark 2006). Ayrıca 2006'da GATA'da yapılan araştırma, kadınların %51.3 ünün pap smear test yaptırdığını, bu oranların kadınların yaşıyla, evlilik süresiyle, doğum sayısı ile, pap smear hakkındaki bilgi düzeyleriyle ve serviks kanserleriyle ilgili risk algılamalarıyla arttığı belirlenmiştir (Akyüz ve ark 2006).

Sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan ana noktalardan biri öz bakım sorumluluğudur. Herkes kendi sağlığının değerini bilmeli, kendi sağlığının sorumluluğunu almalı ve yaşantılarında olumlu davranış değişikliğini gerçekleştirmelidirler (Günel 2001, Gharoro ve Ikeanyl 2006). Bunun için bireyler bu konuda bilinçlendirilmeli ve eğitilmelidirler. Sağlık çalışanları, sağlık sorumluluklarının yanı sıra hasta ve sağlam kişilerin de sorumluluklarını taşımaktadırlar (Bekar ve ark 1999). Kendi öz bakım sorumluluğunu geliştirmemiş bir sağlık profesyonelinin konunun önemini topluma aktarma, rol modeli olma, değişim ajanı olma ve motive etme konusunda yeterince başarılı olamayacağı düşünülmektedir. Öncelikle sağlık çalışanlarının olumlu tutum ve gerekli bilince sahip olması gereklidir. Bu şekilde örnek sağlık davranışları sergileyerek topluma iyi bir rol modeli olabilirler ve dolayısıyla sundukları hizmet ve eğitimde daha etkin olabilir (Fidan ve Erden 1998). Bu sebeple, büyük stres ve sorun yaratan jinekolojik kanserlere yakalanmamak veya çok erken dönemde teşhis edilip tedavisini mümkün kılmak ancak kadınların bu konuda bilgilendirilmeleri, eğitilmeleri ve sağlıklı yaşam biçimini elde etmeleri ile sağlanmış olacaktır (Güler 1993, Mentesh 1998, Lynn ve ark. 2000). Ancak Türkiye'de yapılan bir çalışma öncelikli olarak ele alınan sağlık personellerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve tutumlarının orta düzeyde bulunduğu ve bu sonuçlara göre sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları bakımından çok iyi bir model olmadığı belirtilmektedir (Pasinlioğlu ve Gözüm 1998). 2000 yılında ABD'deki araştırma da ise

hemşirelerin servikal kanser için doğru risk faktörlerini bilmeye ve pap smear uygulama ve kadınlara anormal pap testleri hakkında bilgi verme konularında gelişme göstermeye daha eğimli olduğu belirlenmiştir (Tessaro, Herman 2000). Sağlık çalışanlarının bireylerle en uzun süre bir arada bulunan kişiler olması nedeniyle kanserden korunma ve erken tanı konusunda bilgi ile tutumları hem kendileri hem de eğitecekleri kadınlar için önem kazanmaktadır. Bu nedenle kadın sağlık çalışanlarının halk sağlık hizmetinde topluma karşı primer sorumlulukları vardır (Turkistanli ve ark. 2003). Ancak çalışmalar kadın sağlık çalışanlarının pap smear taraması ve serviks kanseri hakkında kalıplaşmış bilgisi olduğunu, topluma karşı sorumluluklarının farkında olmadıklarını göstermektedir. Ideström ve ark. (2007), pap smear tarama organizasyonlarında gelişme ve başarılı pap smear taraması için uzman eğitimini önermekte ve bu eğitimin servikal taramada kadın sağlık çalışanları ile kadınlar arasında daha faydalı bir etkileşimi geliştirebileceği üzerinde durmaktadır (Ideström M, Milsom I, Andersson-Ellström A. 2007).

Temel Sağlık Hizmetleri'nin temelinde de herkesin kendi sağlığının değerini bilmesi ve kendi sağlığının sorumluluğunu yani öz bakım sorumluluğunu alması ön plana çıkmaktadır. Kadın sağlık çalışanları öncelikle konunun bilincine vararak kendi yaşantılarında olumlu davranış değişikliği gerçekleştirmelidirler. Olumlu sağlık davranışları da bu şekilde topluma rol modeli olarak öğretilir ya da bu davranışlar toplumda pekiştirilebilir. Yapılan çalışmalarla kendi öz bakım sorumluluğunu geliştirmemiş sağlık çalışanlarında konunun önemini topluma aktarma da ve motive etmede yeterince başarılı olamayacağı görülmüştür (Bekar ve ark. 1999, Gülen 2004, Dönmez 2007). Kadın sağlık çalışanları, serviks kanseri risk faktörleri ve pap smear hakkında öncelikle bilgi sahibi olarak kendi sağlıklarını koruyabilirler. Daha sonra örnek sağlık davranışlarını sergileyerek, topluma iyi bir rol modeli olabilirler. Bu nedenle sağlık çalışanlarının bireylere duyarlı ve yargılayıcı olmadan yaklaşımları, her fırsatta kişileri eğitmeleri, tüm sorularını yanıtlamaları, olabilecek her türlü kolaylığı sağlayarak daima olumlu bir davranış içinde olmaları önemli bir faktördür (Doğan 2008).

Kanserden korunma ve erken tanı, toplumun eğitim düzeyi ile de doğrudan ilişkilidir. Sağlık personeli özellikle ihtiyacı olan kesime sağlık eğitimi vermeli, tüm kadınları belirli aralıklarla tarama için başvurmaya teşvik etmeli ve sağlık hizmetlerinden yararlanma yollarını öğretmelidirler. Bunun için de, içinde bulunduğu ülkenin bu alandaki politikalarını, ilgili kurumların işleyiş sistemlerini iyi bilmeleri ve kişileri bu doğrultuda yönlendirebilmeleri gerekmektedir (Hatipoğlu 2007).

Kadın sağlık çalışanları sağlığın korunması, geliştirilmesi ve danışmanlık hizmetleri gibi görevleri nedeniyle de üreme ağı sağlık problemlerinin önlenmesi ve erken dönemde ortaya çıkarılmasında gereksinim duyulan etkin sağlık personelidir. Başta hemşireler olmak üzere tüm kadın sağlık çalışanları, hastalarla sürekli iletişim içerisinde oldukları için önemli pozisyonda olmakla birlikte kadınların mahremiyet kaybı nedeniyle alacakları sağlık yardımı ve eğitimi öncelikle kadın sağlık çalışanlarından almak istemeleri de verilmesi gereken eğitimi daha değerli kılmaktadır. Bu nedenle serviks kanserine ilişkin eğitimde kadın sağlık personelinin etkin görev alması gerekmektedir. Kadın sağlık çalışanlarının, öncelikle kadın olması toplumun serviks kanseri ve erken tanısına ilişkin bilgi eksikliklerini daha yakından takip edebilmesini, bu konudaki eğiticilik planlamalarını daha iyi ihtiyaç karşılayacak şekilde gerçekleştirebilmesini olanaklı kılacaktır. Kadın sağlık çalışanları bir yandan tanılama işlemlerindeki sorumluluklarını yerine getirirken diğer yandan da bu uygulamalar sırasında bireye destek olmak ve rehberlik etmek durumundadırlar (Doğan 2008). Ülkemizde oldukça yaygın görülen jinekolojik kanserlerin kadın sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri sadece hastalık sürecinde değil, ayrıca tedavi süreci için de çok boyutludur. Örneğin; radyoterapi, kemoterapi, hormonal ve cerrahi tedaviye bağlı olarak ortaya çıkan bulantı, kusma, uykusuzluk, yorgunluk, korku ve anksiyete bireyin fiziksel ve psikolojik sağlığını olumsuz yönde etkilerken, aile ve iş yaşamı ile ilgili sorunlar ve gelecekteki yaşama yönelik belirsizlikler ise onun sosyal ve manevi sağlığını bozmaktadır. Bu sebeple bu süreçte de kadın sağlık çalışanları önemli bir sorumluluğa sahiptir (Reis 2003). Bu nedenle kadın sağlık çalışanları serviks kanserinde tarama, korunma ve erken tanısındaki kişisel bilgi ve tutumları, toplum sağlık düzeyinin yükseltilebilmesi için çok önemli bir unsurdur (Dönmez 2007).

Erken tanı belirtilerinin kadın sağlık çalışanları tarafından bilinmesi ve risk altındaki bireylere öğretilmesi, yaşam süresini ve kalitesini artırmada çok önemlidir. Etkili bir tarama için kadın sağlık çalışanları, özellikle primer sağlık hizmetleri sunan kurumlarda, tüm ekip üyeleriyle iletişimde olmalı gerekirse ekibin koordinatörlüğünü üstlenmelidir. Sağlık eğitimi çalışmalarını sürdürmenin yanı sıra sağlıklı davranışlar kazandırma ve önceden edinilen yanlış bilgi ve davranışları düzeltmede bireylere ve topluma rehber olabilmelidir (Yetimaller ve ark. 2009).

Dünya'da ve Türkiye'de önemli ve önlenebilir sağlık problemi olan serviks kanseri için, kadın sağlığının korunması ve yükseltilmesinde kadın sağlık çalışanlarının bir kadın olarak kendi sağlıklarıyla ne kadar ilgilendiklerinin bilinmesi, tüm kadın



sağlık çalışanının ekip işbirliği erevesi içerisinde örnek sağlık davranışları sergileyerek topluma iyi bir rol modeli olması açısından önemlidir. Bu nedenle bu konuda yapılacak araştırmalar sağlık çalışanlarının konuya ilişkin eksikliklerini giderecek, farkındalığını artıracak ve eğitim programlarının planlanmasında veri tabanı oluşturacaktır. Özellikle koruyucu uygulamalarda eğitimlerinin sağlanması sağlıklı toplumların oluşumunda anahtar rol oynayacaktır.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Kadın sağlığını olumsuz etkileyen serviks kanserinin önlenmesinde toplumun bilinçlendirilmesi esas alınarak, kadın sağlık çalışanlarının (hemşire, hekim, ebe) servikal kansere ilişkin bilgi ve tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

Kişilerin sağlık hizmetlerinden tam, eşit ve yüksek standartlarda faydalanmaları temel insan haklarından biridir. Sağlık bilgisine erişim, yeterli beslenme ve sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı insanların sağlık hakkı kapsamında değerlendirilmektedir. Kadın sağlığı, aile ve toplumdan kaynaklanan psiko-sosyal faktörler, kadının bireysel sağlık durumu, doğurganlık davranışı, sağlık hizmetlerinin kalitesi gibi pek çok faktörden etkilenmekte ve duygusal, sosyal ve fiziksel iyiliği kapsamaktadır (Temel Sağlık Hizmetleri Sağlık Bakanlığı 2007). Kadınların sağlık sorunları ve hastalık riskleri erkeklerden farklı nitelik taşımakta, genelde tüm toplumlarda kadınların erkeklere göre daha fazla hastalık ve stres yaşadıkları bilinmektedir (Aksu 2008).

Kadının üremeye ilişkin özellikleri ve fonksiyonları “Kadın sağlığını” çok özel yapmaktadır. Toplumsal cinsiyet ayrımcılığının en çarpıcı sonucu sağlık hizmetlerinden yararlanmada ortaya çıkmakta, kadının statüsünün düşük olması en fazla doğurganlık davranışını etkilemektedir. Kadın- erkek arasındaki üreme sağlığı açısından hizmet gereksinimleri yaş dönemlerine göre farklılık göstermektedir (Akın, Özvarış 2006). Gelişmekte olan ülkelerde 15-44 yaş grubunda hastalık yükü nedenleri arasında üreme hastalıklarına bağlı yük kadında erkeğe göre üç kat daha fazladır. Üreme sağlığı ile ilgili sorunlar bütün dünyada oldukça önemli boyutlardadır. Üreme çağında yaşanan sağlık problemleri serviks erozyonu, enfeksiyonlar ve kanser gibi hastalıkların etiyolojisini oluşturmaktadır.

Jinekolojik kanserler içinde, erken tanınım kolaylıkla konulabildiği kanserlerden birisi serviks kanseridir (Akhan 2007). 10-15 yıllık uzun preinvazif döneme sahip olması, etkinliği kanıtlanmış sitolojik tarama yöntemlerinin varlığı, preinvazif lezyonların etkin bir şekilde tedavi edilebilir olması nedeniyle invazif serviks kanseri önlenebilir bir hastalık ve koruyucu yaklaşımlarla en fazla başarı elde edilen kanser türlerinden biri olarak kabul edilmekte ve önemi giderek artmaktadır (Ball 2003).

### 2.1. Servikal Kanser Epidemiyolojisi

Serviks kanseri tüm dünyada 15-45 yaş arası kadınlarda meme kanserinin ardından en sık görülen ikinci kanser nedenidir. WHO verilerine göre her yıl tüm dünyada yaklaşık 493.000 servikal kanser olgusu görülmekte ve bunların yaklaşık 274.000'i ölümlerle sonuçlanmaktadır. Bu ölümlerin %80'den fazlası, yeterli tarama

programlarının bulunmayışı nedeniyle gelişmekte olan ülkelerde görülür. Yine WHO verilerine göre, her yıl 10 milyon HSIL (ileri evre prekanseröz lezyon) olgusu, 30 milyon LSIL (erken evre prekanseröz lezyon) olgusu ve 30 milyon yeni genital siğil olgusu görülmektedir (Lyon ve ark. 2005, Cadman 2006). Ülkemizde bu konuda yapılmış kapsamlı çalışma sayısı çok kısıtlıdır. Sağlık Bakanlığı'nın 2003 yılında, Türkiye' deki 8 ili kapsayan (Ankara, Antalya, Edirne, Erzurum, Eskişehir, İzmir, Samsun, Trabzon) çalışmasında, servikal kanser insidansı 4.76/100.000 olarak bulunmuştur (Akhan 2007). 2008 yılında 1800 kadın üzerinde yapılan güncel bir çalışmada ise katılımcıların %10,7'sinde genital siğillerin varlığı gözlenmiştir (Somer 2008).

Dünyada her yıl yaklaşık 500,000 yeni serviks kanseri saptanırken, bu hastaların yaklaşık yarısı kaybedilmekte ve ölümlerin %80'i gelişmekte olan ülkelere görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelere 2.sırada yer alan bu kanser gelişmiş ülkelere tarama programlarının başarıyla uygulanması nedeniyle 6-10. sıralara inmiştir (Somer 2008). İnsidansı bölgelere göre değişiklik göstermekte olup, Ortadoğu'da insidansı 100.000'de 4.8 iken doğu Afrika'da 100.000'de 44.3'tür. Amerika' da yılda 13.000 hasta yeni tanı almakta ve 4100 hasta serviks kanseri nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Amerika'da tarama olmayan bölgelerde yaşam boyu serviks kanseri riskinin %3.67, mortalite riskinin %1.26 ve 50 yaşındaki insidansın 100.000'de 88 olduğu belirtilmektedir (Güner, Taşkiran 2007).

Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı verilerine göre 1996 yılında 623 vaka ile tüm kadın kanserleri arasında 7.sırada olan serviks kanseri 2002 yılında 708 vaka ile 10. sıraya gerilemiştir. 2003 yılı verilerinde ise vaka sayısı 763'e çıkarken tüm kadın kanserleri arasında da 9.sıraya yükselmiştir. Globocan 2002 araştırmasına göre ise Türkiye'de serviks kanseri insidansı yüz binde 4.5 olup yılda 1364 yeni vaka olması ve buna bağlı 726 ölüm görülmesi beklenmektedir. Türkiye ile ilgili veriler araştırmaların yetersizliği nedeniyle az olmakla birlikte çalışma sonuçları serviks kanseri görülme sıklığının gelişmiş ve gelişmekte olan birçok dünya ülkesinden daha az olduğu yönündedir (Somer 2008). Kadın genital kanserleri arasında tarama programı olan ve de bu nedenle önlenilebilir bir kanser olan servikal malignansiler yine de gelişmekte olan ve de geri kalmış ülkelere önemli bir ölüm nedenidir. Sürecin uzun olması, preinvaziv bir evresinin olması, bu dönemde hastaların yakalanabilmesi ve etkin olarak tedavi edilebilmesi bu hastalığa özgü önemli bir karakteristik olup tarama, erken tanı ve tedaviye imkan vermektedir (Kolutek 2004). Tarama programları her ne kadar gelişmekte olan ve geri kalmış ülkelere insidansı azaltmış olmakla beraber maddi olumsuzluklar ve

%20'sinden ve RRP (Rekürren Respiratuar Papillamatozis) olgularının %100'ünden sorumludur (John 2001).

## **2.2. Serviksin Premalign Lezyonları**

### **2.2.1. Servikal İntraepitelial Neoplazi (CIN) Tarihçesi**

1900 yılında Cullen uterus kanseri ile ilgili eserinde ilk kez invaziv olmayan lezyonlara dikkat çekmiştir. Sonraları Schaueristein (1908), Pronai (1909), ve Rubin (1910) süperfisial metaplastik epitelin yassı epitel hücreli karsinomunun erken evresi olduğuna karar vermişlerdir. 1927 yılında Schiller preinvaziv neoplazi kavramını desteklemiştir. Broders 1932 yılında karsinoma insitu (CIS) terimini kullanmıştı (Uyanıkoğlu 2006).

1943 yılında ise Papanicolaou eksfoliatif sitolojiyi jinekoloji pratiğine sunmuştur. Preinvaziv servikal hastalık kavramı, 1947 senesinde invaziv kanser görünümüne sahip ancak epitelle sınırlanan epitelial değişiklikler tanımlandığında ortaya atılmıştır. Reagan ve arkadaşları 1956'da CIS ile normal epitel arasındaki histolojik ve sitolojik farklılıkları gösteren anormallikleri displazi olarak adlandırmış; hafif, orta ve şiddetli olmak üzere 3 gruba ayırmıştır. 1961 yılında 1. Uluslararası Eksfoliatif Sitoloji Kongresi'nde CIS teriminin epitelin tüm kalınlığının farklılaşmamış neoplastik hücreler tarafından oluşturulan lezyonlar için kullanılmasına karar verilmiştir (Sankaranarayanan 2005).

Displazi ve CIS'in sürekli bir olayın farklı basamaklarını teşkil ettiğini düşünen Richart, 1967 yılında servikal intraepitelial neoplazi (CIN I, II, III ) terimini tanımlamıştır. Sonraki çalışmalar bu lezyonların tedavi edilmemeleri halinde servikal kansere yol açabileceğini gösterdi. Şimdi ise tedavi edilmediği zaman erken CIN lezyonlarının çoğunun eş zamanlı olarak gerilediği bilinmektedir (Robbins ve ark. 2003).

### **2.2.2. CIN Tanımı, Etiyolojisi, Histolojisi Ve Sınıflaması**

Serviks kanserini önleme konusunda, sitoloji, kolposkopi ve biopsinin serviks kanserinin öncü lezyonlarını tanıma ve ortaya çıkarmasının çok büyük rolü vardır. Erken dönemde yakalanan neoplastik olaylar gelişmiş tedavi yöntemleriyle daha kolay ve tam olarak tedavi edilebilmekte ve serviks kanserinden ölümler azalmaktadır. Serviks kanserinin patogenezinde, epidemiyolojik bilgiler cinsel yolla geçen bir etkeni kuvvetle düşündürmektedir. Bilinen risk faktörleri arasında ilk cinsel ilişki yaşı, birden fazla cinsel eş, önceden çok sayıda cinsel eşi olan erkek eşidir. Bunlardan ayrı olarak tam anlaşılamayan bazı risk faktörleri de vardır. Bunlar, oral kontraseptifler, sigara içilmesi,

çok sayıda doğum, aile hikayesi, genital enfeksiyonlar ve erkek eşin sünnetsiz olmasıdır (Atasü ve Şahmay 2001).

Cinsel yolla geçen enfeksiyonların başında Human Papilloma Virus enfeksiyonları gelmektedir. Bu virus ile ilgili çok sayıda çalışma yapılmış ve serviks kanseri vakalarının % 85 inde virus DNA sı gösterilmiştir. Ayrıca HPV türlerinden bazılarının (yüksek risk tip 16,18, 31, 33) kanser oluştururken, bazılarının da ( düşük risk tip 6, 11, 42, 44) kondilom oluşturdukları gözlenmiştir. İlave olarak yüksek riskli HPV türlerinin in vitro ortamda hücreleri transforme ederken bunu E6 ve E7 gibi spesifik viral onkogenler aracılığı ile yaptıkları gözlenmiştir. Ancak tüm bu bulgular HPV nin serviks kanserinde tek etken olduğunu göstermemektedir. Çünkü birçok kadın HPV nin değişik türleriyle enfekte olmasına karşın sadece küçük bir kısmında kanser gelişmektedir. Diğer karsinojenler, kokarsinojenler, beslenme, immün sistem ve kişisel faktörler de rol oynamaktadır (Robbins ve ark. 2003, Aksu 2008).

Sitolojik inceleme yöntemleriyle serviks kanserinin önüne geçilmesinde en önemli konu, birçok kanser vakasında öncü bir lezyonun bulunmasıdır. Bu tür lezyonların bir kısmı yıllarca (20 yıl) noninvaziv kalabilir ve dolayısıyla bunlardan dökülen hücreler ile erken tanıya gidilebilir. Bu lezyonlara daha önceleri displazinin değişen dereceleri ve en son aşamada da karsinoma in situ terimleri kullanılırdı. Daha sonraları uzunca bir zaman dilimi servikal intraepitelyal neoplazi (CIN) terimi kullanıldı. Ancak bazı vakaların regrese olduğu yani normale döndüğü göz önüne alındığında CIN teriminin de doğru olmadığı kanısına varıldı ve skuamöz intraepitelyal lezyon (SIL) terimi kullanılmaya başlandı.

Hafif displazi = CIN I = Low grade SIL

Orta derecede displazi = CIN II = Low grade SIL

Şiddetli displazi = CIN III = High grade SIL

Anormal lezyonların gelişimi; epitelin alt 1/3'ünde sınırlı ise CIN I, alt 2/3'ünde ise CIN II, epitelin tamamına yakını tutulmuş ise CIN III, tamamını içeriyorsa CIS olarak adlandırılır. Bütün lezyonlarda bazal membran sağlamdır. Fakat CIN'lerde invazyon potansiyeli her aşamada vardır (Lyon 2004).

CIN III lezyonlar 1-2 ay ile 20 yıl arasında değişen sürelerde invaziv karsinoma ilerler. İnvaziv servikal kanserler genellikle uzun bir preinvaziv hastalık evresini izlerler. Mikroskopik olarak, invaziv karsinomlara ilerlemeden önce hücrel atipiden, değişen derecelerde servikal intraepitelyal neoplazilere (CIN) ilerleyen prekürsör lezyonlar spektrumu ile karakterizedir (Biol ve ark. 1996).

## 2.3. Serviksin Malign Lezyonları

### 2.3.1. İnvaziv Serviks Kanseri

İnvaziv serviks kanserinin sıklıkla, servikal epitelde metaplastik olayların anormal gelişimi ile başlayan, servikal intraepitelial neoplazi (CIN I, II, III ) ve mikroinvaziv kanser ile devam eden bir sürecin sonunda meydana geldiği çalışmalarla gösterilmiştir. İnvaziv serviks kanseri, uzun preinvaziv dönemi, tarama programlarının varlığı ve preinvaziv lezyonların etkin tedavisinin mümkün olması nedeniyle önlenabilir bir kanser olarak kabul edilir (Uyanıkoğlu 2006).

Serviks kanseri görülme yaşı genel olarak 20-80 gibi geniş bir yelpazeye yayılmıştır. En sık 50-59 yaşları arasında görülür. Bizim ülkemizde invaziv serviks kanserlerinin %65'i 40-60 yaş grubunda görülmektedir. Serviks kanseri, invazyonun çok erken dönemlerinde bariz belirti ve bulgularla ilişkili olmayabilir. Bu nedenle prelinik invaziv kanser olarak bilinir. Ancak hastaların %85'inin gelişteki evresi FİGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) evrelemesine göre Evre III ve Evre IV'tür. Bu durum gelişmekte olan çoğu ülke için geçerlidir (Cronje 2004).

Orta derecede ilerlemiş veya ilerlemiş invaziv serviks kanseri olan bu kadınlar sıklıkla intermenstrüel kanama, postkoital kanama, aşırı seropürülan akıntı, tekrarlayan sistit, bel ağrısı, alt abdominal ağrı, alt ekstremitede ödem, obstrüktif üropati, barsak obstrüksiyonu, ciddi anemiye bağlı nefes darlığı ve kaşeksi belirtilerden bir veya daha fazlasını gösterirler. Stromal invazyon ilerledikçe, hastalık klinik olarak belirgin hale gelir. Spekulum muayenesinde görülebilen çeşitli büyüme paternleri gösterir. Erken lezyonlar; dokunmakla kanayan, kaba, kırmızimsı granüler alanlar şeklinde görülür (Sankaranarayanan 2005).

Daha ileri kanserler; kanama ve kötü kokulu akıntı ile birlikte, proliferen olan, kabartı oluşturan, mantar veya karnıbahar benzeri büyüyen lezyonlar şeklindedir. Bazen fazla yüzeysel büyüme göstermeden, kaba, granüler yüzeysel, bütünü ile büyümüş irregüler serviks şeklinde görülür. İnvazyon arttıkça, vajina, parametrium, pelvik yan duvarlar, mesane ve rektum tutulur. İlerlemiş bölgesel hastalığa bağlı olarak üreter kompresyonu, hidronefroz ile sonuçlanan üreteral obstrüksiyona neden olur ve sonunda böbrek yetmezliği gelişir. Bölgesel invazyonun yanısıra bölgesel lenf düğümlerine metastaz olur. Paraaortik lenf düğümlerindeki metastatik kanser lenf düğümünün kapsülünden dışarı yayılabilir ve doğrudan vertebrayı ve sinir köklerini tutarak sırt ağrısı oluşturabilir. Siyatik sinir köklerinin dallarının doğrudan yayılımı sırt, bel ve bacak ağrısına; pelvik

duvar venlerinin ve lenfatiklerinin sıkıştırılması ise bacaklarda ödeme neden olur. Hastalıkta uzak metastazlar geç olur, genellikle paraaortik nodlar, akciğerler, karaciğer, kemik ve diğer yapılar tutulur. Histolojik olarak, servikal kanserlerin % 90-95'i skuamoz hücreli kanserlerdir ve %2-8'i adenokarsinomlardır (Sankaranarayanan 2005, Uyanıkoğlu 2006, Aksu 2008).

Güney Afrika Ulusal Kanser Kayıtları'na göre servikal kanserin yalnızca %8'i 30 yaş altında görülür ki; bu olguların çoğu immün baskılanmış kadınlardır (Uyanıkoğlu 2006). Adolesan dönemde, lezyonlar genellikle düşük derecelidirler ve büyük çoğunluğu kendiliğinden geriler. Küçük bir kısmı ise kanser öncüsü olan CIN lezyonlarına dönüşür (22). CIN I lezyonlarının da en az 2/3'ü, CIN II lezyonlarının yarısı, CIN III lezyonlarının 1/3'ü geriler. Sonuç olarak, küçük bir oran invaziv kansere ilerleyecektir (Cronje 2004).

### **2.3.2. Malign Lezyonların Evrelendirilmesi**

Servikal karsinoma in situ (CIS)'nin mikroskopik görüntüsü servikal kanserler için en yaygın kullanılan evreleme sistemi International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) tarafından geliştirilmiştir. Temelde tümör büyüklüğü ve hastalığın pelvisteki yayılımını esas alan bir klinik evreleme sistemidir. Kanserın büyüklüğü ve yayınlığı klinik olarak birçok inceleme ile değerlendirilerek, hastalık evreleri I'den IV'e kadar kategorize edilmiştir. Evre I servikte sınırlı büyümeyi temsil ederken; evre IV, kanserin metastaz ile uzak organlara yayılımını belirtir (Barut 2000, Sankaranarayanan ve ark. 2005).

Evre 0: CIS (karsinoma insitu)

Evre I: Tümör kesinlikle servikte sınırlıdır. Evre IA1 ve IA2 tanısı tercihen konizasyonla çıkarılan, tüm lezyonu kapsayan dokunun mikroskopik incelemesiyle konur.

Evre IA: Tümör sadece mikroskopik olarak görülebilir.

Evre IA1: Stromal yayılım 3 mm den küçük ve tümör 7 mm den geniş değildir.

Evre IA2: Stromal yayılım 3-5 mm arasında ve tümör 7 mm den geniş değildir.

Evre IB: Servikse sınırlı klinik lezyonlar veya Evre IA'dan büyük preklinik lezyonlar. Bütün belirgin lezyonlar yüzeysel yayılım olsa dahi Evre IB kanserlerdir.

Evre IB1: 4 cm den büyük olmayan klinik lezyonlar.

Evre IB2: 4 cm den büyük klinik lezyonlar.

Evre II: Tümör serviksi aşmış, fakat pelvis duvarına ulaşmamıştır. Vajen tutulumu olabilir ancak alt 1/3'e ulaşmamıştır.

Evre IIA: Belirgin parametrial tutulum yok. Vajenin üst 2/3'üne kadar tutulum vardır.

Evre IIB: Belirgin parametrial tutulum vardır, ancak pelvis yan duvarına ulaşmamıştır.

Evre III: Tümör pelvik duvara kadar ulaşmıştır. Rektal muayenede tümörle pelvis duvarı arasında serbest aralık yoktur. Tümör vajen alt 1/3'ünü tutmuştur. Hastalarda hidronefroz ve/veya böbrek yetmezliği bulguları vardır.

Evre IIIA: Pelvis duvarına ulaşmamıştır, fakat vajenin alt 1/3'ü tutulmuştur.

Evre IIIB: Tümör pelvis duvarına ulaşmış veya hidronefroz veya nonfonksiyonel böbrek vardır.

Evre IV: Tümör gerçek pelvisi aşmış veya klinik olarak mesane ve/veya rektum mukozası tutulumu vardır.

Evre IVA: Tümörün komşu pelvik organlara yayılımı vardır.

Evre IVB: Uzak organlara yayılım mevcuttur (Irkkan ve Yurtaslan 2007, Sankaranarayanan ve ark. 2005, Cronje 2004).

#### **2.4. Serviks Kanseri Belirtileri**

Servikal kanser genellikle preinvaziv evrede semptom vermez. Makroskopik olarak görülen bir lezyon yoktur. Ancak sulu akıntı servikal kanserin erken belirtisi olarak değerlendirilebilir. Daha sonraki belirtiler coitus ve muayene sırasında ortaya çıkan dokunma kanamaları, adet aralarında kanamalar, aşırı adet kanaması ve postmenopozal kanama şeklinde olabilir. Düzensiz sızıntı şeklinde kirli vajinal kanama, sarı, kirli, pis kokulu, et suyu görünümünde akıntı, defekasyonda kanama ve ağrı olmaması da erken belirtileri arasındadır. İlerlemiş servikal malignensilerde seröz vajinal akıntı ve kötü koku en sık görülen yakınmalardır. Geç belirtiler malignensinin yayıldığı organ ile ilgilidir. Pelviste, hipogastriumda, yan ya da bacak ağrısı hastalığın ilerlediğinin göstergesidir. Bu belirtiler pelvik duvarın, üreterlerin, lenf nodlarının ve siyatik sinir kökünün etkilendiğini gösterir. Son dönemde lenfatik ve venöz tıkanıklığa bağlı alt ekstremitelerde ödemi yoğun vajinal kanama ve çift taraflı üreter tıkanıklığı sonucu renal yetmezlik görülür. Tümör kitlesindeki enfeksiyon sonucu sepsis ve peritonitis, son dönemde kaşeksi, anemi, metastaz yaptığı diğer organlarda sarılık, hematemez, ağrı gibi çeşitli semptomlar görülür (Güler 1993, Özmen 2004, Tay ve ark. 2005, Irkkan ve Yurtaslan 2007).



## **2.5. Servikal Kanser İçin Risk Faktörleri**

Günümüzde kanserlerin birçoğunda olduğu gibi servikal kanserde de etiyolojik nedenler kesin olarak bilinmemekle birlikte bazı bireysel risk faktörlerinden söz edilmektedir. Bu risk faktörlerinin en önemlileri şu şekilde sıralanmaktadır (Philip ve ark. 2007).

### **2.5.1. Erken Yaşta Evlilik ve Cinsel İlişki**

Cinsel aktivite, servikal kanserin risk faktörleri içinde ön planda yer almaktadır. Çünkü hastalık evli kadınlarda, genç yaşta evlenenlerde ve çok fazla cinsel ilişkide bulunanlarda fazla görülmektedir. Özellikle 17 yaşından önce cinsel ilişkinin önemli bir risk faktörü olduğu ve birden fazla kişi (3'den fazla) ile cinsel ilişkinin belli bir oranda servikal kanserin oluşumuna katkıda bulunduğu yapılan araştırmalarla ortaya konmuştur. Tek partner ile üç ve daha fazla partner karşılaştırıldığında risk sekiz kat artmaktadır. Partner sayısı altının üstüne çıkarsa risk 14.2 kat artmaktadır. Yirmi yaşından önce seksüel aktiviteye başlayanlarda risk 21 yaşın üzerine göre 2.5 kez daha fazladır (Özmen 2004).

### **2.5.2. Doğurganlık**

Servikal kanserin görülme sıklığı gebelik sayısı ile paralel olarak artış göstermektedir. Gebelik sayısının dörtten fazla ve ilk gebeliğin 20 yaşından önce olması önemli risk faktörü olarak gösterilmektedir. Uzun süreli (5 yıl veya daha fazla) doğum kontrol hapi kullanmak da riski artırır. Gebelik sırasında kolumnar epitelin eversiyonu sonucunda immatür metaplastik epitelyum daha çok etkene maruz kalarak transformasyona uğrayarak, kanser riskini arttırmaktadır (Philip ve ark. 2007).

### **2.5.3. Sosyoekonomik Durum**

Özellikle gelişmiş ülkelerde servikal kanser, düşük sosyoekonomik durumda olan kadınların hastalığı olarak değerlendirilmektedir. Bu hastalığın görülme sıklığı gelir düzeyi düşük olanlarda, gelir düzeyi yüksek olanlara oranla daha fazladır Sosyoekonomik düzeyi düşük olan kadınlarda serviks kanseri riskinin artmış olması sağlık kontrollerinin düzenli aralıklarla yapılamayabileceğine bağlanmaktadır. Sosyoekonomik durumun kötü olması kişilerin hijyen davranışlarını ve farkındalık düzeylerini değiştirmektedir (Richard ve ark. 2002).

#### **2.5.4. Viral Enfeksiyonlar**

Genellikle cinsel ilişki ile geçen viral onkogenik ajanlar arasında virüsler, son yıllarda büyük ilgi çekmiştir. Bunlar arasında servikal kanser açısından üzerinde durulanlar şunlardır.

##### **2.5.4.1. Herpes Simplex Tip 2 Virüsü**

1970 ve 1980 li yıllarda bu virüs servikal kanser açısından önemli etken olarak gösterilmiştir. Ancak daha sonraki yıllarda bu enfeksiyonun, hastalığın oluşumunda yardımcı bir faktör olduğu görüşü yaygınlık kazanmıştır (Richard ve ark. 2002).

##### **2.5.4.2. Klamidya Enfeksiyonu**

Kadın genital sisteminde sık olarak enfeksiyona neden olan, ancak genellikle bulgu vermeyen cinsel yolla bulaşan bir bakteridir. Bazı çalışmalar geçmişte ya da yakın zamanda bu enfeksiyonu geçiren kadınlarda servikal kanser riskinin arttığını göstermektedir (Richard ve ark. 2002).

##### **2.5.4.3. Human Papilloma Virüsü(HPV)**

Servikal kanserin oluşumu açısından bugün üzerinde en çok durulan etken human papiloma virüstür. Servikal kanser ile HPV arasında kuvvetli bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Ancak HPV tek başına kanser oluşumuna yol açmamakta, büyük olasılıkla başka etkenlerin eşliğinde kanser ortaya çıkmaktadır. Bu yardımcı etkenler tam olarak tanımlanmamış olmakla birlikte, sigara, immün durum, hücresel mutasyonlar ve hormonal durum hastalığın oluşumunda önemli yardımcı faktörlerdir (Pollack ve ark. 2007). Serviks kanserinde HPV pozitiflik oranları teknik imkanların artması, daha çok tipin tanımlanması ile artış göstermiştir. Bugün %99.7 oranlarına kadar HPV pozitifliği bildiren çalışmalar vardır ve geri kalan hastaların da bugün tanımlanmayan veya saptanamayan HPV tipleri ile enfekte olduğuna inanılmaktadır (Özmen 2004). En sıklıkla condyloma aküminata olarak karşımıza çıkan HPV, kanser oluşturmasına göre 3 gruba ayrılır.

##### **1-Düşük Onkogenik Riskli Grup**

HPV Tip 6,11,42,43,44 ü içerir. Kondilomlarda ve düşük dereceli CIN lezyonlarında bulunurlar. Kanser oluşturma riskleri son derece azdır.

##### **2-Orta Risk Onkogenik Grup**

En sık görülen HPV tipleri 33,35,51 ve 52'dir. Düşük ve yüksek dereceli CIN lezyonlarında, nadiren de invaziv karsinomlarda bulunurlar.

### 3-Yüksek Riskli Onkojenik Grup

En yüksek oranda kanser yapma riski taşıyor ve HPV tip 16,18,31,33,45,51 ve 52 den oluşur (Robbins ve ark. 2003, Trottier 2006).

HPV 16 ve 18, hastaların %70'inden sorumludur ve kanser riskini yaklaşık olarak 200 kat arttırmaktadırlar. Düşük riskli tiplerde daha çok CIN 1 ve 2 görülmekte olup CIN 3 oldukça nadirdir. LSIL gelişme riski zaman geçtikçe azalmakta ve bunların çoğunluğu 2 yıl içerisinde regrese olmaktadır. Kansere ilerleme oranının %0.15 olduğu düşünülmektedir. Sitomorfolojik olarak normal olup yüksek riskli HPV saptanan hastaların %15-30'unda takibeden 4 yıl içerisinde CIN 2 veya 3 gelişmektedir. ASC-US veya hafif displazisi olan hastalarda yüksek riskli HPV negatif ise CIN 2 veya 3 gelişme riski düşüktür (Robbins 2003, Cronje 2004, Güner ve Taşkiran 2007). Munoz ve ark. tüm Dünya verilerini bir araya getirmişler, 3000 kanser olgusunda 15 HPV tipini incelemişlerdir. Olguların %80'inde HPV tip 16, 18, 31, 45, veya 33 saptanmıştır. Birçok çalışmada adenokanserlerde HPV tip 18'in daha çok olduğu belirtilmektedir (Munoz 2004).

#### 2.5.5. Sigara

Sigara kullanımı invaziv servikal kanser oluşumunda ve human papilloma virüsü için yakınlık faktörü olarak gösterilmektedir. 1983 ve 1984 yılında yapılan araştırmalarda servikal kanser ile sigara kullananlar arasında diğer faktörlerden bağımsız olarak önemli bir ilişki olduğu ve sigara kullananlar arasında diğer faktörlerden bağımsız olarak önemli bir ilişki olduğu ve sigara kullanımının servikal kanser açısından risk faktörü sayılması gerektiği vurgulanmıştır (Türkdemir 2003). Lyon ve ark. serviks insitu kanser riskinin sigara içenlerde içmeyenlere göre 3.0 kat arttığını göstermiştir (Sankaranarayanan ve ark.2005).

#### 2.5.6. Beslenme

Kanser başlangıcının, karsinojen madde ile hedef dokunun genetik materyaliyle gelişen bir ilişkiye bağlı olduğu görülmüştür. Hücrenin yapısını bozan bu olay, hücrelerin hızla bölünerek çoğalmalarına ve tümör oluşturmalarına neden olur. Günümüzde bu etkileşimin içine genetik yapıya beslenmenin etkisi de girmiştir. Birçok nedeni olan kanserin beslenmeyle ilişkisinin çevre koşulları dikkate alınmadığı takdirde %35, alınması halinde de farklı kaynaklara göre %75'e varan oranlarda olduğu görüşü

bulunmaktadır (WHO 2006). Çevresel etkenler arasında başlıca hava, su, toprak kirliliği ile bu koşullarda yetişen, işlem gören, depolanan ve tüketime hazırlanan bitkisel ve hayvansal yiyeceklerin kullanılması sayılabilir. Vitamin eksiklikleri özellikle A ve C vitamin eksikliği serviks kanserinde rol oynadığı düşünülmektedir. Obez kişilerde de serviks kanseri riski artmaktadır. Ayrıca tütün, alkol kullanım alışkanlıkları da serviks kanseri oluşumunda etken olarak kabul edilmektedir (Lyon 2004, Özgül 2007).

#### **2.5.7. Eş Durumu**

Servikal kanserde yüksek risk oluşturan bazı durumlar erkekler ile ilgilidir. Kadınların eşlerinin prostat veya penis kanseri olması, venereal hastalık öyküsünün bulunması, sünnetsiz olması, birden fazla kişi ile cinsel ilişkide bulunmasının servikal kanserin görülme sıklığının arttığı düşünülmektedir. Eş, evlilik dışında 15 veya daha fazla partnere sahipse, kadının servikal kanser açısından riski 7.8 kat artmaktadır (Özmen 2004).

#### **2.5.8. Diğer Faktörler**

Kaynaklara göre invaziv ve preinvaziv kanser görülme yaşı değişiklik göstermektedir. Ancak ortak görüş invaziv servikal kanserin daha genç yaşlara kadar inmeye başlamış olmasıdır. Bazı kaynaklar invaziv servikal kanserin en fazla 20-50 yaşları arasında olduğunu ileri sürerken, 30-50 yaşları arasında olduğunu bildirilen kaynaklar vardır. Yaşın yanı sıra oral kontraseptif kullanma, kötü hijyen koşullarına sahip olma, ilk menarştan sonraki bir yıl içinde cinsel ilişki, önceden hiç tarama yapılmamış olmak, Son 5 yıl içinde pap sürüntüsü taramasında orta derecede displazi, siyah ırdan olma ve diğer genital enfeksiyonların bulunması da servikal kanser açısından risk faktörleri arasında yer almaktadır (Philip ve ark. 2007, Özmen 2004, ). Bütün kanserlerde olduğu gibi servikal kanserden korunmada da, kansere neden olduğu düşünülen faktörlerin bilinmesi, alınacak önlemler açısından önemlidir.

#### **2.6. Servikal Kanserden Korunma, Erken Tanı ve Tedavi**

Kanserden korunma ancak ona neden olan faktörlerin ortaya konması ve bunlardan uzak bir yaşam ile mümkündür (Güran 2005). Birincil korunma ve erken tanıya yönelik kararlı yöntemlerle kanser kontrolündeki küresel gidişat önemli düzeyde iyileştirilebilir. Kanıta dayalı bilgilerin kullanımı ile, her yıl dünyada görülen 11 milyon kanser vakasının en az üçte birinin önlenmesi mümkündür. Diğer üçte biri ise erken

tanınırsa başarı ile tedavi edilebilmektedir. Düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkelerde kanserlerin %80-90'ında tanı anında hastalık, yaygın ve tedavi edilemez düzeydedir. Tarama ve erken tanı ile kanser görülme sıklığı ve ölümleri azaltılabilmektedir; ancak bunun yapılabilmesi için etkin tedaviye kolay erişim mümkün olmalıdır (Uluslar arası Kanser Savaş Örgütü).

Serviks kanseri tüm dünyada 15-45 yaş arası kadınlarda meme kanserinin ardından en sık görülen ikinci kanser nedenidir. Dünyada her yıl yaklaşık 500,000 yeni serviks kanseri saptanırken, bu hastaların yaklaşık yarısı kaybedilmekte ve ölümlerin %80'i gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde 2.sırada yer alan bu kanser gelişmiş ülkelerde tarama programlarının başarıyla uygulanması nedeniyle 6-10. sıralara inmiştir. Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı verilerine göre 1996 yılında 623 vaka ile tüm kadın kanserleri arasında 7.sırada olan serviks kanseri 2002 yılında 708 vaka ile 10. sıraya gerilemiştir. 2003 yılı verilerinde ise vaka sayısı 763'e çıkarken tüm kadın kanserleri arasında da 9.sıraya yükselmiştir. Globocan 2002 yılı araştırmasına göre ise Türkiye'de serviks kanseri insidansı yüz binde 4.5 olup yılda 1364 yeni vaka olması ve buna bağlı 726 ölüm görülmesi beklenmektedir. Çalışma sonuçları serviks kanseri görülme sıklığının gelişmiş ve gelişmekte olan birçok dünya ülkesinden daha az olduğu yönündedir (Özgül 2007, Somer 2008).

Yapılan araştırmalar serviks kanserinin kontrolünde erken tanı ve taramanın önümüzdeki 20 yıl içinde de altın standart olmaya devam edeceğini göstermektedir (Hatipoğlu 2007).

### **2.6.1. Pap Smear Test**

Servikal kanserde tarama servikal bölgeden alınan yaymanın sitolojik incelemesine dayanır. Bu yöntemi ilk olarak 1941 yılında ortaya koyan Dr. Papanicolaou'nun adının kısaltması ile anılmaktadır. Pap smear testi ilk ortaya konulduğu yıllarda daha çok invaziv kanserleri belirleyebilirken, günümüzde preinvaziv sürecin ortaya çıkarılması için kullanılmaktadır. Pap smear testi son derece maliyet etkin bir yöntemdir. Pap smear test ucuz, kolay uygulanabilir, hastalar tarafından kabul edilebilir ve toplum tarama yöntemi olarak uygulanması ile servikal kanserden ölümler yaklaşık %90 oranında düşmektedir (Türkdemir 2003, Özmen 2004).

Serviks kanseri riskini azaltan birçok sağlık davranışı vardır, ancak hiçbir davranış rutin pap smear yaptırma kadar etkili değildir. Servikal tarama yapılacak kadın grubunun ve pap smear yaptırma aralığının belirlenmesinde, risk faktörlerinin göz

önünde tutulması önemlidir. Avrupa ülkelerinde pap smear testi yaş gruplarına göre belirli aralıklarla uygulanmaktadır. Örneğin bu ülkelerden; Belçika'da 25-64 yaş aralığında 3 yıl süre ile, İsveç'te 20-60 yaş aralığında 3 yıl süre ile, Hollanda'da 30-60 yaş aralığında 3-5 yıl süre ile Yunanistan'da 25-64 yaş aralığında 2-3 yıl süre ile uygulandığı bildirilmiştir (Akyüz ve ark. 2006). Servikal smear test sonucunun doğru olması, hataların azaltılması amacıyla smear alınmadan önce dikkat edilmesi gereken noktalar vardır. Smear alınmasından önce 24 saat süre ile cinsel ilişkide bulunulmaması, smear alınmasından önce en az 72 saat süre ile herhangi bir vajinal krem ya da ilaç kullanılmamalı, vajinal duş yapılmamalıdır. Test için en ideal zaman son adet kanamasından 10 gün sonrasıdır. Kanama varlığında adet kanaması gibi çok miktarda değilse smear alınabilir. Önemli olan noktalardan birisi de smear'i değerlendirecek olan patologun özellikle bu konuda deneyimli olmasıdır (Ozan 2005, Moreira ve ark. 2006, Hatipoğlu 2007).

Cinsel açıdan aktif olan bütün kadınlar servikal kanser için risk taşımaktadır. Servikal kanserin erken dönemde saptanması açısından bir sorun olsun ya da olmasın, 19 yaşını geçmiş ve cinsel yaşamları başlamış bütün kadınların düzenli pap smear testi yaptırmaları gerekir. Birçok kaynakta farklı olmakla birlikte Amerikan Kanser Birliği cinsel açıdan aktif olan kadınların erken tanı açısından yılda bir kez pap smear testi yaptırmaları gerektiğini belirtmektedir. Bir yıl ara ile yaptırılan iki testin sonucunun negatif olması durumunda menopoza kadar üç yılda bir, riskli olgularda ise her yıl testin yaptırılması servikal kanserin erken tanısı açısından yeterli olmaktadır. Menopozdan sonra da kadınların yine yıllık kontrollerini yaptırmaları gerekmektedir (Farland 2003, Özmen 2004, Moreira ve ark. 2006). Bu nedenle sağlık personeli tarafından, jinekolojik muayeneye gelen kadınlara pap smear testinin ne amaçla ve ne sıklıkta yaptırılması gerektiğinin ve öneminin anlatılması, bu konuda sağlık eğitimlerinin yaygınlaştırılması, medyada tarama programlarına daha sık yer verilmesi ve etkili bir tarama programı geliştirilmesi konusu üzerinde önemle durulmaktadır (Ball 2003, Türkdemir 2003, Akyüz ve ark. 2006).

### **2.6.2. Pap Smear Test Sınıflaması**

Pap smear okumada ortak terminoloji kullanılması, smeardeki yeterlilik kriterlerinin saptanması, hastanın klinik yönteminde smearın rehber olabilmesi amacıyla sınıflama yapılması önerilmiş ve 1988 yılından bu yana kullanılmaya başlanmıştır. Smear testinin sonuçları birkaç değişik ekol şeklinde sınıflanmaktadır. En sık Papanicolaou

sınıflaması kullanılır. Son yıllarda bu sınıflamaya göre çok daha detaylı olan Bethesda sınıflaması popülarite kazanmaktadır. 1991 yılında Bethesda sınıflaması yeniden modifiye edilmiştir. Giderek yaygınlık kazanan bu sınıflamaya göre smear bir tanı aracı değil sadece tıbbi bir konsültasyondur (Philip ve ark. 2007).

Tablo 1: Pap Smearın Sitolojik Sınıflandırması

PAP sınıflaması	Tanım	Bethesda Karşılığı
Klas 1	Normal	Normal sınırlar içinde
Klas 2	Reaktif değişiklikler  CIN 1	İyi huylu hücresel değişiklikler İnflamasyon Atrofi Radyasyon ASCUS Low grade SIL (LSIL)
Klas 3	CIN2 CIN3	High Grade SIL (HSIL)
Klas 4	Carcinoma in-situ	High Grade SIL (HSIL)
Klas 5	İnvazif karsinom (kanser)	Mikro invazif kanser(az) İnvazif kanser (tutulmuş 3 mm'den daha fazla)

### 2.6.3.-Servikal Kanserde Tedavi Yöntemleri

Tedavinin başarısı teşhis anındaki yayılma oranına bağlıdır. Serviks ile sınırlı kalan erken serviks kanseri % 85'den daha fazla bir başarı oranı ile çok iyi bir görünüm verir (Kolutek 2004). Kanseri vajinaya, çevredeki dokulara ve pelvik alana veya başka bir bölgeye yayılmış ise görünüm daha olumsuzdur. Bu hastalığın üç tedavi metodu vardır:

a.Radyum ve X ışınları kullanılmasıyla.

b.Cerrahî müdahale ile serviksin, uterusun, tubaların, overlerin ve bu alanda bulunan bütün lenf kanallarının alınmasıyla

c. Radyum, X ışınları ve cerrahî müdahale birleşimleriyle.

Eğer kanser dokusu servikte milimetrik ölçüler içerisinde sınırlı ise buna "in situ serviks kanseri" denmektedir. Bu durumda eğer kadının çocuk istemi varsa, lokal olarak serviks "konizasyon" denilen bir işlemle koni şeklinde çıkartılır. Kadının çocuk istemi yoksa uterus tamamen alınabilir (Richard ve ark. 2002, Taşkın 2005, Philip ve ark. 2007).

Kanser yayılımı çevre dokuları da içerisine almışsa bu durumda çevre dokuları da içerisine alacak bir şekilde geniş bir cerrahi işlem uygulanır. Bu işlemde uterus ve alt karın bölgesindeki lenf nodları çıkartılır. Radyoterapi hastanın genel sağlık durumuna, kanserin türüne ve şiddetine göre intrakaviter (Brakiterapi) ya da eksternal olarak uygulanmaktadır (Reis 2003). Radyasyon tedavisi ilerlemiş serviks kanserinde oldukça etkili bir işlemdir. Işın tedavisi cerrahi işlem uygulanmış hastalarda yardımcı tedavi veya cerrahi uygulanamayacak kadar yayılmış hastalarda esas tedavi olarak kullanılmaktadır. Radyoterapi çoğunlukla radyoaktif sezyum ya da radyum içeren sıkıca kapalı kutuların vajinaya ve rahim boşluğuna yerleştirilmesi yoluyla uygulanır (Tarlan ve Gül 2000). Serviks kanserinde kemoterapi çok sık olmasa da bazı durumlarda kullanılabilir. Ameliyat, radyoterapi ve kemoterapi uygulamalarının her biri, bazen de hepsi birlikte yerleşik servikal kanseri tedavi etmede kullanılır (Richard ve ark. 2002, Özmen 2004).

## **2.7. Sağlık, Kültür, Davranış ve Tutum Kavramları**

### **2.7.1. Sağlık**

Günümüz sağlık anlayışı; birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren sağlık merkezli bakım yaklaşımını öngörmektedir. Bu anlayış; bireyin iyilik halini koruyacak, sürdüreceği ve geliştirecek davranışlar kazanması ve kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar almasını sağlamak üzerine dayandırılmıştır (Lippincott 2006). Hemşire, birey aile ve toplumun sağlığını koruma, geliştirme ve hastalık durumunda iyileştirme sorumluluğu olan profesyonel olduğundan sağlığın tanımlanması ve irdelenmesi hemşirelik açısından önemlidir. Diğer bir deyişle hemşireliğin amacı; sağlıklı/hasta bireyin gereksinimlerinin karşılanması için ona gereksindiği yardımı sağlama eylemidir (Bırol 2004, Ayaz ve ark. 2005). Sağlık, 19. yüzyılın ortalarında



hemşireliğin temel amacı olarak ortaya çıkmış ve hemşirelik bilgisinin özü olarak görülmüştür. Hemşireler, bireyi hastalığa yatkınlaştıran gerçek ve olası risk faktörlerini tanımlayıp, insanı her boyutuyla bir bütün olarak değerlendirirler ve aile ve toplumla olan etkileşimlerini gözlemlerler. Ayrıca sağlık aktivitelerini kullanan ve sağlığı koruma, hastalığı önleme stratejilerini içeren hemşirelik girişimleri, sağlığı optimum düzeye getirmek ve sürdürmek için hastaya yardım eder (Potter, Perry 1999).

Sağlık, evrensel bir kavram olmasına karşın, herkesin kabul ettiği bir tanımlı yoktur. Geçmiş yıllarda hastalık ve sakatlığın olmayışı olarak tanımlanırken WHO tarafından yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle sağlık kavramının fiziksel, sosyal, duygusal ve kültürel yönleri ele alınarak çok farklı tanımları yapılmaktadır. WHO'nun sağlık tanımının yeterliliği tartışılmakta, ütopyik bulunmaktadır. İyilik hali sağlık ve hastalık kavramlarının algısal boyutu vardır ve objektif olarak ölçülmesi güçtür. (Öz 2004, Potter, Perry 1999). Ancak bu tanım çok boyutlu olarak sağlığın ilk modern tanımı olması ve holistik kavramını destekleyen özelliklere sahip olması açısından önemli ve 1946 yılından beri WHO tarafından kabul edilen bir tanımdır. İnsan yaşamının psikolojik, sosyal, kültürel ve fiziksel unsurları arasındaki karşılıklı etkileşimi yansıtır (Chitty 2001, Potter, Perry 1999). Günümüzde sağlık ve hastalık olguları tartışılırken, bedeni, zihni ve sosyal yapıları birbirinden ayrı değerlendirmek mümkün değildir. Bu yüzden konu biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler açısından değerlendirilmelidir. Bu bakış açısı, geleneksel anlayışı da kapsayan, ama bununla yetinmeyen biyopsikososyal sağlık ve hastalık anlayışıdır. Sağlığı tehdit eden hastalıklardan uzak durma veya sağlığı sürdürme ve geliştirme konusundaki çalışmalar da, ağırlıklı olarak bilimsel alanlardaki bu yeni çalışmalarla sürdürülmektedir (Özmen 2004).

Sağlık kavramını subjektif ve objektif olarak ikiye ayırıp incelemek iyilik halinin tam anlamıyla anlaşılmasını sağlayacaktır. Subjektif olarak sağlık, kişinin kendisinin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden durumunu algılaması olarak belirtilmiştir. Bu bakış açısına göre, kişi hasta olmadığı halde kendisini hasta ya da hasta oluşu halde sağlıklı olarak algılayabilir. Bu nedenle kişinin subjektif sağlık anlayışı bilinmelidir. Objektif olarak sağlık, doktor muayenesi ve tanı testleri sonuçlarına göre belirlenen hastalığın olup olmadığının değerlendirilmesidir. Bu durumda bir kişiye sağlıklı diyebilmek için

bireyin kendini subjektif olarak sağlıklı algılaması ve hem de objektif olarak gerçekten sağlıklı olması gereklidir (İnanç ve ark. 1999, Öz 2007).

Dunn, sağlığı hastalığın bir karşıtı ve homeostazisle ilgili bir durum olarak tanımlar. Yüksek düzey iyiliği, bir ucunda yüksek düzey iyilik ve diğerinde ölüm ile olan bir süreklilik olarak sağlığı tanımlamıştır. Sağlık skalası, çevre eksenine sağlık eksenin kesiştiği yer olarak tanımlar. Bu skala refahtan hastalığa olan sürekliliği açıklamaya çalışmıştır. Dunn, bu skalayı bir sağlık ızgarası olarak düşünür; 1) uygunsuz çevre koşullarında kötü sağlık durumu 2) uygun çevre koşullarında kötü sağlık durumu 3) Uygun olmayan çevre koşullarında yüksek düzeyli iyilik hali 4) uygun çevre koşullarında yüksek düzeyli iyilik halidir (Leddy, Pepper 1993, Chitty 1997, Velioğlu 1999). Ayrıca Dunn, tam sağlık ve iyilik hali arasında bir farklılık olduğunu ifade etmiştir. Tam sağlık hali bireyin çevresine adaptasyonunun pasif bir durumudur. İyilik hali ise bireyin potansiyelini tam olarak kullanmasına yönelik dinamik bir gelişimi gösterir. Dunn'un iyilik hali ile ilgili açık-kapalı kavramı bulunmaktadır. Bu kavrama göre "iyilik hali" kişinin doğası ve çevresi değiştikçe sürekli değişen bir durumdur (Velioğlu 1999).

### **2.7.2. Sağlık ve Kültür**

Sağlık olgusundaki değişkenler gözden geçirildiğinde; değişkenlerden biri kültür, diğeri psikolojidir. Bu alanlarla etkileşim içerisinde olan özellikler bilişsel, duygusal, davranışsal ve sosyal değişkenlerdir. Bilişsel olarak kültürde yer alan kavramlar ve tanımlar, psikolojik alana inanç ve bilgi olarak yansır (Özmen 2004).

Kültür, toplumun bir üyesi olarak kişi tarafından kazanılmış bilgi, inanç, sanat, yasa, ahlak, gelenek ve öbür yetenek ve alışkanlıklar bütünüdür. Kültür bir öğrenmedir. Bu öğrenme sosyal çevre içinde gerçekleşir. Kültür içinde yaşanan çevrenin etkilerini ve özelliklerini taşır. Kültür, geleneklerin, inançların, değerlerin ve uygulamaların kuşaktan kuşağa aktarılmasını sağlar. Bireyin sağlık ve hastalığı algılayışı, tepkileri, uygulamaları kültürün etkisi altındadır. Dil, din, aile yapısı, gelenek ve görenekler, alışkanlıklar, sağlık ve hastalık ile ilgili uygulamalar sağlığı etkileyen kültürel çevreyi oluşturur (Akça 2007). Sağlıkta kültür denildiğinde, kişisel hijyen, beslenme, bağışıklama, erken tıbbi destek alma aile planlaması, çocuk büyüme ve gelişimi, atıkların çöplerin imhası gibi ana başlıklar girer (Kitapçioğlu 2006). Duygusal olarak ise kültürün norm ve değerleri, kişide tutumlar olarak ortaya çıkacak, böylece değerler, tutumlar ve roller öğrenilerek kabul edilecektir. Örneğin, sağlığı koruyucu ve geliştirici

davranışlardan aşılama, beslenme, sigara ve alkol tüketimi, tarama programlarına katılma gibi çeşitli tutum ve davranışlar, bu değişkenlerin kültür alanında şekillenip psikoloji alanını etkilemesi ile ortaya çıkar. Sonuçta kültürel alanda yer alan kavram, değer ve adetler psikoloji alanına inanç, tutum ve davranış olarak yansıtacak bu durumda doğrudan doğruya sağlıkla ilgili davranışları etkileyecektir (Akça 2007, Özmen 2004).

Sağlığı tehdit eden ve tedaviyi belirleyen ögeler toplumun kültür yapısından bağımsız ele alınamaz, koruyucu önlemler planlanamaz, tanı ve tedavide başarılı olunamaz. Sağlık bireylere toplum içinde aktif rol oynama, kültürel, sosyal ve ekonomik yönden gelişmiş bir toplum olma gücü verir (Özmen 2004).

### **2.7.3. Sağlık, Kültür ve Davranış**

Sağlığın daha iyiye götürülmesi ya da başka bir deyişle sağlığın geliştirilmesi herhangi bir hastalık ya da bozukluğu önlemeye yönelik olmayıp bireyin genel sağlık ve iyilik durumunu daha da iyileştirmeyi amaçlar (Pasinlioğlu, Gözüm 1998). Sağlığı geliştirme insanların sağlıkları üzerinde kontrol gücüne sahip olma ve sağlık düzeyini geliştirme sürecidir. Bu süreci başarıyla uygulayan insan sağlıklıdır. Çünkü sağlık insanların öğrendikleri, yaşadıkları, eğlendikleri ve sevdikleri yerde, günlük yaşam ortamlarında kendileri tarafından yaratılır ve yaşatılır. Bu nedenle fiziksel, ruhsal ve sosyal anlamda iyi olma durumunu sağlayabilmek için birey veya grup isteklerinin farkında olmalı, çevreyi değiştirebilmeli ve çevreyle uyum sağlayabilmelidir (Fosse 2007, Kaya ve ark. 2008). Kişilerin sağlıklarını koruma yönündeki davranışları ve sağlık sorunları yaşadığında yaptıkları sağlık davranışı terimi ile ifade edilmektedir (Araz ve ark. 2007).

Sağlık davranışı sağlıklı yaşam biçiminin geliştirilmesi ve hastalıklardan korunmanın temelidir. Sağlığı geliştirmek için olumlu sağlık davranışının kazandırılması ve sürdürülmesi gerekir. Bu nedenle bireyler, daha iyi sağlık düzeyine ulaşma çabası içinde olmalıdırlar (Vural 1998). Davranış değişikliği üzerine odaklanan sağlığı geliştirme kavramında sağlık düzeyini en üst seviyeye çıkarmak için bilgi, beceri, tutum ve olumlu davranışın kazanılması gereklidir. Bu durum ancak sağlıklı yaşam davranışları ile alışkanlık haline gelebilir. Bu davranışlar kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek ve stresle baş etmedir (Johnson 2005). Bireylerin sağlık davranışı sağlığı tehdit eden etmenlere ve koruyucu önlemlere gösterecekleri tepkiler yönünden değişiklikler gösterir. Bu değişikliklerin bir bölümü bireysel

farklılıkların incelenmesiyle açıklanabilir (Tabak, Akköse 2006). Yapılan araştırmalar sağlığı geliştirici davranışların henüz istendik düzeyde olmadığını ancak geliştirilebileceğini göstermiştir (Kitapçioğlu 2006, Tabak, Akköse 2006, Akça 2007). Tortumluoğlu'nun menopoz dönemdeki kadınlarla yaptığı çalışmada planlı eğitimin egzersiz, beslenme ve stresle baş etme puan ortalamalarını yükselttiği belirlenmiştir. Ayrıca Ayaz'ın üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları birinci ve ikinci sınıflarda daha düşük, sağlığı koruma ve geliştirme dersini alan üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerinde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Ayaz 2005).

Sağlık-Hastalık Sistemi'nin kültürle doğrudan bağı, geleneksel kültür özelliklerini önemli ölçüde sürdürmekte olan toplumlarda, geleneksel düşünce yapısından kaynaklanan, halkın tutum ve davranışlarının sağlık ve hastalık üzerindeki etkilerini de ortaya koyar. Bu tür geleneksel tutum ve davranışlarla ilişkili olarak yürütülen çalışmalarla, bu araştırmalarda elde edilen veriler, modern sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde karşılaşılan sorunların çözümüne yardımcı olmaktadır (Özmen 2004, Kitapçioğlu 2006, Akça 2007).

#### **2.7.4. Sağlık, Kültür, Davranış ve Tutum**

Psikolojik bir objeye yönelen olumlu veya olumsuz bir yoğunluk sıralaması ve derecelemesidir (Thurstone 1931). Bireyin sahip olduğu değerler dizgesine bağlı olarak bir simgeyi, bir nesneyi, bir kişiyi veya dünyayı iyi ya da kötü, yararlı ya da zararlı yönleriyle algıladığı bir ön düşünce biçimidir (Katz 1967). Tutumlar bilişsel bir sistem oluşturarak birey/çevre ilişkilerini tutarlı ve düzenli hale getirir. Bu nedenle tutum konusu toplumsallaşma süreci ve bireyin toplumsal davranışını açıklamada önemli bir yere sahiptir. Bir bireye atfedilen ve onun bir psikolojik obje ile ilgili düşünce, duygu ve davranışlarını düzenli bir biçimde oluşturan bir eğilimdir (Smith 1968, Özmen 2004). Tutumlar doğuştan gelmez, sonradan yaşanarak kazanılır. Birey toplumsallaşırken kültürel olarak kazanır. Diğer bir anlatımla, tutumlar yaşantılar yoluyla öğrenilmiştir. Tutumlar geçici değillerdir, belli bir süre devamlılık gösterirler. Yani bireyler yaşamlarının belli dönemlerinde aynı düşünceye sahip olurlar (Tabak 2006). Tutumlar, birey ve obje arasındaki ilişkide bir düzenlilik olmasını sağlarlar. Öğrenme süreci içinde derece derece biçimlendiğinden, insanın çevresini anlamasına da yardımcı olurlar. İnsan-obje ilişkisinde tutumların belirlediği bir yanlılık ortaya çıkar. Birey bir objeye ilksin bir

tutum oluşturduktan sonra ona yansız bakamaz. Kişisel tutumlar gibi toplumsal tutumlar da vardır. Toplumsal tutumlar, toplumsal değer, grup ve objelere yönelik tutumlardır. Tutum bir tepki sekli değil, daha çok bir tepki gösterme eğilimidir. Tutumlar olumlu ya da olumsuz davranışlara yol açabilir. Bireyin bir konu ile ilgili bildikleri o konuya olumlu bakmasını gerektiriyorsa (bilişsel ge), birey o konuya ilişkin olumludur (duygusal ge). Bunu sözleri ya da davranışları (davranışsal ge) ile gösterir (Aydoğuş 2007).

Tutum bireyi davranışa hazırlayıcı karmaşık bir eğilimdir. Tutumlar, kendileri gözlenemeyen, fakat gözlenebilen bazı davranışlara yol açtığı varsayılan eğilimlerdir. Bir kimse, nesne ya da durumla ilgili oldukça organize ve sürekli olan inanç ve duygulardan oluşan tutumlar, oldukça uzun süreli olup bilişsel, duygusal ve davranışsal birimleri içerirler, davranışları etkiler ve zamanla değişirler. Tutum konusuna önem verilmesinin nedeni, kişinin çevresine uyumunu kolaylaştıran bir sistem oluşturmalarının yanı sıra, davranışlarını da yönlendirici bir güce sahip olmalarından kaynaklanır. Tutumların davranışların gerisindeki yönlendirici gler olduğu bilindiğinden, tutum dinamiğinin incelenmesi ile bir yandan, tutumların işleyiş biçimi öngörülebilecek ve davranışların n kestirimleri yapılabilir; diğer yandan tutum değişimi sürecinin koşulları saptanacak ve insan davranışları, tutumları kontrol edilerek denetim altına alınabilecektir (Tabak 1999, Freedman 2003). Tutum araştırmaları, kişilerin herhangi bir tutum konusuna gösterecekleri tepkinin öngörülebilmesine taktik ve stratejilerin ona göre saptanmasına yardımcı olabilir. Tutum değişikliği ve onun sonu olarak istenilen tepkinin de sağlanması mümkün olabilir (Tabak 2007). Davranışlar bir yandan, insanın bireysel olarak gereksinim ve güdülerinin, öğrenme sürecinin, kişiliğinin, algılamalarının tutum ve inançlarının etkisiyle, öte yandan, kişinin yesi olarak bulunduğu toplumda kültür, sosyal sınıf, referans grubu ve aile gibi sosyokültürel faktörlerin etkileri ile ortaya çıkar. Sağlık davranışlarına hazırlayıcı tutumların geliştirilmesi doğrultusunda aşağıdaki noktalar önemlidir;

Yalnızca doğru sağlık bilgilerini iletmek bireyleri doğru sağlık davranışına yöneltmez. Bilginin hedef kişilere en üst düzeyde kazandırılması onların bilişsel örüntülerinin düzeyiyle doğru orantılıdır. Günümüzün karmaşık yapıdaki modern toplumunda bilişsel yönlendirmelere hazırlık ve yeterlik açısından iletişimin başarısı bireylerin biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel, fiziksel ve ekonomik özellikleriyle doğrudan bağlantılıdır (Bilgin 1998, Batmaz 2002). Diğer yandan, sağlık ve hastalık

riskleri söz konusu olmadığı zaman bilgi kazanmanın tutum değiştirme üzerinde yeterince etkili olmadığı görülmektedir. Riskle ilgili beş durumda bilgiye dayalı tutum değiştirme hızlanmaktadır. Bunlar riskin sezilmesi, riske karşı duyarlılığın algılanması, riskin gerçekten yakında olması, riskle doğrudan ilişkili olma, riske müdahale edebilmedir (Bilgin 1998, Taylor, Peplau, Sears 2007).

Davranışa eğilim ile açık davranış birbirinden ayrılmalıdır. Tutum değişikliğinin sağlık davranışına dönüşmesinde sosyal, çevresel ve benzeri ilişkilerin rolü büyüktür. Bunun anlamı, sağlık davranışının oluşmasının yalnızca tutum değişikliğinin ürünü olmadığıdır. Toplumsal normlar tutum değişikliğini güçlendirir ya da engeller. Bilgi kazanma bireysel olmakla birlikte tutum değişikliği ve davranış, bireylerin içinde buldukları grupları da ilgilendirir. Bu nedenle, bireylerde gerçekleşen sağlıkla ilgili tutum değişikliğinin izole olmaması ve süreklilik kazanması için çevrenin katkısı sağlanmalıdır (Özmen 2004). Tutum, belli bir davranışın olabileceğinin göstergesidir, mutlaka olacağı anlamına gelmez. Bu durumda tutumları aracı unsurlar olarak değerlendirmek gerekir. Tutumlar davranış için gerekli ve yeterli olmazlar, ancak aracı unsurlar olabilirler. Davranış; alışkanlıklar, normlar, tutumlar ve bunların pekiştirme etkenlerinin bir işlevidir. Bu etkenlerin hepsi tutarlı ise, tutum ile davranış arasında tutarlılık vardır. Aksi halde tutarlılık ortadan kalkar. Sonuç olarak, tutumların davranışları etkilemesinin kolay olmadığı normlar, alışkanlıklar ve öğrenme süreçleri ile çevresel ortam etkenlerinin de rolü olduğudur (İnceoğlu 1993, Freedman 2003, Özmen 2004).

## **2.8. Servikal Kanserden Korunma ve Erken Tanıda Kadın Sağlık Çalışanlarının Önemi**

Nüfusun çoğunluğunu oluşturan kadınların sağlıklarına yönelik zararlı davranışlarının azaltılması ya da ortadan kaldırılması ve sağlıkları konusunda duyarlı kılınması gereklidir. Kadın üreme sistemi hastalıklarından özellikle bu sisteme ait kanserlerden olan serviks kanserinden korunma ve bunların olabildiğince erken dönemde belirlenmesinin kadın sağlığının dolayısı ile aile ve toplum sağlığının yükseltilmesindeki önemi yadsınamaz (Lippincott 2006). Serviks kanseri, olumlu tutum, davranış ve düzenli taramalarla önlenilebilir ve erken saptandığında tedavi edilebilir bir kanser türü olduğundan serviks kanserini önlemede korunma, erken tanı ve tedavi oldukça önemlidir. Kadın sağlığını olumsuz etkileyen serviks kanserinin risk faktörlerinin, HPV'nin

bilinmesi ve erken tanıda pap smear testinin öneminin kavranmasında öncelikle sağlık çalışanlarının iyi bir rol modeli olması gereklidir (Kıray 1998, Karayurt ve ark. 2008).

Sağlık hizmetlerinin ve bu hizmeti veren personelin öncelikli olarak amacı insanları hastalıklardan korumaktır. Korumada yetersiz kalındığında hastalık ortaya çıkacaktır. Bu durumda hastalanan kişinin iyileştirilmeye çalışılması, yani tedavi süreci de yine sağlık hizmeti verenlerin görevi olmaktadır. Etkili bir koruma programı yapabilmek için hastalıkların oluş mekanizmalarının aydınlatılması, hastalığın ortaya çıkmasında rolü olan etkenlerin iyi bilinmesi gereklidir (Kalyoncu ve ark.2003,). Sağlık personeli tarafından gerekli danışmanlık verildiğinde ise bireyler bunu ciddiye alarak sağlık kuruluşuna başvurmakta ve hastalıkların taranmasında pasif rolden aktif role geçmiş olmaktadır. Kanserde erken tanı konulduğu zaman hastanın kesin tedavi şansı artmakta ve yaşam süresi uzamaktadır (Biol ve ark. 1999, Doğan 2008).

‘2000 Yılında Herkes İçin Sağlık’ sloganıyla; WHO’ na üye devletler, özel kuruluşlarını, sağlık ekibini ve toplumu bu konuda çaba göstermeye davet etmektedir. Kahire’de yapılan, ‘1994 Uluslar Arası Nüfus ve Kalkınma Konferansında tüm ülkeler tarafından, kadın sağlığı hizmetleri temel sağlık hizmetleri kapsamında geliştirilmelidir’ denmiştir. Temel Sağlık Hizmetleri’nin temelinde de herkesin kendi sağlığının değerini bilmesi ve kendi sağlığının sorumluluğunu yani öz bakım sorumluluğunu alması ön plana çıkmaktadır (Temel Sağlık Hizmetleri 2007). Kadın sağlık çalışanı da öncelikle kendileri konunun bilincine vararak kendi yaşantılarında olumlu davranış değişikliği gerçekleştirmelidirler. Olumlu sağlık davranışları da bu şekilde topluma rol modeli olarak öğretilir ya da bu davranışlar toplumda pekiştirilebilir. Yapılan çalışmalarla kendi öz bakım sorumluluğunu geliştirmemiş sağlık çalışanlarında konunun önemini topluma aktarma da ve motive etmede yeterince başarılı olamayacağı görülmüştür. (Nahciva, Seçginli 2003, Demircier ve ark. 2007, Dönmez 2007). Kadın sağlık çalışanları, serviks kanseri risk faktörleri ve pap smear hakkında öncelikle bilgi sahibi olarak kendi sağlıklarını koruyabilirler. Daha sonra örnek sağlık davranışlarını sergileyerek, topluma iyi bir rol modeli olabilirler. Bu nedenle sağlık çalışanlarının bireylere duyarlı ve yargılayıcı olmadan yaklaşmaları, her fırsatta kişileri eğitmeleri, tüm sorularını yanıtlamaları, olabilecek her türlü kolaylığı sağlayarak daima olumlu bir davranış içinde olmaları önemli bir faktördür (Doğan 2008).

Kanserden korunma ve erken tanı, toplumun eğitim düzeyi ile de doğrudan ilişkilidir. Sağlık personeli özellikle ihtiyacı olan kesime sağlık eğitimi vermeli, tüm kadınları belirli aralıklarla tarama için başvurmaya teşvik etmeli ve sağlık hizmetlerinden yararlanma yollarını öğretmelidirler. Bunun için de içinde bulunduğu ülkenin bu alandaki politikalarını ve ilgili kurumların işleyiş sistemlerini iyi bilmeleri ve kişileri bu doğrultuda yönlendirebilmeleri gerekmektedir (Kaya ve ark. 2008).

Kadın sağlık çalışanları sağlığın korunması, geliştirilmesi ve danışmanlık hizmetleri gibi görevleri nedeniyle de üreme çağı sağlık problemlerinin önlenmesi ve erken dönemde ortaya çıkarılmasında gereksinim duyulan etkin sağlık personelidir. Başta hemşireler olmak üzere tüm kadın sağlık çalışanları, hastalarla sürekli iletişim içerisinde oldukları için önemli pozisyonda olmakla birlikte kadınların mahremiyet kaybı nedeniyle alacakları sağlık yardımı ve eğitimini öncelikle kadın sağlık çalışanlarından almak istemeleri de verilmesi gereken eğitimi daha değerli kılmaktadır. Bu nedenle serviks kanserine ilişkin eğitimde kadın sağlık personelinin etkin görev alması gerekmektedir (Mete 1998). Başta hemşire olmak üzere kadın sağlık çalışanlarının, öncelikle kadın olması toplumun serviks kanseri ve erken tanısına ilişkin bilgi eksikliklerini daha yakından takip edebilmesini, bu konudaki eğitimlik planlamalarını daha iyi ihtiyaç karşılayacak şekilde gerçekleştirebilmesini olanaklı kılacaktır. Kadın sağlık çalışanları bir yandan tanılama işlemlerindeki sorumluluklarını yerine getirirken diğer yandan da bu uygulamalar sırasında bireye destek olmak ve rehberlik etmek durumundadırlar. Bu nedenle kadın sağlık çalışanlarının kanserin tarama, korunma ve erken tanısındaki kişisel bilgi ve tutumları, toplum sağlık düzeyinin yükseltilebilmesi için çok önemli bir unsurdur (Özmen 2004, Doğan 2008).

Erken tanı belirtilerinin kadın sağlık çalışanları tarafından bilinmesi ve risk altındaki bireylere öğretilmesi, yaşam süresini ve kalitesini artırmada çok önemlidir. Temel sağlık hizmetleri yaklaşımında hastalıkların tedavisinden çok sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi çabası önem kazanmış, bireyin kendi sağlığına ait değişen ve gelişen rolleri, sağlığın geliştirilmesi ve öz-bakım kavramı, üzerinde önemle durulan bir konuma gelmiştir (Özmen 2004). Özellikle primer sağlık hizmetleri sunan kurumlarda, sağlık çalışanları ekip üyeleriyle iletişimde olmalı, sağlık eğitimi görevini üstlenmelidir. Sağlık eğitimi çalışmalarını sürdürmenin yanı sıra sağlıklı davranışlar



kazandırma ve önceden edinilen yanlış bilgi ve davranışları düzeltmede bireylere ve topluma rehber olabilmelidir.

### 3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

#### 3.1. Araştırmanın şekli

Araştırma, kadın sağlık çalışanlarının (Hemşire, Hekim, Ebe) servikal kansere ilişkin bilgi ve tutumlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Sivas ilinde Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Sivas Devlet Hastanesi, Sivas Numune Hastanesi, Sivas Asker Hastanesi ve Sivas genelindeki sağlık ocaklarında (toplam 21 Sağlık Ocağı) yapılmıştır. Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi 832, Sivas Devlet Hastanesi 400, Numune Hastanesi 522, Sivas Asker Hastanesi 100 yatak kapasitesine sahiptir.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırmanın evrenini tabloda belirtildiği gibi Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Sivas Devlet Hastanesi, Sivas Numune Hastanesi, Sivas Asker Hastanesi ve Sivas genelindeki tüm sağlık ocaklarında doktor, hemşire ve ebe olarak çalışan kadın sağlık çalışanları oluşturmuştur.

SAĞLIK OCAĞI	KADIN HEKİM	HEMŞİRE	EBE	BİRİM TOPLAMI
Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi	128	314	12	454
Sivas Devlet Hastanesi	20	126	17	163
Sivas Numune Hastanesi	48	180	18	246
Sivas Asker Hastanesi	0	20	0	20
Sağlık Ocağı	48	193	156	397
Toplam	244	833	203	1280

Verilerin toplanması sırasında ön uygulamaya alınan 20 kadın sağlık çalışanı örnekleme alınmamıştır. 90 kişiye ise araştırmaya katılmak istememe, senelik izin, ücretsiz izin ve doğum izinleri nedeniyle ulaşılamamıştır. Örnekleme 833 hemşire, 244 doktor ve 203 ebe olmak üzere toplam 1170 kadın sağlık çalışanı oluşturmuştur.

### **3.4. Verilerin Toplanması**

#### **3.4.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması**

##### **Form I Kişisel Bilgi Formu**

Bu formda, kadın sağlık çalışanlarının kişisel tanıtıcı bilgilerine servikal kanser risk faktörlerine ve pap smear testini yaptırma durumlarına yönelik olarak; yaş, eğitim durumu, meslek, medeni durum, jinekolojik muayene yaptırma durumu, pap smear test yaptırma durumu ve genel ya da kişisel bilgilendirme yapma durumu gibi toplam 29 soru yer almaktadır.

##### **Form II Serviks Kanseri Risk Faktörleri, Pap Smear ve HPV Bilgi Formu**

Bu formda, kadın sağlık çalışanlarının servikal kanser risk faktörleri, pap smear ve HPV'ye yönelik bilgilerini ölçmek amacıyla hazırlanmış 34 madde yer almıştır. Bu maddelerin 21'ü serviks kanseri ve risk faktörleri, 6'sı pap smear, 7'si HPV ile ilişkilidir. Kadın sağlık çalışanlarının servikal kanser risk faktörleri, pap smear ve HPV ye yönelik bilgilerini ölçmek amacıyla hazırlanmış 34 maddeden oluşan soru formundaki bilgi soruları, her bir doğru yanıt için 1 puan, yanlış yanıt için 0 puan verilerek değerlendirilmiştir. Bilgi sorularından alınan en yüksek puan 34'tür.

Form I ve Form II Melek Doğan (2008) tarafından hazırlanmış olup, uzman görüşleri doğrultusunda değişiklikler yapılarak kullanılmıştır.

##### **Form III Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği**

Özmen (2004) tarafından 'Sağlık İnanç Modeli' yaklaşımı ile oluşturulmuş, yeterli güvenilirlik ve geçerlik göstergelerine sahip bir ölçme aracı olduğu saptanmıştır. Ölçek kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutumlarını incelemeye yönelik farkındalıkları konusundaki tutumlarını ifade eden 30 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin tümünün toplam puan ortalaması ve standart hatası  $104,97 \pm 0,061$ , standart sapması 10,694 olarak saptanmıştır. Ölçeğin zamana göre değişmezliğinde yapılan iki ölçüm

araştırmaların çok sık yapıldığını ifade ederek sıklıklarının, zamanlarının olmadığını, kendilerine geri bildirim verilmediğini veya herhangi bir neden gösterilmeksizin formları doldurmayı reddetmeleri gibi glklilerle karşılaşılmıştır.

#### **3.4.4. Verilerin Değerlendirilmesi**

Veriler bilgisayar ortamında frekans dağılımı, ki-kare önemlilik testi, varyans analizi, Kruskal Wallis varyans analizi, korelasyon analizi, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Veriler tablolarda aritmetik ortalama, + /- standart sapma ve birey sayısı, yüzdesi şeklinde belirtilmiş olup yanılma düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

#### **4. BULGULAR**

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan KSC'nın sosyodemografik özellikleri, jinekolojik muayene/pap smear test yaptırmaya yönelik veriler, serviks kanseri risk faktörleri, pap smear testi, HPV'ye ilişkin bilgi düzeylerine yönelik veriler ve serviks kanserinin erken tanısına ilişkin tutum ölçeğine yönelik veriler yer almaktadır.

Tablo 1. KSÇ' nın Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=1170)

Demografik Özellikler	Sayı	%
<b>Yaş</b>		
19-24 yaş	196	16.8
25-29 yaş	392	33.5
30-34 yaş	301	25.7
35-39 yaş	119	10.2
40-44 yaş	142	12.1
45 ve üstü	20	1.7
<b>Çalıştığı Bölüm</b>		
Dahili Birimler	380	32.5
Cerrahi Birimler	433	37.0
Ayaktan Tanı ve Tedavi	187	16.0
Acil	51	4.4
Sağlık ocağı	119	10.1
<b>Eğitim Durumu</b>		
Lise	195	16.7
Önlisans	440	37.6
Lisans	411	35.1
Yüksek Lisans ve Üzeri	124	10.6
<b>Meslek</b>		
Hemşire	839	71.7
Ebe	128	10.9
Doktor	203	17.4
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	800	68.4
Bekar	324	27.7
Boşanmış	25	2.1
Ayrı yaşıyor	21	1.8
<b>Toplam</b>	<b>1170</b>	<b>100</b>

Tablo 1’de KSC’nın bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. Buna göre KSC’nın %33.5’inin 25-29 yaş grubunda, %25.7’sinin 30-34 yaş grubunda olduğu, %37’sinin cerrahi birimlerde, %32.5’inin dahili birimlerde çalıştığı görülmektedir. Eğitim durumlarına bakıldığında %37.6’sının önlisans, %35.1’inin lisans mezunu oldukları, meslek grubu olarak ise %71.7’sinin hemşire, %17.4’ünün doktor olduğu, %68.4’ünün evli olduğu görülmektedir.

**Tablo 2. KSC’nın Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumlarına Göre Dağılımları**

<b>Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumu</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Yaptıran</b>	<b>583</b>	<b>49.8</b>
<b>Yaptırmayan</b>	<b>587</b>	<b>50.2</b>
<b>Toplam</b>	<b>1170</b>	<b>100.0</b>

Tablo 2’de KSC’nın jinekolojik muayene yaptırma durumlarına göre dağılımları görülmektedir. Buna göre KSC’nın %49.8’i jinekolojik muayene yaptırırken, %50.2’sinin jinekolojik muayene yaptırmadığı görülmektedir.

**Tablo 3. KSC'nın Bazı Demografik Özelliklerine Göre Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumlarının Dağılımları**

	Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumu						Analiz Sonucu
	Yaptıran		Yaptırmayan		Toplam		
Yaş	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
19-24 yaş	13	6.6	183	93.4	196	16.8	$\chi^2=102.23$ p=0.000
25-29 yaş	155	39.5	237	60.5	392	33.5	
30-34 yaş	196	65.1	105	34.9	301	25.7	
35 ve üstü	219	78.0	62	22.0	281	24.0	
<b>Toplam</b>	<b>583</b>	<b>47.3</b>	<b>587</b>	<b>52.7</b>	<b>1170</b>	<b>100</b>	
<b>Meslek</b>							
Hemşire	414	49.3	425	50.7	839	71.7	$\chi^2=64.55$ p=0.000
Ebe	72	56.2	56	43.8	128	10.9	
Doktor	97	47.8	106	52.2	203	17.4	
<b>Toplam</b>	<b>583</b>	<b>51.1</b>	<b>587</b>	<b>48.9</b>	<b>1170</b>	<b>100</b>	
<b>Eğitim Durumu</b>							
Lise	75	38.4	120	61.6	195	16.7	$\chi^2=88.85$ p=0.000
Önlisans	208	47.2	232	52.8	440	37.6	
Lisans	226	54.9	185	45.1	411	35.1	
Yüksek Lisans ve üstü	74	59.6	50	40.4	124	10.6	
<b>Toplam</b>	<b>583</b>	<b>50.0</b>	<b>587</b>	<b>50.0</b>	<b>1170</b>	<b>100</b>	
<b>Medeni Durum</b>							
Evli	549	68.6	251	31.4	800	68.4	$\chi^2=76.57$ p=0.000
Bekar	16	4.9	308	95.1	324	27.7	
Boşanmış	18	39.1	28	60.9	46	3.9	
<b>Toplam</b>	<b>583</b>	<b>37.5</b>	<b>587</b>	<b>62.5</b>	<b>1170</b>	<b>100</b>	

Tablo 3'te KSC'nın bazı demografik özelliklerine göre jinekolojik muayene yaptırma durumlarının dağılımları görülmektedir. Buna göre yaşlarına göre jinekolojik muayene yaptırma durumlarının dağılımları incelendiğinde 35 ve üstü yaşa sahip KSC'nın %78.0'inin jinekolojik muayene yaptırdığı, 19-24 yaşa sahip KSC'nın ise %93.4'ünün jinekolojik muayene yaptırmadığı görülmektedir. KSC'nın yaşlarına göre

**Tablo 5. KSC'nin Bazı Demografik Özelliklerine Göre Pap Smear Test Yaptırma Durumlarının Dağılımları**

Pap Smear Test Yaptırma Durumu							
	Yaptıran		Yaptırmayan		Toplam		Analiz Sonucu
Yaş Durumu	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
19-24 yaş	4	2.0	192	98.0	196	16.8	$\chi^2=73.24$ p=0.000
25-29 yaş	73	18.6	319	81.4	392	33.5	
30-34 yaş	109	36.2	192	63.8	301	25.7	
35 ve üstü	160	56.9	121	43.1	281	24.0	
<b>Toplam</b>	<b>346</b>	<b>28.5</b>	<b>824</b>	<b>71.5</b>	<b>1170</b>	<b>100</b>	
<b>Meslek</b>							
Hemşire	226	26.9	613	73.1	839	71.7	$\chi^2=7.84$ p=0.005
Ebe	54	15.7	74	84.3	128	10.9	
Doktor	66	19.0	137	81.0	203	17.4	
<b>Toplam</b>	<b>346</b>	<b>20.5</b>	<b>824</b>	<b>79.5</b>	<b>1170</b>	<b>100</b>	
<b>Eğitim Durumu</b>							
Lise	32	16.4	163	83.6	195	16.7	$\chi^2=20.37$ p=0.000
Önlisans	91	20.6	349	79.4	440	37.6	
Lisans	169	41.1	242	58.9	411	35.1	
Yüksek Lisans ve üstü	54	43.5	70	56.5	124	10.6	
<b>Toplam</b>	<b>346</b>	<b>30.4</b>	<b>824</b>	<b>69.6</b>	<b>1170</b>	<b>100</b>	
<b>Medeni Durum</b>							
Evli	337	42.1	463	57.9	800	77.0	$\chi^2=182.74$ p=0.000
Bekar	3	0.9	321	99.1	324	20.2	
Boşanmış	6	13.4	40	86.6	46	2.8	
<b>Toplam</b>	<b>346</b>	<b>100</b>	<b>824</b>	<b>100</b>	<b>1170</b>	<b>100</b>	

Tablo 5'te KSC'nin yaşlarına göre pap smear test yaptırma durumları incelendiğinde en yüksek oranla 35 ve üstü yaşa sahip KSC'nin %56.9'unun pap smear testi yaptırdığı, %43.1'inin pap smear testi yaptırmadığı, 19-24 yaş grubundaki KSC'nin ise %98.0'inin pap smear testi yaptırmadıkları görülmektedir. KSC'nin yaşlarına göre



pap smear test yaptırma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

KSC'nin mesleğine göre pap smear testini %26.9 oranla en fazla hemşirelerin yaptırdığını, ebelerin ise %84.3 oranla pap smear testi yaptırmadığı görülmektedir. Mesleğine göre pap smear test yaptırma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

KSC'nin eğitim durumlarına göre pap smear testi yaptırma durumlarına bakıldığında, yüksek lisans ve üzeri mezunlarının %43.5'inin pap smear testi yaptırdıkları, lisans mezunlarının ise %41.1 oranla pap smear testi yaptırma konusunda ikinci sırada olduğu görülmektedir. Lise mezunu olan KSC'nin ise %83.6 oranla pap smear testi yaptırmadığı görülmektedir. Eğitim durumlarına göre pap smear test yaptırma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

KSC'nin medeni durumlarına göre pap smear testi evli olanların %42.1 oranında yaptırdıkları, bekarların ise pap smear testi % 0.9 oranında yaptırdıkları görülmektedir. Medeni durumlarına göre pap smear test yaptırma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

**Tablo 6. KSC'nin En Son Yapılan Jinekolojik Muayene ve Pap Smear Testine İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı**

<b>En son Yapılan Jinekolojik Muayeneye İlişkin Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumu (n=1170)</b>		
<b>Yaptıran</b>	<b>583</b>	<b>49.8</b>
<b>Yaptırmayan</b>	<b>587</b>	<b>50.2</b>
<b>Jinekolojik Muayene Sonucu Alınan Tanı (n=583)</b>		
<b>Normal Bulgu</b>	<b>206</b>	<b>35.3</b>
<b>Servisit</b>	<b>97</b>	<b>16.6</b>
<b>Myom</b>	<b>62</b>	<b>10.6</b>
<b>Over Kisti</b>	<b>61</b>	<b>10.5</b>
<b>Üreme Sistemi Enfeksiyonu</b>	<b>61</b>	<b>10.5</b>
<b>Diğer*</b>	<b>50</b>	<b>8.6</b>
<b>Servikal Erozyon</b>	<b>46</b>	<b>7.9</b>

<b>Taniya Yönelik Tedavi Olma (n=583)</b>		
<b>Tedavi Olan</b>	<b>273</b>	<b>46.8</b>
<b>Tedavi Olmayan</b>	<b>310</b>	<b>53.2</b>
<b>Pap Smear Test Yaptırma Durumu(n=1170)</b>		
<b>Yaptıran</b>	<b>346</b>	<b>29.6</b>
<b>Yaptırmayan</b>	<b>824</b>	<b>70.4</b>
<b>Pap Smear Test Yaptırma Sıklığı (n=346)</b>		
<b>Şikayeti olduğunda</b>	<b>157</b>	<b>45.7</b>
<b>Yılda bir</b>	<b>116</b>	<b>33.2</b>
<b>3-4 yılda bir</b>	<b>53</b>	<b>15.4</b>
<b>6 ayda bir</b>	<b>20</b>	<b>5.7</b>
<b>Pap Smear Test Yaptırma Nedenleri (n=346)</b>		
<b>Düzenli Sağlık Kontrolü</b>	<b>185</b>	<b>53.5</b>
<b>Doktor İsteği İle</b>	<b>80</b>	<b>23.1</b>
<b>Akıntı, Kaşıntı, Kanama Şikayeti</b>	<b>66</b>	<b>19.1</b>
<b>Ailede Kanser Hikayesi İle Kanser Endişesi</b>	<b>15</b>	<b>4.3</b>
<b>Pap Smear Test Sonucu Alınan Tanı ( n=346)</b>		
<b>Normal Bulgu</b>	<b>181</b>	<b>52.3</b>
<b>Servisit</b>	<b>126</b>	<b>36.4</b>
<b>Servikal Erozyon</b>	<b>16</b>	<b>4.8</b>
<b>Bilmiyorum</b>	<b>15</b>	<b>4.3</b>
<b>HPV</b>	<b>7</b>	<b>2.0</b>
<b>HSV</b>	<b>1</b>	<b>0.2</b>
<b>Toplam</b>	<b>346</b>	<b>100.0</b>

\*Gebelik tanısı ile tanısını söylemek istemeyenler bu gruba alınmıştır.

Tablo 6'da KSC'nın en son yaptırdıkları jinekolojik muayene ve pap smear testine ilişkin özelliklerine göre dağılımları görülmektedir. Buna göre %49.8'inin jinekolojik muayene yaptırdığı, %50.2'sinin hiç jinekolojik muayene yaptırmadıkları, pelvik muayene sonuçları incelendiğinde ise %35.3'ünün normal bulgu, %16.6'sının servisit olduğu görülmektedir. Taniya yönelik tedavi olma durumuna bakıldığında %46.8'inin tedavi olduğunu, %53.2'sinin tedavi olmadığını görülmektedir.

Tablo 6’da KSC’nin % 29.6’sının pap smear testi yaptırdığı, %70.4’ünün pap smear testi yaptırmadığı görülmektedir. KSC’nin pap smear testini 6 ayda bir yaptırma oranı %5.7, yılda bir yaptırma oranı %33.2, 3-4 yılda bir yaptırma oranı %15.4, şikayeti olduğunda yaptırma oranı ise %45.7 olduğu görülmektedir. KSC’nin pap smear testi %53.5’inin düzenli sağlık kontrolü için yaptırdığını, %23.1’inin ise doktor isteği olduğunu, %19.1 oranında akıntı, kaşıntı ve kanama şikayetleri olduğu için yaptırdıkları belirlenmiştir. pap smear test sonuçlarının %52.3’ünün normal bulgu, %36.4’ünün servisit olduğu görülmektedir.

**Tablo 7. KSC’nin Pap Smear Test Yaptırmama Nedenlerine Göre Dağılımı**

<b>Pap Smear Test Yaptırmama Nedenleri(n=824)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Şikayeti Olmadığından Dolayı İhtiyaç Duymama</b>	<b>282</b>	<b>35.2</b>
<b>Cinsel Yönden Aktif Olmama</b>	<b>205</b>	<b>27.1</b>
<b>İlerdeki Bir Zamanda Yaptırmayı Düşünme</b>	<b>115</b>	<b>14.6</b>
<b>İşlemden Korkma</b>	<b>78</b>	<b>8.2</b>
<b>Kendini risk altında görmeme</b>	<b>74</b>	<b>7.7</b>
<b>Jinekolojik Muayeneden Çekinme, Utanma</b>	<b>63</b>	<b>6.4</b>
<b>Konu İle İlgili Yeterli Bilgiye Sahip Olmama</b>	<b>7</b>	<b>0.8</b>
<b>Genel Toplam</b>	<b>824</b>	<b>100.0</b>

Tablo 7’de KSC’nin pap smear test yaptırmama nedenlerine göre dağılımı görülmektedir. Buna göre tablo incelendiğinde %35.2’inin şikayeti olmadığından dolayı, %27.1’inin şu anda cinsel yönden aktif olmadıkları için pap smear testi yaptırmadıkları görülmektedir.

**Tablo 8. KSC'nin Serviks Kanseri Bazı Risk Faktörlerine Göre Dağılımı**

Risk Faktörleri	Risk Var	Risk Yok	X± S
	Sayı (%)	Sayı (%)	
Evlilik Yaşı*	17 (2.0)	829 (98.0)	X± S = 24.10 ± 3,10
İlk Cinsel İlişki Yaşı	14 (1.6)	1156 (98.4)	X ± S = 23.89 ± 3.09
Fazla Partner	63 (5.5)	1079 (94.5)	X ± S = 1.94 ± 0.22
CYBH Varlığı	3 (0.3)	1167 (99.7)	X ± S = 1.99 ± 0.05
Vajinal Enfeksiyon Varlığı	262 (22.1)	908 (77.9)	X ± S = 1.77 ± 0.41
Gebelik Sayısı*	23 (3.1)	709 (96.9)	X ± S = 2.04 ± 0.79
Doğum Sayısı*	19 (2.7)	669 (97.3)	X ± S = 1.59 ± 0.55
Düşük Sayısı*	1 (0.3)	297 (99.7)	X ± S = 1.10 ± 0.31
5 Yıldan Uzun Süreli Oral Kontraseptif Kullanımı*	538 (52.1)	308 (47.9)	X ± S = 1.48 ± 0.58
Sosyoekonomik Durum	34 (2.7)	1136 (97.3)	X ± S = 1.78 ± 0.69
Sigara Kullanma	306 (26.2)	864 (73.8)	X ± S = 1.73 ± 0.43

\*Bekar olan ve/veya soruyu cevaplamak istemeyen KSC hesaplamaya dahil edilmemiştir.

Tablo 8'de KSC'nin serviks kanseri bazı risk faktörlerine göre dağılımı görülmektedir. KSC'nin %2'sinin ise 35 yaş ve üstünde evlendiği, %1.6'sının ise serviks kanseri açısından riskli olarak değerlendirilen 17 yaş ve altında ilk cinsel deneyim yaşadığı görülmektedir.

KSC'nin %94.5'inin birden fazla partneri olmadığı, %99.7'sinin cinsel yolla bulaşan hastalığı olmadığı ve %77.9'unun vajinal enfeksiyon geçirmediği görülürken, %0.3'ünün cinsel yolla bulaşan hastalığı olduğu ve %22.1'inin vajinal enfeksiyon geçirdiği görülmektedir. KSC'nin %3.1'inin 4 ve üstü gebelik geçirdiği, %2.7'sinin 3 ve üstü doğum yaptığı görülmektedir.

KSC'nin servikal kanser açısından risk olarak kabul edilen 5 yıldan daha uzun süreli oral kontraseptif kullanımının %52.1 oranında olduğu görülmektedir. KSC'nin %2.7'sinin sosyoekonomik durumunu kötü olarak değerlendirdiği, KSC'nin %26.2'sinin sigara kullandığı görülmektedir.

**Tablo 9. KSC'nin Serviks Kanseri Konusunda Bilgi Alma ve Bilgi Alınan Eğitim Alanı Durumlarının Dağılımları**

<b>Serviks Kanseri Konusunda Bilgi Alma Durumu(n=1170)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Bilgi Alan</b>	<b>889</b>	<b>75.9</b>
<b>Bilgi Almayan</b>	<b>281</b>	<b>24.1</b>
<b>Serviks Kanseri Konusunda Bilgi Alınan Eğitim Alanı(n=889)</b>		
<b>Lisans Eğitiminde</b>	<b>377</b>	<b>42.2</b>
<b>Kurs, Konferans</b>	<b>158</b>	<b>17.6</b>
<b>Hizmet İçi Eğitim</b>	<b>354</b>	<b>40.2</b>

Tablo 9'da KSC'nin serviks kanseri konusunda bilgi alma ve bilgi alınan eğitim alanı durumlarının dağılımları görülmektedir. Tablo incelendiğinde serviks kanseri konusunda %75.9'unun bilgi aldığı, %24.1 oranında ise bilgi almadığı görülmektedir. Aynı tabloda serviks kanseri ile ilgili en fazla %42.2 oranında lisans eğitiminde bilgi alındığı, hizmet içi eğitimlerde ise %40.2 oranında bilgi alındığı görülmektedir.

**Tablo 10. KSC'nin Serviks Kanseri Konusunda Bilgi Verme ve Bilgi Verilen Eğitim Alanı Durumlarının Dağılımları**

<b>Serviks Kanseri Konusunda Bilgi Verme Durumu(n=1170)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Bilgi Veren</b>	<b>345</b>	<b>29.5</b>
<b>Bilgi Vermeyen</b>	<b>825</b>	<b>70.5</b>
<b>Serviks Kanseri Konusunda Bilgi Verilen Konular(n=345)</b>		
<b>Kanser ve Risk Faktörleri</b>	<b>194</b>	<b>59.3</b>
<b>Pap Smear Test ve Korunma Hakkında</b>	<b>151</b>	<b>40.7</b>

Tablo10'da KSC'nin serviks kanseri konusunda bilgi verme ve bilgi verilen eğitim alanı durumlarının dağılımları görülmektedir. Tablo incelendiğinde serviks kanseri konusunda %29.5'inin bilgi verdiği, %70.5 oranında ise bilgi vermediği görülmektedir. Aynı tabloda serviks kanseri ile ilgili %59.3 oranında kanser ve risk faktörleri konusunda, % 40.7 oranında pap smear test ve korunma konusunda bilgi verildiği görülmektedir.

**Tablo 11. KSC'nın Demografik Özelliklerine Göre Serviks Kanseri Risk Faktörleri, Pap Smear ve HPV Bilgi Sorularına Yönelik Toplam Bilgi Puan Ortalama Dağılımları**

Toplam Bilgi Puan Ortalaması					
Yaş	Sayı(n)	X	±	S	Test Sonucu
19-24 yaş	196	20.87	±	6.18	$\chi^2=2.03$  $p=0.068$
25-29 yaş	392	20.37	±	6.00	
30-34 yaş	301	19.78	±	6.17	
35-39 yaş	119	19.22	±	5.32	
40-44 yaş	142	20.19	±	5.73	
45 ve üstü	20	20.04	±	6.85	
<b>Meslek</b>					
Hemşire	839	19.98	±	6.04	F=1.51  $p=0.035$
Ebe	128	20.69	±	6.17	
Doktor	203	20.28	±	5.52	
<b>Eğitim Durumu</b>					
Lise	195	19.23	±	5.79	$\chi^2=1.41$  $p=0.000$
Önlisans	440	20.39	±	6.27	
Lisans	411	20.56	±	5.88	
Yüksek Lisans ve üstü	124	23.00	±	5.57	
<b>Medeni Durum</b>					
Evli	800	19.62	±	6.02	F=2.56  $p=0.083$
Bekar	324	21.26	±	5.84	
Boşanmış	46	21.24	±	5.70	
<b>Çalışılan Bölüm</b>					
Dahili Birimler	380	19.60	±	5.94	F=2.30  $p=0.000$
Cerrahi Birimler	433	20.48	±	5.69	
Ayaktan Tanı ve Tedavi	187	21.44	±	6.44	
Acil	51	18.66	±	7.01	
Sağlık ocağı	119	19.39	±	5.88	
<b>Toplam</b>	<b>1170</b>	<b>20.15</b>	<b>±</b>	<b>6.01</b>	

Tablo 11’de KSC’nın demografik özelliklerine göre serviks kanseri risk faktörleri, pap smear ve HPV bilgi sorularına yönelik toplam bilgi puan ortalama dağılımları görülmektedir. Yaşa göre toplam bilgi puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

KSC’nın mesleğine göre aldıkları toplam bilgi puan ortalamaları incelendiğinde, ebelerin toplam bilgi puan ortalaması 20.69, doktorların 20.28 ve hemşirelerin ise 19.98 olduğu görülmektedir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuş, farkın ise ebelerden kaynaklandığı görülmüştür ( $p<0.05$ ).

KSC’nın eğitim durumlarına göre toplam bilgi puan ortalamaları incelendiğinde lise mezunlarının ortalaması 19.23 iken yüksek lisans üzeri eğitim yapanların ortalamasının 23.0 olduğu görülmektedir. Gruplar arasındaki farklılık ikişerli incelendiğinde lise mezunları lisans, yüksek lisans, yüksek lisansüstü ile; ön lisans mezunları lisans, yüksek lisans üzeri mezunları ile; lisans mezunları da yüksek lisans üstü mezunları ile aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Farkın yüksek lisans ve üzeri mezunlarından kaynaklandığı görülmüştür.

Tablo 11’de KSC’nın medeni durumlarına göre toplam bilgi puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

Tablo 11’de KSC’nın çalışılan bölüme göre serviks kanseri risk faktörleri, pap smear ve HPV bilgi sorularına yönelik toplam bilgi puan ortalama dağılımları incelendiğinde, ayaktan tanı ve tedavi bölümünde çalışan KSC’nın 21.44 ile bilgi puan ortalamasının yüksek olduğunu, cerrahi birimlerde çalışan KSC’nın ise 20.48 bilgi puan ortalaması ile takip ettiği görülmüştür. Çalışılan bölüme göre toplam bilgi formu puan ortalama dağılımları incelendiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş, farkın ayaktan tanı ve tedavi bölümlerinde çalışan KSC’ndan kaynaklandığı görülmüştür ( $p<0.05$ ).

**Tablo 12. KSC'nın Demografik Özellikleri İle Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeğinden Aldıkları Toplam Puanın Karşılaştırılması**

Toplam Puan Ortalaması			
Yaş	Sayı(n)	X ± S	Test Sonucu
19-24 yaş	196	74.38 ± 7.46	F=2.482 p=0.000
25-29 yaş	392	74.77 ± 7.62	
30-34 yaş	301	75.28 ± 7.01	
35-39 yaş	119	74.88 ± 7.49	
40 ve üstü	162	75.60 ± 6.65	
<b>Toplam</b>	<b>1170</b>	<b>74.95 ± 7.28</b>	
<b>Meslek</b>			
Hemşire	839	74.66 ± 7.46	F=1.969 p=0.834
Ebe	128	74.80 ± 6.59	
Doktor	203	77.05 ± 6.81	
<b>Toplam</b>	<b>1170</b>	<b>75.50 ± 6.68</b>	
<b>Eğitim Durumu</b>			
Lise	195	73.51 ± 7.32	F=2.237 p=0.000
Önlisans	440	75.63 ± 7.05	
Lisans	411	74.49 ± 7.29	
Yüksek Lisans ve üstü	124	78.00 ± 7.76	
<b>Toplam</b>	<b>1170</b>	<b>74.95 ± 7.28</b>	
<b>Medeni Durum</b>			
Evli	800	75.02 ± 7.32	F=2.172 p=0.083
Bekar	324	74.48 ± 7.17	
Boşanmış	46	78.48 ± 7.90	
<b>Toplam</b>	<b>1170</b>	<b>74.95 ± 7.28</b>	

Tablo 12'de KSC'nın demografik özelliklerine göre servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeğinden aldıkları toplam puan durumlarının dağılımları görülmektedir. Tablo incelendiğinde, KSC'nın yaşına göre servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum puan ortalaması yaşı 40 ve üstü olanlarda 75.60, yaşı 30-34 olanlarda 75.28 olduğu görülmektedir. KSC'nın yaş gruplarına göre servikal kanserin



erken tanısına ilişkin tutum ölçeğinden aldıkları toplam puan durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

KSÇ'nin mesleğine göre servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeğinden aldıkları toplam puan durumları incelendiğinde 77.05 puan ortalaması ile doktorların, 74.80 ile ebelerin olduğu görülmektedir. KSÇ'nin mesleki durumlarına göre servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeğinden aldıkları toplam puan durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

KSÇ'nin eğitim durumlarına göre servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeğinden aldıkları toplam puan durumları incelendiğinde, 78.00 puan ortalaması ile yüksek lisans ve üzeri eğitimi olanlarda yüksek olduğu görülmektedir. KSÇ'nin eğitim durumlarına göre servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeğinden aldıkları toplam puan durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

KSÇ'nin medeni durumlarına göre servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeğinden aldıkları toplam puan durumları incelendiğinde, 78.48 puan ortalaması ile boşanmış olanların olduğu görülmektedir. KSÇ'nin medeni durumlarına göre servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeğinden aldıkları toplam puan durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

**Tablo 13. KSC'nın Jinekolojik Muayene Yaptırma, Pap Smear Test Yaptırma, Serviks Kanserine Yönelik Bilgi Alma ve Bilgi Verme Durumuna Göre Toplam Tutum Ortalamalarının Dağılımları**

	<b>X ± S.D</b>	<b>Analiz Sonucu</b>
<b>Jinekolojik Muayene</b>		
<b>Yaptıran(n=583)</b>	<b>75.68 ± 7.47</b>	<b>t=3.434</b>
<b>Yaptırmayan(n=587)</b>	<b>66.22 ± 7.01</b>	<b>p&lt;0.001</b>
<b>Pap Smear Test</b>		
<b>Yaptıran(n=346)</b>	<b>76.67 ± 7.14</b>	<b>t=5.283</b>
<b>Yaptırmayan(n=824)</b>	<b>74.23 ± 7.22</b>	<b>p&lt;0.000</b>
<b>Bilgi</b>		
<b>Alan(n=889)</b>	<b>75.26 ± 7.17</b>	<b>t=2.581</b>
<b>Almayan(n=281)</b>	<b>63.97 ± 7.55</b>	<b>p&lt;0.010</b>
<b>Bilgi</b>		
<b>Veren(n=345)</b>	<b>76.22 ± 7.27</b>	<b>t=3.895</b>
<b>Vermeyen(n=825)</b>	<b>74.42 ± 7.22</b>	<b>p&lt;0.000</b>

Tablo 13'de KSC'nın jinekolojik muayene yaptırma durumları ile servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeğinden aldıkları toplam puan durumları incelendiğinde, jinekolojik muayene yaptıranların 75.68 ile tutum puanlarında da artış sağladığı görülmektedir. KSC'nın jinekolojik muayene yaptırma durumları ile servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum toplam puan durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

KSC'nın pap smear test yaptırma durumları ile servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeğinden aldıkları toplam puan durumları incelendiğinde, pap smear yaptıranların 76.67 ile tutum puanlarında artış olduğu görülmektedir. KSC'nın pap smear test yaptırma durumları ile servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum toplam puan durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

KSÇ'nın serviks kanseri risk faktörleri, pap smear ve HPV hakkında bilgi alma düzeyleri ile servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeğinden aldıkları toplam puan durumları incelendiğinde, bilgi alan grubun 75.26 ile tutum puanlarında artış olduğu görülmektedir. KSÇ'nın pap smear test yaptıрма durumları ile servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum toplam puan durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Tablo 13'de KSÇ'nın serviks kanseri risk faktörleri, pap smear ve HPV hakkında bilgi verme düzeyleri ile servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeğinden aldıkları toplam puan durumları incelendiğinde, bilgi veren grubun 76.22 ile tutum puanlarında artış olduğu görülmektedir. KSÇ'nın pap smear test yaptıрма durumları ile servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum toplam puan durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Araştırma, kadın sağlık çalışanlarının servikal kansere ilişkin bilgi ve tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmış olup elde edilen bulgular üç başlık altında tartışılmıştır.

1.KSÇ'nin demografik özelliklerine göre jinekolojik muayene yaptırma, pap smear test yaptırma ve serviks kanseri konusunda bilgi alma/verme durumlarına yönelik bulgularının tartışılması,

2.KSÇ'nin serviks kanseri risk faktörleri, pap smear ve HPV ile ilgili bilgi ifadelerinin ve demografik özelliklere göre bilgi sorularına yönelik bulgularının tartışılması,

3.KSÇ'nin serviks kanseri erken tanısına ilişkin tutumları ve jinekolojik muayene yaptırma, pap smear test yaptırma ile serviks kanseri konusunda bilgi alma/verme durumlarının tutumlarına etkisine yönelik bulgularının tartışılması.

### **1. KSÇ'nin demografik özelliklerine göre jinekolojik muayene yaptırma, pap smear test yaptırma ve Serviks kanseri konusunda bilgi alma/verme durumlarına yönelik bulgularının tartışılması**

KSÇ'nin jinekolojik muayeneye ilişkin özellikleri incelendiğinde (Tablo 2), %50.2'sinin jinekolojik muayene yaptırmadıkları görülmüştür. 2004 yılında ebe ve hemşirelere yapılan çalışmada ebe-hemşirelerin üçte birinin (%33.2) jinekolojik muayene yaptırmadığı, muayene yaptıranların da önemli bir kısmının gebelik/doğum (%46.1), RİA uygulaması (%43.6) gibi nedenler ile zorunlu olarak muayene yaptırdıkları saptanmıştır (Gülen 2004). Fırat Üniversitesi sağlık çalışanlarında yapılan diğer bir çalışmada ise, çalışanların sağlığı koruyucu davranışları konusundaki bilgileri sorgulanmış ve düzenli olarak sağlık kontrollerine gitme konusunda seçilen iki grupta olumsuz sağlık davranışı belirlenmiştir (Günel S, Günel A, 2001). Sağlık çalışanlarının, toplumu konu ile ilgili bilgilendirme ve farkındalığını artırarak olumlu sağlık davranışlarını geliştirme konusunda anahtar konumda olmalarına rağmen, araştırmamızda yer alan KSÇ'nin sadece %49.8'inin jinekolojik muayene yaptırması, kadın sağlık çalışanlarının sağlığı koruyucu yaklaşımlarının yetersiz olduğunu ve bu durumda topluma rol modeli olma konusunda da yetersiz olacaklarını düşündürebilir.

Tablo 3'te KSÇ'nin bazı demografik özelliklerine göre jinekolojik muayene yaptırma durumlarının dağılımları görülmektedir. KSÇ'nin yaşları ile jinekolojik muayene yaptırma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Yaşlarına göre jinekolojik muayene yaptırma durumlarının dağılımları

incelendiğinde, 19-24 yaşa sahip KSC'nin %6.6'sının, 25-29 yaşa sahip KSC ise %39.5'inin jinekolojik muayene yaptırdığı görülmektedir. Yapılan bir çalışmada, kadınların %47.6'sı 30 yaşında periyodik kanser muayenelerine başlanması ve altı ayda bir tekrarlanması düşüncesinde oldukları halde hangi yaşta olursa olsun şikayeti artmadan hiç kimsenin doktora başvurmadığı görülmüştür (Güler 1993). 19-29 yaş aralığında olan KSC'nin büyük bir çoğunluğunun jinekolojik muayeneyi hiç yaptırmamış olması, bu çalışma ile benzerlik göstermekle birlikte, sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışlara önem vermediklerini gösterebilir. Yaşın artmasıyla birlikte jinekolojik problemlerde de artış gözlenmektedir (Başaran 2004, Tortumluoğlu, Erci 2004). İlerleyen yaş grubu içerisinde olan KSC'nin da %78.0 oranında jinekolojik muayene yaptırmış olması yaşın ve jinekolojik problemlerin artışına bağlı muayene olma oranlarındaki artışı göstermesiyle birlikte, %22.0'sinin ise hiç jinekolojik muayene yaptırmamış olması, olumlu sağlık davranışlarını geliştirme konusuna yeterince önem vermediklerini, bu durumda topluma uygun rol model olamayacaklarını gösterebilir.

KSC'nin mesleğine göre jinekolojik muayene yaptırma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Buna göre %56.2 oranla ebeler, %49.3 oranla hemşireler ve %47.8 oranla doktorların jinekolojik muayene yaptırdığı görülmektedir. Jinekolojik muayene yaptırma oranı %56.2 ile ebelerde yüksek iken, jinekolojik muayene yaptırmama oranı %52.2 ile doktorlarda yüksektir. Sağlık çalışanlarının düzenli aralıklarla sağlık kontrollerinden geçmemesi olumlu sağlık davranışlarını geliştirmediğini ve konuya ilgi düzeylerinin düşük olduğunu göstermektedir (Yetimaller ve ark. 2009). Jinekolojik muayene sırasında yaşanan anksiyete, kadınların muayeneden kaçmalarına ve ancak sıkıntıları ile baş edemeyecek duruma geldiklerinde hekime başvurmalarına neden olmaktadır. Bu durum hastalıkların erken tanı ve tedavisini güçleştirmekte ve belki de olanaksız hale getirebilmektedir (Mete 1998). Jinekolojik muayenenin beraberinde getirdiği anksiyete başta olmak üzere utanma, mahremiyet gibi diğer problemlerin, sağlığı koruyucu davranışları sağlık çalışanlarında da engellediğini göstermektedir (Gülen 2004). Çalışmamızdaki jinekolojik muayene yaptırma oranlarının istendik düzeylerde olmaması çalışmalar ile paralellik göstermektedir. Jinekolojik muayeneyi yaptırmayan sağlık çalışanlarının hastaları konuya teşvik etme ve farkındalıklarını artırma konusunda da yetersiz olacağı düşünülebilir.

KSC'nin eğitim durumlarına göre jinekolojik muayene yaptırma durumları incelendiğinde aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Jinekolojik muayene yaptırma durumu lise mezunlarında %38.4, önlisans mezunlarında

%47.2, lisans mezunlarında %54.9, yüksek lisans ve üzeri mezunlarında %59.6 oranında olduğu görülmektedir. Eğitim durumları yükseldikçe jinekolojik muayene yaptırma durumları artış göstermektedir. Literatürde geçen benzer araştırmalar eğitim düzeyi arttıkça bilgi ve farkındalık düzeylerinin de doğru orantılı olarak arttığını göstermektedir (Bekar ve ark. 1999, Akyüz ve ark. 2006, Demircier ve ark. 2007, Dönmez 2007, Doğan 2008). Dönmez 2007 yılında Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan kadın sağlık personelinin serviks kanseri hakkındaki bilgi düzeylerini araştırmıştır. Araştırmanın sonuçları bilgi düzeylerinin eğitim seviyesi ile beraber arttığını göstermiştir. Çalışmamızda eğitim düzeyinin artması ile jinekolojik muayene yaptırma oranlarındaki artış bu konudaki çalışmalar ile paralellik göstermektedir. Ancak bireylerin sağlık çalışanı olması jinekolojik muayene yaptırma oranlarının istendik düzeyde olmadığını, sağlık çalışanlarının topluma uygun rol modeli olamayacaklarını gösterebilir.

KSC'nin medeni durumlarına göre jinekolojik muayene yaptırma durumları incelendiğinde arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). (Tablo 3). Evli olanların %68.6 oranla büyük bir kısmı jinekolojik muayene yaptırırken, bekarların %95.1, boşanmış olanların %60.9 oranla jinekolojik muayene yaptırmadığı görülmektedir. Bir toplumdaki kadın popülasyonu içinde serviks kanseri ve korunma hakkında bilgi düzeyi en yüksek ve en bilinçli kesimin kadın sağlık çalışanlarının olması beklenebilir (Dönmez 2007). Evli olupta hiç jinekolojik muayene yaptırmayanların oranının %31.4 olması oldukça büyük bir çoğunluktur. Bu sonuçlar bize KSC'nin serviks kanserinin erken tanısında, jinekolojik muayenenin önemini yeterince farkına varmadıklarını gösterebilir.

Tablo 4'te KSC'nin pap smear testi yaptırma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde 29.6'sı pap smear test yaptırmışken, %70.4'ünün hiç pap smear test yaptırmamış olduğu görülmektedir. Bu oranlar pap smear teste ve konuya verilen önemin düşük olduğunu gösterebilir. Tarwreyi ve arkadaşlarının 2003 yılında yaptıkları çalışmada elde ettikleri veriler çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada sağlık çalışanlarının pap smear testi yaptırma davranışları incelenmiş, sonuç olarak sağlık çalışanlarının %81.7'sinin pap smear testi yaptırmadıkları belirlenmiştir. Güngör ve arkadaşları 2001 yılında yaptıkları çalışmada hemşire, ebe ve bayan sağlık teknisyenlerinin %58'inin pap smear testi yaptırmadıklarını saptamışlardır. Oran ve arkadaşları 2003 yılında bayan akademisyenler arasında yaptıkları çalışmada bayan akademisyenlerin %71.8'inin pap smear testi yaptırmadıklarını belirlemişlerdir. Araştırma sonuçlarımız bu konu ile yapılan çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Pap

smear test yaptırma durumuna ilişkin elde ettiğimiz bulgular araştırmamız ve serviks kanserinin taramasında pap smear test yaptırmanın önemi için son derece önemlidir.

KSC'nin yaşına göre pap smear test yaptırma durumları incelendiğinde 19-24 yaş grubunda %2.0 oranında pap smear testi yaptırırken, 25-29 yaş grubunda %18.6, 30-34 yaş grubunda %36.2, 35 ve üstü yaşa sahip KSC'nin %56.9 oranında pap smear test yaptırmış oldukları görülmektedir (Tablo 5). Yaşın artmasıyla birlikte pap smear test yaptırma oranlarındaki artış diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Kalyoncu ve ark.'nın (2003), 35 yaşın üstünde ve evlilik süresi uzun olan kadınlarda, Nguyen ve ark. (2002) 40 yaşın üstünde olan, Siahpush ve Singh (2002) ise 30-49 yaş grubunda olan kadınlarda, pap smear test yaptırma oranının yükseldiğini saptamışlardır. 2006'da yapılan çalışmaya göre, jinekolojik problemler arttıkça pap smear yaptırma oranlarının arttığı ve pap smear test yaptırma oranı arttıkça da kadınların serviks kanseri ve HPV konusunda daha bilgili oldukları görülmektedir (Smith ve ark. 2006). Son çalışmalar ise serviks kanserinin görülme yaşının 35'e kadar indiğini göstermektedir (Kutluk ve Kars 2001, Ozan 2005, Irkkan ve Yurtaslan 2007, Yetimlar ve ark.2009, ). KSC'nin 35 yaşa kadar en yüksek %36 oranında pap smear testi yaptırması, 35 yaş ve üstünde pap smear test yaptırma oranlarında artış olmasına rağmen bu oranın bile yarı yarıya olması dikkat çekici bir sonuç olarak söylenebilir. Sonuçların doğrultusunda KSC'nin pap smear test, önemi ve hangi yaşta başlanması gerektiği hakkında bilgi düzeyinin yetersiz olduğu ve düzenli aralıklarla pap smear test yaptırmanın önemine dikkat etmediği söylenebilir.

KSC'nin mesleğine göre pap smear testini yaptırma durumları incelendiğinde (Tablo 5), aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Buna göre hemşirelerin %26.9'u, ebelerin %15.7'si, doktorların %19.0'u pap smear test yaptırmışken, ebelerin %84.3'ü, doktorların %81.0'i, hemşirelerin %73.1'i pap smear test yaptırmamaktadır. Pap smear testi en yüksek yaptırma oranına sahip olan grup %26.9 ile hemşirelerdir. En yüksek oranla pap smear testi yaptıran hemşirelerin bile pap smear testi 1/4 oranında yaptırmış olması, sağlık çalışanlarının sağlık eğitimini en iyi şekilde alan grup olmaları açısından dikkat çekicidir. ABD'de 2006 yılında bayan hemşirelik öğrencilerinin HPV ve servikal kanser hakkındaki bilgilerinin, taşıdıkları şüphelilik ve ciddiyetin, riskli davranışlarının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada, hemşirelik öğrencilerinin HPV, servikal kanser ve pap smear test için düşük bir bilgi seviyesine ve ciddiyete sahip oldukları gözlenmiştir. Mutyaba ve ark.'nın (2006) tıp çalışanlarına (doktor, hemşire, tıbbi sekreter, son sınıf hemşire ve tıp fakültesi öğrencileri) yapılan çalışmasında ise katılımcıların %69'unun kadın olduğu ve %90'ının cinsel ilişkide

bulduğunu ve bunlardan tıp fakültesi öğrencilerinin %87'sinin pap smear testini hiç yaptırmadıklarını ortaya koymuştur. KSC'ları serviks kanseri konusunda topluma gerekli olan bilgiyi vermesi ve farkındalığı artırması açısından en önem verilen, beklenen grup olmasına rağmen, sonuçlar sağlık çalışanlarının kendilerinin olumlu sağlık davranışlarını geliştirmedeğini gösterebilir.

KSC'nın eğitim durumları ile pap smear test yaptırma durumları incelendiğinde (Tablo 5), aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Buna göre lise mezunlarının %16.4'ü, önlisans mezunlarının %20.6'sı, lisans mezunlarının %41.1'i, yüksek lisans ve üzeri mezunlarının ise %43.5'i pap smear testi yaptırmaktadır. Lise mezunlarından yüksek lisans ve üstü mezunlarına doğru eğitim düzeyi yükseldikçe jinekolojik muayene oranlarında olduğu gibi bir artış görülmektedir. Ancak bu oranlarında sağlık çalışanları açısından yeterli olmadığı söylenebilir. Farklı zamanlarda yapılan araştırmalarda da eğitimin yükselmesi ile pap smear test yaptırma durumlarındaki artış bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir (Ekizler 1994, Aydemir 1997, Lynn ve ark. 2000, Cronje 2004, Özmen 2004, Akyüz ve ark. 2006, Aslantekin, Aslan 2006, Doğan 2008).

KSC'nın medeni durumları ile pap smear test yaptırma durumları incelendiğinde (Tablo 5) aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Evli olanların %42.1'i, bekar olanların %0.9'u, boşanmış olanların %13.4'ü pap smear test yaptırmış iken, pap smear test yaptırmayan bekarların oranının %99.1 ve boşanmış olanların ise %86.6 olduğu görülmektedir. pap smear test yaptırma oranı evli olanlarda yüksek olmasına rağmen, bekar ve boşanmış olanlarda yaptırmama oranının yüksek olması büyük bir oranın serviks taramasından hiç geçmediğini göstermektedir. Dönmez'in 2004 yılında yaptığı çalışmada, evli 171 personelin 108'inin (%63.2) smear yaptırdığı, bu oranın bekarlarda %3.2 olduğu tespit edilmiştir (Dönmez 2004). Bu durum bekar olan KSC'nın kendi ve toplum sağlığını geliştirme konusunda olumlu tutum geliştirme açısından riskli bir davranış olarak görülebilir.

KSC'nın en son yapılan jinekolojik muayene ve pap smear testine ilişkin özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde (Tablo 6), jinekolojik muayene sonucu alınan tanılarının oranına bakıldığında, %35.3'ünün normal bulgu, %16.6'sının servisit olduğu görülmektedir. Servisit tanısı alanların oranına dikkat edildiğinde ve servikal erozyon (%7.9) ve devam eden enfeksiyonların (% 10.5) uzun vadede serviks kanseri açısından riski artıracak olması KSC'nın hijyen ve gerekli sağlığı koruyucu davranışlara yeterince önem vermediğini gösterebilir. Ayrıca jinekolojik muayene sonrasında KSC'nın % 53.2



oranında tedavi olmaması kadın sağlık personelinin sağlığı koruyucu yaklaşımlarının yetersiz olduğunu ve tedavi olma konusunda da fazla hassasiyetlerinin olmadığını gosterebilir. Bekar ve ark.'nın (2008) Sivas Halk Eğitim Merkezi'ndeki kursiyerlerin jinekolojik kanserden korunmaya yonelik bazı jinekolojik sağlık uygulamalarının belirlenmesi icin yaptıkları bir çalışmada kadınların tumunun jinekolojik bir sorun yaşadıklarını belirtmelerine rağmen, %79.3'unun bu sorunlarla ilgili hiçbir Őey yapmadığını ve rahatsızlığın kendiliğinden geçmesini beklediğini ifade ettiği belirlenmiştir. 2004 yılında Gulen'in ebe ve hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada ise katılanların %40'ında jinekolojik enfeksiyon saptanmıştır. KSC'ın kadınlara jinekolojik sağlıklarının korunmasında olumlu rol modeli olmalarının öneminden yola çıkarak bu sonuçlara bakıldığında; hijyen, sağlığın korunması ve geliştirilmesi konusunda eğitim almış sağlık çalışanları icin çıkan enfeksiyon oranlarının ve sıklığının yuksek olduğu soylenebilir.

Pap smear test yaptırma nedenlerine bakıldığında (Tablo 6), duzenli sağlık kontrolu %53.5, doktor isteği ile %23.1, akıntı, kaşıntı, kanama Şikayeti nedeniyle %19.1 olduğu saptanmıştır. KSC'ın yarıdan fazlasının pap smear testi duzenli sağlık kontrolu icin yaptırması çok duşuk olarak değerlendirmemekle birlikte sağlık çalışanları icin yeterli olmadığı da soylenebilir. Özellikle KSC'ın beşte bir oranının pap smear testi Şikayeti olduğunda ve doktor isteği ile yaptırdığı da goz onune alındığında KSC'ın konu hakkında yeterince duyarlı davranmadığı duşunulebilir.

Pap smear test yaptırma sıklıklarına bakıldığında ise (Tablo 6), Şikayeti olduğunda yaptırma oranı ise %45.7, yılda bir yaptırma oranı %33.2, 3-4 yılda bir yaptırma %15.4, 6 ayda bir yaptırma oranı %5.7'dir. Serviks kanserinin taramasında anahtar konumda olan pap smear testin %45 gibi yuksek oranda sadece Şikayet olduğunda yapılması pap smear testinin tanı amaçlı kullanıldığının ve KSC'ın bu konuda bilinçlendirilmesinin gerekliliği açısından önemli bir bulgu olduğu soylenebilir. Yetimaller ve arkadaşlarının İzmir'de 2009 yılında yaptıkları çalışmada gerek sağlık personeli gerekse sağlık çalışanı olmayan kişilerin pap smear testi icin başvurma oranlarının yetersiz olduğu ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının bile hastalarına rutin pap smear testini yeterince etkili biçimde önermediği saptanmıştır. Bu durumlar yakın gelecekte serviks kanserinin azaltılabilmesini engelleyebilir.

Pap smear test sonucu alınan tanıların oranına bakıldığında (Tablo 6), %52.3 normal bulgu, %36.4 servisit, %4.8 servikal erozyon olduğu saptanırken %4.3'u tanısını bilmemektedir. Yarıdan daha fazlasının normal bulgu tanısı alması olumlu iken

beraberinde yarıya yakın kısmının enfeksiyon ve erozyon tanısı alması serviks kanseri açısından son derece önemli bir bulgudur. Servikal erozyon ve devam eden enfeksiyonların uzun vadede serviks kanseri açısından riski artıracak olması KSC'nin bu konuda bilinçlendirilmelerinin önemini ortaya koymaktadır. Aynı zamanda bu durum kendi vücudunun sorumluluğunu almayanların başkalarının vücutlarının sorumluluğunu alamayacağı yönünde düşünülebilir.

Pap smear test yaptırmama nedenlerine bakıldığında (Tablo 7), şikayeti olmadığından dolayı %35.2, cinsel yönden aktif olmama %27.1, işlemden korkma %8.2, kendini risk altında görmeme %7.7, jinekolojik muayeneden çekinme, utanma %6.4 olarak saptanmıştır. Demircier ve arkadaşlarının 2007 yılında Aksaray Devlet Hastanesinde çalışan kadın sağlık personeli üzerinde yaptığı çalışmada pap smear test yaptırmama nedenleri içinde "zaman bulamıyorum" cevabı verenlerin oranının %57 olduğu, %18.4'ünün ise mahremiyet nedeniyle bu testi yaptırmadığı gözlenmiştir. KSC'nin şikayeti olmadığından dolayı pap test yaptırmaması kendi öz bakım sorumluluğunu tam olarak yerine getirmediğini ve pap smear testi tanı aracı olarak gördüklerini gösterebilir. Cinsel yönden aktif olmama da toplumun hymen zarı kavramına verdiği önemi ve namus ile özdeşleştirildiğini gösterebilir. Kendini risk altında görmeme ve işlemden korkma nedeniyle pap smear testi yaptırmama diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Mutyaba ve arkadaşlarının Uganda'da tıp öğrencilerine yaptıkları çalışmada servikal taramadan geçmeme nedenlerine yönelik kendini risk altında hissetmeme, hastalık belirtileriyle ilgili bilgi eksikliği, vajinal muayeneden korkma, utanma, riskli yaş grubunda olmadıklarını ifade ettikleri görülmüştür. Özellikle işlemden korkma nedeniyle pap smear testi yaptırmama KSC'nin pap smear test hakkında yeterli bilgi sahibi olmadığını gösterebilir.

KSC'nin %2'sinin ise 35 yaş ve üstünde evlendiği, %55.2'sinin 19-24 yaş aralığında ilk cinsel deneyimlerini yaşarken, %1.6'sının serviks kanseri açısından riskli değerlendirilen 17 yaş ve altında ilk cinsel deneyimini yaşadığı görülmektedir (Tablo 8). Cinsel yolla bulaşan hastalıklara her yıl 250 milyondan fazla yeni vakanın eklendiği belirtilmekte ve evlilik yaşının ilerlemesine rağmen, cinsel yönden etkinlik daha erken yaşlarda başlamaktadır (Aslantekin, Aslan 2006). Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine 2006-2008 tarihleri arasında başvuran ve serviks kanseri tanısı alarak cerrahi tedavi uygulanan 184 hasta üzerinde 2008 yılında yapılan çalışmada hastaların en az bir jinekolojik kanser risk faktörü taşıdığı belirlenmiştir. Risk faktörleri arasında serviks kanseri için, 40-55 yaşta olmak (%55.6),

fazla sayıda gebelik (%86.7), erken yaşta cinsel aktivite (%53.3) olarak saptanmıştır (Pınar ve ark. 2008). Araştırma sonucumuzda %1.6'lık kesimin erken cinsel ilişki deneyimini yaşamış olması diğer araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

KSC'nın %94.5'inin fazla partneri olmadığı, %5.5'inin fazla partneri olduğu görülmektedir. Bu durumun serviks kanseri riski açısından çok düşük bir oran olmadığı söylenebilir. KSC'nın %99.7'si cinsel hastalığı olmadığını ifade ederken, %0.3'ünün cinsel hastalığı olması serviks kanseri açısından az bir oranda olsa risk altında oldukları görülmektedir (Tablo 8). KSC'nın %77.9'u vajinal enfeksiyon geçirmediğini ifade ederken %22.1'inin vajinal enfeksiyon öyküsü olması serviks kanseri risk faktörü açısından KSC'nın risk altında olduğunu gösterebilir (Tablo 8). Serviks kanserlerinin gelişmesinde cinsel yolla bulaşan etkenler, özellikle HPV başta olmak üzere, HSV ve Chlamydia trachomatis önemli bir yer tutmaktadır. Bu etkenlerin varlığının gösterilmesi, serviks kanserlerinin önlenmesi ve erken tanısı açısından umut vermektedir (Bozkaya, Önel 2006). Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine 2006-2008 tarihleri arasında başvuran ve serviks kanseri tanısı alarak cerrahi tedavi uygulanan 184 hasta üzerinde 2008 yılında yapılan çalışmada hastaların en az bir jinekolojik kanser risk faktörü taşıdığı belirlenmiştir. Risk faktörleri arasında serviks kanseri için, postkoital kanama (%57.8), anormal kanama (%71.1), servikal lezyon (%35.6), sürekli vajinal akıntı (%66.7) olarak saptanmıştır (Pınar ve ark. 2008).

Tablo 8'de KSC'nın %0.3'ünün üç düşük sayısı olduğu, %2.7'sinin ise 3 ve üstü doğum yaptığı, %3.1'inin 4 ve üstü gebelik geçirdiği görülmektedir. Wang ve Lin 1996 yılında yaptıkları araştırmada, 4 ve üzeri vajinal doğum ile 2 ve üzeri düşük yapmanın servikal intraepithelial neoplazi için önemli risk faktörleri olduğunu saptamışlardır. KSC'nın %52.1'i 5 yıl ve üzeri oral kontraseptif yöntemini kullandığı, %2.7'sinin sosyoekonomik durumunu kötü olarak değerlendirdiği görülmektedir. KSC'nın %26.2'sinin sigara kullandığı görülmektedir (Tablo 8). KSC'nın dörtte birinin sigara kullanması serviks kanseri risk faktörleri açısından dikkat edilmesinin gerekliliğini gösterebilir. Yapılan bir araştırmada kadınların %51.3'ünün pap smear test yaptırdığını, ve bu oranların kadınların yaşıyla, evlilik süresiyle, doğum sayısı ile, pap smear hakkındaki bilgi düzeyleriyle ve serviks kanserleriyle ilgili risk algılamalarıyla arttığı belirlenmiştir (Akyüz ve ark 2006). Çalışma sonuçlarımız doğrultusunda KSC'nın risk faktörleri hakkında bilgilendirilmesi sağlanarak risk algılamaları artırılabilir. Serviks kanserinde risk faktörlerine ilişkin farkındalık olması, bariyer yöntemlerinin kullanımını ve aktif cinsel yaşamda tek eşliliğe bağlılığı artırılabilir (Dönmez 2007).

Serviks kanserine ilişkin risk faktörlerinin bilinmesinin ve bir tarama testi olan pap smear ile serviks kanserinden korunma yöntemlerinin bilinmesinin, serviks kanserine yakalanma riskini arttıracak riskli davranışlardan kaçınma gibi bir kazanım getireceği sonucuna ulaşmamıza yardımcı olmaktadır (Demircier ve ark. 2007, Dönmez 2007, Yetimalar 2009).

Tablo 9’da KSC’nın serviks kanseri konusunda bilgi alma durumları incelendiğinde serviks kanseri konusunda bilgi alanların %75.9 olduğu, almayanların ise %24.1 olduğu görülmektedir. Konu ile ilgili bilgiyi almadığını ifade eden KSC’nın sayısının üçte bire yakın olması olumlu tutumun geliştirilebilmesi için hizmet içi eğitim yapılmasının yararlı olabileceğini gösterebilir. Aynı tabloda bilgi alma alanı olarak %42.2 ile lisans eğitimi, %40.2 ile hizmet içi eğitim ve %17.6 ile kurs, konferans olarak sıralanmıştır. Bu durum yine KSC’nın konu ile ilgili gerekli bilgiyi üniversite eğitiminden sonra ilk ve en yüksek oranla hizmet içi eğitim ile aldığını ve hizmet içi eğitimin tekrarının gerekliliğini görmek açısından önemli bir sonuçtur. ABD’de 1993-1996 yılları arasında hemşirelerin servikal kanser ve kontrolünde klinik bilgi ve algılarındaki değişikliklerin incelendiği çalışmada, 1993 yılında Meme ve Servikal kanser Kontrol Programı (BCCCP) çerçevesinde profesyonel çalışmalar başlamadan önce sağlık personelinin risk faktörleri, erken yaşta evlilik, cinsel ilişki ve sigara kullanımı ile ilgili olarak bilgi düzeyleri yapılan anketlerle belirlenmiştir. Daha sonra 1996 yılında aynı anket uygulanmış ve 1996 yılında hemşirelerin pap smear testi, bimanuel muayenin yapılması ve anormal pap testleri hakkındaki bilgi düzeyleri 1993 yılına göre mükemmel veya çok iyi olarak değerlendirilmiştir (Camdan 2006, Ehrhardt 2007). Çalışmamızın sonucu da verilen ve verilecek olan HİE’lerin bilgi düzeylerini artırdığı, tarama programları açısından önemle üzerinde durulması gereken bir konu olarak değerlendirilebilir.

Tablo 10’da KSC’nın bilgi verme durumları incelendiğinde serviks kanseri konusunda %29.5’inin bilgi verdiği, %70.5 oranında ise bilgi vermediği görülmektedir. Aynı tabloda serviks kanseri ile ilgili en fazla %59.3 oranında kanser ve risk faktörleri konusunda bilgi verdiği, korunma ve pap smear test konusunda ise % 40.7 oranında bilgi verdiği görülmektedir. Bilgi verme oranları KSC’nın bilgi ve eğitim verme rollerini yeterince yerine getirmediklerini düşündürülebilir. Kuzey Carolina’da BCCCP ( Meme ve Servikal kanser Kontrol Programı)’yle birlikte profesyonel çalışmalar başladıktan sonra yetişkin fiziksel değerlendirme kursu alan hemşireler Servikal ve Meme kanserleri için doğru risk faktörlerini bilmeye ve kadınlara pap smear uygulama, kadınlara anormal pap

smear testleri hakkında bilgi verme konularında gelişme göstermeye daha eğilimli olduğu saptanmıştır (Camdan 2006, Ehrhardt 2007). 2006 yılında yapılan araştırmada kadın sağlığıyla ilgilenen tüm meslek gruplarının HPV ve bunun servikal kanserle ilişkisi hakkında toplumu eğitmelerini işaret etmektedir (Denny Smith, Bairan, Page 2006). İsveç'te 2007 yılında hemşirelerin servikal kanser tarama programları hakkında bilgisini, tarama programlarını yönetimini araştırmak için yapılan çalışmada hemşirelerin kendisini bu konuda baş bilgilendirici olarak gördüklerini, bilgilerinin yeterli olduğunu düşündüklerini göstermiştir. Ancak araştırma sonucu 5 hemşireden 4'ünün konu ile ilgili bilgi verme durumunun istenilen düzeyde olmadığını ve başarılı pap smear taraması için uzman eğitime ihtiyaç olduğunu göstermiştir. Sağlık çalışanlarının toplumu bilgilendirme konusundaki önemi tüm çalışmalarla vurgulanmaktadır (Bolsoy ve Şirini 1998, Chitty 2001, Aslantekin ve Aslan 2006, Doğan 2008, Yetimalar ve ark. 2009). Araştırmalar doğrultusunda oranlar yetersiz olarak değerlendirilebilir.

## **2. KSC'nin serviks kanseri risk faktörleri, pap smear ve HPV ile ilgili ifadelerin ve demografik özelliklerine göre bilgi sorularına yönelik bulgularının tartışılması**

Tablo 11'de KSC'nin demografik özelliklerine göre toplam bilgi formu puanı ortalamalarının dağılımları incelendiğinde yaşa ve medeni duruma göre toplam bilgi puanları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunurken ( $p>0.05$ ), meslek ve eğitim durumlarına göre fark önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

KSC'nin meslek durumlarına göre aldıkları toplam bilgi puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 11), ebelerin 20.69, doktorların 20.28 ve hemşirelerin ise 19.98 bulunmuştur. ABD'de 2008 yılında ebelerin servikal kanser hakkındaki bilgi düzeyi ve taramaya yönlendirme durumları araştırılmış ve ebelerin yüksek oranda bilgi sahibi olduğu ve taramaya erken başlanmasını sağladığı gözlenmiştir (Murphy ve ark. 2008). Gharoro ve ark. (2006) da üçüncü basamak sağlık kuruluşunda çalışan KSC'na serviks kanseri açısından pap smear testin kullanımı ve bilinçlilik düzeyini belirlemek için yapılan araştırmada en bilinçli grubun %59.2 oranla hemşirelerin oluşturduğunu saptamıştır. Ancak Doğan'ın (2008) Kayseri'de kadın sağlık çalışanlarının servikal kanser hakkındaki bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla yaptığı çalışma da hemşire, doktor ve ebelerin yakın oranlarda bilgi sahibi olması çalışmamız ile paralellik göstermektedir.

KSC'nin eğitim durumlarına göre toplam bilgi puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 11), lise mezunlarının ortalaması 19.23 iken yüksek lisans üzeri eğitim yapanların

23.0 olarak bulunmuştur. Eğitim durumu yükseldikçe toplam bilgi puan ortalamaları da artış göstermektedir. Güler'in (1993) kadınların genital kanserlerin belirtileri ve korunma yolları hakkındaki bilgi düzeylerinin saptanmasına yönelik yaptığı araştırmasında, eğitim düzeyi yükseldikçe genital kanserlere yönelik hazırlayıcı faktörler hakkındaki bilgi seviyesinin de yükseldiğini saptamıştır. Ankara'da bir üniversitede %61.4'ü sağlık bilimlerinde, %38.6'sı sağlık bilimlerinin dışındaki bölümlerde okuyan kız öğrencilere serviks kanseri ve korunmaya yönelik bilgi ve uygulamalarına yönelik yapılan bir araştırmada öğrencilerin yarıya yakınının serviks kanseri ve korunmaya yönelik bilgi ve uygulamalar konusunda bilgi sahibi olduğu, çoğunluğunun sağlık bilimlerinde okuyanların olduğu saptanmıştır (Topuz ve ark. 2008). Erciyes Üniversitesi'nde yapılan çalışmada ise eğitim düzeyinin artmasıyla beraber serviks kanseri risk faktörleri hakkında bilgi sahibi olmada da artış olduğu görülmüştür (Doğan 2008). Araştırmamızın sonuçları Ulusal Kanser Kontrol Programı çerçevesinde kanser farkındalığını oluşturmak, tarama standartlarını oluşturmak ve mortaliteyi azaltmak konusunda hedeflere ulaşmak için geliştirilecek en önemli stratejinin eğitici eğitimi olmasının önemini gösterebilir.

### **3. KSC'nın serviks kanserinin erken tanısına ilişkin tutum ölçeğine verdiği cevaplarına yönelik bulgularının tartışılması**

KSC'nın medeni durumlarına ve meslek durumlarına göre servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeğinden aldıkları toplam puan durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ( $p>0.05$ ). (Tablo 12).

Tablo 12'de KSC'nın demografik özelliklerine göre servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeğinden aldıkları toplam puan durumlarının dağılımları görülmektedir. Tablo incelendiğinde, KSC'nın yaş durumlarına göre servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum puan ortalaması 40 ve üstü yaş grubunda 75.60 ile en yüksektir. İnvaziv servikal kanserin en fazla 30-50 yaşları arasında olduğunu bildirilen kaynaklar vardır (Özmen 2004, Philip ve ark. 2007). Yaşın artması ile tutumların olumlu yönde artması riskin artmasına bağlı olarak KSC'nın risk algulamalarıyla ilişkilendirilebilir.

KSC'nın eğitim durumlarına göre servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeğinden aldıkları toplam puan durumları incelendiğinde, 78.00 puan ortalaması ile yüksek lisans ve üstü eğitimde yüksek olduğu görülmektedir. Toplum tabanlı hedeflenen eğitimler ve istenilen farkındalık düzeyi doğru uygulama ve tutumları ile bu konuda bilgili ve bilinçli kadın sağlık çalışanları ile sağlanabilir (Ardahan, Bay 2009).

Araştırmamızın sonucuna göre eğitim düzeyinin yükselmesi ile tutumların da istendik yönde yükselmesi, yeterli bilgi ve farkındalığın sağlanmasında önceliğin eğitim olduğunu ve önemini gösterebilir.

KSC'nın jinekolojik muayene yaptırma durumları ile servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeğinden aldıkları toplam puan durumları incelendiğinde (Tablo 13), jinekolojik muayene yaptırmayan KSC 66.22 tutum puanına sahipken, jinekolojik muayene yaptıran KSC'nın 75.68 ile tutum puanlarında artış olduğu görülmektedir. Tablo 13'de KSC'nın pap smear test yaptırma durumları ile servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeğinden aldıkları toplam puan durumlarına bakıldığında ise pap smear test yaptırmayan KSC 74.23 tutum puanına sahipken, pap smear test yaptıranların 76.67 ile tutum puanlarında artış sağladığı görülmektedir. Olumlu tutumlara sahip bireylerin olumlu davranış özellikleri gösterdikleri bunun da sağlıklı yaşam biçiminin oluşturulmasında son derece önemli olduğu vurgulanmaktadır (Vural 1998, Kalyoncu ve ark. 2003, Doğan 2008). Jinekolojik muayene ve pap smear test yaptıran KSC'nın tutum puanlarındaki artış, olumlu sağlık davranışı geliştirmede tutumların önemini ve bu durumun toplumu bilgilendirmede önemli bir nokta olduğunu gösterebilir.

Tablo 13'de KSC'nın serviks kanseri risk faktörleri, pap smear ve HPV hakkında bilgi alma düzeyleri ile servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeğinden aldıkları toplam puan durumları incelendiğinde, bilgi almayan grup 63.97 tutum puanına sahipken, bilgi alan grubun 75.26 ile tutum puanlarında artış sağladığı görülmektedir. Çalışmalar konu ile ilgili yeterli düzeyde bilgi almış kadın sağlık çalışanlarının olumlu tutuma sahip olduğunu ve olumlu tutum geliştirmiş sağlık personelinin kişilerin farkındalıklarını artırarak topluma konu ile ilgili bilgi verme durumlarını da olumlu yönde etkileyeceğini göstermektedir (Yazıcı 1994, Tay ve ark. 2005). Sonuçlar bize kişinin bilgi alma düzeyinin konu hakkındaki bilgisiyyle birlikte farkındalığını artıracak ve tutumlarının da gelişmesine yardımcı olacağını gösterebilir.

Tablo 13'de KSC'nın serviks kanseri risk faktörleri, pap smear ve HPV hakkında bilgi verme düzeyleri ile servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeğinden aldıkları toplam puan durumları incelendiğinde, bilgi vermeyen grubun 74.42 tutum puanına sahipken, bilgi veren grubun 76.22 ile tutum puanlarında artış sağladığı görülmektedir. Üreme sağlığı hizmeti kapsamında olumlu tutumlara sahip olan kadın sağlık çalışanlarının, topluma bilgilendirme yaptıkları saptanmıştır (Ardahan, Bay 2009). 2003 yılında yapılan çalışma, kadın sağlık çalışanlarının, öz bakım konusundaki algılarının dikkate alınmasının toplum tabanlı çalışmalar açısından son derece önemli

olduğunu ve olumlu tutuma sahip kadın sağlık çalışanlarının toplum için gerekli sağlık eğitimi programlarını planlayabileceğini ve olumlu sağlık davranışı geliştirilmesine pozitif yönde katkısı olacağını göstermektedir (Nahcivan, Seçginli 2003). KSC’ın serviks kanseri risk faktörleri, pap smear ve HPV hakkında bilgi verme durumundaki artışın tutum puanlarında da artış sağlamış olması, kadın sağlık çalışanlarının toplum için gerekli sağlık eğitimi programlarını planlayabileceğini, olumlu sağlık davranışı geliştirilerek ülke ekonomisine olumlu etki sağlayacağını gösterebilir.



## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

KSC'nin servikal kansere ilişkin bilgi ve tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmada aşağıda belirtilen sonuçlar elde edilmiştir.

### 6.1. KSC'nin demografik özelliklerine göre jinekolojik muayene yaptırma, pap smear test yaptırma ve Serviks kanseri konusunda bilgi alma/verme durumlarına yönelik sonuçlar

Araştırmaya katılan KSC'nin %33.5'inin 25-29 yaş grubunda, %37'sinin cerrahi birimlerde, %37.6'sının önlisans mezunu oldukları, meslek grubu olarak %71,7'sinin hemşire olduğu ve %68.4'ünün evli olduğu görülmüştür (Tablo 1).

KSC'nin %49.8'inin jinekolojik muayene yaptırdığı, %50.2'sinin hiç jinekolojik muayene yaptırmadıkları görülmüştür (Tablo 2). KSC'nin içerisinde ebelerin %56.2'sinin jinekolojik muayene yaptırdığı, önlisans mezunlarının %60.9'unun jinekolojik muayene yaptırdığı, evli olanların ise %68.6'sının jinekolojik muayene yaptırdığı görülmüştür. Araştırmaya katılan KSC'nin yaşlarına, mesleklerine, medeni durumlarına ve eğitim durumlarına göre jinekolojik muayene yaptırma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ). (Tablo 3). Jinekolojik muayene sonuçları incelendiğinde ise %35.3'ünün normal bulgu tanısı aldığı, tanıya yönelik tedavi olma durumuna bakıldığında ise %46.8'inin tedavi olduğu görülmüştür (Tablo 6).

KSC'nin % 29.6'sının pap smear test yaptırdığını, %70.4'ünün pap smear test yaptırmadığını görülmüştür (Tablo 4). KSC'nin yaşlarına, mesleklerine, medeni durumlarına ve eğitim durumlarına göre pap smear test yaptırma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ). (Tablo 5). KSC'nin pap smear testini %53.5'inin düzenli sağlık kontrolü için, %23.1'inin doktor isteği olduğu için yaptırdığı, pap smear test sonuçlarının ise %52.3'ünün normal bulgu, %36.4'ünün servisit olduğu görülmüştür (Tablo 6). KSC'nin pap smear test yaptırmama nedenleri olarak, %35.2'sinin şikayeti olmadığından dolayı ihtiyaç duymadığını, %27.1'inin şu anda cinsel yönden aktif olmadıkları için pap smear testini yaptırmadıkları görülmüştür (Tablo 7).

KSC'nin %2'sinin ise 35 yaş ve üstünde evlendiği, %1.6'sının ise serviks kanseri açısından riskli olarak değerlendirilen 17 yaş ve altında ilk cinsel deneyim yaşadığı görülmektedir. KSC'nin %0.3'ünün cinsel yolla bulaşan hastalığı olduğu, %3.1'inin 4 ve üstü gebelik geçirdiği, %2.7'sinin 3 ve üstü doğum yaptığı görülmüştür. KSC'nin

servikal kanser açısından risk olarak kabul edilen 5 yıldan daha uzun süreli oral kontraseptif kullanımının %52.1 oranında olduğu, KSC'nin %26.2'sinin sigara kullandığı, %2.7'sinin ise sosyoekonomik durumunu kötü olarak değerlendirdiği görülmüştür (Tablo 8).

KSC'nin serviks kanseri konusunda %75.9'unun bilgi aldığı, %24.1 oranında ise bilgi almadığı, Serviks kanseri ile ilgili en fazla %42.2 oranında lisans eğitiminde, hizmet içi eğitimlerde ise %40.2 oranında bilgi alındığı görülmüştür (Tablo 9).

KSC'nin %29.5'inin bilgi verdiği, %70.5 oranında ise bilgi vermediği görülmüştür (Tablo 10).

## **6.2. KSC'nin serviks kanseri risk faktörleri, pap smear ve HPV ile ilgili ifadeleri ve demografik özelliklerine göre bilgi sorularına yönelik sonuçları**

KSC'nin yaş ve medeni durumlarına göre serviks kanseri risk faktörleri, pap smear ve HPV bilgi formu'ndan aldıkları toplam bilgi puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Araştırmaya katılan KSC'nin meslek ve eğitim durumlarına göre serviks kanseri risk faktörleri, pap smear ve HPV bilgi formu'ndan aldıkları toplam bilgi puan ortalamaları incelendiğinde en yüksek bilgi puan ortalamasının 20.69 ile ebeverde, eğitim durumu olarak ise 23.00 bilgi puan ortalaması ile yüksek lisans ve üzeri KSC'nde olduğu görülmüştür. KSC'nin çalıştıkları bölüme göre toplam bilgi formu puan ortalamasının dağılımları incelendiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş, 21.44 ile ayaktan tanı ve tedavi birimlerinde çalışan KSC'na ait olduğu görülmüştür. ( $p<0.05$ ). (Tablo 11).

## **6.3. . KSC'nin Serviks kanserinin erken tanısına ilişkin tutum ölçeğine verdiği yanıtlara yönelik sonuçlar**

KSC'nin yaş ve eğitim durumlarına göre servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeğinden aldıkları toplam puan durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunurken, mesleğine ve medeni durumlarına göre servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeğinden aldıkları toplam puan durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ( $p>0.05$ ). (Tablo 12). Eğitim durumlarına göre servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeğinden aldıkları en yüksek puan 78.00

ile yüksek lisans ve üzeri eğitim seviyesine sahip olan KSC'nda olduğu, ikinci sırada ise 75.60 ile 40 ve üstü yaşa sahip KSC'na ait olduğu görülmüştür.

Jinekolojik muayene yaptıran KSC, jinekolojik muayene yaptırmayanlara, pap smear test yaptıran KSC, pap smear test yaptırmayanlara ve serviks kanseri risk faktörleri, pap smear ve HPV hakkında bilgi alan/veren KSC, bilgi almayanlara göre servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum toplam puan durumlarının yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 13).

Yapılan araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

Araştırmamızın sonucunda KSC'nın jinekolojik muayene ve pap smear test yaptıran durumlarının yetersiz olduğu saptanmıştır. Bu nedenle KSC'na jinekolojik muayene ve pap smear testin önemini kavratılması sağlanmalıdır. Buna yönelik olarak ayrıntılı bilgi sahibi olmaları için tüm KSC'na düzenli olarak HİE programlarının planlanması ve yaygınlaştırılması önerilir.

Araştırmamıza göre KSC'nın serviks kanseri risk faktörleri, pap smear ve HPV'ye yönelik bilgilerinin yetersiz olduğu saptandığından dolayı bu konulara yönelik bilgi düzeylerinin artırılması amacıyla mesleki eğitimleri sırasında yeterli bilgi kazanmalarını sağlayacak teorik bilgi ve uygulama içeriğinin düzenlenmesi, belirli aralıklarla düzenlenecek kurs/sertifika programları ile bilgilerinin güncellenmesi önerilir.

KSC'nın konu ile ilgili bilgi alma ve bilgi verme durumlarının yetersiz olduğu ve sağlık eğitiminde yeterince etkin olmadıkları saptandığından dolayı sağlık çalışanlarının konu ile ilgili teorik bilgi eksikliklerini giderecek ve toplumu bilgilendirme için yapabilecekleri ile ilgili eğitici eğitimlerine daha fazla önem verilmesi önerilir.

KSC'nın kendi sağlıklarıyla ilgilenme, öz bakım düzeyinin ve konu ile ilgili tutumlarının yetersiz olarak saptanması dolayısıyla, gerekli tutum değişikliğini sağlamak için konunun önemine ve tutumların değişikliğine yönelik programların düzenlenmesi önerilir. KSC'na bu şekilde topluma uygun rol modeli olamayacaklarının anlatılması, uygun rol modeli olmanın toplum sağlığını yakından ilgilendirdiği konusuna vurgu yapılarak farkındalığı oluşturacak eğitimler önerilir. Ayrıca toplum ve meslek gruplarının kanserle ilgili etkinliklerde birlikte çalışmalarının desteklenerek bunun önemini vurgulanması önerilir.

## KAYNAKLAR

- 1- Akça Ay, F. (2007). Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar, İstanbul Medikal Yayıncılık, s: 39.
- 2- Akhan, E. (2007). Ülkemizde Servikal Kanser Epidemiyolojisi ve HPV Serotipleri, Ankem Dergisi 21, 96- 98.
- 3- Akın, A. ve Bahar Özvarış, Ş. (2006). Kadın Sağlığı/Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara 188-314.
- 4- Akın, A. (2008). T.C Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 'Kadının Statüsü ve Sağlığı İle İlgili Gerçekler', Ankara, 50-90.
- 5- Aksu, M. (2008). Gebelikte Servikovaginal Sitolojik Değişikliklerin Değerlendirilmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, 15-21.
- 6- Akyüz, A., Güvenç, G., Yavan, T., Çetintürk, A. ve Kök, G. (2006). Kadınların Pap Smear Yaptırma Durumları İle Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Gülhane Tıp Dergisi, 48:25-29.
- 7- Araz, A., Harlak, H. ve Meşe, G. (2007). Sağlık Davranışları ve Alternatif Tedavi Kullanımı, Koruyucu Hekimlik Dergisi; 6 (2):113.
- 8- Ardahan, M. ve Bay, L. (2009). Hemşirelik Yüksek Okulu 1.ve 4. sınıf öğrencilerinin vajinal akıntı ve bireysel hijyen hakkındaki bilgi düzeyleri, Ege Tıp Dergisi, 48(1) :33-43.
- 9- Aslantekin, F. ve Aslan, G. (2006). Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarda Sağlık Eğitiminin Önemi ve Ebenin Eğitimci Rolü, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:1, Sayı:1 82- 91.
- 10- Atasü, T. ve Şahmay, S. (2001). Jinekoloji 2. Baskı, 249-254.
- 11- Ayaz, S., Tezcan, S. ve Akıncı, F. (2005). Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları, C.Ü.Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 9(2):27.
- 12- Aydemir, G. (1997). Hemşirelerin Meme ve Jinekolojik Kanserlerin Tanımlanması ve Önlenmesi ile İlgili Bilgi ve Uygulamaları ve Taşıdıkları Risk Faktörleri, Türk Hemşireler Dergisi, 47/4;7-10.
- 13- Barut, A. (2000). Serviks Kanserinde Erken Tanı ve Tedavi, Sürekli Tıp Eğitim Dergisi (sted), Mart Sayısı.
- 14- Başaran, M. (2004). Kadın Hastalıkları ve Doğum, Pelin Ofset Tipo Matbaacılık, Ankara.

- 15- Ball, C. ve Madden, JE. (2003). Update on Cervical Cancer Screening. Current Diagnostic and Evidence-Based Management Protocols. Postgrad Med. Postgraduate Medicine;113 (2):59-70.
- 16- Berkman, S. ve Ermiş, H. (1999). Servikal İnterapitelial Neoplazi, Jinekolojik Onkoloji 2. Baskı İstanbul, 239-260.
- 17- Bekar, M., Sezgin, A. ve Güler, H. (1999). Hemşirelerde Görülen Kadın Sağlığı Sorunlarının ve Bu Sorunlara Yaklaşımlarının Belirlenmesi, VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, 241-245.
- 18- Bilgin, N. (1998). Sosyal Psikolojiye Giriş, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları 48.
- 19- Birol, L., Erdil, F., İnanç, N., Akdemir, N., Çavuşoğlu, H., Algier, L. ve Aban, S. (1996). Hemşireler için Kanser El Kitabı, Platin N.(Ed), Ankara, IV Akşam Sanat Okulu Matbaası.
- 20- Birol, L. (2004). "Hemşirelik Süreci: Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım" 3.Baskı, Etki Matbaacılık, İzmir.
- 21- Bolsoy, DN. ve Şirini, A. (1998). A.Ç.S ve A.P. Merkezlerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Jinekolojik Kanserler Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve Uygulamalarının İncelenmesi, Hemşirelik Forumu, 1/5;230-233.
- 22- Bosch, FX., Manos, MM. ve Munoz, N. (1995). The IBSCC Study Group Prevalence of Human Papillomavirus in Cervical Cancer: A Worldwide Experience, J Natl Cancer Inst; 87: 796-802.
- 23- Camdan, L., (2006), Human Papillomavirus (HPV) and Cervical Cancer The Facts, Published By The Royal College of Nursing, 20 Cavendish Square London.
- 24- Christie, L., Gamble, J. ve Creedy, DK. (2005). Women's Views of Registered Nurses as Papanicolaou Smear Providers: a Pilot Study, Dec;20(2):159-68.
- 25- Chitty, KK. (1997). Professional Nursing: Concepts and Challenges, Second edition, 1997.
- 26- Chitty, KK. (2001). Professional Nursing: Concepts & Challenges, (Ed) Chitty K K, third edition, WB Saunders Company, s.177-178.
- 27- Cronjé, HS. (2004). Screening for Cervical Cancer in Developing Countries, Int J Gynaecol Obstet, Feb;84(2):101-8. PMID 14871510.
- 28- Demircier, M., Kaya, O., Bayrakçı, A. ve Altun, A. (2007). Meme Kanseri İle Serviks Kanseri Konusunda Sağlık Personelinin Bilgi ve Davranışlarının Ölçülmesi, Aksaray Devlet Hastanesi, Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi (KETEM).

- 29- Denny-Smith, T., Bairan, A. ve Page, MC. (2006). A Survey of Female Nursing Students' Knowledge, Health Beliefs, Perceptions of Risk and Risk Behaviors Regarding Human Papillomavirus and Cervical Cancer, *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* Feb;18(2):62-9.
- 30- Doğan, M. (2008). Kadın Sağlık Çalışanlarının Serviks Kanseri Risk Faktörleri ve Pap Smear Konusundaki Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi, Cumhuriyet Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Sivas
- 31- Dönmez, A.G. (2007). Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Kadın Sağlık Personelinin Serviks Kanseri İlişkin Bilgi Düzeyinin ve Farkındalığının Araştırılması, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- 32- Ehrhardt, J., (2007). What School Nurses Need to Know About Cervical Cancer, HPV, and the New Vaccine, *The Journal of School Nursing* Dec;23(6):310-4.
- 33- Ekizler, H. (1994). Servikal kanserlerin Önlenmesinde, Erken Tanısında Pap Smear Taramalarının Önemi ve Hemşirenin Rolü, *Marmara Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 33-45.
- 34- Farland, DM. (2003). Cervical Cancer and Pap Smear Screening in Botswana: Knowledge and Perceptions, *Int Nurs Rev*, 50: 167-175.
- 35- Fidan, N. ve Erden, M. (1998). Eğitime Giriş, Alkım Yayınları, İstanbul.
- 36- Fosse, E. ve Roeiseland, A. (2007). From Vision to Reality? The Ottawa-Charter in Norwegian Health Policy, *Internet Journal of Health Promotion*.
- 37- Franco, EL., Villa, LL., Sobrinho, JP., Prado, JM., Rousseau, MC., Desy, M. ve Rohan, TE. (1999). Epidemiology of Acquisition and Clearance of Cervical Human Papillomavirus Infection in Women From a High-risk Area for Cervical Cancer, *J Infect Dis*, 180(5):1415-23.
- 38- Freedman, J L., Scars, D O. ve Carlsmith, J M. (2003). Sosyal Psikoloji (Çeviri: Ali Dönmez), 4. Baskı, İmge Kitabevi, Ankara.
- 39- Giarelli, E. (2007). Cancer Vaccines: a New Frontier in Prevention and Treatment, *Oncology (Williston Park NY)*, 2007 October; 21(11 Suppl Nurse Ed):11-7.
- 40- Gichangi, P., Estambale, B. ve Bwayo, J. (2003). Knowledge and Practice About Cervical Cancer and Pap Smear Testing Among Patients at Kenyatta National Hospital, Nairobi, Kenya. *Int J Gynecol Cancer* 2003; 13: 827-833.
- 41- Gharoro, EP. ve Ikeanyi, EN. (2006). An Appraisal of The Level of Awareness and Utilization of The Pap Smear as A Cervical Cancer Screening Test Among Female Health Workers in A Tertiary Health Institution, *Int J Gynecol Cancer*, 16;1063-1068.

- 42- Gülen, H. (2004). Ebe/Hemşirelerin Pap Smear Teste İlişkin Bilgilerinin ve Pap Smear Test Yaptırma Durumlarının Saptanması, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi.
- 43- Güler, N. (1993). Kadınların Genital kanserlerin Belirtileri ve Korunma Yolları Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Saptanması, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi.
- 44- Günal, SY. ve Günal, Aİ. (2001). Fırat Üniversitesi Çalışanlarında Bazı Davranışsal Sağlık Risk Faktörleri, Sağlık ve Toplum, 11(2):62-68.
- 45- Güner, H. ve Taşkiran, Ç. (2007). Serviks Kanser Epidemiyolojisi ve Human Papilloma Virüs Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Jinekolojik Onkoloji Ünitesi, Ankara Cilt: 4 Sayı: 1, 11-19.
- 46- Güran, Ş. (2005). Kanserden Korunma, Gülhane Tıp Dergisi, Cilt 47, Sayı 4, Sayfalar 324-326.
- 47- Hatipoğlu, A. (2007). Kanserde Erken Tanı ve Tarama Problemleri, Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi.
- 48- Ideström, M., Milsom, I. ve Andersson-Ellström, A. (2007). Acta Obstet Gynecol Scand, The Cervical Cancer Screening Program From A Midwife's Perspective, 86(6):742-8.
- 49- Irkkan, Ç. ve Yurtaslan, A. (2007). Serviks Kanseri Genel Bilgi, T.C Sağlık Bakanlığı Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 30 Eylül 2007.
- 50- İnceoğlu, M. (1993). Tutum Algı İletişim, V Yayınları, Ankara.
- 51- İsen, G. ve Batmaz, V. (2002). Ben ve Toplum/Sosyal Psikoloji, 2. Baskı OM Yayınevi, İstanbul.
- 52- John, M., Kirwan, J. ve Herrington, SC. (2001). Human Papillomavirus and Cervical Cancer, Where Are We Now?, British Journal of Obstetrics and Gynaecology, Vol. 108, pp. 1204–1213.
- 53- Johnson, RL. (2005). Gender Differences in Healthpromoting Lifestyles of African Americans, Public Health Nursing, 22 (2):130-37.
- 54- Jormfeldt, H., Svenderg, P. ve Arvidsson, B. (2003). Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing : Nurses, Conceptions of How Processes Are Promoted İn Mental Health Nursing, 10,608-615.
- 55- Kalyoncu, C., Işıklı, B., Özalp, S. ve Küçük, N. (2003). Osmangazi Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuruların Pap Smear Hakkında Bilgi Tutum ve Davranışları, Sağlık ve Toplum, 13/2;60-66.

- 56- Kanserle Savaş Politikası ve Kanser Verileri (1995-1999), T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Ankara.
- 57- Karayurt, Ö., Coşkun, A. ve Cerit, K. (2008). Hemşirelerin Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesine İlişkin İnançları ve Uygulama Durumu, Meme Sağlığı Dergisi Cilt 4, Sayı:1,15-20.
- 58- Kaya, F., Ünüvar, R., Bıçak, A., Yorgancı, E., Öz, B. ve Kankaya, F. (2008). Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 7(1) 59-64.
- 59- Kıray, B. (1998). Sağlık Riskinin Belirlenmesi ve Hemşirelik İçin Önemi, C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2(2) 39-43.
- 60- Kolutek, R. (2004). Nevşehir İli Uçhisar Kasabasında Yaşayan Bireylerde Kanser Risk Faktörleri ve Erken Tanı Belirtilerinin Saptanması, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi
- 61- Köse G (2005) 1.Basamakta Pap Smear Taraması. 4.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı, 20-23 Nisan;53.
- 62- Kutluk, T. ve Kars, A. (2001). Kanser Konusunda Genel Bilgiler, T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı.
- 63- Lazcano-Ponce, E., Rivera, L., Arillo-Santillan, E., Salmeron, J., Hernandez-Avila, M. ve Munoz, N. (2001). Acceptability of A Human Papillomavirus (HPV) Trial Vaccine Among Mothers of Adolescents in Cuernavaca, Mexico, Arch Med Res 2001, 32(3):243-7.
- 64- Leddy, S. ve Pepper, M. (1993). Conceptual Bases of Professional Nursing, Third edition, J.B. Lippincott Company.
- 65- Lippincott, W. (2006). Essentials of Maternity, Newborn, and Women's Health Nursing.
- 66- Lyon, A. (2004). International Agency For Research on Cancer: Handbooks of Cancer Prevention, vol 9 Cervix Cancer Screening, IARC Pres.
- 67- Lynn, A., Richards, RN., ve Klemm, P. (2000). An Inpatient Cervical Cancer Screening Program to Reach Underserved Women, JOGNN 29,465-473.
- 68- McCorkle, R., Tang, ST., Greenwald, H., Holcombe, G. ve Lavery, M. (2006). Factors Related to Depressive Symptoms Among Long-term Survivors of Cervical Cancer, Jan;27(1):45-58.



- 69- Menteş, İA. (1998). Kadın Üreme Organları Kanselerinde Risk Faktörlerinin Belirlenmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi.
- 70- Moreira, E.D., Oliveira, BG., Ferraz, FM., Costa, S., Filho, JO. ve Karic, G. (2006). Knowledge and Attitudes About Human Papillomavirus, Pap Smears and Cervical Cancer Among Young Women in Brazil: Implications For Health Education and Preveention Int J Gynecol Cancer ,16;599-603.
- 71- Munoz, N., Bosch, FX., Castellsague, X., Diaz, M., de Sanjose, S., Hammouda, D., Shah, KV. ve Meijer, CJ. (2004). Against Which Human Papillomavirustypes shall we Vaccinate and Screen? The International Perspective, Int J Cancer;111:278-85.
- 72- Murphy, PA., Schwarz, EB. ve Dyer, JM. (2008). Cervical Cancer Screening Practices of Certified Nurse-Midwives in The United States, Journey of Midwifery Womens Health, Jan-Feb; 53(1):11-8.
- 73- Mutyaba, T., Mmiro, F. ve Weiderpass, E. (2006). Knowledge, Attitudes and Practices on Cervical Cancer Screening Among The Medical Workers of Mulago Hospital, Uganda, [BMC Med Educ., 6:13, PMID: 16509979.
- 74- Nahcivan, N. ve Seçginli, S. (2003). Meme Kanselerinde Erken Tanıya Yönelik Tutum ve Davranışlar: Bir Rehber Olarak Sağlık İnanç Modelinin Kullanımı, C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7 (1):33.
- 75- Nuguyen, T., McPhee, SJ., Nguyen, T., Tram, L. ve Mock, J. (2002). Predictor of Cervical Pap Smear Screening Awareness, Intention and Receipt Among Vietnamese-American Women, Am J Prev Med;23:207-214.
- 76- Ozan, H. (2005). Pap Smear: Ne zaman? Nasıl? Kimden? Hassa H (ed), Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği, Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler Dergisi;2:36-40.
- 77-Önel, M. ve Bozkaya, E. (2006). Cinsel Yol İle Bulaşan Hastalıkların Servikal Kanseler İle İlişkisi, Türkiye Klinikleri Dergisi, 2(11):53-55.
- 78- Öz, F. (2004). Sağlık Alanında Temel Kavramlar, Ankara, 11-15.
- 79- Özgül, N. (2007). Serviks Kanselerinin Epidemiyolojisi, Etiyoloji, Patogenezi ve Türkiye'deki Tarama Programları, Yüce, K., Salman, N. (editörler), Serviks Kanseler ve Önlenmesi, İstanbul: Medya Tower: 6-15.
- 80- Özmen, D. (2004). "Sağlık inanç modeli" Yaklaşımı ile Servikal Kanseler Erken Tanısına İlişkin Tutumlara Yönelik Ölçek Çalışması, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, s:137.

- 81- Pasinlioğlu, T. ve Güzüm, S. (1998). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Davranışları, C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2 (2)60 - 61.
- 82- Philip, J., DiSaia, W., ve T. Creasman. (2007). Clinical Gynecologic Oncology 7 th edition.
- 83- Pınar, G., Algıer. L., Doğan, N. ve Kaya, N. (2008). Jinekolojik Kanserli Bireylerde Risk Faktörlerinin Belirlenmesi, Uluslar Arası Hematoloji-Onkoloji Dergisi, Sayı:4, Cilt:18.
- 84- Polat, A., Aydın, Ö. ve Düşmez, D. (2000). Mersin İlinde 1989-1999 Yılları Arasında Görülen Kadın Genital Sistem Tümörlerinin Dağılımının Değerlendirilmesi, Türk Patoloji Dergisi; 16(1-2): 34-38.
- 85- Potter, P.A. ve Perry, A.G. (1999). Basic Nursing A Critical Thinking Approach, Fourth Edition, St. Louis, Mosby Year Book, Toronto.
- 86- Potter, P.A. ve Perry, A.G. (1997). Fundamentals of Nursing Concepts, Process and Practice, Mosby Year Book Inc., Fourth Edition., Toronto.
- 87- Rao, RS., Kamath, VG., Chandrashekhar, S., Rao, L. ve Pratap, K., (2007), Downstaging for Cervical Cancer: a Community-Based Study in The Rural Areas of Udupi District, Karnataka, India, Tropical Doctor April;37(2):73-5.
- 88- Reid, J. (2001). Women's Knowledge of Pap Smears, Risk Factors for Cervical Cancer and Cervical Cancer, JOGNN, 30;299-305.
- 89- Reis, N. (2003). Jinekolojik Kanser ve Tedavilerinin Kadın Cinsel Sağlığına Etkileri, C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7 (2) 35-40.
- 90- Richard, R., Michael, W., David, M., (2002). Handbook of Gynecologic Oncology 2nd Edition.
- 91- Robbins, S., Umar, V. ve Cotran, R. (2003). Serviks İntraepitelyal Neoplazi ve Squamoz Hücreli Karsinom, Serviks Tümörleri, Kadın Genital Sistem ve Meme, Çeviri Editörü: Prof. Dr Uğur Çevikbaş, 7:686-689.
- 92- Sankaranarayanan, R., Ramani, S. ve Wesley, R. (2005). Servikal Neoplazilerde Gözle Tarama Pratik El Kitabı, 1. baskı, Ankara.
- 93- Somer, A. (2008). Human Papillomavirus (HPV) Aşılı, Çocuk Enfeksiyon Dergisi (Özel Sayı 2): 50-55.
- 94- Şengelen, M. (2002). Türkiye'de Kanser İstatistikleri, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara.

- 95- Şenyürek, N. (2008). 'İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Serviks Kanserinin Erken Tanı, Teşhis, Korunma ve Tedavisi Konusunda Bilgi ve Tutumlarının İncelenmesi ve Değerlendirilmesi, Onbirinci Ulusal Jinekolojik Onkoloji Kongresi, Antalya.
- 96- Sheris, JD. ve Wells, ES. (1993). Bishop A: Cervical Cancer in Developing Countries, A. Situation Analysis The World Bank Department of Population, Health and Nutrition.
- 97- Siahpush, M. ve Singh, GK. (2002). Socio-demographic Predictors of Pap Test Receipt, Currency and Knowledge Among Australian Women, *Prevent Med*;35:362-368.
- 98- Tabak, SR. (1999). Sağlık İletişimi, Literatür Yayınları:32, İstanbul.
- 99- Tabak, SR. ve Akköse, K. (2006). Ergenlerin Sağlık Denetim Odağı Algılama Düzeyleri ve Sağlık Davranışlarına Etkileri, *Kor Hek.*, 5(2):118.
- 100- Tarwireyi, F., Chirenje, Z.M. ve Rusakaniko, R. (2003). Cancer of the Cervix: Knowledge, Beliefs and Screening Behaviours of Health Workers in Mudzi District in Mashonaland East Province, Zimbabwe, *Cent Afr J Med*, 2003;49:83-6.
- 101- Taşkın, L. (2005). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, VII Baskı, Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.
- 102- Tay, Z., Özer, T., Temiz, S., Emirler, S. ve Oral, C. (2005). Kanser Konusunda Temel Bilgiler Eğitimci El Kitabı, Manisa İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesi.
- 103- Taylor, S.E., Peplau, L.A. ve Sears, D.O. (2007). Sosyal Psikoloji, Ali Dönmez (çev.), Ankara, İmge Kitabevi.
- 104- Tessaro, I. ve Herman, C. (2000). Changes in Public Health Nurses' Knowledge and Perception of Counseling and Clinical Skills for Breast and Cervical Cancer Control, *Canser Nursing*, Oct;23(5):401-5.
- 105- Thomas, VN., Saleem, T. ve Abraham, R. (2005). Barriers to Effective Uptake of Cancer Screening Among Black and Minority Ethnic Groups, *International Journal of Palliative Nursing* November;11(118):562, 564-71.
- 106- Trottier, H. ve Franco, EL. (2006). The Epidemiology of Genital Human Papillomavirus Infection, *Vaccine*; 24: 4-15.
- 107- Tuncer, Z. (2007). Jinekolojik Açıdan Human Papillomavirüs İnfeksiyonu, *Hacettepe Tıp Dergisi*, 38:8-14.
- 108- Tung, WC., Nguyen, DH. ve Tran, DN. (2008). Applying the Transtheoretical Model to Cervical Cancer Screening in Vietnamese-American Women, *International Nursing Review* Mar;55(1):73-80.

- 109- Turkistanli, EC., Sogukpinar, N., Saydam, BK. ve Aydemir, G. (2003). Cervical Cancer Prevention and Early Detection-the Role of Nurses and Midwives, Asian Pasific Journey of Cancer Prevention Jan-March; 4(1):15-21.
- 110- Türkdemir, AH. (2003). Meme ve Serviks Kanserlerinde Risk Gruplarının Saptanması, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, 61-63.
- 111- Tortumluoğlu, G. ve Erci, B. (2004). Klimakterik Dönemdeki Kadınlara Verilen Planlı Sağlık Eğitiminin Menopozal Yakınma, Tutum ve Sağlık Davranışlarına Etkisi, İnsan Bilimleri Dergisi, 1:122.
- 112- Uyanıkoğlu, H. (2006). Servikal Kansere Taramasında Asetikasit Sonrası İncelemeyle (VIA) , Servikal Smear'ın Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, 6-9.
- 113- Vural, KB. (1998). Sağlık Riskinin Belirlenmesi ve Hemşirelik İçin Önemi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(2):39.
- 114- Vural, G. ve Şentürk, A. (1999). Jinekolojik Kanseri Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Yaşadıkları Güçlüklerin Saptanması, Hemşirelik Araştırma Dergisi:1:70-79.
- 115- Yang, HL. ve Chang, SN. (2007). Rekürrent Servikal Kanseri Güvensiz Bir Hastaya Hemşirelik Tecrübesi, Hu Li Za Zhi The Journal of Nursing Ağustos;54(4):101-5.
- 116- Yazıcı, S. (1996). Serviks Kanseri Risk Faktörleri ve Erken Tanı, Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 372;43-49.
- 117- Yazıcı, S. (1994). Serviks Kanseri Risk Faktörlerinin Belirlenmesi ve Korumada Ebe/Ebe - Hemşirelerin Etkinliği, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Doktora Tezi.
- 118- Yetimaller, H., Köksal, A., Kasap, B., Uysal, A. ve Çukurova, K. (2009). Türkiye'deki Sağlık Personelinin Smear Testine Güncel Yaklaşımı, J Turkish German Gynecol Assoc. Cilt: 10 Sayı:2, 68-70.
- 119- Zemheri, E. ve Koyuncuer, A. (2005). Servikal Kanseri Erken Tanısında Pap Testinin Önemi, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (sted); 14: 1- 4.
- 120- Zhonghua, Fu., Chan, Ke Za Zhi. (2006). Squamous İnterepithelial Lesions in Pregnant Women 41:689-92.
- 121- Zimet, GD., Mays, RM., Winston, Y., Kee, R., Dickes, J. ve Su, L. (2000). Acceptability of Human Papillomavirus Immunization of Women's health & Gender-based medicine 9(1):47-50.

- 122- Wang, P.D., Lin, R.S. (1996). Sociodemographic Factors of Pap Smear Screening in Taiwan, Gynecol. Oncol., 62:1:10-8
- 123- [www.who.int/whosis/whostat2006.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat2006.pdf) Erişim Tarihi: 09.03.2008
- 124- [www.halksagligi.med.ege.edu.tr/seminerler/2005-06/SaglikveKultur\\_GK.pdf](http://www.halksagligi.med.ege.edu.tr/seminerler/2005-06/SaglikveKultur_GK.pdf) Erişim Tarihi:07.06.2008.
- 125- [www://tr.wikipedia.org/wiki/kanser](http://tr.wikipedia.org/wiki/kanser) Erişim Tarihi: 18.01.2008.
- 126- [www2.aku.edu.tr/~gocak/testgelistirme/2007ebilimler/tutumlar.pdf](http://www2.aku.edu.tr/~gocak/testgelistirme/2007ebilimler/tutumlar.pdf) Erişim Tarihi: 23.06.2008.
- 127- [www.rhpeo.org/ijhparticles/1999/1/index.htm](http://www.rhpeo.org/ijhparticles/1999/1/index.htm) Erişim Tarihi: 30 Mayıs 2008.
- 128- [www.turkcancer.org/newsphp?id=3-23k](http://www.turkcancer.org/newsphp?id=3-23k) Erişim Tarihi: 23.12.2007.

## **EKLER**

EK-1 Tablo 1. KSC'nin Serviks Kanseri Risk Faktörleri, Pap Smear ve HPV ile İlgili İfadelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı

EK-2 Tablo 2. KSC'nin Serviks Kanserinin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeğine Verdiği Cevapların Dağılımları

EK-3 Veri Toplama Formu

EK-4 Serviks Kanseri Risk Faktörleri, Pap Smear ve HPV Bilgi Formu

EK-5 Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği

EK-6 Sivas Valiliği Sağlık Müdürlüğü İzin Formu

**EK-1.****Tablo 1. KSC'nın Serviks Kanseri Risk Faktörleri, Pap Smear ve HPV ile İlgili İfadelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı (n=1170)**

İFADELER	Doğru	Yanlış	Bilgisi Olmayan
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
1.Serviks kanserinde erken tanı tedavi mümkündür	1105 (94.4)	23 (2.0)	42 (3.6)
2.Pap smear testini cinsel yönden aktif her kadın yaptırmalıdır.	1009 (86.2)	46 (3.9)	115 (9.8)
3.Siklus aralarında kanama olması serviks kanserinin erken belirtisidir.	749 (64.0)	122 (10.4)	299 (25.6)
4.Sigara kullanma servis kanseri risk faktörüdür.	891 (76.2)	97 (8.3)	182 (15.6)
5.Serviks kanseri ve kanser öncesi hücreler HPV ile ilişkili değildir.	575 (49.1)	86 (7.4)	509 (43.5)
6.Yetersiz, dengesiz beslenme serviks kanseri risk faktörüdür.	356 (30.4)	464 (39.7)	350 (29.9)
7.Serviks kanseri 30'lu yaşlarda da görülmeye başlamıştır.	586 (50.1)	176 (15.0)	408 (34.9)
8.Aşırı kilo/obezite sorunu yaşama serviks kanseri risk faktörü değildir.	460 (39.3)	304 (26.0)	406 (34.7)
9.Pap smear test tarama amacıyla yapılır.	965 (82.5)	111 (9.5)	94 (8.0)
10.Birden fazla partnere sahip olma serviks kanseri risk faktörüdür.	1031 (88.1)	40 (3.4)	99 (8.5)
11.HPV'nin uzun dönem etkileri infertiliteye yol açabilir.	597 (51.0)	117 (10.0)	456 (39.0)
12.Ailede kanser öyküsü olması serviks kanseri risk faktörü değildir.	719 (61.5)	201 (17.2)	250 (21.4)
13.Her kadın servis kanserine yakalanma konusunda eşit risklere sahiptir.	581 (49.7)	439 (37.5)	150 (12.8)
14.HPV enfeksiyonu geçirme serviks kanseri risk faktörüdür.	889 (76.0)	42 (3.6)	239 (20.4)
15.HPV cinsel ilişkide ağrıya neden olur.	76 (6.5)	763 (65.2)	331 (28.3)
16.Vajinal akıntının miktarının artması , renginin değişmesi serviks kanserinin erken belirtisi değildir.	507 (43.3)	384 (32.8)	279 (23.8)
17.HPV cinsel yolla bulaşan bir virüstür.	886 (75.7)	64 (5.5)	220 (18.8)
18.Oral kontraseptif kullanma serviks kanseri risk faktörü değildir.	256 (21.9)	446 (38.1)	468 (40.0)
19.Serviks kanserine karşı jinekolojik muayeneyi ancak jinekolojik bir sorun yaşandığında yaptırmak gerekir.	907 (77.5)	138 (11.8)	125 (10.7)
20.Tampon kullanma servis kanseri risk faktörü değildir.	415 (35.5)	309 (26.4)	446 (38.1)

21.Erken yaşta ilk gebelik yaşama(18'in altında) serviks kanseri risk faktörüdür.	459 (39.2)	366 (31.3)	345 (29.5)
22..Pap smear testini yalnızca jinekolojik şikayet olduğu durumlarda yaptırmak gereklidir.	903 (77.2)	113 (9.7)	154 (13.2)
23.Serviks kanserinden korunmak için düzenli pap test yaptırmak gereklidir.	866 (74.0)	133 (11.4)	171 (11.6)
24.HPV den koruyucu aşı yoktur.	557 (47.6)	244 (20.9)	369 (31.5)
25.Klamidya enfeksiyonu geçirme serviks kanseri risk faktörü değildir.	390 (33.3)	116 (9.9)	665 (56.8)
26.Serviks kanseri pap smear testi ile teşhis edilir.	848 (72.5)	106 (9.1)	216 (18.5)
27.Cinsel ilişkiden sonra kanama, ağrı olması serviks kanserinin erken belirtisidir.	879 (75.1)	80 (6.8)	211 (18.1)
28.HPV genital siğillere neden olur.	818 (69.9)	46 (3.9)	306 (26.2)
29.Gebelik sayısının fazla olması (3 ve daha fazla) serviks kanseri risk faktörüdür.	355 (30.3)	476 (40.7)	339 (29.0)
30.Erken yaşta ilk cinsel deneyim (18'in altında) serviks kanseri risk faktörüdür.	497 (42.5)	390 (33.3)	283 (24,2)
31.Pap smear test üst üste 3 defa normal(negatif) çıktıktan sonra 3 yılda bir yapılabilir.	753 (64.4)	137 (11.7)	280 (23.9)
32.Cinsel yolla geçen hastalıklar serviks kanseri risk faktörüdür.	955 (81.6)	49 (4.2)	166 (14.2)
33.Düşük sosyoekonomik durum serviks kanseri risk faktörü değildir.	678 (57.9)	272 (23.2)	220 (18.8)
34.Kontrolsüz cinsel yaşam serviks kanseri risk faktörüdür.	1012 (86.5)	46 (3.9)	112 (9.6)

Ek Tablo 1'de KSC'nın Serviks kanseri risk faktörleri, pap smear ve HPV ile ilgili bilgi ifadelerine verdikleri yanıtların dağılımı görülmektedir. Bu ifadelerin 21'i serviks kanseri ve risk faktörleri, 6'sı pap smear test 7'si HPV ile ilişkilidir. Araştırmaya katılan KSC'nın serviks kanseri risk faktörleri, pap smear ve HPV ile ilgili ifadelerden doğru yanıtlanma yüzdesi en yüksek olan ilk üç ifade arasında 'Serviks kanserinde erken tanı tedavi mümkündür' (%94.4), 'Birden fazla partnere sahip olma serviks kanseri risk faktörüdür' (%88.1) ve 'kontrolsüz cinsel yaşam serviks kanseri risk faktörüdür' (%86.5) olduğu, doğru yanıtlanma yüzdesi en düşük ifadenin ise 'HPV cinsel ilişkide ağrıya neden olur' (%6.5) ifadesinin olduğu görülmektedir.



**EK-2.**

**Tablo 2. KSC'nın Serviks Kanserinin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeğine Verdiği Cevapların Dağılımları**

<b>İFADELER</b>	<b>Tamamen Katılıyorum Sayı (%)</b>	<b>Katılıyorum Sayı (%)</b>	<b>Kararsızım Sayı (%)</b>	<b>Katılmıyorum Sayı (%)</b>	<b>Kesinlikle Katılmıyorum Sayı (%)</b>
1.Rahim ağzı kanseri olmaktan korkuyorum.	356 (30.4)	319 (27.3)	144 (12.3)	217 (18.5)	134 (11.5)
2.Rahim ağzı kanseri hakkında bilgi edinmeye değer.	633 (54.1)	492 (42.1)	12 (1.0)	10 (0.9)	23 (2.0)
3.Rahim ağzı kanseri erken tanısı için düzenli muayene yaptırmak gerektiğine inanmıyorum.	159 (13.6)	252 (21.5)	33 (2.8)	393 (33.6)	333 (28.5)
4.Eşim izin verse de vermese de, rahim ağzı kanseri tanısı için muayeneye giderim.	425 (36.3)	410 (35.0)	193 (16.5)	62 (5.3)	80 (6.8)
5.Rahim ağzı kanseri olursam fazla yaşayamam.	51 (4.4)	174 (14.9)	298 (25.5)	504 (43.1)	14 (12.2)
6.Rahim ağzı kanserinin erken tanısı için muayeneye gitmek gereksiz bir zahmettir.	9 (0.8)	26 (2.2)	43 (3.7)	541 (46.2)	551 (47.1)
7.Ailemden biri rahim ağzı kanserine yakalanırsa kendim için de endişelenirim.	264 (22.6)	515 (44.0)	84 (7.2)	188 (16.1)	118 (10.2)
8.Rahim ağzı kanseri hakkında pek fazla düşünmüyorum.	54 (4.6)	341 (29.1)	343 (29.3)	295 (25.2)	137 (11.7)
9.Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmeye zaman yaratırım.	335 (28.6)	510 (43.6)	179 (15.3)	111 (9.5)	35 (3.0)
10.Rahim ağzı kanseri olursam cinsel hayatım olumsuz etkilenir.	438 (37.4)	450 (38.5)	160 (13.7)	105 (9.0)	17 (1.5)
11.Sağlık güvencesi olması rahim ağzı kanseri erken tanısı için düzenli muayeneye gitmeyi kolaylaştırır.	638 (54.5)	390 (33.3)	46 (3.9)	35 (3.0)	61 (5.2)
12.Hatırlatılırsa, şikayetimin olmasa da, rahim ağzı kanseri erken tanısı için düzenli olarak muayene olurum.	324 (27.7)	397 (33.9)	344 (29.4)	66 (5.6)	39 (3.3)
13.Rahim ağzı kanseri erken tanısı için tek başıma muayeneye gitmekten kaçınıyorum.	137 (11.7)	227 (19.4)	200 (17.1)	442 (37.8)	164 (14.0)
14.Rahim ağzı kanseri olma düşüncesi aklıma sık sık geliyor.	53 (4.5)	86 (7.4)	337 (28.8)	465 (39.7)	229 (19.6)
15.Kaderimde varsa ne yaparsam yapayım rahim ağzı kanseri olurum.	166 (14.2)	295 (25.2)	116 (9.9)	372 (31.8)	221 (18.9)
16.Sağlık kuruluşları, rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye davet ederlerse giderim.	283 (24.2)	537 (45.9)	252 (21.5)	70 (6.0)	28 (2.4)
17.Doktora tetkike gitsen, muhakkak bir hastalık bulurlar, o nedenle rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmem.	14 (1.2)	29 (2.5)	55 (4.7)	623 (53.2)	449 (38.4)

18.Çevremdeki insanların rahim ağzı kanserine yakalandıklarını duymak beni korkutuyor.	95 (8.1)	558 (47.7)	10 (8.5)	286 (24.4)	131 (11.2)
19.Bazen rahim ağzı kanseri olmak düşüncesiyle huzursuz oluyorum.	50 (4.3)	266 (22.7)	196 (16.8)	482 (41.2)	176 (15.0)
20.Yapılacak tetkiklerin canımı acıtacağını düşünerek rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmem.	30 (2.6)	97 (8.3)	157 (13.4)	564 (48.2)	322 (27.6)
21.Hayatımın herhangi bir döneminde benim de rahim ağzı kanserine yakalanma riskim/olasılığım olduğunu düşünüyorum.	75 (6.4)	442 (37.8)	320 (27.4)	250 (21.4)	83 (7.1)
22.Radyo, televizyon ve gazetelerde rahim ağzı kanseri için uyarılar olması beni erken tanı muayenesine gitmeye teşvik eder.	317 (27.1)	670 (57.3)	127 (10.9)	29 (2.5)	27 (2.3)
23.Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayene ücretsiz olsa hiç düşünmem yaptırırım.	304 (26.0)	413 (35.3)	226 (19.3)	169 (14.4)	58 (5.0)
24.Rahim ağzı kanseri hakkında bir şeyler öğrenmek zaman kaybıdır.	21 (1.8)	17 (1.5)	22 (1.9)	585 (50.0)	525 (44.9)
25.Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayene olacağım doktorun kadın olmasını tercih ederim.	392 (33.5)	403 (34.4)	160 (13.7)	124 (10.6)	91 (7.8)
26.Bir kadının rahim ağzı kanseri olması eşile ilişkilerini bozar.	387 (33.1)	380 (32.5)	242 (20.7)	96 (8.2)	65 (5.6)
27.Rahim ağzı kanserinden korunmaya çalışmanın bir faydası yoktur.	25 (2.1)	54 (4.6)	64 (5.5)	612 (52.4)	414 (35.4)
28.Evli kadınların rahim ağzı kanseriolma riskinin/ihtimalinin yüksek olduğunu düşünüyorum.	81 (6.9)	293 (25.0)	273 (23.3)	334 (28.5)	189 (16.2)
29.Rahim ağzı kanseri olursam hayata küserim.	105 (9.0)	216 (18.5)	354 (30.3)	330 (28.2)	165 (13.8)
30.Mahrem yerimi göstereceğimden utandığım için rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmekten kaçınıyorum.	72 (6.2)	195 (16.7)	119 (10.2)	453 (38.7)	334 (28.3)

Ek Tablo 2’de KSC’nın serviks kanserinin erken tanısına ilişkin tutum ölçeğine verdiği cevapların dağılımları görülmektedir. Tablo incelendiğinde rahim ağzı kanseri olmaktan korkuyorum ifadesine %30.4’ünün kesinlikle katılıyorum dediği ve buna karşılık rahim ağzı kanseri hakkında bilgi edinmeye değer ifadesine de %54.1’inin kesinlikle katılıyorum dediği görülmektedir. KSC’nın % 36.3’ü eşim izin verse de vermese de rahim ağzı kanserinin erken tanısı için muayeneye giderim dediği ve %43.6’sı rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmeye zaman yaratırım ifadesini işaretlemiştir. Buna karşılık % 33.9’u hatırlatılırsa şikayetim olmasa da, rahim ağzı kanseri erken tanısı için düzenli muayene olurum, %45.9’u ise sağlık kuruluşları, rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye davet ederlerse giderim ifadesini

kullanmıştır. %14.9'u rahim ağzı kanseri olursam fazla yaşayamam, %38.5'i cinsel hayatım olumsuz etkilenir, %18.5'i hayata küserim ifadesini işaretlemiştir.

KSÇ'nın % 16.7'si mahrem yerimi göstereceğimden rahim ağzı kanserinin erken tanısı için muayeneye gitmekten kaçınırım ifadesini işaretlemiş, %34.4'ü muayene olacağı doktorun kadın olmasını tercih etmiştir.

KSÇ'nın % 21.5'i rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmek gerektiğine inanmıyorum, % 4.6'sı rahim ağzı kanserinden korunmaya çalışmanın bir faydası yoktur, %1.8'i rahim ağzı kanseri hakkında bir şeyler öğrenmek zaman kaybıdır ifadelerini işaretlemiştir.

## EK-3. VERİ TOPLAMA FORMU

### Form I. Kişisel Bilgi Formu

1-Kaç yaşındasınız?

.....

2-Çalıştığınız bölümün adını belirtiniz?

3-Mesleğinizi belirtiniz?

Doktor

Hemşire

Ebe

4-Eğitim durumunuzu belirtiniz?

Lise

Önlisans

Lisans

Yükseklisans

Doktora

Diğer

5-Medeni durumunuzu belirtiniz?

Evli

Bekar

Boşanmış

Ayrı yaşıyor

Diğer

6- İlk evlenme yaşıınız?

.....

7-Sosyoekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

İyi

Orta

Kötü

8-İlk cinsel ilişki yaşıınız?

.....

9-Gebelik sayınız:

.....

10-Doğum sayınız:

.....

11-Düşük sayınız:

.....

12- Eşinizde prostat ve/veya testis kanseri var mı?

.....

13-Gebelikten korunmak için yöntem kullanıyor musunuz?

Evet(Açıklayınız)

Hayır

14-Sigara kullanıyor musunuz?

Evet (Günde ne kadar belirtiniz.....)

Hayır

15-Birden fazla cinsel partneriniz var mı?

Evet

Hayır

16-Cinsel yolla bulaşan hastalığınız var mı?

Evet

Hayır

17-Vajinal enfeksiyon öykünüz var mı?

Evet

Hayır

18-Şu ana kadar jinekolojik muayene yaptırdınız mı?

Evet

Hayır

19-En son yaptırdığınız jinekolojik muayene sonucu aldığınız tanınızı belirtiniz?

Servikal Erozyon

Servisit

Myom

Over Kisti

Normal Bulgu

Üreme Sistemi enfeksiyonu(candida, trikomonas,PID, vajinitis, endometrit,vb.)

Diğer (belirtiniz.....)

20-Yukarıda belirttiğiniz tanınıza yönelik tedavi oldunuz mu?

Evet

Hayır

#### **PAP SMEAR TEST YAPTIRMA DURUMU**

21-Şu ana kadar pap smear test yaptırdınız mı?

Evet

Hayır(24. soruya geçiniz)

22-Düzenli olarak hangi sıklıkta pap smear test yaptırıyorsunuz?

6 ayda bir

- Yılda bir
- 3-4 yılda bir
- Şikayetim olduğunda
- Yaptırmıyorum
- Diğer.....

23-Pap smear test yaptırmama nedenleriniz nelerdir?

- Düzenli sağlık kontrolü için
- Doktor isteği ile
- Ailede kanser hikayesi olduğu için
- Akıntı, kaşıntı ve kanama şikayeti ile
- Kanser endişesi yaşadığım için
- Diğer.....

24-Pap smear test yaptırmama nedenleriniz nelerdir?

- İhtiyaç duymadım
- Jinekolojik muayeneden çekiniyorum
- İşlemden korkuyorum
- Kendimi risk altında görmüyorum
- Bu konuda yeterli bilgiye sahip değilim (zaman,sıklık,yer)
- İlerdeki zamanda yaptırmayı düşünüyorum
- Şuanda cinsel yönden aktif değilim
- Şuana kadar herhangi bir şikayetim olmadı
- Diğer.....

25-En son yaptırdığınız pap smear test sonucu aldığınız tanıyı yazınız?

- Human Papilloma Virüs(HPV)
- Herpes Simplex
- Servikal Erozyon
- Servisit
- Displazi
- Normal Bulgu
- Bilmiyorum
- Diğer.....

26-Serviks kanseri ile ilgili bilgi aldınız mı?

Evet

Hayır

27-Yanıtınız Evet ise bilgiyi nereden aldığınızı açıklayınız.

Hizmet içi eğitim,

Lisans eğitiminde,

Kurs,

Diğer.....

28-Serviks kanseri ile ilgili genel ya da kişisel bilgilendirme yaptınız mı?

Evet ( Kime yaptınız açıklayınız).....

Hayır

29-Serviks kanseri ile ilgili aşağıda belirtilen konulardan hangilerinde bilgilendirme yaptınız?

Serviks kanser ve risk faktörleri

Pap smear test yaptırmaya yönlendirme

HPV konusunda

Servikal kanserden korunma

Yapmadım

Diğer.....

#### EK-4. VERİ TOPLAMA FORMU

##### Form II. Serviks kanseri risk faktörleri, pap smear ve HPV Bilgi Formu

Aşağıda serviks kanseri risk faktörleri , pap smear ve HPV'ye yönelik verilen ifadelerden sizin için en uygun gelen seçeneği (X) işaretleyiniz?

	Doğru	Yanlış
1. Serviks kanserinde erken tanı ve tedavi mümkündür		
2. Pap smear testini cinsel yönden aktif olan her kadın yaptırmalıdır		
3. Adet aralarında anormal kanama olması serviks kanserinin erken belirtisidir		
4. Sigara kullanma serviks kanseri risk faktörüdür		
5. Serviks kanseri ve kanser öncesi hücreler HPV ile ilişkili değildir		
6. Yetersiz, dengesiz beslenme serviks kanseri risk faktörüdür		
7. Serviks kanseri 30 lu yaşlarda da görülmeye başlamıştır		
8. Aşırı kilo/obezite sorunu yaşama serviks kanseri risk faktörü değildir		
9. Pap smear test tarama amacıyla yapılır		
10. Birden fazla partnere sahip olma serviks kanseri risk faktörüdür		
11. HPV nin uzun dönem etkileri infertiliteye yol açabilir		
12. Ailede kanser öyküsü olması serviks kanseri risk faktörü değildir		
13. Her kadın serviks kanserine yakalanma konusunda eşit risklere sahiptir		
14. HPV enfeksiyonu geçirme serviks kanseri risk faktörüdür		
15. HPV cinsel ilişkide ağrıya neden olur		
16. Vajinal akıntının miktarının artması, renginin değişmesi serviks kanserinin erken belirtisi değildir		
17. HPV cinsel yolla bulaşan bir virüstür		
18. Oral kontraseptif kullanma serviks kanseri risk faktörü değildir		
19. Serviks kanserine karşı jinekolojik muayeneyi ancak jinekolojik bir sorun yaşandığında yaptırmak gerekir		
20. Tampon kullanma serviks kanseri risk faktörü değildir		



	Doğru	Yanlış
21. Erken yaşta ilk gebelik yaşama(18'in altında) serviks kanseri risk faktörüdür		
22. Pap smear testini yalnızca jinekolojik şikayet olduğu durumlarda yaptırmak gereklidir		
23. Serviks kanserinden korunmak için düzenli pap test yaptırmak gereklidir		
24. HPV den koruyucu aşı yoktur		
25. Klamidya enfeksiyonu geçirme serviks kanseri risk faktörü değildir		
26. Serviks kanseri pap smear testi ile teşhis edilir		
27. Cinsel ilişkiden sonra kanama, ağrı olması serviks kanserinin erken belirtisidir		
28. HPV genital siğillere neden olur		
29. Gebelik sayısının fazla olması (3 ve daha fazla) serviks kanseri risk faktörüdür		
30. Erken yaşta ilk cinsel deneyim (18'in altında) serviks kanseri risk faktörüdür		
31. Pap smear test üst üste 3 defa normal(negatif) çıktıktan sonra 3 yılda bir yapılabilir		
32. Cinsel yolla geçen hastalıklar serviks kanseri risk faktörüdür		
33. Düşük sosyoekonomik durum serviks kanseri risk faktörü değildir		
34. Kontrolsüz cinsel yaşam serviks kanseri risk faktörüdür		

## EK-5. VERİ TOPLAMA FORMU

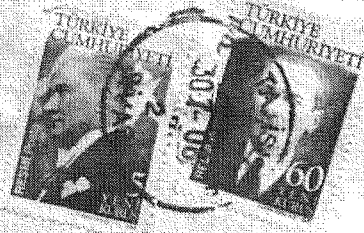
### Form III. Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği

Aşağıda kadınların rahim ağzı (servikal) kanser konusundaki tutumlarını içeren ifadeler bulunmaktadır. Aşağıda size bu konu ile ilgili bazı sorular sorulacaktır. Sorularda yanlış ya da doğru denecek cevap yoktur. En iyi cevap sizin kendi fikrinizdir. Bu nedenle her ifadeyi okuyup, üzerinde çok uzun süre düşünmeden size uygun gelen cevabı işaretleyiniz. Hiçbir soruyu mümkün olduğunca boş bırakmamaya özen gösteriniz.

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Rahim ağzı kanseri olmaktan korkuyorum.					
2. Rahim ağzı kanseri hakkında bilgi edinmeye değer.					
3. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için düzenli muayene yaptırmak gerektiğine inanmıyorum.					
4. Eşim izin verse de vermese de, rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye giderim.					
5. Rahim ağzı kanseri olursam fazla yaşayamam.					
6. Rahim ağzı kanserinin erken tanısı için muayeneye gitmek gereksiz bir zahmettir.					
7. Ailemden biri rahim ağzı kanserine yakalanırsa kendim için de endişelenirim.					
8. Rahim ağzı kanseri hakkında pek fazla düşünmüyorum.					
9. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmeye zaman yaratırım.					
10. Rahim ağzı kanseri olursam cinsel hayatım olumsuz etkilenir.					
11. Sağlık güvencesi olması rahim ağzı kanseri erken tanısı için düzenli muayeneye gitmeyi kolaylaştırır.					
12. Hatırlatılırsa, şikayetim olmasa da, rahim ağzı kanseri erken tanısı için düzenli olarak muayene olurum.					
13. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için tek başıma muayeneye gitmekten kaçınırım.					
14. Rahim ağzı kanseri olma düşüncesi aklıma sık sık geliyor.					
15. Kaderimde varsa ne yaparsam yapayım rahim ağzı kanseri olurum.					
16. Sağlık kuruluşları, rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye davet ederlerse giderim.					

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
17. Doktora tetkike gitsen, muhakkak bir hastalık bulurlar, o nedenle rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmem.					
18. Çevremdeki insanların rahim ağzı kanserine yakalandıklarını duymak beni korkutuyor.					
19. Bazen rahim ağzı kanseri olma düşüncesiyle huzursuz oluyorum.					
20. Yapılacak tetkiklerin canımı acıtacağını düşünerek rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmem.					
21. Hayatımın bir döneminde benim de rahim ağzı kanserine yakalanma riskim/olasılığım olduğunu düşünüyorum.					
22. Radyo, televizyon ve gazetelerde rahim ağzı kanseri için uyarılar olması beni erken tanı muayenesine gitmeye teşvik eder.					
23. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayene ücretsiz olsa hiç düşünmem yaptırırım.					
24. Rahim ağzı kanseri hakkında bir şeyler öğrenmek zaman kaybıdır.					
25. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayene olacağım doktorun kadın olmasını tercih ederim.					
26. Bir kadının rahim ağzı kanseri olması eşiyle ilişkilerini bozar.					
27. Rahim ağzı kanserinden korunmaya çalışmanın bir faydası yoktur.					
28. Evli kadınların rahim ağzı kanseri olma riskinin/ihtimalinin yüksek olduğunu düşünüyorum.					
29. Rahim ağzı kanseri olursam hayata küserim.					
30. Mahrem yerimi göstereceğimden utandığım için rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmekten kaçınırım.					

T.C.  
SIVAS VALİLİĞİ  
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ



SAYI :B.104.ISM.4.58.0009-773- 229  
KONU: Tez Uygulaması

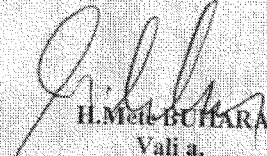
24/07/2008

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

**İLGİ:** Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünün 18/07/2008 tarihli ve 305 sayılı yazısı.

İlgi yazıya istinaden Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Tuğba ULUOCAK' ın "Kadın Sağlık Çalışanlarının Servikal Kansere İlgili Risk Faktörleri, Bilgileri ve Erken Tanıya İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi" konulu yüksek lisans tez çalışmasına ait ekteki anket formlarını Haziran - Aralık 2008 tarihleri arasında kurumumuza bağlı hastane ve merkez sağlık ocaklarında çalışan hemşire, ebe ve doktor kadın sağlık çalışanlarına uygulayabilmesi için alınan Onay yazımız ekinde sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

  
H. METİN BULHARA  
Vali a.  
Vali Yardımcısı

EKİ: 1 Adet Onay

Gözetim	400
Tarih	19.08.2008
İmza	H. Metin Bulhara

Adres : Sağlık Müdürlüğü-58040 / SIVAS

Tel : 0 (346) 225 63 67 – Dahili: 1165-66-67

İnternet Adresi : [www.sivassm.gov.tr](http://www.sivassm.gov.tr)

e - mail: [sivas.es@saglik.gov.tr](mailto:sivas.es@saglik.gov.tr)

Faks : 0 (346) 221 95 55



T.C.  
SİVAS VALİLİĞİ  
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI :B.104.ISM.4.58.0009-773- 226  
KONU: Tez Uygulaması

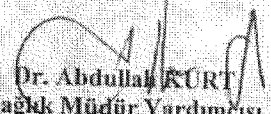
24/07/2008

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

**İLGİ:** Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünün 18/07/2008 tarihli ve 305 sayılı yazısı.

İlgili yazıya istinaden Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Tuğba ULUOCAK' ın "Kadın Sağlık Çalışanlarının Servikal Kansere İlgili Risk Faktörleri, Bilgileri ve Erken Tanıya İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi" konulu yüksek lisans tez çalışmasına ait ekteki anket formlarını Haziran - Aralık 2008 tarihleri arasında kurumumuza bağlı hastane ve merkez sağlık ocaklarında çalışan hemşire, ebe ve doktor kadın sağlık çalışanlarına uygulamak istemektedir.

Arz ederim.

  
Dr. Abdullah KURT  
Sağlık Müdür Yardımcısı

OLUR

24/07/2008

Dr. Vakıf ÖZMERCAN  
Vali a.  
Sağlık Müdürü

Adres : Sağlık Müdürlüğü-58040 / SIVAS  
İnternet Adresi : [www.sivassm.gov.tr](http://www.sivassm.gov.tr)

Tel : 0 (346) 225 63 67 - Dahili: 1165-66-67  
Faks : 0 (346) 221 95 55

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel bilgiler

Adı Soyadı Tuğba Uluocak  
Doğum Yeri ve Tarihi Sivas, 14/08/1984  
Medeni Hali Bekar  
Yabancı Dil İngilizce  
İletişim Adresi Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,  
Hemşirelik Bölümü, 58140-Sivas  
E-posta Adresi [tugba.uluo.cak@hotmail.com.tr](mailto:tugba.uluo.cak@hotmail.com.tr)

### Eğitim ve Akademik Durumu

Lise Sivas Lisesi, 2001  
Lisans Gülhane Askeri Tıp Akademisi, 2005  
Yüksek Lisans Cumhuriyet Üniversitesi 2006-

### İş Tecrübesi

GATA Hemşire, 2005-2006

Erzurum Mareşal Çakmak Asker Hastanesi	Hemşire, 2006-2007
Sivas Asker Hastanesi	Hemşire, 2007-

### Ödüller, Teşvikler ve Üyelikler