

**T.C
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI**

**KADIN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ
SERVİKS KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ VE PAP SMEAR
KONUSUNDAKİ BİLGİ VE UYGULAMALARININ
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

MELEK DOĞAN

**TEMMUZ-2008
SİVAS**

**T.C
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI**

**KADIN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ
SERVİKS KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ VE PAP SMEAR
KONUSUNDAKİ BİLGİ VE UYGULAMALARININ
BELİRLENMESİ**

Hemşirelik Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

MELEK DOĞAN

Danışman Öğretim Üyesi

Yrd.Doç.Dr. MİNE BEKAR

**TEMMUZ-2008
SİVAS**

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosunun 05.01.1984 tarih ve 84/1 No'lu kararı ile kabul edilen 'Tez Yazma Yönergesi'ne göre hazırlanmıştır.

TEŐEKKÖR

Arařtırmanın planlanması ve yűrűtűlmesinde deęerli katkılarında dolayđ tez danıřmanım Yrd. Doę. Dr. Mine Bekar'a, tez çalıřmamın istatistiksel olarak deęerlendirilmesi sűrecinde desteęinden dolayđ Yrd. Doę. Dr. Ziyet ınar'a, tez çalıřmam boyunca yanımda olarak bűyűk bir sabırla yardımlarını eksik etmeyerek maddi ve manevi destek olan aileme, gűsterdikleri ilgiden dolayđ çalıřmanın yapıldđđ EŬTF'deki saęlık çalıřanlarına ve gűstermiř oldukları sabır ve anlayıřtan dolayđ çalıřmakta olduęum Tomarza Devlet Hastanesi'ndeki amir ve iř arkadařlarıma teőekkűr ederim.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

I. GİRİŞ.....	1
I.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
I.2. Araştırmanın Amacı.....	7
II. GENEL BİLGİLER.....	8
II.1. Servikal Kanser Epidemiyolojisi.....	8
II.2. Serviksin Anatomisi.....	10
II.3. Serviksin Bening Lezyonları.....	10
II.4. Serviksin Premalign Lezyonları.....	11
II.5. Serviksin Malign Lezyonları.....	14
II.6. Serviks Kanser Belirtileri.....	16
II.7. Servikal Kanser Risk Faktörleri.....	17
II.8. Servikal Kanserden Korunma ve Erken Tanı.....	25
II.9. Servikal Kanser Tarama Programları.....	26
II.10. Serviks Kanserin Tedavisi.....	31
II.11. Servikal kanserden Korunma ve Erken Tanıda Kadın Sağlık Çalışanlarının Önemi.....	32
III. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	35
III.1. Araştırmanın Şekli.....	35
III.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	35
III. 3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem.....	35
III. 4. Verilerin Toplanması.....	36
III. 4.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması.....	36
III.4. 2. Veri Toplama Formlarının Ön Uygulaması.....	36
III.4. 3. Veri Toplama Formlarının Uygulaması.....	37
III.4. 4. Verilerin Değerlendirilmesi.....	38
IV. BULGULAR.....	39
V. TARTIŞMA.....	62

VI. SONUÇLAR.....	78
VII. ÖNERİLER.....	81
VIII. ÖZET.....	82
IX. SUMMARY.....	84
X. KAYNAKLAR.....	86
XI. EKLER.....	98

TABLoların LİSTESİ

Sayfa

Tablo 1. Kadın Sağlık Çalışanlarının (KSC) Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	39
Tablo 2. KSC'nın Pelvik Muayeneye İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı.....	40
Tablo 3. KSC'nın Pelvik Muayene Yaptırmama Nedenlerine Göre Dağılımı.....	41
Tablo 4. KSC'nın Pelvik Muayene Yaptırma Durumlarının Bazı Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	42
Tablo 5. KSC'nın Pap Smear Teste İlişkin Özelliklere Göre Dağılımı.....	44
Tablo 6. KSC'nın Pap Smear Test Yaptırmama Nedenlerine Göre Dağılımı.....	45
Tablo 7. KSC'nın Pap Smear Test Yaptırma Durumlarının Bazı Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	46
Tablo 8. KSC'nın Serviks Kanseri Konusunda Bilgi Verme Durumları ve Demografik Özelliklere Göre Dağılımları.....	48
Tablo 9. KSC'nın Serviks Kanseri Risk Faktörleri, Pap Smear ve HPV ile İlgili Bilgi İfadelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı.....	51
Tablo 10. KSC'nın Demografik Özelliklerine Göre Toplam Bilgi Puan Ortalaması.....	53
Tablo 11. KSC'nın Çalışılan Bölüme ve Pap Smear Test Yaptırmama Nedenlerine Göre Toplam Bilgi Puan Ortalaması.....	55
Tablo 12. KSC'nın Mesleki Durumlarına Göre Serviks Kanseri Risk Faktörleri, Pap Smear ve HPV İle İlgili Bilgi Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....	56

Tablo 13. KSC'nın Eğitim Durumlarına Göre Serviks Kanseri Risk Faktörleri, Pap Smear ve HPV İle İlgili Bilgi Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....	58
Tablo 14. KSC'nın Yaş Durumlarına Göre Serviks Kanseri Risk Faktörleri, Pap Smear ve HPV İle İlgili Bilgi Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....	60
Tablo 15. KSC'nın Pelvik Muayene, Pap Smear Test Yaptırma ve Serviks Kanseri Bilgilendirme Durumlarına Göre Toplam Bilgi Formu Puanlarının Karşılaştırılması.....	61

I.GİRİŞ

I. 1. Problemin Tanımı

Kanser, günümüzde yaygınlığının artması, yüksek oranda ölüm ve sakatlıklara yol açması, henüz kesin tedavisinin bulunmamış olması, tanı- tedavi işlemlerinin maliyetinin yüksek olması ve zaman alması nedeni ile en önemli sağlık sorunlarından birisidir. Bununla birlikte tıp alanındaki ilerlemeler ile tanı yöntemleri ve tedavideki yenilikler, sağlık kuruluşlarından yararlanma olanaklarının artması, diğer hastalıkların tedavisindeki gelişmeler ve buna bağlı ortalama yaşam süresinin uzaması gibi çeşitli nedenlerle kanserin önemi günümüzde giderek daha da artmakta, her yıl daha çok sayıda kanserli hastaya tanı konmaktadır (Kutluk ve Kars 2001, ...Kanserle Savaş Politikası ve Kanser Verileri 2002, Ball 2003).

Günümüzde kanser, birçok gelişmiş ülkede ölüm nedenleri arasında kalp-damar hastalıklarından sonra ikinci sırayı almaktadır. Dünyada 25 milyon kanser hastası bulunmaktadır. Her yıl 11 milyon kişi kansere yakalanmakta, 2020 yılında bu rakamın yaklaşık yüzde 50 artış göstererek 16 milyona ulaşacağı ve yeni vakaların üçte ikisinin gelişmekte olan ülkelerde olacağı tahmin edilmektedir. Yine, dünyada her yıl 7 milyon kişi kanserden ölmektedir (Uluslararası Kanser Araştırma Merkezi Ankara Ticaret Odası(ATO) Verileri 2006).

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de kanser yüzde 12.9 ile mortalite nedenleri arasında ikinci sırada gelmektedir (Uluslararası Kanser Araştırma Merkezi ATO Verileri 2006). Kanser kayıtlarının düzgün tutulabildiği ülkelerin rakamlarına göre kanser görülme sıklığı ölüm oranlarının yaklaşık iki katı olduğundan, ülkemizde de her yıl yüz bin kişiden 120-130'unda kanser görülmektedir (Tay ve ark.2005).

Kanser, bireyi ve ailesini bedensel, duygusal, manevi, bilişsel, sosyal ve ekonomik açıdan etkilemekte ve onların yaşam biçimini, beklentilerini ve yaşam değerini değiştirmektedir (Reis ve ark. 2006). Kanserlin 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).

Ülkemizde oldukça yaygın görülen jinekolojik kanserlerin kadın sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri çok boyutludur. Jinekolojik kanser hastalarının yaşam kalitesi, hastalığın teşhisinden, bu teşhisin kişisel anlamından, hastalığın fiziksel etkilerinden, farklı tedavi şekillerinin yakın ve uzun dönemli yan etkilerinden, hastanın mental sağlığından, başa çıkma mekanizmalarından ve aile /toplumun tepkisinden büyük ölçüde etkilenir. Jinekolojik kanserlerde sözü edilenlerin yanısıra, kadın için çok önemli olan “kadınlık rolü” ile ilgili olarak benlik saygısı, beden bütünlüğü, cinsel fonksiyonları, doğurganlığı ve mahremiyeti tehdit altındadır (Vural ve Şentürk 1999, Reis ve ark. 2006). Büyük stres ve sorun yaratan jinekolojik kanserlere yakalanmamak veya çok erken dönemde teşhis edilip tedavisini mümkün kılmak ancak kadınların bu konuda bilgilendirilmeleri ve eğitilmeleri ile sağlanmış olacaktır (Güler 1993, Menteş 1998, Lynn ve ark. 2000).

Kanserler içinde, erken tanının kolaylıkla konulabildiği kanserlerden birisi serviks kanseridir. Serviks kanseri erken dönemde teşhis edilmediğinde ise, mortalitesi yüksek olan bir kanserdir (Kalyoncu ve ark 2003, Youngkin ve Davis 2004). Serviks kanseri dünya genelinde jinekolojik kanserler arasında görülme sıklığı açısından ikinci, gelişmekte olan ülkelerde ise ilk sıradadır (Türkiye 1999 verileri,saglik.gov.tr). Ayrıca kanserin neden olduğu ölümlerde ise üçüncü sırayı almaktadır (Waxman 2005, Philips ve ark 2005, Akyüz ve ark 2006, www.cdc.gov/std/HPV).. Dünyada her yıl 500-900 bin kadına serviks kanseri tanısı konulduğu ve bunların 300 bininin öldüğü tahmin edilmektedir (Reid 2001, Gharoro ve Ikeanyl 2006). Gelişmiş ülkelerde serviks kanseri görülme sıklığı 100 binde 4-10 kadın iken, bu oran gelişmekte olan ülkelere 100 binde 100 olarak tahmin edilmektedir (Köse 2005). Serviks kanserinin yüksek insidansı özellikle gelişmekte olan ülkelere önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Buna karşın smear tarama politikalarıyla, elli yıl önce ABD de serviks kanseri görülme insidansı 100 binde 38 iken, %70 den fazla azalmış ve 100 binde 7.7 ye inmiştir (Köse 2005, Waxman 2005, Wilson ve ark.2004). Amerika’da 100 bin’de 8,7 kadında serviks kanseri teşhis edilirken Haiti’de bu oran 100 bin’de 94 kadına kadar çıkmaktadır. Amerikan Kanser Toplumu 2005 verilerine göre 10.370 yeni serviks kanseri olgusu saptanmış ve bu vakaların 3700’ü serviks kanserinden

ölümle sonuçlanmıştır (Philips 2005). Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2000 yılında 417, 2001 yılında 422 ve 2002 yılında 340 serviks kanseri vakası bulunmaktadır (Akyüz ve ark. 2006, Kutluk ve Kars 2001). Aydın ve arkadaşlarının (2000) yaptıkları çalışmada serviks kanserinin %29.4 oranıyla ikinci sıklıkta olduğu belirlenmiştir (Aydın ve ark 2000). 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. (Polat ve Ark.2000, Kutluk ve Kars 2001, Ozan 2005, Moreire ve ark.2006).

Serviks kanserinde serviksdan alınan örneğin yayılıp boyanması ile (Pap-smear) erken tanı koymak olanaklı hale gelmiş ve böylece erken dönemde tedavi bu kanserden ölümü son 40 yılda yarı yarıya azalmıştır. Avrupa'da da yıllar içinde serviks kanseri mortalitesindeki düşüş, etkin tarama programlarına atfedilmektedir. Çünkü hastalık, pap smear tarama testi ile çok erken dönemde tanınmaktadır (Yazıcı 1996, Birol ve ark 1998, Taşkın 2003, Servikal Kanser Taraması-Sendrom II 2003, Giles ve Garland 2006).

Serviks kanseri 40-55 yaş grubu kadınlar da daha sık görülmekle birlikte, erken tanının konulabilmesi gibi nedenlerle daha genç yaşlarda da görülmeye başlamıştır. (Birol ve ark 1998, Taşkın 2003, Gül 2005). 1960'larda serviks kanser hastası olduğu belirlenen kadınların yaş ortalaması 50 iken son 30 yıl içinde serviks kanserine yakalanma yaşı 35'e inmiştir. Aynı zamanda serviks kanserine yakalanan daha genç yaş kadınların sayısında da artış olmuştur (Reid 2001). Zaman içinde serviks kanseri ile ilgili gözlemler arttıkça ve hastalığın etiolojisindeki faktörler buldukça, kimlerin serviks kanserine aday olduğunu söylemek mümkün hale gelmiştir. Buna dayanarak genel yaklaşım, kadınları yüksek ve düşük risk grupları olarak ayırıp tarama sıklığını buna göre belirlemektir. Amerikan Kanser Derneği'nin taramaya başlama yaşı ve sıklığı ile ilgili önerisi; "halen ya da geçmişte cinsel olarak aktif olan (cinsel aktivitenin başlamasından 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 (Smith 2003, ACOG 2003, Köse 2005, Ozan 2005, Akyüz ve Ark.2006). Yapılması gereken, organize bir program ile periyodik olarak popülasyonun taranmasını sağlamaktır (Biol ve ark 1998, Taşkın 2003, Kalyoncu ve ark. 2003, Servikal Kanser Taraması 2003 SendromII).

Servikal kanser taramalarına engel olarak ise, kadınların rutin jinekolojik bakım yaptırmamalarına farklı nedenler ileri sürülmektedir. Bunlar utanma, mahremiyet duygusu, ulaşım yetersizliği, sağlık taramasına ulaşmadaki yetersizlik, sağlık bakım ücretini ödeyememe, sağlık hizmeti verenlerin duyarsızlığı, sağlık hizmeti verenlerin onları pap smear yaptırmaya teşvik etmemeleri, teste duyulan ihtiyaç konusundaki bilgi yetersizliğidir (Bolsoy ve Şirin 2000, Reid 2001). Reid (2001)'in belirttiğine göre Thomas ve Fick (1994) Amerika'da serviks kanseri ile ilgili bilgi ve erken teşhis taramalarına katılımı ortaya koyan araştırmada kadınların, gittikleri uzman hekimlerin kendilerini Pap smear testi yaptırmaya teşvik etmedikleri belirlenmiştir (Reid 2001). Mutyaba ve arkadaşları (2006) ise Uganda'da tıp öğrencilerine yaptıkları araştırmada katılanların %93'ü serviks kanserinin halk sağlığını ilgilendiren bir durum olduğunu, %68'i bu hastalığı teşhis etmenin kolay olduğunu ve %65'i kendilerinin serviks kanserine yakalanma olasılıklarının olmadığını belirttikleri saptanmıştır.

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 (Ozan 2005). Son yıllarda tıp dünyasında ana gündem maddelerinden biri olan Human Papilloma Virüs (HPV), serviks kanserlerinde etken olarak tanımlanmıştır (Ball 2003). HPV mukozalarda infeksiyon yapan ve siğil şeklinde kitlelerin oluşumuna neden olan bir virüsdür. Tüm dünyada HPV'ye rastlanma oranı yüksektir; erkeklerin ve kadınların %50'si yaşamlarının bir döneminde HPV'ye yakalanabilirler. Geliştirilmiş olan HPV aşısı ile yapılan çalışmalar, ömür boyu serviks kanseri vakalarını %61.8 oranında azaltacağını göstermektedir (Al V.Taira 2004, Srıamporn ve ark.2006). Yüksek risk oluşturan HPV türlerine karşı aşı geliştirilmiştir. Bu konuda, özellikle riskli gurupta bulunan kadınlar başta olmak üzere tüm kadınların eğitilerek erken teşhis için sağlık bilincinin geliştirilmesi gerekir (Wellensiek ve ark.2002, John ve

ark.2001). Amerika'da HPV ve serviks kanserine ilişkin yapılan bir araştırmada (Denny ve ark 2006) kadınların %80'nden fazlasının cinsel ilişkiye girmiş olmasına, 52 kadının anormal bir pap smear 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 ve ark 2006).

Serviks kanserinin en önemli özelliği önlenebilir olması ve erken teşhisi yapılabildiğinde prognozunun iyi olmasıdır (Barut 2000). Serviks kanserinin; 10-15 yıllık bir preinvazif döneme sahip olması ve preinvazif lezyonların etkin şekilde tedavi edilebilmesi nedeniyle, hem birey hem de toplumun bu hastalıkla en az zarar ve ekonomik kayıpla mücadele edebilmesi sağlanacaktır. Bunun için etkin bir tarama programının geliştirilmesi ve uygulanmasının gerekliliği göz önündedir (Gichangi ve ark 2003, Gülen 2004, Meteoğlu ve ark.2004, Giles ve Garland 2006). Türkiye'de toplum düzeyinde pap smear test tarama programı mevcut değildir. Smear testi ancak belli merkezlerde ve belli hekimlerce hastanın başvurusu ile uygulanmaktadır. Yeterli olmasa da erken tanı ve tedavi konusunda çalışmalar yapılmaktadır. Bu çalışmaların toplumun çoğunluğunu kapsamaması ve daha başarılı olması için özellikle risk grupları olmak kaydıyla, toplumdaki bütün kadınlara uygun bir danışmanlık ve eğitim hizmeti sunulmalıdır (Yazıcı 1996, Kalyoncu ve ark 2003). 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 ve geniş kitleler tarafından ne ölçüde uygulanır olduğu da önemli bir sağlık problemidir (Kalyoncu ve ark 2003). Sonuçta tarama programının işlerlik kazanması için ise farklı departmanlarda görevli sağlık çalışanlarının dikkatleri serviks kanserine yöneltilmeli ve tedavi için kendi bölümlerine başvuran tüm uygun kadınları serviks kanseri taramasına teşvik etmeleri sağlanmalıdır (Mutyaba ve ark 2006).

Reid'in belirttiğine göre Hasenyager (1999)'in Amerika'da yaptığı araştırmada kadınların %90'ı Pap smear'in bir kanser testi olduğuna, %96'sı da Pap smear'in her yıl uygulanması gerektiğine inanmaktadır. Kadınların serviks kanseri risk faktörleri hakkında daha az bilgiye sahip olduğu belirlenmiştir (Reid 2001). Wellensiek ve ark.(2002) yaptıkları çalışmada da serviks kanseri ve pap

smear hakkında bilgi sahibi olanlarda test yaptırma oranının arttığı, kadınların % 24.9'unun pap smear testini hiç duymadıkları, % 2.9'u duymuş oldukları halde hiç yaptırmadıkları bulunmuştur. Yine yapılan bir araştırmada kadınların %51.3 ünün pap smear test yaptırdığını, ve bu oranların kadınların yaşıyla, evlilik süresiyle, doğum sayısıyla, pap smear hakkındaki bilgi düzeyleriyle ve serviks kanserleriyle ilgili risk algılamalarıyla arttığı belirlenmiştir (Akyüz ve ark.2006).

Sağlığın korunması ve insana sağlıklı bir yaşam sağlamak için yapılacak girişimlerin tümünde kişiyi eğitmek en başta gelmelidir. Çünkü sağlığın korunması da, hastanın iyileşmesi de kişinin davranışıyla ilgilidir. Kanserden korunmada alınacak kişisel önlemler erken tanı ile ilgilidir. Erken tanı ve tedavinin büyük yararlarına rağmen, tüm sağlık hizmetleri alanında çalışan sağlık çalışanlarının sağlık eğitiminin önemini çok iyi bilmeleri beklenir. Ege ve Dokuz Eylül Üniversite Hastanelerinde yapılan bir araştırmada (Aydemir 1997) hemşirelerin %5.6 sının serviks kanseri ile ilgili tek risk faktörü taşıdığı, koruyucu sağlık davranışı olarak %25.2 sinin vajinal smear uyguladıkları ancak çoğunluğunun jinekolojik kanserlerden korunma ve belirtileri konusunda bireysel ya da grup eğitimi yapmadıkları saptanmıştır. Bilgi eksikliği, korku, ihmal gibi nedenlerle bireyler zamanında hekime başvurmamakta, böylece tanı gecikmekte, tedavi de güçleşmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının görevi kadınları serviks kanseri konusunda aydınlatmak ve bu konuda bilinçlendirmektir (Birol ve ark 1998, YuCK ve Rymer 1998, Kutluk ve Kars 2001,.....2002 Kanserle Savaş Politikası verileri, Moreira ve ark 2006).

Sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan ana noktalardan biri de öz bakım sorumluluğudur, herkes kendi sağlığının değerini bilmeli, kendi sağlığının sorumluluğunu almalı ve yaşantılarında olumlu davranış değişikliğini gerçekleştirmelidirler (Günel ve Günel 2001, Gharoro ve Ikeanyl 2006). Bunun için bireyler bu konuda bilinçlendirilmeli ve eğitilmelidirler. Sağlık çalışanları kendi 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. Bu nedenlerle ve kendi sağlıklarını korumak amacıyla kendi sağlık sorumluluklarını yerine getirmelidirler. 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). Erzurum'da yapılan bir çalışmada da sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyde bulunduğu ve bu sonuçlara göre sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları bakımından çok iyi bir model olmadığı belirtilmektedir (Pasinlioğlu ve Gözüm 1998). Bilindiği gibi toplumda birçok toplumsal davranış, model alma yoluyla öğrenilmektedir. Sağlık çalışanlarının özellikle hemşirelerin, hasta ya da sağlıklı bireylerle en uzun süre bir arada bulunan kişiler olması nedeniyle kanserde risk faktörleri, kanserden korunma ve erken tanı konusunda bilgili olmaları, bu bilgiyi davranışa dönüştürmeleri gerek kendileri ve gerekse eğitecekleri kadınlar için önem kazanmaktadır.

Kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesinde kadın sağlık çalışanlarının bir kadın olarak kendi sağlıklarıyla ne kadar ilgilendiklerinin bilinmesi önem taşımaktadır. Bu nedenlerle bu konuda yapılacak araştırmalar sağlık çalışanlarının konuya ilişkin eksikliklerini giderecek eğitim programlarının planlanmasında veri tabanı oluşturacaktır. Serviks kanseri 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 ve HPV'nin bilinmesi, erken tanıda pap smear testinin öneminin kavranmasında öncelikle sağlık çalışanlarının iyi bir rol modeli olması gereklidir.

I.2. Araştırmanın Amacı

Toplumun bilinçlendirilmesi esas alınarak araştırma, kadın sağlık çalışanlarının serviks kanseri risk faktörleri ve pap smear konusundaki bilgi ve uygulamalarını belirlemek amacıyla planlanmıştır.

II- GENEL BİLGİLER

Tüm dünya ülkelerinde kadının bireysel ve toplumsal görevlerini yerine getirebilmesi için sağlıklı olması, sağlığını koruyabilmesi için ise yeterli olanaklara sahip olması gerekir. Kadının sağlığı denince, kadının doğumundan ölümüne kadar geçen süredeki sağlık durumu ve bunu etkileyen faktörler anlaşılmaktadır. Ancak kadınların cinsiyetlerine özel üreme çağı ve bu çağda yaşadıkları sorunlar, mevcut ve gelecekteki sağlığının belirleyicisi olmaktadır (Kadın Çocuk ve Gençlik İhtisas Komisyon Raporu 1994, Çay 1999).

Üreme çağındaki kadın, gelişimsel yaşam süreci gereği gebelik, doğum ve emzirme gibi sağlık açısından son derece önemli deneyimler geçirir. Tüm bunlar kadınlarda üreme çağı sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına neden olmakta, bu sorunlar da üreme organlarının prolapsusu, enfeksiyon hastalıkları, serviks erozyonu ve üreme sistemi kanserleri gibi birçok hastalık için hazırlayıcı faktör olmaktadır (İnanç 1995, Unicef 1995, Toros 1993, Kadın Çocuk ve Gençlik İht.Kom.Rap.1994, Çay 1999). Üreme sistemi kanserleri içerisinde sık rastlanan ve tarama sayesinde morbidite ve mortalite oranlarını düşürmenin mümkün olduğu bilinen tek kanser türü serviks kanseridir. Bu nedenle kadında üreme kanserleri arasında önemini giderek daha da artırmaktadır (Gülen 2004).

II.1. SERVİKAL KANSER EPİDEMİYOLOJİSİ

Serviks kanseri Dünya'da kadın kanserleri arasında meme kanserinden sonra 2. sırada gelmektedir. Yılda 493.000 hasta yeni tanı almakta ve serviks kanseri nedeniyle 274.000 insan hayatını kaybetmektedir (Parkin ve ark.2005, Alabaz ve Aksaray 2007). İnsidansı bölgelere göre değişiklik göstermekte olup, Ortadoğu'da 100.000'de 4.8 iken doğu Afrika'da 100.000'de 44.3'tür. ABD'de yılda 13.000 hasta yeni tanı almakta ve 4100 hasta serviks kanseri nedeniyle hayatını kaybetmektedir. İngiltere'de de her yıl yaklaşık 1000 kadın serviks kanserinden hayatını kaybetmektedir. (Jemal ve ark.2002, İngiltere Servikal Tarama Programı 2002, Bosch ve Iftner 2005). ABD'de tarama olmayan bölgelerde hayat boyu serviks kanseri riskinin %3.67, mortalite riskinin %1.26 ve 50 yaşındaki insidansın 100.000'de 88 olduğu belirtilmektedir (Myers ve ark 2000). Kadın genital kanserleri arasında tarama programı olan ve de bu nedenle önlenebilir bir kanser olan servikal malignansiler, gelişmekte olan ve geri kalmış

lkelerde hala önemli bir ölüm nedenidir. Serviksin eksternal bir genital organ olması özellikle karsinogenezi hakkında önemli bilgiler edinilebilmesini sağlamıştır. Bu 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 imkân vermektedir. Genel prensiplere tam olarak uyulduğunda daha çok hasta preinvaziv veya erken evrede yakalanabilmekte ve böylece sağ kalım oranları yükseltilebilmektedir (Jemal ve ark 2002). Serviks kanseri özellikle az gelişmiş ülkelerde en çok ölüme neden olan kadın kanserlerinin başında yer almaktadır. ABD 'de meme, kalın bağırsak, yumurtalık ve endometrium kanserinden sonra en çok görülen kanserdir. Ülkemizde ise yumurtalık ve uterus kanserinin ardından üçüncü sıklıkta saptanan jinekolojik kanser olarak karşımıza çıkmaktadır (Güner ve Taşkıran 2007).

Serviks kanseri sıklığı özellikle gelişmiş ve PAP-smear tarama programlarını uygulayan ülkelerde büyük oranda azalmıştır. National Cancer Institute (NCI) tarafından 1973-1995 yılları arasında yapılan bir araştırma, tarama programları sayesinde serviks kanseri insidansında % 43, serviks kanserine bağılı ölümlerde % 46 azalma olduğunu göstermiştir. Ancak sitolojik tarama yöntemleri kullanılmayan bölgelerde serviks kanseri sıklığında farklılık gözlenmemiştir. Epidemiyolojik çalışmalar serviks kanseri için majör risk faktörünün insan papillomavirüsü (HPV) enfeksiyonu olduğunu göstermektedir (Lyon 2004, Ries ve ark.2005, Lyon ve ark.2005). Serviks kanseri-HPV enfeksiyonu ilişkisi akciğer kanseri- sigara ilişkisinden daha sıkı bir ilişkidir. Diğer taraftan 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 infekte olma olasılığı en az %50 olarak bildirilmiştir (Alabaz ve Aksaray 2007). Serviks kanseri olgularının neredeyse tümünde (% 99.7) HPV DNA izole edilir. Dolayısıyla serviks kanseri sıklığında azalma HPV enfeksiyonlarının tanınması, önlenmesi ve tedavi edilmesi yoluyla mümkün olabilir (Lyon 2005, Ries ve ark2005). Türkiye'ye ait geniş bir veri tabanımız olmamasına rağmen eldeki verilere göre (Globocan) serviks kanseri kadınlarda ölüme sebep olan 5. kanserdir (Ferlay ark.2004). Ülkemizde 8 ilde yapılan yeni bir çalışmada serviks kanseri görülme sıklığı 100,000'de 3.96 olarak bildirilmiştir (Lyon ve ark.2005, Akhan 2007).

II.2. SERVİKSİN ANATOMİSİ

Serviks, uterusun alt bölümünü oluşturan 3-4 cm uzunluğunda, 2-3 cm çapında silindirik şekilli bir organdır. Kadının yaşına, doğum sayısına ve hormonal durumuna bağlı olarak büyüklüğü ve şekli değişir. Vajinanın içine doğru çıkıntı yapan kısmına portio vaginalis; vajinanın üstünde kalan kısmına ise portio supravaginalis denir. Endoserviksi uçtan uca geçen endoservikal kanal internal os ile uterusu, external os ile vajinaya açılır. Eksternal os doğurmamış kadınlarda küçük, yuvarlak iken, doğum yapmış kadınlarda enine bir yarık olarak görünür. (Hopkins 2000, Robbins ve ark 2003).

Serviks iki tip epitel ile kaplıdır; skuamokolumnar bileşkede birleşen çok katlı yassı epitel ve kolumnar epitelidir. Skuamokolumnar bileşke; çok katlı yassı epitel ile kolumnar epitelin birleştiği yerdir ve keskin bir sınır olarak görünür. Eksternal osu göre yeri yaş, hormonal durum, gebelik gibi çeşitli fizyolojik durumlara bağlı olarak değişir (Sankaranarayanan ve ark 2005, Atasü ve Şahmay 2001).

II.3. SERVİKSİN BENİGN LEZYONLARI:

II.3.1. Kondilomlar: (Genital Siğiller, Condyloma Acuminata)

Genellikle servikste ve bazen vajina ve vulvada bulunan 6 ve 11 gibi bazı HPV tipleri ile enfeksiyon sonucu oluşan, sıklıkla çok sayıda olan ekzofitik lezyonlardır. Serviks ve vajinayı tutan diffüz, grimsi-beyaz lezyonlar şeklinde de olabilirler. Kondilomlar çıplak gözle görülebilirler. Servikal smearde büyük ve hiperkromatik çekirdeğe sahip hücrenin etrafında halka bulunması HPV enfeksiyonu için tipiktir. Bu hücrelere Koilosit adı verilir (Atasü ve Şahmay 2001).

II.3.2. Serviksin İnflamasyonu:

Kadınların serviksini etkileyen en yaygın patolojik olay inflamasyondur. Çoğunlukla enfeksiyondan ve daha az sıklıkla, yabancı cisimler, travma, jeller ve kremler gibi kimyasal iritanlar tarafından oluşturulur. Servikste inflamasyon oluşturan enfeksiyon etkenleri şunlardır:

Trichomonas vaginalis, Candida albicans, Gardnerella vaginalis, G. mobiluncus, Haemophilus ducreyi, Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Escherichia coli, streptococci, staphylococci, peptostreptococcuslar gibi bakteri enfeksiyonları, ve HSV gibi viral enfeksiyonlar (Sankaranarayanan ve ark 2005).

II.3.3. Servikal Polipler ve Kistler:

Endoservikal polipler serviksin en sık rastlanan tümöral gelişimleridir. Sıklıkla Malign değişiklik insidansı %1'den az olup en sık skuamöz karsinom, daha az sıklıkta da adenokarsinom gelişir.

Servikal kistlerden en sık görüleni Naboth Kistleridir (Atasü ve Şahmay 2001).

II.3.4. Servikal Lökoplaki: (Hiperkeratoz)

Keratoza bağlı olarak servikte bulunan, çıplak gözle görülebilen iyi sınırlı beyaz alanlardır. Genellikle idiopatiktir, ancak kronik yabancı cisim irritasyonu, HPV enfeksiyonu veya skuamöz neoplazi tarafından da oluşturulabilir (Sankaranarayanan ve ark.2005).

II.3.5. Servikal Leiomyomlar:

Uterusun tüm myomlarının %8'i servikal kaynaklıdır. Makroskopik ve mikroskopik olarak korpustakilere benzerler. Serviksin tek taraflı büyümesine neden olur veya kanaldan dışarı uzanırlar (vajene doğmuş myom). Komşu organlara bası yaparak konstipasyon, idrar sıklığı ve retansiyon gibi semptomlara neden olurlar, gebelikte distosi nedenidirler (Atasü ve Şahmay 2001).

II.4. SERVİKSİN PREMALİGN LEZYONLARI:

Preinvaziv servikal hastalık kavramı, 1947 senesinde invaziv kanser görünümüne sahip ancak epitelle sınırlanan epitelial değişiklikler tanımlandığında ortaya atılmıştır. Reagan ve arkadaşları 1956'da CIS (karsinoma in situ) 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.

Displazi ve CIS'in sürekli bir olayın farklı basamaklarını teşkil ettiğini düşünen Richart, 1967 yılında servikal intraepitelial neoplazi (CIN I, II, III) terimini tanımlamıştır. Bir ucunda hafif displazi ile başlayan ve sonunda invaziv kanserlerle biten intraepithelial değişmelere servikal intraepithelial neoplazi (CIN) adı verilir. CIN ve displazi eşanlamdır ve anormal matüriteyi ifade eder (Özpak 2004). Bu değişikliklerden diskaryoz veya kanser öncüsü hücreler taşıma şeklinde de söz edilebilir. Sonraki çalışmalar bu lezyonların tedavi edilmemeleri halinde servikal kansere yol açabileceğini göstermektedir. Şimdi ise tedavi edilmediği zaman erken CIN lezyonlarının çoğunun eş zamanlı olarak gerilediği bilinmektedir (Uyanıkoğlu 2006, Robbins ve ark 2003).

Anormal lezyonların gelişiminde; 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 (Özpak 2004).

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 prekürsor lezyonlar spektrumu ile karakterizedir. Epidemiyolojik çalışmalar, CIN ve servikal kanser gelişimine katılan bir dizi risk faktörünü belirlemiştir. Bunlar; bazı human papillomavirus (HPV) tipleri ile enfeksiyonu, erken yaşta cinsel ilişkiyi, çok sayıda cinsel eşi, multipariteyi, uzun süreli oral kontraseptif kullanımını, sigara kullanımını, düşük sosyoekonomik durumu, Chlamydia trachomatis ile enfeksiyonu, yetersiz beslenmeyle sebze ve meyveden yoksun diyeti kapsar (Irkkan ve Yurtaslan 2007). HPV 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 ve 68 tipleri ile CIN ve invaziv kanser arasında kuvvetli bir ilişki vardır. Bu HPV tiplerinden bir veya daha fazlası ile süregelen enfeksiyonun servikal neoplazi için gerekli neden olduğu kabul edilir. Onkojenik HPV tiplerinden bir veya daha fazlası ile enfeksiyon, viral genomun konakçı hücre genomuna bağlanması ve buna bağlı servikal neoplastik hücrelerin oluşumu ile sonuçlanır. Bu hücrelerin çoğalması, değişen derecelerde CIN (I, II, III) ve invaziv servikal kanser oluşumuna yol açar. Servikal kanserlerin önemli bir

bölümünün çok katlı yassı epitel ile silindirik epitelin birleştiği yerden gelişmeye başladığı bilinmektedir (Sankaranarayanan ve ark.2005, Uyanıkoğlu 2006).

CIN genç yaş grubunda daha fazla görülmektedir. ABD kaynaklı jinekolojik onkoloji klasik yayınlarına göre displaziler 20-34 yaş grubunda, insitu kanser 25-40 yaş grubunda, mikroinvazif kanser 45-54 yaşları arasında, klinik kanserler ise bu yaşlardan sonra daha sık görülür (Atasü ve Şahmay 2001). En hafif displazi 7 yılda, hafif displazi 7-5 yılda, orta displazi 3 yılda, ağır displazi 1 yılda carcinoma in situ'ya, carcinoma in situ'da 10 yılda invaziv kansere dönüşmektedir. Displazi ve carcinoma in situ ayrı bir hastalık değil, invaziv kolum kanseriyle sonuçlanan progressif sürecin bir aşamasıdır (Güler 1993). CIN I lezyonlarının büyük çoğunluğunun geçici olduğu; kısa dönemlerde normale gerilediği veya yüksek derecelere ilerlemediği iyi bilinmektedir. Diğer taraftan, yüksek dereceli CIN (II, III)'ler, her ne kadar bu tür lezyonların da bir kısmı gerilese de, yüksek oranda invaziv kansere ilerleme olasılığı taşırlar (Polat 1996). Servikal öncü lezyonların invaziv kansere ilerlemesinin ortalama 10 ila 20 yıl kadar uzun bir zaman aldığı bilinmektedir. CIN'lerin doğal sonucunu değerlendirmek için yapılan 1-20 yıl süreyle takip edilen 14.000 hastalık literatür sonuçlarına göre; CIN I 'lerin % 60'ının gerilediğini ve % 10'unun carcinoma insituya ilerlediğini göstermektedir. CIN 3'ü hastaların 1/3'ünde regresyon görülmesi de beklenmektedir (Özpak 2004, Disaia ve Creasman 2003).

Displazinin invaziv kansere dönüşüm süreci

CIN I Hafif displazi (atipik hücreler epitelin 1/3 alt kısmını kaplar),

CIN II Orta displazi (atipik hücreler epitelin alttan 2/3'lük kısmını kaplar),

CIN III Ağır displazi (undiferansiye hücreler tüm epiteli kaplar, yüzeye ulaşır, bir sıra matür-yassı-nükleusu olmayan hücre hala vardır) ve carcinoma in situ (tüm epitel tamamıyla undiferansiye neoplastik hücreler ile kaplanır) (Polat 1996).

Tüm displaziler ve carcinoma in situ'da Basal Membran İntakt'dır.

Hafif displazi %6,2, orta displazi %12,9, ağır displazi %29,1 oranda carcinoma in situ'ya ilerler.

Tedavi edilmeyen carcinoma in situ (CIN III) yaklaşık %30 oranında invazif karsinomaya ilerler.

Grade III CIN lezyonlarının yaklaşık %5'inde 3 yıldan az sürede invazyon oluşur.

Normal epitelden hafif-orta displaziye geçiş süresi ortalama 1.62 yıl; normal epitelden orta-ağır displaziye dönüş ortalama 2.20 yıl; normalden carcinoma in situya dönme süresi ortalama 4.51 yıldır. Serviksin malign lezyonlarının %85-90'ı squamoz hücrelidir. Ama diğer tipleri de görülebilir (Atasü ve Aydınli 1999, Barut 2000).

II.5. SERVIKSİN MALİGN LEZYONLARI:

II.5.1. 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 önlenebilir bir kanser olarak kabul edilir (Disaia ve Creasman 2003, Atasü ve Aydınli 1999).

Serviks kanseri görülme yaşı genel olarak 20-80 gibi geniş bir yelpazeye yayılmıştır. En sık 50-59 yaşları arasında görülmekle birlikte bizim ülkemizde invaziv serviks kanserlerinin %65'i 40-60 yaş grubunda görülmektedir (Atasü ve Şahmay 2001).

Serviks kanseri, invazyonun çok erken dönemlerinde bariz belirti ve bulgularla ilişkili olmayabilir. Bu nedenle prelinik invaziv kanser olarak bilinir. Güney Afrika Ulusal Kanser Kayıtları'na göre servikal kanserin yalnızca %8'i 30 yaş altında görülür ki; bu olguların çoğu immün sistemi baskılanmış kadınlardır. Adolesan dönemde, lezyonlar genellikle düşük derecelidirler ve büyük çoğunluğu kendiliğinden geriler. Küçük bir kısmı ise kanser öncüsü olan CIN lezyonlarına dönüşür. 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 (Uyanıkoğlu 2006, Atasü ve Şahmay 2001).

II.5.2. Serviks Kanserinin Evrelemesi:

Bütün invaziv kanserlerin klinik olarak evrenmesi zorunludur. 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. Kanserin büyüklüğü ve yaygınlığı 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 (Sankaranarayanan ve ark 2005).

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 prelinik 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 vajen alt 1/3'ü tutulmuştur.

Evre IIIB: Tümör pelvis duvarına ulaşmış veya hidronefroz veya nonfonksiyone 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, Disaia ve Creasman 2003, Norman ve ark 2003, Solaroğlu ve ark 2002, Atasü ve Aydınli 1999).

II.6. SERVİKS KANSER BELİRTİLERİ

Erken Dönemde Görülen Belirtiler

- Düzensiz, sızıntı şeklinde kirli vaginal kanama,
- Siklus dışı ara kanaması,
- Sarı, kirli, pis kokulu, et suyu görünümünde akıntı,
- Menapozdan sonra kanama,
- Menstruasyonun uzaması, kanamanın artması,
- Cinsel ilişkide kanama,
- Defekasyonda kanama,
- Ağrı yoktur (Irkkan ve Yurtaslan 2007).

Geç Dönemdeki Belirtiler

- Kanser serviks sınırları dışına taşınca pelvis içine künt ağrılar,
- İnfiltrasyon kitlesinin sinirlere yaptığı baskı sonucu alt ekstremitelerde ve sırtta şiddetli ağrılar,
 - Lenf dolaşımı engellenmesine bağlı alt ekstremitelerde ödem,
 - Tümör kitlesindeki beslenme bozukluğuna bağlı olarak gelişen nekroz sonucu çok pis kokulu ve kanla karışık akıntı,
 - Üreterlere infiltrasyon sonucu hidronefroz, pyelitis, pyelonefrit ve üremi,
 - Tümör kitlesindeki enfeksiyon sonucu sepsis ve peritonitis, son dönemde kaşeksi, anemi,
 - Metastaz yaptığı diğer organlarda sarılık, hematemez, ağrı gibi çeşitli semptomlar görülür (Norman ve ark 2003, Güler 1993).

II.7. SERVİKS KANSERİNDE RİSK FAKTÖRLERİ

Günümüzde kanserlerin birçoğunda olduğu gibi serviks kanserinde de etiyojik nedenler kesin olarak bilinmemekle birlikte, önemli olabilecek risk faktörlerinden söz edilmektedir. Bu risk faktörlerinin en önemlileri aşağıda verilmiştir.

II.7.1. Erken Yaşta Evlilik ve Cinsel İlişki

Cinsel aktivite serviks kanserinin risk faktörleri içinde ön planda yer almaktadır. Çünkü hastalık evli kadınlarda, genç yaşta evlenenlerde ve çok fazla cinsel ilişkide bulunanlarda fazla görülmektedir. Özellikle 18 yaşından önce ilk cinsel ilişkinin önemli bir risk faktörü olduğu ve birden fazla kişi (3'den fazla) ile cinsel ilişkinin belli bir oranda serviks kanserinin oluşumuna katkıda bulunduğu yapılan araştırmalarla ortaya konmuştur (ECCA 2006, Disaia ve Creasman 2003, Lowdermilk 1997, Kişnişçi ve ark.1996, Sungur 1993)

II.7.2. Doğurganlık

Serviks kanserinin görülme sıklığı gebelik sayısı ile paralel olarak artış göstermektedir. Gebelik sayısının dörtten fazla olması ve ilk gebeliğin 20 yaşından önce olması önemli risk faktörü olarak gösterilmektedir (Disaia ve Creasman 2003). Artan paritenin; kadının beslenme durumunun etkilenmesi, hormonların serviks ve HPV üzerine etkisi ve doğum sırasındaki servikal travmalar yoluyla servikal neoplazilere yol açabileceği anlaşılmıştır. Buna göre serviks kanserinden ölüm, 6 ya da daha fazla doğum yapmış olanlarda, 3 ya da daha az doğum yapmış olanlara kıyasla 2.5 kat fazladır. Gebelik sırasında kolumnar epitelin eversiyonu sonucunda immatür metaplastik epitel daha çok etkene maruz kalarak transformasyona uğrayarak, kanser riskini arttırmaktadır (Kutluk ve Kars 2001, Kişnişçi ve ark.1996, Lowdermilk 1997).

II.7.3. Beslenme

İnsanlarda beslenme biçimi ile kanser arasındaki ilişki her zaman merak konusu olmuştur. Son yıllarda ileri sürülen bilgilere göre beslenme ile ilgili etmenler, kanser ölümlerinin %35'inin nedenidir.

Yağ tüketimi ile kanser oluşumu arasında doğrusal bir ilişki vardır. Bu ilişkide yağ, kanserojen madde olarak nitelendirilmektedir. Kanser başlangıcının, karsinojen madde ile hedef dokunun genetik materyaliyle gelişen bir ilişkiye bağlı olduğu anlaşılmıştır. Hücrenin yapısını bozan bu olay, hücrelerin hızla bölünerek çoğalmalarına ve bir tümör oluşturmalarına neden olur. Başlangıç ile tümörün belirlenmesi arasındaki devre 10-20 yıl sürebilir (Çağlayan 1999). Ayrıca vitamin eksikliğinin özellikle vitamin A ve C'nin servikal kanserlerde önemli rolü olduğu düşünülmektedir. Serviks kanserinin görülme sıklığı da obez kişilerde 3 ila 10 kat daha fazladır (Disaia ve Creasman 2003, Garcia-Closas ve ark.2005).

II.7.4. Sosyo-Ekonomik Durum

Özellikle gelişmiş ülkelerde serviks kanseri düşük sosyo-ekonomik durumda olan kadınların hastalığı olarak değerlendirilmektedir. Bu hastalığın görülme sıklığı gelir düzeyi düşük olanlarda, gelir düzeyi yüksek olanlara oranla daha fazladır. Çünkü serviks kanserinin çevresel faktörlerle, yaşam koşullarıyla ve hijyenik alışkanlıklarla yakın ilişkisi vardır. Siyahlarda ve Meksika kökenli Amerikalı olanlarda serviks kanseri insidansının daha yüksek olması şüphesiz ki sosyoekonomik statülerinin daha düşük olmasıyla ilgilidir. Aynı zamanda çok ve sık doğumlara erken evliliklere, düşük ücretle çalışanlara ve de yetersiz beslenmeye daha çok sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan toplumlarda rastlanmaktadır. Sosyo-ekonomik durumun kötü olması kişilerin hijyene ilişkin davranışlarını olumsuz etkiler. Ayrıca sosyoekonomik durum sağlık kurumlarına başvurmayı da etkilemektedir (Sungur 1993, Taşkın 2003, Kışnişçi ve ark.1996, Serv. Kans. Tar 2003).

II.7.5. Viral Enfeksiyonlar

Genellikle cinsel ilişki ile geçen viral onkojenik ajanlar arasında virüsler son yıllarda büyük ilgi çekmiştir. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar arasında serviks kanseri açısından üzerinde durulanlar şunlardır.

Herpes Simplex tip 2 virüsü; 1970-1980'li yıllarda bu virüs serviks kanseri açısından önemli etken olarak gösterilmiştir. Ancak daha sonraki yıllarda bu enfeksiyonun hastalığın oluşumunda yardımcı bir faktör olduğu görüşü ağırlık kazanmıştır (Atasü ve Şahmay 2001)

Klamidya Enfeksiyonları; Tedavi edilmediğinde genital organlarda ciddi hasarlara neden olan bir enfeksiyon kaynağıdır.

Human Papilloma Virusü (HPV); Serviks kanserinin oluşumu açısından bugün üzerinde en çok durulan etken HPV'dir. HPV genital bölgede ve mukozalarda enfeksiyon yapan ve condyloma acuminatum (kondiloma aküminatum ya da kısaca kondilom) adı verilen siğil şeklinde kitlelerin oluşumuna neden olan çift DNA zincirine sahip bir virüstür. Çoğu virüs hastalığında olduğu gibi HPV de bir kez vücuda girdiğinde hücreler içinde yerleşir ve zaman zaman alevlenmelere yol açar. Bu yüzden HPV enfeksiyonu kesin tedavisi olmayan bir hastalık olarak kabul edilir.(jin.net,review) ABD'de seksüel (doğurgan) çağıdaki yaklaşık olarak her 4 kadının 3'ünde HPV bulunmaktadır (Yarkın 2000, ACOG 2005).

HPV enfeksiyonu cinsel yolla bulaşan hastalıklar grubunda yer alır. Epidemiyolojik çalışmalar sonucunda HPV ile anogenital tümörler (kondilomlar, servikal displazi ve servikal karsinom) arasında güçlü ilişki saptanmıştır. Özellikle çok sayıda cinsel eşi olan (veya öncesinde olmuş olan) bireyler ve bu bireylerin eşlerinde yaygındır. Virüsün bulaşması başka bir bireyin enfekte bölgesinin (penis gibi) mukozalara (ağız ve vajina gibi), ya da doğal olarak nemli bölgelere (anüs gibi) temasıyla olur. HPV bulaştıktan sonra 2-6 aylık bir kuluçka devresini takiben genital bölgede ve/veya anüs etrafında sayıları ve büyüklükleri değişken kondilom (siğil) adlı kitlelerin oluşmasıyla belirti verir (Rosai ve Ackerman 2004).

Genital bölgede kondilom oluşumuna neden olan HPV, hücrelerin içine yerleşerek hücrenin genetik yapısını etkileyebilme özelliğine sahip bir virüstür. HPV'nin çok sayıda alt tipi vardır. Bu alt tiplerden bazıları hücrelere olan

etkileriyle hücrelerin kendi kendine hızla ve kontrolsüzce çoğalabilen hücrelere dönüşmesine neden olmaktadır. Mukozaya afiniteleri olan HPV genotipleri benign ya da malign oluşumlarla ilişkilerine göre gruplandırılırlar (Atasü ve Şahmay 2001, Akhan 2007).

En sıklıkla genital siğil veya "Condyloma Accumulata (kondilom)" olarak karşımıza çıkan HPV, kanser oluşturmaya göre üç gruba ayrılır:

1. Düşük onkojenik (kanseri oluşturma) riskli grup HPV tip 6, 11, 42, 43, 44'ü içerir. Kondilomlarda ve düşük dereceli CIN lezyonlarında bulunurlar. Kanseri oluşturma riskleri son derece azdır.

2. Orta riskli onkojenik gruptaki 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 grubu ise en yüksek oranda kanseri yapma riski taşıyır ve HPV tip 16, 18, 31, 33, 45, 51 ve 52'den oluşur (Rosai ve ark 2004).

HPV ile ilişkili lezyonlar ve tipleri

Deri Derin plantar siğil HPV-1

Yaygın rastlanan siğil HPV-2, 4

Düz siğil HPV-3, 10

Mukoza Genital siğiller HPV-6, 11(warts)

Servikal kanser Yüksek risk HPV-16, 18, 31,45

Orta risk HPV-33, 35, 39, 51, 52, 56, 58, 59,68

Düşük risk HPV-6, 11, 42, 43, 44

Vulva kanseri HPV-16

Penis kanseri HPV-16

Orofarinks kanseri HPV-16

Respiratuar papillomlar HPV-6, 11 (Yarkın 2000, ACOG 2005, Elisabeth ve Buechler 2006).

Hücrelerin kontrolsüzce çoğalma özelliği kazanması ise hücrelerin bulunduğu dokuda kanseri oluşumu riskini beraberinde getirmektedir. Serviks, vagina ve vulva kanserlerinin gelişiminde HPV'nin bu onkojen alt tiplerinin çok önemli bir rolü olduğu düşünülmektedir. Bu etkiler uzun vadeli etkilerdir ve ancak onkojen etkiye sahip HPV alt tipleri tarafından başlatılırlar. Önce sitoloji,

daha sonra biopsi materyallerinde yapılan çalışmalar ve son olarak viral DNA'nın dokularda saptanabilmesini sağlayan yöntemler sayesinde bu ilişki çok daha iyi anlaşılmağa başlanmıştır. HPV insanda onkogenik süreci tetikleyen ciddi mekanizmalara sahip ve dünyada son derece yaygın olmasına rağmen virüs ile enfekte olan kadında 1 yılda % 70,2 yılda ise % 90 oranında immün sistem tarafından ortadan kaldırılır. Virüsün vücuttan eradikasyonu tipi ile doğrudan ilişkilidir. Özellikle kendi DNA'larını konakçı DNA'sına entegre eden yüksek riskli HPV tiplerinde (Tip 16 ve 18) eradikasyon uzun sürmektedir. Hastaların % 10 kadarında persiste enfeksiyon görülür ve bu olgularda invazif servikal kanser gelişmesi 15-20 yıllık bir süreci kapsamaktadır. Bu nedenle preinvazif lezyonların pap-smear tarama programları ile erken dönemde yakalanması son derece önemlidir (Özpak 2004, Disaia ve Creasman 2003, Atasü ve Şahmay 2001, John ve ark 2001).

Serviks kanseri ile HPV arasında kuvvetli ilişki olduğu kesin olarak bilinmektedir. Ancak HPV tek başına kanser oluşumuna yol açmamakta, büyük olasılıkla başka etkenlerin eşliğinde kanser ortaya çıkarmaktadır. Bu yardımcı etkenler tam olarak tanımlanmamış olmakla birlikte, sigara, immün sistem, hücrel mutasyonlar, hormonal durum hastalığının oluşumunda önemli yardımcı faktörlerdir. HPV enfeksiyonunun tedavisinde temel prensip nüksleri en aza indirmek için kitlelerin mümkün olduğunca temizlenmesidir. Bu amaçla virüslere etkili ilaçlar kullanılarak lokal tedavi ve büyük lezyonların koterizasyon yoluyla yakılması şeklinde tedavi uygulanır. HPV cinsel yolla bulaşan bir hastalık olduğundan bu konuda alınan genel önlemlerin alınması HPV enfeksiyonundan korunmada tek yoldur (Robbins ve ark 2003, V. Taira et al. 2004, Ozan 2005, ECCA 2006).

HPV Aşıları

Servikal karsinogenezin artık olmazsa olmaz bileşeni HPV'dir. HPV'nin tespit edilme teknikleri arttıkça servikal kanser örneklerinde %100'e yakın oranlarda pozitiflik saptanmaktadır. Diğer tüm faktörler ya bulaşmayı arttırıcı ya da karsinogenezi hızlandırıcı bir etkiye sahiptir. Etiyoloji'de HPV'nin anahtar rolü oynaması bu virüse karşı aşı çalışmalarını indüklemiş ve oldukça etkin koruyucu aşilar geliştirilmiştir. Yakın gelecekte bu aşiların kullanıma girmesi ile 20-30

yıllık bir süreçte serviks kanseri insidans ve mortalitesinde önemli azalmalar beklenmektedir (Güner ve Taşkiran2007).

HPV'nin serviks kanseri ile ilişkisinin ortaya çıkarılmasını takiben bu virüs üzerindeki geniş araştırmalar sonuç vermeye başlamış ve HPV aşılıarı üretim aşamasına gelinmiştir. Uzun zamandan beri sürdürülen çalışmalar sonucunda HPV aşısı 2006 yılında onaylanmış ve kullanıma sunulmuştur. Toplumda HPV'nin onkojenik türlerinin yaygınlığına bağılı olarak aşının HPV enfeksiyonlarını % 65-76 oranında önlediğı kanıtlanmıştır. Öte yandan aşı, HPV tip 16 ve 18 tarafından meydana getirilen prekanseröz servikal lezyonların önlenmesinde %100 başarılıdır.

Bu şekilde serviks pre-kanser ve kanserlerinin büyük bir kısmını engellemek ve hatta genital siğıllerden kurtulmak artık mümkün hale gelebilmektedir. HPV aşılıarı virüs benzeri partiküller içeren ancak virüsün yaptığı etkiyi oluşturmaksızın yalnızca vücudun immun sistemini harekete geçirerek, kişinin uzun süreli HPV'ye dirençli hale gelmesini sağılayan aşılardır. Aşının uzun süre kalıcı olabilmesi için bir kez yapıldıktan 1 ve 6 ay sonra tekrarlanması gereklidir. Bivalan aşılar ile serviks kanserlerinin %70 ile %100 'ünün eradike edilebileceğı düşünölmektedir. Bu şekilde bu hastalığa bağılı ölümlerin %95 oranında azalacağı düşünölmektedir (ECCA 2006, ACOG 2005).

II.7.6. Servikal Displazi

Displazi düzensiz gelişme demektir. Bu terim serviksin yassı epitelini veya metaplastik epitelyumunu ilgilendiren çeşitli reaksiyonlara verilen isimdir. Önceleri yaygın olarak kullanılan displazi/in-situ yerine bugün CIN sözcüğü yaygın olarak kullanılmaya başlamıştır. Bazı çalışmalar, displazi durumlarının hepsinin değılse bile birçoğunun kanserleşme riski taşıdığını göstermektedir (Disaia ve Creasman 2003, Seçkin 1993).

II.7.7. Sigara

Sigara kullanımı invaziv serviks kanseri oluşumunda ve HPV için predispozan faktör olarak gösterilmektedir (Yazıcı 1994). Sigara tiryakiliğı günümüzde CIN ve serviks kanseri için önemli bir risk faktörü olarak kabul

edilmektedir. Uzun süreli ve yüksek miktarda sigara içenlerde daha fazla olmak üzere risk yaklaşık iki kat artmaktadır. Sigara ürünleri olan kotinin, nikotin, fenoller ve hidrokarbonlar sigara içen kadınların servikal mukuslarında bol miktarda bulunmaktadır. Ancak bu kimyasal karsinojenler servikal kanser gelişimi için yeterli olmamakta daha çok kofaktör olarak rol oynamaktadır. Bu maddeler, içilen sigara miktarıyla orantılı olarak, servikte lokal immünitinin sağlanmasında rol oynayan Langerhans hücrelerinin miktar ve fonksiyonunu azaltmakta, böylece kanser oluşumu kolaylaşmaktadır (Kışnişçi ve ark.1996 Prokopczyk ve ark.1997). Ayrıca serviks kanserinde sigara içmenin immün sistemi baskıladığı için, risk oluşturduğu da bilinmektedir (Menteş 1998, Atasü ve Şahmay 2001, Disaia ve Creasman.2003).

II.7.8. Eş Durumu

Serviks kanserinde yüksek risk oluşturan bazı durumlar erkeklerle ilgilidir. Kadınların eşlerinin prostat veya penis kanseri olması, venereal hastalık öyküsünün bulunması, sünnetsiz olması ve birden fazla kişi ile cinsel ilişkide bulunması serviks kanserinin görülme sıklığını artırdığı düşünülmektedir. Servikal karsinoma, herpes simpleks ve HPV arasında sıkı bir ilişki bulunmaktadır. HPV (HPV 16-18-31) cinsel ilişki yolu ile erkeklerden kadınlara geçmektedir. Bu virüsler primer enfeksiyondan yıllar sonra gelişen serviks ve penis kanserlerine neden olmaktadır. Ayrıca eşin mesleği ile serviks kanseri arasında ilişki olduğunu ve eşleri vasıfsız işçi olarak çalışanlarda kötü hijyen ve düşük sosyo-ekonomik düzey nedeniyle bu hastalığın daha fazla görüldüğünü öne süren çalışmalar da vardır (Denny ve ark 2006, Disaia ve Creasman 2003).

II.7.9. Oral Kontraseptif Kullanımı

Oral kontraseptiflerin, özellikle gestagenden zengin olan tiplerinin uzun süre kullanımı halinde servikal silindirik epitelde adenomatöz hiperplaziye yol açtığı ve bunun da aynı endometrial adenomatöz hiperplazide olduğu gibi malign transformasyona zemin hazırladığı ileri sürülmektedir. Birkaç çalışmada eşdeğer kontrol gruplarıyla karşılaştırıldığında, oral kontraseptif kullananlarda, servikal displazi ve servikal kanser riskinin arttığı gösterilmiştir. Yapılan bir araştırmada

beş yıldan uzun süreli oral kontraseptif kullanımında, kontrollere kıyasla daha fazla oranda serviks kanseriyle karşılaşılabilirliğini göstermiştir (Atasü ve Aydınlı 1999, Reid 2001, Munoz 2002, Lyon 2005).

Servikal a tipi açısından oral kontraseptif kullananlar yüksek risk grubunda sayılmalı ve beş yılı aşkın kullanan vakalarda en az yılda bir servikal smear yapılmalıdır (Kışnişçi ve ark.1996, Serv. Kans. Tar 2003).

II.7.10. Diğer Faktörler

Yaş; İnvaziv ve pre-İnvaziv kanser görülme yaşı değişiklik göstermektedir. Ancak ortak görüş İnvaziv serviks kanserinin daha genç yaşlara kadar inmeye başlamış olmasıdır. Bazı kaynaklar İnvaziv serviks kanserinin en fazla 20-50 yaşları arasında olduğunu ileri sürerken (4, 20), 30-50 yaşları arasında olduğunu bildiren kaynaklar da vardır. ABD kaynaklı yayınlara göre displaziler 20-34 yaş grubunda, insitu kanser 25-40 yaş grubunda, mikroİnvazif kanser 45-54 yaşları arasında, klinik kanserler ise bu yaşlardan sonra daha sık görülür. Ortalama görülme yaşı 52 olup 35-39 ve 60-64 yaşlarında iki ayrı dönemde pik yapmaktadır. Yaşın yanı sıra kötü hijyen koşullarına sahip olma, meslek durumu (seks işçisi), siyah ırktan olma ve diğer genital enfeksiyonların bulunması da serviks kanseri açısından risk faktörleri arasında yer almaktadır (Atasü ve Şahmay 2001, Yazıcı 1994).

II.8. SERVİKAL KANSERDEN KORUNMA VE ERKEN TANI

Kanserden korunma, kansere neden olan faktörlerin bilinmesini ve kanserin klinik olarak ortaya çıkmadan önce erken dönemde tanınmasını içerir. Kanserın erken dönemde tanınması ve taramalar kanserden korunmanın iki önemli yönünü oluşturmaktadır.

Kanser oluşumunda risk olduğu bilinen maddelerden korunmayı hedefleyen çalışmalara birincil koruma denir. Bu birincil koruma; kanser yapıcı faktörlerden kaçınma, yaşam tarzının değiştirilmesi, bireysel tercih ile sağlanabilir. İkinci koruma ise; herhangi bir kanser belirtisi olmayan kişilerde tarama testleri ile (örneğin; papsmear) erken tanı konulmasına yönelik çalışmalar ve erken tedavi yollarının uygulanmasıdır. İkincil korumanın amacı morbidite ve mortaliteyi önlemektir. Bu nedenle erken tanı ve tedavi üzerinde durulur. Herhangi bir şikayeti olmayan kişilerde tarama testleri ve rutin muayenelerle belirtilerin ortaya çıkmasından yaklaşık iki yıl kadar önce tanı koymak mümkün olmaktadır (Berberoğlu 1991, Sherman 1992, Platin 1998, Çay 1999). Amerikan Kanser Derneği, kanser tarama programı içeriğine öncülük etmiş ve yaygınlaşmasında rol oynamıştır. Kanser tarama programı, sadece spesifik kanser bulgu ve semptomlarının muayenesi değil, kişisel kanser tehlikelerinden ya da zararlarından birey, aile ve toplumun korunması anlamını taşımaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nde (WHO) kanserden korunma ve kanser tarama çalışmalarının önemini vurgulamaktadır.

Kanser tarama merkezlerinin görevleri arasında;

-Geniş kapsamlı sağlık öyküsü ve kanser tehlikeleri analizi

-Kanser tehlikesini azaltma, kendi kendine muayene, kanser belirtileri eğitimi ile bireysel tarama kılavuzluğu

- Laboratuvar taraması

-Şüpheli durumların hekime yada sağlık kuruluşuna sevki ile hızlı tanı koyma ve bir an önce tedavinin başlamasını kapsamaktadır (Çay 1999).

Serviks kanserinin de erken dönemde tanınması ve tedavi edilmesi mümkün bir hastalık olması nedeniyle bu konuda yapılacak çalışmalar erken tanı açısından önemlidir. Serviks kanserinin oluşum evresinin uzun olduğu bilinmektedir. Çıplak gözle fark edilmeyen ve hiçbir belirtinin olmadığı dönemde, epitel içinde başlayan patolojik değişmeler (Displazi=servikal intraepitelial

neoplazi) pap-smear tekniği ile %90-95 tanınabilmektedir. Eğer tanı başlangıç döneminde konursa, serviks kanserinin tedavisi %70'e yakın olmaktadır. Serviks kanserinde taramanın amacı hastalığı invaziv evreye göre, tedavi maliyetlerinin az olduğu preinvaziv evrede yakalamaktır (Disaia ve Creasman 2003). Kadınların bu olanağı kullanmalarını sağlamak için pap-smear konusunda eğitilmeleri ve düzenli pap-smear için cesaretlendirilmeleri gerekmektedir (Sherman 1992, Lynn ve ark.2000). Ayrıca

Başarılı Bir Tarama için Yapılması Gerekenler:

- Smearlerin alınması, incelenmesi ve raporlanması için yeterli mali kaynak ayrılabilmesi,
- Smearleri alanlar ve inceleyenler iyi eğitilmeli,
- Temel Sağlık Hizmetlerinde çalışanlar kadının nereye baş vuracağını organize etmeli ve istiyorsa bir kadın doktora görünme seçeneğini sağlayabilmesi,
- Kadınlar taramanın önemi hakkında bilgilendirilmeli,
- Yaşlı, daha önce taranmamış kadınlar düzenli bir tarama sistemi içine dahil edilmeli,
- Bulunan lezyonların tedavisi için yeterli tıbbi bakım sistemi olmalı
- Tüm yaşlarda özellikle risk altındaki kadınların taranması sağlanmalı, bu konuda uyarılarda bulunulmalıdır (Balcı 1991).

II.9. SERVİKAL KANSER TARAMA PROGRAMLARI

II.9.1. Pap Smear Test

Hücre anomalilerinin saptanması ile ilgili ilk servikovajinal çalışmalar 1927 yılında yapılmıştır. 1939 yılında Dr. George Papanicolaou tarafından tanımlanmasından sonra pap smear test bir kadının jinekolojik muayenesinin değişmez parçası haline gelmiştir (Özpak 2004). Papanicolaou ve Trout, 1943 yılında, altta yatan kanser ya da kanser öncülerini saptamak için uterus serviksini pul pul dökülen hücrelerinden alınan örneklerle uyguladıkları Pap sürüntüsü testini geliştirmiştir.(Virtej ve ark 2003). Servikal yayma, 1940'lardan bu yana servikal kanserin ve kanser öncesi durumların saptanması için kullanılan bir tıbbi

inceleme yöntemidir. Bu yöntem sayesinde serviks kanserinin görülme sıklığı %70'e kadar azalmıştır. Bu testin ortaya çıkışı ve yaygın kullanımından beri ABD'de serviks kanserinden ölümler %75 oranında azalmıştır (Reid 2001, Virtej ve Vasiliu 2003). Serviks kanserinin erken dönemde tespit edilebilmesi; hem birey hem de toplumun bu hastalıkla en az zarar ve ekonomik kayıpla mücadele edebilmesini sağlayacaktır. Bunun için etkin bir tarama programının geliştirilmesi ve uygulanmasının gerekliliği göz önündedir. Tarama programları her ne kadar gelişmekte olan ve geri kalmış ülkelerde insidansı azaltmış olmakla beraber maddi olumsuzluklar ve hasta bilincinin yeterli düzeyde olmaması nedeniyle istenilen düzeye ulaşmamıştır. Birçok farklı tarama metodu geliştirilmiş olmasına rağmen halen serviks kanseri, malignansilere bağlı ölümler arasında önemli bir yer tutmaktadır (John ve ark 2001, Elisabeth ve Buechler 2006).

Serviks kanseri için en çok bilinen ve yaygın kabul görmüş etkin tarama yöntemi pap smear testidir. Aynı zamanda pap smear test, serviksin diğer hastalıklarının tanımlanmasında, özellikle enfeksiyon hastalıklarının tanımlanmasında da etkin bir testir. Tuncer ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada pap testin, alt genital sistem enfeksiyonlarında, genel olarak % 23 oranında enfeksiyon etkenini tespit edebildiği bulunmuştur (Gülen 2004).

Pap smear test birçok yönden ideal bir tarama testidir. Çünkü serviks kanseri premalign bir dönem sonrası yıllar içinde gelişen bir hastalıktır, bu sayede belirli aralıklarla tekrarlanan testler ile yalancı negatiflikle ilgili etkiler azalmaktadır. Ayrıca nispeten ucuz, kolay yapılabilen ve hastalarca kolaylıkla kabul gören bir testtir. Pap smear testin ve uygun tarama programlarının etkin yürütülmesi sonucu servikal kanser mortalitesi ve insidansında düşüş sağlanabilmektedir (Barut 2000, Zemheri ve Koyuncuer 2006). Atasü ve Aydınlı'nın (1999) aktardığına göre, British Columbia'da 30 yıllık bir tarama programının sonucunda klinik olarak invazif yassı epitel hücreli serviks kanseri insidansı %78, mortalitesi ise %72 oranında azalmıştır. Ayrıca servikal tarama ile erken tanı sayesinde serviks kanser yaş ortalaması 50 iken son 30 yılda yaş ortalaması 35'e inmiştir (Reid 2001). Christopherson ve arkadaşlarının da Kentucky' de uyguladıkları taramada benzer sonuçlar bulunmuştur, 20 yıllık dönemde serviks kanseri mortalitesi % 70 düşmüştür. Clarke ve Anderson'un yaptığı çalışmada da, invazif serviks kanserli 212 hasta benzer yaşlardaki 1060 kontrol olgusuyla karşılaştırılmıştır. Araştırmada son beş yıl içinde smear

aldırmayanların oranı hasta grubunda %68 iken kontrol grubunda % 44 olarak bulunmuş ve tarama testlerinin yapılmamasının riski anlamlı derecede artırdığı gösterilmiştir (Atasü ve Aydınli 1999, Reid 2001, Moreira ve ark 2006).

II.9.2. Pap Smear Test Tarama Sıklığı

Amerikan Kanser Derneği, düşük ve yüksek riskli gruplarda tarama sıklığını farklı önermektedir. Yüksek riskli grupta ilk smear negatif bile olsa yılda bir taramanın devamını uygun görmektedir (Smith ve ark 2006, ACOG 2003, Atasü ve Aydınli 1999).

Amerikan Kanser Derneği ilk cinsel ilişkiye başladıktan sonra en geç 3 yıl sonra taramaya başlanmasını ama ilk tarama yaşının 21'i geçmemesi gerektiğini belirtmektedir. 30 yaş ve üzerinde üç kez üst üste normal test sonucu olanlarda tarama aralığının iki-üç yıla çıkarılabileceğini belirtmektedir. Yaşla birlikte metaplazi hızı azalacağı için seksüel olarak aktif yaşlı bir kadında HPV ve CIN riski genç yaştakilere göre daha azdır. Yinede bu açıdan risk vardır ve tarama gereklidir. 70 yaş ve üzerindeki kadınlarda üç ya da daha fazla normal pap test sonucu olanlar ve son on yıl içinde anormal pap testi olmayanlarda tarama sonlandırılabilir. Serviks kanseri öyküsü olanlar, intrauterin DES'e (diethylstilbestrol) maruz kalanlar, HIV enfeksiyonu dahil immüno supresyonu olanlarda ise tarama devam ettirilmelidir. Subtotal histerektomisi olanlar uterusu alınmamışlarda aynı şekilde taranmalıdır. Bening jinekolojik nedenlerle total histerektomi yapılanlarda tarama endikasyonu yoktur. CIN 2-3 öyküsü olanlar ya da histerektomi öncesi CIN 2-3 olmadığı dökümante edilmemiş olan kadınlarda üç kez üst üste normal sonuç elde edilene kadar tarama sürdürülmelidir. HIV ile enfekte hastalarda tanı sonrası ilk yıl altı ay ara ile daha sonra yıllık tarama yapılmalıdır (Smith 2006, Smith ve ark 2003, ACOG 2003, Ball ve Madden 2003, Servikal Kanser Taraması 2003, Tuncer ve ark 2004).

II.9.3. Pap Smear Raporlama Sistemleri

Pap smear raporları patoloji uzmanının benimsediği ekole göre çeşitli sınıflama sistemlerinden biri veya bu üç sınıflamanın her biri ayrı ayrı temel alınarak yazılır. Papsmear incelemesinin geliştiricisi olan Dr. Papanicolau'nun adının verildiği sınıflamaya göre Class I hücrelerde hiçbir sorun olmadığını, Class II ise hücrelerde enfeksiyona bağlı bazı değişikliklerin olduğunu tanımlar. Class III ve üzeri mutlaka kolposkopi ve biyopsi ile ileri inceleme gerektiren durumları belirtmek için kullanılan ifadelerdir.

Papanicolaou'nun adının verildiği sınıflandırma serviko-vajinal yaymada görülen hücreleri beş sınıfta değerlendirmiştir (Myers ve ark 2000).

Class I : Normal hücreler

Class II : İltihabi hücreleri ifade eder. Hafif, orta, ileri derecede iltihap olmak üzere üçe ayrılır.

Class II A : Hafif derecede iltihap

Class II B : Orta derece iltihap (Hafif derecede iltihap da görülen hücrelere ilaveten, parabozal, endoservikal ve endometrial hücreler)

Class II C : ileri derecede iltihap (Hafif ve orta derecede iltihap da görülen hücrelere ilaveten, metoplazik hücre grupları, diskaryotik hücreler)

Class III : Displazik hücreler. Bu gruptaki hücreler atipiklik özelliklerine göre; hafif, orta, ileri derecede displazik hücrelerdir.

Class IV : Kanser açısından şüpheli hücreler.

Class V : Kanser hücreleri vardır ve üç bölümde incelenir.

Karsinoma in situ -invaziv karsinoma- Grandaler Karsinoma (Çiçek ve ark 2006, Dısaia ve Creasman 2003, Yazıcı 1994).

Papnicolaou sınıflaması, zaman içinde değişen klinik ve histolojik terminoloji yüzünden kliniğe uygulamada zorluklarla karşılaşmış ve çeşitli modifikasyonlara uğramıştır. Papsmear incelemesinde hücrelerde bir sorun saptandığında Papanicolau sınıflamasına ek olarak patoloji uzmanlarının çoğu sorunu 'Tanımlamaya Dayalı Sisteme' göre de tarif ederler. Burada sorun "hücrelerde a tipi" yani şekil değişikliği, "hücrelerde koilositik a tipi" yani HPV'ye bağlı değişikliği veya "CIN I, CIN II, CIN III", yani kanser öncüsü

lezyonlar şeklinde tanımlanır. Bethesda sistemi de Tanımlamaya Dayalı Sisteme benzer bir şekilde hücrelerdeki şekil değişikliklerini ve kanser öncüsü lezyonları kendi terminolojisine göre tanımlar (Meteoğlu ve ark 2004, Köse 2005).

Bethesda sistemi günümüzde PAP smear değerlendirilmesinde kullanılan en önemli ve kapsamlı sistemdir. Bethesda sistemi ile HPV'ye bağlı hücresel değişikliklerin sitolojik olarak tanımlanması olguların takip ve tedavisinde önemli kolaylıklar sağlamaktadır (Gülen 2004, Meteoğlu ve ark 2004). 12-13 Aralık 1988'de ABD'nde Bethesda'da National Cancer Institute'un önderliği altında, uzman konsültanlar ünlü sitopatologlar ve çeşitli tıbbi denek temsilcilerinden oluşan bir komite toplanarak yeni bir rapor sistemi hazırlamışlardır. Bu sistem sayesinde sitopatolog ile klinisyen arasında etkin bir bağlantı kurulması ve sitoloji ile histopatoloji arasında ilişki kurmanın kolaylaşması amaçlanmıştır. Ayrıca bu sistemin, serviks hastalığının epidemiyoloji, biyoloji ve patolojisi yönündeki araştırmaları kolaylaştıracak ve ulusal ya da uluslar arası istatistiksel analiz ve karşılaştırmalar için güvenilir veriler sunması amaçlanmıştır (Meteoğlu ve ark 2004).

Aşağıdaki tabloda en çok kullanılan Pap smear raporlama sistemleri ve Bethesda sisteminin diğer sistemlerle karşılaştırılması görülmektedir (Virtej ve Vasiliu 2003, Jinekoloji.net).

Pap Smear Raporlama Sistemleri

Papanicolau sistemi (1941)	Tanımlamaya dayanan sistem	Bethesda sistemi (1991)
Class I	Negatif (normal anlamında)	Normal
	Negatif ancak enfeksiyon var	Enfeksiyon açıkça belirtilir

Class II	İnflamatuar atipi	İnflamasyon, reaktif ya da reparatif değişikliklere bağlı selim hücre sel değişiklikler
	Skumöz atipi	ASCUS (atipik hücreler var, ancak anlamı tam olarak belli değil)
	Kondilomatöz (koilositik) atipi	Düşük dereceli SIL ve HPV'ye bağlı hücre sel değişiklikler
Class III	Minimal ya da hafif displazi (CIN I)	Düşük derece SIL (HPV'ye bağlı değişiklikler olabilir de olmayabilir de)
	Orta derece displazi (CIN II)	Yüksek dereceli SIL
	Ağır displazi (CIN III)	Yüksek dereceli SIL
Class IV	İnsitu kanser (CIN III)	Yüksek dereceli SIL
Class V	Habis hücreler var	Yassı epitel hücreli kanser

II.10. SERVİKS KANSERİNİN TEDAVİSİ

Tedavi hastalığın derecesine ve hastanın yaşına göre değişmektedir. Serviks kanseri genelde genç yaşta görüldüğünden tedavisinde serviksin korunması esastır. Tedavinin asıl amacı anormal serviks hücrelerini kansere dönüşmeden temizlemektir. Serviks kanseri başlangıçta, etkilenen bölgede sınırlı olduğundan cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi ile kontrol altına alınabilir (ECCA 2006). Bugün birçok kanser tedavisinde yer alan cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, immünoterapi ve lazer gibi yöntemler serviks kanserinde de kullanılmaktadır (Dısaia ve Creasman 2006).

II.11. SERVİKS KANSERİNDEN KORUNMA VE ERKEN TANIDA KADIN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÖNEMİ

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. Kadınların sağlıklarına yönelik zararlı davranışlarının azaltılması ya da ortadan kaldırılması ve sağlıkları konusunda duyarlı kılınması gereklidir. Sağlık hizmetlerinin ve bu hizmeti verenlerin amacı insanları hastalıklardan korumaktır. Korumada yetersiz kalındığı zaman hastalık ortaya çıkar. Bu durumda da hastalanan kişinin iyileştirilmeye çalışılması, yani tedavi edilmesi yine sağlık hizmeti verenlerin görevi olmaktadır. Etkili bir korunma programı yapabilmek için hastalıkların oluş mekanizmalarının aydınlatılması, hastalığın ortaya çıkmasında rolü olan etkenlerin iyi bilinmesi gereklidir (Menteş 1998, Öztunç 1996). 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 de uzamaktadır (Nural ve Akdemir 2000, Taşkın 2003, Platin 1998).

"2000 Yılında Herkes İçin Sağlık" sloganıyla; Dünya Sağlık Örgütüne üye devletler, özel kuruluşlarını, sağlık ekibini ve toplumu bu konuda çaba göstermeye davet etmektedir. Kahire' de yapılan, '1994 Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda tüm ülkeler tarafından, kadın sağlığı hizmetleri temel sağlık hizmetleri kapsamında geliştirmelidir" denmiştir (Çay 1999). TSH'nin temelinde de herkesin kendi sağlığının değerini bilmesi ve kendi sağlığının sorumluluğunu yani öz bakım sorumluluğunu alması ön plana çıkmaktadır. KSC'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. Örnek sağlık davranışlarını sergileyerek, örneğin serviks kanseri risk faktörleri ve pap smear hakkında bilgi sahibi olarak topluma iyi bir rol modeli olabilir ve kendi sağlıklarını koruyabilirler. Kendi özbakım sorumluluğunu geliştirmemiş bir sağlık çalışanlarının konunun önemini topluma aktarmada ve

motive etmede yeterince başarılı olamayacağı düşünülmektedir. Bu nedenle örnek sağlık davranışını sergileyerek topluma iyi bir rol modeli olmaları önem taşımaktadır (Bekar ve ark 1999). Sağlık çalışanlarının bireylere duyarlı ve yararlıyııcı olmadan yaklaşımları, her fırsatta kişileri eğitmeleri, tüm sorularını yanıtlamaları, olabilecek her türlü kolaylığı sağlayarak daima olumlu bir davranış içinde olmaları önemli bir faktördür (Öztunç 1996, Menteş 1998).

Kanserden korunma ve erken tanı, toplumun eğitim düzeyi ile de doğrudan ilişkilidir. Sağlık eğitiminde, spesifik olarak kansere neden olan risk faktörlerini azaltmaya yada yok etmeye yoğunlaşılır. Bu nedenle de sağlık eğitiminde tüm sağlık ekibinin katılımına gereksinim vardır (Balcı 1991). Örneğin, bir birey sigara içiyorsa, bu nedenle de akciğer ve serviks kanseri riski yüksekse sağlık eğitimi veren sağlık çalışanı bu kanserojeni azaltmak yada elemine etmek için danışmanlık yapabilir, bireyi eğitebilir (Kutluk ve Kars 2001). Özellikle riskli grupta olmak üzere tüm kadınları belirli aralıklarla tarama için başvurmaya teşvik etmeli ve sağlık hizmetlerinden yararlanma yollarını öğretmelidirler (Platin 1998, Öztunç 1996). Bunun için de içinde bulunduğu ülkenin bu alandaki politikalarını ve ilgili kurumların işleyiş sistemlerini iyi bilmeleri ve kişileri bu doğrultuda yönlendirebilmeleri gerekmektedir (Menteş 1998).

Sağlık ekibi içinde hastalarla en uzun süre bir arada bulunan, büyük çoğunluğunun kadın ve aynı zamanda sağlık ekibi içinde kolay ulaşılabilir kişiler olan hemşireler, kendi sağlık sorumluluklarının yanı sıra hasta ve sağlam kişilerinde sorumluluklarını taşımaktadırlar. Hemşirenin, serviks kanserine ilişkin eğitimde diğer sağlık personeline göre daha etkin görev alması gerekmektedir (Balcı 1991). Hemşire, toplumdaki kadınların serviks kanseri ve erken tanısına ilişkin bilgi eksikliklerini bildiğinden, bu konudaki eğitici rolünü daha iyi gerçekleştirebilir. Hemşireler, 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. Hemşireler bir yandan tanılama işlemlerindeki sorumluluklarını yerine getirirken diğer yandan da bu uygulamalar sırasında bireye destek olmak ve rehberlik etmek durumundadırlar (Sherman 1992, Çay 1999, Kolutek ve Karataş 2007).

Hemşireler sağlık ekibinin diğer üyeleri ile birlikte toplum içinde risk grupları olarak bilinen bireylerin eğitimlerinin planlanması ve programlanmasında aktif olarak yer almaktadır (Yazıcı 1996). Erken tanı belirtilerinin hemşireler tarafından bilinmesi ve risk altındaki bireylere öğretilmesi, yaşam süresini ve kalitesini arttırmada çok önemlidir. Yapılacak taramalarda dikkatli öykü alma ve muayene sonucunda kansere ilişkin belirti ve bulgu gösteren bireylerin sevk edilmesi ile erken dönemde tedavi olanağı sağlanması ile hastanelerin yükü büyük ölçüde azalırken, maddi ve manevi kayıplar önemli ölçüde önlenecektir (Berberoğlu 1991, Platin 1998). Etkili bir tarama için hemşireler, 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 (Pınar ve ark.2008).

Kadın sağlığının korunması ve yükseltilmesinde KSC'nın bir kadın olarak kendi sağlıklarıyla ne kadar ilgilendiklerinin bilinmesi önem taşımaktadır. Bu nedenle de Dünya'da ve Türkiye'de önemli ve önlenebilir sağlık problemi olan serviks kanseri için, tüm KSC'nın ekip işbirliği çerçevesi içerisinde örnek sağlık davranışları sergileyerek topluma iyi bir rol modeli olması gerekmektedir.

III. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

III.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, KSC'nın serviks kanseri risk faktörleri ve pap smear konusundaki bilgi ve uygulamalarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

III. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Kayseri ilinde referans hastane konumunda olan Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi (EÜTF) Gevher Nesibe Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde yapılmıştır.

EÜTF Gevher Nesibe Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ne ek olarak Organ Nakli ve Diyaliz Hastanesi, Onkoloji Hastanesi ve Kalp Hastanesi bulunmaktadır. İç Anadolu'da referans hastane olan Erciyes Üniversitesi hastaneleri çevre illerden gelen geniş bir kitleye sağlık hizmeti sunmaktadır. EÜTF hastanesi 1303 yatak kapasitesine sahip olup, 25 klinik, 7 yoğun bakım ünitesi, laboratuvarlar, tanı merkezleri ve poliklinik müdahale ünitelerinden oluşmaktadır. Pap smear test, jinekoloji ve menopoz polikliniklerinde yapılmaktadır. Serviko-vajinal yaymaların hazırlanmasında ve taramasında dünya standartlarında bir yöntem olan "Thin-prep" cihazı kullanılmaktadır.

III. 3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini EÜTF Hastanesi'nde çalışan KSC oluşturmuştur. Bunlar; doktor, hemşire/ebe, eczacı, fizyoterapist, biyolog, diyetisyen ve sağlık tekniker ve teknisyenlerden (laboratuvar, röntgen, acil tıp, anestezi, tıbbi sekreterler) oluşmaktadır. Hastanede çalışan toplam kadın personel sayısı 1152 dir. Kadın sağlık çalışanları mesleklerine göre; 224'ü doktor, 615'i hemşire-ebe, 78'ü eczacı-fizyoterapist-biyolog-diyetisyen'den ve 239'u sağlık teknikerlerinden (laboratuvar, röntgen, acil tıp, anestezi, tıbbi sekreterler) oluşmaktadır.

Evrendeki bireylerin tümü araştırmanın örnekleme alınmıştır.

III. 4. Verilerin Toplanması

III. 4.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması:

Araştırmada veriler, araştırmacı tarafından ilgili literatürden yararlanılarak (Akyüz ve ark.2006, Al V Taira 2004, Bolsoy ve Şirini 1998, Denny-Smith 2006, Gharoro ve Ikeanyı 2006, Giles ve Garland 2006, Gichangi ve ark 2003, Gülen 2004, Güler 1993, Kalyoncu ve ark.2003, Moreira ve ark.2006, Mutyaba ve ark.2006, Philips ve ark.2005, Wellensiek ve ark.2002, Taşkın 2000, Reid 2001) ve uzman görüşleri alınarak hazırlanmış iki form (Ek I) aracılığıyla elde edilmiştir.

Form I Kişisel Bilgi Formu: Bu formda, KSC'nın kişisel tanıtıcı bilgilerine ve pap smear testini yaptırma durumlarına yönelik olarak; yaş, eğitim durumu, meslek, medeni durum, pelvik muayene yaptırma durumu, pap smear test yaptırma durumu ve servikal kanser konusunda genel yada kişisel bilgilendirme yapma durumu gibi toplam 17 soru yer almaktadır.

Form II Serviks kanseri risk faktörleri, Pap smear ve HPV Bilgi Formu: Bu formda, KSC'nın serviks kanseri risk faktörleri, pap smear ve HPV ye yönelik bilgilerini ölçmek amacıyla hazırlanmış 34 madde yer almıştır. Bu maddelerin 21'i serviks kanseri ve risk faktörleri, 6'sı pap smear, 7'si HPV ile ilişkilidir. Katılımcılar tarafından form II deki 34 adet bilgiye yönelik ifadelere evet, hayır ve bilmiyorum yanıtlarından biri kullanılmıştır.

III.4. 2. Veri Toplama Formlarının Ön Uygulaması

Bilgi formundaki maddelerin anlaşılabilirliğini değerlendirmek için gerekli izin alınarak EÜTF Hastanesi'nde, 20 kadın sağlık çalışanı üzerinde ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamaya katılan KSC'ından 4'ü doktor, 9'u hemşire-ebe, 2'si Diys-Ftr-Biyo-Ecz, 5'i de teknisyenlerden oluşmaktadır. Ön uygulamaya alınan KSC örnekleme alınmamıştır. Ayrıca verilerin toplanması aşamasında doktorlardan 40 kişi, hemşire-ebelerden 106 kişi, Diys-Ftr-Biyo-Ecz grubundan 6 kişi, teknisyenlerden ise 34 kişiye ücretsiz izin, doğum izni, senelik izin ve araştırmaya katılmak istememe gibi nedenlerle ulaşılamamıştır. Ulaşılan KSC 500 hemşire/ebe, 200 teknisyen, 180 doktor, 70 Diyetisyen-fizyoterapist-biyolog-eczacıdan oluşmaktadır.

Araştırmaya alınan (ön uygulama hariç) 1132 KSC'nın %83,9'u olan 950 kişiye ulaşılmıştır.

III.4. 3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Veri toplama formunun uygulanabilmesi için öncelikle kurumdan yazılı izin alınmıştır (Ek.II). Veri toplama formları 24 Nisan – 6 Temmuz 2007 tarihleri arasında uygulanmıştır.

Uygulama, EÜTF Hastanesi'nde çalışan ve araştırmayı kabul eden kadın sağlık çalışanları ile yapılmıştır. Araştırmacı tarafından hastaneden gerekli izin alındıktan sonra, örnekleme alınan KSC ile mesai saatleri içinde çalıştıkları ortamda görüşülmüş ve çalışmanın amacı açıklanarak sözel izin alınmıştır. Mesai saatleri dışında nöbet usulü ile çalışan KSC'yla da aynı şekilde çalıştıkları birimde görüşülmüş, çalışmanın amacı açıklanmış ve sözel izin alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul edenlere, formlar verilerek doldurmaları istenmiştir. KSC'ndan formları dikkatlerini dağıtmayacak uygun bir ortamda bireysel olarak kendi kendilerine doldurmaları sağlanmıştır. Bu süre içinde araştırmacı, KSC'nın çalıştıkları birimde bulunmuştur. Formlar, doldurma işlemi bittikten sonra araştırmacı tarafından toplanmıştır.

Veri toplama formunun KSC tarafından doldurulması, bölümlerin yoğunluklarına göre farklılık göstermiştir. Yoğunluklarından dolayı dolduramayan KSC'na birkaç defa gidilmek durumunda kalınmıştır. Veri formunun doldurulması 10-20 dakika arasında zaman almıştır. Veri toplama formunun doldurulması esnasında, özellikle bilgi ifadelerinin bazı maddeleri boş bırakıldığı veya unutulmuş olarak atlanıldığı görülmüştür. Bunun üzerine bu kısımlar hatırlatılarak doldurmaları sağlanmıştır. Veri toplama formunun uygulanması sırasında KSC'nın özellikle hemşirelerin bu tür araştırmaların çok sık yapıldığını ifade ederek sıkıldıklarını, zamanlarının olmadığını, kendilerine geri bildirim verilmediğini belirterek veya herhangi bir neden göstermeksizin veri toplama formunu doldurmayı reddetmeleri gibi güçlüklerle karşılaşmıştır.

III.4. 4. Verilerin Değerlendirilmesi

KSÇ'nın serviks kanseri risk faktörleri, pap smear ve HPV' ye yönelik bilgilerini ölçmek amacıyla hazırlanmış 34 maddeden oluşan form II'deki bilgi sorularının değerlendirilmesinde doğru ya da yanlış olmasına göre 'evet' 'hayır' ve 'bilmiyorum' şeklinde üç farklı yanıt bulunmaktadır. Her bir doğru yanıt için 2 puan ve yanlış yanıt için 0 puan verilerek değerlendirilmiştir. Bilgi sorularından alınan en yüksek puan 68'dir. Serviks kanseri risk faktörleri, pap smear ve HPV bilgi ifadelerinin Cronbach Alpha değeri 0,91 olarak belirlenmiştir. Veri toplama formundaki diğer sorular (form I) kişisel bilgiler ve uygulamaya yönelik sorulardan oluşmaktadır. Çalışmanın verileri bilgisayar ortamında spss 13 (ver:13.0) programına yüklenerek verilerin değerlendirilmesinde frekans dağılımı, khi-kare testi, varyans analizi, tukey testi ve iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanılmıştır. Verilerimiz tablolarda aritmetik ortalama, +/- standart sapma ve denek sayısı (birey sayısı), yüzdesi şeklinde belirtilmiş olup yanılma düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

IV. BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan KSC'nın sosyodemografik özellikleri, pelvik muayene ve pap smear test yaptırmaya yönelik veriler ile serviks kanseri risk faktörleri, pap smear ve HPV'ye ilişkin bilgi sorularına yönelik veriler yer almaktadır.

Tablo 1. KSC'nın Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Demografik Özellikler	Sayı	%
Yaşı n = 950		
19-24 yaş	195	20,5
25-29 yaş	359	37,8
30-34 yaş	251	26,4
35-39 yaş	95	10,0
40-44 yaş	38	4,0
45 ve üstü	12	1,3
Çalıştığı Bölüm Adı		
Poliklinik	249	26,2
Servis	291	30,6
Yoğun Bakım	105	11,1
Acil	49	5,2
Diyet	9	0,9
Ftr	22	2,3
Laboratuvar	99	10,4
Röntgen	42	4,4
Ameliyathane	30	3,2
Eczane	4	0,4
İdari	26	2,7
Temel Tıp Birimleri	24	2,5
Eğitim Durumu		
Lise	35	3,7
Önlisans	395	41,6
Lisans	284	29,9
Yüksek lisans	135	14,2
Yüksek lisans üzeri	101	10,6
Meslek		
Doktor	180	18,9
Hemşire ve Ebe	500	52,6
Teknisyenler	200	21,1
*Diyets-Ftr-Biyo-Ecz	70	7,4
Medeni Durum		
Evli	519	54,6
Bekar	411	43,3
Boşanmış	20	2,1
Toplam	950	100

*Diyts-Ftr-Biyo-Ecz: Diyetisyen-fizyoterapist-biyolog-eczacı

Tablo 1’de KSC’nin bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. Buna göre kadınların %37,8’inin 25-29 yaş grubunda, %26,4’ünün 30-34 yaş grubunda olduğu, %30,6’sının servislerde çalıştığı, %26,2’sinin polikliniklerde çalıştığı görülmektedir. KSC’nin eğitim durumlarına bakıldığında %41,6’sının önlisans mezunu, %29,9’unun lisans mezunu oldukları, meslek grubu olarak ise %52,6’sının hemşire ve ebe, %21,1’inin teknisyen, %18,9’unun doktor, %7,4’ünün diyetisyen-fizyoterapist-biyolog ve eczacı grubunda olduğu, %54,6’sının evli olduğu görülmektedir.

Tablo 2. KSC’nin En Son Yapılan Pelvik Muayeneye İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı

En Son Yapılan Pelvik Muayeneye İlişkin Özellikler	Sayı	%
Pelvik Muayene Yaptırma Durumu	n=950	
Yaptıran	459	48,3
Yaptırmayan	491	51,7
Pelvik Muayene Yaptırma Nedeni	n=459	
Kanama ve Menstrual Düzensizlik	79	17,2
Ağrı	21	4,5
Gebelik ve Doğumla İlgili Nedenler	224	48,8
Genito-üriner Sistem Enfeksiyonları	56	12,2
Aile Planlanması Yöntemleri	32	6,9
Sağlık Kontrolü İçin	47	10,2
Pelvik Muayene Sonucu Alınan Tanı	n=459	
Servikal Erezyon	21	4,6
Servisit	8	1,7
Myom	14	3,1
Over Kisti	46	10,0
Gebelik	152	33,1
Normal Bulgu	155	33,8
Üreme Sistemi Enfeksiyonu	63	13,7
Toplam	459	100,0

Tablo 2’de KSC’nin en son yaptırdıkları pelvik muayeneye ilişkin özelliklerine göre dağılımları görülmektedir. Buna göre %48,3’nün pelvik muayene yaptırmış oldukları, %51,7 kişinin ise hiç pelvik muayene yaptırmadıkları, pelvik muayene yaptırma nedenleri incelendiğinde ise %48,8 oranla gebelik ve doğumla ilgili nedenlerden dolayı yaptırdıkları görülmektedir.

Pelvik muayene sonucu alınan tanılardan %33,8'inin normal bulgu tanısı, %33,1 gebelik tanısı aldıkları görülmektedir.

Tablo 3. KSC'nın Pelvik Muayene Yaptırmama Nedenlerine Göre Dağılımı

Pelvik Muayeneye İlişkin Özellikler	Sayı	%
Pelvik Muayene Yaptırmama Nedeni	n=491	
Şikayeti Olmadığı İçin İhtiyaç Duymama	396	80,6
Pelvik Muayeneden Çekinme	18	3,6
İşlemden Korkma	4	0,8
Kendini Risk Altında Görmediğinden İleride Yaptırmayı Düşünme	18	3,6
Bu Konuda Yeterli Bilgiye Sahip Olmama	3	0,6
Şu anda Cinsel Yönden Aktif Olmama	52	10,6
Toplam	491	100,0

Tablo 3'de KSC'nın pelvik muayene yaptırmama nedenlerine göre dağılımları incelendiğinde %80,6'sının şikayeti olmadığı için ihtiyaç duymadıklarını, %10,6'sının şu anda cinsel yönden aktif olmadıklarını belirttikleri görülmektedir.

Tablo 4. KSC'nın Bazı Demografik Özelliklerine Göre Pelvik Muayene Yaptırma Durumlarının Dağılımları

	Pelvik Muayene Yaptırma Durumu						Analiz Sonucu
	Yaptıran		Yaptırmayan		Toplam		
Yaş durumu	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
19-24 yaş	49	10,7	146	29,7	195	20,5	X²=134,99 P=0,000
25-29 yaş	136	29,6	223	45,4	359	37,8	
30-34 yaş	161	35,1	90	18,3	251	26,4	
35-39 yaş	77	16,8	18	3,7	95	10	
40-44 yaş	28	6,1	10	2,0	38	0,4	
45 ve üstü	8	1,7	4	0,8	12	1,3	
Meslek							
Doktor	78	17,0	102	20,8	180	18,9	X²=8,41 P=0,038
Hemşire-Ebe	259	56,4	241	49,1	500	52,6	
Teknisyenler	84	18,3	116	23,6	200	21,1	
Diyts-Ftr-Biyo-Ecz	38	8,3	32	6,5	70	7,4	
Eğitim Durumu							
Lise	18	3,9	17	3,5	35	3,7	X²=38,53 P=0,000
Önlisans	234	51,0	161	32,8	395	41,6	
Lisans	102	22,2	182	37,1	284	29,4	
Yükseklisans	57	12,4	78	15,9	135	14,2	
Yükseklisans üzeri	48	10,5	53	10,8	101	10,6	
Medeni Durum							
Evli	386	84,1	133	27,1	519	54,6	X²=326,63 P=0,000
Bekar	61	13,3	350	71,3	411	43,3	
Boşanmış	12	2,6	8	1,6	20	2,1	
Toplam	459	100	491	100	950	100	

Tablo 4'de KSC'nın bazı demografik özelliklerine göre pelvik muayene yaptırma durumlarının dağılımları görülmektedir. Buna göre yaş gruplarına göre pelvik muayene yaptırma durumlarının dağılımları incelendiğinde 30-34 yaş grubundaki KSC'nın %35,1'inin pelvik muayene yaptırdığı, 25-29 yaş grubundaki KSC'nın %45,4'ünün pelvik muayene yaptırmadıkları görülmektedir. KSC'nın yaşları ile pelvik muayene yaptırma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

KSÇ'nın meslek gruplarına göre pelvik muayene yaptırma durumlarının dağılımları incelendiğinde (tablo 4) hemşire-ebe grubunun %56,4'ünün pelvik muayene yaptırdığı, yine hemşire-ebelerin %49,1'inin pelvik muayene yaptırmadıkları görülmektedir. KSÇ'nın mesleklerine göre pelvik muayene yaptırma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Aynı tabloda KSÇ'nın eğitim durumuna göre pelvik muayene yaptırma durumları incelendiğinde önlisans mezunlarının %51'inin pelvik muayene yaptırdıkları, lisans mezunlarının %37,1'inin ise pelvik muayene yaptırmamış oldukları görülmektedir. Eğitim durumuna göre pelvik muayene yaptırma durumlarına bakıldığında fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

KSÇ'nın medeni durumuna göre pelvik muayene yaptırma durumları incelendiğinde (tablo 4) evli olanların %84,1'inin pelvik muayene yaptırdıkları, bekar KSÇ'nın %71,3'ünün ise pelvik muayene yaptırmamış oldukları görülmektedir. KSÇ'nın medeni durumlarına göre pelvik muayene yaptırma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 5. KSC'nın En Son Yapılan Pap Smear Teste İlişkin Özelliklere Göre Dağılımı

En Son Yapılan Pap Smear Teste İlişkin Özellikler	Sayı	%
Pap Smear Test Yaptırma Durumu	n=950	
Yaptıran	185	19,5
Yaptırmayan	765	80,5
Pap Test Yaptırma Sıklığı	n=185	
6 Ayda Bir	2	1,1
Yılda Bir	33	17,8
3-5 Yılda Bir	25	13,5
Şikâyeti Olduğunda	57	30,8
Doktor İsteği Olduğunda	68	36,8
Pap Test Yaptırma Nedenleri	n=185	
Düzenli Sağlık Kontrolü	48	25,9
Doktor İsteği İle	82	44,3
Ailede Kanser Hikayesi İle Kanser Endişesi	3	1,62
Akıntı, Kaşıntı, Kanama	52	28,1
Pap Test Sonucu Alınan Tanı	n=185	
Normal Bulgu	127	68,6
Servikal Erezyon	7	3,8
Servisit	9	4,9
Üreme Sistemi Enfeksiyonu	36	19,5
Bilmiyorum	6	3,2
Toplam	185	100,0

Tablo 5'de KSC'nın pap smear teste ilişkin özelliklere göre dağılımı verilmiştir. Buna göre %19,5'inin pap smear testini yaptırdıkları, %80,5'inin şu ana kadar pap smear testini hiç yaptırmadıkları, %36,8'inin pap smear testini doktor isteği olduğunda yaptırdıkları, pap smear testini yaptırma nedeni olarak ise %44,3'inin doktor isteği ile yaptırdıkları belirlenmiştir. Pap smear test sonucu alınan tanılardan %68,6'sının normal bulgu, %19,5'inin de üreme sistemi enfeksiyonu tanısı aldıkları görülmektedir.

Tablo 6. KSC'nın Pap Smear Test Yaptırmama Nedenlerine Göre Dağılımı

Pap Smear Teste İlişkin Özellikler	Sayı	%
Pap Test Yaptırmama Nedenleri	N=765	
Şikayeti Olmadığından Dolayı İhtiyaç Duymama	450	58,8
Jinekolojik Muayeneden Çekinme	34	4,4
İşlemden Korkma	7	0,9
Kendini Risk Altında Görmediğinden İleride Yaptırmayı Düşünme	57	7,5
Konu İle İlgili Yeterli Bilgiye Sahip Olmama	44	5,8
Şuanda Cinsel Yönden Aktif Olmama	173	22,6
Genel Toplam	765	100

Tablo 6'de KSC'nın pap smear test yaptırmama nedenlerine göre dağılımı görülmektedir. Buna göre tablo incelendiğinde %58,8'inin "şikayeti olmadığından dolayı ihtiyaç duymadıkları için pap smear testini yaptırmadıkları, %22,6'sının da şuanda cinsel yönden aktif olmadıkları için pap smear testini yaptırmadıkları görülmektedir.

Tablo 7. KSC'nin Bazı Demografik Özelliklerine Göre Pap Smear Test Yaptırma Durumlarının Dağılımları

	Pap Smear Test Yaptırma Durumu						Analiz Sonucu
	Yaptıran		Yaptırmayan		Toplam		
Yaş	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
19-24 yaş	5	2,7	190	24,8	195	20,5	X²=182,06 P=0,000
25-29 yaş	34	18,4	325	22,5	369	37,8	
30-34 yaş	67	36,2	184	24,1	251	16,4	
35-39 yaş	49	26,5	46	6,0	95	10,0	
40-44 yaş	22	11,9	16	2,1	38	4,0	
45 ve üstü	8	4,3	4	0,5	12	1,3	
Meslek							
Doktor	32	17,3	148	19,3	180	18,9	X²=8,74 P=0,033
Hemşire-Ebe	110	59,5	390	51,0	500	52,6	
Teknisyenler	26	14,1	174	22,7	200	21,1	
Diş-Tıbbi-Biyolojik-Eczacı	17	9,2	53	6,9	70	7,4	
Eğitim Durumu							
Lise	9	4,9	26	3,4	35	3,7	X²=28,36 P=0,000
Önlisans	101	54,6	294	38,4	395	41,6	
Lisans	27	14,6	257	33,6	284	29,9	
Yüksek lisans	28	15,1	107	14,0	135	14,2	
Yüksek lisans üzeri	20	10,8	81	10,6	101	10,6	
Medeni Durum							
Evli	175	94,6	344	45,0	519	54,6	X²=162,31 P=0,000
Bekar	3	1,6	408	53,3	411	43,3	
Boşanmış	7	3,8	13	1,7	20	2,1	
Toplam	185	100	765	100	950	100	

Tablo 7'de KSC'nin bazı demografik özelliklerine göre pap smear test yaptırma durumlarının dağılımları görülmektedir. Buna göre yaş durumlarına göre pap smear test yaptırma durumları incelendiğinde 30-34 yaş grubunda %36,2'sinin pap smear testini yaptırmış oldukları, yine 30-34 yaş grubundaki KSC'nin %24,1'inin pap smear testini hiç yaptırmadıkları görülmektedir. KSC'nin yaş durumlarına göre pap smear test yaptırma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0,05$).

KSÇ'nın meslek durumlarına göre pap smear testini en fazla hemşire-
ebe grubundan %59,5'inin yaptırmış, %51'inin yaptırmamış oldukları, ayrıca
doktor ve teknisyenlerde pap smear test yaptırma oranının yaptırmama oranından
daha fazla olduğu görülmektedir. Meslek durumlarına göre pap smear test
yaptırma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur
($p<0,05$).

KSÇ'nın eğitim durumlarına göre pap smear yaptırma durumları
incelendiğinde ise önlisans mezunlarının %54,6 oranla pap smear yaptırmış,
%38,4 oranla da yaptırmamış oldukları, lise mezunlarının %4,9 oranında pap
smear test yaptırdıkları görülmektedir. Eğitim durumlarına göre pap smear test
yaptırma durumlarına bakıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli
bulunmuştur ($p<0,05$).

KSÇ'nın medeni duruma göre evli olanların %94,6'sının pap smear test
yaptırdıkları, bekarların %53,3'ünün pap smear test yaptırmamış oldukları
görülür. Medeni durumlarına göre pap smear test yaptırma durumlarına
bakıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 8. KSC'nın Serviks Kanseri Konusunda Bilgi Verme Durumu, Bilgi Verilen Kişiler ve Demografik Özelliklerine Göre Serviks Kanseri Konusunda Bilgi Verme Durumlarının Dağılımı

Serviks Kanseri Konusunda Bilgi Verme Durumu		Sayı	%				
Bilgi Veren		216	22,7				
Bilgi Vermeyen		734	77,3				
Toplam		950	100				
Serviks Kanseri Hakkında Bilgi Verilen Kişiler n=216							
Anne		32	14,9				
Aile Bireyleri		21	9,7				
Akrabalar (Yakınlar)		46	21,2				
Eş		3	1,3				
Toplum, Hasta		114	52,9				
Toplam		216	100				
Serviks Kanseri Konusunda Bilgi Verme Durumu							
Demografik Özellikler	Bilgi Veren		Bilgi Vermeyen		Toplam		Analiz Sonucu
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yaşı							
19-24 yas	60	27,8	135	18,4	195	20,5	X²=15,36 P=0,009
25-29 yas	78	36,1	281	38,3	359	37,8	
30-34 yas	40	18,5	211	28,7	251	26,4	
35-39 yas	24	11,1	71	9,7	95	10	
40-44 yas	10	4,6	28	3,8	38	4,0	
45 ve üstü	4	1,9	8	1,1	12	1,3	
Çalıştığı Bölüm Adı							
Poliklinik	68	31,5	181	24,7	249	26,2	X²=33,23 P=0,000
Servis	75	34,7	216	29,4	291	30,6	
Yoğun Bakım	19	8,8	86	11,7	105	11,1	
Acil	18	8,3	31	4,2	49	5,2	
Diyet	2	0,9	7	1,0	9	0,9	
FTR	8	3,7	14	1,9	22	2,3	
Laboratuar	11	5,1	88	12	99	10,4	
Röntgen	2	0,9	40	5,4	42	4,4	
Ameliyathane	6	2,8	24	3,3	30	3,2	
Eczane	-	-	4	0,5	4	0,4	
İdari	5	2,3	21	2,9	26	2,7	
Temel Tıp Birimleri	2	0,9	22	3	24	2,5	

Eğitim Durumu						
Lise	7	3,2	28	3,8	35	3,7
Önlisans	36	16,7	359	48,9	395	41,6
Lisans	84	38,9	200	27,2	284	29,9
Yükseklisans	50	23,1	85	11,6	135	14,2
Yükseklisans üzeri	39	18,1	62	8,4	101	10,6
Mesleki Durum						
Doktor	84	38,9	96	13,1	180	18,9
Hemşire ve Ebe	112	51,9	388	52,9	500	52,6
Teknisyenler	7	3,2	193	26,3	200	21,1
Diyets-Ftr-Biyo-Ecz	13	6,0	57	7,8	70	7,4
Medeni Durum						
Evli	98	45,4	421	57,4	519	54,6
Bekar	116	53,7	295	40,2	411	43,3
Boşanmış	2	0,9	18	2,5	20	2,1
Toplam						
	216	100	734	100	950	100

Tablo 8’de KSC’nin demografik özelliklere göre serviks kanseri konusunda bilgi verme durumlarının dağılımları görülmektedir. Tablo incelendiğinde serviks kanseri konusunda bilgi verenlerin %22,7 olduğu, vermeyenlerin ise %77,3 olduğu görülmektedir. Aynı tabloda serviks kanseri hakkında bilgilendirilen kişilerden en fazla %52,9 ile topluma-hastalara %21,2 oranla da akraba çevresine olduğu görülmektedir.

KSC’nin yaş durumlarına göre serviks kanseri konusunda bilgi verme durumları incelendiğinde 25-29 yaş grubunda %36,1’inin bilgi verdiği, 19-24 yaş grubunda %27,5’inin bilgi verdiği görülmektedir. KSC’nin yaş gruplarına göre serviks kanseri konusunda bilgi verme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

KSC’nin çalıştıkları bölümlere göre serviks kanseri konusunda bilgi verme durumları incelendiğinde servislerde çalışanların %34,7’sinin serviks kanseri konusunda bilgi verdikleri, %0,9’unun diyet-röntgen-temel tıp bilimlerinde çalışanların bilgi verdikleri görülmektedir. KSC’nin çalıştıkları bölümlere göre serviks kanseri konusunda bilgi verme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

KÇS'nın eğitim durumlarına göre serviks kanseri konusunda bilgi verme durumları incelendiğinde, lisans mezunlarının %38,9'unun serviks kanseri konusunda bilgi verdikleri, önlisans mezunlarının ise %48,9'unun bilgi vermedikleri görülmektedir. KSC'nın eğitim durumlarına göre serviks kanseri konusunda bilgi verme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

KÇS'nın mesleki durumlarına göre serviks kanseri konusunda bilgi verme durumları incelendiğinde en az oranla teknisyenlerin %3,2'sinin bilgilendirme yaptıkları, en fazla hemşire-ebe grubunun %51,9'unun bilgilendirme yaptıkları, yine hemşire-ebe grubunun %52,9'unun da bilgilendirme yapmadığı görülmektedir. KSC'nın mesleki durumlarına göre serviks kanseri konusunda bilgi verme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

KÇS'nın medeni durumlarına göre serviks kanseri konusunda bilgi verme durumları incelendiğinde ise bekarların %53,7'sinin bilgi verdiği, evli grubun %57,4'ünün bilgi vermediği görülmektedir. KSC'nın medeni durumlarına göre serviks kanseri konusunda bilgi verme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 9. KSC'nın Serviks Kanseri Risk Faktörleri, Pap Smear ve HPV ile İlgili Bilgi İfadelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı

İFADELER	Verilmesi Beklenen Yanıt Evet-Hayır	Doğru Yanıtlayanlar		Yanlış Yanıtlayanlar		Konu Hakkında Bilgisi Olmayanlar	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1. Serviks kanserinde erken tanı ve tedavi mümkündür	Evet	883	92,9	3	0,3	64	6,7
2. Pap smear testini cinsel yönden aktif olan her kadın yaptırmalıdır	Evet	793	83,5	25	2,6	132	13,9
3. Siklus aralarında kanama olması serviks kanserinin erken belirtisidir	Evet	507	53,4	72	7,6	370	38,9
4. Sigara kullanma serviks kanseri risk faktörüdür	Evet	628	66,1	63	6,6	259	27,3
5. Serviks kanseri ve kanser öncesi hücreler HPV ile ilişkili değildir	Hayır	345	36,3	86	9,1	519	54,6
6. Yetersiz ve dengesiz beslenme serviks kanseri risk faktörüdür	Evet	368	38,7	194	20,4	388	40,8
7. Serviks kanseri 30 lu yaşlarda da görülmeye başlamıştır	Evet	569	59,9	64	6,7	317	33,4
8. Aşırı kilo/obezite sorunu yaşama serviks kanseri risk faktörü değildir	Hayır	307	32,3	186	19,6	457	48,1
9. Pap smear test tarama amacıyla yapılır	Evet	746	78,5	58	6,1	146	15,4
10. Birden fazla partnere sahip olma serviks kanseri risk faktörüdür	Evet	729	76,7	32	3,4	189	19,9
11. HPV nin uzun dönem etkileri infertiliteye yol açabilir	Evet	420	44,2	53	5,6	477	50,2
12. Ailede kanser öyküsü olması serviks kanseri risk faktörü değildir	Hayır	637	67,1	107	11,3	206	21,7
13. Her kadın serviks kanserine yakalanma konusunda eşit risklere sahiptir	Hayır	513	54,0	269	28,3	168	17,7
14. HPV enfeksiyonu geçirme serviks kanseri risk faktörüdür	Evet	595	62,6	19	2,0	336	35,4
15. HPV cinsel ilişkide ağrıya neden olur	Hayır	72	7,6	382	40,2	496	52,2
16. Vajinal akıntının miktarının artması, renginin değişmesi serviks kanserinin erken belirtisi değildir	Hayır	461	48,5	162	17,1	327	34,4
17. HPV cinsel yolla bulaşan bir virüstür	Evet	645	67,9	21	2,2	283	29,8
18. Oral kontraseptif kullanma serviks kanseri risk faktörü değildir	Hayır	215	22,6	341	35,9	394	41,5
19. Jinekolojik muayeneyi ancak jinekolojik bir sorun yaşandığında yaptırmak gerekir	Hayır	829	87,3	48	5,1	73	7,7
20. Tampon kullanma serviks kanseri risk faktörü değildir	Hayır	287	30,1	183	19,4	480	50,5
21. Erken yaşta ilk gebelik yaşama(18 yaş altı) serviks kanseri risk faktörüdür	Evet	456	48,0	138	14,5	356	37,5

22. Pap smear testini yalnızca jinekolojik yakınma olduğu durumlarda yaptırmak gerekir	Hayır	776	81,7	57	6,0	117	12,3
23. Serviks kanserinden korunmak için düzenli pap test yaptırmak gereklidir	Evet	754	79,4	41	4,3	155	16,3
24. HPV den koruyucu aşı yoktur	Hayır	328	34,5	157	16,5	465	48,9
25. Klamidya enfeksiyonu geçirme serviks kanseri risk faktörü değildir	Hayır	228	24,0	120	12,6	602	63,4
26. Serviks kanseri pap smear testi ile teşhis edilir	Evet	661	69,6	73	7,7	216	22,7
27. Cinsel ilişkiden sonra kanama, ağrı olması serviks kanserinin erken belirtisidir	Evet	506	53,3	68	7,2	376	39,6
28. HPV genital siğillere neden olur	Evet	473	49,8	29	3,1	448	47,2
29. Gebelik sayısının fazla olması (3 ve üzeri) serviks kanseri risk faktörüdür	Evet	422	44,4	153	16,1	375	39,5
30. Erken yaşta ilk cinsel deneyim (18 yaş altı) serviks kanseri risk faktörüdür	Evet	509	53,6	100	10,5	341	35,9
31. Pap smear test üst üste 3 defa normal(negatif) çıktıktan sonra 3 yılda bir yapılabilir	Evet	398	41,9	110	11,6	442	46,5
32. Kontrolsüz cinsel yaşam serviks kanseri risk faktörüdür	Evet	719	75,7	27	2,8	204	21,5
33. Düşük sosyoekonomik düzey serviks kanseri risk faktörü değildir	Hayır	491	51,7	207	21,8	252	26,5
34. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar serviks kanseri risk faktörüdür	Evet	755	79,5	24	2,5	171	18,0

Tablo 9’da KŞÇ’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 KŞÇ’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 ve tedavi mümkündür (%92,9), Jinekolojik muayeneyi ancak jinekolojik bir sorun yaşandığında yaptırmak gerekir (%87,3) ve pap smear testini cinsel yönden aktif olan her kadın yaptırmalıdır” (%83,5) olduğu, doğru yanıtlanma yüzdesi en düşük olan ifade ise “HPV cinsel ilişkide ağrıya neden olur (%7,6)” ifadesinin olduğu görülmektedir.

Tablo 10. KSC'nın Demografik Özelliklerine Göre Toplam Bilgi Puan Ortalama Dağılımları

Toplam Bilgi Puan Ortalaması				
Yaş	Sayı(n)	X	± S	Test Sonucu
19-24 yaş	195	49,20	8,75	F=0,74 P=0,590
25-29 yaş	369	49,19	8,26	
30-34 yaş	251	49,32	7,28	
35-39 yaş	95	49,14	7,22	
40-44 yaş	38	47,89	6,68	
45 ve üstü	12	52,91	5,03	
Meslek				
Doktor	180	55,58	5,55	F=108,92 P=0,000
Hemşire-Ebe	500	49,58	7,03	
Teknisyenler	200	42,93	7,43	
Diyts-Ftr-Biyo-Ecz	70	48,22	6,74	
Eğitim Durumu				
Lise	35	45,05	7,88	F=45,75 P=0,000
Önlisans	395	45,89	7,32	
Lisans	284	51,09	6,85	
Yükseklisans	135	52,67	7,86	
Yükseklisans üzeri	101	53,78	7,20	
Medeni Durum				
Evli	519	48,66	7,42	F=2,16 P=0,055
Bekar	411	49,80	8,56	
Boşanmış	20	51,70	5,61	
Toplam	950	49,22	7,93	

Tablo 10'da KSC'nın demografik özelliklerine göre 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 meslek durumlarına göre aldıkları toplam bilgi puan ortalamaları incelendiğinde (tablo 10) doktorların 55,58, hemşire-ebelerin 49,58, teknisyenlerin 42,93 diyetisyen-fizyoterapist-biyolog-eczacı gruplarının bilgi

puanı ortalaması ise 48,22 bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Meslek grupları arasındaki farklılık ikişerli incelendiğinde doktorların hemşire-ebe, teknisyen ve diyetisyen-fizyoterapist-biyolog-eczacı grubuyla; hemşire-ebelerin teknisyen grubu ile; teknisyenlerin ise diyetisyen-fizyoterapist-biyolog-eczacı grubuyla aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. ($p<0,05$). Diğer gruplar arasındaki farklılık ikişerli incelendiğinde istatistiksel olarak önemsizdir. ($p>0,05$).

KSÇ'nın eğitim durumlarına göre toplam bilgi puan ortalamaları incelendiğinde (tablo 10) lise mezunlarının ortalaması 45,05 iken yüksek lisans üzeri eğitim yapanların ortalaması 53,78 olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Gruplar arasındaki farklılık ikişerli incelendiğinde lise mezunları lisans, yüksek lisans, yüksek lisansüstü ile; önlisans mezunları lisans, yüksek lisans, yüksek lisans üzeri mezunları ile; lisans mezunları da yüksek lisansüstü mezunları ile aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. ($p<0,05$).

Tablo 10'da KSÇ'nın medeni durumlarına göre toplam bilgi puan ortalamaları incelendiğinde ise evli olanların 48,66, bekarların 49,80, boşanmış olanlarında 51,70 olarak bulunmuştur. KSÇ'nın medeni durumlarına göre toplam bilgi puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 11. KSC'nın Çalışılan Bölüme Göre Toplam Bilgi Puan Ortalama Dağılımları

Toplam Bilgi Puan Ortalaması				
Çalışılan Bölüm	Sayı(n)	X ± S		Test Sonucu
Poliklinik	249	48,61	8,23	F=10,49 P=0,000
Servis	291	51,07	7,39	
Yoğun Bakım	105	49,91	6,83	
Acil	49	54,46	6,82	
Diyet	9	48,11	9,18	
Ftr	22	52,81	5,27	
Laboratuvar	99	45,88	7,64	
Röntgen	42	41,78	7,76	
Ameliyathane	30	48,23	6,98	
Eczane	4	45,25	10,53	
İdari	26	48,00	6,63	
Temel Tıp Birimleri	24	46,37	6,81	
Toplam	950	49,22	7,93	

Tablo 11'de KSC'nın çalışılan bölüme göre toplam bilgi puan ortalama dağılımları verilmiştir. KSC'nın çalıştıkları bölüme göre toplam bilgi formu puan ortalama dağılımları incelendiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Bölümler arasındaki fark da istatistiksel olarak önemlidir. Bölümler ikişerli karşılaştırıldığında poliklinikler acil ve röntgen ile, servisler laboratuvar ve röntgen ile, yoğun bakımda çalışanlar laboratuvar ve röntgen ile, acilde çalışanlar laboratuvar, röntgen, ameliyathane, idari bölümler ve temel tıp birimleri ile; fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü laboratuvar, röntgen ile; röntgen ise ameliyathane ile arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0,05$). Diğer bölümler arasındaki fark ikişerli incelendiğinde istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur. ($p > 0,05$).

Tablo 12. KSC'nın Mesleki Durumlarına Göre Serviks Kanseri Risk Faktörleri, Pap Smear ve HPV İle İlgili Toplam Bilgi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Serviks Kanseri Risk Faktörleri Hakkında Toplam Bilgi Puan Ortalaması				
Meslek	Sayı(n)	X	± S	Test
Doktor	180	34,07	4,51	F=76,09 P=0,000
Hemşire-Ebe	500	30,26	5,39	
Teknisyenler	200	26,08	5,40	
Diyts-Ftr-Biyo-Ecz	70	28,94	4,83	
Toplam	950	30,00	5,78	
Pap Smear Test Hakkında Toplam Bilgi Puan Ortalaması				
Doktor	180	10,51	1,37	F=68,05 P=0,000
Hemşire-Ebe	500	10,34	1,49	
Teknisyenler	200	8,56	1,97	
Diyts-Ftr-Biyo-Ecz	70	9,78	1,63	
Toplam	950	9,96	1,75	
HPV Hakkında Toplam Bilgi Puan Ortalaması				
Doktor	180	11,03	1,70	F=87,82 P=0,000
Hemşire-Ebe	500	8,96	1,80	
Teknisyenler	200	8,29	1,61	
Diyts-Ftr-Biyo-Ecz	70	9,50	1,78	
Toplam	950	9,25	1,96	

Tablo 12'de KSC'nın mesleki durumlarına göre serviks kanseri risk faktörleri, pap smear ve HPV ile ilgili toplam bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir.

KSC'nın mesleki duruma göre serviks kanseri risk faktörleri ile ilgili ifadelerin toplam bilgi puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Meslek grupları ikişerli karşılaştırılınca doktorlar; hemşire-ebe, teknisyenler ve diyetisyen fizyoterapist-biyolog-eczacı grupları ile; hemşire-ebe grubu teknisyenler ile; teknisyen grubu da diyetisyen-fizyoterapist-biyolog-eczacı grupları ile arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. ($p<0,05$).

KSC'nın mesleki duruma göre pap smear teste yönelik ifadelerle ilgili toplam bilgi puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel

olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Meslek grupları ikişerli karşılaştırılınca doktorlar; teknisyen grubu ve diyetisyen-fizyoterapist-biyolog-eczacı grupları ile; hemşire-ebeler teknisyen grubu ve diyetisyen-fizyoterapist-biyolog-eczacı grupları ile; teknisyen grubu ise diyetisyen-fizyoterapist-biyolog-eczacı grupları ile arasındaki farklar istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. ($p<0,05$).

KSÇ'nın mesleki duruma göre HPV ifadeleri ile ilgili toplam bilgi puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Meslek grupları ikişerli karşılaştırılınca doktorlar; hemşire-ebe, teknisyenler ve diyetisyen-fizyoterapist-biyolog-eczacı grupları ile; hemşire-ebe grubu teknisyen grubu ile; teknisyen grubu da diyetisyen-fizyoterapist-biyolog-eczacı grupları ile arasındaki farklar istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. ($p<0,05$).

Tablo 13. KSC'nın Eğitim Durumlarına Göre Serviks Kanseri Risk Faktörleri, Pap Smear ve HPV İle İlgili Toplam Bilgi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Serviks Kanseri Risk Faktörleri Hakkında Toplam Bilgi Puan Ortalaması				
Eğitim	Sayı(n)	X	± S	Test
Lise	35	27,00	5,55	F=36,01 P=0,000
Önlisans	395	27,80	5,30	
Lisans	284	31,46	5,19	
Yüksek Lisans	135	32,12	5,96	
Yüksek Lisans üzeri	101	32,75	5,49	
Toplam	950	30,00	5,78	
Pap Smear Test Hakkında Toplam Bilgi Puan Ortalaması				
Lise	35	9,37	1,98	F=12,23 P=0,000
Önlisans	395	9,54	1,89	
Lisans	284	10,31	1,53	
Yüksek Lisans	135	10,34	1,62	
Yüksek Lisans üzeri	101	10,27	1,51	
Toplam	950	9,96	1,75	
HPV Hakkında Toplam Bilgi Puan Ortalaması				
Lise	35	8,68	1,62	F=44,79 P=0,000
Önlisans	395	8,52	1,68	
Lisans	284	9,32	1,87	
Yüksek Lisans	135	10,26	2,09	
Yüksek Lisans üzeri	101	10,75	1,76	
Toplam	950	9,25	1,96	

Tablo 13'de KSC'nın eğitim durumlarına göre serviks kanseri risk faktörleri, pap smear ve HPV ile ilgili toplam bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir.

KSC'nın eğitim duruma göre serviks kanseri risk faktörleri ile ilgili ifadelerin toplam bilgi puan ortalamaları incelendiğinde (tablo 13) gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Eğitim durumları ikiye bölünmüş olduğunda lise mezunları; lisans, yüksek lisans ve yüksek lisans üzeri eğitimle; önlisans mezunları lisans, yüksek lisans ve yüksek lisans üzeri eğitim ile arasındaki farklar istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. ($p<0,05$).

KSÇ'nın eğitim duruma göre pap smear teste yönelik ifadelerin toplam bilgi puan ortalamaları incelendiğinde (tablo 13) gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Eğitim durumları ikişerli karşılaştırılınca lise mezunları, lisans ve yüksek lisans mezunları ile; önlisans mezunları lisans, yüksek lisans ve yüksek lisans üzeri ile arasındaki farklar istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. ($p<0,05$).

KSÇ'nın eğitim duruma göre HPV ifadeleri ile ilgili toplam bilgi puan ortalamaları incelendiğinde (tablo 13) gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Eğitim durumları ikişerli karşılaştırılınca lise mezunları yüksek lisans ve yüksek lisansüstü eğitimle; önlisans mezunları lisans, yüksek lisans ve yüksek lisans üzeri eğitim ile; lisans mezunları yüksek lisans ve yüksek lisans üzeri eğitim ile arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. ($p<0,05$).

Tablo 14. KSC'nın Yaş Durumlarına Göre Serviks Kanseri Risk Faktörleri, Pap Smear ve HPV İle İlgili Toplam Bilgi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Serviks Kanseri Risk Faktörleri Hakkında Toplam Bilgi Puan Ortalaması				
Yaş	Sayı(n)	X	± S	Test
19-24	195	30,40	6,33	F=1,29 P=0,263
25-29	359	29,85	5,97	
30-34	251	30,25	5,37	
35-39	95	29,57	5,44	
40-44	38	28,31	4,68	
45 ve üstü	12	31,75	3,95	
Toplam	950	30,00	5,78	
Pap Smear Test Hakkında Toplam Bilgi Puan Ortalaması				
19-24	195	9,73	1,93	F=2,34 P=0,057
25-29	359	9,90	1,74	
30-34	251	10,02	1,63	
35-39	95	10,13	1,69	
40-44	38	10,47	1,82	
45 ve üstü	12	10,91	1,37	
Toplam	950	9,96	1,75	
HPV Hakkında Toplam Bilgi Puan Ortalaması				
19-24	195	9,06	1,83	F=2,33 P=0,052
25-29	359	9,43	1,98	
30-34	251	9,04	1,95	
35-39	95	9,44	2,19	
40-44	38	9,10	2,02	
45 ve üstü	12	10,25	1,21	
Toplam	950	9,25	1,96	

Tablo 14'de KSC'nın yaş durumlarına göre serviks kanseri risk faktörleri, pap smear ve HPV ile ilgili toplam bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir.

KSC'nın yaş durumuna göre serviks kanseri risk faktörleri pap smear teste ve HPV ile ilgili ifadelerin toplam bilgi puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 15. KSC' nin Pelvik Muayene, Pap Smear Test Yaptırma ve Serviks Kanseri Bilgilendirme Durumlarına Göre Toplam Bilgi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Toplam Bilgi Puan Ortalaması			
Pelvik Muayene Yaptırma Durumu	X	± S	Test
Evet (n=459)	49,27	7,83	t=0,20
Hayır (n=491)	49,17	8,02	P=0,838
Pap Smear Test Yaptırma Durumu			
Evet (n=185)	49,98	6,87	t=1,62
Hayır (n=765)	49,03	8,15	P=0,143
Serviks Kanseri Bilgilendirme Durumu			
Evet (n=216)	54,22	6,72	t=12,03
Hayır (n=734)	47,75	7,65	P=0,000

Tablo 15'de. de KSC' nin pelvik muayene, pap smear test yaptırma durumları ve serviks kanseri bilgilendirme durumlarına göre toplam bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. KSC'nin pelvik muayene yaptırma durumlarına göre toplam bilgi puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). KSC'nin pap smear test yaptırma durumlarına göre toplam bilgi puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). KSC'nin serviks kanseri ile ilgili bilgi verme durumlarına göre toplam bilgi puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

V. TARTIŞMA

Araştırma KSC'nin serviks kanseri risk faktörleri ve pap smear teste yönelik bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi amacıyla yapılmış olup elde edilen bulgular iki başlık altında tartışılmıştır.

1. KSC'nin demografik özelliklerine göre pelvik muayene yaptırma, pap smear test yaptırma ve serviks kanseri konusunda bilgi verme durumlarına yönelik bulgularının tartışılması

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

1. KSC'nin demografik özelliklerine göre pelvik muayene yaptırma, pap smear test yaptırma ve serviks kanseri konusunda bilgi verme durumlarına yönelik bulgularının tartışılması

KSC'nin çoğunluğunun (%64,2) 25-34 yaş grubunda olduğu, %30,6'sının servislerde çalıştığı, %41,6'sının ön lisans mezunu olduğu, meslek grupları içinde %52,6'sını hemşire-ebelerin oluşturduğu, %54,6'sının evli olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

KSC'nin pelvik muayeneye ilişkin özellikleri incelendiğinde(Tablo1) %51,7'sinin pelvik muayene yaptırmadıkları, muayene yaptıranların ise muayene yaptırma nedeni olarak yarıya yakınının (%48,8) gebelik ve doğumla ilgili nedenler ve kanama-menstrual düzensizlik sorunu yaşama (%17,2) gibi nedenler ile zorunlu olarak muayene yaptırdıkları saptanmıştır. Sadece sağlık kontrolleri için pelvik muayene yaptıranların düşük bir orana (%10,2) sahip olduğu görülmektedir. Gülen (2004)'in yapmış olduğu araştırmada ebe-hemşirelerin üçte birinin (%33.2) jinekolojik muayene yaptırmadığı, muayene yaptıranların da önemli bir kısmının gebelik/doğum (%46.1) ve RİA uygulanması (%43,6) gibi nedenler ile zorunlu olarak muayene yaptırdıkları saptanmıştır. Buna rağmen Mentеш'in kadınlara yaptığı araştırmada kadınların %37'sinin periyodik jinekolojik kontrol için hiç hekime gitmedikleri, %50,8'inin ise hasta olunca hekime başvurdukları saptanmıştır (Menteş 1998). Diğer bir araştırmada Fırat üniversitesi çalışanlarının bazı davranışsal sağlık risk faktörleri karşısındaki davranışları konusundaki bilgileri sorgulanmış ve düzenli olarak sağlık kontrollerine gitme konusunda seçilen iki grupta (akademik ve idari personel)

olumsuz sağlık davranışı belirlenmiştir (Gunal ve Gunal 2001). Sağlık alışanlarının bireyleri, sağlıklarını korumada ve olumlu sağlık davranışı geliştirmeye yonlendirmede rol modeli olmaları onemli iken, araştırmamızda yer alan KSC'nin sadece %10,2'sinin sağlık kontrolleri için pelvik muayene yaptırması (Tablo.2) ve buyuk çoğunluğunun (%80,6) şikayeti olmadığı için pelvik muayene yaptırmaya ihtiyaç duymaması (Tablo3) sağlığı koruyucu yaklaşımlarının yetersiz olduğunu ve kadınlara uygun rol modeli olamayacaklarını duşundurebilir.

KSC'nin pelvik muayene yaptırılanların sonuçlarına bakıldığında %33,8'i normal bulgu ve %33,1 ile gebelik tanısının utebirlik orana sahip olduğu, ayrıca %13,7'sinin ureme sistemi enfeksiyonu ve %10'unun over-kisti tanılarının olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Aynı tabloda ureme sistemi enfeksiyonu tanısını alanların oranına bakılırsa (%13,7) sağlık çalışanlarının hijyene ve sağlığı korumaya yeterince onem vermediklerini gosterebilir. Yapılan alışmalardan Gulen'in (2004) ebe hemşireler uzerinde yaptığı araştırmasında katılanların yaklaşık %40'ında jinekolojik enfeksiyon saptanmıştır. Diğer araştırmada Smith ve arkadaşlarının (2003) grup çalışmasında menopoz sonrası katılımcıların %16'sında inatçı enfeksiyon tanımlanmıştır. Yapmış olduğumuz araştırma sonuçları ve benzer araştırma sonuçlarına gore hijyen konusunda eğitim almış, toplumu bu konuda eğitmesi ve topluma onnek olması beklenen sağlık çalışanları arasında jinekolojik enfeksiyon gorulme sıklığının yuksek olduğu soylenebilir.

Tablo 3'de KSC'nin pelvik muayene yaptırmama nedenleri incelendiğinde %80,6 gibi buyuk bir oranla şikayeti olmadığı için ihtiyaç duymadıklarını soyleyen kadın sağlık çalışanları çoğunlukla şikayet durumunda gideceklerini belirtmeleri de olumsuz rol modeli olmaları açısından riskli davranışlardır. Ulkemizde kadınların hastalanmadan koruyucu amaçla sağlık kontrolune gitme alişkanlığının henuz tam yerleşmemiş olduğu bilinmektedir (Yazıcı 1994, Mete 1998). Ayrıca pelvik muayenenin ultrason muayenesini de kapsamasına ragmen KSC'nin %10,6'sının cinsel yonden aktif olmadıkları için pelvik muayene yaptırmadıklarını belirtmeleri de pelvik muayeneye yonelik bilgilerinin sınırlı olduğunu duşundurebilir. Bu konuda benzer araştırmalardan Coşkun (1992), doğurgan çağdaki evli kadınların periyodik olarak jinekolojik kontrole gitme alişkanlıkları ve bunu etkileyen faktorleri değerlendirmiş ve

kadınların %97,87'sinin periyodik olarak jinekolojik kontrole gitmenin yararına inandıkları halde, düzenli jinekolojik kontrole gidenlerin oranını %15,13 olduğunu belirtmiştir. Ayrıca öğrenim düzeyi yüksek olan, çalışan ve önceden jinekolojik hastalık geçiren kadınların kontrole gitme durumlarının anlamlı biçimde yüksek olduğu saptanmıştır. Kılıç ise (1994) çalışmasında; kadınların bilgi eksikliği, önemsememe, utanma, kötü bir tanı konulması korkusu vb. nedenlere bağlı olarak jinekolojik muayeneden çekindiklerini belirlemiştir. Reid'in (2001) belirttiğine göre kadınların jinekolojik taramanın kendi sağlıklarına sağlayacağı yarar konusunda olumlu inançlara sahip oldukları, yaklaşık %90'ının düzenli jinekolojik muayenelerin sağlık için zorunlu olduğunu ısrarla savundukları saptanmıştır. Ancak kadınların yalnızca %1'i bu taramayı önemsiz bulmuştur. Diğer bir çalışmada da jinekolojik testin önündeki engeller ağrı, utanma ve ücret olarak saptanmıştır (Burak ve Meyer 1997). Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu ile Ege Üniversitesi Aile Planlaması ve Kısırlık Araştırma ve Uygulama Merkezi işbirliğiyle gerçekleştirilen, "Kadınların Jinekolojik Muayene Öncesi Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi" konulu araştırmada, kadınların jinekolojik muayeneden çekindiklerini, herhangi bir sorunları yoksa periyodik kontrol için sağlık kuruluşuna gitme alışkanlığına sahip olmadıklarını, lise ve üzerinde eğitime sahip olan kadınlarda, jinekolojik kontrole gitme oranının yükseldiği (% 47), ayrıca kadınların %60 ile en fazla yakınma nedeni, kanama bozukluğu, akıntı ve ağrı olarak saptanmıştır (Şirin 2007). Araştırmamızda ise kadınların sağlık çalışanı olmalarına rağmen sağlık kontrolü için pelvik muayene yaptırmama oranının diğer araştırmalardan düşük olması (%10,2) kendi sağlıklarını koruma ve geliştirmeye yeterince önem vermedikleri ve bu durumun da olumsuz rol modeli olmaları açısından düşündürücüdür.

KSÇ'nın yaşları ile pelvik muayene yaptırmama durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre pelvik muayene yaptıranların (%35,1) 30-34 yaş grubunda oldukları, pelvik muayene yaptırmayanların ise yarıya yakın oranını (%45,4) 25-29 yaş grubunda oldukları, %29,7'sinin de 19-24 yaş grubunda olduğu görülmektedir. KSÇ'ndan 25-29 yaş grubunda olanların en fazla oranla (%45,4) pelvik muayene yaptırmamış olmaları sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışlara yeterince önem vermediklerini gösterebilir. Yaşla birlikte jinekolojik sorunların artış gösterdiği bilinmektedir. İlerleyen yaşa rağmen şu ana kadar pelvik muayene yaptırılmamış olması da

kadın sağlık çalışanları açısından oldukça riskli bir davranıştır. Yapılan bir araştırmada kadınların %47,6'sının 30 yaşında periyodik kanser muayenelerine başlanması ve 6 ayda bir tekrarlanması düşüncesinde oldukları halde, hangi yaşta olursa olsun şikayeti artmadan hiç kimsenin doktora başvurmadığını gözlemlemiştir (Güler 1993). Çalışmamız Güler'in çalışması ile benzerlik göstermektedir.

KS'nın mesleki durumlarına göre pelvik muayene yaptırma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre %49,1 oranla hemşire-ebelerin, %23,6 ile teknisyenlerin, %20,8 oranla doktorların, %6,5 oranlarda diyetisyen-fizyoterapist-biyolog-eczacı grubunun pelvik muayeneyi yaptırmadıkları görülmektedir (Tablo4). Doktorlardan sadece %17 ve hemşire-ebelerden sadece %56,4'ünün pelvik muayene yaptırmış olmaları hem sağlık çalışanı, hem kadın, hemde topluma rol modeli olmaları açısından bu sonuçların daha yüksek olması beklenebilir.

KS'nın eğitim düzeylerine göre pelvik muayene yaptırma durumları incelendiğinde aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Eğitim durumları yükseldikçe pelvik muayene yaptırma durumları artış göstermektedir (Tablo 4). Ayrıca KS'nın eğitim düzeylerine göre toplam bilgi puanlarının artış gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 10). Pelvik muayene yaptırma oranı lise mezunlarında %3,9 iken, önlisans mezunlarında %51 oranına çıkmaktadır. Ankara'da (2008) bir Üniversite hastanesinin kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran kadınlarla yapılan araştırmada, eğitim durumları ile jinekolojik kontrole gelmeleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Eğitim durumu yükseldikçe jinekolojik muayene yaptırmada artmaktadır (Pınar ve ark.2008). Bizim araştırmamız bu araştırma ile benzerlik göstermektedir.

KS'nın medeni durumlarına göre pelvik muayene yaptırma durumları incelendiğinde arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$). (Tablo4). Evli olanların %84,1 oranla büyük kısmı pelvik muayene yaptırmış, fakat bekarların %71,3'ü pelvik muayeneyi şuana kadar yaptırmamıştır. Bu sonuca dayanarak pelvik muayenenin vajinal muayene haricinde de yapılabileceğini bekar sağlık çalışanlarının gözden kaçırdıkları düşünülmektedir. Çünkü pelvik muayene yaptırıp yaptırmadığı sorulduğunda cinsel yönden aktif değilim biçiminde verilen cevaplar da bu durumu kanıtlamaktadır. Ayrıca evli olup da hiç pelvik muayene yaptırmayanlar %27,1 ile oldukça büyük bir

çoğunluktur. Bu durum KSC'nın serviks kanserinin erken tanısında, pelvik muayenenin öneminin yeterince farkına varmadıklarını gösterebilir.

Tablo 5.'de KSC'nın pap smear testi yaptırma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde %19,5'inin pap smear testini yaptırdıkları, %80,5'inin şu ana kadar pap smear testini hiç yaptırmadıkları görülmektedir. Sağlık çalışanlarının bu kadar büyük kısmının pap smear testini hiç yaptırmamış olmaları, serviks kanseri taraması açısından oldukça önemli bir bulgudur. Serviks kanseri daha önceki yıllarda ABD'de kanser mortalitesinde 1 numara iken şu an 13. sıraya düşmüştür. Buna rağmen dünyada halen meme kanserinin ardından ikinci sırada yer alıyor olması özellikle az gelişmiş ülkelerde pap smear tarama programında yetersizlikler olduğunu düşündürmektedir (Kutluk ve Kars 2001, Ozan 2005). Bu nedenlerle sağlık çalışanı tarafından, jinekolojik muayeneye gelen kadınlara pap smear testin önemini ve ne sıklıkta yaptırılması gerektiğinin anlatılması, bu konuda sağlık eğitimlerinin yaygınlaştırılması için öncelikle kendilerinin rol modeli olmalarının önemi hakkında bilinçlendirilmeleri gereklidir. Kalyoncu ve ark.nın (2003) yaptıkları çalışmada da Pap smear testini duyan kadınların test yaptırma oranı %72.92'dir. Değişik ülkelerde ki diğer çalışmalarda pap smear test yaptırma oranlarına bakılacak olursa, Nguyen ve ark. Teksas ve Kaliforniya'da yaşayan Vietnamlı kadınlarda %76, Wellensiek ve ark. Güney Afrika'da %27, Behbakht ve ark. Chicago'da %75, Byrd ve ark. ispanyol kadınlarda %69, Gichangi ve ark. Kenya'da %20 olarak bildirilmiştir. Burak ve Meyer'in (1997) 400 kolej öğrencisi ile yaptıkları çalışmada kadınların %80'inden fazlasının cinsel anlamda aktif durumda oldukları, %82'sinin son bir yıl içinde Pap smear testi yaptırdıkları belirlenmiştir ve %5'i cinsel yolla bulaşan bir hastalığa sahip olduğunu belirtmiştir (Reid 2001). Diğer bir yapılan çalışmada da serviks kanseri ve pap smear hakkında bilgi sahibi olanlarda test yaptırma oranının arttığı saptanmıştır (Wellensiek ve ark.2002). Bu nedenle kadınların bilinçlendirilmesinde KSC'nın önemi açıkça görülmektedir.

Pap smear testini yaptıran KSC'na düzenli olarak hangi sıklıkta pap smear testini yaptırdıkları sorulduğunda %1,1'i 6 ayda bir, %17,8'i yılda bir, %13,5'i 3-5 yılda bir, %30,8'si şikayeti olduğunda ve %36,8'i de doktor isteği olduğu durumlarda yaptırdıklarını belirtmişlerdir (Tablo5). Amerikan Kanser Derneği ilk cinsel ilişkiye başladıktan sonra en geç 3 yıl sonra taramaya başlanmasını ama ilk tarama yaşının 21'i geçmemesi gerektiğini belirtmektedir.

30 yaş ve üzerinde üç kez üst üste normal test sonucu olanlarda tarama aralığının iki-üç yıla çıkarılabileceğini belirtmektedir (ACOG 2005, Smith ve ark.2003). Buna göre pap smear test sıklığının yılda ve 3-5 yılda bir yapılması doğru kabul edilirse yaklaşık üçte birinin (%31,3) doğru uyguladıkları düşünülebilir. Benzer araştırmalardan Yazıcı (1994) Trabzon'da pap smear test yaptırma sıklığı konusunda doğru bilgiye sahip olan ebe-hemşirelerin oranını %60 olarak bulmuştur. Yine Gülen (2004) de pap smear test yaptırma sıklığı ile ilgili ebe hemşirelere yaptığı çalışmada da doğru bilen oranını %60,7 bulmuştur. Bu araştırmaların sonuçları bizim çalışmamızın sonuçlarından daha yüksek oranda olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar arasındaki farkın nedeni, benzer araştırmalar ebe ve hemşirelere yapılırken bizim çalışmamızda örneklemini tüm kadın sağlık çalışanlarının oluşturmasından dolayı olduğu düşünülebilir. Düzenli periyodik muayene alışkanlığı ve erken tanı yöntemlerinden biri olan pap smear test yardımıyla, kanser erken aşamada fark edilmesine rağmen, çalışmalarda KSC pap smear test yaptırması gereken grubu ve ne sıklıkta yapılması gerektiğini tam olarak tanımlayamadıkları görülmüştür. Bu bulgu da sağlık çalışanının konunun önemi konusunda yeterli düzeyde bilgilenmediğini göstermektedir. Bunun yanında Akyüz ve ark.(2006) kadınlarla yaptıkları araştırmada kadınların %51.32'sinin pap smear test yaptırdıkları, bu kadınların %58.09' unun yalnızca bir kez pap smear test yaptırdıkları belirlenmiş olmakla birlikte, elde edilen sonucun amaca yönelik hizmet etmediği çünkü, sadece bir kez yaptırılan smearin serviks kanserinin erken tanısı için yeterli olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca bu araştırmada pap smear testinin ne sıklıkta yapılması gerektiğini bilme oranının düşük, bunun yanında bilen ve her yıl yapılması gerektiğini belirten kadınlarda, test yaptırma oranının yüksek olduğu bulunmuştur. Reid (2001)'in belirttiğine göre Haseryager'da (1999) bir üniversite hastanesine muayeneye gelen kadınlara uyguladığı ankete göre %96 gibi bir çoğunluğu pap smear testin her yıl uygulanması gerektiğine, %86 ise bu testin 18 yaşın üstündeki tüm kadınlara her yıl uygulanması gerektiğine inanmaktadır. Katılımcıların %84'ü ise, bir kadının, eğer 18 yaşından önce cinsel anlamda aktif ise bu testi her yıl yaptırması gerektiğini savunmuşlardır.

KSC'nın pap smear test yaptırma nedenleri incelendiğinde ise (Tablo5) %44,3 gibi büyük çoğunluğu doktor isteği ile yaptırdıklarını belirtmiştir. Ayrıca %28,1'i akıntı-kaşıntı-kanama nedeniyle, %25,9'u ise düzenli sağlık kontrolü için

tarama amaçlı pap smear test yaptırmışlardır. KSC'nin yarıya yakınının sadece doktor isteği ile, dörtte birinin de tarama için pap smear test yaptırmış olması sağlık çalışanı olmaları açısından bu uygulamanın yetersiz olduğu düşünülebilir. Sağlık kontrolü (tarama) amacıyla test yaptıranların oranı yüksek görünse de, sağlık profesyonelleri olarak bu rakamın yetersiz olduğu, bunun da KSC'nin taramanın ve erken tanının önemi konusunda yeterince duyarlı olmamalarından kaynaklandığını düşündürebilir.

Tablo 5'de KSC'nin pap smear test sonucu alınan tanılarına bakıldığında en fazla oranla %68,6'sında normal bulgu, %19,5'inin de üreme sistemi enfeksiyonu tanısı aldıkları, tanısını bilmeyenlerin %3,2 oranda olduğu görülmektedir. Büyük çoğunluğun normal bulgu alması olumlu görülürken, yaklaşık beşte birinin enfeksiyon tanısı alması dikkat çekicidir. Çünkü gerekli tedavinin yapılmadığı uzun süre devam eden enfeksiyonlar serviks kanseri oluşumunda önemli bir risk faktörüdür. Serviks kanseri gibi kadınların hayatını tehdit eden önemli problemler ortaya çıkmadan genital enfeksiyonların araştırılması erken tanı ve tedavinin sağlanması için de pap smear test yönünden KSC'nin bilinçlendirilmeleri önemlidir.

KSC'nin pap smear test yaptırmama nedenlerine göre dağılımı incelendiğinde yarıdan fazlasının (%58,8) "şikayeti olmadığından dolayı ihtiyaç duymadığı"nı belirtmiştir (Tablo6). KSC'nin ihtiyaç duymadıkları için yaptırmıyor olmaları kendi özbakım sorumluluklarının yeterince gelişmediğini, sadece şikayeti olduğunda yaptırıyor olmaları ise pap smear testini tanı testi olarak algılamalarından kaynaklandığı da düşünülebilir. Ayrıca %22,6'sının da cinsel yönden aktif olmamaları nedeniyle pap smear testini yaptırmamış oldukları görülmektedir. Ülkemizde hymen zarının bozulmasının namus kavramı ile ilişkilendirilmesinin cinsel yönden aktif olmayanların, pap smear test yaptırmamasının en önemli nedenlerinden biri olduğu düşünülmektedir. Twinn ve ark. (2002) 242 Çin'li kadın üzerinde yaptıkları çalışmada, tarama yaptırmayan kadınların %35'inin henüz hiç cinsel ilişkiye girmedikleri bulunmuştur. Gülen (2004) ebe-hemşirelere yaptığı araştırmasında şikayeti olmadığı için pap smear test yaptırmayanları %70,8, cinsel yönden aktif olmadıkları için pap test yaptırmayanların oranı da %31,8 ile bizim çalışmamızla benzerdir. Ayrıca çalışmamızda kendini risk altında görmediğinden ileride yaptırmayı düşünenlerin sayısı da az değildir (%7,5). Kendini risk altında görmeme de sağlık çalışanı

açısından oldukça riskli bir bulgudur. National Institutes of Health (NIH-Milli Sağlık Enstitüsü) kadınların, rutin jinekolojik bakım yaptırmamalarına farklı sebepler ileri sürmüşlerdir. Bunlar, utanma, ulaşım yetersizliği, sağlık taramasına ulaşmadaki yetersizlik, sağlık bakım ücretini ödeyememe, sağlık hizmeti verenlerin duyarsızlığı, sağlık hizmeti verenlerin onları pap smear yaptırmaya teşvik etmemeleri, teste duyulan ihtiyaç konusundaki bilgi yetersizliği olarak açıklamaktadır (Reid 2001). Mutyaba ve arkadaşları ise Uganda’da tıp öğrencilerine yaptıkları araştırmada servikal taramadan geçmeme nedenlerine yönelik kendini risk altında hissetmeme, hastalık belirtileriyle ilgili bilgi eksikliği, dikkatsizlik, vajinal muayeneden korkma, utanma, yetersiz ilgi, testin bireyde hoşnutsuzluk oluşturması ve riskli yaş grubunda olmadıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir (Mutyaba ve ark.2006). Sharp ve ark.’nın yaptıkları araştırmada yaş ortalaması 15,4 olan liseli kızlara pap smear test yaptırmama nedenleri sorulduğunda %43.8’i utanma, %39.1’i ağrı/rahatsızlık, %12,4’ü sağlık koruma sistemine nasıl katılacağını bilememe, %10.3’ü anne-babanın öğrencinin cinsel aktivitelerinden haberdar olacağı korkusu, %22.7’si kanser korkusu, %10.5’i pap smear testine ihtiyaç duymama, %5.6’sı testin fiyatı nedeniyle ve %1.1’i diğer sebepler olarak yanıtlamışlardır (Reid 2001). Bekar ve ark.’nın (2008) Sivas Halk Eğitim merkezindeki kursiyerlerin jinekolojik kanserden korunmaya yönelik bazı jinekolojik sağlık uygulamalarının belirlenmesi için yaptıkları bir araştırmada kadınlarının tümünün jinekolojik bir sorun yaşadıklarını belirtmelerine rağmen, %79,3’ünün bu sorunlarla ilgili hiçbir şey yapmadığı ve rahatsızlığın kendiliğinden düzelmesini beklediğini ifade ettiği belirlenmiştir. Bu sonuçlara dayanarak KSC’nin kadınlara jinekolojik sağlıklarının korunmasında olumlu rol modeli olmaları önemlidir.

Tablo 7. KSC’nin yaş gruplarına göre pap smear test yaptırmama durumları incelendiğinde aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre 19-24 yaş grubunda %2,7’sinin pap smear testini yaptırmış oldukları, 30-34 yaş grubunda %36,2’sinin pap smear testini yaptırmış oldukları görülmekle birlikte, pap smear testini hiç yaptırmayanların büyük çoğunluğunun 19 ile 34 yaş grupları arasında bulunduğu görülmektedir. Pap smear testi yaptıranlar çoğunlukla 30 ile 44 yaş grubunda bulunurken, yaptırmayanlar 19 ile 34 yaşlar arasında olduğu görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerdeki araştırmalar incelenecek olursa Kalyoncu ve ark.(2003), 35 yaş üstünde ve evlilik süresi uzun

olan kadınlarda, Nuguyen ve ark. (2002) 40 yaş üstünde olan, Siahpush ve Singh (2002) ise 30-49 yaş grubunda olan kadınlarda, Wellensiek ve ark. da (2002) doğum yapan kadınlarda, pap smear test yaptırma oranının yükseldiğini saptamışlardır. Buna rağmen son 30 yıl içinde serviks kanserine yakalanmanın yaşı 35'e indiği bilinmektedir (Irkkan ve Yurtaslan 2007, Çiçek ve ark.2006, Reid 2001). Bu veriler sonucunda yaşla birlikte jinekolojik problemlerin artmasıyla bizim çalışmamıza benzer şekilde pap smear yaptırma oranının artış gösterdiği görülmektedir. KSC'nin pap smear testin serviks kanseri açısından önemini bilmeleri gereklidir. Ayrıca serviks kanserinin en sık hangi yaşta görüldüğünü bilmeleri, o yaş döneminde serviks kanserinin belirtilerini izlemelerine ve erken tanısına da yardımcı olabilecektir. Çalışmalar yıllık pap smear testini yaptıran kadınların serviks kanseri ve HPV konusunda daha bilgili olduğunu göstermektedir (Smith ve ark.2006). Bu yüzden tüm KSC'nin serviks kanseri risk faktörleri, pap smear test ve HPV'nin erken teşhis ve korunmadaki önemi konusunda tüm yaşlardaki kadınları eğitmeye devam etmeleri gerekmektedir (Smith ve ark.2006).

KSC'nin meslek durumlarına göre pap smear testini yaptırma durumları aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$). (Tablo 7). Buna göre doktorların %17,3'ü, hemşirelerin %59,5'i, teknisyenlerin %14,1'i ve diyetisyen-fizyoterapist-biyolog-eczacı grubunun ise %9,2'si pap smear testini yaptırmışken, doktorların %19,3'ü, hemşire-ebelerin %51'i, teknisyenlerin %22,7'si ve diyetisyen-ftp-biylg-eczacı grubunun da %6,9'u pap smear testini yaptırmamış oldukları saptanmıştır. Özellikle doktorların ve hemşirelerin pap smear test yaptırma oranının bu kadar düşük olması sağlık eğitimini en iyi şekilde alan grup olmaları açısından dikkat çekicidir. Buna rağmen doktor ve hemşire-ebelerin bu konularda diğer iki gruba göre daha farklı olmaları beklenmektedir. Teknisyenler ve diyetisyen-fizyoterapist-biyolog-eczacı grubunun da sağlık çalışanı olması nedeniyle pap smear test yaptırmada oranların düşük çıkması kesinlikle çalışanların hizmet içi eğitime (HİE) ihtiyaçları olduğunu düşündürmektedir. Mutyaba ve ark.(2006) Uganda'da tıp çalışanlarına (doktor, hemşire, tıbbi sekreterler, son sınıf hemşire ve tıp fakültesi öğrencileri) yapılan bir araştırmasında katılımcıların %69'unun kadın olduğu ve bunların %90'ı cinsel ilişki gerçekleştirdiklerini saptamıştır. Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin de %87'sinin pap smear taramasını hiç yaptırmadıkları, ayrıca bunun nedeni olarak

hastalığa yakalanmada kendilerini risk altında görmediklerini ifade ettikleri belirlenmiştir. Gharoro ve Ikeanyı (2006) da yaptığı araştırmasında gelişmiş ülkelerde hedeflenen nüfusun %85'inden fazlası pap smear testten yararlanmakta iken, Nijerya dahil gelişmekte olan ülkeler ancak %14'lere ulaşmaktadırlar. Gittikçe yaygınlaşan serviks kanserinden ölüm ve tekrarlanma oranını azaltmak için Nijerya'da çalışan sağlık personelinin özellikle sağlık bakımını en fazla üstlenen hemşirelerin uygulamalarını ve tutumlarını değiştirmeye ihtiyacı olduğunu, ayrıca ulusal bir inceleme programı olmadığından çeşitli sağlık kurumlarındaki sitoloji servislerinin tanıtılması, önerilmesi ve güçlendirilmesi gerektiğini saptamıştır.

KSCÇ'nin eğitim durumlarına göre pap smear testini yaptıran durumları aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$). (Tablo 7). Buna göre incelendiğinde %4,9 oranla en az pap smear test yaptıranların lise mezunu, %54,6 oranla en fazla önlisans mezunları, %14,6 oranla da lisans mezunlarının olduğu, yüksek lisans ve yüksek lisans üzeri eğitim alanların %15,1 ve %10,8 olduğu görülmektedir. Ayrıca pap smear test yaptırmayan KSCÇ'nin çoğunlukla önlisans ve lisans mezunu olduğu görülmektedir. Lise eğitiminden önlisans eğitimine bir artış görülürken, daha üst düzey eğitimlerde (yüksek lisans üzeri) bir farklılık görülmemektedir. Yüksek lisans üzeri eğitim alanlarda pap smear test yaptıran durumda değişiklik olmamasının nedeni olarak Türk toplumunda aktif cinsel yaşamın genellikle evlilikle birlikte başlaması sebebiyle evlilik süresi arttıkça obstetrik ya da jinekolojik nedenlerle muayeneye gitme oranlarının artması, eğitim seviyesi yüksek olan kadınların daha düşük oranda pap smear test yaptırmaları sonucunu açıklayabilir (Akyüz ve ark.2006). Sağlık çalışanı olmamalarına rağmen bizim çalışmamıza göre sonuçları daha iyi olan bir çalışmada Ankara'da (2007) eğitim ve sosyoekonomik düzeyi yüksek, sağlık güvencesi ve muayene olma imkanları fazla olan kadınlara yapılmış, %89,7'sinin pap smear testini duyduğu ve %58,1'inin daha önce pap smear testini yaptırdığı saptanmıştır (Güvenç ve ark.2007). Araştırmamıza benzer bir araştırma da HİE alan grupta pap smear test yaptıran oranı (%58,4), HİE almayan grubun pap smear test yaptıran oranından (%35,7) daha yüksek olduğu saptanmıştır (Gülen 2004). Farklı zamanlarda yapılan araştırmalarda da eğitimle pap smear test yaptıran durumlarındaki artış bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. (Kalyoncu ve ark.2003, Behbakht ve ark 2004, Siahpush ve ark 2002). Ayrıca

araştırmamızda KSC'nin eğitim düzeylerine göre toplam bilgi puanlarının artış gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 10).

KSC'nin medeni durumlarına göre pap smear testini yaptıрма durumları aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$). (Tablo 7). Pap smear testini yaptıran evlilerin oranı %94,6, bekarların %1,6 ve boşanmışların %3,8 iken, pap smear testini yaptırmayan evliler %45, bekarlar %53,3 ve boşanmışlar %1,7 olduğu görülmektedir. Evli grubun büyük çoğunluğu pap smear test yaptırmışken, evli olup yaptırmayanların sayısı da (%45) yüksektir. Bizim toplumumuzda çoğunlukla evlilikten sonra cinsel ilişki başladığı ön plana alınırsa yarıya yakın bir oran şu ana kadar pap smear test taramasından geçmemiştir. Bu durumda kadın sağlık çalışanların kendi ve toplum sağlığında olumlu tutum geliştirme açısından oldukça riskli bir davranış olarak görülmektedir. Nijerya ve Afrika ülkelerinde yapılan araştırmalarda (2006) ortaya çıkan yetersiz bilinçlenme, yanlış algılamalar, organize bir tarama inceleme programının olmaması, kadınların kültürel anlamda çok eşlilik durumlarını açığa vuramamaları ve uygunsuz batıl inançları kadınların pap smear testini yaptırmama için en genel bahaneleri olduğu saptanmıştır. Pap smear test gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de cinsel ilişkiye başladıktan sonra 3 yıl içinde pelvik muayenenin bir parçası olarak mutlaka yapılmalıdır.

Tablo 8.de KSC'nin serviks kanseri konusunda bilgi verme durumları incelendiğinde serviks kanseri konusunda bilgi verenlerin %22,7 olduğu, vermeyenlerin ise %77,3 olduğu görülmektedir. Yine aynı tabloda Serviks kanseri hakkında bilgi verilen kişilerden en fazla %52,9 ile topluma-hastalara, %21,2 oranla da akraba çevresine olduğu görülmektedir. KSC'ndan bilgi veren grubun (%22,7) yaklaşık yarısının sadece hastalara ve topluma bilgi vermiş olması sağlık çalışanlarının eğitim verme rollerini yeterince yerine getirmediğini düşündürülebilir.

KSC'nin yaş gruplarına göre serviks kanseri konusunda bilgi verme durumlarına bakıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$). (Tablo.8). Buna göre %27,8 ile 19-24 yaş, %36,1 ile 25-29 yaş ve %18,5 ile 30-34 yaş gruplarının en fazla oranda bilgilendirme yaptıkları, 35 yaşından sonra bilgilendirme yapanların oranının azaldığı görülmektedir.

KSC'nin çalıştıkları bölümlere göre serviks kanseri konusunda bilgi verme durumlarına bakıldığında (Tablo.8) aralarındaki fark istatistiksel olarak

önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Çalıştıkları bölümlere göre incelendiğinde en fazla %34,7 oranla servislerde, %31,5 oranlarda polikliniklerde çalışanların bilgilendirme yaptıkları, en düşük %0,9 oranlarda diyet-röntgen-temel tıp bilimlerinde çalışanların bilgilendirme yaptıkları görülmektedir. Buna göre servisler ve polikliniklerde çalışanların genelde hemşire-ebe ve doktorların olduğu düşünüldüğünde ayrıca temel sorumluluklarından biri de sağlık eğitimi verme olduğu göz önüne alınırsa bu oranların az olduğu düşünülebilir.

KSC'nın eğitim durumlarına göre serviks kanseri konusunda bilgi verme durumlarına bakıldığında (Tablo.8) aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre serviks kanseri hakkında bilgi veren grup içinde en fazla %38,9 oranla lisans mezunlarının, %23,1 oranla da yüksek lisans mezunlarının bilgi vermelerine rağmen, %48,9 önlisans mezunlarının %27,2'de lisans mezunlarının bilgilendirme yapmadıkları görülmektedir. Görüldüğü üzere yükseköğretim eğitimi alan gruplarda bilgi verme durumu artış göstermektedir. Buna benzer olarak Tablo.10'da eğitim durumu yükseldikçe toplam bilgi puan ortalamaları artış göstermektedir. Buna benzer olarak yapılan bir araştırmada kadınların eğitim durumları yükseldikçe serviks kanseri, risk faktörleri, HPV aşısı gibi konularda bilgi düzeylerinin arttığı saptanmıştır. Kendi sağlığı ve aile üyelerinin sağlığının korunması açısından önemli sorumlulukları olan kadınların bu konuda bilgilendirilmesi gelecek nesillerin daha bilgili ve sağlıklı olmalarını sağlamak için gerekli ve önemli olduğu belirtilmiştir (Pınar ve ark.2008). Bu çalışma sonuçlarından farklı olarak Gülen 2004'de ebe/hemşirelere yaptığı araştırmada kadına özgü kanserler hakkında hizmet içi eğitim alan az bir kısımdan (%26,3) yine sadece çok az bir kısmının (%12,5) pap smear teste yönelik eğitim verdiği bulunmuştur. Bizim çalışmamız bu çalışma ile paralellik göstermese de bu sonuç, alınan HİE düzeyi yükseldikçe bilgi verme oranında artış olabileceğini ortaya çıkararak eğitimin önemini göstermektedir. Ekizler'in (1992), genital enfeksiyonların önlenmesi ve tedavisinde sağlık eğitiminin etkisi'ni araştırdığı çalışmasında, eğitim verilen grubun kontrole gelme oranının (%96) eğitim verilmeyenlere oranla (%43.60) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, araştırmamızın bulguları ile benzerlik göstermektedir. Tablo 12'ye bakıldığında ise bilgi puanlarında oldukça düşük olduğu görülmektedir. Bu durum bilgi düzeyi yeterli olmayan çalışanların bilgi verme durumunun da düşük olmasıyla

açıklanabilir. Bu nedenle de kadınlara danışmanlık ve eğitim yapmada KSC'nın HİE ile desteklenmeleri gerektiği düşünülebilir.

KSC'nın mesleki durumlarına göre serviks kanseri konusunda bilgi verme durumlarına bakıldığında (Tablo.8) aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre %51,9 oranla en fazla hemşire-ebelerin, %38,9 ile doktorların, en az da %6 ile diyetisyen-fizyoterapist-biyolog-eczacıların bilgi vermelerine rağmen bilgilendirme yapmayan grup içinde yine %52,9 ile en fazla hemşire-ebelerin bulunduğu görülmektedir. Gülen'in (2004) araştırmasında ebe-hemşirelerin pap smear teste ilişkin eğitim verme durumları araştırılmış ve çok az bir kısmının (%12,5) bu konuda eğitim verdiği bulunmuştur. Eğitim verenlerin ise %45,5'inin hem hastalara hemde akraba ve arkadaş çevresine bu eğitimi verdiklerini saptamıştır. Bizim araştırmamızda da KSC'nın eğitim veren grup içinde (%22,7) en fazla oranla (%52,9) toplum-hastalara verdikleri belirlenmiştir. Koşar ve Naz'ın (2004) İstanbul'da 170 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada, olguların bir hemşire tarafından daha önce bilgilendirilmiş olmasıyla pap smear yaptırma oranı olumlu yönde etkilenmiştir. Araştırmalarda eğitim verme oranının çok düşük olması sağlık çalışanlarının özellikle hemşire-ebelerin, erken tanıda çok önemli olan sağlık eğitimi yapma rollerini yeterince kavramamış olmaları ya da kurumlarının bu konuda kendilerinden bir görev beklentisinin olmaması ile açıklanabilir.

KSC'nın medeni durumlarına göre serviks kanseri konusunda bilgi verme durumlarına bakıldığında (Tablo 8) aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre %53,7 ile bekar olanların, %45,4 ile evli olanların bilgilendirme yapmalarına rağmen, %40,2 oranla bekar olanların %57,4 ile de evli olanların, bilgilendirme yapmadıkları görülmektedir.

2. KSC'nın Serviks kanseri risk faktörleri, pap smear ve HPV ile ilgili ifadelerin ve demografik özelliklere göre bilgi sorularına yönelik bulgularının tartışılması.

Tablo 9'da Serviks kanseri risk faktörleri, pap smear ve HPV ile ilgili 34 adet ifadenin yer aldığı bilgi formuna göre KSC'nın serviks kanseri risk faktörleri ve pap smear teste yönelik bilgi ifadelerini daha yüksek oranlarda doğru bildikleri ancak HPV ile ilgili ifadelerde doğru yanıt oranlarının düşük olduğu bulunmuştur. Bu nedenle KSC'nın farkındalığı artırabilmek ve konunun önemini

algılamalarını güçlendirmek için özellikle HPV konusu başta olmak üzere serviks kanseri risk faktörleri ve pap smear test hakkında kapsamlı, planlı eğitimlerin yapılması gerektiği söylenebilir.

Tablo 10. KSC'nın demografik özelliklerine göre toplam bilgi formu puan 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'nın meslek durumlarına göre toplam bilgi puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 10) doktor ortalaması 55,58, hemşire-ebe ortalaması 49,58, teknisyen grubu 42,93 ve diğer sağlık grubunun ortalaması ise 48,22 olarak görülmektedir. Doktorların bilgi düzeylerinin en yüksek, teknisyenlerin bilgi düzeylerinin en düşük olduğu görülmektedir. Gharoro ve ark.(2006) da üçüncü basamak sağlık kuruluşunda çalışan kadın sağlık çalışanlarına serviks kanseri açısından pap smear testin kullanımı ve bilinçlilik düzeyini belirlemek için yapılan araştırmada en bilinçli grubu %59,2 oranla hemşireler, en az bilinçli grubu ise röntgen teknisyenlerinin oluşturduğunu saptamıştır. Ayrıca araştırmada hemşirelerin bilgi düzeyinin diğer mesleklere oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu çalışma ile bizim araştırma sonuçlarımız kıyaslandığında teknisyenler açısından benzer sonuçlar çıkarken, diğer meslek grupları arasındaki sonuçlar benzerlik göstermemektedir. Bu durum özellikle teknisyenler başta olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının mesleki eğitimlerinin daha fazla desteklenmesi gerektiğini düşündürmektedir.

KSC'nın eğitim durumlarına göre toplam bilgi puan ortalamaları incelendiğinde ise (tablo 10) lise mezunları 45,05, önlisans mezunları 45,89, lisans mezunları 51,09, yüksek lisans mezunları 52,67 ve yüksek lisansüstü eğitim alanların 53,78'dir. Görüldüğü gibi eğitim durumu yükseldikçe toplam bilgi puan ortalamalarında artış göstermektedir. Güler (1993)'de 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. Bu sonuçlara göre HİE yada mesleki eğitimlerle konuya ağırlık verilmesi gerektiği görülmektedir.

KSC'nın (tablo 11) çalıştıkları bölüme göre toplam bilgi puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı

bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre toplam bilgi puan ortalaması 54,46 puan ile en yüksek acil bölümünde çalışanlar görülürken, ortalaması en düşük 41,78 puan ile röntgen bölümünde çalışanlar olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar teknisyen grubunun diğer gruplara göre bilgi puanlarının düşük olması ile açıklanabilir. Bu durum tablo 10 daki sonuçları destekler niteliktedir. Teknisyen grubunun HİE ve mesleki eğitimleri sırasında desteklenmesi gerektiği görülmektedir.

Tablo 12. KSC'nın mesleki duruma göre serviks kanseri risk faktörleri, pap smear ve HPV ifadeleri ile ilgili bilgi soruları karşılaştırılmış ve toplam bilgi puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Serviks kanseri risk faktörleri ile ilgili bilgi soruları incelendiğinde bilgi ortalaması 42 puan üzerinden 34,07 puan ile en yüksek doktorlar olurken, bilgi ortalaması 26,08 puan ile en düşük teknisyenler olmuştur. Pap smear test hakkındaki bilgi sorularına bakıldığında toplam bilgi puan ortalamasında doktor, hemşire-ebe grupları birbirine yakın bulunurken (10,51-10,34), teknisyen grubu ortalaması 8,56 ile en düşüktür. Yine HPV ile ilgili toplam bilgi puan ortalamaları incelendiğinde ise doktorların ortalaması en yüksek iken (11,03), teknisyenlerin ortalaması en düşük (8,29) bulunmuştur. Gruplar arasında alınan eğitimler ön plana alındığında doktor ve hemşire-ebelerin bu konu ile ilgili olarak diğer gruplardan daha bilgili olmaları beklenen bir sonuçtur. Fakat buna rağmen serviks kanseri risk faktörleri 42 puandan, pap smear soruları 12 puandan ve HPV soruları da 14 puandan hesaplandığı göz önüne alınırsa özellikle konu hakkında önceden bilgisi olanların (doktor, hemşire-ebe) bilgi puan ortalamalarının düşük olduğu görülmektedir. Bu çalışmada her şeye rağmen katılımcıların sağlık çalışanı olmaları ve kadın sağlığı üzerine hizmet veren bir alanda çalışıyor olmaları nedeniyle, konunun daha fazla sağlık çalışanı tarafından bilinmesi gerektiği de düşünülmektedir.

Tablo 13'de KSC'nın eğitim duruma göre serviks kanseri risk faktörleri, pap smear ve HPV ifadeleri ile ilgili bilgi soruları karşılaştırılmış ve toplam bilgi puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Öncelikle serviks kanseri risk faktörleri ile ilgili bilgi soruları incelendiğinde en yüksek bilgi ortalaması 32,75 ile yüksek lisansüstü eğitim yapanlar olurken en düşük bilgi ortalaması 27 ile lise mezunlarının olduğu görülmektedir. Eğitimle düzeyinin artmasıyla beraber serviks kanseri risk faktörleri hakkında bilgi sahibi olmada da artış göstermektedir. Pap smear test

hakkındaki bilgi sorularına bakıldığında da toplam bilgi puan ortalamasında yüksekisans üzeri eğitimde 10,27 iken, lise mezunlarında 9,37'ye düşmektedir. Son olarak HPV hakkındaki bilgi sorularına bakıldığında ise toplam bilgi puan ortalaması yüksekisansüstü eğitimde 10,75 iken, lise mezunlarında 8,68 olduğu görülmektedir. Eğitimle düzeyinin artmasıyla beraber hem pap smear test hemde HPV hakkında bilgi sahibi olmada artış göstermektedir. Ankara'da bir üniversite de %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 bu bilgiyi basın yayın yoluyla elde ettikleri belirlenmiştir. Ayrıca bilgi sahibi olan grubun çoğunluğunun sağlık bilimlerinde okuyanların olduğu saptanmıştır (Topuz ve ark.2008). Bu sonuçta bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Tablo 14'de KSC'nin yaş durumlarına göre serviks kanseri risk faktörleri, pap smear ve HPV ile ilgili bilgi sorularının karşılaştırılması incelenmiştir. Buna göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur($p>0,05$).

Tablo 15'de KSC'nin pelvik muayene, pap smear test yaptırma durumları ve serviks kanseri bilgilendirme durumlarına göre toplam bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. KSC'nin pelvik muayene yaptırma ve pap smear test yaptırma durumlarına göre toplam bilgi puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). KSC'nin serviks kanseri ile ilgili bilgi verme durumlarına göre toplam bilgi puan ortalamaları incelendiğinde ise gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Serviks kanseri hakkında bilgi veren grubun toplam bilgi puanı 54,22 iken bilgi vermeyen grubun toplam bilgi puanı 47,75 olduğu saptanmıştır. Bu sonuçta gösteriyor ki bilgi veren grubun daha fazla bilgiye sahip olduğu görülmektedir.

VI. SONUÇLAR

KSC'nin serviks kanseri risk faktörleri ve pap smear konusundaki bilgi ve uygulamalarını belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmada aşağıda belirtilen sonuçlar elde edilmiştir.

VI.1. KSC'nin demografik özelliklerine, pelvik muayene yaptırma, pap smear test yaptırma, serviks kanseri konusunda bilgi verme durumlarına ve serviks kanseri risk faktörleri, pap smear, HPV konusundaki bilgilerine yönelik sonuçlar

Araştırmaya katılan KSC'nin %64,2'sinin 25-24 yaş grubunda olduğu, %30,6 sının servislerde çalıştığı, %41,6'sının önlisans mezunu, meslek grubu olarak %52,6'sının hemşire ve ebe ve %54,6'sının da evli olduğu bulunmuştur (Tablo 1).

Araştırmaya katılan KSC'nin %48,3 nün pelvik muayene yaptırdıkları, %51,7'sinin ise hiç pelvik muayene yaptırmadıkları, %48,8 oranla gebelik ve doğumla ilgili nedenlerden dolayı pelvik muayene yaptırdıkları, %33,8'inin pelvik muayene sonucunda normal bulgu tanısı aldıkları saptanmıştır (Tablo 2).

Araştırmaya katılan KSC'nin %80,6'sının pelvik muayene yaptırmama nedenleri olarak şikayetleri olmadığı için ihtiyaç duymadıklarını belirttikleri saptanmıştır (Tablo 3).

Araştırmaya katılan KSC'nin yaşlarına göre, mesleklerine göre, eğitimlerine göre ve medeni durumlarına göre pelvik muayene yaptırma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$). (Tablo 4).

Araştırmaya katılan KSC'nin %19,5'inin pap smear testini yaptırdıkları, %80,5'inin şu ana kadar pap smear testini hiç yaptırmadıkları, %36,8'inin pap smear testini doktor isteği olduğunda yaptırdıkları belirlenmiştir. Pap smear testini yaptırma nedeni olarak ise %44,3'inin doktor isteği ile yaptırdıkları, %68,6'sının da Pap smear test sonucunda normal bulgu tanısı aldıkları saptanmıştır (Tablo 5).

Araştırmaya katılan KSC'nin pap smear test yaptırmama nedenleri olarak %58,8'inin "şikayetim olmadığından dolayı ihtiyaç duymadım" nedenini göstererek pap smear testini yaptırmamış oldukları saptanmıştır (Tablo 6).

Araştırmaya katılan KSC'nın yaşlarına göre, mesleklerine göre, eğitimlerine göre ve medeni durumlarına göre pap smear test yaptırma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$). (Tablo 7).

Araştırmaya katılan KSC'nın %77,3'ünün serviks kanseri konusunda bilgi vermedikleri saptanmıştır. Ayrıca yaş gruplarına, çalıştıkları bölümlere, eğitim durumlarına, mesleki durumlarına, medeni durumlarına göre serviks kanseri konusunda bilgi verme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$). (Tablo 8).

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 ve tedavi mümkündür (%92,9), Jinekolojik muayeneyi ancak jinekolojik bir sorun yaşandığında yaptırmak gerekir (%87,3) ve pap smear testini cinsel yönden aktif olan her kadın yaptırmalıdır” (%83,5) olduğu, doğru yanıtlanma yüzdesi en düşük olan ifade ise “HPV cinsel ilişkide ağrıya neden olur (%7,6)” ifadesinin olduğu saptanmıştır (Tablo 9).

VI.2. KSC'nın demografik özelliklerine göre serviks kanseri risk faktörleri, pap smear ve HPV bilgi sorularına yönelik sonuçlar

Araştırmaya katılan KSC'nın yaş gruplarına göre ve medeni durumlarına göre serviks kanseri risk faktörleri, pap smear ve HPV bilgi formundan (Form II) aldıkları toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunurken ($p>0,05$), eğitim durumlarına ve meslek durumlarına göre aldıkları toplam bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. ($p<0,05$). (Tablo 10).

Araştırmaya katılan KSC'nın çalıştıkları bölüme göre toplam bilgi puan ortalama dağılımları incelendiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). (Tablo 11).

Araştırmaya katılan KSC'nın mesleki duruma göre serviks kanseri risk faktörleri ile ilgili ifadelerin toplam bilgi puan ortalamaları arasındaki fark, mesleki duruma göre pap smear teste yönelik ifadelerle ilgili toplam bilgi puan ortalamaları arasındaki fark ve mesleki duruma göre HPV ifadeleri ile ilgili toplam bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı

bulunmuştur ($p<0,05$). Meslek grupları ikişerli karşılaştırılınca arasındaki farklar önemli bulunmuştur. ($p<0,05$). (Tablo 12).

Araştırmaya katılan KSC'nın eğitim duruma göre serviks kanseri risk faktörleri ile ilgili ifadelerin toplam bilgi puan ortalamaları arasındaki fark, eğitim duruma göre pap smear teste yönelik ifadelerin toplam bilgi puan ortalamaları arasındaki fark, eğitim duruma göre HPV ifadeleri ile ilgili toplam bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Eğitim durumları ikişerli karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark önemli bulunmuştur. ($p<0,05$). (Tablo 13).

Araştırmaya katılan KSC'nın yaş durumuna göre serviks kanseri risk faktörleri pap smear test ve HPV ile ilgili ifadelerin toplam bilgi puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). (Tablo 14).

Araştırmaya katılan KSC'nın pelvik muayene yaptırma durumlarına göre toplam bilgi puan ortalamaları ve pap smear test yaptırma durumlarına göre toplam bilgi puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). KSC'nın serviks kanseri ile ilgili bilgi verme durumlarına göre toplam bilgi puan ortalamaları incelendiğinde ise gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). (Tablo 15).

VII. ÖNERİLER

Yapılan araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

Araştırmamızın sonucunda KSC'nın pelvik muayene ve pap smear test yaptırma durumlarının yetersiz olduğu saptanmıştır. Bu nedenle KSC'na pelvik muayene ve pap smear testin öneminin kavratılması sağlanmalıdır. Buna yönelik olarak ayrıntılı bilgi sahibi olmaları için tüm KSC'na düzenli olarak hizmet içi eğitim (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 arttırılması amacıyla mesleki eğitimleri sırasında (özellikle teknisyenler) yeterli bilgi kazanmalarını sağlayacak teorik bilgi ve uygulama içeriğinin düzenlenmesi ayrıca bu konularda daha ayrıntılı bilgi için HİE önerilir.

KSC'nın bilgi verme durumlarının yetersiz olduğu ve sağlık eğitiminde yeterince etkin olmadıkları saptandığından dolayı sağlık çalışanlarının yapacakları sağlık eğitimlerinin öneminin anlatılması ve sağlık eğitimlerinin yaygınlaştırılması önerilir. Özellikle sağlık ekibi içinde kolay ulaşılabilir eleman olmaları, önemli ve başta gelen görevlerinden birinin eğitim olması nedeniyle hemşirelerin daha etkin rol almaları önerilebilir.

Ülke çapında servikal kanser taramalarının yapılarak risk gruplarının belirlenmesi ve koruyucu önlemlerin alınması, tanı ve tedavi şekillerinin anlatılması önerilir.

Toplum sağlığının korunması amacıyla KSC'nın rol modeli olmalarının öneminin kavratılması önerilir.

Toplum ve meslek gruplarının, kanserle ilgili etkinliklerde birlikte çalışmalarının desteklenerek bunun öneminin vurgulanması önerilir.

VIII. ÖZET

Bu araştırma KSC'nin serviks kanseri risk faktörleri ve pap smear teste yönelik bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini EÜTF Hastanesi'nde çalışan kadın sağlık çalışanları oluşturmuştur. Bunlar; doktor, hemşire/ebe, eczacı, fizyoterapist, biyolog, diyetisyen ve sağlık tekniker ve teknisyen (laboratuar, röntgen, acil tıp, anestezi, tıbbi sekreterler) toplam 1152 kişiden oluşmaktadır. Evrenin tümü örnekleme alınmıştır. Araştırmaya katılmak istemeyen, izinli, raporlu olanlar haricinde 950 KSC'na ulaşılmıştır. Veri toplama aracı olarak kişisel tanıtıcı bilgilerini, pelvik ve pap smear test yaptırma durumlarını ve serviks kanseri hakkında bilgi verme durumlarını içeren form I ve serviks kanseri risk faktörleri, pap smear ve HPV bilgilerini içeren form II den oluşmaktadır. Veriler bilgisayar ortamında spss 13.0 programında frekans dağılımı, khi-kare testi, varyans analizi, tukey testi, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Elde edilen bulgulara göre; Kadın sağlık çalışanlarının %64,2'sinin 25-34 yaş grubunda, %29,9'unun lisans mezunu, %52,6'sının hemşire ve ebe, %21,1'inin teknisyen, %18,9'unun doktor, %54,6'sının evli, %51,7'sinin hiç pelvik muayene yaptırmadığı ve %80,5'inin hiç pap smear test yaptırmadığı belirlenmiştir. KSC'nın yaş, medeni durum, eğitim durumu, mesleklerine göre pelvik muayene yaptırma, pap smear test yaptırma, servikal kanser konusunda bireylere bilgi verme durumları (form I) arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0,05$). Ayrıca KSC'nın yaş gruplarına 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, meslek durumlarına ve çalıştıkları bölüme göre aldıkları toplam bilgi puanları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. ($p < 0,05$). KSC'nın pelvik muayene yaptırma durumlarına göre toplam bilgi puanı, pap smear test yaptırma durumlarına göre toplam bilgi puanı incelendiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunurken ($p > 0,05$), serviks kanseri ile ilgili bilgi verme durumlarına göre

toplam bilgi puanı incelendiğinde ise gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda gerekli HİE'lerin planlanması, uygulanması ve yaygınlaştırılması, ayrıca toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi amacıyla KSC'nın rol modelinin önemini kavratılması için servikal kanser taramalarının yapılarak risk gruplarının belirlenmesi ve koruyucu önlemlerin alınması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Human Papilloma Virüs (HPV), Pap Smear, Servikal Kanser, Servikal Kanser Risk Faktörleri, Servikal Kanserden Korunma.

IX. SUMMARY

In this descriptive study we aimed to determine the knowledge and practise of female health workers about risk factors of cervix carcinoma and pap smear test.

The research was performed on 1152 female health personnels working at Erciyes University Medical Center consisting of doctors, nurses/birth attendants, pharmacists, physiotherapists, biologists, dieticians, laboratory technicians, radiology thecnicians, paramedics and medical documentatiom officers. All female health personnels of university medical center were taken into sampling.

Except persons who didn't give permission and didn't work at time interval of our study 950 health workers were taken into survey. Data were collected by using a questionnaire composed of two sets of questions. Form I personal information, experience of pelvic examination and pap smear and status of giving information about cervix carcinoma. Form II level of knowledge about risk factors of cervix carcinoma, pap smear and HPV. Computer analyses of data were performed by SSPS 13.0 software using distrubition of frequencies, chi square test, warriance analyses, Tukey test and unpaired T test.

According to data collected %64.2 of female health workers at 24-34 ages and 29.9 % were graduates of at least 4 year univesity, 52.6% were nurses, 21.1% were technicians, 18.9 were doctors, 54.6% were married. 51.7 % didn't experienced any pelvic examination and 80.5 % didn't give any pap smear.

According to age, marital status, ecucation level and occupation differences of pelvic examination experiences, giving pap smear test and status of giving information about sevirx carcinoma were found statistically meaningful.(form II) ($p < 0.05$). The differences of form II scores -risk factors, pap smear and HPV- according to age and marital status are not statistically meaningful ($p > 0.05$) however according to occupation these differences are significant.($p < 0.05$). The differences between scores of female health workers who undergone a pelvic examination and who had 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 a role model for public health, female health workers must be given more information about cervix carcinoma they must be examined for cervix carcinoma and preventive measures must be taken.

Key words: Nursery, Human Papilloma Virus, Pap smear, Cervix Carcinoma, Risk factors of the cervix carcinoma, Prevention from cervix carcinoma.

KAYNAKLAR

1. ACOG Practice Bulletin. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Number 61, April 2005. Human papillomavirus. *Obstet Gynecol* 2005; 105:905.
2. ACOG Practice Bulletin: Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Number 45, August 2003. Cervical cytology screening (replaces committee opinion 152, March 1995). *Obstet Gynecol* 2003; 102:417.
3. Akyüz A, Güvenç G, Yavan T, Çetintürk A, Kök G (2006) Kadınların Pap Smear Yaptırma Durumları İle Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, *Gülhane Tıp Dergisi*,48:25-29.
4. Akyüz A, Güvenç G, Yavan T, Dede M, Yenen M (2007), Kadınların Human Papilloma Virus (HPV) Enfeksiyonu ve HPV Aşılarına Yönelik Bilgileri İle Pap Smear Yaptırma Davranışları, 11. Ulusal Jinekolojik Onkoloji Kongresi Kitabı, 181-182.
5. Akhan S(2007) Ülkemizde Servikal Kanser Epidemiyolojisi ve HPV Serotipleri, *Ankem Dergisi* ;21(Ek 2):96-98
6. Alabaz D, Aksaray N. (2007), İnsan Papillomavirus Aşıları ile Servikal Kanserden Korunma, *Çocuk Enfeksiyon Dergisi*, 1:147-50.
7. Al V. Taira et al. (2004) Evaluating Human Papillomavirus Vaccination Programs. *Emerging Infectious Diseases.*;10:1915-1923
8. American College of Obstetricians and Gynecologists (2003) ACOG practice bulletin. Cervical Cytology Screening. Number 45, *Obstet Gynaecol* 102(2):417-27.
9. Atasü T, Aydın K. (1999), *Jinekolojik Onkoloji*; 2. baskı, (sy 178-259).
10. Atasü T, Şahmay S.(2001). *Jinekoloji*; 2. baskı, (sy 249-54).
11. 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.

12. Aydın Ö, Polat A, Düşmez D, Eğilmez R (2000) Mersin İlinde Kansere Sıklığı ve Dağılımı Üzerine Bir Çalışma. Türk Patoloji Dergisi (The Turkish Journal of Pathology).16(1-2): 48-52.
13. Balcı H (1991) 35 Yaş ve Üzerindeki Evli Kadınların Serviks Kanserinin Erken Belirtilerine İlişkin Bilgi Düzeylerinin Saptanması, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
14. Balcı N, Balcı M, Sargut K (2005) Onkolojik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı El Kitabı, T.C Sağlık Bakanlığı Dr.Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi yayını. Ankara.
15. Ball C, Madden JE (2003) Update on cervical cancer screening. Current diagnostic and evidence-based management protocols. Postgrad Med. Postgraduate Medicine;113 (2):59-70 (Bu yazı aynı zamanda "Sendrom Aylık Aktüel Tıp Dergisi'nin Şubat 2004 sayısında yayımlanmıştır.)
16. Barut A (2000) Serviks Kanserinde Erken Tanı ve Tedavi.Sürekli Tıp Eğitim Dergisi (sted), mart,. www.ttb.org.tr.
17. Behbakht K, Lynch A, Teal S, Koen D, Massad S(2004). Social and cultural barriers to papanicolaou test screening in urban population. Obstet Gynecol; 104: 1355- 1361.
18. Bekar M, Doğaner G, Erbaş N (2008) Bir Halk Eğitim Merkezindeki Kursiyerlerin Jinekolojik Kansere Korunmaya Yönelik Bazı Jinekolojik Sağlık Uygulamalarının Belirlenmesi, 11. Ulusal Jinekolojik Onkoloji Kongresi Kitabı,179.
19. Bekar M, Sezgin A, 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.
20. Berberoğlu, U,(1991), Kanserde Erken Tanının Önemi, I. Kanser Sempozyumu, Ankara.
21. Birol L, Erdil F, İnanç N, Akdemir N, Çavuşoğlu H, Algıçer L, Abaan S (1998) Hemşireler için Kanser El Kitabı. Platin N.(Ed). Ankara: IV Akşam Sanat Okulu Matbaası

22. Bolsoy DN, Şirin 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
23. Bolsoy N, Şenol Sezgin S (2000)“ Manisa İli Temel Sağlık Hizmetlerinden Yararlanan Kadınların Düzenli Jinekolojik Muayene Yaptırmama Nedenlerinin İncelenmesi,” Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 16(1); 36-42.
24. Burak LJ, Meyer M (1997) Using the Health Belief Model to examine and predict college women’s cervical cancer screening beliefs and behavior, Health Care for Women International, 18: 251-262.
25. Byrd TL, Peterson SK, Chavez R, Heckert A. (2004) Cervical cancer screening beliefs among young Hispanic women. Prevent Med; 38: 192-197.
26. Coşkun A (1992) Doğurgan çağıdaki evli kadınların periyodik olarak jinekolojik kontrollere gitme alışkanlıkları ve bunu etkileyen faktörler. Birinci Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Sempozyumu Kitabı, İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi, s.77-82
27. Çağlayan Ş.(1999) Yaşam Bilimi Fizyolojisi, Panel Matbacılık, İstanbul
28. Çay G.(1999) Kadına Özgü Kanserlerden Korunma ve Erken Tanıda Hemşirenin Etkinliği, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, ss 10-30.
29. Çiçek NM, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. (2006) Kadın hastalıkları ve Doğum Bilgisi. 2. baskı. Ankara ;sy 863.
30. Denny-Smith T, MSN, FNP-C , A. Bairan, PhD, APRN, BC, FNP , &M. C. Page, PhD (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 18:62-69.
31. Department of Health Statistical Bulletin, (2002) Cervical Screening Programme, İngiltere.

32. Dısaia JP,MD, Creasman WT,MD (2003) Klinik Jinekolojik Onkoloji: Çeviri Editörü: Prof.Dr.Ali Ayhan, 6. baskı, Güneş Kitabevi,sy 3-61,633.
33. Dünya Çocuklarının Durumu (1995) UNICEF Türkiye Temsilciliği, Tisimat Basım Sanayii, Ankara.
34. Elisabeth J, Buechler,MD (2006) Pap Testleri ve HPV İnfeksiyonu, Sendrom, 18/8:24-30
35. Ekizler H (1992) Genital enfeksiyonların önlenmesi ve tedavisinde sağlık eğitiminin rolü. Birinci Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Hemşireliği Sempozyumu Kitabı, İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi,s.83-90.
36.(2006),ECCA European Cervical Cancer Association
37. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin D.M. (2001), GLOBOCAN 2000: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide, Version 1.0. IARC CancerBase No. 5. Lyon, IARCPress,.
38. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM: (2004), Globocan 2002 cancer incidence. Mortality and prevalence worldwide, IARC Cancer Base No.5 version 2.0, IARC Press, Lyon
39. Fidan N, Erden M (1998) Eğitime Giriş, İstanbul: Alkım Yayınları
40. Garcia-Closas R, Castellsague X, Bosch X, Gonzalez CA.(2005) The role of diet and nutrition in cervical carcinogenesis: A review of recent evidence. Int J Cancer;117:629-637.
41. Gharoro EP, 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. Giles M, Garland S (2006),A study of women's knowledge regarding human papillomavirus infection, cervical cancer and human papillomavirus vaccines, Australian and New Zealand Journal of obstetrics and Gynaecology, 46:311-315.

43. Gichangi P, Estambale B, Bwayo J, et al.(2003) Knowledge and practice about cervical cancer and Pap smear testing among patients at Kenyatta National Hospital, Nairobi, Kenya. *Int J Gynecol Cancer* ; 13: 827-833.
44. Gül T (2005) Serviks kanserinde tarama. 4.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı. 20-23 Nisan ; 75-76
45. 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
46. Güler N (1993) Kadınların Genital kanserlerin Belirtileri ve Korunma Yolları Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Saptanması, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi
47. Günal SY, Günal Aİ (2001) Fırat Üniversitesi Çalışanlarında Bazı Davranışsal Sağlık Risk Faktörleri, *Sağlık ve Toplum*, 11(2): 62-68.
48. Güner H, Taşkıran Ç (2007) Serviks Kanseri Epidemiyolojisi ve Human Papilloma Virüs, *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, Cilt: 4 Sayı: 1 Sayfa: 11-19
49. Irkkan Ç, Yurtaslan A. (2007), TC.Sağlık Bakanlığı Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Serviks Kanseri Hakkında Genel Bilgi, 30 Eylül 2007.
50. İnanç, N, Hatipoğlu, S (1995) Sağlıklı Toplumlar İçin Sağlıklı Aile, Damla Matbaacılık, Ankara.
51. Jemal A, Thomas A, Murray T, (2002) et. Al. Cancer statistics, *CA Cancer J Clin*;52:23-47.
52. John M, Kirwan J, Herrington SC (2001) Human papillomavirus and cervical cancer: where are we now? *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Vol. 108, pp. 1204–1213
53. Johns Hopkins (2000), *Jinekoloji ve Obstetrik El Kitabı*, Çeviri editörleri: Kubilay Vicdan Ahmet Zeki Işık Nuri Danışman.

54. Kadın Çocuk ve Gençlik Özel İhtisas Komisyonu Kadın Alt Komisyonu Raporu T.C Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı Yayın No O.P.T. 2358- ÖİK: 426 Ankara, Ekim, 1994.
55. Kalyoncu C, Işıklı B, Özalp S, 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.(2002) Kansere Savaş Politikası ve Kanser Verileri (1995-1999). T.C. Sağlık Bakanlığı, Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı Bakanlık Yayın No:618. Ankara ss 137,147,150
57. Kılıç MS.(1994), Jinekolojik muayeneye gelen kadınlarda olan anksiyeteye hemşirelik yaklaşımının etkisi. Fırat Üniversitesi Hemşirelik Programı Doktora Tezi. Ankara.
58. Kişnişçi H.A, Gökşin E ve ark (1996),Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Güneş Kitabevi, Ankara.
59. Kolutek R, Karataş N.(2007) Nevşehir ili Uçhisar kasabasında yaşayan bireylerde kanser risk faktörleri ve erken tanı belirtilerinin saptanması, Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences) 16(1) 28-39.
60. Koşar H, Naz İ, Coşkun A, Dörtbudak Z (2004), İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Jinekoloji ve Onkoloji Servislerinde Yatan ve Okmeydanı AÇSAP Kadın Sağlığı Kliniğine Başvuran Kadınların Pap Smear Hakkındaki Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi. III. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Kitabı. Trakya Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu: 196
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, Kars A (2001) Kanser Konusunda Genel Bilgiler, T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı.
63. Lowdermik DL Et al (1997).Maternity and Women's health care. Sixth Edition St.Mosby Year Book .St Louis.
64. Lynn A, Richards, RN, Klemm P (2000) An Inpatient Cervical Cancer Screening Program to Reach Underserved Women, JOGNN 29,465-473.

65. Lyon (2004) International Agency for Research on Cancer: Handbooks of Cancer Prevention, Vol 9, Cervix Cancer Screening, IARC Press,.
66. Lyon (2005) International Agency for Research on Cancer. IARC Handbooks of Cancer Prevention. Cervix Cancer Screening: IARC Press.
67. Myers ER, McCrory DC, Nanda K, et al (2000), Mathematical model for the natural history of human papillomavirus infection and cervical carcinogenesis. *Am J Epidemiol*; 151:1158-1171.
68. Mentş İA (1998) Kadın Üreme Organları Kanserlerinde Risk Faktörlerinin Belirlenmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi
69. Mete S (1998) Jinekolojik Muayeneye Gelen Kadınlarda Oluşan Anksiyeteye Hemşirelik Yaklaşımının Etkisi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2 (2)
70. Meteöğlü İ, Çuhacı N, Hasgören S, Erkuş M (2004) Pap Smear ve Bethesda Sistemi. *Sağlık ve Toplum*, 14/1: 26-28
71. Moreira E.D, Oliveira BG, Ferraz FM, Costa S, Filho Costa JO, Karic G (2006) Knowledge and attitudes about human papillomavirus, Pap smears, and cervical cancer among young women in Brazil: implications for health education and prevention *Int J Gynecol Cancer* ,16;599-603
72. Munoz N, Franceschi S, Bosetti C, Moreno V, Herrero R, Smith JS, Shah KV, Meijer CJ, Bosch FX.(2002) Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: the IARC multicentric casecontrol study. *Lancet* ;359:1093-101.
73. Mutyaba T, Mmiro F, 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. Nural N, Akdemir N. (2000), Dahiliye servislerinde yatan hastalarda kanser risk faktörleri ve erken tanı belirtilerinin saptanması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 4(2):1,2.

75. Bosch F.X, Iftner T.(2005) The aetiology of cervical cancer. Sheffield, UK: NHS Cervical Screening Programme, 1-5. www.nhsdirect.nhs.uk
76. Norman J, Hart DM, Callander R, Ramsden I (2003) Jinekoloji-Serviks Hastalıkları, Nobel Tıp Kitabevleri, Glasgow, UK.
77. Nuguyen T, McPhee SJ, Nguyen T, Tram L, Mock J. (2002) Predictor of cervical pap smear screening awareness, intention, and receipt among Vietnamese-American women. Am J Prev Med; 23: 207-214.
78. 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.
79. Özpak E (2004) Servikal Kanser Taramasında Thinprep Pap Testin Yeri, Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara.
80. Öztunç G (1996) Kanserlerde Erken Tanı ve Önemi, Onkoloji Hemşireliği Derneği Bülteni, No:4, Ankara
81. Pasinlioğlu T, Gözüm S (1998) Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Davranışları. VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, 81.
82. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P (2005) Global cancer statistics, 2002. CA Cancer J Clin; 55:74-108.
83. Philips Z, Avis M, Whynes DK (2005) Knowledge of cervical cancer and screening among women in east-central England Int j Gynecol Cancer ,15,639-645
84. Pınar G, Kaya N, Doğan N, Turhan A, Ceylan A, Çakmak F, Algier L (2008), Jinekolojik Kanserli Bireylerde Risk Faktörlerinin Belirlenmesi, 11. Ulusal Jinekolojik Onkoloji Kongresi Kitabı, 183.
85. Pınar G, Topuz Ş, An Ş, Algier L, Doğan N (2008), Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınların HPV Aşısı Ve Serviks Kanseri İle İlgili Bilgi Düzeyleri, 11. Ulusal Jinekolojik Onkoloji Kongresi Kitabı, 183-184.

86. Platin, N. (1998), Hemşireler İçin Kanser El Kitabı, 2. Baskı, Baskı IV Akşam Sanat Okulu Matbaası, Ankara.
87. Polat A, Aydın Ö, Düşmez D (2000) Mersin İlinde 1989-1999 yılları arasında görülen kadın genital sistem tümörlerinin dağılımının değerlendirilmesi. Türk Patoloji Dergisi; 16(1-2): 34-38.
88. Polat H (1996) Servikal Kanserli Kadınlarda HPV Enfeksiyonları Ve Diğer Risk Faktörlerinin Tespiti, Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Adana.
89. Prokopczyk B, Cox JE, Hoffmann D, Waggoner SE. (1997) Identification of tobacco-specific carcinogen in the cervical mucus of smokers and nonsmokers. J Natl Cancer Inst; 89:868-873.
90. Ries LAG, Eisner MP, Kosary CL, Hankey BF, Miller BA, Clegg L, Mariotto A, Feuer EJ, Edwards BK (eds): (2005) SEER Cancer Statistics Review, 1975–2002, National Cancer Institute, Bethesda, MD http://seer.cancer.gov/csr/1975_2002/.
91. Reid J, WHNP, CNM, MSN, EdD (2001) Women's Knowledge of Pap Smears , Risk Factors for Cervical Cancer and Cervical Cancer , JOGNN, 30;299-305.
92. Reis N, Coşkun A, Beji N (2006) Jinekolojik Kanserlerde Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9/2;25-35.
93. Robbins S.L., Kumar V., Cotran R (2003), Serviks İnterepitelyal Neoplazi ve Skuamöz Hücreli Karsinom, Serviks Tümörleri, Kadın Genital Sistem ve Meme. Çeviri Editörü: Prof. Dr. Uğur Çevikbaş. 7nd. Ed; 686-689.
94. Rosai J., Ackerman L.V. (2004), Human Papilloma Virus and Lower Female Genital Tract, Uterus- Cervix, Female Reproductive System. Surgical Pathology; (2):1523-1568
95. Sankaranarayanan R, Ramani S, Wesley R. (2005), Servikal Neoplazilerde Gözle Tarama Pratik El Kitabı. 1. baskı. Ankara.

96. Seçkin S (1993), .Servikal Intraepitelyal Neoplazi ve Mikroinvaziv Karsinoma, Ankara Patoloji Bülteni, Cilt.10/1 20-23.
97. Servikal Kanser Taraması ve İlk Anormal Pap smear'e Yaklaşım,Servikal Kanser Taraması,Sendrom II,(2003)Intitute Clinical Systems Improvement (ICSI) Cervikal Cancer Screening.ISSN 1016-5134;10(2):1-28.
98. Sherman, C.D., and Others (1992), Klinik Onkoloji (Çev.Ed: D.Fırat) Beşinci Baskı, Sağlık Bakanlığı ve Türk Kanser Araştırma Savaş Kurumu Yayını Ankara.
99. Siahpush M, Singh GK. (2002) Socio-demographic predictors of Pap test receipt, currency and knowledge among Australian women. Prevent Med; 35: 362-368.
100. Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ (2003) American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer, CA Cancer J Clin , 53:27-43.
101. Solaroğlu A, Özdemir ŞG, Müftüoğlu E (2002) Kadın Hastalıkları ve Doğum Cep Kitabı, Hekimler Yayın Birliği,Ankara.
102. Sungur A (1993), Servikal Kanserde Etiyoloji, Ankara Patoloji Bülteni, Cilt 10,Sayı 1.
103. Sriamporn S, Snijdersy P, Pientongz C, Pısanı P, Ekalaksanananz T, Mejjery C Parkın D (2006) Human papillomavirus and cervical cancer from a prospective study in Khon Kaen, Northeast Thailand, Int J Gynecol Cancer ;16:266–269.
104. Şirin A. (2007) 'Kadınların Jinekolojik Muayene Öncesi Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi' Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu ve Ege Üniversitesi Aile Planlaması ve Kısırlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
105. Taşkın L.(2005) Jinekolojik Kanserler. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. VII. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.
106. Tay Z, Özer T, Temiz S, Emirler S, Oral C (2005) Kanser Konusunda Temel Bilgiler Eğitimci El Kitabı, Manisa İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesi.

107. Topuz Ş, Pınar G, Doğan N, Algier L (2008), Başkent Üniversitesinde Okuyan Kız Öğrencilerin Serviks Kanseri ve Korunmaya Yönelik Bilgi ve Uygulamaları , 11. Ulusal Jinekolojik Onkoloji Kongresi Kitabı,179-180.
108. Toros. A (1993) Türkiye'de Nüfus Konuları Politika ve Öncelikleri, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.
109.Türkiye'de Bölgelere ve Cinsiyete Göre Kanser Olguları,1999 yılı verileri.www.saglik.gov.tr (son erişim tarihi:09.01.2007).
110. Tuncer S, Kuzey G.M.,Başaran M(2004); Servikal Sitolojik Anomalilere Klinik Yaklaşım, ASCCP Önerileri Ankara,1-31
111. Twinn S, Shiu A. T. Y., Holrody E. (2002). Women' s Knowledge About Cervical Cancer and Cervical Screening Praetice. Caneer Nursing,25/5:3 77 - 384
112. Uluslararası Kanser Araştırma Merkezi (2002) (IARC-İnternational Agency For Research On Cancer) , Ankara Ticaret Odasının (ATO), Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu ve Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü ile birlikte hazırladığı “Kanser Yüğü 2006” konulu rapor, <http://www.atonet.org.tr/turkce/bulten/bulten.php3?sira=501> Erişim10.01.2007
113. Uyanıkoğlu H (2006) Servikal Kanser Taramasında Asetikasit Sonrası İnceksiyonla (VIA), Servikal Smear'ın Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
114. Virtej P, Vasiliu C.(2003); Cytodiagnosis in cervical neoplasia: from the Babes/Papanicolaou smear to the actual Bethesda System. PMID:14664403 [PubMed - in process] Clin Exp Obstet Gynecol;30(4):173-7.
115. Vural G, Şentürk A (1999) Jinekolojik Kanserli Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Yaşadıkları Güçlüklerin Saptanması, Hemşirelik Araştırma Dergisi:1:70-79.
116. Waxman AG. (2005) Guidelines for cervical cancer screening, history and scientific rationale. Clin Obstet Gynecol; 48: 77-97.

117. Wilson CM, Tobin S, Young RC. (2004) The exploding worldwide cancer burden: the impact of cancer on women. Int J Gynecol Cancer; 14: 1-11.
118. Wellensiek N, Moodley M, Moodley J, Nkwanya N (2002) Knowledge of cervical cancer screening and use of cervical screening facilities among women from various socioeconomic backgrounds in Durban, Kwazulu Natal, South Africa. Int J Gynecol Cancer ; 12: 376-382.
119. Yarkın F.(2000), Servikal Kanserlerde İnsan Papilloma Virusunun Tanısı, Mikrobiyol Bült,35:487-96.
120. Yazıcı S (1996) Serviks Kanserinde Risk Faktörleri ve Erken Tanı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 372;43-49
121. Yazıcı S (1994) "Serviks Kanserinde Risk Faktörlerinin Belirlenmesi ve Korumada Ebe/Ebe - Hemşirelerin Etkinliği." Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Doktora Tezi
122. Youngkin EY, Davis MS (2004) Women's Health A Primary Care Clinical Guide 3rd.ed by Pearson Education, Upper Saddle River, New Jersey
123. Yu CK, Rymer J (1998) Women's attitude to and awareness of smear testing and cervical cancer. Br J Fam Plan;23:127-33.
124. Zemheri E, Koyuncuer A (2005) Servikal kanserlerin erken tanısında Pap testinin önemi. Sürekli Tıp Eğitimi dergisi (sted); 14: 1- 4 .
125. <http://www.cdc.gov/std/HPV/STDFact-HPV.htm> erişim 07-01-2008
126. www.nhsdirect.nhs.uk/languages/Download.aspx?id=11799 erişim10.01.2008
127. <http://www.jinekolognet.com/detay.asp?pid=286> erişim 12.01.2008
128. <http://tr.wikipedia.org/wiki/kanser> erişim 25.12.2007
129. www.atonet.org.tr/turkce/bulten/bulten.php3?sira=501 erişim 27.12.2007
130. www.turkcancer.org/newsphp?id=3-23k erişim 11.01.2008

EK. I. VERİ TOPLAMA FORMU

Kadın Sağlık Çalışanlarının Serviks Kanseri Risk Faktörleri ve Pap Smear Konusundaki Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi

Form I: Kişisel Bilgi Formu

1- Kaç yaşındasınız?

- 19yaş ve altı 20-24 yaş 25-29yaş 30-34yaş 35-39yaş 40-44yaş
45-49yaş 50-54yaş 55-59yaş 60yaş ve üstü

2- Çalıştığınız bölümün adını belirtiniz?

- Poliklinik Klinik Servis Yoğun Bakım Acil Diyet FTR
Laboratuar Röntgen Ameliyathane Eczane İdari Temel Tıp Bilimleri

3- Mesleğinizi belirtiniz?

- Doktor
Hemşire
Ebe
Laboratuar Teknisyeni
Röntgen Teknisyeni
Acil Tıp Teknisyeni
Anestezi Teknisyeni
Tıbbi Sekreter
Eczacı
Diyetisyen
Fizyoterapist
Biyolog

4- Eğitim durumunuzu belirtiniz?

- Lise Önlisans Lisans Yükseklisans Doktora Diğer

5- Medeni durumunuzu belirtiniz?

- Evli Bekar Boşanmış Ayrı yaşıyor Diğer

6- Şu ana kadar pelvik muayene yaptırınız mı?

- Evet Hayır(10. soruya geçiniz)

7- En son yaptırdığınız pelvik muayeneyi hangi nedenden dolayı yaptırdınız?

- Kanama
- Adet Düzensizliği
- Ağrı
- Gebelik ve Doğum
- Akıntı (candida, vajinit, PID, trikomonas vb.üreme sistemi enfeksiyonları)
- Düşük yada küretaj
- RİA ve diğer aile planlanması yöntemleri
- Sağlık kontrolü için
- Diğer (belirtiniz.....)

8- En son yaptırdığınız pelvik muayene sonucunda aldığınız tanınızı belirtiniz?

- Servikal Erozyon
- Servisit
- Myom
- Over Kisti
- Gebelik
- Normal Bulgu
- Üreme Sistemi enfeksiyonu(candida, trikomonas,PID, vajinitis, endometrit,vb.)
- Diğer (belirtiniz.....)

9- Yukarıda belirttiğiniz tanınıza yönelik tedavi oldunuz mu?

- Evet
- Hayır

10- Pelvik muayene yaptırmama nedeniniz nedir?

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

PAP SMEAR TEST YAPTIRMA DURUMU

11- Şu ana kadar pap smear test yaptırdınız mı?

- Evet
- Hayır(15. soruya geçiniz)

12- Düzenli olarak hangi sıklıkta pap smear test yaptırıyorsunuz?

- 6 ayda bir
- Yılda bir
- 3-5 yılda bir
- Şikayetim olduğunda
- Doktor isteği olduğunda
- Diğer(belirtiniz.....)

13- Pap smear test yaptırma nedeniniz nedir?

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

14- En son yaptırdığınız pap smear test sonucunda aldığınız tanıyı yazınız?

- Normal bulgu
- Servikal Erozyon
- Servisit
- Üreme Sistemi enfeksiyonu(candida, trikomonas,PID, vajinitis, endometrit,vb.)
- Bilmiyorum
- Diğer(belirtiniz.....)

15- Pap smear test yaptırmama nedeniniz nedir?

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

16- Serviks kanseri ile ilgili aşağıda belirtilen konularda (soru 17) bilgilendirme yaptınız mı?

- Evet (Kime yaptınız açıklayınız)..... Hayır

17- 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
- Diğer(belirtiniz.....)

Form II Serviks Kanseri Risk Faktörleri, Pap smear ve HPV Bilgi Formu:

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

	Evet	Hayır	Bilmiyorum
1. Serviks kanserinde erken tanı ve tedavi mümkündür			
2. Pap smear testini cinsel yönden aktif olan her kadın yaptırmalıdır			
3. Siklus aralarında 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 ve 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. Jinekolojik muayeneyi ancak jinekolojik bir sorun yaşandığında yaptırmak gerekir			

20. Tampon kullanma serviks kanseri risk faktörü değildir			
21. Erken yaşta ilk gebelik yaşama(18 yaş altı) serviks kanseri risk faktörüdür			
22. Pap smear testini yalnızca jinekolojik yakınma olduğu durumlarda yaptırmak gerekir			
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 üzeri) serviks kanseri risk faktörüdür			
30. Erken yaşta ilk cinsel deneyim(18 yaş altı) serviks kanseri risk faktörüdür			
31. Pap smear test üst üste 3 defa normal(negatif) çıktıktan sonra 3 yılda bir yapılabilir			
32. Kontrolsüz cinsel yaşam serviks kanseri risk faktörüdür			
33. Düşük sosyoekonomik düzey serviks kanseri risk faktörü değildir			
34. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar serviks kanseri risk faktörüdür			



T.C.
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ HASTANELERİ BAŞHEKİMLİĞİ
KAYSERİ



Sayı:B.30.2.ERC.0.70.10.00.02/900- 818
Konu: Anket Formu.

KAYSERİ
06.04.2007

T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

İlgi: 22.03.2007 tarih ve 100 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınız tetkik edilmiş olup, öğrenciniz Melek DOĞAN' ın yüksek lisans tezinin anket çalışmasını Hastanemizde yapması uygun görülmüştür.
Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Mehmet DOĞANA Y
Hastaneler Başhekimi

Gelen No: 100

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri, 38039 - KAYSERİ
Tel: (O) 352 437 49 01 Fax: (O) 3524375273

e-mail: tfl@ercives.edu.tr

Dök.No : F-BH-099

Yayın Tar. : Mayıs 2005

Rev.No : -/-

Rev.Tar



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ HASTANELERİ BAŞHEKİMLİĞİ
KAYSERİ



Sayı: B.30.2.ERC.0.70.10.00.02/900- 818
Konu: Anket Formu.

KAYSERİ
06.04.2007

T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

İlgi: 22.03.2007 tarih ve 100 sayılı yazımız.

İlgi sayılı yazımız tetkik edilmiş olup, öğrenciniz Melek DOĞAN'ın yüksek lisans tezinin anket çalışmasını Hastanemizde yapması uygun görülmüştür.
Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Mehmet DOĞANAY
Hastaneler Başhekimi

Sayın Prof. Dr. Feriye Çetinkaya
Başhekim Yardımcısı
Konu: Hk

9.4.2007