



T.C.

KAFKAS ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**KAFKAS ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA HASTANESİ KADIN
ÇALIŞANLARININ SERVİKS KANSERİ TARAMASI
HAKKINDA BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Hare Kübra ÖZEL

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Hülya ÇAKMUR

KARS-2023



T.C.
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

KAFKAS ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA HASTANESİ KADIN ÇALIŞANLARININ SERVİKS KANSERİ TARAMASI HAKKINDA BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI

UZMANLIK TEZİ
Dr. Hare Kübra ÖZEL

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Hülya ÇAKMUR

KARS-2023

TEŞEKKÜR

Tezimi yazmamda bana yardımcı olan, anlayışlı tavırları ve sabrı ile her zaman desteğini hissettiğim tez hocam Prof. Dr. Hülya ÇAKMUR’a teşekkürlerimi sunarım.

Üç yıl boyunca çalışmalarımızı uyumlu bir şekilde yürüttüğümüz, iyi ve kötü zamanlarda birbirimize destek olduğumuz asistan arkadaşlarıma, asistanlığım süresince kendi bölümümde ve rotasyonda tanıştığım değerli hocalarıma, uzmanlarıma, çok sevgili asistan arkadaşlarıma, sekreter arkadaşlarıma, hemşire arkadaşlarıma ve personellerimize tüm destek ve yardımları için teşekkür ederim. Tezimin verilerinin elde edilmesi konusunda sabırla ve özveriyle anket çalışmasına katılan tüm kadın personele teşekkürü borç bilirim.

Hayatım boyunca her konuda olduğu gibi tez sürecimde de yanımda olan, desteklerini esirgemeyen ve bilgi birikimleriyle bana yardımcı olan sevgili annem Remziye ÖZEL’e, sevgili babam Abdulhabip ÖZEL’e, canım kardeşlerime ve çok sevgili eşim Mustafa AKKUŞ’a,

Sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Hare Kübra ÖZEL

İÇİNDEKİLER

TABLolar LİSTESİ	v
GRAFİKLER LİSTESİ	vii
KISALTMALAR LİSTESİ	ix
ÖZET	x
ABSTRACT	XI
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1.Etiyoloji	3
2.2. Epidemiyoloji.....	5
2.3. Risk Faktörleri.....	7
2.4. Belirtileri.....	9
2.5. Tarama	10
2.6. Tedavi ve Aşılama.....	13
2.7. Prognoz.....	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1. Araştırmanın Niteliği.....	17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	17
3.3. Araştırma Evreni ve Örneklem	17
3.4. Araştırmanın Uygulanma Şekli.....	18
3.5. İstatistiksel İncelemeler	18
4. BULGULAR	19
5. TARTIŞMA	48
6. SONUÇ	54
KAYNAKLAR	56

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 1. HPV TİPİ VE HASTALIK İLİŞKİSİ (13,14)	4
Tablo 2. Türkiye’de Tahmini Yaşa Göre Standardize Edilmiş İnsidans Ve Ölüm Oranları Kadınlar, Tüm Yaşlar (Nmsc Hariç) (2020)(26)	6
Tablo 3. Katılımcıların Meslek Gruplarına Göre Dağılımı	19
Tablo 4. Katılımcıların Eğitim Durumu	20
Tablo 5. Katılımcı Bireylerin Sosyo Demografik Özellikleri.....	21
Tablo 6. Katılımcı Bireylerin Sosyal Güvenceleri	21
Tablo 7. Katılımcıların Stk Lara Üyelik Durumu	21
Tablo 8. Katılımcıların Görev Yaptıkları Bölge İle Bağlantısı.....	22
Tablo 9. Katılımcı Bireylerin Medeni Halleri.....	22
Tablo 10. Katılımcıların Evlilik Süresi*	22
Tablo 11. Katılımcıların İlk Adet Görme Yaşı	23
Tablo 12. Katılımcıların Menapoza Girme Durumu	24
Tablo 13. Katılımcıların Menapoza Girme Yaşı.....	24
Tablo 14. Menapoza Giren Katılımcıların Hormon Replasmanı Alma Durumu.....	24
Tablo 15. Menapoza Girmemiş Olan Katılımcıların Adetlerinin Düzenli Olma Durumu	24
Tablo 16. Katılımcıların Gebelik, Doğum Ve Kürtaj Öyküleri	25
Tablo 17. Katılımcıların Ve Ailelerinin Süregen Hastalıklarının Olma Durumu	25
Tablo 18. Katılımcıların Süregen Hastalıkları	25
Tablo 19. Katılımcıların Ailelerinde Bulunan Süregen Hastalıkları	26
Tablo 20. Katılımcıların Aile Bireylerinin Kanser Öyküsü.....	26
Tablo 21. Katılımcıların Meslekleri İle Kanser Tanı Yöntemlerini Bilme Arasındaki İlişki.	27
Tablo 22. Katılımcıların Meslekleri İle Pap Yaymayı Duymaları Arasındaki İlişki	28
Tablo 23. Katılımcıların Kanser Tanı Yöntemlerini Bilme Ve Pap Yayma Bilme Durumu	30
Tablo 24. Yaş Gruplarına Göre Kanser Tanı Yöntemlerini Bilme Durumu	30

Tablo 25. Yaş Gruplarına Göre Pap Yayma Duyma Durumu	31
Tablo 26. Katılımcıların Pap Yayma İle İlgili Bilgi Kaynakları.....	31
Grafik 6. Katılımcıların Pap Yayma İle İlgili Bilgi Kaynakları	32
Tablo 27. Katılımcıların Pap Yaymayla İlgili Bilgi Kaynakları İle Meslekleri Arasındaki İlişki	32
Tablo 28. Katılımcıların Pap Yayma Smear Duyma Durumu Ve Smear Yaptırma Zamanını Bilme Durumu İstatistiği	33
Tablo 29. Güvenilirlik İstatistikleri	34
Tablo 30. Serviks Kanseri Algısının Cronbach Alfa Analizi Tablosu	34
Tablo 31. Katılımcıların Meslek Grupları İle Tutum Ve Davranışlar Arasındaki Farklılık...	45
Tablo 32. Katılımcıların Adet Düzeni İle Tutum Ve Davranışlar Arasındaki Farklılık	47
Tablo 33. Katılımcıların Menapozagirme Durumu İle Tutum Ve Davranışlar Arasındaki Farklılık	47

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1. Türkiye’de Kadınlarda Yaşa Göre Standardize Edilmiş İnsidans Ve Ölüm Oranları, Tüm Yaşlar (Nmsc Hariç) (2020 Tahmini) (26).....	7
Grafik 2. Katılımcıların Meslek Gruplarına Göre Dağılım Grafiği (%)	19
Grafik 2. Katılımcıların Eğitim Durumu Grafiği.....	20
Grafik 3. Katılımcıların Evlilik Süresi Grafiği	23
Grafik 4. Meslek Grupları İtibariyle Kanser Tanı Yöntemlerini Bilme Durumu	27
Grafik 5. Meslek Grupları İtibariyle Pap Yaymayı Duyma Durumu	29
Grafik 7. “Serviks Kanseri Taramasına Katılmak Erken Tanı Ve Tedavi Olanağı Sağlar” İfadesine Katılım Grafiği.....	36
Grafik 8. “Çok Eşlilik Serviks Kanseri Riskini Arttırır” İfadesine Katılım Grafiği.....	36
Grafik 9. “Sigara Serviks Kanseri Riskini Arttırır” İfadesine Katılım Grafiği	37
Grafik 10. “Human Papillomavirus (Hpv) Enfeksiyonu Serviks Kanseri Açısından Bir Risk Faktörüdür” İfadesine Katılım Grafiği.....	37
Grafik 11. “Hpv Aşısının Serviks Kanseri Önlemede Rolü Bulunmaktadır” İfadesine Katılım Grafiği.....	38
Grafik 12. ‘Pap Yayma (Smear) Testinin Bazı Hastaneler Ve Kliniklerde Ücretli Yapılması Yaygınlaşmasını Olumsuz Etkiliyor.’ Katılım Grafiği	39
Grafik 13. “İlk Cinsel Deneyim Yaşının Erken Olması Serviks Kanseri Riskini Arttırır” İfadesine Katılım Grafiği.....	39
Grafik 14. “Doğum Yapmak Serviks Kanseri Riskini Azaltır” İfadesine Katılım Grafiği....	40
Grafik 15. “Jinekolojik Muayeneye Gittiğim Doktorun Cinsiyetinin Kadın Olmasını Tercih Ederim” İfadesine Katılım Grafiği.....	40
Grafik 16. “Jinekolojik Muayeneye Gitmekten Ve Pap Yayma (Smear) Testi Yaptırmaktan Korkuyorum” İfadesine Katılım Grafiği	41
Grafik 17. “Smear Testini Ailemden De Yaptırmanı Duymadım” İfadesine Katılım Grafiği..	41
Grafik 18. “Jinekolojik Muayene Esnasında Çok Acı Çekeceğimden Korkuyorum” İfadesine Katılım Grafiği.....	42

Grafik 19. “Kendi Çalıştığım Hastanede Smear Aldırmaktan Çekiniyorum” İfadesine Katılım Grafiği	42
Grafik 20. “Smear Testi Alınan Koltuktan Hoşlanmadığımdan Yaptırmaktan Kaçınıyorum” İfadesine Katılım Grafiği.....	43
Grafik 21. “Erken Tanı Ve Tedavinin Serviks Kanserinin Gidişatını İyi Yönde Etkileyeceğini Bildiğim Halde Korktuğum İçin Tarama Yaptırmıyorum” İfadesine Katılım Grafiği	44
Grafik 22. “Smear Aldırma Esnasında Hastalık Kapacağımdan Korkuyorum” İfadesine Katılım Grafiği.....	44



KISALTMALAR LİSTESİ

ACOG	: Amerikan Doğum Uzmanları Ve Jinekologlar Kongresi
NOS	: Başka Türü Belirtilmemiş
ASCUS	: Belirsiz Öneme Sahip Atipik Skuamöz Hücreler
AGUS	: Belirsiz Önemi Olan Atipik Glandüler Hücreler
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
LSIL	: Düşük Dereceli Skuamöz İntraepitelyal Lezyon
HPV	: Human Papilloma Virüsü
İGE	: İnsani Gelişme Endeksi
GOG	: Jinekolojik Onkoloji Grubu
OK	: Oral Kontraseptif
LMIC	: Orta Gelirli Ülkede
Pap	: Papanicolaou
CIN	: Servikal İntraepitelyal Neoplazi
SIL	: Skuamöz İntraepitelyal Lezyon
IARC	: Uluslararası Kanseri Araştırma Ajansı
HSIL	: Yüksek Dereceli Skuamöz İntraepitelyal Lezyon

ÖZET

Serviks kanseri, dünya çapında kadınlar arasında en yaygın dördüncü kanserdir. Çalışmamızda Kafkas Üniversitesi Araştırma Hastanesi kadın çalışanlarının serviks kanseri taraması hakkında bilgi tutum ve davranışlarını araştırmayı amaçladık.

Çalışmamız 2022 yılında Kafkas Üniversitesi Sağlık Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan 219 kadın çalışana sorular yöneltilerek kesitsel bir çalışma olarak gerçekleştirilmiştir. Sosyodemografik bilgiler ve serviks kanseri taraması ile ilgili bilgi, tutum ve davranış verileri yüz yüze görüşülerek gönüllülük ilkesine dayanılarak elde edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde istatistiksel analiz SPSS 26.0 yazılım programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler ortalama, yüzde oran, standart sapma, minimum-maksimum değerler olarak ifade edilmiştir.

Çalışmamıza 219 kişi katılmış olup anket uygulamasına katılım gösterenlerin önemli bir kısmı hemşireler (%26.90) ve hekimler (%21.90) oluşmuştur. Ankete katılan kadınların önemli bir kısmının (%58.9) önlisans düzeyinde ve %24.70'inin ise lisansüstü düzeyinde eğitilmiş olduğu; katılımcıların 20-53 yaş aralığında ve ortalama 30.36 yaşında olduğu; mesleki deneyimlerinin 1-24 yıl arasında olduğu ve ortalama deneyim süresinin 7.08 yıl olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların önemli bir kısmı kanser tarama yöntemleri ile ilgili bilgilerinin olduğunu (%64.8), ancak %35,2'si kanser tanı yöntemleri ile bilgilerinin olmadığını belirtmişlerdir. Meslek grupları ile kanser tarama yöntemlerini bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir ve hizmetli olarak çalışan kadınların (%75) ve bilgisayar işletmeni kadınların (%57.5) önemli bir kısmı kanser tarama yöntemlerini bilmediklerini belirtirmişlerdir. Kanser tanı yöntemlerini yüksek oranda bilenler ise sırasıyla hekimler (%93.8), hemşireler (%72.9) ve ebeler (%62.5) olarak saptanmıştır.

Sonuç olarak; erken tanının mümkün olduğu serviks kanserinde kadınlar arasında ölüm oranı halen yüksektir. Tarama ve önlemeye ilişkin bilgilendirmelerin sağlık personellerince yapılmasıyla kanser taramalarının yaygınlaştırılabileceği ve böylece ölüm oranlarının azaltılabileceği fikrini taşımaktayız.

Anahtar Kelimeler: Serviks Kanseri, Kanser Taramaları, Aile Hekimliği

ABSTRACT

Cervical cancer is the fourth most common cancer among women worldwide. In our study, we aimed to investigate the knowledge, attitudes and behaviors of female employees of Kafkas University Research Hospital about cervical cancer screening.

Our study was carried out as a cross-sectional study by asking questions to 219 female employees working at Kafkas University Health Education and Research Hospital in 2022. Sociodemographic information and knowledge, attitudes and behaviors related to cervical cancer screening were collected using face-to-face interviews on a voluntary basis. Statistical analysis in the evaluation of the data was carried out using the SPSS 26.0 software program. Descriptive statistics for numerical variables are expressed as mean, percentage, standard deviation, minimum-maximum values.

219 people participated in our study, and a significant part of those who participated in the survey application were nurses (26.90%) and physicians (21.90%). A significant portion of the women participating in the survey (58.9%) were educated at the associate degree level and 24.70% at the postgraduate level; the participants were between the ages of 20-53 and an average of 30.36 years; It was determined that their professional experience was between 1-24 years and the average experience period was 7.08 years. A significant portion of the participants (64.8%) stated that they had knowledge about cancer screening methods, but 35.2% of them stated that they did not have knowledge about cancer diagnosis methods. It was determined that there was a statistically significant difference between occupational groups and their knowledge of cancer screening methods, and a significant portion of women working as servants (75%) and women working as computer operators (57.5%) stated that they did not know about cancer screening methods. Those who knew the cancer diagnosis methods at a high rate were physicians (93.8%), nurses (72.9%) and midwives (62.5%), respectively.

In conclusion; the mortality rate among women is still high in cervical cancer, where early diagnosis is possible. We are of the opinion that cancer screening can be expanded and mortality rates can be reduced by providing information on screening and prevention by health personnel.

Key words: Cervical cancer, Cancer screening, Family medicine

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) betimlemesi gereğince hücreler genetik olarak değişime uğradığında, kontrolden çıkmış bir vaziyette çoğalır ki buna da kanser denir (1).

Dünyada kansere tutulan insan sayısı 2000 yılı başlarında 6 milyon/yıl iken, bu rakam 2005 yılına gelindiğinde, 12 milyon kişi/yıl olmuştur. 2030 yılına gelindiğinde ise bu rakamın 24 milyon kişi/ yıl olacağı bildirilmektedir. Aynı şekilde 2005 yılı verilerine göre 7 milyon kişi/yıl kanserden dolayı ölmüş olup bu rakamın 2030 yılına gelindiğinde 17 milyon kişi/yıl olacağı bildirilmektedir. Bunun yanı sıra 2005’de 25 milyon birey kanser hastası olarak hayatına devam ederken, bu rakamın 2030 yılına gelindiğinde 75 milyon kişi olacağı tahmin edilmektedir (2). Bu durum kanser ile ilgili risk faktörlerinin artışından ve yaygın etkisinden kaynaklanmaktadır.

Kanser çeşidine bağlı olarak çok farklı risk faktörü bulunmaktadır. Obezite ve beslenme alışkanlıkları, alkol ve sigara tüketim alışkanlıkları önemli faktörler arasındadır. Ayrıca yaş, cinsiyet ve genetik faktörler risk olarak karşımıza çıkmaktadır. Enfeksiyonlara ve radyasyona maruz kalma, mesleki bazı etkenler, çevre kirliliği risk faktörleri arasında yadsınamayacak kadar etkilidir (3, 4).

Kanser, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de önemli ve yaygın halk sağlığı sorunlarından biridir (2). Dünya 2020 yılı verilerine göre takriben 604.000 kadın serviks kanseri tanısı almıştır. Bunların yarısından fazlası da söz konusu hastalık nedeni ile yaşamını yitirmiştir. Serviks kanserinin ana nedeni, cinsel temas yoluyla bulaşan son derece yaygın bir virüs ailesi olan yüksek riskli insan papilloma virüsü (HPV) türleri ile kalıcı enfeksiyondur. Yüksek riskli HPV tiplerine karşı koruma sağlayan aşılar mevcuttur ve tarama programları, hastalık belirtilerini erken bir aşamada tespit ederek, durumun etkili tedavisine ve yönetimine olanak tanır. Bu, serviks kanserinin en önlenabilir ve tedavi edilebilir kanser türlerinden biri olması gerektiği anlamına gelir. Birçok yüksek gelirli ülkede durum böyledir. Servikal kanserin yüksek insidans oranları ve yüksek mortalite oranları, esas olarak (her ikisi için de ~%90) düşük ve orta gelirli ülkelerde görülür (5).

Serviks kanseri, birçok düşük ve orta gelirli ülkede (LMIC) özellikle yüksek bir yükü olan küresel bir halk sağlığı sorunudur. En onkogenik HPV tip 1'e (Serviks kanserinin ana nedeni) karşı aşılama ve özellikle HPV tabanlı yöntemlerle tarama gibi müdahale önlemlerinin kanıtlanmış etkinliği, Serviks kanserini büyük ölçüde önlenabilir bir hastalık haline getirir. Bununla birlikte, servikal kanser insidansı ve mortalitesinde azalma açısından ilerleme, şimdiye kadar ağırlıklı olarak yüksek kaliteli tarama, zamanında tedavi ve takip bakım hizmetlerinin yüksek İnsani Gelişme Endeksi'ne (İGE) sahip ülkelerde gözlenmiştir. Vakaların ve ölümlerin büyük çoğunluğunun meydana geldiği LMIC'lerde, insidans ve mortaliteyi azaltmadaki ilerleme yavaş olmuştur ve bazı ülkeler son on yılda insidans veya mortalite oranlarında artışlar bildirmiştir (6).

Hekimler, kanser tarama programları ve planları hakkında bilgi birikimine sahip olmalıdır. Çünkü kanser riski taşıyanları belirleme ve erken evrede tespit edebilme konusunda en önemli rolü üstlenmektedir. Hekimlerin yanı sıra ebeler ve hemşireler de bu konularda oldukça önemli role sahiptir. Çünkü hemşireler ve ebeler kanser konusunda toplumsal eğitim ve bilinçlendirme çalışmalarında yer almaktadır. Sırasıyla hekimler, ebeler ve hemşireler, sağlık ile ilgili esas bilgi kaynağını oluşturmaktadır. Ayrıca sağlık kurumlarında görevli tüm çalışanlar topluma rol-modelidir. Kaldı ki sağlık personeli olarak çalışanların içinde yaşadıkları ve ilişkili oldukları toplumda örnek bir davranış sergilemeleri ve bizzat kendileri programa uymalı ve taramalarını yaptırmalıdır.

2. GENEL BİLGİLER

Serviks kanseri dünya çapında en önemli jinekolojik kanserler arasında yer almaya devam etmektedir. Güncel verilere göre dünya çapında tüm kanserler arasında on dördüncü, kadınlar arasında ise dördüncü sırada yer almaktadır (7). Serviks kanserinden koruma birincil ve ikincil korumaya odaklanır (8). Primer korunma ve tarama serviks kanseri yükünü azaltmak ve mortaliteyi azaltmak için en iyi yöntemdir. Amerika Birleşik Devletleri'nde ve diğer gelişmekte olan ülkelerde, tarama ve teşhis çabalarının çoğu, HPV testi ve Pap smear'lar yoluyla yüksek riskli HPV lezyonlarının erken tanımlanmasına yöneliktir. 30 yaşından küçük kadınlarda HPV testi önerilmemekle birlikte, düşük riskli genç kadınlar 21 yaşında Pap testi ile taramaya başlamalı ve 65 yaşına kadar devam etmelidir. Daha yeni öneriler, önceki sonuçlara dayalı tarama ile pap ve HPV ortak testinin kullanımı arasında 3 ila 5 yıllık aralıklar önermektedir (9,10). HPV cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyon olduğu için önlenabilir bir hastalıktır. Hedefe yönelik eğitim, tarama ve müdahale hastalık yükünü azaltabilecektir.

2.1. Etiyoloji

Mevcut literatür, HPV'nin cinsel olarak aktif insanların çoğunda hayatlarının bir noktasında bulunduğunu bildirmektedir. Kanserle ilişkili olarak tanımlanan 20 HPV tipi ile 130'dan fazla bilinen HPV tipi vardır. HPV ile ilişkili servikal displazi oranları, erkekler araştırma protokolleri dışında taranmadığından sadece kadınlarda bilinmektedir. HPV 16 ve 18, invaziv Serviks kanserinde en sık bulunan HPV'dir. Popülasyona dayalı HPV prevalans çalışmaları, yüksek riskli HPV'nin en yüksek prevalansının 25 yaşından önceki genç erişkin döneminde meydana geldiğini ve servikal kanser ölümünün 40 ila 50 yaşları arasındaki orta yaş döneminde zirveye ulaştığını göstermektedir. Çalışmalar, 25 yaşından küçük kadınlarda HPV ile ilişkili servikal hastalığın büyük ölçüde kendi kendini sınırladığını göstermiştir. Fakat, ko-enfeksiyonu olanların spontan temizlenme ve kansere ilerleme olasılığı daha düşüktür. HPV ve Serviks kanseri için risk faktörleri arasında ilk cinsel ilişki yaşı, birden fazla cinsel partner, sigara kullanımı, herpes simpleks, HIV, diğer genital enfeksiyonlarla birlikte enfeksiyon ve oral kontraseptif kullanımı yer almaktadır. HPV, cinsel ilişki, elden genital organlara temas ve oral seks dahil olmak üzere ciltten cilde temas yoluyla bulaşmaktadır (11,12).

HPV, dünya çapında hem erkeklerde hem de kadınlarda cinsel yolla bulaşan hastalıkların en yaygın nedenlerinden biridir ve ABD' de en yaygın cinsel yolla bulaşan viral

hastalık olduğu düşünülmektedir. Genital HPV enfeksiyonu bildirimi zorunlu bir hastalık değildir, dolayısıyla gerçek insidans ve prevalans rakamları bilinmemektedir; bununla birlikte, ABD’ de yeni enfeksiyonların görülme sıklığının yılda 1 milyon ila 5,5 milyon arasında değiştiği ve yaygınlığının 20 milyona kadar çıktığı tahmin edilmektedir.

Serviks kanseri ve öncül lezyonlarla olan ilişkilerine bağlı olarak, HPV'ler yüksek riskli ve düşük riskli HPV tipleri olarak gruplandırılabilir. Düşük riskli HPV tipleri 6, 11, 42, 43 ve 44 tiplerini içerir. Yüksek riskli HPV tipleri 16, 18, 31, 33, 34, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68 ve 70 tiplerini içerir. Yüksek risk grubuna, kanserlerde daha az sıklıkla bulunan ancak sıklıkla skuamöz intraepitelyal lezyonlarda (SIL'ler) bulunan bazı HPV türleri de dahildir (Tablo 1) (13,14).

Tablo 1. HPV tipi ve hastalık ilişkisi (13,14)

Hastalık	HPV Tipi
Plantar Siğiller	1, 2, 4, 63
Düz Siğiller	3, 10, 26, 27, 28, 38, 41, 49, 75, 76
Diğer Kutanöz Lezyonlar	6, 11, 16, 30, 33, 36, 37, 38, 41, 48, 60, 72, 73
Tekrarlayan Solunum Papillomatözü	6, 11
Heck’in fokal epitelyal hiperplazisi	13, 32
Konjonktival papilomlar/karsinomlar	6, 11, 16
Kondyloma aküminata (genital siğiller)	6, 11, 30, 42, 43, 45, 51, 54, 55, 70
Servikal İntraepitelyal Neoplazi	
Belirtilmemiş	30, 34, 39, 40, 53, 57, 59, 61, 62, 64, 66, 67, 68, 69
Düşük Risk	6, 11, 16, 18, 31, 33, 35, 42, 43, 44, 45, 51, 52, 74
Yüksek Risk	16, 18, 6, 11, 31, 34, 33, 35, 39, 42, 44, 45, 51, 52, 56, 58, 66
Servikal Karsinom	16, 18, 31, 45, 33, 35, 39, 51, 52, 56, 58, 66, 68, 70

Genital HPV enfeksiyonları ile serviks kanseri arasındaki bağlantı ilk olarak 1980'lerin başında Alman virolog Harold zur Hausen tarafından gösterilmiştir. O zamandan beri, HPV ve servikal skuamöz hücreli karsinom arasındaki bağlantı iyice yerleşmiştir. HPV ve servikal

skuamöz hücreli karsinom arasındaki ilişkinin büyüklüğü, sigara içme ve akciğer kanseri arasındaki ilişkininkinden daha yüksektir (15). 1996 yılında, Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Genital Enfeksiyon ve Neoplazi Araştırma Örgütü ve Serviks Kanseri Ulusal Sağlık Enstitüleri Uzlaşısı Konferansı ile birlikte HPV'yi Serviks kanserinin önemli bir nedeni olarak kabul etti. Bilim adamları, cinsel temas yoluyla yayılan ve öncelikle serviks, vajina, vulva, penis ve anüsü enfekte eden yaklaşık 30 HPV tipi tanımlamışlardır. Bunlardan dördü en sık servikal kanserlerin tümöral hücrelerinde bulunur; tip 16, ABD ve Avrupa'daki vakaların yaklaşık yarısını ve tip 18, 31 ve 45 ise vakaların %25 ila 30' unu oluşturur (16). HPV, dünya çapında servikal skuamöz hücreli kanser vakalarının %99,7'sinde yer almaktadır (17). Serviksin adenokarsinomları da HPV ile ilişkilidir, ancak korelasyon daha az belirgindir ve yaşa bağlıdır. 40 yaşından küçük kadınlarda adenokarsinomların %89' unda HPV bulunurken, 60 yaş ve üzerindeki kadınlarda sadece %43' ünde HPV saptanmıştır (18).

2.2. Epidemiyoloji

Serviks kanseri, kadınlar arasında kansere bağlı ölümlerin önde gelen nedenlerinden biridir. Son 30 yılda, serviks kanserinden etkilenen genç kadınların artan oranı %10 ila %40 arasında değişmektedir (19). DSÖ ve Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) tahminlerine göre, 2008 yılında dünya çapında 529.000 yeni Serviks kanseri vakası görülmüştür. Gelişmekte olan ülkelerde yeni serviks kanseri vaka sayısı 452.000 olup, kadın hastalardaki maligniteler arasında ikinci sırada yer almaktadır (20). Tersine, gelişmiş ülkelerde yeni servikal kanser vakalarının sayısı 77.000 idi ve kadın maligniteleri arasında onuncu sırada yer almıştır.

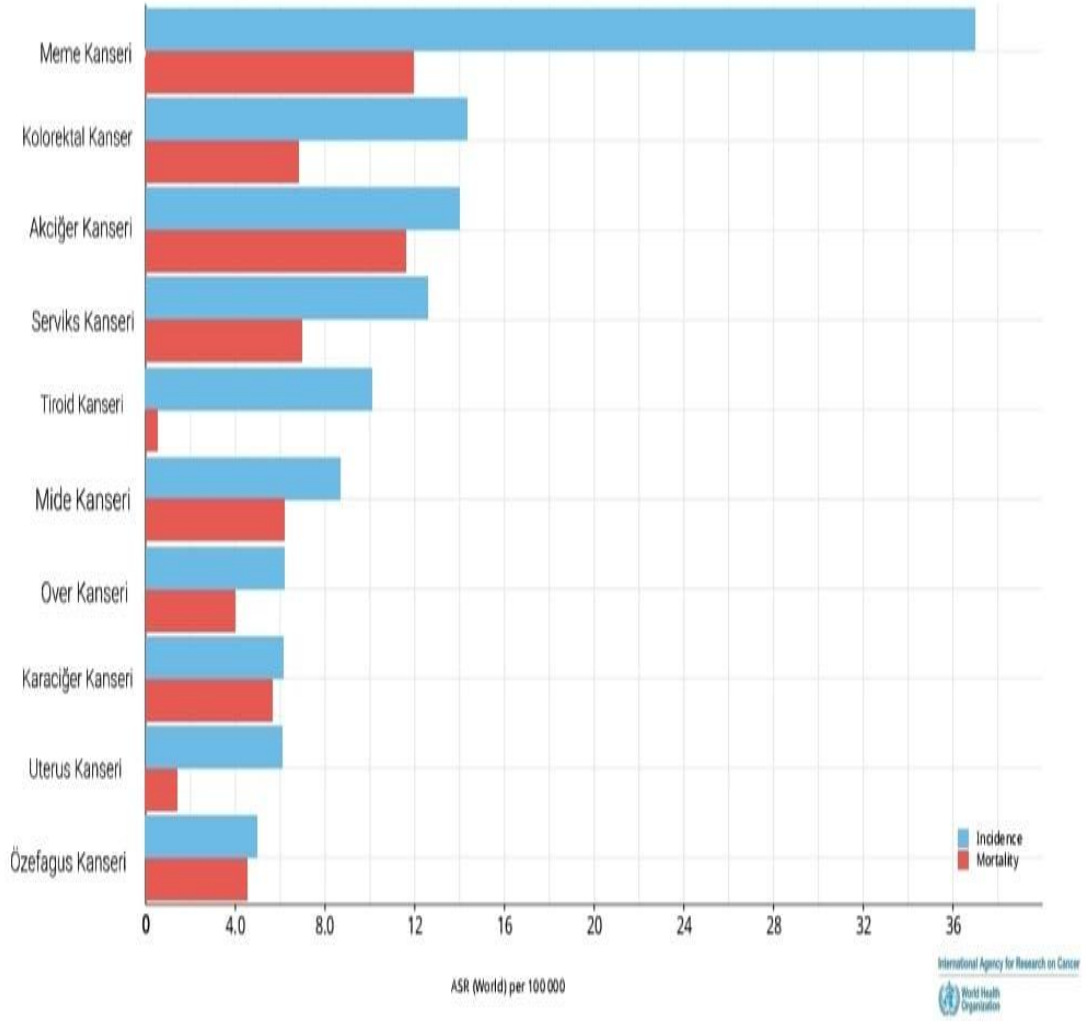
2018'de dünya çapında tahmini 570.000 vaka ve 311.000 ölümle serviks kanseri, kadınlarda en sık teşhis edilen dördüncü kanser ve kadınlarda kansere bağlı ölümlerin önde gelen dördüncü nedenidir (21). Bununla birlikte, dünya çapında Serviks kanserinden ölümlerin yaklaşık % 85'i az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelere meydana gelmektedir ve düşük-orta gelirli ülkelere ölüm oranı, zengin ülkelere kıyasla 18 kat daha fazladır (22). Serviks kanseri, daha düşük İnsani Gelişim Endeksi (İGE) ayarlarında meme kanserinin ardından insidans ve ölüm oranı bakımından ikinci sırada yer alır; bununla birlikte, 28 ülkede en sık teşhis edilen kanserdir ve büyük çoğunluğu Sahra Altı Afrika ve Güneydoğu Asya'da olmak üzere 42 ülkede kansere bağlı ölümlerin önde gelen nedenidir (23). En yüksek bölgesel insidans

ve ölüm oranları Afrika'da görülmektedir (24). Göreceli olarak, oranlar Kuzey Amerika, Avustralya/Yeni Zelanda ve Batı Asya'da (Suudi Arabistan ve Irak) 7-10 kat daha düşüktür (25).

Türkiye’de 2020 tahmini verilerine göre kadınlarda meme kanseri insidansı 100.000’de 37.0, mortalitesi 12.0; serviks kanseri insidansı 100.000’de 12.6, mortalitesi 7.0’dır (Tablo 2 ve Grafik 1)(26).

Tablo 2. Türkiye’de tahmini yaşa göre standardize edilmiş insidans ve ölüm oranları kadınlar, tüm yaşlar (NMSC hariç) (2020)(26)

Kanser türü	insidans	Ölüm oranı
Göğüs	37.0	12.0
Kolorektum	14.3	6.8
Akciğer	14.0	11.6
Serviks	12.6	7.0
Tiroid	10.1	0,52
Karın	8.7	6.2
Karaciğer	6.1	5.6
Yumurtalık	6.2	4.0
Yemek borusu	5.0	4.5
Korpus rahim	6.1	1.4



Grafik 1. Türkiye’de kadınlarda yaşa göre standardize edilmiş insidans ve ölüm oranları, tüm yaşlar (NMSC hariç) (2020 tahmini) (26)

2.3. Risk Faktörleri

Serviks kanseri için bir dizi risk faktörü, HPV'ye maruz kalmayla bağlantılıdır (27,28). İnvaziv kanser gelişim süreci, cinsel yolla bulaşan HPV'nin neden olduğu öncü lezyondan 20 yıla kadar uzayabilmektedir (29). Bununla birlikte, genç yaşta cinsel ilişki (<16 yaş), birden fazla cinsel partner, sigara içme, yüksek parite ve düşük dahil olmak üzere servikal kanserler için çok sayıda başka risk faktörü de (üreme ve cinsel faktörler, davranışsal faktörler, sosyo-ekonomik düzey vb.) vardır (30,31).

Kanser öncesi ve kanserli servikal lezyonların birincil nedeni, yüksek riskli veya onkojenik HPV tipleri ile enfeksiyondur. Çoğu Serviks kanseri vakası, HPV16 ve 18 enfeksiyonunun bir sonucu olarak ortaya çıkar. Yüksek riskli tiplerin, özellikle HPV16'nın insan popülasyonlarında oldukça yaygın olduğu bulunmuştur (28). Enfeksiyon genellikle cinsel temasla bulaşır ve skuamöz intraepitelyal lezyonlara neden olur. Lezyonların çoğu, immünolojik müdahale nedeniyle 6-12 ay sonra kaybolur. Ancak bu lezyonların küçük bir yüzdesi kalır ve kansere neden olabilir.

Bir meta-analizin sonuçları, HPV'nin en yüksek prevalansının 25 yaşında meydana geldiğini ve bunun cinsel davranıştaki değişikliklerle ilişkili olabileceğini göstermiştir (32). Bir meta-analiz çalışmasında, bazı bölgelerde Serviks kanserinin bimodal dağılımı incelenmiştir. Bu dağılımda cinsel ilişkiden hemen sonra HPV salgını görülebilmekte, bunu erişkin yaşta bir plato izlemektedir; ikinci pik 45 yaşından sonra tekrar görülmektedir (33). HPV'nin yüksek riskli türlerinden biri ile zamanla kalıcı enfeksiyon, servikal intraepitelyal neoplazi (CIN) gelişimine yol açar. HPV'nin karsinogeneze katkıda bulunduğu başlıca mekanizmalar, ana tümör baskılayıcı genler, P53 ve retinoblastoma ile etkileşime giren iki viral onkoprotein, E6 ve E7'nin aktivitesini içerir. Ek olarak, E6 ve E7, konakçı DNA ve virüs DNA metilasyonundaki değişikliklerle ilişkilidir. E6 ve E7'nin hücresel proteinler ve DNA metilasyon modifikasyonları ile etkileşimleri, genetik bütünlüğü, hücre adezyonunu, bağışıklık tepkisini, apoptozu ve hücresel kontrolü düzenleyen anahtar hücresel yollardaki değişikliklerle ilişkilidir (34).

HIV'li kadınlarda yüksek riskli HPV tiplerinden enfeksiyon geliştirme riski daha yüksektir (35). HIV ve servikal kanser arasındaki ilişki üzerine yapılan çalışmaların sonuçları, HIV'li kişilerde çoklu onkogen virüslerle daha yüksek oranda kalıcı HPV enfeksiyonu, daha fazla anormal Papanicolaou (Pap) smear ve daha yüksek CIN ve invaziv serviks karsinomu insidansı olduğunu göstermiştir (29). HIV ile enfekte olan kadınlar, erken yaşta (13-18 yaş) HPV enfeksiyonu riski altındadır ve serviks kanseri riski yüksektir. Enfekte olmayan kadınlarla karşılaştırıldığında, HIV pozitif servikal kanserli hastalara daha erken yaşta (15-49 yaş) teşhis konulmaktadır (36).

Cinsel davranışla ilgili faktörler de serviks kanseri ile ilişkilendirilmiştir. Bir çalışmada, birden fazla cinsel partneri olan kişilerde serviks kanseri riskinin arttığı raporlanmıştır (37).

Ayrıca, birçok çalışma, birden fazla cinsel partneri olan kadınların HPV kapma ve serviks kanseri açısından yüksek risk altında olduğunu da ileri sürmüştür (38 ,39). Meta-analizde, hem malign olmayan servikal hastalıkta hem de serviks kanserinde, çok sayıda cinsel partneri olan bireylerde, birkaç partneri olan bireylere kıyasla serviks hastalıkları riskinde önemli bir artış gözlemlendiği belirtilmiştir (40) Ayrıca, ilk cinsel ilişkinin erken yaşta olması da serviks kanseri için diğer bir risk faktörüdür (41).

Oral kontraseptif (OK) haplarının serviks kanseri için bir risk faktörü olduğu bilinmektedir. Serviks kanserine ilişkin uluslararası iş birliğine dayalı bir epidemiyolojik çalışmada, mevcut kullanıcılardaki göreceli risk, OK kullanım süresindeki artışla birlikte artmıştır. 5 yıl veya daha uzun süre OK kullanımının kanser riskini ikiye katlayabildiği bildirilmiştir (42). Ve çok merkezli bir vaka kontrol çalışmasında, HPV DNA testi pozitif çıkan kadınlar arasında, 5 yıl veya daha uzun süre OK hapı kullanan kadınlarda serviks kanseri riski 3 kat fazla tespit edilmiştir (43). Ek olarak, yakın tarihli bir sistematik inceleme ve meta-analiz, OK haplarının özellikle adenokarsinom için servikal kanser geliştirme ile ilişkili kesin bir riske sahip olduğunu da ileri sürdü. Bu çalışma, OK haplarının kullanımının Serviks kanserine neden olmada bağımsız bir risk faktörü olduğu sonucuna varmıştır (44).

2.4. Belirtileri

Erken dönemlerde, serviks kanserinin genellikle semptomları yoktur, bu da tespit edilmesini zorlaştırır. Semptomlar genellikle kanser yayıldıktan sonra başlamaktadır.

Erken evre serviks kanseri belirtileri ortaya çıktığında, şunları içerebilir:

- *Seks sonrası vajinal kanama
- *Menopoz sonrası vajinal kanama
- *Normalden daha uzun olan dönemler veya dönemler arasında vajinal kanama
- *Keskin bir kokusu olan veya kan içeren vajinal akıntı
- *Pelvik ağrı veya seks sırasında ağrı

İlerlemiş serviks kanseri semptomları (kanseri serviksin ötesine geçerek vücudun diğer bölgelerine yayılmıştır) erken evre serviks kanseri semptomlarını içerebilir ve ek olarak;

- *Zor veya ağrılı bağırsak hareketleri veya bağırsak hareketi sırasında rektumdan kanama

- *Zor veya ağrılı idrara çıkma veya idrarda kan
- *Sırt ağrısı
- *Bacaklarda şişmesi
- *Karın ağrısı
- *Yorgunluk (45).

2.5. Tarama

HPV, serviks kanseri için en yaygın risk faktörlerinden biridir. 100'den fazla farklı HPV suşu vardır ve yüksek riskli kabul edilenler kanser etiyolojisinde rol oynamaktadır (46). Serviks kanseri için tarama kılavuzları, hastalığın ilerlemesi için gereken süre dikkate alınarak değerlendirilmiş ve düzenlenmiştir. Serviks kanseri tarama yöntemleri sitoloji ve HPV testini içermektedir (47).

Serviks kanseri taraması, sıvı bazlı veya konvansiyonel yöntem olmak üzere iki yöntemle gerçekleştirilebilmektedir. Her iki yöntem de serviksin transformasyon bölgesinden hücreler toplamaktadır. Sıvı bazlı yöntem, hücrelerin bir laboratuvarı daha fazla işleme tabi tutulabilen bir koruyucu madde şişesine aktarılmasını içerir. Sıvı bazlı teknik, daha kolay yorumlamaya, fazla birikintilerin filtrelenmesine ve daha da önemlisi daha az tatmin edici olmayan sonuçlara izin verir. Sıvı bazlı tekniği kullanmanın diğer bir avantajı ise sitoloji, HPV testi, gonore ve klamidya testi yapmak için tek bir numunenin kullanılmasını içermesidir (48). Buna karşılık, geleneksel tarama yöntemi, servikal hücrelerin transformasyon bölgesinden doğrudan bir lama aktarılmasını ve ardından numunenin sabitlenmesini içermektedir. Kan ve akıntı varlığında örneğin yorumlanması zor olabilmektedir (49). Her iki örnek toplama yönteminin de incelendiği ve servikal intraepitelyal neoplaziyi saptamak için özgüllük veya duyarlılık açısından değerlendirildiği çalışmalarda aralarında istatistiksel bir fark saptanmamıştır (50,51).

Amerikan Kanser Derneği, Amerikan Kolposkopi ve Servikal Patoloji Derneği ve Amerikan Klinik Patoloji Derneği dahil olmak üzere üç büyük kuruluş tarafından genel nüfus için Serviks kanseri tarama kılavuzları oluşturulmuştur.

*21 yaşından küçük kadınlar için tarama önerilmemektedir.

*Ek olarak, 21-29 yaş arası kadınlar için HPV testi yapılmayan sitoloji tavsiye edilir. HPV en yaygın olarak yirmili yaşlarındaki gençlerde ve genç kadınlarda teşhis edilir. Bu nedenle bu

yaş grubundaki pap smearlar anormal bulgulara neden olacaktır. Genç kadınların çoğu, enfeksiyonu 8 ayda temizleyecek veya viral yükleri tespit edilemeyecek seviyelere indirecek etkili bir immün yanıtı sahiptir (50). 20 yaşından önce serviks kanseri insidansı düşüktür (%0,1 vaka) ve veriler taramanın bu yaş grubunda etkili olduğunu göstermemiştir (52).

*30-65 yaş arası kadınlar için öneriler, üç yılda bir tek başına sitolojiyi veya beş yılda bir HPV testi ile sitolojiyi içerir.

*Son 20 yılda servikal displazi veya kanser öyküsü olmayan total histerektomi geçirmiş kadınlar için tarama önerilmemektedir.

*65 yaşından büyük kadınlar için, yeterli ön tarama sonuçlarından sonra herhangi bir tarama gerekli değildir. Negatif HPV testi ile birlikte iki ardışık negatif sitoloji sonucu veya üç ardışık negatif sitoloji sonucu, önceki yeterli tarama sonuçlarını oluşturur. Daha önce servikal displazi veya adenokarsinom öyküsü olan kadınlar 20 yıl boyunca taramaya devam etmelidir (51)

*Serviks kanseri taraması için birincil HPV testinin ASCCP ve Jinekoloji Onkoloji Derneği [SGO] tarafından belirlenen spesifik endikasyonları vardır.

25 yaşından küçük kadınlarda primer HPV testi kullanılmamalı, negatif bir primer HPV testinin ardından yeniden tarama üç yıldan önce yapılmamalı ve tüm pozitif HPV sonuçları için genotip tamamlanmalıdır. İmmün sistemi baskılanmış ve HIV pozitif kadınlar için birincil HPV testinin kullanılmasına ilişkin net kılavuzlar yoktur (51).

ABD’de, tarama sonuçları servikal sitolojinin Bethesda Sistemi kullanılarak bildirilmektedir. Raporlar, numune tipini, numune yeterliliğini, yorumlamayı, yardımcı testleri ve servikal sitolojinin bilgisayar destekli yorumunu içermektedir. Numune tipi, kullanılan toplama yöntemini tanımlayacaktır. Numune yeterliliği, numunenin değerlendirme için tatmin edici olup olmadığını veya numunenin reddedilip işlenmediğini klinisyene bildirecektir. Raporlar ayrıca dönüşüm bölgesinin varlığını veya yokluğunu ve klinisyenin numune toplama işlemini tekrarlaması gerekip gerekmediğini de açıklayacaktır.

Normal bir pap testi sonucu, bir yeterlilik beyanıyla başlamaktadır, ardından "intraepitelyal lezyon veya malignite için negatif" (NILM) gelir.

İntraepitelyal lezyon veya malignite bulguları için negatif olanlar şunları içerir:

*Neoplastik olmayan hücresel değişiklikler

*Reaktif hücresel değişiklikler

*Aşağıdakileri içeren mikroorganizmalar: Trichomonas vaginalis, Candida türleri, bakteriyel vajinoz, aktinomiçesler ve Herpes simpleks virüsü ve Sitomegalovirüse bağlı hücresel değişiklikler

**İlgili bulgular: 45 yaş ve üstü kadınlarda epitel hücre anormallikleri ve endometriyal hücreleri içerir. Serviks kanseri taraması sırasında bulunan endometriyal hücreler, endometriyal hiperplazi için endişe yaratabilir ve daha fazla araştırma endike olabilir.

Epitel hücre anormallikleri, skuamöz hücre ve glandüler hücre anormallikleri olmak üzere iki kategoriye ayrılır;

Skuamöz hücre bulguları şunları içerir:

*Belirsiz öneme sahip atipik skuamöz hücreler (ASCUS) veya yüksek dereceli skuamöz epitelial lezyonun dışlanamadığı atipik skuamöz hücreler (ASC-H)

*Düşük dereceli skuamöz intraepitelial lezyon (LSIL) veya servikal intraepitelial neoplazi (CIN1). Bunlar hafif, ince hücre değişiklikleridir ve çoğu tedavi olmaksızın geçer.

*Yüksek dereceli skuamöz intraepitelial lezyonlar (HSIL) veya CIN 2 veya 3. Daha fazla test veya tedavi gerektiren orta ve şiddetli hücre değişiklikleri

*Serviksin skuamöz hücreli karsinomu

Glandüler hücre bulguları şunları içerir:

*Belirsiz önemi olan atipik glandüler hücreler (AGUS),

*Atipik glandüler hücreler

*Başka türlü belirtilmemiş (NOS)

*Endoservikal adenokarsinom in situ veya adenokarsinom

Epitel hücre anormallikleri, hastanın yaşı ve tıbbi geçmişine dayalı olarak daha fazla inceleme ve tedaviye ihtiyaç duyacaktır (51).

Spesifik popülasyonlar, serviks kanseri ile ilişkisi olan risk faktörleri nedeniyle farklı tarama endikasyonlarına sahip olabilmektedirir. HIV teşhisi konan, immün sistemi baskılanmış durumda olan, rahimde diyetilstilbestrol maruziyeti olan ve daha önce servikal intraepitelial

neoplazi (CIN) 2, CIN 3 veya Serviks kanseri için tedavi görmüş kadınların daha sık taramaya ihtiyacı olacaktır (51).

2.6.Tedavi ve Aşılama

En yaygın prekanseröz lezyonlar CIN olarak adlandırılan skuamöz hücre kaynaklıdır ve anormal epitel oranına göre derecelendirilmektedir.

CIN 1, aktif bir HPV enfeksiyonunu göstermektedir ve bu lezyonlar, yüksek spontan gerileme oranıyla düşük derece olarak kabul edilmektedir. Bu lezyonlar genellikle tedavi edilmez.

CIN 2 genellikle yüksek dereceli bir lezyon olarak kabul edilir, ancak %40'a varan spontan gerileme oranına sahiptir.

CIN 3 lezyonlar, invazyona ilerleme olasılığı en yüksek olan lezyonlardır ve tedavi gerektirirler. CIN 3'ün kansere ilerlemesi için tahmini süre ortalama 10 yıldır ve bu lezyonlar için birçok fırsatın bulunmasına ve tedavi edilmesine olanak tanır. Glandüler hücre orijinli preinvaziv lezyonlar (in situ adenokarsinom) daha az yaygındır, ancak o kadar endişe vericidir ki, teşhis edildiğinde histerektomi önerilir. Sitolojiye dayalı taramanın skuamöz hücreli kanserin insidansında ve mortalitesinde azalmaya yol açtığı, ancak glandüler orijinli kanserlerde azalmadığına dikkat edilmesi gerekmektedir (53,54).

Yüksek dereceli CIN lezyonları (CIN2 ve CIN3) ya ablasyon (örn. lazer, kriyoterapi) ya da eksizyon (örn. loop eksizyonu, koni biyopsisi) ile tedavi edilmektedir (54). Her iki tedavi de yüksek etkinliğe (kısa vadeli iyileşme oranları %85-95) ancak farklı yan etkilere sahiptir. Eksizyonel prosedürler ile erken doğum arasındaki ilişki, bu tekniklerin daha dikkatli kullanılmasına yol açmıştır. Önceki sistematik incelemeler, kriyoterapi ile lazer ablasyonu ve erken doğum arasında hiçbir ilişki bulmamış iken (55) yakın zamanlı incelemeler, eksizyon derinlikleri arttıkça erken doğum riskinde artışların yanı sıra belirtilmemiş ablatif tedavilerde küçük artışlar kaydetmiştir (56). Zararla ilgili pek çok kanıtta olduğu gibi, mevcut çalışmaların gözlemsel doğası nedensel çıkarımı sınırlar; servikal tedaviler ve erken doğum arasındaki ilişki, her ikisinin de riskini etkileyen üçüncü bir faktörle karıştırılabilir. Bu potansiyel zararları

kabul eden Amerikan Doğum Uzmanları ve Jinekologlar Kongresi'nin (ACOG) tedavi kılavuzları, tedavi gerektiğinde mantıklı bir yaklaşım önermektedir; örneğin kılavuzlar, özellikle genç kadınlarda tedavi yerine CIN2'nin sürveyansını teşvik etmektedir (57).

En yaygın onkojenik tipleri (16/18'e karşı bivalan aşı) içeren, kondilomaya neden olan HPV tip 6 ve 11'i de içeren (dört değerlikli aşı) ve 9 adede kadar HPV alt tipini hedefleyen üç yüksek etkili HPV aşısı geliştirilmiştir. Her iki cinsiyetten ergenleri hedef alan aşılardan, daha önce maruz kalmamış kadınlarda aşıya özgü HPV tiplerine ve ilgili hastalığa karşı %100'e varan etkinlik oranlarıyla hem HPV hem de CIN insidansını azalttığı gösterilmiştir (58,59). HPV aşıları, diğer onkojenik alt tiplere karşı çok az çapraz koruma göstermektedir ve daha yaşlı kadınlara ve daha önce HPV'ye maruz kalmış kadınlara uygulandığında etkinlik azalmaktadır (60). Bu nedenle, genel popülasyon etkinliğinin klinik deneylerde görülen etkinlikten daha düşük olması muhtemel olsa da yaygın aşı alımının gelecekte CIN ve Serviks kanserinde bir azalmaya yol açacağı ve tarama ve tedavi programlarının tasarımını etkileyebileceği tahmin edilmektedir.

2.7. Prognoz

Servikal kanserli hastalarda prognoz, tanı anında hastalığın yaygınlığından belirgin şekilde etkilenir. Serviks kanseri vakalarının %90'dan fazlası Pap testi ve HPV testi kullanılarak erken teşhis edilebilmektedir.

Prognostik bir faktör olarak klinik evre, cerrahi olarak tedavi edilen hastalarda çeşitli patolojik bulgularla desteklenebilir.

Jinekolojik Onkoloji Grubu (GOG) tarafından bildirilen, klinik evre IB hastalığı olan hastalarda yapılan geniş, cerrahiopatolojik bir evreleme çalışmasında, lenf nodu metastazlarını ve hastalıksız sağkalımda azalmayı en belirgin şekilde öngören faktörler kapiller- tümör tarafından lenfatik boşluk tutulumu, tümör boyutunun artması ve stromal invazyonun derinliğinin artmasıdır (83,84).

Radikal cerrahi ile tedavi edilen 1.028 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada, sağkalım oranları, klinik veya histolojik aşamadan çok tümör hacmiyle (tümörün kesin hacim ölçüsü tarafından belirlendiği şekilde) daha tutarlı bir şekilde ilişkilidir (85).

GOG tarafından incelenen lokal ileri hastalığı (öncelikle evre II, III ve IV) olan 626 hastada prognostik değişkenlerin çok değişkenli bir analizi, progresyonsuz dönem ve sağkalım için önemli olan aşağıdaki değişkenleri tanımlamıştır (86):

*Periaortik ve pelvik lenf düğümü durumu.

*Tümör boyutu

*Hasta yaşı

*Performans durumu

*Bilateral hastalık

Çalışma, pozitif periaortik düğümlerin ağır basan önemini doğrulamış ve bu düğümlerin lokal olarak ilerlemiş serviks kanserinde daha fazla değerlendirilmesini önermiştir. Pelvik düğümlerin durumu yalnızca periaortik düğümler negatifse önemli bulunmuştur. Bu aynı zamanda tümör boyutu için de geçerli saptanmıştır.

Radyasyon tedavisi ile tedavi edilen geniş bir serviks kanseri hastası serisinde, uzak metastaz insidansının (en sık olarak akciğer, karın boşluğu, karaciğer ve gastrointestinal sisteme) hastalığın evresi arttıkça, evre IVA'da IA'dan %3'ten %75'e arttığı gösterilmiştir (87). Uzak metastaz insidansını etkileyen faktörlerin çok değişkenli bir analizi, evre, tümörün endometrial yayılımı ve pelvik tümör kontrolünün uzak yayılımın önemli göstergeleri olduğunu göstermiştir (88).

GOG çalışmaları, prognostik faktörlerin, klinik veya cerrahi evrelemenin kullanılmasına ve farklı tedavilere bağlı olarak değiştiğini göstermiştir. Radyasyon iletiminin tamamlanmasındaki gecikme, klinik evreleme kullanıldığında daha kötü progresyonsuz sağkalım ile ilişkilidir. Evre, tümör derecesi, ırk ve yaş, kemoradyoterapi kullanılan çalışmalarda belirsiz prognostik faktörlerdir (89).

Sonucu etkileyebilecek diğer prognostik faktörler şunları içermektedir:

*HIV durumu: HIV'li kadınlar daha agresif ve ilerlemiş hastalığa ve daha kötü bir prognoza sahiptir.

*C- myc aşırı ekspresyonu: Serviksin invaziv skuamöz karsinoması olduğu bilinen hastalarda yapılan bir araştırma, C- myc onkogeninin aşırı ekspresyonunun daha kötü bir prognoz ile ilişkili olduğunu bulmuştur.

*S fazındaki hücre sayısı: S fazındaki hücre sayısı da erken servikal karsinomda prognostik öneme sahip olabilir.

*HPV-18 DNA: HPV-18 DNA, bağımsız bir ters moleküler prognostik faktördür. İki çalışma, radikal histerektomi ve pelvik lenfadenektomi geçiren hastaların Serviks kanserlerinde HPV-18 tanımlandığında daha kötü bir sonuç göstermiştir.

*Folat metabolizması ile ilgili olan Gama-glutamil hidrolaz enzimindeki bir polimorfizmin sispaltine yanıtı azalttığı ve sonuç olarak daha kötü sonuçlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (90-94).

2. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Niteliği

Kafkas Üniversitesi Sağlık Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan kadınlar yapılan anket sonucu elde edilen veriler bu çalışmanın ana materyalini oluşturmaktadır. Çalışmanın verileri yatay kesit birincil verilerdir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Kafkas Üniversitesi Sağlık Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında gönüllü katılım esasına dayalı olarak hastanede çalışan kadınlarla anket uygulanarak yapılmıştır.

3.3. Araştırma Evreni ve Örneklem

Araştırmanın birincil verileri için uygulanan anket çalışmasına 2022 yılında, gayeli olarak belirlenen (sadece kadınlar) çalışanlar dâhil edilmiştir.

Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- 18 yaş ve üzerinde olmak,
- Kadın olmak,
- Kafkas Üniversitesi Sağlık Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapıyor olmak

Araştırmanın Kısıtlılıkları

- Çalışma yalnızca mesai saatlerinde yapıldığı için çalışanların iş yoğunluğu nedeniyle anket uygulamasına gönüllülük gösterememesi kısıt oluşturmuştur.
- Tarama yaptırma durumları ile ilgili olarak verilen bilgiler sadece beyana bağlıdır. Çalışanların kayıtları kontrol edilmemiştir.

3.4. Araştırmanın Uygulanma Şekli

2022 yılında Kafkas Üniversitesi Sağlık Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan 219 kadın çalışana sorular yöneltilerek kesitsel bir çalışma yapılmıştır. Sosyodemografik bilgiler, bilgi, tutum ve Serviks kanseri taraması ile ilgili veriler yüz yüze görüşmeler kullanılarak toplanmıştır.

3.5. İstatistiksel İncelemeler

İstatistiksel analiz SPSS 26.0 yazılım programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler ortalama, yüzde oran, standart sapma, minimum-maksimum değerler olarak ifade edilmiştir. Bu çalışmada, hastane çalışan kadınların serviks kanseri taraması ve kanser risk faktörleri ile ilgili tutum ve davranışlarının belirlenmesi amacıyla likert tipi ifadelerle katılımları ölçülmüş olup Chronbah Alpha ile güvenilirliği ölçülmüştür. Her bir ifade ile ilgili görüşlerinin ortalamaları arasındaki farkların istatistiki olarak anlamlılığını ölçebilmek amacıyla, parametrik olmayan ortalama testlerinden Man whitney U ve Kruskal Wallis testleri uygulanmıştır. İstatistiki farklılığı ölçmek amacıyla uygulanan bu testlere ilişkin kurulan hipotezler ise;

H0 : grupların ortalamaları arasında farklılık yoktur

H1: Grupların ortalamaları arasında farklılık vardır.

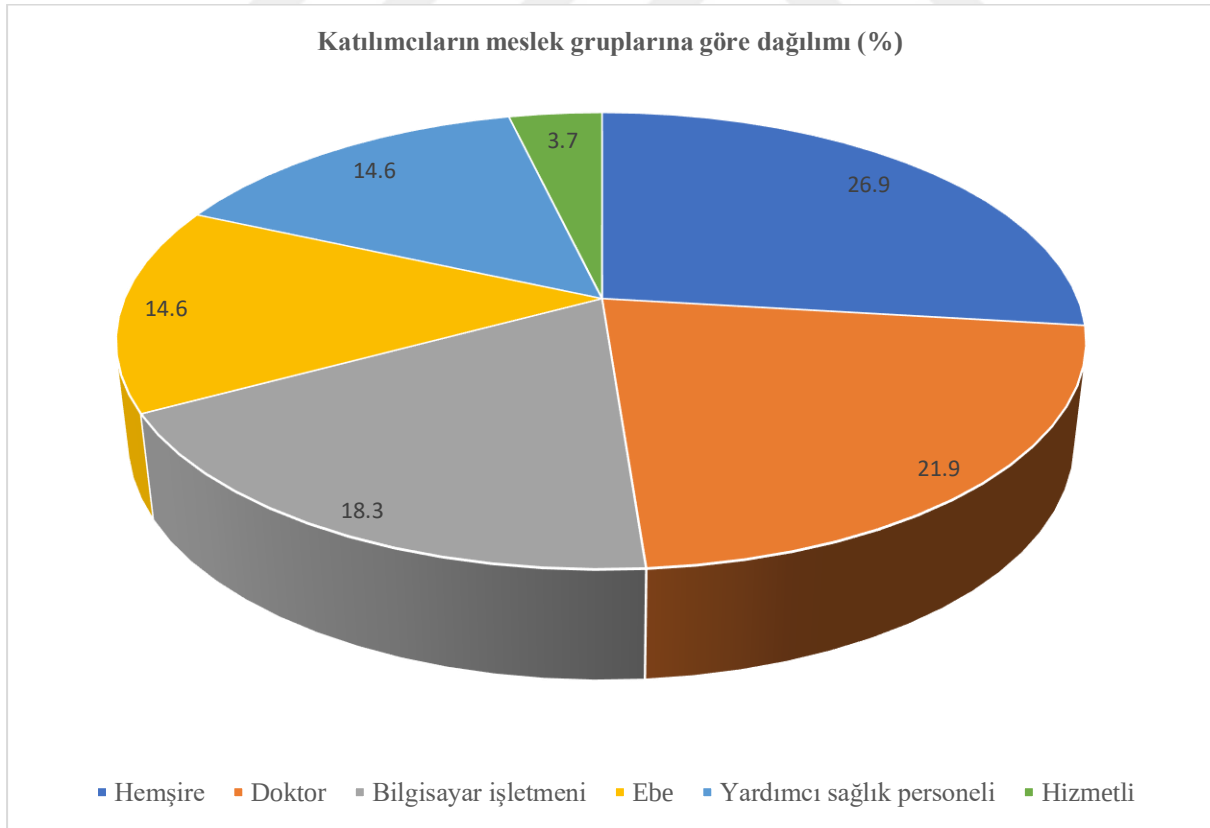
Sonuçlar %95 güven aralığında değerlendirilmiş olup $p < 0,05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmada, toplam 219 kişi ile anket yapılmıştır. Anket uygulamasına katılım gösterenlerin önemli bir kısmı hemşireler (%26.90) ve hekimler (%21.90) olmuştur. Ancak hizmetli statüsündeki kadın çalışanların ankete katılımı oldukça düşük düzeydedir (Tablo 3; Grafik 1).

Tablo 3. Katılımcıların meslek gruplarına göre dağılımı

Meslek grupları	n	%
Hemşire	59	26.90
Doktor	48	21.90
Bilgisayar işletmeni	40	18.30
Ebe	32	14.60
Yardımcı sağlık personeli	32	14.60
Hizmetli	8	3.70
Toplam	219	100.00

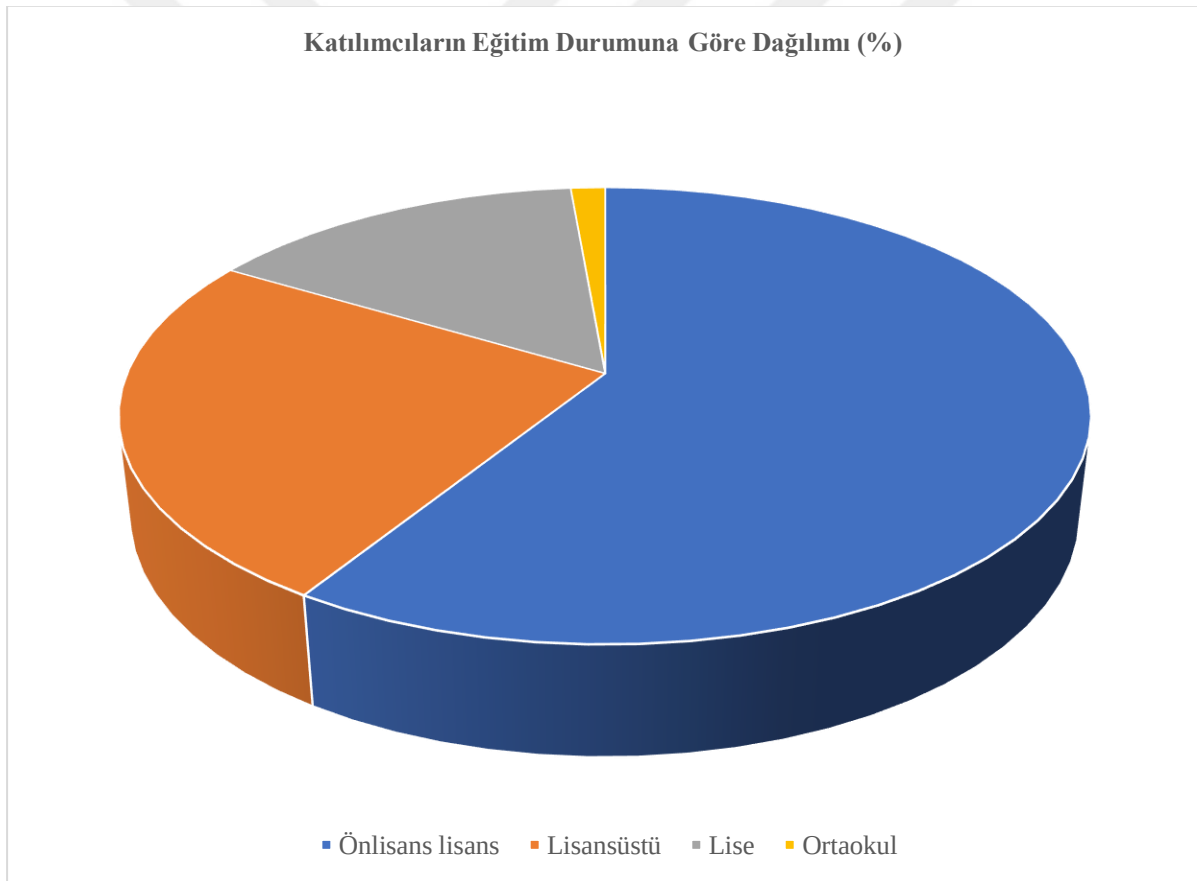


Grafik 2. Katılımcıların meslek gruplarına göre dağılım grafiği (%)

Araştırmada ankete katılan kadınların önemli bir kısmının (%58.9) önlisans düzeyinde ve %24.70'inin ise lisansüstü düzeyinde eğitilmiş olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılım gösteren kadınların %1.40'ı ise ortaokul düzeyinde eğitimlidir (Tablo 4; Grafik 2).

Tablo 4. Katılımcıların eğitim durumu

Eğitim durumu	n	%
Önlisans lisans	129	58.90
Lisansüstü	54	24.70
Lise	33	15.10
Ortaokul	3	1.40
Toplam	219	100.00



Grafik 2. Katılımcıların eğitim durumu grafiği

Katılımcıların 20-53 yaş aralığında ve ortalama 30.36 ± 7.167 yaşında olduğu belirlenmiştir. Bireylerin mesleki deneyimlerinin 1-24 yıl arasında olduğu saptanmış olup, ortalama deneyim süresi 7.08 ± 5.307 yıldır. Katılımcıların aylık hanehalkı gelirinin 2.000-

80.000 TL/ay arasında değişim gösterdiği ve ortalama 16.648, 40 TL/ay gelire sahip olduğu saptanmıştır. Ankete katılan bireylerin hane halkı geliri içindeki payları sorulmuş ve %5-100 arasında hane halkı gelirine katılım gösterdikleri saptanmıştır. Katılımcıların aylık hane halkı gelirine katkısı ortalama %62.03'dür (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcı bireylerin sosyo demografik özellikleri

Özellikler	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
Yaş (yıl)	20	53	30.36	7.167
Deneyim (yıl)	1	24	7.08	5.307
Aylık ortalama hane halkı geliri (TL/ay)	2000.00	80000.00	16.648,40	10761, 47
Hanehalkı gelirinde katılımcının payı (%)	5.00	100.00	62.03	25.59

Araştırmada anketlere katılım gösteren kadınların önemli bir kısmının (%52.50) memur veya işçi statüsünde (%44.30) olduğu belirlenmiştir. Ayrıca 7 kişinin SGK kapsamında işçi veya memur olmakla beraber özel sigorta yaptırdığı saptanmıştır (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcı bireylerin sosyal güvenceleri

Sosyal güvence	n	%
SGK (memur)	115	52.50
SGK (işçi)	97	44.30
SGK (işçi) ve özel sigorta	6	2.70
SGK (memur) ve özel sigorta	1	0.50
Total	219	100.00

Çalışmada, katılımcıların örgütlenme durumlarını belirlemek amacıyla sivil toplum kuruluşlarına üyelikleri sorulmuş olup önemli bir kısmının (%83.10) herhangi bir sivil toplum kuruluşuna üyeliğinin olmadığı belirlenmiştir (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların STK lara üyelik durumu

STK üyeliği	n	%
Hayır	182	83.10
Evet	37	16.90
Toplam	219	100.00

Çalışmada, katılımcıların görev yaptıkları bölge ile bağlantılarını belirlemek amacıyla sorular sorulmuş olup çoğunluğun (%33.30) çocukluklarından itibaren görev yaptığı yerde olduğu belirlenmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların görev yaptıkları bölge ile bağlantısı

Bağlantı	n	%
Yeni geldim yabancıyım	57	26.00
Buralıyım, çocukluğumdan beridir buradayım	73	33.30
5-10 yıldır buradayım	49	22.40
10 yıldan fazladır buradayım	40	18.30
Total	219	100.00

Araştırmada, katılımcıların %50.20'sinin bekar, %46.10'ünün ise evli olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, katılımcıların %3.70'i dul (boşanmış veya eşi vefat etmiş) olduğunu belirtmiştir (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcı bireylerin medeni halleri

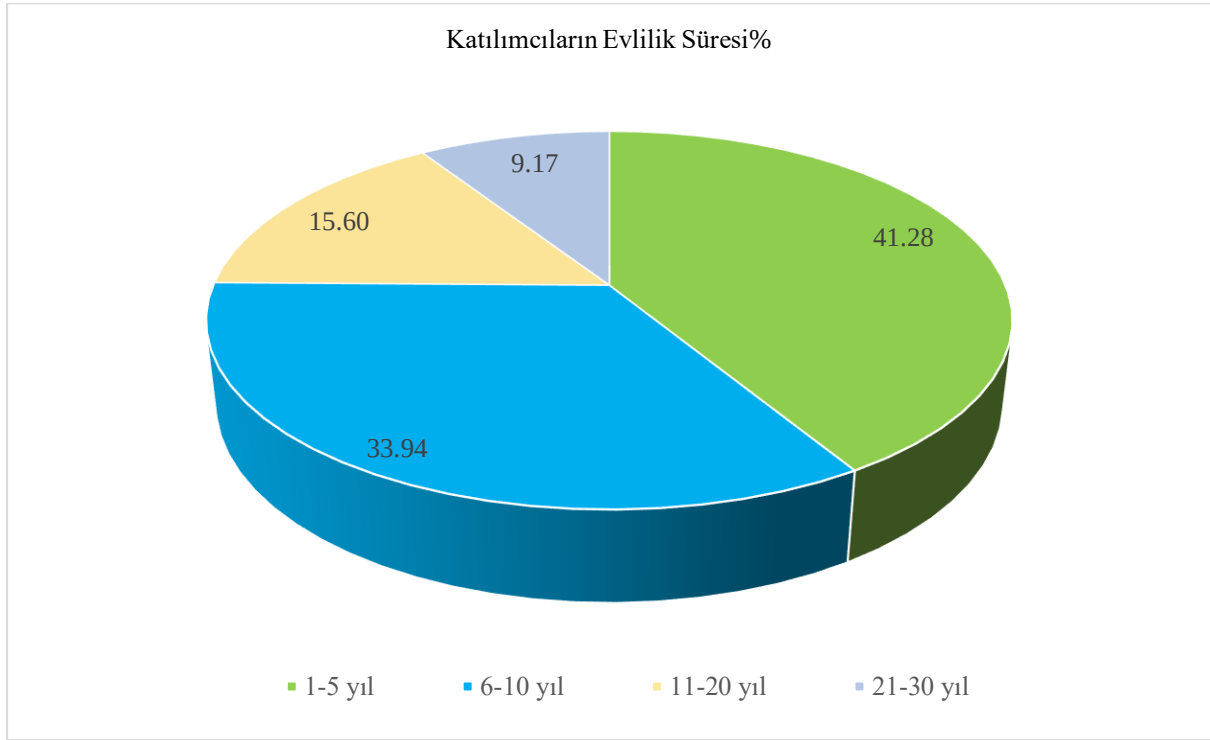
Medeni durum	n	%
Evli	101	46.10
Bekar	110	50.20
Dul (Boşanmış-eşi ölmüş)	8	3.70
Toplam	219	100.00

Araştırmada bekârlar dışında kalan katılımcıların (109 kişi) %41.28'inin evlilik süresinin 1-5 yıl arasında, %33.94'ünün evlilik süresinin ise 6-10 yıl arasında olduğu saptanmıştır. Katılımcılar arasında 20 yılın üzerinde evlilik süreci yaşayanların oranı ise %9.17'dir (Tablo 10).

Tablo 10. Katılımcıların evlilik süresi*

Evlilik Süresi	n	%
1-5 yıl	45	41.28
6-10 yıl	37	33.94
11-20 yıl	17	15.60
21-30 yıl	10	9.17
Toplam	109	100.00

* Çalışmada, hali hazırda evli olanların ve dul olanların evlilikte geçirdiği süre dikkate alınmıştır.



Grafik 3. Katılımcıların evlilik süresi grafiği

Çalışmada, katılımcıların ilk adet görme yaşının 10-16 yaş arasında değiştiği ve ilk adet yaşının ortalama 12.94 ± 1.38 yaş olduğu belirlenmiştir (Tablo 11).

Tablo 11. Katılımcıların ilk adet görme yaşı

	Minimum	Maksimum	Ortalama
İlk adet yaşı	10	16	12.94 ± 1.38

Araştırmada katılımcıların %96.30'unun henüz menapoza girmediği belirlenmiş olup menapoza giren kadınların (%3.70) menapoz yaşının 35-50 arasında değiştiği, katılımcılar arasında 2 kadının 35 ve 38 yaşında menapoza girdiği saptanmıştır (Tablo 12; Tablo 13).

Tablo 12. Katılımcıların menapoza girme durumu

Menapoza girme durumu	n	%
Hayır	211	96.30
Evet	8	3.70
Toplam	219	100.00

Tablo 13. Katılımcıların menapoza girme yaşı

	n	Minimum	Maksimum	Ortalama
Menapoza girme yaşı	8	35	50	44.88±5.59

Araştırmada, menapoza giren katılımcıların %87.50'sinin hormon replasman tedavisi almadığı belirlenmiş olup menapoza girmemiş katılımcıların %72,50'sinin adetlerinin düzenli olduğu belirlenmiştir (Tablo 14; Tablo 15)

Tablo 14. Menapoza giren katılımcıların hormon replasmanı alma durumu

Hormon replasmanı alma durumu	n	%
Hayır	7	87,5
Evet	1	12.5
Toplam	8	100.00

Tablo 15. Menapoza girmemiş olan katılımcıların adetlerinin düzenli olma durumu

Adet düzenlilik durumu	n	%
Hayır	58	27.50
Evet	153	72.50
Toplam	211	100.00

Araştırmada katılımcıların %39.72'sinde gebelik öyküsü olup, söz konusu katılımcılarda ortalama 2.17±1.14 gebelik belirlenmiştir. Katılımcıların %38.81'inde doğum öyküsü saptanmış olup söz konusu katılımcılarda ortalama 1.74±0.79 doğum belirlemiştir. Katılımcıların %12.32'sinde kürtaj öyküsü tespit edilmiş olup katılımcılarda ortalama 1.48±0.70 kürtaj belirlenmiştir (Tablo 16).

Tablo 16. Katılımcıların gebelik, doğum ve kürtaj öyküleri

	n	Minimum	Maksimum	Ortalama
Gebelik sayısı	87	1.00	5.00	2.17±1.14
Doğum sayısı	85	0.00	4.00	1.74±0.79
Kürtaj sayısı	27	1.00	3.00	1.48±0.70

Araştırmada, katılımcıların önemli bir kısmının (%81.30) süregen bir hastalığının olmadığı, ailelerinde herhangi bir süregen hastalığın olmadığı katılımcıların oranının ise yüksek (%43.84) olduğu belirlenmiştir. Çalışmada hem ailesinde hem de kendisinde süregen bir hastalığın olduğu katılımcıların oranın düşük olduğu (35 kişi) (%15.98), ne ailesinde ne de kendisinde herhangi bir süregen hastalığın olmadığı katılımcıların ise (90 kişi) %41.10 oranında olduğu saptanmıştır (Tablo 17).

Tablo 17. Katılımcıların ve ailelerinin süregen hastalıklarının olma durumu

Süregen hastalık durumu		Katılımcılar				Toplam	%
		Hayır	%	Evet	%		
Katılımcının ailesinde	Hayır	90	50.60	6	14.63	96	43.84
	Evet	88	49.40	35	85.37	123	56.16
Toplam		178	81.30	41	18.72	219	100.00

Araştırmada katılımcılara kendilerinde var olan süregen hastalıklar sorulmuş olup birden fazla hastalık belirtmelerine fırsat verilmiştir. Ancak süregen hastalığı olan katılımcıların hiçbiri ikinci bir hastalık belirtmemiştir. Çalışmada süregen hastalığı olan katılımcıların %34.15'inin solunum ile ilgili, %26.83'ünün ise tiroid ile ilgili süregen hastalığının olduğu saptanmıştır. Diğer hastalık gruplarının ise kardiyolojik hastalıklar ve diyabet olduğu belirlenmiştir (Tablo 18).

Tablo 18. Katılımcıların süregen hastalıkları

Katılımcıların süregen hastalıkları	n	%
Solunum hastalıkları	14	34.15
Tiroid hastalıkları	11	26.83
Kardiyolojik hastalıklar	8	19.51
Diyabet	8	19.51
Toplam	41	100.00

Araştırmada katılımcılara aile bireylerinde var olan süregen hastalıklar sorulmuş olup birden fazla hastalık belirtmelerine fırsat verilmiştir. Ailelerin önemli bir kısmında (%60.98) kardiyolojik hastalıkların ve diyabetin (%47.15) bulunduğu belirlenmiştir (Tablo 19).

Tablo 19. Katılımcıların ailelerinde bulunan süregen hastalıkları

Aile bireylerinin süregen hastalıkları	n	%*
Kardiyolojik hastalıklar	75	60.98
Diyabet	58	47.15
Solunum hastalıkları	17	13.82
Romatizmal hastalıklar	3	2.44
Tiroid hastalıkları	3	2.44
Toplam	123	100.00

*: katılımcılar birden fazla hastalık belirtebilmiştir

Araştırmada katılımcılara ailelerinde kanser öyküsü olup olmadığı sorulmuş olup %58.40'ının ailesinde kanser öyküsü olmadığı, %95.40'ının ailesinde serviks kanseri olmadığı belirlenmiştir (Tablo 20).

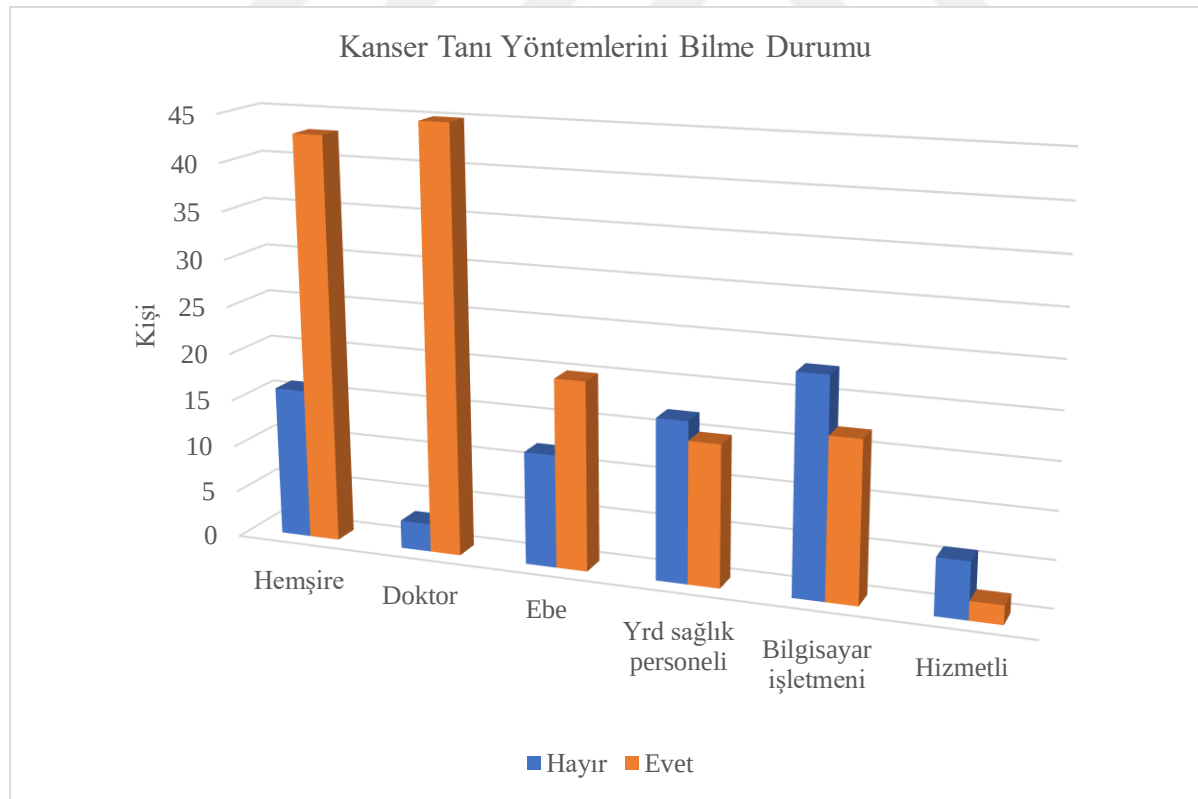
Tablo 20. Katılımcıların aile bireylerinin kanser öyküsü

Katılımcının Aile bireylerinin kanser öyküsü	Kanser		Serviks kanseri	
	n	%	n	%
Hayır	128	58.40	209	95.40
Evet	91	41.60	10	4.60
Toplam	219	100.00	219	100.00

Araştırmada, katılımcıların önemli bir kısmı kanser tarama yöntemleri ile ilgili bilgilerinin olduğunu (%64.8), ancak %35,2'si kanser tanı yöntemleri ile bilgilerinin olmadığını belirtmişlerdir (Tablo 21). Meslek grupları ile kanser tarama yöntemlerini bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir (Pearson Chi-Square 38,204; $p=0.000<0.001$). Hizmetli olarak çalışan kadınların (%75) ve bilgisayar işletmeni kadınların (%57.5) önemli bir kısmı kanser tarama yöntemlerini bilmediklerini belirtirmişlerdir. Kanser tanı yöntemlerini yüksek oranda bilenler ise sırasıyla hekimler (%93.8), hemşireler (%72.9) ve ebelerdir (%62.5) (Grafik 4).

Tablo 21. Katılımcıların meslekleri ile kanser tanı yöntemlerini bilme arasındaki ilişki

Meslekler		Kanser tanı yöntemlerini bilme		Total
		Hayır	Evet	
Doktor	n	3	45	48
	Doktorlar arasında %	6.3	93.8	100.0
	Tanı yöntemi bilme durumu arasında %	3.9	31.7	21.9
Hemşire	n	16	43	59
	Hemşireler arasında %	27.1	72.9	100.0
	Tanı yöntemi bilme durumu arasında %	20.8	30.3	26.9
Ebe	n	12	20	32
	Ebeler arasında %	37.5	62.5	100.0
	Tanı yöntemi bilme durumu arasında %	15.6	14.1	14.6
Hizmetli	n	6	2	8
	Hizmetliler arasında %	75.0	25.0	100.0
	Tanı yöntemi bilme durumu arasında %	7.8	1.4	3.7
Bilgisayar İşletmeni	n	23	17	40
	Bilgisayar işletmenleri arasında %	57.5	42.5	100.0
	Tanı yöntemi bilme durumu arasında %	29.9	12.0	18.3
Yardımcı Sağlık Personeli	n	17	15	32
	Yardımcı sağlık personeli arasında %	53.1	46.9	100.0
	Tanı yöntemi bilme durumu arasında %	22.1	10.6	14.6
Toplam	n	77	142	219
	Toplam katılımcılar arasında %	35.2	64.8	100.0
	Tanı yöntemi bilme durumu arasında %	100.0	100.0	100.0

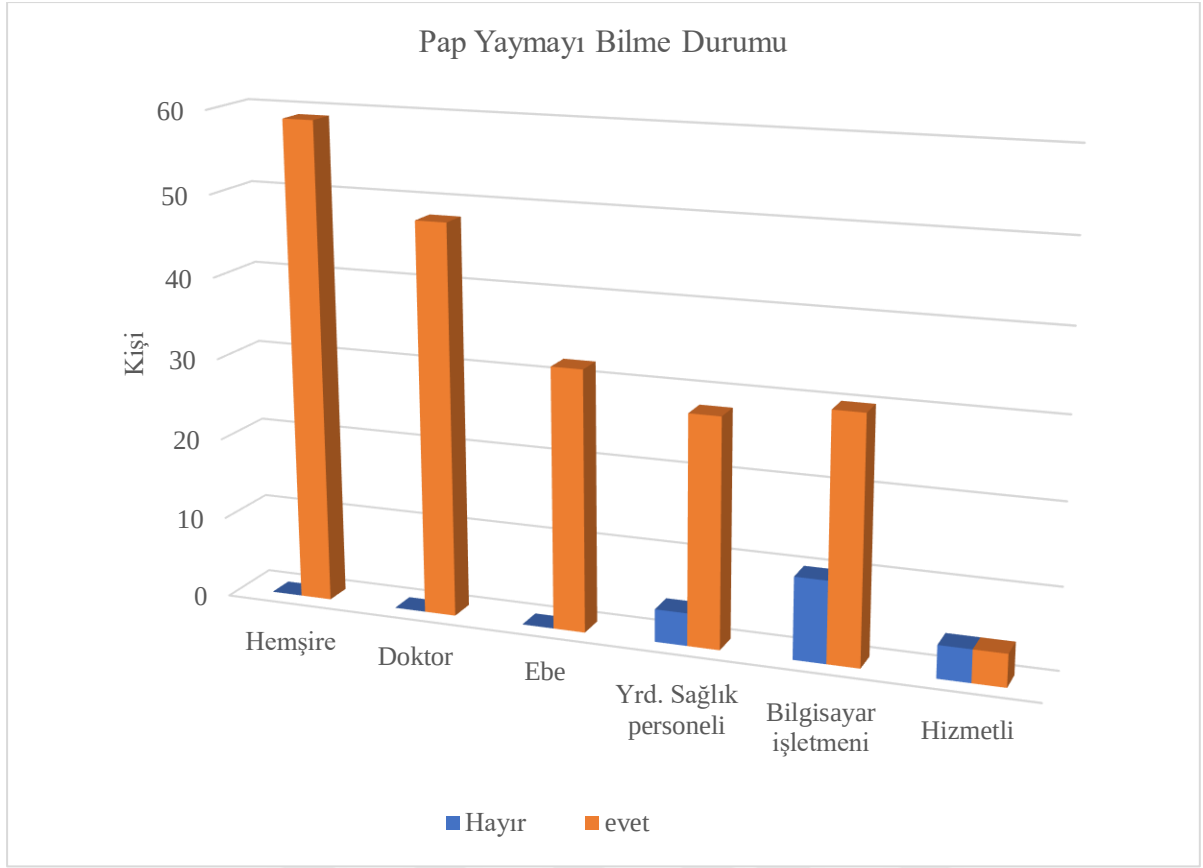


Grafik 4. Meslek grupları itibariyle kanser tanı yöntemlerini bilme durumu

Araştırmada, katılımcıların çok önemli bir kısmı pap yaymadan haberdar olduğunu (%91.8) belirtmişlerdir (Tablo 22). Meslek grupları ile pap yaymadan haberdar olma durumu arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir (Pearson Chi-Square 46,669; $p=0.000<0.001$). Çalışmada, hekimler, hemşireler ve ebelerin tamamının pap yaymadan haberdar olduğu, ancak hizmetli olarak çalışan kadınların %50'si ve bilgisayar işletmeni kadınların %25.0'i ve yardımcı sağlık personeli olarak çalışan kadınların %12.5'i pap yaymadan haberdar olmadıklarını belirtirmişlerdir (Tablo 22; Grafik 5).

Tablo 22. Katılımcıların meslekleri ile pap yaymayı duymaları arasındaki ilişki

Meslekler		Pap yaymayı duyma		Total
		Hayır	Evet	
Doktor	n	0	48	48
	Doktorlar arasında %	0.0	100.0	100.0
	Pap yaymayı duyma durumu arasında %	0.0	23.9	21.9
Hemşire	n	0	59	59
	Hemşireler arasında %	0.0	100.0	100.0
	Pap yaymayı duyma durumu arasında %	0.0	29.4	26.9
Ebe	n	0	32	32
	Ebeler arasında %	0.0	100.0	100.0
	Pap yaymayı duyma durumu arasında %	0.0	15.9	14.6
Hizmetli	n	4	4	8
	Hizmetliler arasında %	50.0	50.0	100.0
	Pap yaymayı duyma durumu arasında %	22.2	2.0	3.7
Bilgisayar İşletmeni	n	10	30	40
	Bilgisayar işletmenleri arasında %	25.0	75.0	100.0
	Pap yaymayı duyma durumu arasında %	55.6	14.9	18.3
Yardımcı Sağlık Personeli	n	4	28	32
	Yardımcı sağlık personeli arasında %	12.5	87.5	100.0
	Pap yaymayı duyma durumu arasında %	22.2	13.9	14.6
Toplam	n	18	201	219
	Toplam katılımcılar arasında %	8.2	91.8	100.0
	Pap yaymayı duyma durumu arasında %	100.0	100.0	100.0



Grafik 5. Meslek grupları itibariyle pap yaymayı duyma durumu

Araştırmada, katılımcıların kanser tanı yöntemlerini bilme durumu ile pap yaymayı duyma durumu arasındaki farkın anlamlılığı Fisher's Exact Testi uygulanarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (Kikare=24.834; $P=0.000<0.001$). Kanser tanı yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmadığını belirten katılımcıların (%35.2) %79.2'si pap yaymayı duyduklarını ve bildiklerini belirtmişlerdir. Ancak kanser tanı yöntemlerini bildiğini ifade eden katılımcıların (%64.8) çok önemli bir kısmının (%98.6) aynı zamanda pap yaymadan da haberdar olduğu saptanmıştır (Tablo 23).

Tablo 23. Katılımcıların kanser tanı yöntemlerini bilme ve pap yayma bilme durumu

			Pap yayma duyma durumu		Toplam
			Hayır	Evet	
Kanser Tanı yöntemi bilme durumu	Hayır	n	16	61	77
		Tanı yöntem bilme durumu arasında %	20.8	79.2	100.0
		Pap yayma bilme durumu arasında %	88.9	30.3	35.2
	Evet	n	2	140	142
		Tanı yöntem bilme durumu arasında %	1.4	98.6	100.0
		Pap yayma bilme durumu arasında %	11.1	69.7	64.8
Toplam		n	18	201	219
		Tanı yöntem bilme durumu arasında %	8,2	91.8	100.0
		Pap yayma duyma durumu arasında %	100,0	100.0	100.0

Araştırmada, yaş grupları ile kanser tanı yöntemlerini bilme arasındaki farklılığın anlamlı olduğu (Pearson Chi-Square: 9,569; $p= 0.023<0.05$) belirlenmiştir. Yaş grupları arasında farklılığın 46 yaş ve üzeri grupta olanlarda olduğu saptanmıştır. Nitekim 46 ve üzeri yaşta olan katılımcıları önemli bir kısmı (%80.0) kanser tanı yöntemlerini bilmediklerini belirtmişlerdir (Tablo 24).

Tablo 24. Yaş gruplarına göre kanser tanı yöntemlerini bilme durumu

			Kanser tanı yöntemlerini bilme durumu		Toplam
			Hayır	Evet	
Yaş Grupları	20-30	n	46	88	134
		20-30 yaş arasında %	34.3	65.7	100.0
		Tanı yöntem bilme durumu arasında%	59.7	62.0	61.2
	31-40	n	19	44	63
		31-40 yaş arasında %	30.2	69.8	100.0
		Tanı yöntem bilme durumu arasında%	24.7	31.0	28.8
	41-45	n	4	8	12
		41-45 yaş arasında %	33.3	66.7	100.0
		Tanı yöntem bilme durumu arasında%	5.2	5.6	5.5
	46+	n	8	2	10
		46+ yaş arasında %	80.0	20.0	100.0
		Tanı yöntem bilme durumu arasında%	10.4	1.4	4.6
Toplam		n	77	142	219
		Toplam katılımcılar arasında %	35.2	64.8	100.0
		Tanı yöntem bilme durumu arasında%	100.0	100.0	100.0

Araştırmada, katılımcıların yaş grupları ile pap yaymayı duyma durumu arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir (Pearson Chi-Square: 14,857; $p=0.002<0.05$). Söz konusu gruplar arası farklılığın 46 ve üzeri yaş grubunda olduğu saptanmıştır (Tablo 25).

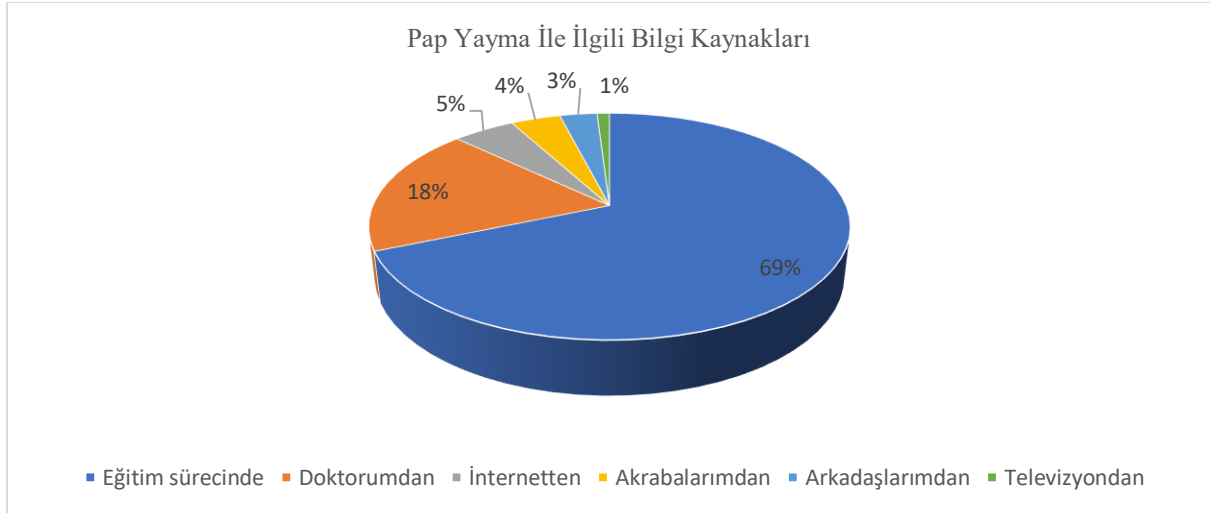
Tablo 25. Yaş gruplarına göre pap yayma duyma durumu

			Pap yayma duyma durumu		Toplam
			Hayır	Evet	
Yaş grupları	20-30	n	10	124	134
		20-30 yaş arasında %	7,5	92,5	100,0
		Pap yaymayı duyma durumu arasında %	55,6	61,7	61,2
	31-40	n	4	59	63
		31-40 yaş arasında %	6,3	93,7	100,0
		Pap yaymayı duyma durumu arasında %	22,2	29,4	28,8
	41-45	n	0	12	12
		41-45 yaş arasında %	0,0	100,0	100,0
		Pap yaymayı duyma durumu arasında %	0,0	6,0	5,5
	46+	n	4	6	10
		46+ yaş arasında %	40,0	60,0	100,0
		Pap yaymayı duyma durumu arasında %	22,2	3,0	4,6
Toplam		n	18	201	219
		Toplam katılımcılar arasında %	8,2	91,8	100,0
		Pap yaymayı duyma durumu arasında %	100,0	100,0	100,0

Araştırmada katılımcıların önemli bir kısmı (%63.0) eğitim öğretim süreçlerinde veya muayeneye gittiği ya da birlikte çalıştığı doktordan (%16.9) pap yayma ile ilgili bilgilendiklerini belirtmişlerdir (Tablo 26; Grafik 6).

Tablo 26. Katılımcıların pap yayma ile ilgili bilgi kaynakları

Pap yayma ile ilgili bilgilendirme kaynakları	n	%
Eğitim sürecinde	138	68.7
Doktorumdan	37	18.4
İnternette	10	5.0
Akrabalarımın	8	4.0
Arkadaşlarımdan	6	3.0
Televizyondan	2	1.0
Toplam	201	100.0



Grafik 6. Katılımcıların pap yayma ile ilgili bilgi kaynakları

Katılımcıların Pap yaymayla ilgili bilgi kaynakları ile meslekleri arasındaki ilişki pearson ki kare testi ile belirlenmiş olup, bilgi kaynakları ile meslekler arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır (Pearson Ki Kare=144.920; $p=0.000<0.001$) (Tablo 27).

Tablo 27. Katılımcıların Pap yaymayla ilgili bilgi kaynakları ile meslekleri arasındaki ilişki

		Nereden duyulduğu						Toplam
		Eğitim süresinde	Akraba	İnternet	Televizyon	Doktorlar	Arkadaş	
Doktor	n	48	0	0	0	0	0	48
	Doktorlar arasında %	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
	Duyulan kaynaklar arasında %	34.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	23.9
Hemşire	n	44	2	3	0	10	0	59
	Hemşireler arasında %	74.6	3.4	5.1	0.0	16.9	0.0	100.0
	Duyulan kaynaklar arasında %	31.9	25.0	30.0	0.0	27.0	0.0	29.4
Ebe	n	30	0	0	0	2	0	32
	Ebeler arasında %	93.8	0.0	0.0	0.0	6.3	0.0	100.0
	Duyulan kaynaklar arasında %	21.7	0.0	0.0	0.0	5.4	0.0	15.9
Hizmetli	n	0	0	0	1	2	1	4
	Hizmetliler arasında %	0.0	0.0	0.0	25.0	50.0	25.0	100.0
	Duyulan kaynaklar arasında %	0.0	0.0	0.0	50.0	5.4	16.7	2.0
Bilgisayar işletmeni	n	0	4	4	0	18	4	30
	Bilgisayar işletmenleri arasında %	0.0	13.3	13.3	0.0	60.0	13.3	100.0
	Duyulan kaynaklar arasında %	0.0	50.0	40.0	0.0	48.6	66.7	14.9
	n	16	2	3	1	5	1	28

Yard. Sağlık personeli	Yard. Sağlık personeli arasında %	57.1	7.1	10.7	3.6	17.9	3.6	100.0
	Duyulan kaynaklar arasında %	11.6	25.0	30.0	50.0	13.5	16.7	13.9
Toplam	n	138	8	10	2	37	6	201
	Toplam meslekler arasında %	68.7	4.0	5.0	1.0	18.4	3.0	100.0
	Toplam duyanlar arasında %	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Araştırmada katılımcıların pap yayma bilme durumu ile smear yaptırma zamanını bilme durumu Fisher Exact testi ile değerlendirilmiş olup istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır (Fisher Exact 15,656; $p=0.000<0.001$) (Tablo 28).

Tablo 28. Katılımcıların PAP yayma smear duyma durumu ve smear yaptırma zamanını bilme durumu istatistiği

			Smear Yaptırma Zamanını Bilme Durumu		Total
			Hayır	Evet	
PAP YAYMA SMEAR DUYMA DURUMU	Hayır	n	17	1	18
		PAP Yayma Duyma Durumu (%)	94,4	5,6	100,0
		Smear Yaptırma Zamanını Bilme Durumu (%)	15,6	0,9	8,2
	Evet	n	92	109	201
		PAP Yayma Duyma Durumu (%)	45,8	54,2	100,0
		Smear Yaptırma Zamanını Bilme Durumu (%)	84,4	99,1	91,8
Total		n	109	110	219
		PAP Yayma Duyma Durumu (%)	49,8	50,2	100,0
		Smear Yaptırma Zamanını Bilme Durumu (%)	100,0	100,0	100,0

Araştırmada katılımcıların serviks kanseri algısı 20 maddelik 3'lü likert tipi ifadelerle katılımları ile ölçülmüş olup ölçeğin güvenirliği Cronbach alfa ile değerlendirilmiştir. Çalışmada ölçeğin %74.0 düzeyinde güvenilir olduğu, ifadelerle verilen puanların $1,19\pm 0,53$ ile $2,74\pm 0,57$ arasında değiştiği ve genel ortalamasının 1.969 varyansının ise 0,216 olduğu belirlenmiştir (Tablo 29).

Tablo 29. Güvenilirlik istatistikleri

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
0,740	0,736	20

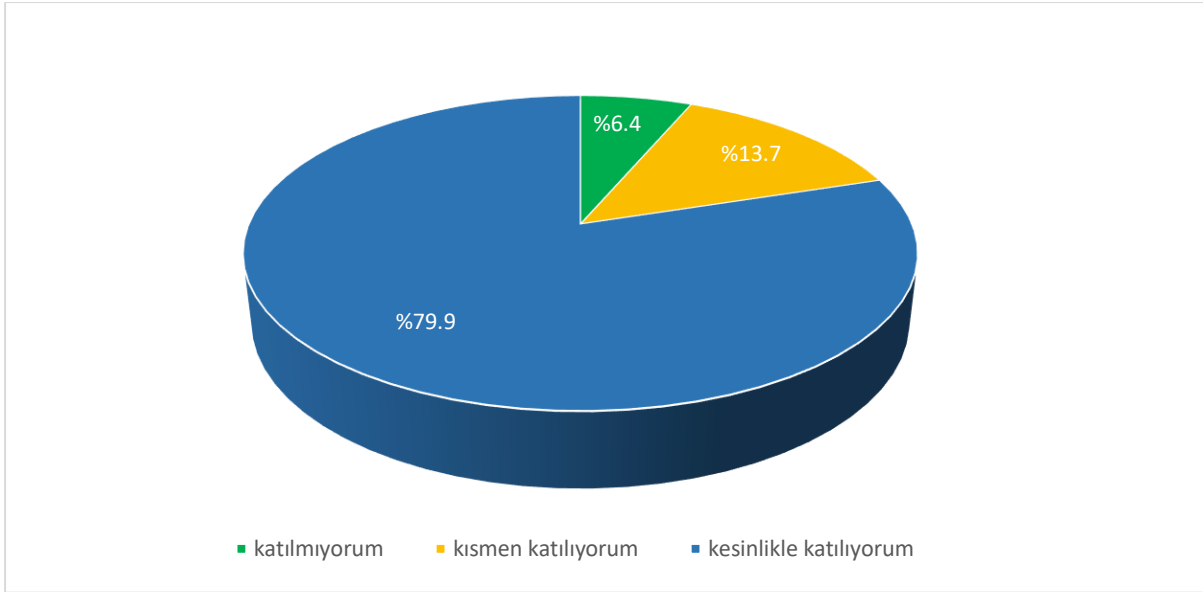
Araştırmada, pap yaymanın tanı ve tedavi olanağı sunuyor olduğu (2.74), çok eşliliğin serviks kanserlerini artırdığı (2.72), sigaranın serviks kanseri riskini artırdığı (2.58), erken cinsel deneyim yaşının serviks kanseri riskini artırdığı (2.25), HPV enfeksiyonunun serviks kanseri için bir risk faktörü olduğu (2.51), HPV aşısının serviks kanserini önlemede rolünün olduğu (2.44) ifadelerine katılımın ortalamadan yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca özel sağlık kuruluşlarında ücretli olarak yapılması da (2.31) pap yayma testi ile ilgili tutumlarında ortalamadan yüksek olarak saptanmıştır. Doğumların riski azalttığı ile ilgili ifadeye katılımın (2.05) genel ortalama ile hemen hemen denk olduğu belirlenmiştir (Tablo 30). Bu durum doğum olgusunun serviks kanseri üzerine etkisinin hem olumlu ve hem de olumsuz etkilerinin olduğunu düşünenlerin varlığından kaynaklanmaktadır.

Tablo 30. Serviks kanser algısının Cronbach alfa analizi tablosu

İfadeler	Ortalama $\pm$ Std.Sapma	Genel ortalama	Cronbach's Alpha
Serviks Kanseri Taramasına Katılmak Erken Tanı ve Tedavi Olanağı Sağlar	2,74 $\pm$ 0,57	1,969	0.740
Çok Eşlilik Serviks Kanseri Riskini Arttırır	2,72 $\pm$ 0,60		
Sigara İçmek Serviks Kanseri Riskini Arttırır	2,58 $\pm$ 0,63		
Hpv Enfeksiyonu Serviks Kanseri Açısından Risk Faktörüdür	2,51 $\pm$ 0,74		
Hpv Aşısının Serviks Kanserini Önlemede Rolü Vardır	2,44 $\pm$ 0,70		
Pap Smear Testinin Bazı Kliniklerde Ücretli Yapılması Yaygınlaşmasını Olumsuz Etkiliyor	2,31 $\pm$ 0,77		
İlk Cinsel Deneyim Yaşının Erken Olması Serviks Kanseri Riskini Arttırır	2,25 $\pm$ 0,79		
Doğum Yapmak Serviks Kanseri Riskini Azaltır	2,05 $\pm$ 0,77		
Jinekolojik Muayeneye Gittiğim Doktorun Cinsiyetinin Kadın Olmasını Tercih Ederim	1,89 $\pm$ 0,82		

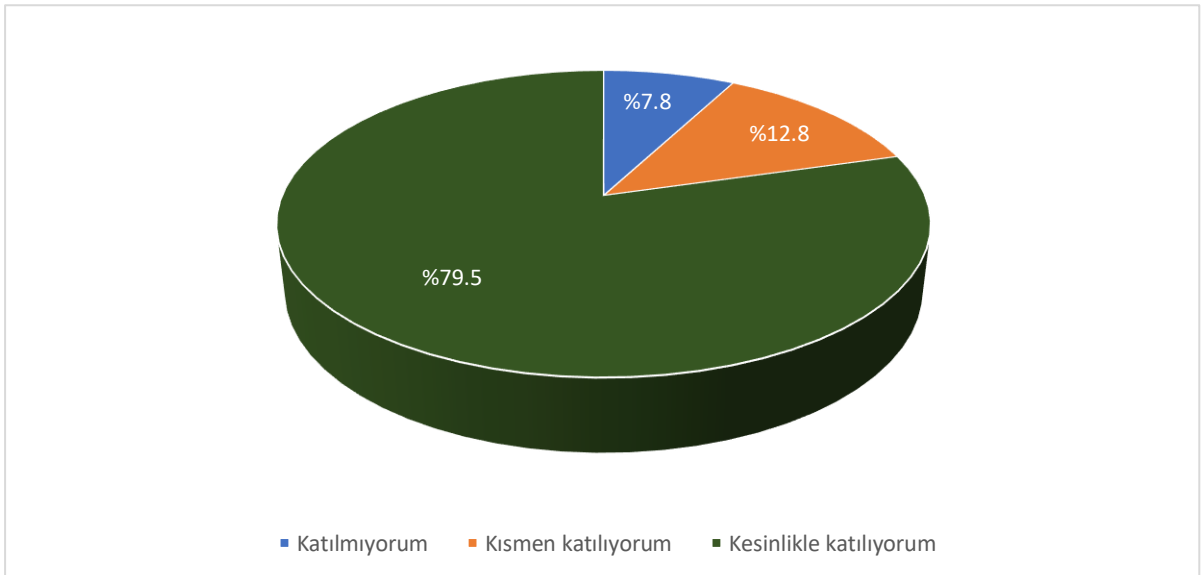
Jinekolojik Muayeneden ve Pap Smear Testinden Korkuyorum	1,88±0,82		
Pap Smear testini Ailemden de Yaptırmanı Duymuyorum	1,87±0,86		
Kendi Çalıştığım Hastanede Smear Aldırmaktan Çekiniyorum	1,86±0,89		
Jinekolojik Muayene Sırasında Acı Çekeceğimden Korkuyorum	1,86±0,81		
Pap Smear Testinin Yapıldığı Koltuktan Hoşlanmadığımdan Kaçınıyorum	1,71±0,82		
Erken Tanı ve Tedavinin Serviks Kanseri Gidişatını İyi Yönde Etkileceğini Bildiğim Halde Korktuğum İçin Tarama Yaptırmıyorum	1,65±0,79		
Smear Aldırma Esnasında Hastalık Kapacağımdan Korkuyorum	1,58±0,76		
Çalıştığım Hastane Dışında Bir Hastaneye Gitmeye Zamanım Olmadığından Taramaya Katılmıyorum	1,58±0,77		
Serviks Kanseri Önlemek İçin Aşı veya Başka Koruma Yöntemleri Yoktur	1,41±0,65		
Rahim İçi Araç Kullandığım İçin Smear Aldırmaktan Korkuyorum	1,31±0,62		
Eşim Serviks Kanseri Taramasını Gereksiz Buluyor	1,19±0,53		

Araştırmada, katılımcılar serviks kanseri taramalarının erken tanı ve tedavi olanağı sağladığı ile ilgili ifadeye toplam ortalamanın üzerinde puanla katılım göstermiştir (2.74) (Tablo 30). Çalışmada katılımcıların %79.9'unun bu ifadeyle tam olarak hemfikir olduğu belirlenmiştir. Bu görüşe katılmayanların oranı ise %6.4 olarak saptanmıştır (Grafik 7).



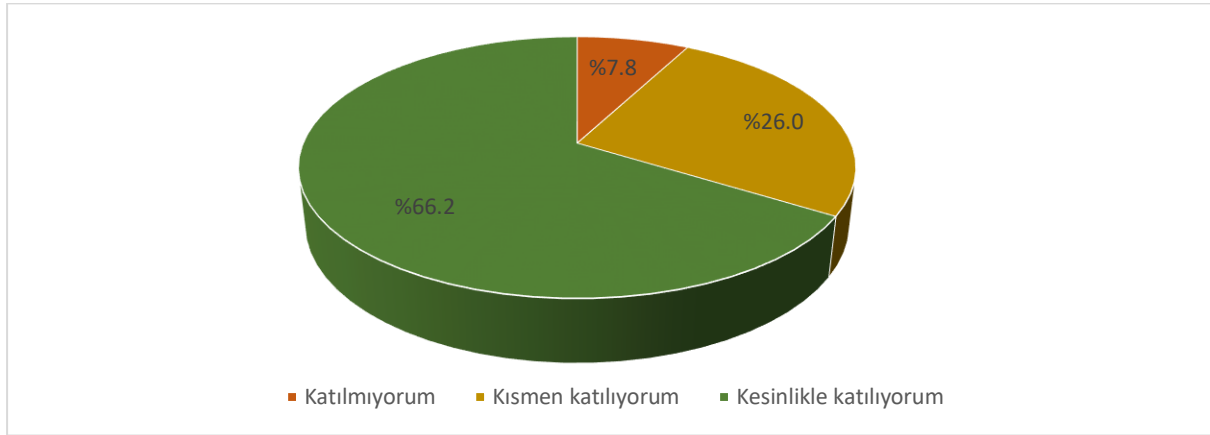
Grafik 7. “Serviks kanseri taramasına katılmak erken tanı ve tedavi olanağı sağlar” ifadesine katılım

Araştırmada, katılımcılar çok eşliliğin serviks kanseri riskini artırdığı ile ilgili ifadeye toplam ortalamanın üzerinde puanla katılım göstermiştir (2.72) (Tablo 30). Çalışmada katılımcıların %79.5’inin bu ifadeyle tam olarak hemfikir olduğu belirlenmiştir. Bu görüşe katılmayanların oranı ise %7.8 olarak saptanmıştır (Grafik 8).



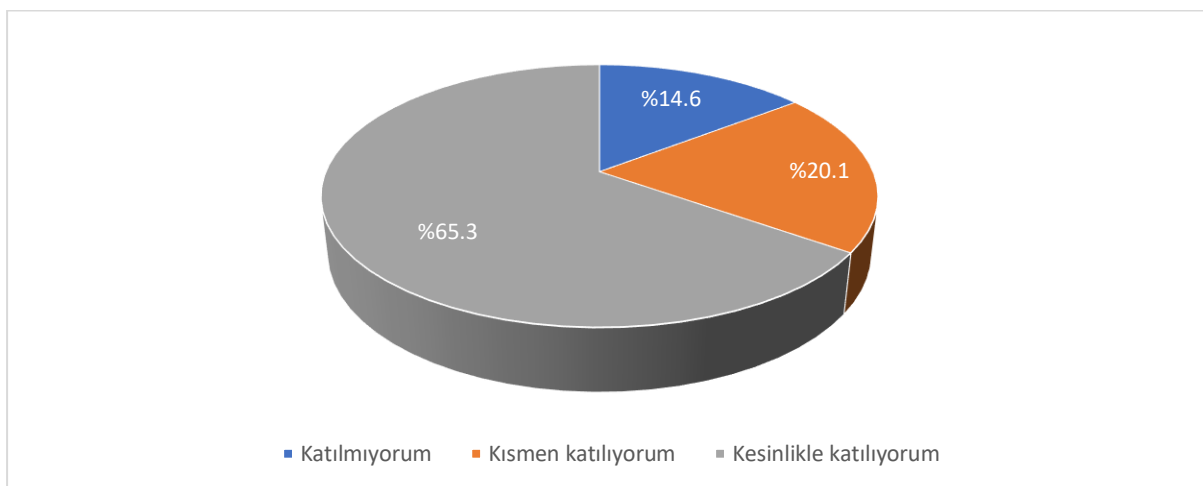
Grafik 8. “Çok eşlilik serviks kanseri riskini arttırır” ifadesine katılım grafiği

Araştırmada, katılımcılar sigaranın serviks kanseri riskini artırdığı ile ilgili ifadeye toplam ortalamanın üzerinde puanla katılım göstermiştir (2.58) (Tablo 30). Çalışmada katılımcıların %66.2’sinin bu ifadeyle tam olarak hemfikir olduğu belirlenmiştir. Bu görüşe katılmayanların oranı ise %26.0 olarak saptanmıştır (Grafik 9).



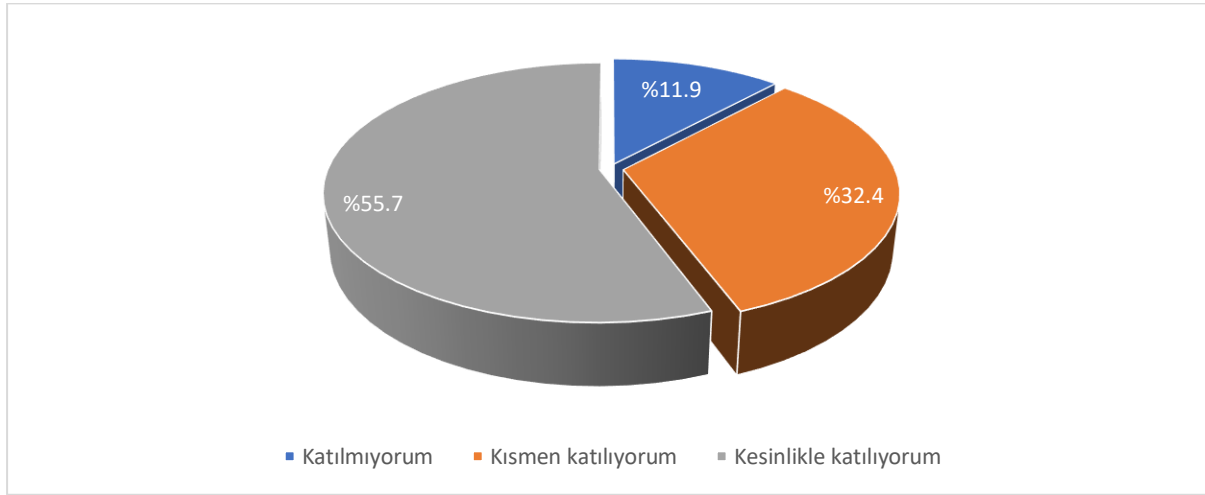
Grafik 9. “Sigara serviks kanseri riskini artırır” ifadesine katılım grafiği

Araştırmada, katılımcılar “Human PapillomaVirus (HPV) enfeksiyonu serviks kanseri açısından bir risk faktörüdür” ifadesine toplam ortalamanın üzerinde puanla katılım göstermiştir (2.51) (Tablo 30). Çalışmada katılımcıların %65.3’ünün bu ifadeyle tam olarak hemfikir olduğu belirlenmiştir. Bu görüşe kısmen katılanların oranı %20.1 iken, %14.6’sının katılmadığı saptanmıştır (Grafik 10).



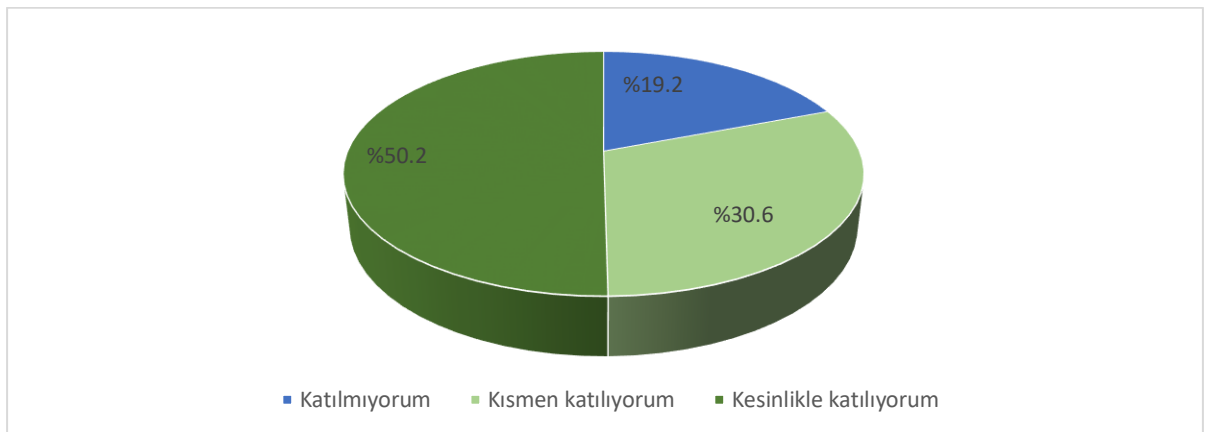
Grafik 10. “Human PapillomaVirus (HPV) enfeksiyonu serviks kanseri açısından bir risk faktörüdür” ifadesine katılım grafiği

Araştırmada, katılımcılar “HPV aşısının Serviks kanserini önlemede rolü bulunmaktadır” ifadesine toplam ortalamanın üzerinde puanla katılım göstermiştir (2.44) (Tablo 30). Çalışmada katılımcıların %55.7’sinin bu ifadeyle tam olarak hemfikir olduğu belirlenmiştir. Bu görüşe kısmen katılanların oranı %32.4 iken, %11.9’unun katılmadığı saptanmıştır (Grafik 11).



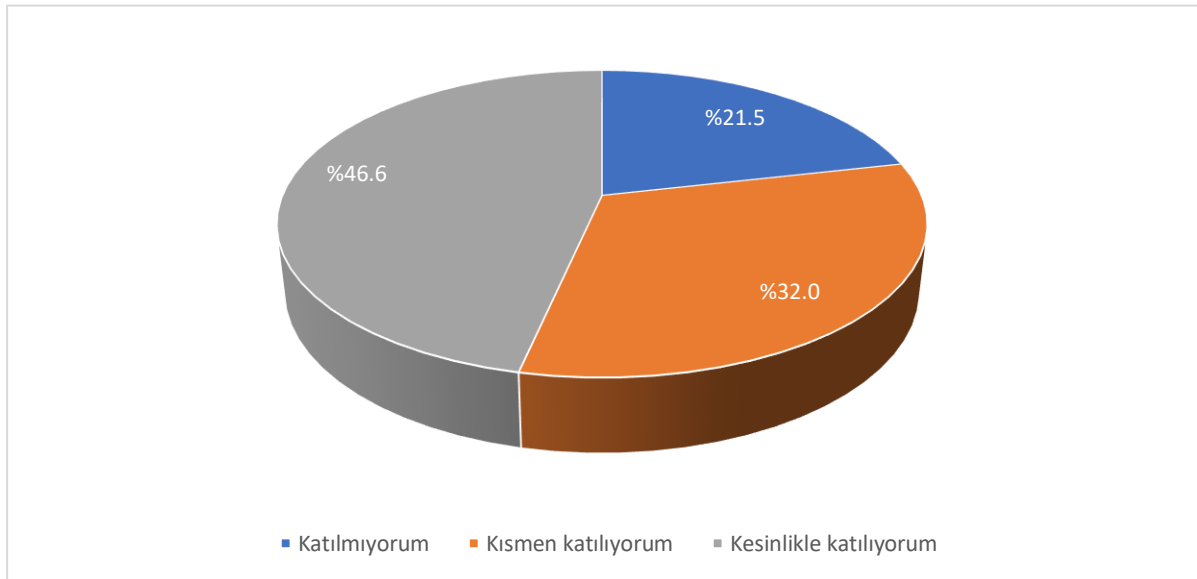
Grafik 11. “HPV aşısının Serviks kanserini önlemede rolü bulunmaktadır” ifadesine katılım grafiği

Araştırmada, katılımcılar “Pap yayma (smear) testinin bazı hastaneler ve kliniklerde ücretli yapılması yaygınlaşmasını olumsuz etkiliyor” ifadesine toplam ortalamanın üzerinde puanla katılım göstermiştir (2.31) (Tablo 30). Çalışmada katılımcıların yarısının (%50.2) bu ifadeyle tam olarak hemfikir olduğu belirlenmiştir. Bu görüşe kısmen katılanların oranı %30.6 iken, %19.2’sinin katılmadığı saptanmıştır (Grafik 12).



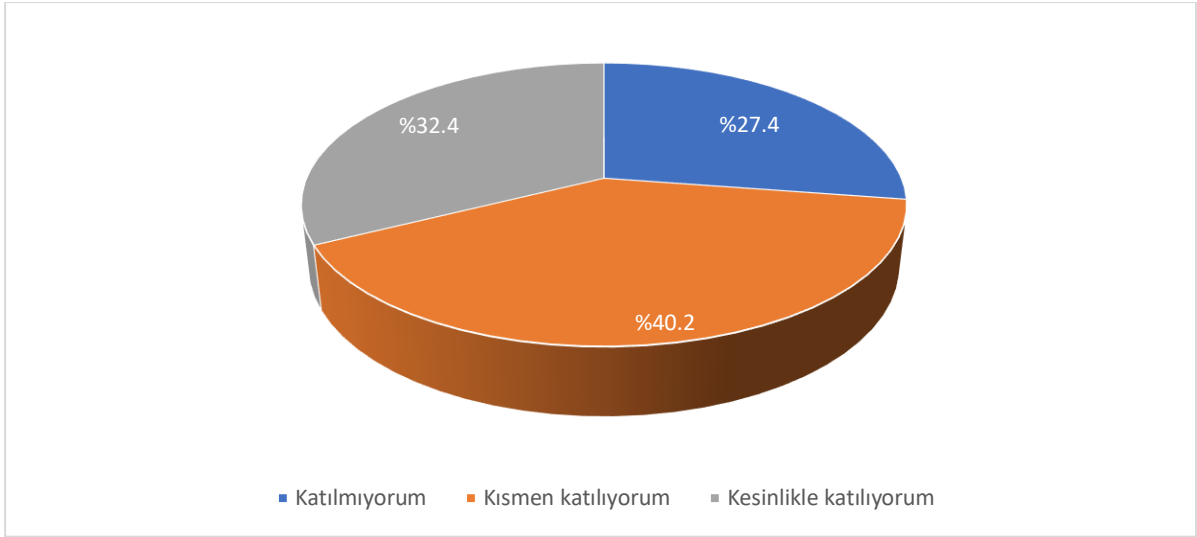
Grafik 12. ‘Pap yayma (smear) testinin bazı hastaneler ve kliniklerde ücretli yapılması yaygınlaşmasını olumsuz etkiliyor.’ katılım grafiği

Araştırmada, katılımcılar “İlk cinsel deneyim yaşının erken olması serviks kanserini riskini arttırır” ifadesine toplam ortalamanın üzerinde puanla katılım göstermiştir (2.25) (Tablo 30). Çalışmada katılımcıların %46.6’sının bu ifadeyle tam olarak hemfikir olduğu belirlenmiştir. Bu görüşe kısmen katılanların oranı %32.0 iken, %21.5’inin katılmadığı saptanmıştır (Grafik 13).



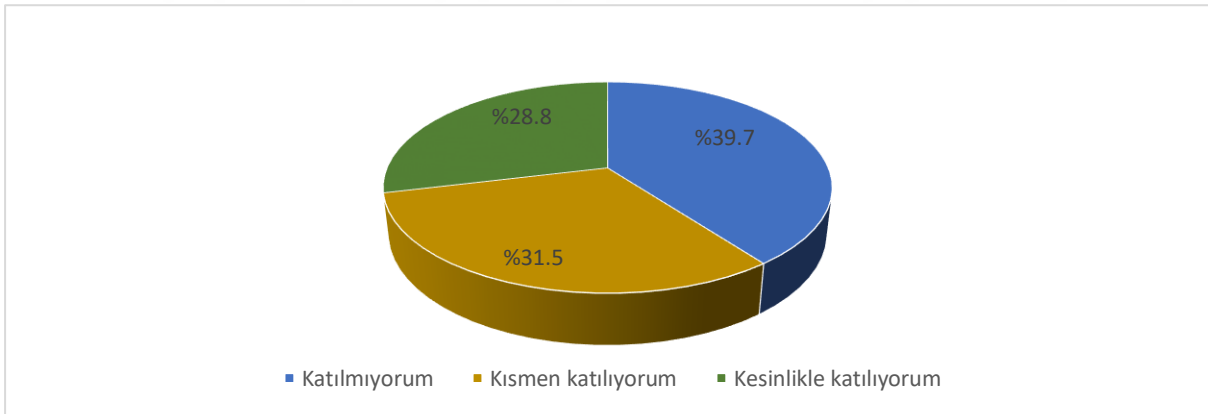
Grafik 13. “İlk cinsel deneyim yaşının erken olması serviks kanserini riskini arttırır” ifadesine katılım grafiği

Araştırmada, katılımcılar “Doğum yapmak serviks kanseri riskini azaltır” ifadesine toplam ortalamanın üzerinde puanla katılım göstermiştir (2.05) (Tablo 30). Çalışmada katılımcıların %40.2’sinin bu ifadeye kısmen katıldığı belirlenmiştir. Bu ifadeyle tam olarak hemfikir olduğunu belirtenlerin oranı %32.4 iken, %27.4’ünün katılmadığı saptanmıştır (Grafik 14).



Grafik 14. “Doğum yapmak serviks kanseri riskini azaltır” ifadesine katılım grafiği

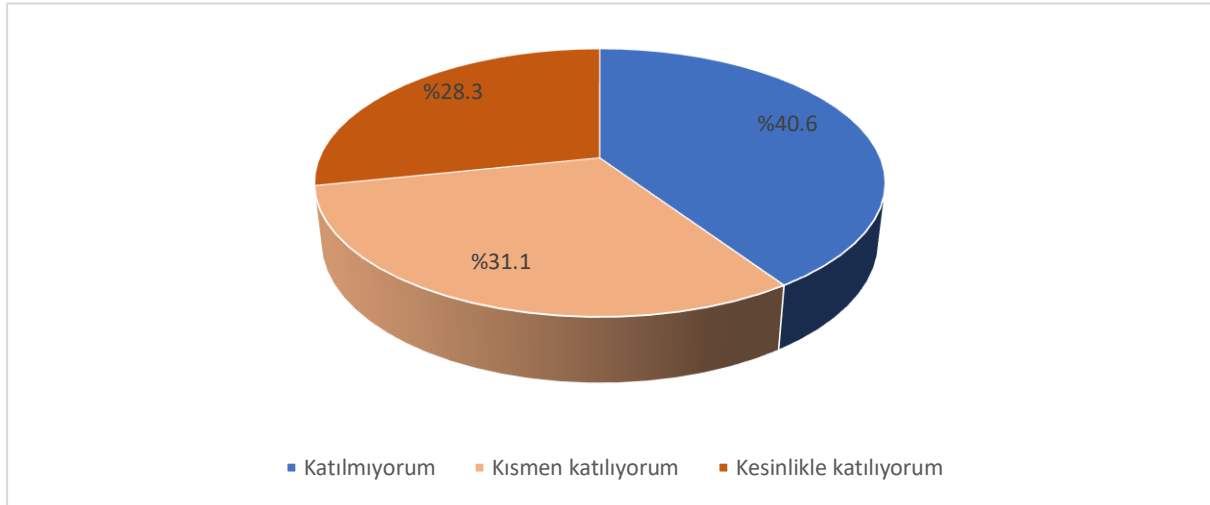
Araştırmada, katılımcılar “Jinekolojik muayeneye gittiğim doktorun cinsiyetinin kadın olmasını tercih ederim” ifadesine toplam ortalamanın altında puanla katılım göstermiştir (1.89) (Tablo 30). Çalışmada katılımcıların %39.7’sinin bu ifadeye katılmadığı belirlenmiştir. Bu ifadeyle kısmen katıldığını belirtenlerin oranı %31.5 iken; %28.8’inin tamamen hemfikir olduğu yani muayene olacağı doktorun cinsiyetinin kadın olmasını tercih ettiği saptanmıştır (Grafik 15).



Grafik 15. “Jinekolojik muayeneye gittiğim doktorun cinsiyetinin kadın olmasını tercih ederim” ifadesine katılım grafiği

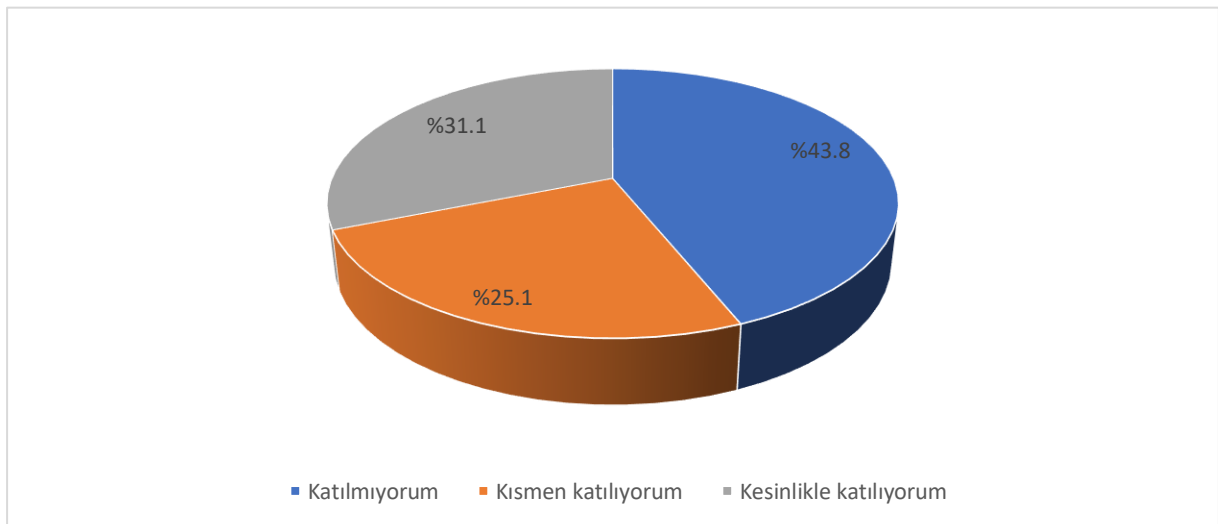
Araştırmada, katılımcılar “Jinekolojik muayeneye gitmekten ve pap yayma (smear) testi yaptırmaktan korkuyorum” ifadesine toplam ortalamanın altında puanla katılım göstermiştir (1.88) (Tablo 30). Çalışmada katılımcıların %40.6’sının bu ifadeye katılmadığı, muayeneye gitmekten ve pap yayma testi yaptırmaktan korkmadığı belirlenmiştir. Bu ifadeye kısmen katıldığını belirtenlerin oranı %31.1 iken; %28.3’ünün tamamen hemfikir olduğu yani

jinekolojik muayeneye gitmekten ve pap yayma testi yaptırmaktan korktuğu saptanmıştır (Grafik 16).



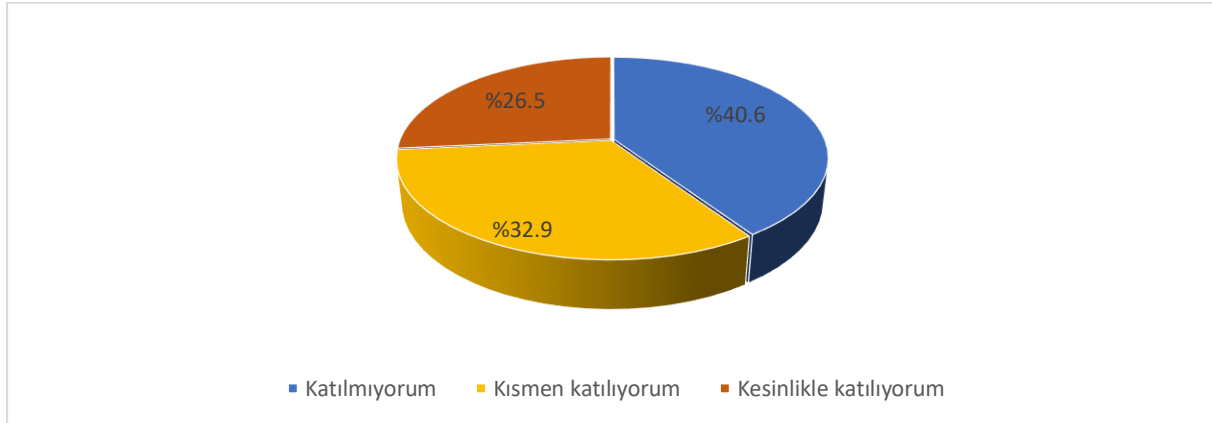
Grafik 16. “Jinekolojik muayeneye gitmekten ve pap yayma (smear) testi yaptırmaktan korkuyorum” ifadesine katılım grafiği

Araştırmada, katılımcılar “Smear testini ailemden de yaptırmanı duymadım” ifadesine toplam ortalamanın altında puanla katılım göstermiştir (1.87) (Tablo 30). Çalışmada katılımcıların %43.8’inin bu ifadeye katılmadığı belirlenmiştir. Bu ifadeye kısmen katıldığını belirtenlerin oranı %25.1 iken; %31.1’inin tamamen hemfikir olduğu yani ailesinden smear testini yaptırmanı duymadığı saptanmıştır (Grafik 17).



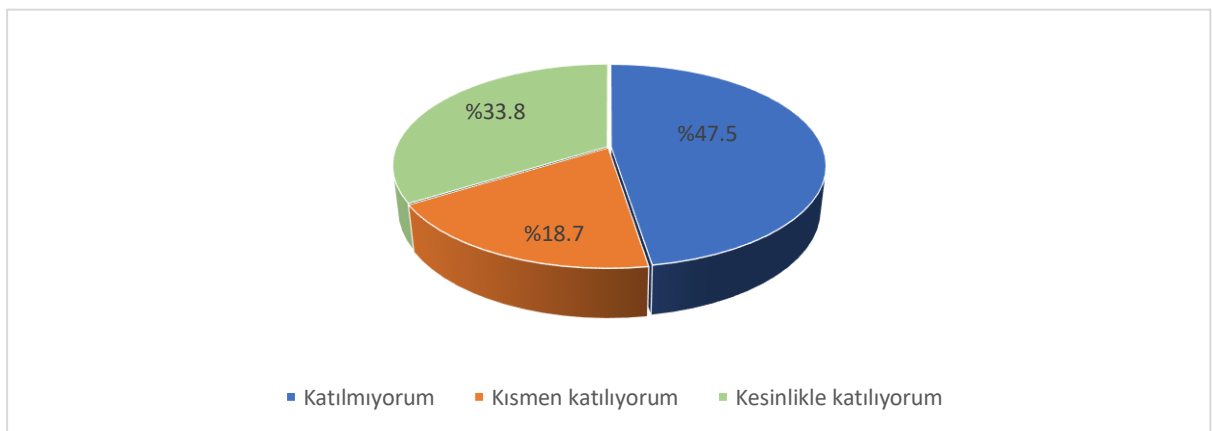
Grafik 17. “Smear testini ailemden de yaptırmanı duymadım” ifadesine katılım grafiği

Araştırmada, katılımcılar “Jinekolojik muayene esnasında çok acı çekeceğimden korkuyorum” ifadesine toplam ortalamanın altında puanla katılım göstermiştir (1.86) (Tablo 30). Çalışmada katılımcıların %40.6’sının bu ifadeye katılmadığı, jinekolojik muayene esnasında acı çekeceğini düşünmediği belirlenmiştir. Bu ifadeye kısmen katıldığını belirtenlerin oranı %32.9 iken; %26.5’inin tamamen hemfikir olduğu yani jinekolojik muayene esnasında çok acı çekeceğinden korktuğu saptanmıştır (Grafik 18).



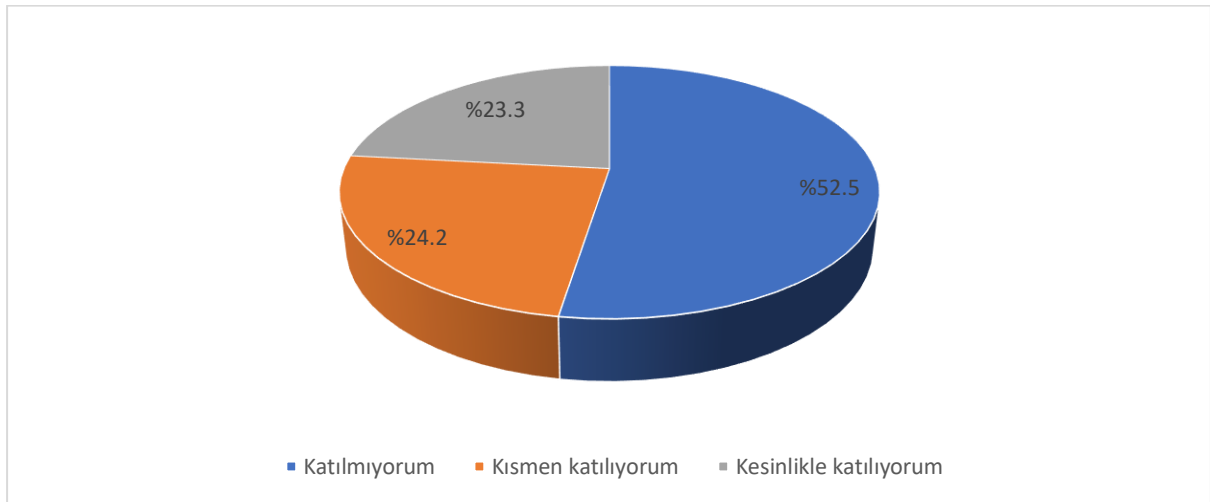
Grafik 18. “Jinekolojik muayene esnasında çok acı çekeceğimden korkuyorum” İfadesine katılım grafiği

Araştırmada, katılımcılar “Kendi çalıştığım hastanede smear aldirmaktan çekiniyorum” ifadesine toplam ortalamanın altında puanla katılım göstermiştir (1.86) (Tablo 30). Çalışmada katılımcıların %47.5’inin bu ifadeye katılmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların %33.8’inin bu ifade ile tamamen hemfikir olduğu, yani kendi çalıştığı hastanede smear aldirmaktan çekindiği saptanmıştır. Smear aldırma konusunda kendi hastanesinde kısmen çekiniklik yaşadığını belirtenlerin oranının ise %18.7 olduğu saptanmıştır (Grafik 19).



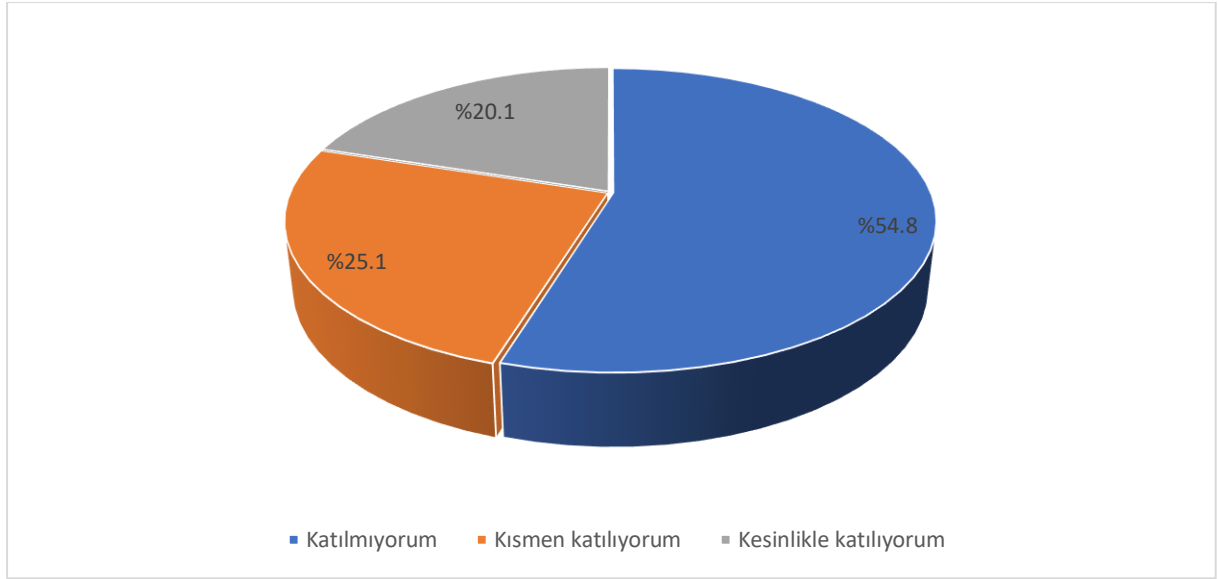
Grafik 19. “Kendi çalıştığım hastanede smear aldirmaktan çekiniyorum” ifadesine katılım grafiği

Araştırmada, katılımcılar “Smear testi alınan koltuktan hoşlanmadığımdan yaptırmaktan kaçınıyorum” ifadesine toplam ortalamanın altında puanla katılım göstermiştir (1.71) (Tablo 30). Çalışmada katılımcıların %52.5’inin bu ifadeye katılmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların %23.3’ bu ifade ile tamamen hemfikir olduğu, yani muayene koltuğundan hoşlanmadığı için smeartesti yaptırmaktan kaçındığı saptanmıştır. İfadeye kısmen katılanların oranının ise %24.2 olduğu saptanmıştır (Grafik 20).



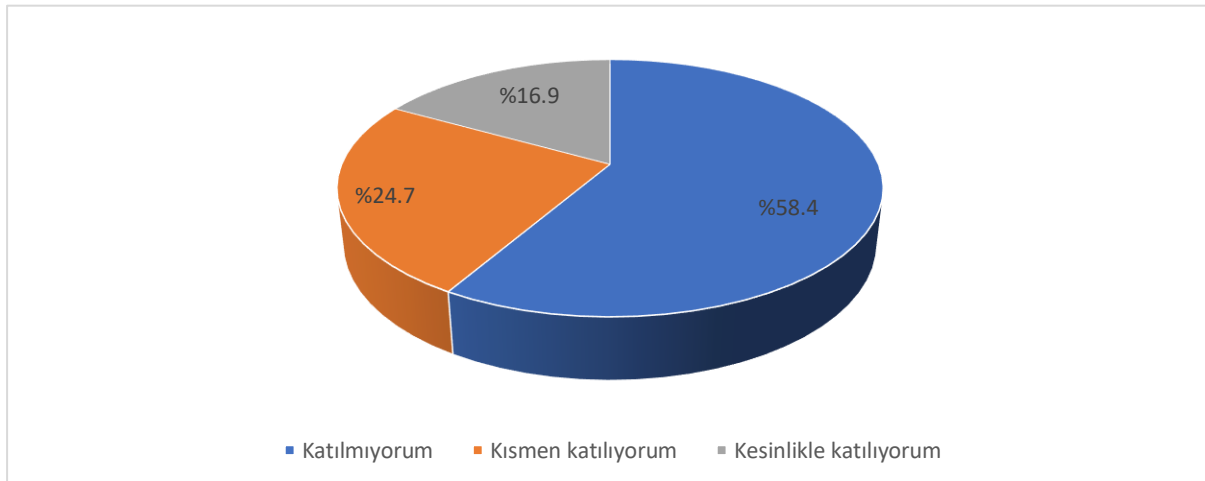
Grafik 20. “Smear testi alınan koltuktan hoşlanmadığımdan yaptırmaktan kaçınıyorum” ifadesine katılım grafiği

Araştırmada, katılımcılar “Erken tanı ve tedavinin Serviks kanserinin gidişatını iyi yönde etkileyeceğini bildiğim halde korktuğum için tarama yaptırmıyorum” ifadesine toplam ortalamanın altında puanla katılım göstermiştir (1.65) (Tablo 30). Çalışmada katılımcıların %54.8’inin bu ifadeye katılmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların %20.1’i bu ifade ile tamamen hemfikir olduğu, yani bilgi sahibi olduğu halde korktuğu için tarama yaptırmadığı saptanmıştır. İfadeye kısmen katılanların oranının ise %25.1 olduğu saptanmıştır (Grafik 21).



Grafik 21. “Erken tanı ve tedavinin Serviks kanserinin gidişatını iyi yönde etkileyeceğini bildiğim halde korktuğum için tarama yaptırmıyorum” ifadesine katılım grafiği

Araştırmada, katılımcılar “Smear aldırma esnasında hastalık kapacağımdan korkuyorum” ifadesine toplam ortalamanın altında puanla katılım göstermiştir (1.58) (Tablo 30). Çalışmada katılımcıların %58.4’ünün bu ifadeye katılmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların %16.9’u bu ifade ile tamamen hemfikir olduğu, yani smear aldırma esnasında hastalık kapacağını düşündüğü saptanmıştır. İfadeye kısmen katılanların oranının ise %24.7 olduğu saptanmıştır (Grafik 22).



Grafik 22. “Smear aldırma esnasında hastalık kapacağımdan korkuyorum” ifadesine katılım grafiği

Araştırmada, katılımcıların ifadelerine katılımı bakımından meslek grupları arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığı Kruskal Wallis H testi ile belirlenmiş olup meslek grupları arasında farklılığın anlamlı olduğu ifadeler ile ilgili analiz sonuçları Tablo 32’de verilmiştir. Erken cinsel deneyim yaşının serviks kanseri riskini artırdığı ile ilgili ifadelerine katılımda meslek grupları arası farklılığın anlamlı olduğu ($p=0.000<0.001$) belirlenmiştir. Aşı veya başka yöntemlerin olmadığı ($p=0.000<0.001$), HPV virüsünün bir risk faktörü olduğu ($p=0.000<0.001$), çok eşliliğin riski artırdığı ($p=0.000<0.001$), HPV aşısının önlemede etkili olduğu ($p=0.000<0.001$) ve sigaranın riski artırdığı ($p=0.005<0.05$) ifadelerine katılımda da gruplar arası farklılığın anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 31). Diğer ifadelerine katılım bakımından meslek grupları arasında farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendiği için Tablo 31’de yer almamıştır.

Tablo 31. Katılımcıların meslek grupları ile tutum ve davranışlar arasındaki farklılık

Likert İfadeleri	Meslek	N	Sıra Ortalaması	Test istatistiği		
				Ki kare	df	p
Erken cinsel deneyim yaşı Serviks kanseri riskini artırır	Doktor	48	146.93	41.739	5	0.000
	Hemşire	59	104.59			
	Ebe	32	128.94			
	Hizmetli	8	89.38			
	Bilgisayar işletmeni	40	95.05			
	Yardımcı sağlık personeli	32	69.48			
	Total	219				
Serviks kanseri için aşı veya başka yöntem yoktur	Doktor	48	77.07	39.388	5	0.000
	Hemşire	59	106.64			
	Ebe	32	112.48			
	Hizmetli	8	162.75			
	Bilgisayar işletmeni	40	137.46			
	Yardımcı sağlık personeli	32	115.59			
	Total	219				
Hpv enfeksiyonu Serviks kanseri için risktir	Doktor	48	138.63	35.374	5	0.000
	Hemşire	59	107.98			
	Ebe	32	122.25			
	Hizmetli	8	80.06			
	Bilgisayar işletmeni	40	74.88			
	Yardımcı sağlık personeli	32	109.92			
	Total	219				
Çok eşlilik Serviks kanseri riskini artırır	Doktor	48	123.61	28.683	5	0.000
	Hemşire	59	114.62			
	Ebe	32	128.64			

	Hizmetli	8	117.06			
	Bilgisayar işletmeni	40	85.08			
	Yardımcı sağlık personeli	32	91.81			
	Total	219				
HPV aşısının Serviks kanserini önlemede rolü vardır	Doktor	48	140.40	23.684	5	0.000
	Hemşire	59	109.40			
	Ebe	32	104.19			
	Hizmetli	8	61.88			
	Bilgisayar işletmeni	40	94.54			
	Yardımcı sağlık personeli	32	102.69			
	Total	219				
Sigara Serviks kanserini artırır	Doktor	48	132.83	16.771	5	0.005
	Hemşire	59	113.68			
	Ebe	32	107.97			
	Hizmetli	8	99.88			
	Bilgisayar işletmeni	40	96.93			
	Yardımcı sağlık personeli	32	89.88			
	Total	219				

Araştırmada, katılımcıların adet düzensizliği yaşama durumu ile ilgili gruplar arasında tutum ve davranış farklılıklarının olup olmadığı incelenmiş olup Mann-Whitney U testi uygulanmış ve $P=0.05$ düzeyinde anlamlılığı test edilmiştir. Çalıştığım hastanede smear aldirmaktan çekiniyorum ifadesine katılım bakımından adet düzensizliği olan ve olmayan gruplar arasında farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=0.007<0.05$) saptanmıştır. Ayrıca smear aldırırken acı çekeceği düşüncesine katılımın gruplar arasında farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=0.008<0.05$) belirlenmiştir. Çok eşliliğin riski artırıcı faktör olduğu, HPV enfeksiyonunun risk faktörü olduğu ifadelerine de katılımın gruplar arası farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Adet düzensizliği yaşayanlarla yaşamayanlar arasında biliyorum korkuyorum yaptırmıyorum ifadesine katılımın istatistiki olarak anlamlı farkının olduğu belirlenmiştir (Tablo 32). Diğer ifadelere katılım bakımından meslek grupları arasında farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendiği için Tablo 32’de yer almamıştır.

Tablo 32. Katılımcıların adet düzeni ile tutum ve davranışlar arasındaki farklılık

Likert ifadeleri	Adetlerin düzenli olma durumu	n	Sıra Ortalaması	Test istatistiği			
				Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	p
Hastanemde smear aldirmaktan çekiniyorum	Hayır	58	122,91	3456.000	15237.000	-2.689	0.007
	Evet	153	99,59				
Acı çekme düşüncesi	Hayır	58	122,97	3453.000	15234.000	-2.651	0.008
	Evet	153	99,57				
Çok eşlilik riski artırır	Hayır	58	95,74	3842.00	5553.000	-2.161	0.031
	Evet	153	109,89				
Hpv enfeksiyonu risktir	Hayır	58	94,42	3765.50	5476.500	-2.030	0.042
	Evet	153	110,39				
Biliyorum korkuyorum yaptırmiyorum	Hayır	58	118,12	3734.000	15515.000	-1.965	0.049
	Evet	153	101,41				

Araştırmada, katılımcıların menapoza girme durumu ile ilgili gruplar arasında tutum ve davranış farklılıklarının olup olmadığı incelenmiş olup Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Serviks kanserinden korunmak için aşı veya başka yöntemlerin olmadığı ifadesine katılım bakımından menapoza girmiş ve girmemiş olanlar gruplar arasında farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=0.003<0.05$) saptanmıştır. Ayrıca taramaların tanı erken tedavi olanağı sağladığı ile ilgili ifadede ($p=0.002<0,05$) ve HPV aşısının serviks kanserini önlemede rolünün olduğu ifadede de ($p=0.032<0.05$) gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 33). Diğer ifadelere katılım bakımından meslek grupları arasında farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendiği için Tablo 33’de yer almamıştır.

Tablo 33. Katılımcıların menapozagirme durumu ile tutum ve davranışlar arasındaki farklılık

İfadeler	Menapoza girme durumu	N	Mean Rank	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	p
Aşı veya başka yöntem yoktur	Hayır	211	108.00	422.00	22788.00	-2.925	0.003
	Evet	8	162.75				
Tarama, tanı ve tedavi olanağı sağlar	Hayır	211	111.80	463.50	499.50	-3.100	0.002
	Evet	8	62.44				
HPV aşısı önlemede rolü var	Hayır	211	111.59	507.50	543.50	-2.150	0.032
	Evet	8	67.94				

5. TARTIŞMA

Araştırmada, katılımcıların 20-53 yaş aralığında ve ortalama 30.36 yaşında olduğu belirlenmiştir. Tekle ve ark.'nın 2020 yılında Güney Etiyopya, Wolaita Bölgesi hastanelerinde kadınlarda serviks kanseri taramasına ilişkin bilgi, tutum ve uygulama ve ilişkili faktörleri araştırdıkları benzer bir çalışmada, ortalama yaşlarının 36.8 ± 4.98) olduğu tespit edilmiştir (61). Bu farklılık iki araştırmanın örnekleminin farklı özelliklere sahip popülasyonlardan çekilmesinden kaynaklanmaktadır. Ersin ve ark.'nın “Kadın sağlık personelinin servikal kansere yönelik algıları ve bunu etkileyen faktörler” adlı çalışmalarında ise katılımcıların yaş ortalamasının 30.74 ± 6.9 olduğu saptanmış olup araştırmanın bulguları ile oldukça uyumludur (62).

Araştırmada, katılımcıların %50.20'sinin bekar, %46.10'ünün ise evli olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, katılımcıların %3.70'i dul (boşanmış veya eşi vefat etmiş) olduğunu belirtmiştir. Yapılan benzer bir çalışmada ise kadınların %54.9'unun bekar olduğu saptanmış olup (63) araştırmanın bulguları ile benzerdir.

Bu araştırmada, kadınların mesleki deneyimlerinin 1-24 yıl arasında olduğu ve ortalama deneyim süresinin 7.08 yıl olduğu saptanmıştır. Yürütülen başka bir çalışmada da benzer sonuçlar saptanmıştır (ortalama çalışma süresi 5.86 ± 5.7) (63).

Araştırmada ankete katılan kadınların önemli bir kısmının (%58.9) önlisans düzeyinde ve %24.70'ünün ise lisansüstü düzeyinde eğitilmiş olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılım gösteren kadınların %1.40'ı ise ortaokul düzeyinde eğitilmiştir. Gebisa ve ark.'nın (64) 2022 yılında Orta Etiyopya'da Sağlık Kuruluşlarına Başvuran Kadınlar Arasında Serviks Kanseri Taramasına Yönelik Bilgi, Tutum ve Uygulamalarını araştırdıkları çalışmalarında ise kadınların %33.3'ünün lise düzeyinde eğitilmiş olduğu saptanmıştır. Bu durum araştırmanın yürütüldüğü ve örneklemin temsil ettiği popülasyonun özelliklerinden kaynaklanmaktadır. Nitekim bu araştırma çalışan kadınlar üzerinde yürütülmüş iken Gebisa ve ark. sağlık kuruluşuna başvuran kadınlardan elde ettikleri verileri değerlendirmişlerdir.

Bu çalışmada, katılımcıların ilk adet görme yaşının 10-16 yaş arasında değiştiği ve ilk adet yaşının ortalama 12.94 yaş olduğu belirlenmiştir. Hatay ilinde yapılan bir çalışmada, ilk adet yaşının 10-16 yaş arasında değişim gösterdiği ve ilk adet yaşının ortalama 13.40 yaş olduğu belirlenmiştir (65). Yapılan başka bir çalışmada ise ilk adet yaşının 13.49 yaş olduğu saptanmıştır (66). Yapılan bir çalışmada, endometrium kanseri, over kanseri ve serviks kanserlerinde ilk adet yaşının 13 olduğu saptanmıştır. Ayrıca, ilk adet görme yaşının düşük olmasının serviks kanseri konusunda etyolojisinde mesul olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmada; erken adet görmenin, erken evliliğe ve erken yaşlarda gebeliğe neden olabileceğini dolayısıyla da progesteron koruyuculuğunun etkisinin düşeceğini gerekçe göstererek söz konusu olgu sorumlu tutulmuştur (67).

Araştırmada katılımcıların %39.72'sinde gebelik öyküsü olup katılımcılarda ortalama 2.17 gebelik belirlenmiştir. Katılımcıların %38.81'inde doğum öyküsü saptanmış olup katılımcılarda ortalama 1.74 doğum belirlenmiştir. Katılımcıların %12.32'sinde kürtaj öyküsü tespit edilmiş olup katılımcılarda ortalama 1.48 kürtaj belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada ise benzer sonuçlar alınmış olup kadınların %34.6'sının çocuk sahibi olduğu ve bunların %45'inin 1, %45'inin ise 2 çocuk sahibi olduğu bildirilmiştir (68). Diğer bir çalışmada ise doğum sayısının 3 ve daha fazla olmasının serviks kanseri bakımından risk faktörü olduğu belirtilmiştir (69).

Servikal kanser algısı hakkında çalışmalar farklı ülkelerde mevcut olup Ndikom ve ark.'nın 2021 yılında gerçekleştirdiği çalışmalarında Nijerya'daki kadınların serviks kanseri olma riskine ilişkin algılarının çoğu, Pap smear testinin amacının mevcut serviks kanseri hastalığı olanlar için olduğu, bu nedenle Pap taramasına gitme gerekliliğinin önemli olmadığı yönünde olmuştur (70). Bu çalışmaya benzer şekilde Chipfuwa ve ark.'nın 2013 yılında gerçekleştirdiği Malezyalı Zimbabveli kadınlar arasında yürütülen nitel bir çalışmada, kadınların servikal tarama testi hakkındaki yanılgılarının, bunun rahmi temizlemek ve kısırlılığı tedavi etmek için kullanıldığı şeklinde olduğu ortaya konulmuştur (71). Mruts ve ark.'nın (72) Etiyopyalı kız öğrencilerde servikal kanser bilgi ve algılarını araştırdıkları çalışmalarında katılımcıların sadece %40,5'i serviks kanserini duymuş iken bu oran Hoque ve ark.'nın (73) Güney Afrika'da yapılan çalışması ile uyumlu bulunmuştur (%42,9). Koç ve ark.'nın 2015 yılında Türkiye'deki üniversite öğrencilerinin serviks kanseri, human papillomavirus ve human papillomavirus aşılara ilişkin bilgi ve tutumlarını araştırdığı çalışmalarında 800 üniversite

öğrencisine anket uygulanmış ve Türkiyede üniversiteli kız öğrencilerin serviks kanseri risk faktörleri, HPV ve HPV aşısı ile ilgili farkındalık ve bilgi düzeylerinin düşük olduğu tespit edilmiştir (74). Harsha Kumar ve ark.'nın 2014 yılında 83 kadın üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmalarında çalışmaya katılan kadınların serviks kanseri hakkında bilgilerinin yetersiz olduğu tespit edilmiştir (75). Bu araştırmada ise katılımcıların büyük çoğunluğu servikal kanser hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu belirtmiştir.

Gebisa ve ark. Orta Etiyopya'da 420 katılımcı ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında çalışmaya katılanların yarısının (%50,7'si) iyi bilgiye sahip olduğunu; yarısından azının (%46,1'i) serviks kanseri taramasına karşı olumlu bir tutuma sahip olduğunu saptamış olup örgün eğitimin serviks kanseri taramasına yönelik tutumlarla önemli ölçüde ilişkili olduğunu göstermiştir (76). Bu sonuç, Nepal 'deki 360 katılımcı üzerinde gerçekleştirilen çalışma sonuçları ile benzerlik göstermekte olup bu çalışmada da katılımcıların serviks kanseri hakkında bilgi düzeyi genel olarak yetersiz iken eğitim durumu arttıkça bilgi düzeyi artmış olarak saptanmıştır (77) ve eğitimin servikal kanser taramasına ilişkin tutumla önemli ölçüde ilişkili olduğu belirtilerek bu durumun nedenine ilişkin olarak eğitilmiş insanların sağlık tarama davranışlarına karşı olumlu bir tutum geliştirmeleri düşünülmüştür (76, 77). Bizim çalışmamızda ise katılımcıların serviks kanseri hakkındaki bilgilerinin değerlendirildiği sorularda meslek grupları arasında anlamlı farklılık saptanmış olup erken cinsel deneyim yaşının serviks kanseri riskini artırdığı ile ilgili ifadelerde katılımda meslek grupları arası farklılığın anlamlı olduğu ($p=0.000<0.001$); aşı veya başka yöntemlerin olmadığı ($p=0.000<0.001$), HPV virüsünün bir risk faktörü olduğu ($p=0.000<0.001$), çok eşliliğin riski artırdığı ($p=0.000<0.001$), HPV aşısının önlemede etkili olduğu ($p=0.000<0.001$) ve sigaranın riski artırdığı ($p=0.005<0.05$) ifadelerine katılımda da gruplar arası farklılığın anlamlı olduğu saptanmıştır. Bu anlamlı farklılıkta biz de eğitimin önemli olduğunu düşünmüş ve eğitim düzeyinin fazla olduğu meslek gruplarında bilgi düzeyinin daha fazla oluşunu tespit etmiştik.

Bu araştırmada, katılımcıların kanser tanı yöntemlerini bilme durumu ile pap yaymayı duyma durumu arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (Fisher's Exact Test: $p<0.001$). Kanser tanı yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmadığını belirten katılımcıların (%35.2) %79.2'si pap yaymayı duyduklarını ve bildiklerini belirtmişlerdir. Ancak kanser tanı yöntemlerini bildiğini ifade eden katılımcıların (%64.8) çok önemli bir kısmının (%98.6) aynı zamanda pap yaymadan da haberdar olduğu saptanmıştır. Ashtarian ve ark.'nın 2017 yılında

Serviks kanseri ve pap smear hakkındaki bilgi ve taramayı etkileyen faktörleri araştırdıkları çalışmalarında 355 kadın çalışmaya katılmış ve çalışmada Pap smear ve serviks kanseri hakkında bilgi sahibi olmak, Pap smear testi yapmayı öngörmeye önemli olarak belirlenmişti. Ayrıca yetersiz bilgi, kadınlar açısından tarama testinin önündeki en önemli engel olarak saptanmıştır (78).

Araştırmada, en önemli bilgi kaynağının internet kaynakları olduğu belirlenmiştir. İleri teknoloji çağında yaşadığımızı düşündüğümüzde, internet erişimi varsa, akıllı telefonlar ve dizüstü bilgisayarlar aracılığıyla bilgiye kolayca erişilebilirliğin olmasının bu sonuca sebep olabileceği düşünülebilir. Bu sonuç Rashwan ve ark.'nın 2013 yılında gerçekleştirdiği çalışma sonuçları (79) ile benzer olup, 2021 yılında Burhan ve ark.'nın genç kadınlar üzerinde gerçekleştirdiği çalışmalarında serviks kanseri hakkında bilgi edinmenin çoğunlukla internet üzerinden gerçekleştiği saptanmıştır (80).

Araştırmada, hastanede smear almaktan çekinme $1,86 \pm 0,89$; acı çekme düşüncesi $1,86 \pm 0,81$; smear testinde koltuktan korkma $1,71 \pm 0,82$; bilip, korkup, yaptırmama $1,65 \pm 0,79$; hastalık kapacağı endişesi $1,58 \pm 0,76$; başka hastaneye gitmeye zamanının olmadığı düşüncesi $1,58 \pm 0,77$ olarak saptanmıştır. Shin ve ark.'nın 2021 yılında 20-29 yaş arasında 26 kadın öğrenci üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmalarında serviks kanseri taramalarına ilişkin bilgi ve tutumların araştırıldığı çalışmalarında katılımcıların serviks kanseri ve taramaya yönelik bilgi düzeyleri düşük ile orta arasında saptanmış; katılımcılar arasında serviks taramasına engel olarak ortaya çıkan dört ana tema olarak 1) sosyo-kültürel engel: evli olmayan kadınların cinsel yaşamına ilişkin muhafazakar sosyal algı, 2) bilgi engeli: bilgi ve bilgi eksikliği, 3) psikolojik engel: rahatsızlık ve 4) pratik engel: zaman kaybı tespit edilmiştir (81). Khazae-Pool ve ark.'nın 2018 yılında İran'da gerçekleştirdikleri çalışmalarında birçok kadının serviks kanseri hakkında yanlış kanılara sahip olduğu ve bunun nedeni olarak çoğunlukla batıl inançlara sahip olduğu belirtilmiştir. Katılımcıların çoğunda korku, utanç ve mahcubiyet serviks kanseri taraması yaptırmama nedeni olarak saptanmıştır (82).

Bu çalışmada, HPV aşısının serviks kanserini önlemede rolü var ifadesine katılım likert ortalamasının üzerinde ($2,44 \pm 0,70$) olmuştur. Mapanga ve ark.'nın 2019 yılında Zimbabwe'de beş ilde gençlerin serviks kanseri ile ilgili bilgi, tutum ve uygulamalarını değerlendirdikleri kesitsel bir anket çalışmasında çalışmaya katılan 15 ila 24 yaş arası gençlerin %87'sinin serviks kanserinin ne olduğunu bildiği, serviks kanseri ve ciddiyeti hakkında bilgi sahibi oldukları

ancak risk faktörleri ve aşı hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları saptanmıştı (83). Serviks kanserinin birincil önlenmesi için HPV'ye karşı ilk aşı, Amerika Birleşik Devletleri'nin Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) tarafından 2006 yılında ruhsatlandırılmıştır. Şu anda, HPV'ye karşı iki profilaktik aşı tescil edilmiştir: dört değerlikli Gardasil (Merck, ABD) ve iki değerlikli Cervarix (GlaxoSmithKline, Belçika). Her iki aşı da HPV enfeksiyonunu önlemede etkililik açısından iyi profillere sahiptir ve iyi tolere edilmektedir. Yayınlanmış çalışmalar, aşılardan kadınlar arasında prekanseröz lezyonlara karşı %92'nin üzerinde yüksek bir etkinlikte olduğunu saptamıştır (84,85). Cunningham-Erves ve ark.'nın 2019 yılında gerçekleştirdiği çalışmalarında ebeveyn sağlık çalışanları incelenmiş ve katılımcıların HPV aşısına karşı en yaygın ebeveyn engelleri HPV aşısının güvenliği (%88), çocuğun çok küçük olması (%78) ve aşılarla güvensizlik ile ilgili endişeler (%59) olarak (86) bulunmuş olup Chawla ve ark.'nın 590 sağlık uzmanı üzerinde gerçekleştirdiği çalışmalarında Delhi'de 232 hastane ve 80 aile sağlığı merkezi çalışanı çalışmaya katılmıştı. Katılımcıların yüzde 47'si genç kadınlara HPV'ye karşı aşılanmalarını tavsiye etmiş, ankete katılanların çoğunluğunun (%81) serviks kanserini önlemeye yönelik aşıların varlığından haberdar olduğu tespit edilmiştir. Jinekologların yüzde 86'sı piyasada bulunan HPV aşılarının isimlerinden haberdar olmasına rağmen, sağlık görevlilerinin sadece yüzde 27'si bu bilgiye sahip olarak tespit edilmiştir (87). Zhao ve ark.'nın Çin'de 21 kentsel ve kırsal bölgede gerçekleştirdikleri kesitsel bir epidemiyolojik araştırmada 15-59 yaş arası 763 devlet görevlisi, 760 sağlık hizmeti sunucusu toplamda 11.681 kadın çalışmaya alınmış ve genel kadın popülasyonunda HPV bilgisinin düşük, sadece %24'ünün HPV'yi duyduğu ancak çoğunluğun HPV aşısının kabulünün yüksek olduğu tespit edilmiştir (88). Ning ve ark.'nın 2020 yılında gerçekleştirdikleri çalışmalarında kuzeydoğu Çin'de serviks kanseri, HPV ve HPV aşısı hakkındaki bilgileri araştırmak için 18 ile 65 yaş arası 230 kadın katılımcı çalışmaya alınmış örneklemin %80.9'unun serviks kanserini duyduğu, %38.3'ünün HPV'yi bildiği; %20'sinin HPV aşısını bildiği ve %39,6'sının HPV aşısı olmayı kabul ettiği bulunmuştur (89). Lin ve ark.'nın 2020 yılında Çin'in Shenzhen kentinde serviks kanseri taramasına katılan yerel ve göçmen sakinler arasında HPV ve aşısına yönelik farkındalık, tutum ve farklılıklarını değerlendirmek için gerçekleştirdikleri kesitsel çalışmada 20 sokak bloğundaki sağlık kuruluşlarından 9.855 kadın incelenmiştir. Yerel halkın kalıcı olmayan sakinlere ve değişken nüfusa göre HPV ve aşısı konusunda nispeten daha yüksek bir farkındalığa sahip olduğu, HPV aşısı yaptırmak için daha yüksek istekli olduğu; yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, aylık gelir ve HPV aşısını duymuş olmak HPV aşısı olma isteğiyle önemli ölçüde ilişkili olarak bulunmuştur (90).

Serviks kanseri ile ilişkili yaygın risk faktörü, HPV gibi cinsel yolla bulaşan hastalıklar bulaşmış başka çoklu cinsel eşlere de sahip olabilen birden çok eşle sık korunmasız ilişki ve riskli cinsel uygulamalardır (91). Namibya'daki aile planlaması için ulusal kılavuz, HPV'nin genital bölgede bulunduğunu ve oral seks yoluyla bulaşabileceğini ortaya koymuştur, çünkü cinsel yönden aktif kadınların tahmini olarak %50-80'i HPV ile enfekte idi (92). Ayrıca, 5 yıl veya daha uzun süre sürekli oral kombine oral kontraseptiflerin (KOK) kullanımının, serviks kanseri ile sonuçlanabilecek kalıcı HPV enfeksiyonu gelişimini hızlandırdığı görülmüştür. KOK kullanımıyla ilişkili serviks kanseri sayısının çok az olduğu düşünülse de tüm KOK kullanıcılarının kanser öncesi hücreler açısından taranması gerekmektedir (93). Sigara, kanserle ilişkili bir diğer önemli risk faktörüdür. Nikotin akciğerler tarafından emilmesini ve kan dolaşımı ile vücutta taşınmasını sağlar. Nikotin daha sonra parçalanarak immün sistemi ve dolayısıyla serviks çevresinde gelişen kanserli hücreleri bozar. Ayrıca, düzenli olarak sigara içen kadınlarda servikal mukusta bazı nikotin kimyasalları ve yan ürünleri bulunmuştur (94). 35 yaşından itibaren sık doğum, yetersiz beslenme ve vitamin eksikliği de serviks kanseri riskini artırabilmektedir (95, 96). Yaşam boyu cinsel partner sayısı, serviks kanserine yakalanma riskiyle önemli ölçüde ilişkilidir (97). Türkiye'de doğurganlık çağındaki kadınlarda serviks kanseri risk faktörlerine ilişkin yapılan araştırmalar, birden fazla cinsel partnere sahip olmanın serviks kanseri ile daha az ilişkili olduğunu ima etmiş ve bunun nedeni olarak birden fazla cinsel partneri olanların cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı daha dikkatli olup serviks kanserinden şüphelenmeleri ve serviks kanseri taramasına karşı olumlu bir tutum geliştirmeleri olarak değerlendirilebileceği belirtilmiştir (98). Bu risk faktörlerinin erken fark edilmesi tarama testleri ile mümkün olabilecek olup çalışmamızda çok eşliliğin riski artırdığı bilgi ortalaması $2,72 \pm 0,60$ ve sigaranın riski artırdığı bilgi ortalaması $2,58 \pm 0,63$ olup genel bilgi ortalamasının üstünde saptanmıştır. Ancak doğum yapmanın riski azalttığı ile ilgili ifadeye katılımın likert ortalamasının üzerinde yer alması ($2,05 \pm 0,77$), 3 ve daha fazla doğumun riski artırdığı ile ilgili bilgi göz önünde bulundurulduğunda sağlık personeli olan kadınların da bu konuda henüz tam bir bilinç düzeyine ulaşamadığını göstermektedir.

6. SONUÇ

Bu araştırmada, Kafkas Üniversitesi Araştırma Hastanesi kadın çalışanlarının 20-53 yaş aralığında ve ortalama 30.36 yaşında, çoğunluğunun yüksek okul mezunu olduğu ve önemli bir kısmının memur statüsünde olduğu tespit edilmiştir. Kafkas Üniversitesi Araştırma Hastanesi kadın çalışanlarının servikal kanser taraması ile ilgili bilgi sahibi olma durumları ile meslek grupları arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. Hekimler, ebeler ve hemşirelerin tamamının pap yamadan haberdar olduğu ancak diğer meslek gruplarının bir kısmının pap yaymayı daha önce duymadıkları tespit edilmiştir.

Serviks kanseri taraması ile ilgili bilgi kaynaklarının başında eğitim sürecinin geldiği (hekimler, ebeler ve hemşirelerin konu ile ilgili bilgi kaynakları) ve bunu bir doktordan bilgi alma ile internet erişiminin takip ettiği görülmüştür. Kanser erken tanı ve tedavisinde en önemli adımlardan biri risk faktörlerinin farkında olmaktır. Çalışmada serviks kanserinin risk faktörlerinin katılımcılar tarafından genel olarak bilindiği ancak bazı eksiklerin bulunduğu gözlenmiştir.

Katılımcıların çoğunluğunun servikal kanser hakkında bilgiye sahip olduğunu düşündüğü, ayrıca risk faktörleri hakkında yeterli bilgileri de bulunduğu görülmüş; ancak tarama konusunda endişeleri nedeniyle yaptırmaktan kaçındıkları tespit edilmiştir. Bu çalışmada, katılımcıların bilgi düzeyi yüksek olsa da bu bilgiyi davranışa dönüştürme konusunda eksiklerin olduğu gözlenmiştir. Tarama yaptırmaktan kaçınma sebepleri olarak katılımcılar jinekolojik muayene yapılan koltuktan hoşlanmama ve jinekolojik muayene sırasında acı çekeceğinden korkma ifadelerine katılım göstermişlerdir.

Servikal kanser etkin tarama programının uygulanması, etkin aşılama ve risk faktörlerinin bilincinde olunması sonucu erken tanı ve tedavi ile önlenilecek bir kanserdir. Tarama programına katılımın artması hususunda toplum için rol model olan, sağlık sektöründe çalışan kadınların bilgi düzeyleri ve taramaya yönelik tutumları önem arz etmektedir. Servikal kanser taraması ve jinekolojik muayene hakkında ilgili okul müfredatlarının içeriğinin gözden geçirilmesi, sağlık kuruluşlarında meslek içi eğitimlerin ve seminerlerin artırılması ve endişe, korku unsurlarının farkında olunarak kadın çalışanların yönlendirilmesi ile bu konudaki bilgi düzeyinin artmasına ve taramaya yönelik tutumun değişmesine katkıda bulunulacaktır.

Serviks kanseri taramaları ile ilgili bilgi kirliliğinin önlenmesi amacıyla toplumun kolay erişim sağladığı bilgi kaynakları aracılığı ile eğitim ve yayım çalışmaları düzenlenmelidir.

Serviks kanseri taramasının özel sağlık kuruluşlarında ücret karşılığında yapılması, kadınların taramaya katılımı ile ilgili yaygın etkiyi düşürmektedir. Tüm kanser tarama faaliyetlerinin tamamen ücretsiz yapılması desteklenmeli ve 30-65 yaş grubu kadınların konu ile ilgili takiplerinin etkin bir şekilde yapılması sağlanmalıdır.



KAYNAKLAR

1. Eti Aslan, F., Olgun, N. (2010). Onkoloji. A. Karadakovan, F. Eti Aslan (Ed.). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Nobel Kitabevi, Ankara, ss:189-202.
2. Tuncer, A.M. (2009). Türkiye’de Kanser Kontrolü (Ed. Tuncer A.M.). T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı. Bakanlık Yayın Numarası: 777. Ankara / Aralık 2009:11.
3. Fauci J, Hauser K, Loscalzo L. Harrison’s Principles of Internal Medicine. 20th Edition. Canada USA; Mc Graw Hill Education; 2018.
4. Adami H, Hunter DJ, Lagiou P, Mucci L. Text Book of Cancer Epidemiology. 3rd Edition. New York; Oxford University Press; 2018.
5. IARC, (2018) Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. <https://monographs.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/07/Table4.pdf> (Erişim tarihi:17.01.2023)
6. Singh, D., Vignat, J., Lorenzoni, V., Eslahi, M., Ginsburg, O., Lauby-Secretan, B., Arbyn, M., Basu, P., Bray, F., Vaccarella, S., (2022). Global estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2020: a baseline analysis of the WHO Global Cervical Cancer Elimination Initiative. Lancet Glob Health. Published Online December 14, 2022 (Erişim Tarihi: 16.01.2023)
7. Brisson M, Drolet M. Global elimination of cervical cancer as a public health problem. Lancet Oncol. 2019;20(3):319-321.
8. Pimple SA, Mishra GA. Global strategies for cervical cancer prevention and screening. Minerva Ginecol. 2019;71(4):313-320.
9. Cervical Cancer Screening Every 5 Years OK. Cancer Discov. 2018;8(10):1204.
10. Farghaly H, Bourgeois D, Houser PM, Padmanabhan V, Lage JM, Hoda RS. Routine vaginal Pap test is not useful in women status-post hysterectomy for benign disease. Diagn Cytopathol. 2006;34(9):640-3.
11. Manini I, Montomoli E. Epidemiology and prevention of Human Papillomavirus. Ann Ig. 2018;30:28-32.
12. Ghosh I, Mandal R, Kundu P, Biswas J. Association of Genital Infections Other Than Human Papillomavirus with Pre-Invasive and Invasive Cervical Neoplasia. J Clin Diagn Res. 2016;10:XE01-XE06

13. Bonnez, W., and R. C. Reichman. Mandell, J. E. Bennett, and R. Dolin (ed.), Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases, 5th ed. Churchill Livingstone, Philadelphia, Pa. Papillomaviruses, 2000, 1630-1640.
14. Bosch, F., M. M. Manos, N. Munoz, M. Sherman, A. M. Jansen, J. Peto, M. H. Schiffman, V. Moreno, R. Kurman, K. V. Shah, and International Biological Study on Cervical Cancer (IBSCC) Study Group. 1995. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. *J. Natl. Cancer Inst.* 87: 796-802.
15. Franco, E. L. 1995. Cancer causes revisited: human papillomavirus and cervical neoplasia. *J. Natl. Cancer Inst.* 87: 779-780.
16. Harro CD, Y.-Y. S. Pang, R. B. S. Roden, A. Hildesheim, Z. Wang, M. J. Reynolds, T. C. Mast, R. Robinson, B. R. Murphy, R. A. Karron, J. Dillner, J. T. Schiller, and D. R. Lowy. 2001. Safety and immunogenicity trial in adult volunteers of a human papillomavirus 16 L1 virus-like particle vaccine. *J. Natl. Cancer Inst.* 93:284-292.
17. Walboomers, J. M. M., M. V. Jacobs, M. M. Manos, F. X. Bosch, J. A. Kummer, K. V. Shah, P. J. F. Snijders, J. Peto, C. J. L. M. Meijer, and N. Munoz. 1999. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J. Pathol.* 189: 12-19.
18. Andersson, S., E. Rylander, B. Larsson, A. Strand, C. Silfversvard, and E. Wilander. 2001. The role of human papillomavirus in cervical adenocarcinoma carcinogenesis. *Eur. J. Cancer* 37: 246-250.
19. Song B, Ding C, Chen W, et al Incidence and mortality of cervical cancer in China, 2013. *Chin J Cancer Res.* 2017;29: 471–476.
20. Ferlay J, Shin HR, Bray F, et al Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer.* 2010;127:2893–917.
21. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;68: 394–424.
22. Prabhu M, Eckert LO Development of World Health Organization (WHO) recommendations for appropriate clinical trial endpoints for next-generation Human Papillomavirus (HPV) vaccines. *Papillomavirus Res.* 2016;2:185–9.
23. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I. Global and Regional Estimates of the Incidence and Mortality for 38 Cancers: GLOBOCAN 2018. Lyon: International Agency for Research on Cancer/World Health Organization, 2018.

24. Olorunfemi G, Ndlovu N, Masukume G, et al Temporal trends in the epidemiology of cervical cancer in South Africa (1994-2012) *Int J Cancer*. 2018;143:2238–49.
25. Small W Jr., Bacon MA, Bajaj A, et al Cervical cancer: A global health crisis. *Cancer*. 2017;123:2404–12.
26. <https://gco.iarc.fr/today/img/IARC>
27. Wang Z, Wang J, Fan J, et al Risk factors for cervical intraepithelial neoplasia and cervical cancer in Chinese women: large study in Jiexiu, Shanxi Province, China. *J Cancer*. 2017;8:924–32.
28. Cohen PA, Jhingran A, Oaknin A, et al Cervical cancer. *Lancet*. 2019;393:169–82.
29. Yuan Y, Cai X, Shen F, et al HPV post-infection microenvironment and cervical cancer. *Cancer Lett*. 2021;497:243–54.
30. Ghebre RG, Grover S, Xu MJ, et al Cervical cancer control in HIV-infected women: Past, present and future. *Gynecol Oncol Rep*. 2017;21: 101–8.
31. Roura E, Castellsagué X, Pawlita M, et al Smoking as a major risk factor for cervical cancer and pre-cancer: results from the EPIC cohort. *Int J Cancer*. 2014;135:453–66.
32. Crosbie EJ, Einstein MH, Franceschi S, et al Human papillomavirus and cervical cancer. *Lancet*. 2013;382:889–99.
33. Bruni L, Diaz M, Castellsagué X, et al Cervical human papillomavirus prevalence in 5 continents: meta-analysis of 1 million women with normal cytological findings. *J Infect Dis*. 2010;202:1789–99.
34. Mittal S, Banks L Molecular mechanisms underlying human papillomavirus E6 and E7 oncoprotein-induced cell transformation. *Mutat Res Rev Mutat Res*. 2017;772:23–35.
35. Stelzle D, Tanaka LF, Lee KK, et al Estimates of the global burden of cervical cancer associated with HIV. *Lancet Glob Health*. 2020:S2214-109X(20)30459-9.
36. Adler DH, Wallace M, Bennie T, et al Cervical dysplasia and high-risk human papillomavirus infections among HIV-infected and HIV-uninfected adolescent females in South Africa. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2014;2014:498048.
37. Cooper D, Hoffman M, Carrara H, et al Determinants of sexual activity and its relation to cervical cancer risk among South African women. *BMC Public Health*. 2007;7:341.
38. Remschmidt C, Kaufmann AM, Hagemann I, et al Risk factors for cervical human papillomavirus infection and high-grade intraepithelial lesion in women aged 20 to 31 years in Germany. *Int J Gynecol Cancer*. 2013;23:519–26.

39. Clements AE, Raker CA, Cooper AS, et al Prevalence and patient characteristics associated with CIN 3 in adolescents. *Am J Obstet Gynecol.* 2011;204:128.e1–7.
40. Liu ZC, Liu WD, Liu YH, et al Multiple sexual partners as a potential independent risk factor for cervical cancer: a meta-analysis of epidemiological studies. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015;16:3893–900.
41. Louie KS, de Sanjose S, Diaz M, et al Early age at first sexual intercourse and early pregnancy are risk factors for cervical cancer in developing countries. *Br J Cancer.* 2009;100:1191–7.
42. International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer, Appleby P, Beral V, et al Cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data for 16,573 women with cervical cancer and 35,509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies. *Lancet.* 2007;370:1609–21.
43. Muñoz N, Franceschi S, Bosetti C, et al Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: the IARC multicentric case-control study. *Lancet.* 2002;359:1093–101.
44. Asthana S, Busa V, Labani S Oral contraceptives use and risk of cervical cancer-A systematic review & meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020;247:163–75.
45. Bethesda (MD). *Cervical Cancer Treatment.*: National Cancer Institute (US); 2002
46. Leyden WA, Manos MM, Geiger AM, Weinmann S, Mouchawar J, Bischoff K, Yood MU, Gilbert J, Taplin SH. Cervical cancer in women with comprehensive health care access: attributable factors in the screening process. *J Natl Cancer Inst.* 2005 May 04;97(9):675-83.
47. Chrysostomou AC, Stylianou DC, Constantinidou A, Kostrikis LG. Cervical Cancer Screening Programs in Europe: The Transition Towards HPV Vaccination and Population-Based HPV Testing. *Viruses.* 2018 Dec 19;10(12)
48. Committee on Practice Bulletins—Gynecology. ACOG Practice Bulletin Number 131: Screening for cervical cancer. *Obstet Gynecol.* 2012 Nov;120(5):1222-38.
49. Charoenkwan K, Ninunanahaeminda K, Khunamornpong S, Srisomboon J, Thorner PS. Effects of gel lubricant on cervical cytology. *Acta Cytol.* 2008 Nov-Dec;52(6):654-8.
50. Arbyn M, Bergeron C, Klinkhamer P, Martin-Hirsch P, Siebers AG, Bulten J. Liquid compared with conventional cervical cytology: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2008 Jan;111(1):167-77.
51. Practice Bulletin No. 168: Cervical Cancer Screening and Prevention. *Obstet Gynecol.* 2016 Oct;128(4):e111-e130.

52. Watson M, Saraiya M, Benard V, Coughlin SS, Flowers L, Cokkinides V, Schwenn M, Huang Y, Giuliano A. Burden of cervical cancer in the United States, 1998-2003. *Cancer*. 2008 Nov 15;113(10 Suppl):2855-64.
53. Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program of the National Cancer Institute Available at: <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/cervix.html>. Accessed November 26, 2016.
54. Centers for Disease Control and Prevention. Genital HPV infection fact sheet Available at: <http://www.cdc.gov/std/hpv/stdfact-hpv.htm>. Accessed November 27, 2016.
55. Sawaya GF, Smith-McCune K. Cervical cancer screening. *Obstet Gynecol* 2016; 127:459–67.
56. Kyrgiou M, Koliopoulos G, Martin-Hirsch P, et al. Obstetric outcomes after conservative treatment for intraepithelial or early invasive cervical lesions: systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2006;367(9509):489–98.
57. Kyrgiou M, Athanasiou A, Paraskevaidi M, et al. Adverse obstetric outcomes after local treatment for cervical preinvasive and early invasive disease according to cone depth: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2016;354:i3633.
58. Practice bulletin no. 157: cervical cancer screening and prevention. *Obstet Gynecol* 2016;127(1):e1–20.
59. Petrosky E, Bocchini JA Jr, Hariri S, et al. Use of 9-valent human papillomavirus (HPV) vaccine: updated HPV vaccination recommendations of the advisory committee on immunization practices. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2015;64(11):300–4.
60. Lu B, Kumar A, Castellsague X, et al. Efficacy and safety of prophylactic vaccines against cervical HPV infection and diseases among women: a systematic review & meta-analysis. *BMC Infect Dis* 2011;11:13
61. Tekle T, Wolka E, Nega B, Kumma WP, Koyira MM. Knowledge, Attitude and Practice Towards Cervical Cancer Screening Among Women and Associated Factors in Hospitals of Wolaita Zone, Southern Ethiopia. *Cancer Manag Res*. 2020; 11;12:993-1005.
62. Ersin F, Kıssal A, Polat P, Koca B.D, Erdoğan M, 2016. Kadın Sağlık Personelinin Servikal Kansere Yönelik Algıları ve Bunu Etkileyen Faktörler. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2016; 18(2-3): 31-43
63. Köseoğlu H, 2021. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi kadın çalışanlarının serviks kanseri ve hpv aşısı bilgi düzeyleri ve tutumları. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi.

64. Gebisa T, Bala ET, Deriba BS. Knowledge, Attitude, and Practice Toward Cervical Cancer Screening Among Women Attending Health Facilities in Central Ethiopia. *Cancer Control*. 2022;29:10732748221076680.
65. Nazlıcan E, Akbaba M, Koyuncu H, Nazan Savaş N, Karaca B. Hatay İli Kisecek Bölgesinde 35–40 Yaş Arası Kadınlarda Serviks Kanseri Taraması. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2010; 9(5). <https://openaccess.mku.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12483/1396/Nazl%c4%b1can%2c%20Ers%c4%b1n%202010.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
66. Çeki L, 2019. 21-65 yaş arası kadınların serviks kanserine yönelik bilgi ve davranışlarının sağlık inanç modeline göre değerlendirilmesi. Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir.
67. Kuşçu E, Zorlu GC, Mungan T, Ergün Y, Çobanoğlu Ö. Kadın Genital Kanserlerinin Epidemiyolojik Özellikleri. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology*. 1994; 4(4), 279-284.
68. Ayaz Ö, 2019. Kadın sağlık çalışanlarının serviks kanser erken tanısına ve HPV aşısına ilişkin bilgi, uygulama durumları ve tutumlarının belirlenmesi. Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
69. Kanbur A, Çapık C, 2011. Servikal kanserden korunma, erken tanı-tarama yöntemleri ve ebe/hemşirenin rolü. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* (2011) 61-72
70. Ndikom, C. M. , & Ofi, B. A. (2012). Awareness, perception, and factors affecting utilization of cervical cancer screening services among women in Ibadan, Nigeria: A qualitative study. *Reproductive Health*, 9, 11. 10.1186/1742-4755-9-11
71. Chipfuwa, T. , & Gundani, H. V. (2013). Awareness of cervical cancer in HIV-positive women aged 18 to 49 years at Bindura provincial hospital, Mashonaland central province. Zimbabwe. *Oriental Journal of Scientific Research*, 2, 1.
72. Mruts KB, Gebremariam TB. Knowledge and Perception Towards Cervical Cancer among Female Debre Berhan University Students. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2018 Jul 27;19(7):1771-1777.
73. Hoque E, Hoque M. Knowledge of and attitude towards cervical cancer among female university students in South Africa. *South Afr J Epidemiol Infect*. 2009;24:21–4
74. Koç Z. University students' knowledge and attitudes regarding cervical cancer, human papillomavirus, and human papillomavirus vaccines in Turkey. *J Am Coll Health*. 2015;63(1):13-22.

75. Harsha Kumar H, Tanya S. A Study on Knowledge and Screening for Cervical Cancer among Women in Mangalore City. *Ann Med Health Sci Res.* 2014;4(5):751-756.
76. Gebisa T, Bala ET, Deriba BS. Knowledge, Attitude, and Practice Toward Cervical Cancer Screening Among Women Attending Health Facilities in Central Ethiopia. *Cancer Control.* 2022;29:10732748221076680.
77. Thapa N, Maharjan M, Petrini MA, et al. Knowledge, attitude, practice and barriers of cervical cancer screening among women living in mid-western rural, Nepal. *Journal of gynecologic oncology.* 2018;29(4):e57.
78. Ashtarian H PhD, Mirzabeigi E Bs, Mahmoodi E Bs, Khezeli M PhD. Knowledge about Cervical Cancer and Pap Smear and the Factors Influencing the Pap test Screening among Women. *Int J Community Based Nurs Midwifery.* 2017;5(2):188-195.
79. Rashwan H, Ishak I, Sawalludin N. Knowledge and views of secondary school students in Kuala Lumpur on cervical cancer and its prevention. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2013;14(4):2545-2549.
80. Burhan M, Rahman NAA, Haque M. Knowledge and attitude regarding cervical cancer and its prevention among young female adults in Kuantan, Malaysia. *J Educ Health Promot.* 2021;10:332.
81. Shin HY, Song SY, Jun JK, Kim KY, Kang P. Barriers and strategies for cervical cancer screening: What do female university students know and want?. *PLoS One.* 2021;16(10):e025752
82. Khazaee-Pool M, Yargholi F, Jafari F, Ponnet K. Exploring Iranian women's perceptions and experiences regarding cervical cancer-preventive behaviors. *BMC Womens Health.* 2018;18(1):145.
83. Mapanga W, Girdler-Brown B, Singh E. Knowledge, attitudes and practices of young people in Zimbabwe on cervical cancer and HPV, current screening methods and vaccination. *BMC Cancer.* 2019;19(1):845.
84. Pereira JEG, Gomes JM, Costa AS, et al. Knowledge and acceptability of the human papillomavirus vaccine among health professionals in Acre state, western Amazon. *Clinics (Sao Paulo).* 2019;74:e1166.
85. Warner EL, Ding Q, Pappas L, et al. Health Care Providers' Knowledge of HPV Vaccination, Barriers, and Strategies in a State With Low HPV Vaccine Receipt: Mixed-Methods Study. *JMIR Cancer.* 2017;3(2):e12.

86. Cunningham-Erves J, Koyama T, Huang Y, et al. Providers' Perceptions of Parental Human Papillomavirus Vaccine Hesitancy: Cross-Sectional Study. *JMIR Cancer*. 2019;5(2):e13832.
87. Chawla PC, Chawla A, Chaudhary S. Knowledge, attitude & practice on human papillomavirus vaccination: A cross-sectional study among healthcare providers. *Indian J Med Res*. 2016;144(5):741-749.
88. Zhao FH, Tiggelaar SM, Hu SY, et al. A multi-center survey of HPV knowledge and attitudes toward HPV vaccination among women, government officials, and medical personnel in China. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2012;13(5):2369-2378.
89. Ning YE, Liu Y, Xu XY, Zhang XY, Wang N, Zheng LQ. Knowledge of Cervical Cancer, Human Papilloma Virus (HPV) and HPV Vaccination Among Women in Northeast China. *J Cancer Educ*. 2020;35(6):1197-1205.
90. Lin W, Wang Y, Liu Z, et al. Inequalities in Awareness and Attitude towards HPV and Its Vaccine between Local and Migrant Residents Who Participated in Cervical Cancer Screening in Shenzhen, China. *Cancer Res Treat*. 2020;52(1):207-217.
91. Lukac, A. , Sulovic, N. , Smiljic, S. , Ilic, A. N. , & Saban, O. (2018). The prevalence of the most important risk factors associated with cervical cancer. *Materia socio-medica*, 30(2), 131–135.
92. Husaiyin, S. , Han, L. , Wang, L. , Chunhua, M. A. , Ainiwaer, Z. , Rouzi, N. , Akemujiang, M. , Simayil, H. , Aniwa, Z. , Nurimanguli, R. , & Niyazi, M. (2018). Factors associated with high-risk HPV infection and cervical cancer screening methods among rural Uyghur women age >30 years in Xinjiang. *BMC Cancer*, 18, 1162. 10.1186/s12885-018-5083-1
93. Roura, E. , Travier, N. , Waterboer, T. , de Sanjosé, S. , Bosch, F. X. , Pawlita, M. , Pala, V. , Weiderpass, E. , Margall, N. , Dillner, J. , Gram, I. T. , Tjønneland, A. , Munk, C. , Palli, D. , Khaw, K.-T. , Overvad, K. , Clavel-Chapelon, F. , Mesrine, S. , Fournier, A. , ... Castellsagué, X. (2016). Correction: The influence of hormonal factors on the risk of developing cervical cancer and pre-cancer: Results from the EPIC Cohort. *PLoS One*, 11, e0151427. 10.1371/journal.pone.0151427
94. Kamiza, A. B. (2020). Incidence and risk factors associated with cervical cancer in sub-Saharan Africa: A systematic review. *Archives of Women Health and Care*, 3(1), 4–7.
95. Fontham, E. T. H. , Wolf, A. M. D. , Church, T. R. , Etzioni, R. , Flowers, C. R. , Herzig, A. , Guerra, C. E. , Oeffinger, K. C. , Shih, Y. T. , & Walter, L. C. (2020). Cervical cancer

- screening for individuals at average risk: 2020 guideline update from the America Cancer Society. *A Cancer Journal Clinicians*, 70(5), 321–346. 10.3322/caac.21628
96. Koshiyama, M. (2019). The effects of the dietary and nutrient intake on gynecologic cancers. *Healthcare (Basel)*, 7(3), 88. 10.3390/healthcare7030088
97. Cancer ICoESoC. Cervical carcinoma and sexual behavior: Collaborative reanalysis of individual data on 15,461 women with cervical carcinoma and 29,164 women without cervical carcinoma from 21 epidemiological studies. *Cancer Epidemiol Biomark Prev.* 2009;18(4):1060.
98. Sogukpinar N, Saydam BK, Can HO, et al. Assessment of cervical cancer risk in women between 15 and 49 years of age: case of Izmir. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP.* 2013;14(3):2119-2125.



**ARAŞTIRMA HASTANELERİ KADIN ÇALIŞANLARININ SERVİKS KANSERİ
İLE İLGİLİ BİLGİ VE TUTUMLARI: KAFKAS ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
ÖRNEĞİ**

(Anket formu)

1	Yaşınız					
2	Eğitim Durumunuz					
	1) İlkokul ve altı	2) Ortaokul	3) Lise	4) Ön lisans/Lisans	5) Lisans Üstü	
3	Mesleğiniz					
	1) doktor		4) hizmetli			
	2) hemşire		5) Bilgisayar işletmeni (tıbbi sekr. Dökümant.)			
	3) ebe		6) Yardımcı sağlık personeli			
4	Kaç yıldır bu işi yapmaktasınız?					
5	Bu şehirde kaç yıldır ikamet ediyorsunuz?					
	a) Yeni geldim, yabancıyım		b) Buralıyım, çocukluğumdan beri buradayım			
	c) 5-10 yıl yıldır buradayım		d) 10 + yıldır buradayım			
6	Aylık ortalama hane halkı geliriniz (TL/yıl)					
7	Toplam hane halkı geliri içinde sizin payınız (%)					
8	Sosyal güvenceniz					
	1) SGK (işçi)	2) SGK (memur)	3) Özel Sigorta	4) SGK (işçi) ve özel sigorta	5) SGK (memur) ve özel sigorta	
9	Herhangi bir sivil toplum kuruluşuna üye misiniz?			1) Hayır	2) Evet	
10	Medeni Durumunuz	1) Evli	2) Bekâr	3) Boşanmış-eşi ölmüş		
11	Evlilik süresi (yıl)					
	1) 1-5 yıl	2) 6-10 yıl	3) 11-20 yıl	4) 20-30 yıl		
12	İlk adetinizi kaç yaşında gördünüz?					
13	Menapoza girdiniz mi?			1) hayır	2) evet	
14	Evet ise, kaç yaşında menapoza girdiniz?					
15	Menapoza girdikten sonra hormon replasman tedavisi kullandınız mı?			1) hayır	2) evet	
16	Menapoza girmediyseniz adetleriniz düzenli mi?			1) hayır	2) evet	
17	Kaç kez gebe kaldınız?					
18	Doğum sayısı		19	Ölü doğum sayısı (varsa).....		
19	Düşük sayısı		21	Kürtaj sayısı.....		

20	Süreğen bir hastalığınız var mı? (hipertansiyon, diyabet, hiperkolesterolemi, astım, romatizmal ve otoimmün hastalıklar gibi) (varsa.....hastalığı)		1)hayır	2)evet	
21	Ailenizde süreğen bir hastalık öyküsü olan bireyler var mı? (hipertansiyon, diyabet, hiperkolesterolemi, astım, romatizmal ve otoimmün hastalıklar gibi) (varsa hastalığı?.....)		1)hayır	2)evet	
22	Ailenizde kanseröyküsü olan bireyler var mı? (varsa yakınlığınız?		1)hayır	2)evet	
23	Ailenizde serviks kanseri hastası (rahim ağzı kanseri) öyküsü olan bireyler var mı? (varsa yakınlığınız?		1)hayır	2)evet	
24	Rahim ağzı kanseri ile ilgili erken tanı ve tarama yöntemlerini biliyor musunuz?		1)hayır	2)evet	
25	Düzenli olarak jinekolojik muayene yaptırıyor musunuz?		1)hayır	2)evet	
26	Evet ise hangi sıklıkta jinekolojik muayeneye gidiyorsunuz?				
	1)3 ayda bir	2)6 ayda bir	3)Yılda bir		
	4)İki yılda bir	5)Üç yılda bir	6) 5 yılda bir veya daha seyrek		
27	Daha önce pap yayma (smear) testini duydunuz mu?		1)hayır	2)evet	
Pap yayma (smear) kadınların servikal kanser (rahim ağzı) ya da prekanser (kansere öncüsü) taramasında kullanılan bir testtir.					
28	Evet ise nereden duydunuz?				
	1)Eğitim süresinde	2)Akıllarımdan	3)İnternette		
	4)Televizyondan	5)Doktorumdan	6) Diğer.....		
29	Düzenli olarak pap yayma (smear) testi yaptırıyor musunuz?		1)hayır	2)evet	
30	Evet ise hangi sıklıkta yaptırıyor musunuz?				
	1)3 ayda bir	2)6 ayda bir	3)Yılda bir		
	4)İki yılda bir	5)Üç yılda bir	6) 5 yılda bir veya daha seyrek		
31	Pap yayma (smear) testi yaptırmaya ne zaman başlanması gerektiğini musunuz?		1)hayır	2)evet	
32	Biliyorum cevabını verdiyseniz lütfen belirtiniz				
33	Pap yayma (smear) testi ne sıklıkla yaptırılmalıdır?				
	1)ayda bir	2)6 ayda bir	3)Yılda bir		
	4)İki yılda bir	5)Üç yılda bir	6) bilmiyorum		

1) katılmıyorum 2) kısmen katılıyorum 3) katılıyorum

	34. Serviks Kanseri Algısı	1	2	3
1	Rahim ağzı kanseri risk faktörleri konusunda yeterli bilgiye sahibim.			
2	Sigara içmek rahim ağzı kanseri riskini artırır.			
3	İlk cinsel deneyim yaşının erken olması rahim ağzı kanserini riskini artırır.			
4	Rahim ağzı kanserini önlemek için aşı veya başka korunma yöntemleri yoktur.			
5	Human PapillomaVirus (HPV) enfeksiyonu rahim ağzı kanseri açısından bir risk faktörüdür.			
6	Çok eşlilik Rahim ağzı kanseri riskini artırır.			
7	Doğum yapmak rahim ağzı kanseri riskini azaltır.			
8	Rahim ağzı kanseri taramasına katılmak erken tanı ve tedavi olanağı sağlar			
9	Hpv aşısının rahim ağzı kanserini önlemede rolü bulunmaktadır.			
10	Jinekolojik muayeneye gitmekten ve pap yayma (smear) testi yaptırmaktan korkuyorum.			
11	Erken tanı ve tedavinin rahim ağzı kanserinin gidişatını iyi yönde etkileyeceğini bildiğim halde korktuğum için tarama yaptırmıyorum.			
12	Jinekolojik muayeneye gittiğim doktorun cinsiyetinin kadın olmasını tercih ederim.			
13	Jinekolojik muayene sırasında çok acı çekeceğimden korkuyorum.			
14	Kendi çalıştığım hastanede smear aldirmaktan çekiniyorum.			
15	Çalıştığım hastane dışında bir hastaneye gitmeye zamanım olmadığı için smear aldirmıyorum.			
16	Pap yayma (smear) testinin bazı hastaneler ve kliniklerde ücretli yapılması yaygınlaşmasını olumsuz etkiliyor.			
17	Eşim smear aldirmayı gereksiz buluyor.			
18	Smear testini ailemden de yaptırma duymuyorum.			
19	Rahim içi araç kullandığım için smear aldirmaktan korkuyorum.			
20	Smear aldirma esnasında hastalık kapacağımdan korkuyorum.			
21	Smear testini etrafımdaki herkese öneririm.			
22	Smear testi alınan koltuktan hoşlanmadığımdan yaptırmaktan kaçınıyorum			