



T.C.

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE / SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ANKARA İLİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE GÖREV YAPAN
SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SERVİKS KANSERİ TARAMALARINA
YÖNELİK BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ TARAMA
DÜZEYLERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Ege İhsan ORUÇ HAMAVİOĞLU

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI DOKTORA PROGRAMI**

DOKTORA TEZİ

HAZİRAN/2025





SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ

ANKARA İLİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE GÖREV YAPAN
SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SERVİKS KANSERİ TARAMALARINA
YÖNELİK BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ TARAMA
DÜZEYLERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Ege İhsan ORUÇ HAMAVİOĞLU

DANIŞMAN

Doç. Dr. Asiye Çiğdem ŞİMŞEK

Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Halk Sağlığı Doktora Programı
DOKTORA TEZİ

HAZİRAN/2025

BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım

Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,
- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dökümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Ege İhsan ORUÇ HAMAVİOĞLU

24.06.2025

ÖZET

Amaç: Kanser hastalığı insidans ve ölüm oranlarının giderek artışı nedeniyle günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Küresel olarak uygulanan ve kanser yükünün azaltılmasına yönelik çabalar, önleme, erken teşhis ve tedaviye erişimin iyileştirilmesine odaklanmaktadır. Kanserlerin üçte birinin erken teşhis ve etkin tedavi ile kontrol altına alınabileceği bilinmektedir. Birçok ülkede erken teşhise yönelik uygulamalar birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamına alınmıştır. 2015 yılından itibaren Türkiye’de serviks kanserinin erken teşhisine yönelik verilen tarama hizmetleri, aile sağlığı merkezlerini de kapsayacak şekilde düzenlenmiştir. Kanser taramalarında, hasta ile ilk teması kuran kişi olarak aile hekiminin, kişilerin taramaya katılımındaki rolü önemlidir. Bu çalışma, aile sağlığı merkezlerinde hizmet sunan aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının serviks kanseri tarama programı konusundaki bilgi, tutum, davranışlarının tarama düzeylerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki Araştırma 15 Mayıs 2023-15 Mayıs 2024 tarihleri arasında Ankara ilinde bulunan Aile sağlığı Merkezlerinde görev yapan ve aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarından oluşan 333 sağlık çalışanı ile yürütülmüştür. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafında hazırlanan anket formu kullanılmıştır. Veri analizinde kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler ki-kare testi kullanılarak değerlendirilmiş, sürekli değişkenlerin değerlendirilmesi *t* testi ve Mann-Whitney *U* testi ile yapılmıştır. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p<0.05$ kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılanların %49,8’i aile hekimi olarak %50,2’si aile sağlığı çalışanı olarak hizmet sunmaktadır. Serviks kanseri tarama yaş grubu içinde olan kadın aile hekimi ve aile sağlığı çalışanları arasında HPV-DNA testi yaptırmış olanların %71,1’i aile sağlığı çalışanıdır.

Çalıştıkları birimde serviks kanseri tarama hizmeti verenlerin oranı %59,8’dir. Birimlerinde tarama yapmayan katılımcıların %37,9’u, hedef yaş grubundaki hastalarını KETEM’e yönlendirdiklerini belirtmişlerdir. Tarama ile ilgili bilgi puanı $10,62\pm1.41$ olarak bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının %94,9’u hedef yaş grubunda bulunan

hastalarına serviks kanseri taramasını önermiştir. Serviks kanseri numune alım teknikleri eğitimi alan sağlık çalışanları, birimlerinde daha yüksek oranda tarama hizmeti sunmaktadır. Serviks kanseri taramasının ek iş yükü getirdiğini düşünmeyen sağlık çalışanlarının taramaya yönelik daha olumlu bir tutum geliştirme olasılığı yüksektir.

Sonuç: Sağlık çalışanlarının serviks kanseri taraması ile ilgili bazı konularda bilgi eksikliklerinin olduğu ancak taramaya yönelik tutumlarının olumlu olduğu ve bunun davranışa dönüştüğü görülmüştür. Ancak taramanın ek iş yükü oluşturduğu algısının önüne geçilerek, bunun koruyucu sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak görülmesi için iletişim çalışmalarına ve tarama hizmetinin kalitesinin artırılması için sahada karşılaşılan güçlüklerle ilgili geri bildirimlerin alınarak bunların değerlendirilmesi ve gerekli desteğin sağlanmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimi, aile sağlığı çalışanı, serviks kanseri taraması, bilgi, tutum, davranış.

ABSTRACT

Objective: Cancer has become a major public health problem due to increasing incidence and mortality rates. Global efforts to reduce the burden of cancer focus on prevention, early detection and improved access to treatment. It is known that one third of cancers can be controlled with early detection and effective treatment. In many countries, early detection interventions are included in primary health care services. Since 2015, screening services for early detection of cervical cancer in Türkiye have been organized to include family health centers. In cancer screening, the role of the family physician, as the person who makes the first contact with the patient, is important in the participation of individuals in screening. This study was planned to evaluate the effect of knowledge, attitudes and behaviors of family physicians and family health workers (nurses or midwives) serving in family health centers regarding cervical cancer screening program on screening levels.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted between May 15, 2023 and May 15, 2024 with 333 healthcare workers including family physicians and family health workers working in Family Health Centers in Ankara province. A questionnaire form prepared by the researcher was used as a data collection tool. In data analysis, the relationships between categorical variables were evaluated using the chi-square test, and continuous variables were evaluated using the *t* test and Mann-Whitney U test. In all analyzes, $p < 0.05$ was accepted as the statistical significance level.

Results: Among the participants, 49.8% were family physicians and 50.2% were family health workers. Among the female family physicians and family health workers in the cervical cancer screening age group, 71.1% of those who had undergone HPV-DNA testing were family health workers.

The rate of those who provide cervical cancer screening services in the unit where they work is 59.8%. Participants who do not conduct screening services in their units, %37.9 stated that they referred their patients in the target age group to KETEM. The score for knowledge about screening was 10.62 ± 1.41 . 94.9% of healthcare workers recommend cervical cancer screening to their patients in the target age group. Health care workers

who received training on cervical cancer sampling techniques, provide screening services at a higher rate in their units. Healthcare workers who do not think that cervical cancer screening brings additional workload are likely to develop a more positive attitude towards screening.

Conclusion: It was observed that healthcare workers lacked knowledge on some issues related to cervical cancer screening, but their attitudes towards screening were positive and the attitudes leads the changes in behaviors. However, communication activities are needed to prevent the perception that screening creates additional workload and to ensure that it is seen as a part of preventive health services. In order to improve the quality of the screening services there is a need to receive and evaluate feedback on challenges encountered in the field and provide the necessary support.

Keywords: Family physician, family health worker, cervical cancer screening, knowledge, attitude, behavior.

TEŞEKKÜR

Doktora ve tez sürecim boyunca tüm bilgi ve tecrübesini benimle paylaşan, sevgisini ve manevi desteğini esirgemeyen tez danışmanım Doç. Dr. Asiye Çiğdem ŞİMŞEK'e,

Doktora eğitim sürecim boyunca bilgi birikimlerinden faydalanma fırsatı bulduğum Prof. Dr. Metin HASDE, Prof. Dr. Toker ERGÜDER, Doç. Dr. Deya ÇAMUR, Doç. Dr. Hülya ŞİRİN, Doç. Dr. Mehmet ÇETİN, Dr. Öğr. Üyesi Yunus Emre BULUT'a,

Doktora Yeterlilik Sınavı ve Tez İzleme Komiteleri süreçlerinde bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan Prof. Dr. Seçil ÖZKAN, Prof. Dr. Aytül ÇAKMAK ve Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ'e,

Tez sürecinde desteklerini esirgemeyen, çalışma arkadaşım Uzm. Dr. Özlem ÖZÇAY'a,

Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Toplum Sağlığı Birim Sorumlusu Dr. Emel İmren TAŞ ve tüm birim çalışanlarına,

Doktora eğitim sürecinde birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum dönem arkadaşlarım Dr. İsmail Ercan BAL, Dr. Süreyya POLAT ve Uzm. Dr. Ardi RREKA'ya,

Hayatımın her anında en büyük destekçilerim olan, sonsuzluğa uğurladığım canım annem Deniz ORUÇ ve canım babam Faruk ORUÇ'a,

Bu yoğun süreçte daima yanımda olan, beni destekleyen ve güç veren eşim Cem HAMAVİOĞLU ve çocuklarım Nil, Tuna ve Lena HAMAVİOĞLU'na,

Sonsuz sevgi ve minnetlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	iii
TEŞEKKÜR.....	v
KISALTMALAR	ix
TABLO LİSTESİ	xi
GRAFİK LİSTESİ.....	xiii
ŞEKİL LİSTESİ	xiv
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. SERVİKS KANSERİ	5
2.2. SERVİKS KANSERİ EPİDEMİYOLOJİSİ.....	6
2.3. SERVİKS KANSERİ ETİYOLOJİSİ VE RİSK FAKTÖRLERİ	8
2.3.1. Human Papilloma Virüsünün (HPV) Rolü.....	8
2.3.2. HPV Kaynaklı Karsinogenezin Mekanizması.....	9
2.3.3. Serviks Karsinogenezinde Yardımcı Faktörler	9
2.3.4. Cinsel Davranış ve Üreme Faktörleri	9
2.3.5. İmmüsupresyon.....	9
2.3.6. Sigara Kullanımı	10
2.3.7. Uzun Süre Oral Kontraseptif Kullanımı	10
2.3.8. Genetik Duyarlılık	10
2.3.9. Sosyoekonomik Faktörler	10
2.4. SERVİKS KANSERİNİN DOĞAL SEYRİ.....	11
2.5. SERVİKS KANSERİNDEN KORUNMA	11
2.5.1. HPV Aşılması	12
2.5.2. Servikal Taramalar.....	13
2.5.3. Sağlık Eğitimi ve Farkındalık.....	14
2.5.4. Serviks Kanserinden Korunmanın Önündeki Engeller	14
2.6. ULUSAL KANSER KONTROL PROGRAMLARI VE SERVİKS KANSERİ TARAMASININ YERİ.....	15
2.6.1. Önleme Programları.....	16

2.6.2. Erken Teşhis	16
2.6.3. Tedavi.....	18
2.6.4. Palyatif Bakım	18
2.6.5. Serviks Kanseri Taramaları	18
2.7. TÜRKİYE’DE KANSER KONTROL PROGRAMI	19
2.7.1. Türkiye’de Kanser Kontrolünün Tarihçesi	19
2.7.2. Türkiye’de Serviks Kanseri Taramaları	21
2.8. SERVİKAL KANSER TARAMA PROGRAMLARI ÜLKE ÖRNEKLERİ..	23
2.8.1. Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Hizmeti Serviks Tarama Programı (NHSCSP).....	25
2.8.2. Avustralya Ulusal Servikal Tarama Programı (NCSP)	27
2.8.3. İsveç Ulusal Serviks Kanseri Tarama Programı.....	28
2.8.4. Hindistan Ulusal Kanser Kontrol Programı	30
2.8.5. Kenya Kanser Kontrol Programı	31
2.8.6. Peru Kanser Kontrol Programı	32
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	35
3.1. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI.....	35
3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ	35
3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ.....	35
3.3.1. Araştırmaya Katılma Oranı	36
3.4. ARAŞTIRMANIN ANA HİPOTEZLERİ	37
3.5. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME VE EDİLMEME KRİTERLERİ	37
3.6. ARAŞTIRMA DEĞİŞKENLERİ	37
3.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE UYGULAMA ŞEKLİ	38
3.8. ÖN DENEME	39
3.9. TANIMLAR	39
3.10. ETİK KONULAR	40
3.11. ÇIKAR ÇATIŞMASI	40
3.12. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	40
3.13. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	41
4. BULGULAR	42
5. TARTIŞMA	69
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	87

6.1. SONUÇLAR.....	87
6.2. ÖNERİLER.....	92
KAYNAKLAR.....	94
EKLER.....	107
EK-1. ETİK KURUL ONAYI.....	107
EK-2. ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA İZNİ.....	108
EK-3. ANKET FORMU	110
ÖZGEÇMİŞ	116



KISALTMALAR

AH	: Aile Hekimi
AHBS	: Aile Hekimliği Bilgi Sistemi
AHB	: Aile Hekimliği Birimi
ASÇ	: Aile Sağlığı Çalışanı
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
CHW	: Community Health Workers
CIN	: Cervical Intraepithelial Neoplasia
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HBYS	: Halk Sağlığı Bilgi Yönetim Sistemi
HIV/AIDS	: İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü / Edinsel Bağışıklık Yetmezliği Sendromu
HLA	: İnsan Lökosit Antijeni
HPV	: Human Papilloma Virüs
HPV-DNA	: Human Papilloma Virüs Tarama Testi
IARC	: The International Agency for Research on Cancer
KETEM	: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
Maks	: Maksimum
Min	: Minimum
NCSP	: The National Cervical Screening Program
NHS	: National Health Service
NHSCSP	: National Health Service Cancer Screening Programmes
QOF	: Quality and Outcome Framework
Ort	: Ortalama
SBÜ	: Sağlık Bilimleri Üniversitesi

SS : Standart Sapma
TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu
VIA : Visual Inspection of the Cervix After Acetic Acid Application



TABLO LİSTESİ

Tablo 3.1. Ankara İli Aile Sağlığı Merkezlerinde hizmet sunan aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı sayıları	36
Tablo 4.1. Çalışma grubunun bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımları	42
Tablo 4.2. Çalışma grubunun kendileri ya da ailelerinde kanser hastalığı durumuna göre dağılımları.....	43
Tablo 4.3. Çalışma grubunda ve hedef yaş grubunda olan kadınların HPV-DNA testi yaptıрма durumuna göre dağılımları	43
Tablo 4.4. Çalışma grubunda bulunan ve HPV-DNA testi yaptıran kadınların meslek gruplarına göre dağılımları	43
Tablo 4.5. Çalışma grubunda bulunan ve HPV-DNA testi yaptırmayan kadınların test yaptırmama nedenlerine göre dağılımları	44
Tablo 4.6. Çalışma grubunun birimlerinde HPV-DNA testi yapma durumlarına göre dağılımları.....	45
Tablo 4.7. Çalışma grubunun hedef yaş grubundaki hastalarını serviks kanseri taramasına davet etme durumlarına göre dağılımları.....	45
Tablo 4.8. Çalışma grubunun numune alma teknikleri eğitimi alma durumlarına göre dağılımları.....	46
Tablo 4.9. Çalışma grubunun serviks kanseri taramasının ek iş yükü getirme ile ilgili düşünce durumlarının dağılımı.....	46
Tablo 4.10. Çalışma grubunun serviks kanseri ile ilgili bilgi durumlarına göre dağılımları.....	47
Tablo 4.11. Çalışma grubunun ulusal serviks kanseri taraması ile ilgili bilgi durumlarına göre dağılımları	48
Tablo 4.12. Çalışma grubunun serviks kanseri taraması ile ilgili tutum durumlarına göre dağılımları.....	49
Tablo 4.13. Çalışma grubunun bazı özelliklerine göre hastaları taramaya davet durumlarının dağılımları	51
Tablo 4.14. Çalışma grubunda bulunan kadınların bazı özelliklerine göre serviks kanseri tarama testi yaptıрма durumlarının dağılımları	52

Tablo 4.15. Çalışma grubunun bazı özelliklerine göre hedef yaş grubundaki kadınlara serviks kanseri taraması yapma durumlarının dağılımları	53
Tablo 4.16. Çalışma grubunun bazı özelliklerine göre serviks kanseri taramasının ek iş yükü getirmesi ile ilgili düşünce durumlarının dağılımı	54
Tablo 4.17. Çalışma grubunun bilgi ve tutum puanlarının dağılımı	56
Tablo 4.18. Çalışma grubunun bazı özelliklerine göre serviks kanseri bilgi durumu serviks kanseri taraması bilgi durumu ve serviks kanseri tutum puanlarının dağılımı ...	57
Tablo 4.19. Çalışma grubunun bazı özellikleri ile serviks kanseri bilgi durumu ortalama puanlarının karşılaştırılması	60
Tablo 4.20. Çalışma grubunun bazı özellikleri ile serviks kanseri bilgi durumu puanlarının karşılaştırılması	61
Tablo 4.21. Çalışma grubunun bazı özellikleri ile serviks kanseri taraması bilgi durumu puanlarının karşılaştırılması	62
Tablo 4.22. Çalışma grubunun bazı özellikleri ile serviks kanseri taraması tutum durumu puanlarının karşılaştırılması	63
Tablo 4.23. Çalışma grubunun taramanın ek iş yükü getirmesi düşüncesi ile serviks kanseri bilgi puanlarının karşılaştırılması	64
Tablo 4.24. Çalışma grubunun taramanın ek iş yükü getirmesi düşüncesi ile serviks kanseri taraması bilgi puanlarının karşılaştırılması	65
Tablo 4.25. Çalışma grubunun taramanın ek iş yükü getirmesi düşüncesi ile serviks kanseri taraması tutum puanlarının (ilk yedi ifade) karşılaştırılması.....	65
Tablo 4.26. Çalışma grubunun taramanın ek iş yükü getirmesi düşüncesi ile serviks kanseri taraması tutum puanlarının (sekiz ifade) karşılaştırılması	66
Tablo 4.27. Çalışma grubunun birimde serviks kanseri taraması yapma durumu ile serviks kanseri bilgi puanlarının karşılaştırılması.....	67
Tablo 4.28. Çalışma grubunun birimde serviks kanseri taraması yapma durumu ile serviks kanseri taraması bilgi puanlarının karşılaştırılması.....	67
Tablo 4.29. Çalışma grubunun birimde serviks kanseri taraması yapma durumu ile serviks kanseri tutum puanlarının (ilk yedi ifade) karşılaştırılması	68
Tablo 4.30. Çalışma grubunun birimde serviks kanseri taraması yapma durumu ile serviks kanseri tutum puanlarının (sekiz ifade) karşılaştırılması.....	68

GRAFİK LİSTESİ

Grafik 4.1. Çalışma grubunun serviks kanseri ve serviks kanseri taraması bilgi durumu puanları ile serviks kanseri taraması tutum puanları..... 56



ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılan serviks kanseri tarama süreci algoritması	23
--	----



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik hastalıklar, uzun süreli seyir göstermesi ve ilerleyici özellikte olması nedeniyle bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen sağlık sorunlarıdır. Kalp damar hastalıkları, diyabet, kronik solunum yolu hastalıkları ve kanser gibi toplumda yaygın olarak görülen kronik hastalıklar sağlık sistemleri üzerinde büyük bir yük oluşturmaktadır.

Genetik yatkınlık, çevresel faktörler, yaşam tarzı ve enfeksiyonlar gibi birçok etken, kronik hastalıkların ortaya çıkmasında rol oynar. Bu hastalıklar arasında olan kanser; insidans ve ölüm oranlarının giderek artışı ve tüm ülkelerdeki hastalık yükü ile önemli bir küresel sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. 2022 yılı itibarıyla dünya çapında yaklaşık 19,9 milyon yeni kanser vakası ve yaklaşık 10 milyon kanser ölümü yaşanmıştır. Uluslararası Kanser Araştırma Kurumu (IARC) yaşlanma ve nüfus artışına bağlı olarak 2040 yılına kadar 28,4 milyon yeni kanser vakasının ortaya çıkacağını öngörmektedir (1).

Dünya çapında en sık teşhis edilen kanserler arasında 2,26 milyon vakayla meme kanseri, 2,21 milyon vakayla akciğer kanseri, 1,93 milyon vakayla kolorektal kanser ve 1,41 milyon vakayla prostat kanseri yer almaktadır. Akciğer kanseri yılda yaklaşık 1,8 milyon ölümden sorumlu olup kanser ölümlerinin önde gelen nedeni olmaya devam etmekte, bunu kolorektal kanser (935 000 ölüm), karaciğer kanseri (830 000 ölüm) ve mide kanseri (769 000 ölüm) izlemektedir (1).

Kanser insidansı ve ölüm oranları, risk faktörlerine maruz kalma, teşhis hizmetlerinin mevcudiyeti ve etkili tedaviye erişimdeki farklılıklar nedeniyle bölgeler arasında önemli ölçüde değişiklik göstermektedir. Yüksek gelirli ülkeler daha iyi sağlık altyapısı ve kanser yönetimi protokolleri nedeniyle daha yüksek insidans oranlarına ancak daha düşük ölüm oranlarına sahip olma eğilimindedir. Bunun tersine, düşük ve orta gelirli ülkeler daha yüksek ölüm oranlarıyla karşı karşıyadır, bu da erken teşhis ve tedaviye ulaşılabilirlik konusundaki eşitsizlikleri yansıtmaktadır.

Kanser, beklenen yaşam süresini artırmanın önünde önemli bir engel olmasının yanı sıra, kanser türleri, coğrafya ve cinsiyete göre derecesi değişen önemli toplumsal ve mikro ekonomik maliyetlerle ilişkilidir (2).

Küresel kanser yükünün azaltılmasına yönelik çabalar, önleme, erken teşhis ve tedaviye erişimin iyileştirilmesine odaklanmaktadır. Günümüzde kanserin %30-50'si, risk faktörlerinden kaçınma ve mevcut kanıta dayalı önleme stratejilerini uygulama yoluyla önlenabilir ve kontrol altına alınabilir. Ayrıca kanserlerin üçte birinin erken teşhis ve etkin tedavi ile kontrol altına alınabileceği bilinmektedir. Tarama programlarının geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerine erişimin genişletilmesi, özellikle yetersiz hizmet alan bölgelerde kanser sonuçlarını iyileştirmek için temel stratejilerdir.

Dünya çapında kadınlar arasında en sık görülen dördüncü kanser olan serviks (rahim ağzı) kanserinin etkeni Human Papilloma Virüs (HPV) olup aşı ile önlenabilir bir kanserdir (1).

Serviks kanseri, kadınların sağlığını fiziksel, duygusal ve sosyal refah açısından önemli ölçüde etkiler. 2022 yılında yaklaşık 661 000 yeni vaka ve 350 000 ölümle birlikte, ağırlıklı olarak önleyici tedbirlere erişimin sınırlı olduğu düşük ve orta gelirli ülkelerde, dünya çapında önemli bir sağlık sorunudur ve orantısız bir şekilde genç kadınları etkiler (3,4).

Serviks kanseri, önlenabilirliği ve etkili tarama yöntemlerinin bulunması nedeniyle tarama programları için sıklıkla seçilmektedir. Pap smear ve HPV-DNA testleri ile yapılan tarama yöntemleri güvenilir olup, kanser öncesi lezyonların invaziv kansere dönüşmeden önce tespit edilmesine olanak sağlar.

Türkiye'de de kanserin görülme sıklığı artmaktadır. 2020 yılı kanser istatistiklerine bakıldığında erkeklerde yaşa standardize insidans hızı yüz binde 233,6 olup vaka sayısı 109 832'dir. Kadınlarda ise yaşa standardize insidans hızı yüz binde 162,8 olup vaka sayısı 85 749'dur. Erkeklerde en sık görülen ilk beş kanser sırasıyla akciğer, prostat, kolorektal, mesane ve mide kanseri iken kadınlarda meme, tiroid, kolorektal, akciğer kanseri ve uterus korpusudur (5).

Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) yayınladığı ölüm nedeni istatistiklerine göre 2018 yılında malign tümörler nedeniyle gerçekleşen ölümlerin toplam sayısı 81 129

olmuştur. Bu ölümlerin %30,8'i akciğer, larenks, trakea ve bronşların malign tümörlerinden kaynaklanmaktadır (6).

Serviks kanseri, Türkiye'de en sık görülen kadın kanserleri arasında 10. sırada yer almaktadır ve 2018 yılında 2125 kadın serviks kanseri tanısı almıştır (5). Serviks kanseri, insidans ve mortalitesini azaltmaya yönelik, ulusal kanser kontrol programı kapsamında tarama programı uygulanmaktadır.

Serviks kanseri taraması, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tavsiyeleri doğrultusunda 30-65 yaş grubundaki kadınların en az %70'ini kapsayacak şekilde ve diğer taramalarda olduğu gibi asemptomatik kişilere 2008 yılından itibaren Pap smear testi ile yapılmaya başlanmıştır.

İlk yıllarda sadece Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezlerinde (KETEM) Pap smear testi ile tarama yapılmakta iken 2014 yılında bilimsel çalışmaların ışığında Pap smear ve HPV- DNA testi birlikte kullanılmaya başlanmıştır. Yeni tarama yöntemlerinin uygulamaya konmasıyla birlikte tarama programına aile sağlığı birimleri de dahil edilmiştir (7).

Aile hekimleri ve birinci basamak sağlık çalışanları serviks tarama programlarında kritik bir rol oynamakta ve serviks kanserinin erken teşhisine ve önlenmesine önemli ölçüde katkıda bulunmaktadır. Birinci basamak sağlık çalışanları genellikle sağlık hizmetlerine erişen kadınların ilk temas noktalarıdır ve bu da onları düzenli serviks kanseri taramaların önemini anlatmak ve bu testleri uygulamak için ideal bir konuma getirir. Nitekim çoğu araştırmada, başvuranların aile hekimleri tarafından teşvik edilmeleri halinde taramaya katılma olasılığının daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Dünyada birçok bölgede, serviks tarama uygulamalarının yapıldığı birinci basamak sağlık tesislerinde, serviks taramalarının çoğunluğunu pratisyen hekimler ve hemşireler gerçekleştirmektedir (8). Bu noktada sağlık çalışanlarının serviks kanseri taramasına yönelik kapsamlı bilgiye ve olumlu bir tutuma sahip olması, bu programların toplum tarafından benimsenmesini ve etkinliğini doğrudan etkiler (9). Bazı ülkelerde birinci basamak sağlık çalışanlarının taramaya katkısını arttırmak amacıyla performansa göre ödeme sistemleri oluşturulmuştur. Yapılan bazı çalışmalar bu ödeme sistemlerinin tarama oranlarına olumlu etkisini gösterdiğini kanıtlamıştır (10,11).

Türkiye’de de aile hekimleri ve aile sağığı çalışanlarının, aile hekimliğı birimlerinde uygulanan serviks kanseri taramaları konusunda kapsamlı bilgiye sahip olması ve olumlu tutumları bu hizmetin etkin bir biçimde yapılması açısından önemlidir. Aile sağığı birimlerinde çalışan sağıık personelinin bilgi ve tutumlarının belirlenmesi verilen hizmetin kalitesi ve yaygınlığıının arttırılması için yapılacak olan çalışmalarda yol gösterici olabilir.

Bu araştırmada aile sağığı merkezlerinde hizmet sunan aile hekimleri ve aile sağığı çalışanlarının serviks kanser tarama programı konusundaki bilgi, tutum, davranışlarının değıerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Elde edilen bulgular doğırultusunda, mevcut durumun değıerlendirilmesi, yeni yaklaşımlar ve uygulamalar geliştirilmesine yönelik ihtiyaçların belirlenmesi hedeflenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. SERVİKS KANSERİ

Serviks kanseri rahim ile vajinayı bağlayan, rahmin alt kısmını oluşturan serviks bölgesindeki hücrelerden köken alan malign bir kanser türüdür. Özellikle düşük ve orta gelirli ülkeler olmak üzere tüm dünyadaki kadınlar üzerindeki etkisi nedeniyle ve öncelikle üreme çağındaki kadınları etkilemesinden dolayı, önleme ve erken teşhis stratejileri bakımından önemli bir halk sağlığı sorunudur (12).

Serviks iki ana bölgeden oluşmaktadır; glandüler hücrelerle kaplı iç kısım olan endoserviks ve skuamöz hücrelerle kaplı dış kısım olan ektoserviks. Bu iki hücre tipinin bulunduğu alan olan transformasyon zonu serviks kanserinin yaygın olarak geliştiği bölgedir. Bu bölge özellikle serviks kanserinin birincil etkeni olan HPV enfeksiyonuna karşı hassastır (13).

Serviks kanseri, temel olarak yüksek riskli (onkojenik) HPV suşlarının kalıcı enfeksiyonuyla başlayan çok adımlı bir süreçle gelişir. Genel olarak çeşitli enfeksiyonlara sebep olan HPV suşları, kanser oluşumunda yer almalarına göre düşük veya yüksek riskli olarak değerlendirilir. Yüksek riskli HPV suşları 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 ve 68 olarak belirlenmiştir. HPV cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyondur ve çoğu HPV enfeksiyonu geçici olup kendiliğinden düzelirken, HPV 16 ve HPV 18 gibi yüksek riskli suşlar kalıcı enfeksiyon, prekanseröz adı verilen kanser öncesi lezyonların gelişmesine yol açabilir (14). Servikal intraepitelial neoplazi olarak adlandırılan bu lezyonlar tedavi edilmedikleri takdirde invaziv kansere dönüşebilir.

HPV enfeksiyonundan serviks kanserine doğru ilerleme, viral DNA'nın konakçı hücre genomuna entegrasyonunu içerir ve bu da viral onkoproteinler E6 ve E7'nin ekspresyonuna yol açar. Bu proteinler, tümör baskılayıcı genler p53 ve p105Rb ile etkileşime girerek hücre döngüsü düzenlemesini bozar ve hücresel dönüşümü ve proliferasyonu teşvik eder (15).

Serviks kanserinin en sık görülen tiplerinden biri skuamöz hücreli karsinom, diğeri adenokarsinomdur. Skuamöz hücreli karsinom, ektoserviksi kaplayan skuamöz

hücrelerden kaynaklanır ve tüm serviks kanserlerinin yaklaşık %70-90'ını oluşturur (16). Endoservikte bulunan glandüler hücrelerden köken alan adenokarsinom ise serviks kanserlerinin %10- 20'sinden sorumludur.

Ancak son yıllarda adenokarsinom görülme sıklığında artış tespit edilmiştir (17). Bu iki tür kanserin yanı sıra küçük hücreli karsinom ve nöroendokrin kanser de servikte görülebilmektedir. Bunlar nadirdir ancak daha agresif seyrederler.

Erken evre serviks kanseri genellikle herhangi bir belirti vermez. Bu dönemde düzenli kontrol yapılması önemlidir. Belirtiler kanser hücreleri yayıldıktan sonra ortaya çıkar. Hastada cinsel ilişki sonrasında, adet dönemleri arasında veya menopoz sonrası anormal kanamalar ortaya çıkabilir.

Ayrıca kanlı, pis kokulu akıntı ve pelvik ağrı gibi belirtiler de gösterebilir. Hastalık ilerledikçe ve çevre organlara yayıldıkça ağırlı bağırsak hareketleri veya dışkılama sırasında rektumdan kanama, zor veya ağırlı idrara çıkma veya idrarda kan, sırt ve karın ağrısı oluşabilir (18).

2.2. SERVİKS KANSERİ EPİDEMİYOLOJİSİ

Serviks kanseri dünya çapında önemli bir halk sağlığı sorunu olmayı sürdürmektedir. Dünyada kadınlarda en sık görülen dördüncü kanser olarak yer almaktadır. DSÖ verilerine göre 2020 yılında serviks kanserine atfedilen yaklaşık 604 000 yeni vaka ve 342 000 ölüm meydana gelmiştir (1). Serviks kanseri vakalarının ve ölümlerinin yüksek gelirli ülkeler ile düşük ve orta gelirli ülkeler arasında eşitsiz dağılımı kanser yükünü artırmaktadır. Serviks kanseri ölümlerinin yaklaşık %90'ı düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. Bu durum HPV aşılması ve serviks kanseri taraması gibi önleyici hizmetlere erişimdeki farklılıklardan kaynaklanan kritik bir eşitsizliğin altını çizmektedir.

Serviks kanserinin görülme sıklığı ve prevalansı önemli bölgesel farklılıklar göstermektedir. Yapılan çalışmalarda Sahra Altı Afrika, Latin Amerika, Karayipler ve Asya'nın bazı bölgelerinde serviks kanserinde yüksek insidans oranları bildirilmiştir. Sahra Altı Afrika'da yaşa standardize insidans hızı endişe verici derecede yüksektir; yüz bin kadın başına 40,13 olan bu sayı, görülme oranının yüz bin kadında yalnızca 6,5

olduğu Kuzey Amerika ile tam bir tezat oluşturmaktadır. Bu belirgin farka, sınırlı sağlık altyapısı, düşük serviks kanseri taraması oranları ve yetersiz HPV aşısı gibi faktörler katkıda bulunmaktadır (16).

Birçok düşük ve orta gelirli ülkede sınırlı sağlık altyapısından dolayı, yeterli düzeyde kanser taraması yapılamamakta ve hastalar düzenli takip edilip bakımları sağlanamamaktadır. Örneğin Sahra Altı Afrika ve bazı Asya ülkelerinde serviks kanseri tarama programları ya yoktur ya da nüfusun yalnızca küçük bir kesimine ulaşmaktadır. Bu durum ileri evredeki hastaların çok geç tanı almasına neden olmaktadır (19). Ayrıca kültürel engeller ve serviks kanseri ve önlenmesine ilişkin farkındalık eksikliği de bu bölgelerde tarama hizmetlerinin ve hizmete katılımın düşük düzeyde olmasında rol oynamaktadır (20). Buna karşılık, birçok yüksek gelirli ülkede tarama programlarının başarılı bir şekilde uygulanması ve yaygın HPV aşısı nedeniyle serviks kanseri vakalarında önemli bir düşüş görülmüştür (16).

Birleşik Krallık, Avustralya ve İsveç gibi ülkeler, serviks kanseri görülme oranlarını önemli ölçüde azaltan organize tarama ve aşılama programları oluşturmuştur (21). Örneğin Avustralya'da 2007 yılında başlatılan ulusal HPV aşılama programı ile aşılanan gruplar arasında yüksek dereceli serviks anormalliklerinde belirgin bir düşüş sağlanmıştır (22). Benzer şekilde 1988 yılında başlatılan Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) Serviks Tarama Programı ile erken teşhis ve tedavi yoluyla serviks kanserinin görülme sıklığı ve ölüm oranı azaltılmıştır (23).

Serviks kanserinden ölüm hızı, insidans modellerini yansıtmaktadır; en yüksek ölüm oranları, düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. Serviks kanseri için yaşa standardize edilmiş ölüm hızı yaklaşık 100 000 kadın başına 7,5'tir. Sahra Altı Afrika'da yine serviks kanserine bağlı en yüksek ölüm oranları rapor edilmektedir; bu da bu bölgedeki yüksek insidansı hızı ve tanının geç evrelerde konmasını yansıtmaktadır

Buna karşılık, daha güçlü sağlık sistemlerine ve kapsamlı önleyici tedbirlere sahip olan yüksek gelirli ülkelerde ölüm hızlarının önemli ölçüde daha düşük olduğu bildirilmiştir. Örneğin Batı Avrupa'da serviks kanserinden ölüm oranı yüz bin kadın başına yaklaşık 2,3'tür (16).

Ölüm oranlarının yüksek gelirli ülkeler ile düşük ve orta gelirli ülkeler arasında farklı olması çeşitli faktörlere bağlanabilir. Yüksek gelirli ülkelerde organize tarama programlarının varlığı ile kanser öncesi lezyonların erken tespiti ve tedavisi sağlanır, hastalığın ilerleyerek invaziv kansere dönüşmesi önlenmiş olur (24).

Ek olarak, HPV aşısının uygulamaya konulması, serviks kanserinin temel nedeni olan yüksek riskli HPV enfeksiyonlarının görülme sıklığını daha da azaltmıştır (21). Düşük ve orta gelirli ülkelerde ise bu tür koruyucu tedbirlerin eksikliği, daha yüksek ölüm oranlarına yol açmaktadır. Zira birçok kadın, başarılı tedavinin zorlaştığı ileri evrelerde teşhis edilmektedir (25).

Yaş dağılımına bakıldığında serviks kanseri öncelikle 30 ila 50 yaş arası kadınları etkiler ve en yüksek insidans 35 ile 44 yaş arası kadınlarda görülür. Ancak hastalık her yaşta ortaya çıkabilir ve risk kadının hayatı boyunca devam eder. Genç kadınlar, cinsel olarak aktif hale geldikten kısa bir süre sonra HPV enfeksiyonuna karşı özellikle savunmasızdır ve yüksek riskli HPV suşları ile kalıcı enfeksiyon nedeniyle serviks kanseri riski artar (26).

2.3. SERVİKS KANSERİ ETİYOLOJİSİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

Serviks kanseri, günümüzde özellikle üreme çağındaki kadınları etkileyen önemli bir küresel sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Serviks kanserinin etiyolojisi, viral enfeksiyon, konakçı faktörler ve çevresel etkilerin karmaşık etkileşimini içerecek şekilde çok yönlüdür. Serviks kanserinin en önemli etkeni, yüksek riskli human papilloma virüsü (HPV) suşlarının neden olduğu kalıcı enfeksiyondur. Bu kanser türünde HPV'nin rolünü, riski modüle eden ko-faktörleri ve bu faktörlerin karsinogeneze katkıda bulunduğu mekanizmaları incelemek serviks kanseri etiyolojisinin çeşitli yönlerini anlamamızı sağlayacaktır.

2.3.1. Human Papilloma Virüsünün (HPV) Rolü

Human papilloma virüsü (HPV), 200'den fazla genotipi olan, her yerde bulunabilen bir virüstür. Bu genotiplerden yaklaşık 14'ü, serviks kanseri ile ilişkileri nedeniyle yüksek riskli olarak kabul edilir. En yaygın yüksek riskli suşlar HPV 16 ve HPV 18'dir ve iki genotip birlikte dünya genelinde serviks kanseri vakalarının yaklaşık

%70'inden sorumludur. HPV serviksteki epitel hücrelerini enfekte ederek iyi huylu lezyonlardan invaziv kansere kadar ilerleyebilen hücresel değişikliklere yol açar (13).

2.3.2. HPV Kaynaklı Karsinogenezin Mekanizması

HPV virüsü mikro abrazyon yoluyla servikal epitelde bulunan bazal hücreleri enfekte eder. Viral genom, özellikle yüksek riskli HPV enfeksiyonlarında konakçı hücre DNA'sına entegre olur ve viral onkogenler E6 ve E7'nin ekspresyonuna yol açar. Bu onkoproteinler, tümör baskılayıcı proteinler olan p53 ve p105Rb'yi etkisiz hale getirerek hücre döngüsü kontrolünü bozar ve kontrolsüz hücresel proliferasyona izin verir (14). P53 fonksiyonunun kaybı ile hasarlı hücrelerin apoptozunu önlenmiş olurken, p105 Rb inaktivasyonu ile, E2F transkripsiyon faktörlerinin salınması gerçekleşir. Böylece hücre döngüsünün ilerlemesi sağlanır ve virüsün DNA replikasyonu daha da teşvik edilmiş olur.

2.3.3. Serviks Karsinogenezinde Yardımcı Faktörler

Kalıcı HPV enfeksiyonu serviks kanserinin en önemli ve gerekli bir nedeni olsa da tek başına yeterli değildir. Birkaç ortak faktör, HPV enfeksiyonunun serviks dokusu üzerine etkisini artırarak kanser oluşma riskini etkiler.

2.3.4. Cinsel Davranış ve Üreme Faktörleri

Erken yaşta cinsel ilişkiye başlamak ve birden fazla cinsel partnere sahip olmak, HPV ile enfekte olmak için önemli risk faktörleridir (27). Bu davranışlar HPV'ye maruz kalma sıklığını ve enfeksiyon olasılığını artırır. Ayrıca multiparite (çok sayıda tam dönem gebelik sahibi olmak) serviks kanseri riskinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir. Hamilelik sırasındaki hormonal değişiklikler ve bağışıklık sisteminin baskılanması HPV'nin kalıcılığını ve ilerlemesini kolaylaştırabilen faktörler arasındadır (28).

2.3.5. İmmüsupresyon

HIV/AIDS'li kişiler gibi bağışıklık sistemi baskılanmış bireylerde kalıcı HPV enfeksiyonu ve sonrasında serviks kanseri gelişme riski daha yüksektir. Bağışıklık sistemi HPV enfeksiyonlarını temizlemede kritik bir rol oynar; dolayısıyla immüsupresyon virüsün varlığını sürdürmesine ve hücresel değişikliklere neden olmasına izin verir (29).

Birçok çalışma, HIV ile enfekte kadınların, HIV ile enfekte olmayan kadınlara kıyasla serviks kanserine yakalanma olasılığının altı kat daha fazla olduğunu göstermiştir (30).

2.3.6. Sigara Kullanımı

Sigara içmek serviks kanseri oluşumunda bir diğer önemli faktördür. Sigara içmek, servikal mukusa nikotin ve kotinin gibi kanserojen maddelerin girmesine neden olur. Bu maddeler servikal hücrelerin DNA'sına zarar verebilir ve lokal bağışıklık tepkilerini bozabilir (31). Sigara içen kadınlarda sigara içmeyenlere göre serviks kanserine yakalanma olasılığı iki kat daha fazladır. Ayrıca sigara içmenin süresi ve yoğunluğu arttıkça risk de artar (32).

2.3.7. Uzun Süre Oral Kontraseptif Kullanımı

Oral kontraseptiflerin uzun süreli kullanımı, serviks kanseri riskinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir. Oral kontraseptiflerin kullanımı sonucunda oluşan hormonal değişiklikler serviksin HPV enfeksiyonuna duyarlılığını ve oluşan lezyonların kansere ilerlemesini etkileyebilir (33). Araştırmalar, beş yıldan uzun süre oral kontraseptif kullanan kadınların serviks kanserine yakalanma riskinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (34).

2.3.8. Genetik Duyarlılık

Serviks kanserinde genetik yatkınlık da rol oynamaktadır. Bazı genetik polimorfizmler, HPV enfeksiyonuna karşı bireysel duyarlılığı ve ilerlemeyi etkileyebilir. Bazı çalışmalarda HLA (insan lökosit antijeni) genleri gibi bağışıklık tepkisinde yer alan genlerdeki varyasyonlar, HPV enfeksiyonlarını temizleme yeteneğindeki farklılıklarla ilişkilendirilmiştir (35). Belirli HLA türlerine sahip kadınlarda, bağışıklık sistemlerinin HPV'ye ne kadar etkili yanıt verebileceğine bağlı olarak serviks kanseri oluşma riski daha yüksek veya daha düşük olabilir (36).

2.3.9. Sosyoekonomik Faktörler

Sosyoekonomik durum, serviks kanseri riskinin belirleyicilerinden biridir. Düşük sosyoekonomik kökenden gelen kadınların HPV aşısı, düzenli tarama testleri ve prekanseröz lezyonların tedavisi dahil olmak üzere sağlık hizmetlerine erişimi genellikle sınırlıdır. Düşük sosyoekonomik durum aynı zamanda sigara içme, erken cinsel aktivite

ve birden fazla cinsel partner gibi risk faktörlerinin görülme sıklığının daha yüksek olmasıyla da ilişkilidir (37).

2.4. SERVİKS KANSERİNİN DOĞAL SEYRİ

HPV enfeksiyonundan serviks kanserine ilerleme süreci genellikle 10-20 yıla kadar uzayabilir. Doğal seyir birkaç aşamadan oluşur:

- HPV enfeksiyonu: HPV ilk olarak servikste bulunan bazal epitel hücrelerine yerleşir ve burada bir enfeksiyon oluşmasına neden olur. Çoğu HPV enfeksiyonu geçicidir ve 1-2 yıl içinde bağışıklık sistemi tarafından temizlenir.
- Kalıcılık: Bazı durumlarda, öncelikli olarak yüksek riskli HPV genotiplerinin yaptığı enfeksiyonlarda, özellikle immün klirensi inhibe eden ko-faktörler de varsa virüs hücre içinde varlığını sürdürür.
- Prekanseroz değişiklikler: Kalıcı enfeksiyon, epitel tutulumunun düzeyine (CIN1, CIN2, CIN3) göre derecelere ayrılan servikal intraepitelyal neoplazinin (CIN) gelişmesine yol açabilir.
- İnvaziv kanser: Tedavi edilmeyen durumlarda, kanser hücreleri bazal membrana nüfuz eder ve çevre dokuları istila ettiği invaziv serviks kanserine ilerleyebilir (13).

2.5. SERVİKS KANSERİNDEN KORUNMA

Serviks kanserinin etiyolojisi karmaşıktır; cinsel davranış, bağışıklık sistemi baskılanması, sigara içme ve genetik duyarlılık gibi çeşitli ortak faktörlerden etkilenen bu kanser türü, birincil neden olarak kalıcı HPV enfeksiyonunu içerir. Bu faktörlerin anlaşılması, HPV aşılması ve düzenli serviks taraması dahil olmak üzere etkili önleme stratejilerinin geliştirilmesinde çok önemlidir. Küresel sağlık eşitsizliklerini gidermek ve tüm kadınların serviks kanseri yükünü azaltmak için gerekli önleyici tedbirlere ve tedavilere erişimini sağlamak için sürekli çabalara ihtiyaç vardır.

Dünyada kadınlar arasında kansere bağlı ölümlerin önde gelen nedeni olan serviks kanserinin etiyolojisinin anlaşılması sonucunda, bu kanser türü insan papilloma virüsüne

karşı aşılama, düzenli tarama ve sağlık eğitimi programları gibi etkili önleme stratejilerinin geliştirilmesi ve uygulanması ile büyük ölçüde önlenabilir hale gelmiştir.

- Birincil korunma yaklaşımı: HPV aşısını içerir. Aşılamayı yaygınlaştırmak, serviks kanseri vakalarını önemli ölçüde azaltma potansiyeline sahiptir (38).
- İkincil korunma yaklaşımı: Pap smear ve HPV testi yoluyla düzenli olarak yapılan serviks kanseri taramasını içerir. Bu testler prekanseröz değişiklikleri erken dönemde tespit ederek zamanında müdahale edilmesini sağlar ve etkin tedaviye izin verebilir. Yüksek gelirli ülkelerde yapılmakta olan organize tarama programları serviks kanseri mortalitesini önemli ölçüde azaltmıştır (39).

2.5.1. HPV Aşılması

HPV aşılması serviks kanserini önlemenin temel ögesidir. Hastalığın birincil nedenini hedef alarak serviks kanserinin önlenmesinde devrim niteliğindedir.

Bu aşılar, serviks kanseri vakalarının çoğundan sorumlu olan HPV 16 ve HPV 18 dahil olmak üzere en yaygın yüksek riskli HPV türlerine karşı koruma sağlar (13). Klinik çalışmalar HPV aşılarının HPV enfeksiyonunu ve buna bağlı servikal lezyonları önlemedeki etkinliğini ve güvenliğini göstermiştir (40).

- Nüfus tabanlı aşılama programları: Birçok ülke, adolesanların cinsel olarak aktif hale gelmeden önce aşılmasını sağlayan, nüfus tabanlı HPV aşı programları uygulamaktadır. Genç yaşta aşılama, HPV enfeksiyonuna karşı uzun vadeli korumayı ve optimal bağışıklık yanıtını sağlar (21). DSÖ, 9-14 yaş arası kız çocuklarına toplamda 2 doz aşı yapılmasını, daha büyük yaş gruplarına ise telafi doz yapılmasını önermektedir (41).
- Serviks kanseri insidansına etkisi: HPV aşısı, serviks kanseri ve prekanseröz lezyonların görülme sıklığını azaltmada umut verici sonuçlar göstermiştir. Avustralya ve Danimarka gibi aşılama kapsayıcılığının yüksek olduğu ülkelerde yapılan çalışmalar, servikal intraepitelyal neoplazi (CIN) ve serviks kanseri dahil olmak üzere HPV ile ilişkili durumlarda önemli düşüşler olduğunu bildirmiştir (42).Yapılan çeşitli modelleme çalışmalarında, yaygın aşılamının önümüzdeki

yıllarda serviks kanseri vakalarında ve ölüm oranlarında daha fazla azalmaya yol açabileceğini ileri sürülmektedir (43).

2.5.2. Servikal Taramalar

Prekanseroz değişikliklerin tespiti için düzenli tarama yapılması, serviks kanserini önlemenin bir diğer önemli bileşenidir. Tarama, servikste gerçekleşen kanser öncesi değişiklikleri erken dönemlerde tespit etmeyi amaçlayarak, kanser gelişmeden zamanında müdahale ve tedaviye olanak sağlar. İki temel tarama yöntemi Pap smear testleri (sitoloji) ve HPV-DNA testidir.

- Pap smear testleri: Pap smear testleri serviksten hücrelerin toplanarak bunların mikroskop altında anormallikler açısından incelenmesini içerir. Pap smear testleri, prekanseröz lezyonları (CIN) ve erken evre serviks kanserini tespit edebilir, hızlı yönetim sağlar ve hastalığın ilerleme riskini azaltır (23). Pek çok ülke, 21-65 yaş arası kadınlar için düzenli aralıklarla, genellikle her 3-5 yılda bir Pap smear testi yapılmasına olanak sunan organize ulusal serviks kanseri tarama programları oluşturmuştur (44).
- HPV-DNA testi: HPV-DNA testi, serviks bölgesinden alınan numunelerde yüksek riskli HPV-DNA tiplerinin varlığının tespit edilmesini içerir. HPV-DNA testi, yüksek dereceli prekanseröz lezyonları saptamak açısından Pap smear testlerinden daha duyarlıdır ve daha erken dönemde tespit ve müdahaleye olanak tanır (45). 2010 Bazı tarama programlarında HPV-DNA testi birincil tarama yöntemi olarak veya Pap smear testleriyle birlikte (ortak test) kullanılır.
- Tarama yönergeleri: Tarama yönergeleri ülkenin mevcut kaynakları, yaş, risk faktörleri gibi bileşenlere bağlı olarak değişebilir. Amerikan Kanser Derneği, 21-29 yaş arası kadınlara 3 yılda bir Pap smear testi yapılmasını ve 30-65 yaş arası kadınlara ise 5 yılda bir ortak test (Pap smear testi ve HPV-DNA testi) yapılmasını önermektedir (23).
- Son dönemde yapılan çalışmalarda ise HPV aşısı olmuş ve serviks kanseri riski düşük olan kadınlar için taramalar arasındaki sürenin uzatılabileceği, 10 yılda bir yapılabilmesi belirtilmektedir (46).

2.5.3. Sağlık Eğitimi ve Farkındalık

Sağlık eğitimi, risk faktörleri, tarama kılavuzları ve aşılanmanın önemi hakkında tüm toplumda farkındalık yaratarak serviks kanserinin önlenmesinde çok önemli bir rol oynar. Eğitim kampanyaları hem sağlık hizmeti sağlayıcılarını hem de genel nüfusu hedef almalı ve aşağıdaki temel mesajları vurgulamalıdır.

- Ebeveynleri, gençleri ve sağlık hizmeti sağlayıcılarını HPV aşısının yararları ve önerilen aşılama programı konusunda eğitmek.
- Serviks anormalliklerinin erken tespiti için düzenli Pap smear testleri veya HPV-DNA testinin önemi konusunda farkındalığın teşvik edilmesi.
- HPV bulaşma riskini azaltmak için prezervatif kullanımı dahil olmak üzere güvenli cinsel ilişki uygulamasının teşvik edilmesi (47).

2.5.4. Serviks Kansерinden Korunmanın Önündeki Engeller

Etkili önleme stratejilerinin mevcut olmasına rağmen, özellikle kaynakların kısıtlı olduğu bölgelerde bu stratejilerin uygulanmasını ve benimsenmesini aksatan çeşitli engeller bulunmaktadır.

Bu engeller:

- Sağlık hizmetlerine erişim: Özellikle kırsal bölgelerde sağlık tesislerine sınırlı erişim, aşılama ve tarama hizmetlerini engelleyebilir.
- Sağlık okuryazarlığı: Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyleri, toplum tarafından önleme stratejilerinin öneminin anlaşılmamasına ve sağlık hizmetleri talep etme konusunda isteksizliğe yol açabilir.
- Kültürel inançlar: Üreme sağlığı ve cinsellik ile ilgili kültürel tabular, özellikle kadınların koruyucu bakım hizmetlerine erişimini engelleyebilir.
- Maliyet: Mali kısıtlamalar, özellikle sağlık hizmetlerinin mali olarak desteklenmediği bölgelerde ve ülkelerde bireylerin HPV aşısı veya tarama testleri yaptırmalarını engelleyebilir.

Korunma ve tedavideki ilerlemelere rağmen serviks kanseri, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde sağlık açısından önemli bir eşitsizlik olmaya devam etmektedir.

Aşı, tarama ve tedaviye erişimin sınırlı olduğu bu bölgelerde serviks kanserinden ölümlerin yaklaşık %90'ı meydana gelmektedir (48). Bu eşitsizlikleri gidermeye yönelik çabalar arasında sağlık hizmetleri altyapısını iyileştirmeye, uygun fiyatlı aşılar sunmaya ve toplum temelli tarama programlarını teşvik etmeye yönelik küresel sağlık girişimleri yer alıyor.

Serviks kanserinin önlenmesi, hastalığın altında yatan nedenleri ele alan ve proaktif sağlık davranışlarını teşvik eden çok yönlü bir yaklaşımı gerektirir. HPV aşılması, düzenli serviks taraması ve sağlık eğitimi programları, küresel olarak serviks kanserinin görülme sıklığını ve ölüm oranını azaltmak için etkili stratejilerdir.

Sağlık hizmetlerine sınırlı erişim ve sağlık okuryazarlığının düşük olması gibi önlemenin önündeki engellerin aşılması, tüm kadınların koruyucu hizmetlere eşit erişiminin sağlanması açısından önemlidir.

2.6. ULUSAL KANSER KONTROL PROGRAMLARI VE SERVİKS KANSERİ TARAMASININ YERİ

Kanserle mücadele tüm ülkeler için büyük bir önem arz etmektedir. Nihai hedef kanser morbiditesini ve mortalitesini azaltmak ve kanseri iyileştirerek hedeflenen nüfusta yaşam kalitesi arttırmaktır. Aynı zamanda sağlık sistemleri için büyük bir sorun olan kanser yükünün azaltılması da hedefler arasındadır. Bu nedenle ilk olarak 1991 yılında DSÖ Ulusal Kanser Kontrol Programları Çalışma Grubu bir bülten yayınlamış 2002 yılında ise güncelleyerek tüm ülkelere kendi ulusal kanser kontrol programlarını yapmak için çağrıda bulunmuştur. Öncelikle sağlık ve ilgili alanlardaki politika yapıcılara yönelik olan program aynı zamanda akademik kurumlara ve kanser ile mücadelede yer alan tüm sağlık çalışanlarına yöneliktir.

Her ülkenin bir strateji oluşturması ve sosyo-ekonomik ve kültürel yapılarına, insan kaynakları ve mali kaynaklarına en uygun koşulları yaratması ile kanser kontrolünün mümkün olacağından yola çıkılarak önerilen programların bilimsel kanıtları

ve maliyetleri ile bir yaklaşım anlayışı ile istenilen sonucun en üst düzeye çıkarılmasına, özellikle de kanserden ölüm oranlarının azaltılmasına dayanmaktadır.

Ulusal kanser kontrol programında ilk olarak en acil durumlardan başlanması ve en yüksek faydanın sağlanabileceği durumların tanımlanarak bu yönde politikalar oluşturulması ve adım adım yürütülmesi önemlidir. Kanser kontrol programları; önleme, erken teşhis, tedavi ve palyatif bakım olmak üzere dört ana başlık içerir.

2.6.1. Önleme Programları

Kanserin önlenmesi tüm ulusal kanser kontrol programlarında temel bir unsur olmalıdır. Önleme yalnızca belirli bir hastalık veya sorunla ilişkili risklere değil aynı zamanda koruyucu faktörlere de odaklanır.

Önleme programları arasındaki faaliyetlerde aşağıdaki hususlara önem verilmelidir;

- Tütün kontrolü
- Sağlıklı diyet
- Fiziksel aktiviteler ve obeziteden kaçınma
- Alkol kullanımının azaltılması
- Kanserojen mesleki ve çevresel maruziyetlerin azaltılması
- Hepatit B virüsüne karşı aşılama
- Şistozomiyazla mücadele
- Uzun süre güneşe maruz kalmaktan kaçınmak
- Kanserle ilişkili cinsel ve üreme faktörleriyle ilgili sağlık eğitimi

2.6.2. Erken Teşhis

Kanserin erken teşhisine yönelik yapılacak faaliyetler ise, hastalığın doğal seyrinde semptomlar ortaya çıkmadan önce yani daha erken tespit edildiğinde tedavinin daha etkin olduğu gözlemine dayanmaktadır. Burada amaç kanserin köken aldığı organda lokalize olduğu dönemde, çevredeki dokulara veya uzak organlara yayılmadan tespit edilmesidir.

Sağlık hizmetlerinde kanserin erken teşhisinin uygulanmasına yönelik bir karar alınması hastalığın halk sağlığı açısından önemi, erken teşhis testlerinin özellikleri, erken teşhisin etkinliği ve maliyet etkinliği, personel gereksinimleri ve sağlık hizmetlerinin

gelişmişlik düzeyi dikkate alınarak kanıta dayalı olmalıdır. Tarama testlerinin maliyeti nispeten düşük olsa bile, tüm süreç önemli masraflar gerektirebilir ve kaynakları diğer sağlık faaliyetlerinden uzaklaştırabilir.

Erken teşhis, tanı, tespit edilen durumun tedavisi ve takibinin de dahil olduğu daha geniş bir stratejinin yalnızca bir parçasıdır. Bu nedenle erken teşhisten kaynaklanan ekstra hastalık yükü için sağlık hizmetleri altyapısına yönelik bazı spesifik ek yatırımlar gerekebilir.

Topluma kanserin erken teşhis edildiğinde tedavi edilebilir olma ve etkili tedaviye yanıt verme olasılığının çok daha yüksek olduğu ve erken belirti ve semptomları tanıma konusunda eğitim vermek önemlidir.

Toplumun yanı sıra olası kanser hastaları ile ilk temasın ön saflarında olan birinci basamak sağlık çalışanlarının mesleki eğitimi esastır. Sağlık çalışanları da erken kanser belirtileri ve işaretlerin farkında olmalıdırlar.

Tarama, teşhis edilemeyen hastalık veya problemlerin hızlı bir şekilde uygulanabilecek testler, muayeneler veya diğer prosedürler aracılığıyla varsayımsal olarak tanımlanmasıdır. Hedef, teknolojiyi uygun şekilde kullanmak ve hedef nüfusun yeterli düzeyde kapsanmasını sağlamaktır. Taramanın başarısı, tarama testlerini yapabilecek yeterli sayıda personel bulunmasına ve daha sonra teşhis, tedavi ve takibi yapabilecek tesislerin bulunmasına bağlıdır.

Ulusal kanser kontrol programında uygulanacak kılavuzlar üzerinde aşağıdakilerle ilgili olarak düzenlemeler yapılması gerekmektedir.

- Tarama sıklığı ve taramanın yapılması gereken yaşlar yani hedef yaş grubunun belirlenmesi
- Tarama testleri için kalite kontrol sistemleri
- Anormalliklerin sevk ve tedavisi için tanımlanmış algoritmalar
- Aşağıdakileri içeren bir bilgi sistemi:
 - İlk tarama için davetiye gönderilmesi
 - Bireylerin tekrar tarama için geri çağırılması
 - Anormallikler tespit edilen bireylerin takibi
 - Programın izleme ve değerlendirilmesi.

2.6.3. Tedavi

Tedavi ise kanser kontrol programlarının diğerk bir bileşenidir. Kanser tedavisinin temel amacı, tedavi ile faydalı ömrün uzatılması ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesidir. Bu durumda iyileşme, normal yaşam beklentisine ulaşılması olarak tanımlanır ve üç önemli bileşeni vardır.

Bunlar, hastalığın tüm belirtilerinin ortadan kalkması (tam remisyon), tekrarlama riskinin minimum düzeyde olduğu veya sıfır olduğu bir aşamaya ulaşılması ve fonksiyonel sağlığın korunması (fiziksel, gelişimsel ve psikososyal) olarak sıralanabilir.

Burada erken teşhis ve tedavi arasındaki yakın bağlantının altını çizmek gerekmektedir. Zira etkili tedavi yöntemleri yoksa tarama programı mükemmel olsa bile etkin sonuçlar alınamaz. Benzer şekilde erken teşhis teşvik edilmeden tedavi kapasitesinin geliştirilmesi de yararlı değildir (49).

2.6.4. Palyatif Bakım

Kanser kontrol programlarının diğerk bileşeni palyatif bakım, hastalığın iyileştirici tedaviye hiç cevap vermediği veya belli bir tedavi aşamasından sonra yanıt alınamadığı durumlarda uygulanan işlemdir. Palyatif bakım son dönem hastalıkla sınırlı değildir. Hastalığın tedavi edilemez olduğu öğrenildiği andan itibaren öngörölmeli ve organize edilmelidir. Bu nedenle palyatif ve iyileştirici bakım sıklıkla tamamlayıcıdır ve hastanın yaşam kalitesini iyileştirmek için aylar veya yıllar süren karmaşık bir süreçtir.

Kanser hastalarının palyatif bakımının temel bileşenleri arasında şefkatli iletişim, hasta ve aile değerlerinin ve bakımın hedeflerinin araştırılması, acının hafifletilmesine yönelik uzman ilgisi, ağrı, depresyon, deliryum ve diğerk semptomların yönetimi, kederin farkındalığı ve hayatta kalan yaşlıların endişelerine hassasiyet bulunur (50).

2.6.5. Serviks Kanseri Taramaları

2020 yılında dünya genelinde tahmini 604 127 serviks kanseri vakası ve 341 831 ölüm meydana gelmiştir. Yaşa standardize insidans hızına bakıldığında yüz binde 13,3 ve mortalite hızı ise yüz binde 7,2 olarak karşımıza çıkmaktadır.

Serviks kanserinde net bir sosyoekonomik değişim mevcut olup düşük gelirli ülkelerde görölme sıklığı yüksek gelirli ülkelere 3 kat daha fazladır. Benzer şekilde düşük gelirli ülkelere ölüm oranları da yüksek gelirli ülkelere kıyasla altı kat daha yüksektir (51). Bu nedenle serviks kanseri taramaları ülkelerin ulusal kanser kontrol programına entegre edilmiştir. Düşük ve orta gelirli ülkelere asetik asit uygulaması sonrası gözlem (VIA: visual inspection after application of asetic asid) ve Pap smear uygulaması ile yapılan tarama, altyapısı uygun ülkelere HPV-DNA testi ile yapılmaktadır. Özellikle organize ve toplum tabanlı yapılan serviks kanseri taramalarında yüksek oranda başarı sağlanmaktadır.

2.7. TÜRKİYE’DE KANSER KONTROL PROGRAMI

2.7.1. Türkiye’de Kanser Kontrolünün Tarihçesi

Türkiye’de Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Derneğinin kurulması ile kanser konusunda ilk düzenlemeler yapılmıştır. 1960 yılında Ankara Ahmet Andıçen Hastanesi ve Etimesgut Onkoloji Hastanesi kurulmuş ve kanser hastalarına hizmet vermeye başlamıştır.

Kanser bildirimi; 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nun 57. Maddesi doğrultusunda 1982 yılında bildirimi zorunlu hastalıklar arasına alınmıştır ve kanser vakaları pasif sürveyans yöntemi ile toplanmaya başlanarak kanser kayıtçılığı başlatılmıştır. 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile T.C. Sağlık Bakanlığı bünyesinde Kanserle Savaş Daire Başkanlığı kurulmuştur. (RG, 14.12.1983, Sayı 18251)

1992 yılında “Kanser Kayıt ve İnsidans Projesi” ilk olarak İzmir’de başlatılmış ve aktif sürveyans yöntemi kullanılarak günümüzde uygulanan aktif kanser kayıtçılığının ilk adımları atılmıştır.

1995 yılında kanser tarama proje çalışmaları başlatılmış, ilk “Kanser Erken Teşhis Merkezi (KTEM)” İstanbul Bakırköy Devlet Hastanesinde kurulmuştur. Sonraki yıllarda Ankara Ahmet Andıçen ek hizmet binasında ve İzmir Narlıdere’de Kanser Erken Teşhis Merkezi hizmete açılmıştır.

2000 yılından sonra kanser taramaları ve kanser kayıtçılığı ile ilgili önemli çalışmalar başlatılmış ve çeşitli yönetmelikler çıkarılarak bu çalışmaların ülke genelinde yaygınlaştırılması için adımlar atılmıştır.

2004 yılında Avrupa Birliği (AB) hibe fonları ile 11 ilde AB standartlarına uygun Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) faaliyete başlamıştır. 31 ildeki KTEM, KETEM'lere entegre edilmiştir.

Türkiye’de yapılan 3 kanser (meme, serviks ve kolorektal) taraması ile ilgili “Ulusal Kanser Tarama Standartları” yayınlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) her ülkenin kendi ulusal kanser kontrol programı oluşturması çağrısı sonrası Türkiye 2009-2015 yılları arasını kapsayan “Ulusal Kanser Kontrol Programı” yayınlanmıştır (Faz I:2009-2015).

2012 yılında 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile T.C. Sağlık Bakanlığın’nın yeniden yapılandırılması sonrası KETEM’ler Toplum Sağlığı Merkezlerine bağlı birim olarak yeniden tanımlanmıştır. 2013 yılına geldiğimizde İzmir Kanser Kayıt Merkezi, 20 yıllık deneyimi ve sürekliliği nedeniyle IARC tarafından Kuzey Afrika ve Doğu Akdeniz bölgesinde yer alan ülkeler için kanser kayıtçılığı eğitim merkezi (HUB) olmuştur.

Aynı yıl Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği ile aile hekimleri kanser tarama programlarına entegre edilmiştir. Aile hekimlerinin kullandığı Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) programının Halk Sağlığı Bilgi Yönetim Sistemine (HBYS) entegrasyonu gerçekleştirilmiştir.

2014 yılında bilimsel verilerin ışığında Pap smear testi ile yürütülmekte olan toplum tabanlı serviks kanseri tarama programı yenilenerek HPV-DNA testi eklenmiştir ve HPV-DNA testlerini değerlendirmek üzere Ankara ve İstanbul’da referans laboratuvarları kurulmuştur.

2016 yılında Ulusal Kanser Kontrol Programı’nın 2016-2018 yıllarını kapsayacak olan ikinci fazı yayınlanmıştır (Faz II:2016-2018) (7).

2.7.2. Türkiye’de Serviks Kanseri Taramaları

Türkiye’de serviks kanseri kadın kanserleri arasında onuncu sırada yer almaktadır. Başlıca etkeni HPV olan bu kanserin 2018 yılı verilerine göre görülme sıklığı yüz binde 4,2’dir. 2018 yılında 2.125 kişiye serviks kanseri teşhisi konulmuştur. Teşhis edilen serviks kanserlerinin %54,5’inin lokalize evrede yani hastalık henüz çevre organ ve dokulara yayılmadan önce tanı aldığı görülmektedir (5).

Türkiye’de serviks kanseri taramalarına 1992 yılında başlanmıştır. İlk yıllarda Pap smear testi ile fırsatçı tarama yapılmakta idi. İlerleyen yıllarda DSÖ önerileri ile Kanser Dairesi Başkanlığı ülke çapında kurulan Kanser Erken Tanı Tarama ve Eğitim Merkezleri’nde, hedef yaş gurubu olan 30- 65 yaş grubundaki asemptomatik kadınlara her 5 yılda bir servikal smear testi yapılmaya başlanmıştır. Ülkede uzun zamandır smear tabanlı yapılan bu tarama çeşitli nedenlere bağlı olarak hedeflenen kapsama oranı olan %70 kapsama oranına ulaşamamıştır. Taranması planlanan kadın nüfusunun %20’si tarama programı kapsamında taranabilmiştir. 2014 yılında yenilenen ulusal kanser tarama standartlarına göre 30-65 yaş grubundaki her kadının 5 yılda bir HPV-DNA testi ile taranması, pozitif çıkan olguların smear ile tekrar değerlendirilmesi planlanmış ve yeni program uygulamaya konmuştur. Ayrıca meme, serviks ve kolorektal kanser taramalarında hedef nüfusa ulaşmak amacıyla mobil tarama araçları da hizmet vermeye başlamıştır (7).

2014 yılında serviks kanseri taramalarında HPV-DNA testine geçiş sonrasında aile hekimleri de tarama sistemine dahil edilmiş ancak istenen sonuç alınamamıştır. Pek çok sağlık sistemlerinde pratisyen hekimler kanserden korunma ve meme, serviks ve kolorektal kanser taramaları ile ilgili uygun tavsiyeler verme noktasında önemli bir rol oynamaktadır.

Amerika Birleşik Devletleri’nde yaşayan yetişkinlerden oluşan örnekleimde ulusal düzeyde çeşitli kanserler için karar verme süreçlerini analiz eden bir çalışmada, pratisyen hekimlere taramalara ilgili bilgi kaynağı olarak danışıldığını ve taramaya katılım konusunda bu hekimlerle görüşüldüğü belirtilmiştir (52).

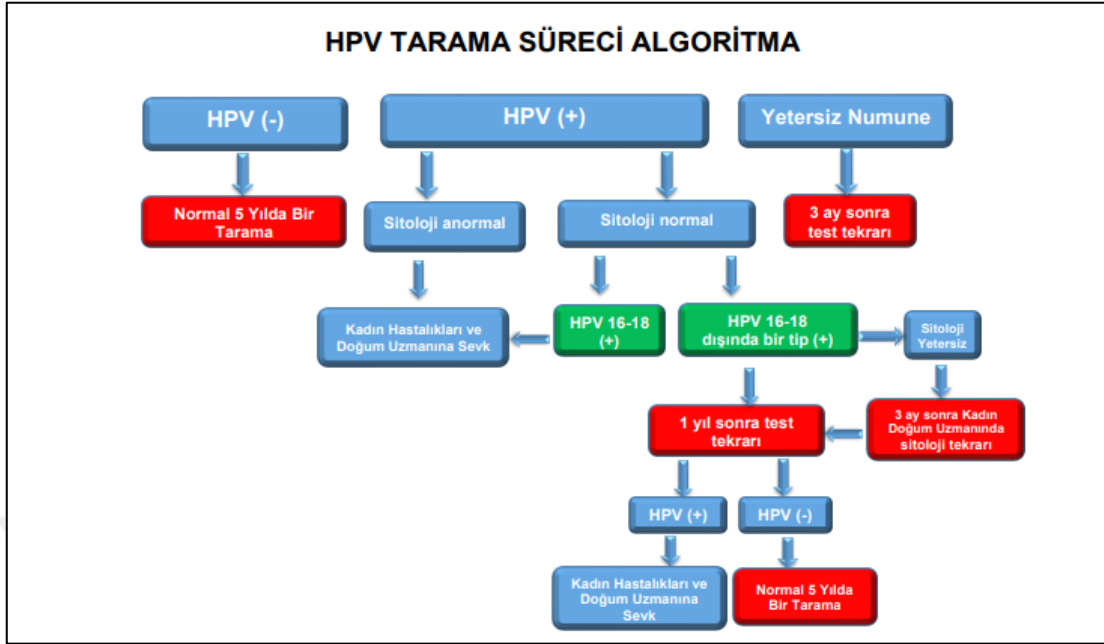
Dünya genelinde ülkelerin sosyokültürel yapılarına göre değişiklik gösterse bile pratisyen hekimler kanser tarama programlarına katılım oranının artırılması konusunda etkin bir rol oynamaktadır (53).

Bu nedenle Türkiye’de aile hekimlerinin kanser taramalarına katılımını teşvik etmek amacıyla birçok gelişmiş ülkede uygulanan performans sistemi uygulamaya konmuştur. 2021 yılında yayınlanan *Aile Hekimliği Tarama ve Takip Katsayısına İlişkin Yönerge* ile kanser taramalarının da yer aldığı bazı kronik hastalıkların tarama ve takiplerine yönelik “Hastalık Yönetim Platformu” oluşturulmuştur.

Bu sistemde her ay hedef nüfus listeleri oluşturulur. Hedef nüfus, 30-65 yaş grubu kadınlar olmalıdır, taranacak nüfus, aile hekimlerine kayıtlı bireyler esas alınarak tanımlanmalı ve geliştirilecek davet yöntemleriyle 5 yılda bir tekrarlanmalıdır. Tarama yaş aralığındaki kadınlar davet edilerek, serviks kanseri ve numune alınması konusunda gerekli bilgilendirme yapılmalı, Ulusal Tarama Standartlarına göre uygun bireyler, Kanser Daire Başkanlığınca hazırlanmış olan bilgilendirilmiş onam formları imzalatılmalıdır. Kabul eden kişiler, sisteme girişleri yapılarak numune alınması için uygun ortamda (mahremiyet, tıbbi koşullar, bulaşıcı hastalıklar, dezenfeksiyon vs.) HPV-DNA ve Pap smear numuneleri alınarak doğru şekilde barkot işlemleri yapıp İl Sağlık Müdürlüğüne ulaştırılmak üzere muhafaza edilir. Numune sonucunun normal gelmesi durumunda kişi bilgilendirilir. Sonucun normal gelmesi, serviks kanseri olmadığını veya ileride asla olmayacağını garantilemez.

Kişiye, 5 yıl sonra tekrar serviks kanseri taraması yaptırması söylenir. 5 yıl içinde şüpheli belirtileri olması halinde uzman hekimlere müracaat etmesi önerilir. Numune sonucunun yetersiz/pozitif/şüpheli gelmesi halinde algoritma çerçevesinde tekrar numune alınması ve/veya kesin teşhisin konulabilmesi için ayrıntılı bir şekilde muayene edilmesi ve gerekirse biyopsi yapılması için birey teşhis merkezlerindeki kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarına yönlendirilir. Tarama testlerinin kabul edilmemesi durumunda bireylere serviks kanseri taraması hakkında gerekli eğitim verilir. Bir yıl sonra taramaya tekrar davet edilir (54).

Aşağıda birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılan serviks kanseri tarama süreci algoritması bulunmaktadır.



Şekil 2.1. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılan serviks kanseri tarama süreci algoritması.

Serviks kanseri, T.C. Sağlık Bakanlığı'nın kanser kontrol programlarının önemli bir bileşeni olarak kabul edilmektedir. Sağlık hizmeti sunucuları, kadınlara düzenli serviks kanseri tarama testleri yapmak ve gerekli durumlarda tedaviyi yönlendirmek için önemli bir rol oynamaktadır. Ayrıca, halk sağlığı eğitimleri ve bilinçlendirme kampanyaları aracılığıyla kadınların serviks kanseri hakkında bilgi sahibi olmaları ve erken teşhis için önemli adımlar atmaları teşvik edilmektedir.

2.8. SERVİKAL KANSER TARAMA PROGRAMLARI ÜLKE ÖRNEKLERİ

Serviks kanseri dünya çapında en yaygın ve en ölümcül kanserler arasında yer almaktadır. Özellikle sağlık hizmetlerine erişimin sınırlı olduğu düşük ve orta gelirli ülkelerdeki kadınları etkilemektedir. Serviks kanserinin erken teşhisi çok önemlidir çünkü tedavi sonuçlarını önemli ölçüde iyileştirir ve hastalıkla ilişkili ölüm oranlarını azaltır. Ayrıca erken teşhis, serviks kanserinin toplum üzerindeki yükünü hafifletmeye yönelik halk sağlığı girişimlerinde çok önemli bir rol oynamaktadır (55).

Serviks kanserinin erken teşhisi, hastalığa zamanında müdahaleye olanak tanır, bu da daha etkili tedavi seçeneklerine ve etkilenen bireyler için daha iyi hayatta kalma oranları sağlar.

Pap smear, HPV-DNA testi ve görsel inceleme teknikleri gibi tarama yöntemleri, sağlık hizmeti sağlayıcılarının prekanseröz lezyonları veya tedavisi daha kolay ve etkin olan erken evre kanseri tespit etmesine olanak tanır (56). Örneğin Pap smear testleri, anormal serviks hücrelerini, invaziv kansere dönüşmeden önce tespit ederek serviks kanseri ölüm oranlarını azaltmada etkili olmuştur (57). Ayrıca serviks kanserinin erken teşhis edilmesi sadece bireysel hastalara fayda sağlamakla kalmaz, aynı zamanda hastalığın toplumdaki genel yükünü azaltmayı amaçlayan daha geniş halk sağlığı girişimlerine de katkıda bulunur. Sağlık sistemleri, serviks kanseri vakalarını erken bir aşamada tespit ederek hastanın sonuçlarını ve yaşam kalitesini iyileştirmek için tedavi, danışmanlık ve destek hizmetleri gibi hedefe yönelik müdahaleleri uygulayabilir. Ek olarak erken teşhis, tedavisi daha zor ve maliyetli olan ileri evre kanserlerin olasılığını azaltarak hastalığın toplum içinde yayılmasının önlenmesine yardımcı olur (58).

Halk sağlığı açısından değerlendirildiğinde serviks kanserinin erken teşhisi maliyet etkindir. Serviks anormalliklerini erken aşamada tespit etmek ve tedavi etmek, genellikle ameliyat, kemoterapi ve radyoterapi dahil olmak üzere kapsamlı tıbbi müdahaleler gerektiren ileri evre kanserleri yönetmekten daha az kaynak gerektirir. Sağlık sistemleri, tarama programlarına ve erken teşhis girişimlerine yatırım yaparak, kaynakların daha verimli bir şekilde kullanılmasını ve risk altındaki nüfus için daha iyi sağlık sonuçları elde edilmesini sağlar.

Genel olarak değerlendirildiğinde serviks kanserinin erken tanısı hem bireysel hastalar hem de toplum sağlığı çalışmaları açısından büyük önem taşımaktadır. Hastalığın zamanında tespit edilmesi, erken müdahaleye olanak tanıyarak tedavi sonuçlarının iyileşmesini, ölüm oranlarının azalmasını ve etkilenen bireylerin yaşam kalitesinin artmasını sağlar. Ayrıca erken teşhis, serviks kanserinin toplum üzerindeki genel yükünü azaltarak ve sağlık sistemleri içindeki kaynak tahsisini optimize ederek daha geniş halk sağlığı hedeflerine katkıda bulunur. Bu nedenle, erken teşhisi teşvik edecek tarama programlarına ve girişimlere yatırım, serviks kanserinin küresel sorununu etkili bir şekilde ele almak için gereklidir (59).

Serviks kanseri taraması, kanser öncesi lezyonları ve erken evre kanserleri tespit ederek serviks kanserinin görülme sıklığını ve mortalitesini önemli ölçüde azaltan hayati bir halk sağlığı önlemidir.

Yüksek gelirli ülkeler, etkili uygulama stratejileri ve karşılaştıkları zorluklar hakkında değerli bilgiler sağlayan güçlü tarama programları geliştirmiştir.

2.8.1. Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Hizmeti Serviks Tarama Programı (NHSCSP)

Yüksek gelirli ülkelere biri olan Birleşik Krallık, Sağlık ve Sosyal Bakım Bakanlığı desteği ile oluşturulan ve NHSCSP olarak bilinen en köklü serviks kanseri tarama programlarından birine sahiptir. 1988 yılında başlatılan program, organize ve nüfus tabanlı bir program olup 25 ila 64 yaş arası kadınlara ücretsiz serviks taraması hizmeti sunmaktadır. İlk yıllarda Pap smear testi uygulanırken, şimdi öncelikli olarak HPV-DNA testi kullanılmaktadır. Kadınlar 25-49 yaşları arasında üç yılda bir, 50-64 yaşları arasında ise beş yılda bir taramaya davet edilmektedir (60).

NHSCSP doğrultusunda kapsamlı bakım ve etkili yönetim sağlamak için çeşitli sağlık profesyonelleri yer alır. Bunlar:

- Birinci basamak hekimleri: Çoğunlukla ilk temas noktası olan pratisyen hekimler, yaş aralığı uygun olan kadınların tarama programına katılmasını teşvik etmede çok önemli bir rol oynarlar. Kişilere ilk bilgileri sağlar, endişeleri giderir ve gerektiğinde uzman hizmetlere yönlendirmeyi kolaylaştırırlar (61).
- Hemşireler: Bu hemşireler genellikle servikal numunelerin alınması ve bunların analiz için laboratuvarlara gönderilmesinin sağlanması da dahil olmak üzere mevcut tarama testlerinin gerçekleştirilmesinden sorumludur. Ayrıca taramanın önemi ve ilgili prosedürler hakkında hastalara eğitim verirler (62).
- Sitologlar ve patoloğlar: Bu uzmanlar laboratuvarlarda serviksten alınan örnekleri değerlendirmede görev alırlar (63).
- Jinekologlar: Herhangi bir anormallik tespit edilirse kadınlar daha ileri inceleme için bir kolposkopiste yönlendirilebilir. kolposkopi ve gerekirse biyopsi yapılır (64).

NHS, serviks kanseri tarama hizmetine katılım da dahil olmak üzere yüksek kaliteli bakımı teşvik etmek için Kalite ve Sonuç Çerçevesi (QOF) olarak bilinen performansa göre ödeme sistemi kullanmaktadır.

QOF kapsamında pratisyen hekimler, serviks taraması kapsama oranları da dahil olmak üzere belirli sağlık hedeflerine ulaşılmasına bağlı olarak mali teşvikler alır. QOF programına katılımı isteğe bağlıdır, pratisyen hekimler isterlerse bu konuda sözleşme imzalarlar. Bu sistem, test zamanı gelmiş hastaların pratisyen hekimlerce taramasının yapılmasını ve takibini aktif olarak destekleyen uygulamaları teşvik etmektedir (65).

1988 yılındaki başlangıcından bu yana NHSCSP önemli ölçüde gelişmiş ve serviks kanserinin etiyolojisinin anlaşılması ile 2019'da tarama hassasiyetinin daha yüksek olduğu HPV-DNA testine geçmiştir (66).

NHSCSP verilerine göre; 25-49 yaş aralığında %65,8, 50-64 yaş aralığında ise %74,4'lik bir tarama kapsamına ulaşılmıştır (67). Bu nispeten yüksek kapsama oranı, sistematik davet sürecine ve yaygın kamuoyu bilinçlendirme kampanyalarına bağlanmaktadır (68). Birleşik Krallıkta yüksek kapsama oranına rağmen bazı zorluklar yaşanmaktadır;

- Azalan katılım oranları: Son yıllarda, özellikle genç kadınlar ve sosyoekonomik açıdan yoksun bölgelerde yaşayanlar arasında katılım oranlarında hafif bir düşüş görülmüştür. Bu düşüş, hedef nüfusun ulaşma sorunlarına işaret etmesi nedeniyle endişe vericidir (69).
- Erişilebilirlik sorunları: Engelli kadınlar, etnik azınlık grupları ve kırsal bölgelerde yaşayanlar tarama hizmetlerine erişimde kliniklere fiziksel erişilebilirlik, kültür ve dil farklılıkları ve ulaşım gibi engellerle karşılaşabilirler (70).
- Kamuoyu algısı: Serviks kanseri taramasının gerekliliği hakkındaki yanlış kanılar ve yapılacak işlemle ilgili korku veya rahatsızlık, kadınları katılımdan caydırabilir. Eğitim kampanyaları ve sürece dair açıklayıcı bilgiler, bu endişelerin giderilmesinde hayati öneme sahiptir (71).

NHSCSP, halk sağlığını olumlu etkileyecek şekilde önemli bir tarama kapsayıcılık oranı elde etmiş, organize, nüfusa dayalı bir tarama modelidir. Çeşitli sağlık

profesyonellerinin katılımı, performansa dayalı ödemeler yoluyla teşvik ve sistematik davet süreçleri, etkinliğine katkıda bulunmaktadır.

2.8.2. Avustralya Ulusal Servikal Tarama Programı (NCSP)

Diğer bir yüksek gelirli ülke olan Avustralya’da organize ve nüfus tabanlı bir program olan Ulusal Servikal Tarama Programı (NCSP) 1991 yılından bu yana yürürlükte ve 2017 yılında önemli değişikliklere uğramıştır. Program artık iki yılda bir yapılan Pap smear testinin yerine 25 ila 74 yaş arası kadınlar için her beş yılda bir birincil HPV-DNA testini önermektedir (72).

NCSP bünyesinde, Birleşik Krallıkta olduğu gibi pratisyen hekim, hemşire, sitolog, patolog, jinekolog vb. sağlık profesyoneli yer alır (73-76).

Avustralya, NCSP kapsamında hizmet başına ücret ödeme sistemi geliştirmiştir. Pratisyen hekimler ve hemşireler de dahil olmak üzere sağlık hizmeti sağlayıcıları, serviks kanseri tarama testleri ve takip prosedürlerini yürütmek için ödeme alırlar. Uygulama Teşvik Programı (PIP) aracılığıyla sağlık hizmeti sağlayıcılarına mali teşvikler sunmaktadır. Bu program, serviks kanseri taramaya yönelik özel teşvikler, yüksek katılım oranlarını korumaya yönelik uygulamaları teşvik etme ve tarama kılavuzlarına uymayı içermektedir (77).

NCSP, 1991 yılındaki başlangıcından bu yana etkinliğini artırmak için çeşitli güncellemelerden geçmiştir. En önemli değişiklik 2017 yılında meydana gelmiş ve iki yılda bir 20-69 yaş aralığındaki kadınlara yapılan Pap smear testlerinden her beş yılda bir birincil HPV testine geçilmiştir ve yaş aralığı da 25-74 yaş olarak değiştirilmiştir. Bu değişiklik, HPV testinin yüksek riskli HPV enfeksiyonlarını ve kanser öncesi değişiklikleri tespit etmede daha etkili olduğunu gösteren kanıtlara dayanmıştır (78).

Program, farklı eyalet ve bölgelere göre değişiklik göstermekle birlikte, 25 ila 74 yaş arası kadınlar arasında yaklaşık %56’lık bir kapsama oranına sahiptir (79). Düzenli taramanın önemi ve yeni HPV test protokolünün yararları hakkında farkındalığı artırmak için tasarlanan sosyal yardım ve halk eğitimi kampanyaları aracılığıyla bu oranın artırılmasına yönelik çabalar devam etmektedir (80).

Avustralya’da tarama programında çeşitli zorluklar yaşanmaktadır;

- Bölgesel eşitsizlikler: Avustralya’da kentsel, kırsal ve uzak bölgelerde tarama hizmetlerine adil erişimin sağlanması konusunda zorluklar yaşanmaktadır. Kırsal ve uzak bölgelerdeki kadınlar sağlık tesislerinin sayısının sınırlı olması, seyahat mesafelerinin uzun olması ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının az olması gibi engellerle karşılaşmaktadır (81).
- Yerli nüfus: Avustralya yerlisi kadınların NCSP’ye katılım oranları, kültürel engeller, sağlık hizmeti sağlayıcılarına karşı tarihsel güvensizlik, ulaşım ve erişilebilirlik, lojistik sorunlar gibi çeşitli faktörlerden dolayı daha düşüktür. Yerli halklar arasında tarama oranlarını artırmak için özel yaklaşımlara ve kültürel açıdan hassas programlara ihtiyaç vardır (82).
- Farkındalık ve eğitim: Nüfusun Pap smear’den HPV testine geçiş ve düzenli taramanın önemi hakkında bilgilendirilmesi için sürekli eğitim gereklidir. Halk sağlığı kampanyaları ve eğitim girişimleri, yanlış kanıların giderilmesi ve serviks kanserinin önlenmesine ilişkin farkındalığın artırılması açısından çok önemlidir.

NCSP, organize ve toplum tabanlı olup serviks kanserinin önlenmesine yönelik iyi yapılandırılmış, kanıta dayalı bir yaklaşımın örneğini teşkil etmektedir. Sağlık uzmanlarından oluşan çok disiplinli bir ekibin katılımı, PIP yoluyla mali teşvikler ve birincil HPV testine geçiş, programın kadın sağlığını iyileştirme konusundaki kararlılığını vurgulamaktadır.

2.8.3. İsveç Ulusal Serviks Kanseri Tarama Programı

1960’lı yıllarda başlatılan İsveç Ulusal Serviks Kanseri Tarama Programı, 23-64 yaş arası kadınlara düzenli serviks kanseri tarama hizmeti sunmaktadır. Başlangıçta sitoloji bazlı Pap smear testlerini kullanmış ancak yakın zamanda HPV-DNA testini de bünyesine katmış ve 23-49 yaş arası kadınlar için üç yılda bir, 50-64 yaş arası kadınlar için ise her beş ila yedi yılda bir önerilen tarama aralığını sunmuştur (83).

Diğer gelişmiş ülkelerdeki gibi pratisyen hekimler, patologlar ve jinekologlar serviks kanseri tarama sistemi içinde yer almakta ancak yardımcı sağlık personeli olarak sıklıkla ebeler taramaya katkı sağlamaktadırlar. Hemşireler ise daha kırsal ve ulaşılması zor bölgelerde sisteme dahil olmaktadır (84-87).

İsveç'in sağlık sistemi öncelikle vergilerle finanse edilmekte ve bu sayede serviks kanseri tarama hizmetlerinin uygun yaştaki tüm kadınlar için ücretsiz olması sağlanmaktadır. Diğer bazı ülkelerde olduğu gibi sağlık çalışanlarına doğrudan performansa göre ödeme sistemi mevcut olmasa da sağlık hizmeti sağlayıcıları, kalite ölçümleri ve düzenli denetimler yoluyla yüksek katılım oranlarını korumaya ve tarama yönergelerine uymaya teşvik edilmektedir. Bu yaklaşım, tüm kadınların mali engeller olmaksızın tarama hizmetlerine eşit erişime sahip olmasını sağlamaktadır (88).

Organize ve toplum tabanlı olarak başlangıcından bu yana programın etkinliğini artırmak için çeşitli güncellemelerden geçmiştir. Bu geçiş, sağlık profesyonellerinin eğitimine ve laboratuvar altyapısının güncellenmesine önemli yatırım yapılmasını gerektirmiştir (89). Mevcut önerilen tarama aralıkları 23-49 yaş arası kadınlar için her üç yılda bir, 50-64 yaş arası kadınlar için ise beş ila yedi yılda birdir. Bu katmanlı yaklaşım, kadınların erken teşhis ihtiyacını aşırı tarama (over-screening) riskiyle dengeleyecek aralıklarla taranmasını sağlar (90).

İsveç, yaş aralığı uygun (hedef nüfus) kadınların yaklaşık %80'inin programa katılmasıyla dünya çapında en yüksek tarama kapsam oranlarından birine ulaşmaktadır (91). Bu yüksek kapsama oranı, iyi organize edilmiş bir sağlık sistemi, sistematik davet süreçleri ve düzenli serviks taramasının önemini vurgulayan güçlü halk sağlığı kampanyaları ile desteklenmektedir (92).

Hedef nüfus kapsayıcılığında yüksek oran ve genel başarıya rağmen bu program çeşitli zorluklarla karşı karşıyadır.

- Göçmen nüfus: Göçmen kökenli kadınların katılım oranları genellikle dil engelleri, kültürel farklılıklar ve serviks kanseri taramasının önemi konusundaki farkındalık eksikliği nedeniyle daha düşüktür. Bu engelleri aşmaya yönelik çabalar arasında birden fazla dilde bilgi sağlanması ve kültürel açıdan hassas sosyal yardım programları yer almaktadır (93).
- Sistemin aşırı yüklenmesi: Yüksek katılım oranları sağlık sistemini zorlayabilir, bu da takip prosedürleri ve tedaviler için daha uzun bekleme sürelerine yol açabilir. Bu konu, tüm kadınlara zamanında bakım sağlanması için kaynakların etkin yönetimi ve tahsisi ihtiyacını vurgulamaktadır (94).

- Teknolojik geçiş: HPV testi gibi yeni teknolojilerin mevcut sisteme entegre edilmesi, önemli miktarda eğitim ve kaynak gerektirir ve lojistik zorluklar doğurur. Sağlık hizmeti sağlayıcılarına yönelik sürekli eğitim ve laboratuvar altyapısında güncellemeler, programın etkililiğini sürdürmek için çok önemlidir (95).

Bu program, iyi organize edilmiş ve etkili bir halk sağlığı girişiminin örneğidir. Vergiyle finanse edilen bir sistem aracılığıyla ücretsiz erişimin sağlanması ve gelişmiş tarama teknolojilerinin benimsenmesi, bu programın yüksek kapsamına ve başarısına katkıda bulunmuştur.

Ancak göçmen nüfuslar arasındaki eşitsizliklerin giderilmesi, yüksek katılım oranlarının yönetilmesi ve teknolojik geçişlerde yol alınması gibi süregelen zorluklar, iyileştirilmesi gereken alanlar olarak ön plana çıkmaktadır.

Düşük ve orta gelirli ülkelere bakıldığında ise aşılama ve tarama gibi koruyucu hizmetlere sınırlı erişim nedeniyle serviks kanseri, önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Örneğin Dünya çapında en yüksek serviks kanseri yüklerinden birine sahip olan Hindistan, çeşitli serviks kanseri tarama girişimlerini hayata geçirilmiştir ancak hedef nüfus kapsayıcılığı halen 30 ila 59 yaş arası kadınlar arasında yaklaşık %22 gibi düşük bir düzeydedir (96).

2.8.4. Hindistan Ulusal Kanser Kontrol Programı

Hindistan'ın ulusal serviks kanseri tarama programı; ulusal kanser, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve inmenin önlenmesi ve kontrolü programının (NPCDCS) bir parçası olarak 2016 yılında resmi olarak başlatılmıştır ve birden fazla sağlık profesyonelinin katılımıyla uygulanmaktadır (97).

- Akredite sosyal sağlık aktivistleri (ASHA'lar): ASHA'lar, kadınları tarama programlarına katılmaya teşvik ederek toplumun harekete geçirilmesinde ve eğitiminde önemli bir rol oynamaktadır (97).
- Yardımcı hemşire ebeler (ANM'ler): ANM'ler VIA ile görsel muayene yapar ve pozitif sonuç veren kadınları ileri değerlendirmeye yönlendirir (98).

- Sağlık görevlileri ve jinekologlar: Bu uzmanlar, kolposkopi ve biyopsi de dahil olmak üzere teşhis hizmetleri sağlar ve pozitif tarama sonuçları olan kadınların tedavisini yönetir (99).

Hindistan'da özellikle serviks kanseri taraması için performansa göre ödeme sistemi bulunmamaktadır. Ancak ASHA'lar, kadınları kanser tarama kamplarına katılmaya teşvik etmek için teşvikler almaktadır ve sağlık tesisleri, yürütülen tarama sayısına bağlı olarak finansman alabilmektedir (100).

Ulusal serviks kanseri tarama programı, 30 ila 59 yaşları arasındaki kadınlar için her beş yılda bir VIA taraması yapılmasını önermektedir. Bazı bölgelerde Pap smear uygulaması yapılmaktadır (101).

Serviks kanseri taramasının düşük düzeyde olmasının nedenleri arasında:

- Farkındalık ve eğitim: Serviks kanserine ilişkin farkındalık eksikliği ve hedef nüfusta taramanın öneminin tam olarak anlaşılamaması vardır (102).
- Altyapı ve kaynaklar: Birçok bölge, taramaları ve takip tedavilerini yürütmek için gerekli altyapıya ve eğitilmiş personele sahip değildir (103).
- Kültürel engeller: Kadın sağlığına ilişkin sosyal damgalama ve kültürel inançlar, tarama programlarına katılımı azaltmaktadır (104).

2.8.5. Kenya Kanser Kontrol Programı

Diğer bir düşük ve orta gelirli ülke olan Kenya, serviks kanseri taramalarını birinci basamak sağlık sistemine entegre ederek 25 ila 49 yaş arası kadınlarda taramaya başlamıştır ancak hedef nüfus kapsayıcılığı %40'ın altındadır (105).

Bu tarama programı kapsamında çalışan sağlık çalışanları:

- Toplum sağlığı çalışanları (CHW'ler): CHW'ler kadınları serviks kanseri konusunda eğitir ve onları tarama programına katılmaya teşvik ederler (106).
- Hemşireler ve klinik görevlileri: Bu profesyoneller VIA ve Pap smear ve HPV testlerini yürütür ve kriyoterapi veya termal ablasyon kullanarak prekanseröz lezyonların tedavisini sağlarlar (107).
- Jinekologlar ve onkologlar: Kolposkopi, biyopsi ve ileri tedavi gerektiren daha karmaşık vakalarla ilgilenirler (108).

Kenya, bazı bölgelerde sağlık tesislerinin, taranan ve tedavi edilen kadın sayısına göre teşvik aldığı performansa dayalı bir finansman modeli uygulamaya koymuştur (106).

Kenya'nın serviks kanseri tarama programı, 2000'li yılların başında başlamış ve 2017-2022 yıllarını kapsayan Ulusal Kanser Kontrol Stratejisi'nin uygulamaya konulmasının ardından daha güçlü bir şekilde uygulanmıştır. Program, 25 -49 yaş aralığındaki kadınlara her üç yılda bir VIA veya HPV testi yapılmasını önermektedir (106).

Ülkede tarama oranlarının düşüklüğü çeşitli sebeplere bağlıdır;

- Kaynak kısıtlılıkları: Özellikle kırsal alanlardaki sınırlı sağlık hizmetleri kaynakları ve altyapısı, programın erişimini ve etkililiğini engellemektedir (102).
- Eğitim ve kapasite geliştirme: Sağlık hizmeti sağlayıcılarının en son tarama ve tedavi yöntemleri konusunda beceri sahibi olmalarını sağlamak için sürekli eğitime ihtiyaç vardır.
- Kültürel ve sosyoekonomik engeller: Sağlık tesislerine ulaşım maliyeti ve kültürel tabuları da içeren sosyoekonomik zorluklar katılım oranlarını etkilemektedir (107).

2.8.6. Peru Kanser Kontrol Programı

Bir Latin Amerika ülkesi olan Peru oluşturmuş olduğu kanser kontrol programı çerçevesinde 30-49 yaş aralığındaki kadınlara yönelik serviks kanseri tarama programını uygulamaktadır. 2017 yılında başlamış olan serviks kanseri tarama programında kapsayıcılık oranı yaklaşık olarak %53'tür. Ancak kentsel ve kırsal alanlar arasında kapsam açısından önemli farklılıklar bulunmaktadır.

Kentsel alanlarda sağlık tesislerine daha iyi erişim ve daha yoğun halk sağlığı kampanyaları nedeniyle genellikle daha yüksek katılım oranları görülürken, kırsal alanlar coğrafi ve altyapısal zorluklar nedeniyle geride kalmaktadır (109).

Peru'nun serviks kanseri tarama programının başarısı, çeşitli sağlık profesyonellerinin koordineli çabalarına bağlıdır:

- Uzman doktorlar: Jinekolog ve onkologlar ileri tetkik ve tedavi gerektiren vakalarla ilgilenir. Bu uzmanlar genellikle ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında görev yapmaktadır (110).
- Sağlık destekçileri: Bu toplum temelli çalışanlar serviks kanseri, düzenli taramaların önemi ve tarama hizmetlerinin mevcudiyeti hakkında farkındalığı artırmak için yerel topluluklarla etkileşime girerler. Kırsal bölgelerde ve yetersiz hizmet alan bölgelerde çalışırlar ve burada kadınların tarama programlarına katılmaya teşvik ederler (110).
- Hemşire ve ebeler: Birinci basamak sağlık merkezlerinde Pap smear ve HPV testinin yapılmasından öncelikli olarak hemşire ve ebeler sorumludur. Ayrıca testi pozitif çıkan kadınlara ilk danışmanlık ve takip bakımını da sağlıyorlar. Eğitimleri, düşük kaynak ortamlarına uygun, pratik ve uygun maliyetli bir tarama yöntemi olan VIA gerçekleştirme becerisini içerir (111).

Peru'da serviks kanseri tarama programı, halk sağlığı finansmanı ve uluslararası kuruluşların desteğiyle finanse edilmektedir. Resmi olarak performansa göre ödeme sistemi uygulanmasa da bazı sağlık tesisleri tarama ve takip bakımındaki performanslarına bağlı olarak ek kaynaklar almaktadır. Bu şekilde, tarama programının verimliliğini ve etkinliğini artırmak amaçlamaktadır (112).

Ülkede istenen düzeyde tarama oranlarına ulaşamamasının çeşitli nedenleri vardır;

- Ülkenin coğrafi yapısı: Peru'nun uzak And ve Amazon bölgelerini de içeren farklı coğrafyası, hizmet sunumunda önemli zorluklara neden olmaktadır (102).
- Sağlık altyapısı: Sağlık altyapısında kentsel ve kırsal alanlar arasında belirgin eşitsizlikler vardır. Kent merkezleri nispeten iyi donanıma sahip olsa da kırsal alanlar genellikle taramaları yürütmek ve tutarlı bir şekilde takip tedavisi sağlamak için gerekli tesislerden ve eğitilmiş personelden yoksundur (113).
- Farkındalık: Serviks kanseri ve taramanın yararları hakkındaki düşük farkındalık düzeyi ve yanlış kanılar taramalar konusunda önemli bir engeldir. Serviks kanserinin nedenleri ve taramanın önemi hakkındaki yanlış anlaşılmalara, kadınları programa katılmaktan caydırabilir (109).

Hindistan, Kenya ve Peru gibi düşük ve orta gelirli ülkeler serviks kanseri tarama programı uygulamalarında, ülkenin genel durumu, coğrafi yapısı, nüfus yapısından dolayı farklı yaklaşımlar ve zorluklar bulunmaktadır.

Farklı sağlık sistemlerine rağmen ortak zorluklar arasında kaynak sınırlamaları, kültürel engeller ve sürekli halk eğitimi ihtiyacı yer almaktadır. Bu ülkeler, başarılı uygulamaları örnek alarak tarama kapsamalarını ve sonuçlarını iyileştirebilir ve sonuç olarak serviks kanseri yükünü azaltabilir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma, Ankara ilinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) görev yapan aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları ile 15 Mayıs 2023-15 Mayıs 2024 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Belirtilen tarihlerde “Ankara ilinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) görev yapan aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarının ulusal kanser tarama programı kapsamında olan “Serviks Kanseri Taramalarına Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Tarama Düzeylerine Etkisinin Değerlendirilmesi” amacıyla kesitsel tipte bir araştırma yapılmıştır. Çalışmada ayrıca aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarının serviks kanseri taraması hedef kitle nüfusunu taramaya davet durumları ve aldıkları hizmet içi eğitimler de değerlendirilmiştir.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Ankara ilinde bulunan 25 ilçede toplam 416 Aile Sağlığı Merkezi (ASM) mevcuttur. 416 Aile Sağlığı Merkezi (ASM) bünyesinde ise toplam 1650 Aile Hekimliği Birimi (AHB) bulunmaktadır. Bu birimlerde 1650 Aile Hekimi (AH) ile 1626 Aile Sağlığı Çalışanı (ASÇ) birinci basamakta koruyucu sağlık hizmetleri sunmaktadır.

Araştırmanın evrenini; Ankara ilinde 2023 yılında aile sağlığı merkezlerinde görev yapmakta olan aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları olarak 3.276 kişi oluşturmaktadır. Örneklem seçimi ise Ankara’nın tüm ilçelerinde hizmet veren aile sağlığı merkezleri, ilçelerde bulunan merkez sayısına göre orantılı olacak şekilde yapılmıştır.

Araştırmada örneklem büyüklüğü, OpenEpi programı kullanılarak hesaplanmıştır. Serviks kanseri tarama programı uygulama sıklığı %50 (bilinmeyen sıklık) alınarak %5 sapma ve tasarım etkisi (design effect) 2 alınarak %95 güven aralığında (confidence

interval) örneklem büyüklüğü 344 olarak hesaplanmıştır. Bu sayının yarısı aile hekimleri, yarısı aile sağlığı çalışanları olarak alınmıştır (114).

3.3.1. Araştırmaya Katılma Oranı

Araştırma için ulaşılması planlanan toplam 344 kişiden 333'ü çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Örneklemde belirlenen 172 hekimin %96'sı (n=166) çalışmaya katılmayı kabul etmiş olup %3,5'i (n=6) çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. Aile sağlığı çalışanlarının ise %97,1'i (n=167) çalışmaya katılmayı kabul etmiş olup %2,9'u (n=5) çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. Çalışmaya katılım oranı toplamda %96,80'dir.

Tablo 3.1'de örneklem sayıları gösterilmiştir.

Tablo 3.1. Ankara İli Aile Sağlığı Merkezlerinde hizmet sunan aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı sayıları

Sayı	İlçe	ASM sayısı	AH sayısı	ASÇ sayısı	AH örneklem sayısı	ASÇ örneklem sayısı
1	Akyurt	5	11	10	1	1
2	Altındağ	28	121	119	13	13
3	Ayaş	2	5	4	1	0
4	Bala	3	6	6	1	1
5	Beypazarı	4	15	14	2	1
6	Çamlıdere	1	3	3	0	0
7	Çankaya	66	249	246	26	26
8	Çubuk	10	29	25	3	3
9	Elmadag	6	9	11	1	1
10	Etimesgut	45	184	180	19	19
11	Evren	1	1	1	0	0
12	Gölbaşı	16	45	44	5	5
13	Güdül	1	3	3	0	0
14	Haymana	4	7	7	1	1
16	Kahramankazan	4	15	15	2	2
15	Kalecik	1	6	6	1	1
17	Keçiören	63	262	264	27	28
18	Kızılcahamam	2	7	6	1	1
19	Mamak	43	177	173	18	18
20	Nallıhan	3	9	9	1	1
21	Polatlı	5	32	32	3	3
22	Pursaklar	12	48	47	5	5
23	Sincan	36	171	170	18	18
24	Ş. Koçhisar	3	10	11	1	1
25	Yenimahalle	52	225	220	23	23
Toplam		416	1650	1626	172	172

3.4. ARAŞTIRMANIN ANA HİPOTEZLERİ

H0: Serviks kanseri taraması hakkında bilgi düzeyi ile tarama yapma davranışı arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H1: Serviks kanseri taraması hakkında bilgi düzeyi ile tarama yapma davranışı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H0: Serviks kanseri taraması hakkında tutum durumu ile tarama yapma davranışı arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H1: Serviks kanseri taraması hakkında tutum durumu ile tarama yapma davranışı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

3.5. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME VE EDİLMEME KRİTERLERİ

Çalışmaya dahil edilme kriterleri

- Sağlık çalışanı olmak
- Çalışmanın yapıldığı tarihlerde aktif olarak AHB’nde çalışıyor olmak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak

Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri

- Sağlık çalışanı olmamak
- Çalışmanın yapıldığı tarihlerde aktif olarak AHB’nde çalışıyor olmamak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmemiş olmak

3.6. ARAŞTIRMA DEĞİŞKENLERİ

Bağımsız değişkenler

- Yaş
- Cinsiyet
- Meslek
- Çalışma süresi
- Ailede kanser hastalığı varlığı
- Serviks kanseri taramaları numune alım teknikleri eğitimi alma durumu

Bağımlı değişkenler

- Kadın katılımcıların HPV-DNA testi yaptırma durumu
- Hastaları kanser taramalarına davet etme durumu

- AHB’nde HPV-DNA testi yapma durumu
- Serviks kanseri taramalarının ek iş yükü getirdiği düşüncesi durumu
- Serviks kanseri ile ilgili bilgi durumu puanları
- Serviks kanseri taramaları ile ilgili bilgi durumu puanları
- Serviks kanseri tarama programı konusunda tutum durumu puanları

3.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE UYGULAMA ŞEKLİ

Araştırmada kullanılacak olan verileri elde etmek amacıyla literatür taraması yapılarak araştırma için geliştirilmiş, kişilerin sosyodemografik özelliklerini, serviks kanseri konusunda bilgi, tutum ve davranışları ile finansal teşvike yaklaşımlarını değerlendiren bir anket hazırlanmıştır. Beş bölüm içeren anket formu toplam 23 sorudan oluşmakta olup; evet- hayır- bilmiyorum yanıtlarını içeren sorular, tek seçimli çoktan seçmeli sorular, birden çok seçimli çoktan seçmeli sorular olmak üzere kapalı uçlu sorular, yarı kapalı uçlu sorular ve Likert tarzı sorular içermektedir.

İlk bölümde katılımcıların sosyodemografik özelliklerini tespit etmek amacıyla sorulan beş soru yer almaktadır.

İkinci bölümde dört soru ile kanser hastalığı ile ilgili durumları sorgulanmıştır. Bu sorular tek seçimli çoktan seçmeli sorular olarak hazırlanmıştır.

Üçüncü bölümde katılımcıların serviks kanseri ve serviks kanseri taramaları ile ilgili bilgi durumunu tespit etmek amacıyla doğru, yanlış ve bilmiyorum yanıtları içeren kapalı uçlu sorular hazırlanmıştır. Serviks kanseri ile ilgili bilgi durumu sorusunda serviks kanseri risk faktörleri ve serviks kanseri belirtileri ile ilgili on dört soru sorulmuştur. Serviks kanseri taramaları ile ilgili bilgi durumu sorusunda ise serviks kanseri taramasının özellikleri ve tarama yapılabilmesi için gereken şartlar ile ilgili on iki soru sorulmuştur.

Bu sorularda doğru cevaplar bir puan, yanlış ve bilmiyorum cevapları sıfır puan olarak puanlanmıştır. Bu bölümdeki ilk soru için alınabilecek en düşük puan sıfır, en yüksek puan on dört olup diğer soru için alınabilecek en düşük puan sıfır, en yüksek puan ise on ikidir.

Dördüncü bölümde ise sekiz soru içeren ve katılımcıların serviks kanseri tarama programı konusunda tutum durumunu değerlendirmek amacıyla likert tipi sorular içeren

bir soru formu yer almaktadır. Bu bölümün güvenilirlik çalışması ise Cronbach α iç tutarlılık yöntemi kullanılarak incelenmiştir (115). Sonuç 0,60 olarak bulunmuştur. Soru formunun puanlaması “kesinlikle katılmıyorum” 1 puandan, “kesinlikle katılıyorum” 5 puan olarak sıralanmaktadır. Kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum ifadelerinin toplamı olumlu tutum olarak kabul edilmiştir. Bu formdaki sekiz maddenin beş tanesi olumlu, üç tanesi olumsuz ifadedir. Olumsuz ifadelerin puanlaması tersten yapılmıştır. Soru formunda yer alan ilk yedi soru hem erkek hem de kadın katılımcılara sorulmuş olup son soru sadece kadın katılımcılara sorulmuştur. Bu sorulardan alınacak en yüksek puan formdaki ilk yedi soru için otuz beş, en düşük puan beş olup, sekiz soru için en yüksek puan kırk ve en düşük puan beştir.

Beşinci bölümde serviks kanseri tarama programı konusunda davranış durumunu değerlendirilmek için sorular sorulmuş olup bunlara ek olarak serviks kanseri taraması için numune alım teknikleri eğitimi ve taramalar ile ilgili destek talepleri de sorulmuştur.

Araştırmacı ve araştırmacı tarafından eğitim verilen sağlık personeline seçili aile sağlığı merkezlerinde yüz yüze veya e-posta yoluyla anket formları doldurulmuştur.

3.8. ÖN DENEME

Anketin ön çalışması kapsamında aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı 12 kişiye anket uygulanmış ve sorularla ilgili son düzenlemeler yapılmıştır. Bu kişiler veri toplama aşamasında çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.9. TANIMLAR

Bağımsız değişkenlerin gruplandırılması

- Katılımcıların yaşları 40 yaş altı ve 40 yaş ve üzeri olarak iki grup şeklinde değerlendirilmiştir.

Katılımcıların meslekleri ASB’ndeki görevlerine göre gruplandırılarak değerlendirilmiştir. Bu kapsamda aile hekimi uzmanı olan doktorlar ve aile hekimi uzmanı olmayan doktorlar “Aile hekimi (AH)” olarak, hemşire, ebe, acil tıp teknisyeni vb. gibi diğer sağlık meslek gruplarında olan personel ise “Aile Sağlığı Çalışanı (ASÇ)” olarak değerlendirilmiştir (116).

- Katılımcıların toplam çalışma süresi 15 yıl altı ve 15 yıl ve üzeri olarak iki grup şeklinde değerlendirilmiştir.
- Katılımcıların serviks kanseri taraması için numune alım teknikleri eğitimi alma durumları evet ve hayır olarak iki grup şeklinde değerlendirilmiştir.

Bağımlı değişkenlerin gruplandırılması

- Katılımcıların hastaların taramaya davet etme durumu evet ve hayır olarak iki grup şeklinde değerlendirilmiştir.
- Katılımcıların serviks kanseri ile ilgili bilgi durumu puanları ortalama altında ve ortalama ve üzeri olarak iki grup şeklinde değerlendirilmiştir.
- Katılımcıların serviks kanseri taraması tutum durumu ilk yedi ifadenin puanları ve toplam sekiz ifadenin puanları ayrı ayrı değerlendirilmiştir.

3.10. ETİK KONULAR

Araştırma ile ilgili Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 22/08/2023 tarih ve 2023-313 karar no ile izin alınmıştır.

Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'nden 13.10.2023 tarih E-51381736-771-226511856 sayı ile araştırma izni alınmıştır.

Örnekleme seçilen tüm ASM'lerde çalışan sağlık personeline çalışma hakkında bilgi verilmiş ve personel çalışmaya davet edilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul edenlerden sözlü onam alınmıştır.

3.11 ÇIKAR ÇATIŞMASI

Çalışmanın planlanması, yürütülmesi ve raporlanmasında çıkar çatışmasına yol açabilecek bir durum söz konusu değildir.

3.12. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Veriler Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 21.0 programı ile bilgisayara girilip, aynı programda veri kontrolü yapıldıktan sonra analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler sayı (n) ve yüzde (%) olarak, dağılım ölçütleri olarak aritmetik ortalama±standart sapma (SS), ortanca, minimum ve maksimum (min-maks) olarak

verilmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler ki-kare testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Verilerin normal dağılıma uygunluğuna Kolmogorov Smirnov testi Shapiro-Wilk ve Kolmogorov-Smirnov testleri, Skewness ve Kurtosis değerleri, histogram grafikleri, ortalama±standart sapma ve ortanca değerleri ile karar verilmiştir. Skewness ve Kurtosis değerlerinde George ve Mallery'e göre -2 ve +2 aralığı kabul edilmiştir (117). İncelenen sürekli değişkenlerden iki grup karşılaştırılırken normal dağılıma uyanlarda parametrik testlerden biri olan *t* testi, normal dağılıma uymayanlarda ise non-parametrik testlerden biri olan Mann-Whitney *U* testi kullanılmıştır.

Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p<0.05$ kabul edilmiştir.

3.13. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Çalışma Ankara ilinde bulunan ASM'lerinde gerçekleştirilmiş olan kesitsel tipte bir araştırmadır. Dolayısıyla sonuçlar topluma, tüm sağlık çalışanlarına veya ASM'lerinde görev yapan tüm sağlık çalışanlarına genellenemez. Çalışma tasarımının (kesitsel) doğası gereği tam bir nedensellik bağı kurulamaz. Veriler kişilerin kendi beyanıyla elde edildiğinden, sonuçlar katılımcıların gerçek görüş ve eylemlerini her zaman doğru ve tam bir şekilde yansıtmayabilir. Çalışmada elde edilen veriler kullanılan ölçüm araçları ile sınırlıdır.

4. BULGULAR

Ankara ilinde örneklemele belirlenmiş olan Aile Hekimliği Merkezlerinde görev yapan, çalışmaya katılmayı kabul eden ve dahil etme kriterlerini karşılayan 333 sağlık çalışanına (çalışma grubumuz) ait bazı sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Çalışma grubunun bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımları

Özellik	Sayı	Yüzde*
Yaş		
20-29	16	4,8
30-39	117	35,1
40-49	113	33,9
50 yaş ve üzeri	87	26,1
Cinsiyet		
Kadın	247	74,2
Erkek	86	25,8
Meslek		
Uzman hekim	43	12,9
Hekim	123	36,9
Aile sağlığı çalışanı	164	49,2
Diğer sağlık personeli	3	0,9
Çalışma süresi		
0-4	11	3,3
5-9	43	12,9
10-14	70	21,0
15-19	66	19,8
20 yıl ve üzeri	143	42,9
Toplam	333	100
*Sütun Yüzdesi		

Katılımcıların %35,1’i (n=117) 30-39 yaş grubundadır.

Katılımcıların %74,2’si (n=247) kadındır.

Katılımcıların %49,2’si (n=164) aile sağlığı çalışanı, %36,9’u (n=123) aile hekimi ve %12,9’u (n=43) uzman aile hekimidir.

Araştırmaya katılanların %21,0’ının (n=70) çalışma süresi 10-14 yıl arasındır.

Çalışma grubunun kanser hastalığı durumuna ilişkin özellikleri Tablo 4.2.’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2. Çalışma grubunun kendileri ya da ailelerinde kanser hastalığı durumuna göre dağılımları

Kanser hastalık durumu	Sayı	Yüzde*
Ailede kanser hastalığı var	116	34,8
Ailede kanser hastalığı yok	217	65,2
Ailede serviks kanseri var	5	1,5
Ailede serviks kanseri yok	328	98,5
Toplam	333	100

*Sütun Yüzdesi

Çalışma grubunun %34,8'i (n=116) ailesinde kanser hastalığı olduğunu belirtirken %1,5'i (n= 5) ailesinde serviks kanseri hastası bulunduğunu belirtmiştir.

Çalışma grubunda ve serviks kanseri tarama yaş grubu içerisinde bulunan kadın katılımcıların (n=238) kendilerine HPV-DNA testi yaptıрма durumları Tablo 4.3.'te gösterilmiştir. Tarama hedef yaş grubunda (30-65 yaş) bulunmayan dokuz katılımcı analize dahil edilmemiştir.

Tablo 4.3. Çalışma grubunda ve hedef yaş grubunda olan kadınların HPV-DNA testi yaptıрма durumuna göre dağılımları

HPV-DNA testi yaptıрма durumu	Sayı*	Yüzde**
Evet	166	69,7
Hayır	72	30,3
Toplam	238	100

*Dokuz katılımcı analize dahil edilmemiştir.

**Sütun Yüzdesi

Çalışma grubunda ve serviks kanseri tarama yaş grubu içinde olan kadın katılımcıların %69,7'si (n=166) HPV-DNA testi yaptırdığını belirtmiştir. HPV-DNA testi yaptıran kadın katılımcıların (n=166) meslek gruplarına göre dağılımı Tablo 4.4.'te gösterilmiştir.

Tablo 4.4. Çalışma grubunda bulunan ve HPV-DNA testi yaptıran kadınların meslek gruplarına göre dağılımları

Meslek	Sayı	Yüzde*
Aile hekimi	48	28,9
Aile sağlığı çalışanı	118	71,1
Toplam	166	100

*Sütun Yüzdesi

Çalışma grubunda bulunan ve HPV-DNA testi yaptıran kadın katılımcıların %28,9'u (n=48) aile hekimi iken, %71,1'i (n=118) aile sağlığı çalışanıdır.

Serviks kanseri taraması hedef yaş grubunda olup HPV- DNA testi yaptırmayan kadın katılımcılara (n=72) yaptırmama nedenleri ile ilgili çeşitli sorular sorulmuş ve Tablo 4.5.'te cevaplara yer verilmiştir. HPV-DNA testi yaptırmayan kadın katılımcıdan 13 kişi bu soruya yanıt vermemiştir.

Tablo 4.5. Çalışma grubunda bulunan ve HPV-DNA testi yaptırmayan kadınların test yaptırmama nedenlerine göre dağılımları

HPV-DNA testi yaptırmama nedeni	Sayı*	Yüzde**
Yapılması gerektiğini bilmeme	0	0,0
Nasıl yaptırılacağını bilmeme	1	1,7
Gerekli olduğunu düşünmeme	0	0,0
Yaptırmaktan korkma, çekinme	25	42,4
Diğer nedenler	33	55,9
Toplam	59	100

*Bu soruya 13 katılımcı yanıt vermemiştir.

**Sütun Yüzdesi

Hedef yaş grubunda bulunan kadın katılımcıların %34,7'si (n=25) HPV-DNA testi yaptırmaktan korktuklarını ve çekindiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca hedef yaş grubunda bulunan kadın katılımcıların %45,8'i (n=33) bu testi yaptırmama nedenleri ile ilgili farklı sebepler sunmuşlardır. Bu nedenler fırsat bulamama, ihmal etme, bekar olma, iş yoğunluğu, vakit bulamama ve riskli grupta olduğunu düşünmeme şeklinde belirtilmiştir.

Çalışma grubunun görev yaptıkları aile sağlığı birimlerinde serviks kanseri taraması yapma durumları gözlemlenmiş ve Tablo 4.6.'da sunulmuştur. Katılımcılardan 17 kişinin tarama verilerine ulaşılammıştır.

Tablo 4.6. Çalışma grubunun birimlerinde HPV-DNA testi yapma durumlarına göre dağılımları

Birimde HPV-DNA testi yapma durumu	Sayı*	Yüzde**
Evet	189	59,8
Hayır	127	40,2
Toplam	333	100

*17 kişinin verisine ulaşılammıştır

**Sütun Yüzdesi

Çalışma grubunun %59,8'inin (n=189) çalışmakta olduğu aile sağlığı biriminde serviks kanseri taraması yaptığı görülmüştür. Birimlerinde tarama yapmayan katılımcılara serviks kanseri taraması yapmama nedenleri sorulmuştur. En sık cevap olarak (n= 36) katılımcılar hedef yaş grubundaki hastalarını KETEM'e yönlendirdiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca iş yüklerinin çok olduğunu, hasta yoğunluğu dolayısıyla tarama hizmetlerine vakitleri kalmadığını ifade etmişlerdir. Diğer nedenler ise aile sağlığı birimlerinin fiziksel koşullarının uygun olmaması, uygun ekipmanın olmaması personel eksikliği ve hastaların taleplerinin olmaması şeklinde sıralanmaktadır.

Çalışma grubuna hedef yaş grubunda olan hastalarını düzenli olarak arayarak serviks kanseri taraması için davet edip etmedikleri sorulmuşve Tablo 4.7.'de davet etme durumları gösterilmiştir. Bu soruya üç katılımcı yanıt vermemiştir.

Tablo 4.7. Çalışma grubunun hedef yaş grubundaki hastalarını serviks kanseri taramasına davet etme durumlarına göre dağılımları

Serviks kanseri taraması davet durumu	Sayı	Yüzde*
Davet ediyor	288	87,3
Davet etmiyor	42	12,7
Toplam	330	100

*Bu soruya 3 kişi yanıt vermemiştir.

*Sütun Yüzdesi

Çalışma grubunun %87,3'ü (n=288) hedef yaş grubunda bulunan hastalarını serviks kanseri taraması için davet etmektedir. Bu davetler sadece kendi birimleri için değil KETEM'e yönlendirme için de yapılmaktadır.

Çalışma grubunun T.C. Sağlık Bakanlığınca verilen serviks kanseri taraması numune alım teknikleri ile ilgili eğitim alma durumları Tablo 4.8.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.8. Çalışma grubunun numune alma teknikleri eğitimi alma durumlarına göre dağılımları

Numune alma teknikleri eğitim durumu	Sayı	Yüzde*
Eğitim almış	172	51,7
Eğitim almamış	161	48,3
Toplam	333	100

*Sütun Yüzdesi

Çalışma grubunun %51,7'si (n=172) serviks kanseri taraması için numune alım teknikleri eğitimi almıştır. Bu eğitimi alan Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Çalışanlarının %75,6'sı (n=130) eğitimi yeterli bulurken %24,4'ü (n=42) yeterli bulmamaktadır.

Çalışma grubuna serviks kanseri taramasının ek iş yükü getirdiğini düşünüp düşünmedikleri sorulmuş olup bu durum aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 4.9. Çalışma grubunun serviks kanseri taramasının ek iş yükü getirme ile ilgili düşünce durumlarının dağılımı

Ek iş yükü getirme düşünce durumu	Sayı	Yüzde*
Evet	195	58,6
Hayır	138	41,4
Toplam	333	100

*Sütun Yüzdesi

Katılımcıların %58,6'sı (n=195) serviks kanseri taramalarının kendilerine ek iş yükü getirdiğini düşündüklerini belirtmişlerdir.

Çalışma grubuna sağlık çalışanlarına aile sağlığı merkezlerinde serviks kanseri taramaları konusunda nasıl bir destek talep ettikleri sorulmuştur ve bu soruda birden fazla seçenek işaretleyebilecekleri belirtilmiştir.

Katılımcıların %80,5'inin (n=268) serviks kanseri taraması için ek personel istediği, %65,5'inin (n=218) aile hekimliği birimlerine bağlı nüfusun azaltılmasını

istediği, %52,9'unun (n=176) serviks kanseri taraması için numune alım teknikleri eğitimi talep ettiği ve %51,1'inin (n=170) finansal destek istediği görülmüştür.

Bunların dışında aile sağlığı merkezlerinin fiziksel koşullarının düzeltilmesi, hasta poliklinik sayılarının azaltılması, hastalara tarama konusunda eğitim verilmesi ve kamu spotları hazırlanması, hastaların tarama yaptırmayı zorunlu hale getirilip yaptırmayan kişilere yönelik çalışmalar yapılması ve taramaların sadece KETEM'de yapılması gibi çeşitli talepler de katılımcılar tarafından belirtilmiştir.

Çalışma grubuna serviks kanseri oluşumunda yer alan risk faktörleri ve serviks kanseri bulguları ile ilgili bilgi durumunu tespit etmek amacıyla sorular sorulmuş olup Tablo 4.10.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.10. Çalışma grubunun serviks kanseri ile ilgili bilgi durumlarına göre dağılımları

Risk faktörleri ve bulgular	Doğru n (%)	Yanlış n (%)	Bilmiyorum n (%)
Düşük sosyo-ekonomik düzey	203 (61,0)	98 (29,4)	32 (9,6)
Uzun süre doğum kontrol hapi kullanma	139 (41,7)	149 (44,8)	45 (13,5)
Erken yaşta cinsel ilişki	258 (77,5)	56 (16,8)	19 (5,7)
HPV enfeksiyonu geçirmiş olma	320 (96,1)	7 (2,1)	6 (1,8)
HIV/AIDS enfeksiyonu geçirmiş olma	259 (77,8)	42 (12,6)	32 (9,6)
Çok sayıda cinsel partner	317 (95,2)	10 (3,0)	6 (1,8)
Fazla kilolu olma	100 (30,0)	168 (50,5)	65 (19,5)
Çok sayıda doğum yapmış olma	117 (35,1)	164 (49,3)	52 (15,6)
Ailede serviks kanseri öyküsü	295 (88,6)	23 (6,9)	15 (4,5)
Sigara kullanımı	246 (73,9)	49 (14,7)	38 (11,4)
Cinsel ilişki sonrası kanama serviks kanseri belirtisi olabilir	276 (82,9)	33 (9,9)	24 (7,2)
Menopoz sonrası kanama serviks kanseri belirtisi olabilir	266 (79,9)	39 (11,7)	28 (8,4)
Cinsel ilişki esnasında ağrı serviks kanseri belirtisi olabilir	239 (71,8)	53 (15,9)	41 (12,3)
Serviks kanseri önlenmesine yönelik HPV aşısı vardır	316 (94,9)	11 (3,3)	6 (1,8)

Risk faktörleri arasında en önemli olan HPV enfeksiyonu geçirmiş olma sorusunu katılımcıların %96,1'i (n=320) doğru cevaplamış olup diğer bir önemli neden olan çok sayıda çocuk doğurma sorusunu katılımcıların %35,1'i (n=117) doğru yanıtlamıştır. Serviks kanserinin belirtilerini ise katılımcılar yüksek oranda doğru yanıtlamıştır.

Çalışma grubuna ülkemizde uygulanan Ulusal Kanser Taramaları programı kapsamında yapılan serviks kanseri taramaları ile ilgili bilgi durumunu tespit etmek amacıyla sorular sorulmuş olup Tablo 4.11.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.11. Çalışma grubunun ulusal serviks kanseri taraması ile ilgili bilgi durumlarına göre dağılımları

	Doğru n (%)	Yanlış n (%)	Bilmiyorum n (%)
Serviks kanseri erken tanısı mümkün olan bir kanser türüdür	329 (98,8)	3 (0,9)	1 (0,3)
Serviks kanseri taramasının hastaya bir zararı yoktur	318 (95,5)	13 (3,9)	2 (0,6)
Serviks kanserinin prekanseröz dönemi 10-20 yıl arasındadır	215 (64,6)	25 (7,5)	93 (27,9)
Serviks kanseri taramasının amacı prekanseröz lezyonları tespit etmektir	299 (89,8)	16 (4,8)	18 (5,4)
Serviks kanseri taraması sadece çok eşli kişilere önerilir	21(6,3)	306 (91,9)	6 (1,8)
Kişiler asemptomatik ise serviks kanseri taraması yapılmasına gerek yoktur	11 (3,3)	307 (92,2)	15 (4,5)
Serviks kanseri tarama testi 30-65 yaş aralığında yapılır	316 (94,9)	13 (3,9)	4 (1,2)
Serviks kanseri tarama testinin menopozdan sonra yapılmasına gerek yoktur	23 (6,9)	296 (88,9)	14 (4,2)
Serviks kanseri tarama testini hayat boyunca 1 kez yaptırmak yeterlidir	7 (2,1)	321 (96,4)	5 (1,5)
HPV-DNA numunesi almak için en uygun zaman, adet bitiminden 1 hafta sonrasdır	247 (74,2)	47 (14,1)	39 (11,7)
HPV-DNA testi yalnızca hekim tarafından alınır	33 (9,9)	290 (87,1)	10 (3,0)
Serviks kanseri tarama testi 5 yılda bir yapılmalıdır	291 (87,4)	39 (11,7)	3 (0,9)

Çalışma grubunun çoğunluğu ülkemizde uygulanmakta olan serviks kanseri tarama program ile ilgili, tarama yaş grubu, taramanın yapılma zamanı, kaç yılda bir yapılacağı ve hangi durumlarda yapılacağı gibi bilgileri yüksek oranda doğru yanıtlamıştır.

Çalışma grubuna ülkemizde uygulanan ulusal kanser tarama programı konusunda tutum durumları ile ilgili sorular sorulmuş olup Tablo 4.12.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.12. Çalışma grubunun serviks kanseri taraması ile ilgili tutum durumlarına göre dağılımları*

	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)
30-65 yaş arası tüm kadın hastalarım serviks kanseri taraması yaptırmalarını öneririm	310 (93,1)	15 (4,5)	3 (0,9)	0 (0,0)	5 (1,5)
Serviks kanseri taraması ile ilgili hastalara bilgi aktarmanın gerekli olduğunu düşünürüm	306 (91,9)	19 (5,7)	2 (0,6)	1 (0,3)	5 (1,5)
Sağlıklı kişilere serviks kanseri tarama testi uygulamak, sağlık kaynaklarının ihtiyaç sahiplerine ulaştırılmasına engel olduğunu düşünürüm	14 (4,2)	9 (2,7)	17 (5,1)	110(33,0)	183 (55,0)
Serviks kanseri taraması birinci basamakta yapılabilir	171 (51,4)	70 (21,0)	39 (11,7)	38 (11,4)	15 (4,5)
Hastalara verdiğim poliklinik hizmetlerinin yoğunluğu serviks kanseri taraması uygulamamı olumsuz etkiler	146 (43,9)	90 (27,0)	40 (12,0)	37 (11,1)	20 (6,0)
Toplumda daha sık görülen hastalıkların taranması kanser taramalarından daha önemlidir	24 (7,2)	16 (4,8)	34 (10,2)	136(40,9)	123 (36,9)
Serviks kanseri taraması için verilen pozitif performans tarama yapma isteğimi artırır	108 (32,4)	68 (20,4)	48 (14,4)	46 (13,8)	63 (19,0)
Serviks kanseri taraması yaptırmayı düşünürüm (kadın katılımcılar) (n= 247)	189 (76,5)	40 (16,3)	8 (3,2)	1 (0,4)	9 (3,6)

* (1) Kesinlikle katılıyorum, (2) Katılıyorum, (3) Emin değilim, (4) Katılmıyorum, (5) Kesinlikle katılmıyorum.

Tablo 4.12’de katılımcıların serviks kanseri taraması ile ilgili tutum durumu ölçeğine verdikleri yanıtlar değerlendirilmiş ve “Kesinlikle Katılıyorum” ile “Katılıyorum” ifadelerinin yüzdeleri toplanarak belirtilmiştir. “30-65 yaş arası tüm kadın hastalarım serviks kanseri taraması yaptırmalarını öneririm” ifadesinde olumlu tutumu olanların yüzdesi %97,6 olarak tespit edilmiştir.

“Serviks kanseri taraması ile ilgili hastalara bilgi aktarmanın gerekli olduğunu düşünürüm” ifadesinde de aynı şekilde olumlu tutumu olan katılımcılar %97,6 oranındadır.

Soru formunda yer alan “Sağlıklı kişilere serviks kanseri tarama testi uygulamak, sağlık kaynaklarının ihtiyaç sahiplerine ulaştırılmasına engel olduğunu düşünürüm” ifadesi değerlendirildiğinde katılımcıların %88’i bu ifadeye katılmamaktadır.

“Serviks kanseri taraması birinci basamakta yapılabilir” ifadesine katılımcıların %72,4’ü olumlu tutum göstermiştir.

“Hastalara verdiğim poliklinik hizmetlerinin yoğunluğu serviks kanseri taraması uygulamamı olumsuz etkiler” ifadesine katılanların oranı %70,8 olarak tespit edilmiştir.

“Toplumda daha sık görülen hastalıkların taranması kanser taramalarından daha önemlidir” ifadesine katılımcıların %77,7’si katılmaktadır.

“Serviks kanseri taraması için verilen pozitif performans tarama yapma isteğimi artırır” ifadesine katılımcıların %52,8’i olumlu yanıt verirken kararsız ve olumsuz yanıtların toplamının %47,2 olduğu görülmüştür.

Sadece kadın katılımcıların cevaplandığı “serviks kanseri taraması yaptırmayı düşünürüm” ifadesinde olumlu cevap oranı %92,7 olarak tespit edilmiştir.

Çalışma grubunun serviks kanseri taraması için hedef yaş grubunda olan kadınları taramaya davet etmeleri ile yaş, cinsiyet, çalışma süresi, ailede kanser varlığı ve serviks kanseri taraması için numune alım teknikleri eğitimi alma durumları karşılaştırılmış ve Tablo 4.13.’te gösterilmiştir.

Tablo 4.13. Çalışma grubunun bazı özelliklerine göre hastaları taramaya davet durumlarının dağılımları

	Hedef Yaş Grubundaki Kadınları Serviks Kanseri Taramasına Davet Etme Durumu		x²	p-value
	Davet ediyor n (%)	Davet etmiyor n (%)		
Çalışma süresi 15 yıl altı	112 (90,3)	12 (9,7)	1,253	0,263
Çalışma süresi 15 yıl ve üzeri	176 (85,4)	30 (14,6)		
Kadın	218 (89,3)	26 (10,7)	2,937	0,087
Erkek	70 (81,4)	16 (18,6)		
Ailede kanser var	103 (88,8)	13 (11,2)	0,191	0,662
Ailede kanser yok	185 (86,4)	29 (13,6)		
Eğitim alan	159 (92,4)	13 (7,6)	7,697	0,006
Eğitim almayan	129 (81,6)	29 (18,4)		
40 yaş altı	118 (88,7)	15 (11,3)	0,231	0,631
40 yaş ve üzeri	170 (86,3)	27 (13,7)		
Ki-kare testi, Continuity Correction				
Satır Yüzdesi				

Smear alma teknikleri eğitimi alan sağlık çalışanlarının %92,4'ü serviks kanseri taraması hedef yaş grubundaki kişileri taramaya davet ederken, smear alma teknikleri eğitimi almayan sağlık çalışanlarının %81,6'sı bu daveti yapmakta. Smear alma teknikleri eğitimi alma ile hedef yaş grubunu taramaya davet etme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (ki karevalue: 7,697, p=0,006).

Katılımcıların çalışma sürelerine göre hastaları serviks kanseri taramasına davet etme durumları değerlendirildiğinde 15 yılın altında çalışma süresi olan katılımcılar ile çalışma yılı 15 yıl ve üzeri olan çalışanların arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Benzer şekilde cinsiyet ile hedef yaş grubunu taramaya davet etme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ailede kanser vakası olması ile hedef yaş grubunu taramaya davet etme arasında ilişki olup olmadığı değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ayrıca 40 yaş altı katılımcılar ve 40 yaş ve üzeri katılımcılar değerlendirildiğinde yaş grubu ile hedef yaş grubunu taramaya davet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Çalışma grubunda ve serviks kanseri taraması hedef yaş grubunda bulunan katılımcıların HPV-DNA testi yaptırma durumları ile yaş, çalışma süresi, ailede kanser varlığı, meslek grubu ve serviks kanseri taraması için numune alım teknikleri eğitimi alma durumları karşılaştırılmış ve Tablo 4.14.'te gösterilmiştir.

Tablo 4.14. Çalışma grubunda bulunan kadınların bazı özelliklerine göre serviks kanseri tarama testi yaptırma durumlarının dağılımları

	Serviks Kanseri Tarama Testi Yaptırma Durumu		x ²	p-value
	Evet n (%)	Hayır n (%)		
Çalışma süresi 15 yıl altı Çalışma süresi 15 yıl ve üzeri	52 (59,8) 114 (75,5)	35 (40,2) 37 (24,5)	6,470	0,011¹
Ailede kanser var Ailede kanser yok	61 (74,4) 105 (67,3)	21 (25,6) 51 (32,7)	0,964	0,326 ²
Aile hekimi Aile sağlığı çalışanı	48 (61,5) 118 (73,7)	30 (38,5) 42 (26,3)	3,706	0,054 ¹
Eğitim alan Eğitim almayan	94 (76,4) 72 (62,6)	29 (23,6) 43 (37,4)	5,375	0,020¹
40 yaş altı 40 yaş ve üzeri	60 (60,6) 106 (76,3)	39 (39,4) 33 (23,7)	6,714	0,010¹

Ki-kare testi, 1¹ Pearson ve 2:Continuity Correction
Satır Yüzdesi

Çalışma yılı 15 yıl altındaki kadın sağlık çalışanlarının %59,8'i HPV DNA testi yaptırmışken, çalışma yılı 15 yıl ve üzerinde olan kadın sağlık çalışanlarının %75,5'ı HPV DNA testi yaptırmıştır. Çalışma yılı ile HPV DNA testi yaptırma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (kikare value: 6,470, p=0,011).

Smear alma teknikleri eğitimi alan kadın sağlık çalışanlarının %76,4'ü HPV DNA testi yaptırmışken, bu eğitimi almayanların %62'si hpvdna testi yaptırmıştır. Smear alma teknikleri eğitimi alma ile HPV DNA testi yaptırma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (kikare value: 5,375, p=0,020).

40 yaş altındaki kadın sağlık çalışanlarının %60,6'sı HPV DNA testi yaptırmışken, 40 yaş ve üzerindeki kadın sağlık çalışanlarının %76,3'ü HPV DNA testi yaptırmıştır. İleri yaş grubu ile HPV DNA testi yaptırma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (kikare value: 6,714, p=0,010).

Ailesinde kanser hastası olma durumu ile HPV DNA testi yaptırma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Benzer şekilde meslek grubu ile HPV DNA testi yaptırma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Çalışma grubunun çalıştıkları birimlere kayıtlı olan ve serviks kanseri taraması için hedef yaş grubundaki kadınlara tarama yapma durumu gözlemlenmiş ve yaş, çalışma süresi, ailede kanser varlığı, meslek grubu ve serviks kanseri taraması için numune alma teknikleri eğitimi alma durumları ile karşılaştırılmıştır. Sonuçlar Tablo 4.15.'te gösterilmiştir.

Tablo 4.15. Çalışma grubunun bazı özelliklerine göre hedef yaş grubundaki kadınlara serviks kanseri taraması yapma durumlarının dağılımları*

	Hedef Yaş Grubundaki Kadınlara Serviks Kanser Tarama Testi Yapma Durumu		x ²	p-value
	Evet n (%)	Hayır n (%)		
Çalışma süresi 15 yıl altı	57 (48,3)	61 (51,7)	10,370	0,001
Çalışma süresi 15 yıl üzeri	132 (66,7)	66 (33,3)		
Ailede kanser var	65 (58,0)	47 (42,0)	0,227	0,634
Ailede kanser yok	124 (60,8)	80 (39,2)		
Kadın	144 (61,0)	92 (39,0)	0,565	0,452
Erkek	45 (56,2)	35 (43,8)		
Eğitim alan	111 (68,1)	52 (31,9)	9,620	0,002
Eğitim almayan	78 (51,0)	75 (49,0)		
40 yaş altı	57 (45,2)	69 (54,8)	18,512	0,0001
40 yaş ve üzeri	132 (69,5)	58 (30,5)		

Ki-kare testi, Pearson

*17 kişinin tarama verilerine ulaşılamamıştır

Satır Yüzdesi

Aile sağlığı biriminde serviks kanseri taraması yapma durumu ile çalışma süresi karşılaştırıldığında, çalışma yılı 15 yıl ve üzerinde olan katılımcılar ile 15 yıl altında

olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (ki kare value: 10,370, p=0,001).

Çalıştıkları aile sağlığı birimlerinde serviks kanseri taraması yapan katılımcıların %68,1'i smear alma teknikleri eğitimi almışken, %51,0'i eğitim almamıştır. Aile sağlığı biriminde serviks kanseri taraması yapma ile smear alma teknikleri eğitimi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (ki kare value: 9,620, p=0,002).

Aile sağlığı biriminde serviks kanseri taraması yapma durumu ile yaş karşılaştırıldığında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (ki kare value: 18,512, p=0,0001).

Cinsiyet ve ailede kanser vakası olması ile aile sağlığı biriminde serviks kanseri taraması yapma durumu arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Serviks kanseri taramalarının birimlere ek iş yükü getirip getirmediği konusunda katılımcıların düşünceleri sorulmuş ve yaş, cinsiyet, çalışma süresi, ailede kanser varlığı, meslek grubu ve serviks kanseri taraması için numune alma teknikleri eğitimi alma durumları ile karşılaştırılmış ve sonuçlar Tablo 4.16.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.16. Çalışma grubunun bazı özelliklerine göre serviks kanseri taramasının ek iş yükü getirmesi ile ilgili düşünce durumlarının dağılımı

Serviks Kanser Taraması Ek İş Yükü Getiriyor				
	Evet n (%)	Hayır n (%)	x ²	p-value
Çalışma süresi 15 yıl altı	62 (50,0)	62 (50,0)	5,963	0,015
Çalışma süresi 15 yıl ve üzeri	133 (63,6)	76 (36,4)		
Ailede kanser var	72 (62,1)	44 (37,9)	0,904	0,342
Ailede kanser yok	123 (56,7)	94 (43,3)		
Kadın	148 (59,9)	99 (40,1)	0,729	0,393
Erkek	47 (54,7)	39 (43,3)		

Tablo 4.16. Çalışma grubunun bazı özelliklerine göre serviks kanseri taramasının ek iş yükü getirmesi ile ilgili düşünce durumlarının dağılımı (devamı)

Eğitim alan	93 (54,1)	79 (45,9)	2,954	0,086
Eğitim almayan	102 (63,4)	59 (36,6)		
40 yaş altı	72(54,1)	61(45,9)	1,785	0,181
40 yaş ve üzeri	123 (61,5)	77 (38,5)		
Aile hekimi	91(54,8)	75 (45,2)	1,907	0,167
Aile sağlığı çalışanı	104 (62,3)	63 (37,7)		

Ki-kare testi, Pearson

Satır Yüzdesi

Çalışma yılı 15 yıl altındaki katılımcıların %50'si serviks kanseri taramalarının birimlere ek iş yükü getirdiğini düşünürken, çalışma yılı 15 yıl ve üzerinde olan katılımcıların %63,6'sı serviks kanseri taramalarının birimlere ek iş yükü getirdiğini düşünülmektedir. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (ki kare value:5,963, p= 0,015)

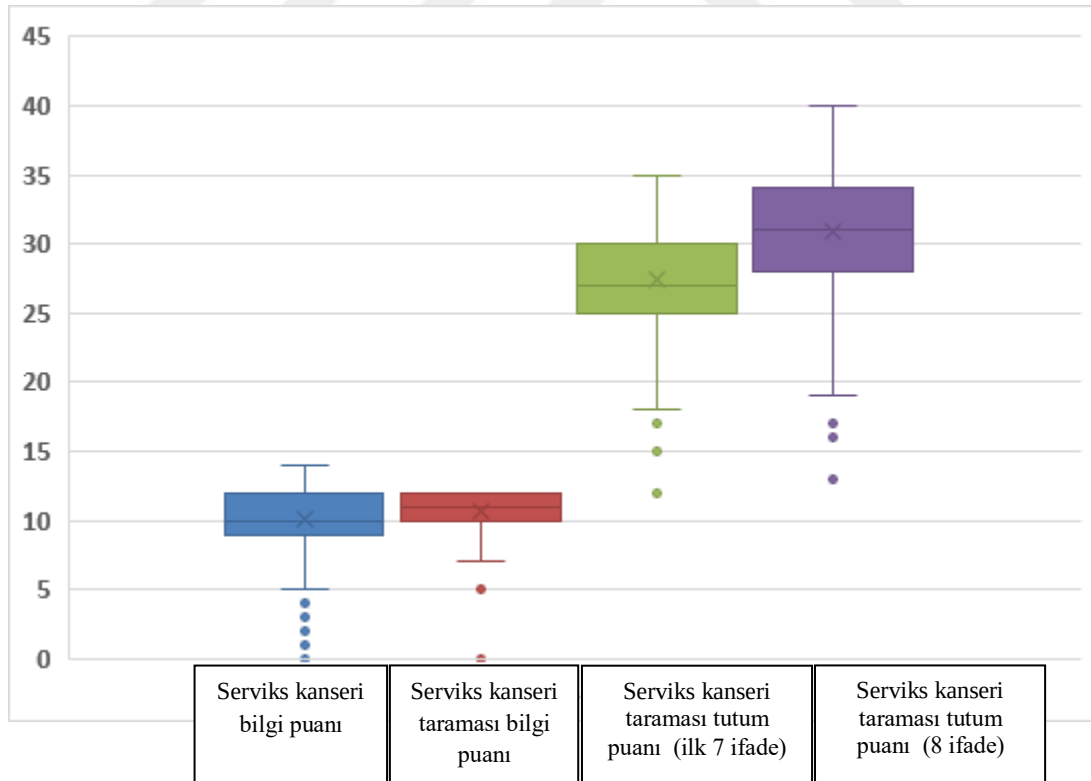
Yaş, cinsiyet, ailede kanser varlığı, meslek grubu ve serviks kanseri taraması için numune alma teknikleri eğitimi alma durumları ile serviks kanseri taramalarının ek iş getirdiği düşüncesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Çalışma grubuna sorulmuş olan serviks kanseri ve serviks kanseri taraması bilgi durumları ile serviks kanseri taraması tutum puanları değerlendirilmiştir. serviks kanseri taraması tutum durumunda kullanılan soru formunda ilk yedi soru hem kadın hem erkek katılımcılara sorulmuş olup, sekizinci soru HPV-DNA testi yapmayı düşünür müsünüz şeklinde olduğu için yaş grubu gözetmeden tüm kadın katılımcılara sorulmuştur. Puanların ortalama, medyan, standart sapma ve minimum- maksimum değerleri Tablo 4.17.'te gösterilmiştir.

Tablo 4.17. Çalışma grubunun bilgi ve tutum puanlarının dağılımı

	Serviks Kanseri Bilgi Durumu (n=333)	Serviks Kanseri Taraması Bilgi Durumu (n=333)	Serviks Kanseri Taraması Tutum Durumu (tüm katılımcılar n=333)	Serviks Kanseri Taraması Tutum Durumu (kadın katılımcılar n=247)
Ortalama	10,07	10,62	27,44	32,17
Medyan	10	11	27	32
Ss	2,68	1,41	3,48	3,80
Minimum	0	0	12	13
Maksimum	14	12	35	40

Katılımcıların serviks kanseri bilgi durumu, serviks kanseri taraması bilgi durumu ve serviks kanseri taraması tutum durumu puanları Grafik 4.1.'de gösterilmiştir.



Grafik 4.1. Çalışma grubunun serviks kanseri ve serviks kanseri taraması bilgi durumu puanları ile serviks kanseri taraması tutum puanları

Tablo 4.17 ve Grafik 4.1 değerlendirildiğinde serviks kanseri bilgi durumu ortalama ve medyan değerlerinin birbirine çok yakın olduğu böylece dağılımın dengeli olup çok uç değer olmadığı görülmektedir. Serviks kanseri taraması bilgi durumunda ise bilgi düzeyi daha yüksek ve homojen olup daha fazla katılımcının doğru bilgi sahibi olduğu görülmektedir. Serviks kanseri taraması tutum durumu (her ikisine) puanlarına bakıldığında ise ortalama ve medyan puanların yüksek ve birbirine yakın olduğu görülmüştür. Katılımcıların serviks kanseri bilgi durumu, serviks kanseri taraması bilgi durumu ve serviks kanseri taraması tutum puanlarını yaş grubu, cinsiyet, çalışma süresi grubu, meslek grubu ve smear alma teknikleri eğitimleri alıp almamasına göre değerlendirilmiş ve puan toplamı ortalamasının üzerinde olan ve ortalamasının altında olan şeklinde gruplandırılarak Tablo 4.18.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.18. Çalışma grubunun bazı özelliklerine göre serviks kanseri bilgi durumu, serviks kanseri taraması bilgi durumu ve serviks kanseri tutum puanlarının dağılımı

	Serviks Kanseri Bilgi Durumu		Serviks Kanseri Taraması Bilgi Durumu		Serviks Kanseri Taraması Tutum Durumu	
	Toplam puan ortalamasının altında olan n (%)	Toplam puan ortalama ve üzerinde olan n (%)	Toplam puan ortalamasının altında olan n (%)	Toplam puan ortalama ve üzerinde olan n (%)	Toplam puan ortalamasının altında olan n (%)	Toplam puan ortalama ve üzerinde olan n (%)
40 yaş altı	40(30,1)	93 (69,9)	53 (39,8)	80 (60,2)	46 (34,6)	87 (65,4)
40 yaş üzeri	84(42,0)	116 (58,0)	68 (34,0)	132 (66,0)	78 (39,0)	122 (61,0)
Kadın	92 (37,2)	155 (62,8)	80 (34,8)	161 (65,2)	88 (35,6)	159 (64,4)
Erkek	32(37,2)	54 (62,8)	35 (40,7)	51 (59,3)	36 (41,9)	50 (58,1)
Çalışma süresi 15 yıl altı	47(37,9)	77(62,1)	49 (39,5)	75 (60,5)	45(36,3)	79 (63,7)
Çalışma süresi 15 yıl ve üzeri	77(36,8)	132(63,2)	72 (34,4)	137 (65,6)	79 (37,8)	130 (62,2)
Aile Hekimi	56 (33,7)	110 (66,3)	62 (37,3)	104 (62,7)	66 (39,8)	100 (60,2)
Aile Sağlığı Çalışanı	68 (40,7)	99 (59,3)	59 (35,3)	108 (64,7)	58 (34,7)	109 (65,3)
Eğitim alan	65 (37,8)	107 (62,2)	55 (32,0)	117 (68,0)	56 (32,6)	116 (67,4)
Eğitim almayan	59 (36,6)	102 (63,4)	66 (41,0)	95 (59,0)	68 (42,2)	93 (57,8)

Serviks kanseri bilgi durumu değerlendirildiğinde katılımcıların puan ortalaması $10,07 \pm 2,68$ olarak tespit edilmiş ve katılımcıların serviks kanseri ile ilgili bilgi durumu yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde 40 yaş altındaki katılımcıların %69,9'unun serviks kanseri bilgi toplam puanı ortalamanın üzerinde iken 40 yaş ve üzeri katılımcıların %58'inin toplam puanı ortalamanın üzerinde olarak tespit edilmiştir.

Kadın katılımcıların %62,8'inin bilgi puanı ortalamanın üzerinde iken erkek katılımcıların %62,8'inin bilgi puanı ortalamanın üzerinde olarak tespit edilmiştir.

Çalışma süresine göre değerlendirildiğinde ise çalışma yılı 15 yılın altında olan katılımcıların %62,1'inin puanı ortalamanın üzerinde iken çalışma yılı 15 yıl ve üzeri olan katılımcıların %63,2'sinin puanı ortalamanın üzerinde olarak tespit edilmiştir.

Meslek grubu değerlendirildiğinde mesleği aile hekimi olan katılımcıların %66,3'ünün puanı ortalamanın üzerinde iken mesleği aile sağlığı çalışanı olan katılımcıların %59,3'ünün puanı ortalamanın üzerinde olarak tespit edilmiştir.

Smear alma teknikleri eğitimi alan katılımcıların %62,2'sinin puanı ortalamanın üzerinde iken eğitim almayan katılımcıların %63,4'ünün puanı ortalamanın üzerinde olarak tespit edilmiştir.

Serviks kanseri taramaları bilgi durumu değerlendirildiğinde katılımcıların puan ortalaması $10,62 \pm 1,42$ olarak tespit edilmiş olup 40 yaş altı katılımcıların %60,2'sinin serviks kanseri taraması bilgi puanı ortalamanın üzerinde iken 40 yaş ve üzeri katılımcıların %66,0'nın serviks kanseri taraması bilgi puanının ortalamanın üzerinde olduğu görülmüştür.

Kadın katılımcıların %65,2'sinin serviks kanseri taraması bilgi puanı ortalamanın üzerinde iken erkek katılımcıların %59,3'nün serviks kanseri taraması bilgi puanının ortalamanın üzerinde olduğu görülmüştür.

Çalışma süresi 15 yıl altı olan katılımcıların %60,5'inin serviks kanseri taraması bilgi puanı ortalamanın üzerinde iken çalışma süresi 15 yıl ve üzeri olan katılımcıların %65,6'sının serviks kanseri taraması bilgi puanı ortalamanın üzerinde olduğu görülmüştür.

Aile hekimi olan katılımcıların %62,7'sinin serviks kanseri taraması bilgi puanı ortalamasının üzerinde iken aile sağlığı çalışanlarının %64,7'sinin serviks kanseri taraması bilgi puanının ortalamasının üzerinde olduğu görülmüştür.

Smear alma teknikleri eğitimi alan katılımcıların %68,0'ının serviks kanseri taraması bilgi puanı ortalamasının üzerinde iken smear alma teknikleri eğitimi almayan katılımcıların %59,0'ının serviks kanseri taraması bilgi puanının ortalamasının üzerinde olduğu görülmüştür.

Serviks kanseri taraması konusunda tutum durumu değerlendirildiğinde katılımcıların puan ortalaması 27.44 ± 3.47 olarak tespit edilmiştir ve katılımcıların serviks kanseri ile ilgili tutum durumu yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde 40 yaş altındaki katılımcıların % 65,4'sinin serviks kanseri tarama programı konusunda tutum durumu puanı ortalamasının üzerinde iken 40 yaş ve üzeri katılımcıların %61,0'ının serviks kanseri tarama programı konusunda tutum durumu puanının ortalamasının üzerinde olduğu görülmüştür.

Kadın katılımcıların %64,4'ünün serviks kanseri tarama programı konusunda tutum durumu puanı ortalamasının üzerinde iken erkek katılımcıların %58,1'inin serviks kanseri tarama programı konusunda tutum durumu puanı ortalamasının üzerinde olduğu görülmüştür.

Çalışma süresi 15 yıl altı olan katılımcıların %63,7'inin serviks kanseri tarama programı konusunda tutum durumu puanı ortalamasının üzerinde iken çalışma süresi 15 yıl ve üzeri olan katılımcıların %62,2'sinin serviks kanseri tarama programı konusunda tutum durumu puanı ortalamasının üzerinde olduğu görülmüştür.

Aile hekimi olan katılımcıların %60,2'sinin serviks kanseri tarama programı konusunda tutum durumu puanı ortalamasının üzerinde iken aile sağlığı çalışanlarının %65,3'ünün serviks kanseri tarama programı konusunda tutum durumu puanının ortalamasının üzerinde olduğu görülmüştür.

Smear alma teknikleri eğitimi alan katılımcıların %67,4'ünün serviks kanseri tarama programı konusunda tutum durumu puanı ortalamasının üzerinde iken smear alma teknikleri eğitimi almayan katılımcıların %57,8'inin serviks kanseri tarama programı konusunda tutum durumu puanının ortalamasının üzerinde olduğu görülmüştür.

Serviks kanseri ile ilgili bilgi durumu puanları değerlendirilmesi sonucunda puanı ortalamanın altında ve ortalama ve üzerinde bulunanlar ile yaş grubu, cinsiyet, meslek grubu, çalışma yıl grubu ve eğitim alma durumu karşılaştırılmış ve Tablo 4.19.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.19. Çalışma grubunun bazı özellikleri ile serviks kanseri bilgi durumu ortalama puanlarının karşılaştırılması

	Serviks Kanseri Bilgi Durumu Puanı		x ²	p-value
	Toplam puan ortalamanın altında olan n (%)	Toplam puan ortalama ve üzerinde olan n (%)		
40 yaş altı	40 (30,1)	93 (69,9)	4,860	0,027
40 yaş ve üzeri	84 (42,0)	116 (58,0)		
Kadın	92 (37,2)	155 (62,8)	0,000	0,995
Erkek	32 (37,2)	54 (62,8)		
Çalışma süresi 15 yıl altı	47 (37,9)	77 (62,1)	0,037	0,846
Çalışma süresi 15 yıl üzeri	77 (36,8)	132 (63,2)		
Aile hekimi	56 (33,7)	110 (66,3)	1,737	0,187
Aile sağlığı çalışanı	68 (40,7)	99 (59,3)		
Eğitim alan	65 (37,8)	107 (62,2)	0,047	0,829
Eğitimi almayan	59 (36,6)	102 (63,4)		

Ki-Kare testi, Pearson
Satır Yüzdesi

40 yaş altı katılımcılar ile 40 yaş ve üzeri katılımcıların serviks kanseri ile ilgili bilgi durumu karşılaştırıldığında 40 yaş altındaki katılımcıların %69,9'unun serviks kanseri bilgi puanı ortalamanın üzerinde iken 40 yaş ve üzeri katılımcıların %58'inin toplam puanı ortalamanın üzerinde olarak tespit edilmiştir.

40 yaş altı katılımcıların bilgi düzeyleri ile 40 yaş ve üzeri katılımcıların bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. (ki-kare value: 4,860, p=0,027)

Cinsiyet, çalışma süresi, meslek grubu ve smear alma teknikleri eğitimi alma durumu ile serviks kanseri ile ilgili bilgi durum puanı ortalamanın altında olan ve ortalama ve üzerinde olan gruplar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Serviks kanseri taraması ile ilgili bilgi durumu puanları değerlendirilmesi sonucunda ise, puanı ortalamanın altında ve ortalama ve üzerinde bulunanlar ile yaş grubu, cinsiyet, meslek grubu, çalışma yıl grubu ve eğitim alma durumu karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Benzer şekilde serviks kanseri ile ilgili tutum durumu puanları değerlendirilmesi sonucunda puanı ortalamanın altında ve ortalama ve üzerinde bulunanlar ile yaş grubu, cinsiyet, meslek grubu, çalışma yıl grubu ve eğitim alma durumu karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Çalışma grubunun serviks kanseri bilgi puanlarının yaş, cinsiyet, çalışma süresi, meslek grubu, smear alma teknikleri eğitimi alma durumu ve hedef yaş grubunu taramaya davet durumuna göre değerlendirilmesi Tablo 4.20.'de verilmiştir.

Tablo 4.20. Çalışma grubunun bazı özellikleri ile serviks kanseri bilgi durumu puanlarının karşılaştırılması

	Serviks Kanseri Bilgi Durumu Puanı			<i>t</i> testi		
	N	X	ss	<i>t</i>	sd	p
40 yaş altı	133	10,32	2,69	1,370	331	0,172
40 yaş ve üzeri	200	9,91	2,67			
Kadın	247	10,11	2,63	0,463	331	0,643
Erkek	86	9,95	2,84			
15 yıl altı	124	9,92	2,91	-0,742	331	0,459
15 yıl ve üzeri	209	10,15	2,54			
Aile hekimi	166	10,20	2,44	0,920	331	0,358
Aile sağlığı çalışanı	167	9,93	2,90			
Eğitim alan	172	10,09	2,73	0,127	331	0,899
Eğitim almayan	161	10,05	2,64			
T. davet etme	288	9,99	2,75	-0,929	328	0,354
T. davet etmeme	42	10,41	2,13			

Bağımsız örneklem *t* testi

Katılımcıların serviks kanseri bilgi puanları yaş gruplarına göre incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Benzer şekilde katılımcıların serviks kanseri bilgi puanları cinsiyet, çalışma süresi, meslek grubu, servikal smear alma teknikleri eğitimi alma durumu ve hedef yaş grubunu taramaya davet durumuna göre incelendiğinde de gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Çalışma grubunun serviks kanseri taraması bilgi puanlarının yaş, cinsiyet, çalışma süresi, meslek grubu, smear alma teknikleri eğitimi alma durumu ve hedef yaş grubunu taramaya davet durumuna göre değerlendirilmesi Tablo 4.21.'de verilmiştir.

Tablo 4.21. Çalışma grubunun bazı özellikleri ile serviks kanseri taraması bilgi durumu puanlarının karşılaştırılması

	Serviks Kanseri Taraması Bilgi Durumu Puanı			Mann-Whitney U		
	n	Medyan	Ort. sıra	U	Z	p
40 yaş altı	133	11	160,35	12415,0	-1,071	0,284
40 yaş ve üzeri	200	11	171,43			
Kadın	247	11	169,08	10107,5	-0,695	0,487
Erkek	86	11	161,03			
15 yıl altı	124	11	163,63	12540,5	-0,512	0,609
15 yıl ve üzeri	209	11	169,00			
Aile hekimi	166	11	164,77	13491,0	-0,439	0,661
Aile sağlığı çalışanı	167	11	169,22			
Eğitim alan	172	11	178,44	11878,5	-2,334	0,020
Eğitim almayan	161	11	154,78			
T. davet etme	288	11	166,16	5557,0	-0,344	0,731
T. davet etmeme	42	11	160,95			

Mann-Whitney U testi

Katılımcılardan smear alma teknikleri eğitimi alanlar ve bu eğitimi almayanlar serviks kanseri taraması bilgi puanları açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. (U=11878,5, Z=-2,334, p=0,020).

Yaş, cinsiyet, çalışma süresi, meslek grubu ve hedef yaş grubunu taramaya davet durumu değerlendirildiğinde ise gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Çalışma grubunun serviks kanseri taraması tutum durumlarını ölçmek için sorulan ilk yedi ifadeyi değerlendirmeleri istenmiştir ve bu puanların yaş, cinsiyet, çalışma süresi, meslek grubu, smear alma teknikleri eğitimi alma durumu ve hedef yaş grubunu taramaya davet durumuna göre değerlendirilmesi Tablo 4.22.'de verilmiştir.

Tablo 4.22. Çalışma grubunun bazı özellikleri ile serviks kanseri taraması tutum durumu puanlarının karşılaştırılması

	Serviks Kanser Taraması Tutum Durumu Puanı			<i>t</i> testi		
	N	X	ss	<i>t</i>	sd	p
40 yaş altı	133	27,77	3,549	1,415	331	0,158
40 yaş ve üzeri	200	27,23	3,42			
Kadın	247	27,56	3,44	1,017	331	0,310
Erkek	86	27,12	3,58			
15 yıl altı	124	27,69	3,73	0,975	331	0,330
15 yıl ve üzeri	209	27,30	3,32			
Aile hekimi	166	27,32	3,55	0,655	331	0,513
Aile sağlığı çalışanı	167	27,57	3,40			
Eğitim alan	172	27,72	3,45	1,472	331	0,142
Eğitim almayan	161	27,16	3,48			
T. davet etme	288	27,64	3,33	2,418	328	0,016
T. davet etmeme	42	26,26	4,17			

Bağımsız örneklem *t* testi

Hastalarını serviks kanseri taraması için birimlerine davet eden katılımcıların serviks kanseri taramaları tutum puan ortalamaları ile hastalarını tarama için davet etmeyen katılımcıların serviks kanseri taramaları tutum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($t= 2,418$, $p=0,016$)

Yaş, cinsiyet, çalışma süresi, meslek grubu ve servikal smear alma teknikleri eğitimi alma durumu değerlendirildiğinde ise gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Serviks kanseri taraması tutum durumlarını ölçmek için sorulan sekiz ifade değerlendirildiğinde ise serviks kanseri taramaları tutum puan ortalamaları ile yaş, cinsiyet, çalışma süresi, meslek grubu, servikal smear alma teknikleri eğitimi alma durumu ve hedef yaş grubunu taramaya davet durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çalışma grubunun serviks kanseri taramalarının ek iş yükü getirip getirmediği düşüncesi serviks kanseri bilgi puanlarına göre değerlendirilmiş ve Tablo 4.23.'te gösterilmiştir.

Tablo 4.23. Çalışma grubunun taramanın ek iş yükü getirmesi düşüncesi ile serviks kanseri bilgi puanlarının karşılaştırılması

		Serviks Kanser Bilgi Durumu Puanı			<i>t</i> testi		
		N	X	ss	<i>t</i>	sd	p
Serviks kanseri taramasının ek iş yükü getirdiğini düşünüyor musunuz?	Evet	195	10,08	2,62	0,105	331	0,917
	Hayır	138	10,05	2,78			

Bağımsız örneklem *t* testi

Katılımcılardan serviks kanseri taramalarının ek iş yükü getirdiğini düşünenler ile düşünmeyenlerin arasında serviks kanseri bilgi durumu puanları açısından anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$)

Çalışma grubunun serviks kanseri taramalarının ek iş yükü getirip getirmediği düşüncesi serviks kanseri taraması bilgi puanlarına göre değerlendirilmiş ve Tablo 4.24.'te gösterilmiştir.

Tablo 4.24. Çalışma grubunun taramanın ek iş yükü getirmesi düşüncesi ile serviks kanseri taraması bilgi puanlarının karşılaştırılması

		Serviks Kanseri Taraması Bilgi Puanı			Mann-Whitney U		
		N	Medyan	Ort.sıra	U	Z	p
Serviks kanseri taramasının ek iş yükü getirdiğini düşünüyor musunuz?	Evet	195	11	160,01	12091,5	-1,641	0,101
	Hayır	138	11	176,88			

Mann –Whitney U testi

Katılımcılardan serviks kanseri taramalarının ek iş yükü getirdiğini düşünenler ile düşünmeyenlerin arasında serviks kanseri taraması bilgi puanları açısından anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Çalışma grubuna serviks kanseri taraması tutum durumlarını ölçmek için sorulan ilk yedi ifade, serviks kanseri taramalarının ek iş yükü getirip getirmediği düşüncesine göre değerlendirilmiş ve Tablo 4.25.'te gösterilmiştir.

Tablo 4.25. Çalışma grubunun taramanın ek iş yükü getirmesi düşüncesi ile serviks kanseri taraması tutum puanlarının (ilk yedi ifade) karşılaştırılması

		Serviks Kanseri Tutum Puanı (ilk 7 ifade)			t testi		
		N	X	ss	t	sd	p
Serviks kanseri taramasının ek iş yükü getirdiğini düşünüyor musunuz?	Evet	195	26,68	3,01	-4,734	331	0,0001
	Hayır	138	28,52	3,80			

Bağımsız örneklem t testi

Katılımcılardan serviks kanseri taramalarının ek iş yükü getirdiğini düşünenler ile düşünmeyenler arasında serviks kanseri tutum durum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($t=-4,734$, $p= 0,0001$).

Çalışma grubunun serviks kanseri taraması tutum durumlarını ölçmek için sorulan tüm ifadeler (toplam sekiz ifade) birlikte değerlendirilerek, serviks kanseri taraması tutum puanlarının ek iş yükü getirip getirmediği düşüncesine göre değerlendirilmesi Tablo 4.26.'da verilmiştir.

Tablo 4.26. Çalışma grubunun taramanın ek iş yükü getirmesi düşüncesi ile serviks kanseri taraması tutum puanlarının (sekiz ifade) karşılaştırılması

		Serviks Kanseri Tutum Puanı (sekiz ifade)			Mann-Whitney U		
		N	Medyan	Ort.sıra	U	Z	p
Serviks kanseri taramasının ek iş yükü getirdiğini düşünüyor musunuz?	Evet	195	31	150,71	10278,5	-3,682	0,0001
	Hayır	138	32	190,02			

Mann –Whitney U testi

Tüm ifadeler değerlendirildiğinde katılımcılardan serviks kanseri taramalarının ek iş yükü getirdiğini düşünenler ile düşünmeyenlerin arasında serviks kanseri tutum durum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($U= 10278,5$, $Z=-3,682$, $p= 0,0001$).

Çalışma grubunun birimlerinde serviks kanseri tarama yapma durumları gözlemlenmiş ve 189 katılımcının tarama yaptığı, 127 katılımcının ise tarama yapmadığı görülmüştür. 17 katılımcının ise verilerine ulaşılammıştır ve analize alınmamıştır. Birimde tarama yapma durumu serviks kanseri bilgi puanlarına ile göre değerlendirilmiş ve Tablo 4.27’de gösterilmiştir.

Tablo 4.27. Çalışma grubunun birimde serviks kanseri taraması yapma durumu ile serviks kanseri bilgi puanlarının karşılaştırılması

		Serviks Kanser Bilgi Durumu Puanı			<i>t</i> testi		
		N	X	ss	<i>t</i>	sd	p
Birimde tarama yapıyor musunuz?	Evet	189	10,30	2,71	1,796	314	0,074
	Hayır	127	9,74	2,68			

Bağımsız örneklem *t* testi

Birimlerinde serviks kanseri taraması yapan katılımcılar ile yapmayan katılımcılar serviks kanseri bilgi puanları açısından değerlendirildiğinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=1,796$, $p>0,05$).

Çalışma grubunun birimlerinde tarama yapma durumları serviks kanseri taraması bilgi puanlarına göre değerlendirilmiş ve Tablo 4.28.'te gösterilmiştir.

Tablo 4.28. Çalışma grubunun birimde serviks kanseri taraması yapma durumu ile serviks kanseri taraması bilgi puanlarının karşılaştırılması

		Serviks Kanser Taraması Bilgi Puanı			Mann-Whitney U		
		N	Medyan	Ort.sıra	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Birimde tarama yapıyor musunuz?	Evet	189	11	161,17	11497,5	-0,658	0,510
	Hayır	127	11	154,53			

Mann –Whitney *U* testi

Birimlerinde serviks kanseri taraması yapan katılımcılar ile yapmayan katılımcılar serviks kanseri taraması bilgi puanları açısından değerlendirildiğinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($U= 11497,5$, $Z= -0,658$, $p=0,510$).

Çalışma grubuna serviks kanseri taraması tutum durumlarını ölçmek için sorulan ilk yedi ifade, serviks kanseri taraması yapma durumlarına göre değerlendirilmiş ve Tablo 4.29.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.29. Çalışma grubunun birimde serviks kanseri taraması yapma durumu ile serviks kanseri tutum puanlarının (ilk yedi ifade) karşılaştırılması

		Serviks Kanserî Tutum Puanı (ilk 7 ifade)			<i>t</i> testi		
		N	X	ss	<i>t</i>	sd	p
Birimde tarama yapıyor musunuz?	Evet	189	27,87	3,16	2,736	314	0,007
	Hayır	127	26,81	3,69			

Bağımsız örneklem *t* testi

Birimlerinde serviks kanseri taraması yapan katılımcılar ile yapmayan katılımcılar arasında serviks kanseri taraması tutum puanları (ilk yedi ifade) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=2,736$, $p=0,007$).

Çalışma grubunun serviks kanseri taraması tutum durumlarını ölçmek için sorulan tüm ifadeler (toplam sekiz ifade) birlikte değerlendirilerek, serviks kanseri taraması tutum puanları, serviks kanseri taraması yapma durumlarına göre değerlendirilmiş ve Tablo 4.30.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.30. Çalışma grubunun birimde serviks kanseri taraması yapma durumu ile serviks kanseri tutum puanlarının (sekiz ifade) karşılaştırılması

		Serviks Kanserî Tutum Puanı (sekiz ifade)			Mann-Whitney U		
		N	Medyan	Ort.sıra	U	Z	p
Birimde tarama yapıyor musunuz?	Evet	189	32	170,51	9731,5	-2,860	0,004
	Hayır	127	31	140,63			

Mann –Whitney *U* testi

Birimlerinde serviks kanseri taraması yapan katılımcılar ile yapmayan katılımcılar arasında serviks kanseri taraması tutum puanları (sekiz ifade) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($U= 9731,5$, $Z=-2,860$, $p= 0,004$).

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada Ankara ilinde bulunan aile sağlığı merkezlerinde görev yapan ve dahil edilme kriterlerini karşılayan 333 sağlık çalışanına ait veriler değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarının serviks kanseri hakkındaki bilgi durumları, serviks kanseri taraması konusundaki bilgi ve tutumları, sosyodemografik özelliklerine göre incelenmiş ayrıca bilgi ve tutum durumlarına göre serviks kanseri taraması davranışları literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Çalışma grubunun %35,1'i (n=117) 30-39 yaş grubundadır. Katılımcıların %74,2'si (n=247) kadındır. Katılımcıların %49,2'si (n=164) aile sağlığı çalışanı, %36,9'u (n=123) aile hekimi ve %12,9'u (n=43) uzman aile hekimidir. Araştırmaya katılanların %21,0'mın (n=70) çalışma süresi 10-14 yıl arasındadır.

Çalışma grubu ve serviks kanseri tarama yaş grubu içinde olan kadın katılımcıların %69,7'si (n=166) HPV-DNA testi yaptırdığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan ve HPV DNA testi yaptıran kadın katılımcıların %28,9'u (n=48) aile hekimi iken, %71,1'i (n=118) aile sağlığı çalışanıdır.

Işık ve arkadaşları tarafından birinci (Aile Sağlığı Merkezleri), ikinci (Devlet Hastaneleri) ve üçüncü basamak (Tıp Fakültesi Hastanesi) sağlık kuruluşlarında görev yapan kadın hekimlerle yapılan bir araştırmada, katılımcıların serviks kanseri tarama testi yaptırmama oranı %70 olduğu belirlenmiştir (118).

Kaya ve arkadaşları tarafından birinci basamak sağlık kuruluşları ve üçüncü basamak hastanelerde çalışan sağlık personeli ile yapılan araştırmada, kadın katılımcıların %75,62'sinin pap- smear yaptırdığı görülmüştür (119).

Tchounga ve arkadaşları tarafından ebelerle yapılan kesitsel bir çalışmada, katılımcıların serviks kanseri ile ilgili tutum ve davranışları incelenmiş ve %18,9'nun serviks kanseri taraması yaptırdığı tespit edilmiştir (120).

Bu araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının serviks kanseri taraması yaptırmama oranının Türkiye'de yapılan bazı çalışmalarla uyumlu olduğu görülmüştür.

Hedef yaşı grubunda bulunan ve HPV-DNA testi yaptırmayan kadın katılımcıların %34,7'si (n=25) bu testi yaptırmaktan korktuklarını ve çekindiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca hedef yaşı grubunda bulunan kadın katılımcıların %45,8'i (n=33) bu testi yaptırmama nedenleri ile ilgili farklı sebepler sunmuşlardır. Bu nedenler fırsat bulamama, ihmal etme, bekaret, iş yoğunluğu, vakit bulamama ve riskli grupta olduğunu düşünmeme şeklinde belirtilmiştir.

Işık ve arkadaşları tarafından kadın hekimlerle yapılan bir çalışmada, serviks kanseri tarama testi yaptırmama nedenine katılımcıların 52'si (%26,4) ihmal ediyorum, 52'si (%26,4) kendimi risk grubunda görmüyorum, 7'si (%3,6) utanıyorum şeklinde yanıt vermiştir (118).

Ertem ve arkadaşları tarafından sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada, katılımcıların %53,6'sının serviks kanseri tarama testi yaptırdığı görülmüştür. Test yaptırmama sebepleri olarak en sık bekaret, unutma ve utanma ifadelerini kullanmışlardır (121).

Kaya ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, kanser taramalarının düzensiz yaptıran katılımcıların %66'sı zaman bulamadığı için, %32,06'sı ise sağlıklı olduğunu düşündüğü için tarama yaptırmadığı ifade edilmiştir (119).

Nilaweera ve arkadaşları tarafından kadın sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada, katılımcıların %73,4'ünün hiç serviks kanseri tarama testi yaptırmadığı görülmüş ve kişilere neden yaptırmadıkları sorulduğunda %47'si bu işlemin gereksiz olduğunu düşündüğünü, %23'ü kendisinde serviks kanseri belirtileri olmadığını, %17,3'ü bu işlemten korktuğunu, %3'ü ise böyle bir işlemin var olduğundan haberdar olmadığını belirtmiştir (122).

Bizim araştırmamıza katılan kadın sağlık çalışanlarının serviks kanseri tarama testini yaptırmama nedenleri diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan ve serviks kanseri taraması hedef yaşı grubunda bulunan katılımcıların HPV-DNA testi yaptırma durumları ile yaşı, çalışma süresi, ailede kanser varlığı, meslek grubu ve serviks kanseri taraması için numune alma teknikleri eğitimi alma durumları değerlendirildiğinde çalışma süresi, numune alma teknikleri eğitimi alma

ve yaş değişkenleri ile anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p=0,011$, $p=0,020$, $p=0,010$).

Bu sonuçlar çalışma süresi uzun olan katılımcıların bilgi, farkındalık ve sağlık sorumluluk düzeylerinin yüksek olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca eğitimin sadece bilgi düzeyi değil olumlu sağlık davranışı üzerinde de etkili olduğunu göstermektedir. Ek olarak yaş ilerledikçe kişilerin risk algısının arttığı ve bu yüzden tarama davranışlarının benimsendiği düşünülebilir. Bu sonuçlar mesleki deneyim ve eğitimin sadece sağlık hizmeti sunumunda değil sağlık çalışanlarının kişisel sağlık sorumluluklarını da etkilediğini göstermiştir.

Diğer bir değişken olan meslek grubu değerlendirildiğinde aile sağlığı çalışanlarının %73,8'i, aile hekimlerinin ise %61,5'i taramasını yaptırmıştır ve gruplar arasında sınırda bir anlamlılık ($p=0,054$) bulunmuştur ve bu durum çalışmaya katılan aile sağlığı çalışanlarının kadın olması ile ilişkili olabilir.

Işık ve arkadaşları tarafından kadın hekimlerle yapılan bir çalışmada, birinci derece yakınına kanser öyküsü olan bireylerin %51,2'si, kanser öyküsü olmayan bireylerin %27,9'u daha önce serviks kanseri tarama testi yaptırdığını ifade etmişti. Birinci derece yakınlarında kanser öyküsü olanların daha yüksek oranda tarama testi yaptırdığı belirlenmiştir. Ayrıca yaş grubu ile serviks kanseri taraması yaptırma oranları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p=0,0001$) (118).

Akua ve arkadaşları tarafından doktor, hemşire, eczacı ve yardımcı sağlık personeli olarak çalışan kadınlarla yapılan başka bir çalışmada, sosyo demografik karakterler ile serviks kanseri taraması yaptırma arasındaki ilişki araştırılmış ve katılımcıların yaşının istatistiksel olarak tarama yaptırma ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ancak katılımcıların çalışma süresinin serviks kanseri taramasına katılımlarını etkilemediği gösterilmiştir (123).

Bu araştırmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının serviks kanseri tarama testini yaptırmasını etkileyen faktörler bazı çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Ulusal kanser kontrol programı kapsamında serviks kanseri taramaları aile sağlığı merkezlerinin yanı sıra KETEM'lerde de yapılmaktadır. Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları hedef yaş gruplarına kendi birimlerinde tarama yapabilmekte bunun yanı sıra

KETEM'lere de yönlendirebilmektedir. Dolayısıyla davet yalnızca kendi birimleri için yapılmamaktadır. Bu çalışmada katılımcıların %87,3'ü (n=288) hedef yaş grubunda bulunan hastalarını serviks kanseri taraması için davet etmektedir. Kadın katılımcıların %89.3'ü, erkek katılımcıların ise %81.4'ü hedef yaş grubundaki hastalarını serviks kanseri taraması için davet etmektedir.

Ganry ve arkadaşları tarafından birinci basamak hekimleri ile yapılan bir çalışmada, erkek hekimlerin %90 ve kadın hekimlerin %99'unun hastalarını taramaya davet ettiği görülmüştür (124).

Singh ve arkadaşları tarafından hemşirelerle yapılan başka bir çalışmada ise katılımcıların %63'ünün hastaları tarama için yönlendirmediği görülmüştür (125).

Ward ve arkadaşları tarafından yapılan diğer bir çalışma ise birinci basamak hekimlerinin hastalarını tarama için davet etmesi taramaya katılımı yaklaşık %20 oranında arttırdığı görülmüştür (126).

Sağlık çalışanlarının hedef yaş grubundaki hastaları tarama için davet etme davranışları farklılıklar göstermektedir. Ancak sağlık çalışanlarının davetinin hedef yaş grubunun taramaya katılımına olumlu etkisi olabileceği unutulmamalıdır.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının serviks kanseri taraması için hedef yaş grubunda olan kadınları taramaya davet etmeleri ile bazı değişkenler değerlendirilmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun (%87,3) hedef yaş grubunu davet ettiği görülmüştür. Bu durum sağlık çalışanlarının tarama programının yürütülmesinde aktif bir rol aldığı gösterilmesi açısından önemlidir. Serviks kanseri numune alma eğitimi alanlar ve almayanlar değerlendirildiğinde ise iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,006). Bu sonuç, tarama uygulamasına yönelik bilgi ve beceri kazandıran eğitimlerin sağlık çalışanlarını hedef yaş grubunu taramaya davet etme konusunda olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Cinsiyet değişkeninde fark anlamlı olmasa bile (p=0,087), daha büyük örneklemle yapılan çalışmalarda anlamlı çıkabilir. Çalışma süresi, ailede kanser varlığı ve yaş ile davet durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaması davet durumunun kişisel ya da mesleki tecrübelerden değil eğitim ve uygulamaya dönük desteklerle daha ilgili olduğunu düşündürmektedir.

Ulusal kanser tarama programı kapsamında T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından düzenli olarak serviks kanseri taraması numune alım teknikleri ile ilgili eğitimler düzenlenmektedir. Bu eğitimlerin bir kısmı yüz yüze bir kısmı ise çevrimiçi eğitimler şeklinde olmaktadır.

Katılımcıların %51,7'si (n=172) serviks kanseri taraması için numune alım teknikleri eğitimi almıştır. Eğitim alan katılımcıların %75,6'sı (n=130) bu eğitimi yeterli bulurken %24,4'ü (n=42) yeterli bulmamaktadır.

Bu eğitim şekillerinden hangisinin daha verimli olduğu ile ilgili herhangi bir çalışma yapılmamıştır.

Araştırmada katılımcıların serviks kanseri bilgi durumu değerlendirilirken serviks kanseri risk faktörleri ve belirtileri sorulmuş olup katılımcıların %96,1'i serviks kanseri en önemli risk faktörü olan "HPV enfeksiyonu geçirmiş olma" ifadesine doğru yanıt vermiştir ve bu konuda bilgi seviyesinin oldukça yüksek olduğu görülmüştür. Diğer önemli risk faktörlerinden çok sayıda cinsel partner ifadesine katılımcıların %95,6'sı ailede serviks kanseri öyküsü ifadesine %88,6'sı, erken yaşta cinsel ilişki ifadesine %77,5'i, HIV/AIDS enfeksiyonu geçirmiş olma ifadesine %77,8'i doğru yanıt vermiştir. Bu bulgular katılımcıların serviks kanseri riskleri ile ilgili önemli faktörler konusunda bilgi ve farkındalığının yüksek olduğunu göstermiştir. Serviks kanserinde dolaylı risk faktörlerinden olan çok sayıda doğum yapmış olma, fazla kilolu olma ve uzun süre doğum kontrol hapı ifadelerine katılımcıların %45 den fazlası yanlış cevap vermiştir. Bu konuda sağlık çalışanlarının bilgi eksikliği olduğu görülmektedir.

Abebaw ve arkadaşları tarafından hastanelerde çalışan kadın sağlık çalışanları ile yapılan çalışmada, katılımcıların %44,3'ü risk faktörlerini bildiği görülmüştür (127).

Ndizeye ve arkadaşları tarafından diğer bir çalışmada, katılımcıların %90'ından fazlası erken yaşta cinsel ilişkinin, çok sayıda cinsel partnerin ve HPV enfeksiyonunun serviks kanseri için risk faktörleri olduğunu belirtmiştir. Diğer yandan katılımcıların %50,4 'ü çok sayıda doğum yapmanın serviks kanseri için risk faktörü olduğunu belirtmiştir (128).

Singh ve arkadaşları tarafından üçüncü basamak eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerle yapılan bir çalışmada ise katılımcıların serviks kanseri risk faktörleri

ilgili bilgi düzeyleri değerlendirilmiş ve sadece %20'sinin 3'ten fazla risk faktörünü bildiği görülmüştür. %54'ü HPV enfeksiyonunun serviks kanseri risk faktörü olduğunu belirtmiştir (125).

Ertem ve arkadaşları tarafından hemşireler ile yapılan bir çalışmada ise katılımcılara serviks kanseri risk faktörleri ve belirtileri ile ilgili sorular sorulmuş ve katılımcıların %70'ten fazlasının risk faktörlerini bildiği görülmüştür (121).

Serviks kanseri bulguları ile ilgili ifadeler değerlendirildiğinde cinsel ilişki sonrası kanama, menopoz sonrası kanama, cinsel ilişki sırasında ağrı serviks kanseri belirtisi olabilir ifadelerine katılımcıların %70'ten fazlası doğru yanıt vermiştir. Bu konularda katılımcıların bilgi ve farkındalığının yüksek olduğu görülmüştür.

Özbakır ve arkadaşları tarafından aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları ile yapılan bir çalışmada, serviks kanseri ile ilgili bilgi ve tutum değerlendirilmiş ve katılımcıların bilgi düzeyi belirgin bir şekilde düşük bulunmuştur. Katılımcıların serviks kanseri belirtilerini bilme oranı %50'nin altında kalmıştır (129).

Bu araştırmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının serviks kanseri bilgi durumu bazı çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların serviks kanseri risk faktörleri ve klinik belirtileri konusunda bilgi ve farkındalık düzeyi yüksek olmasına rağmen eksik bilgi ve farkındalığa sahip olan katılımcılarda bulunmaktadır. Bu durum birinci basamakta erken tanı için yönlendirme açısından risk oluşturabilir.

Katılımcıların serviks kanseri bilgi düzeyi puanları değerlendirildiğinde puan ortalaması 10,07 (SS=2,68, min-maks=0-14) olarak bulunmuştur. Katılımcıların ortalama puanı orta-üst düzeyde bilgiye sahip olduklarını göstermektedir. Medyan değerinin 10 olması, puan dağılımının simetrik olduğunu ve çoğu katılımcının puanının bu değere yakın olduğunu ifade eder. Standart sapmanın 2,68 gibi nispeten yüksek bir değerde olması, katılımcılar arasında bilgi düzeyi açısından önemli farklılıklar olduğunu göstermektedir. Bu durumda bazı katılımcılar konuya oldukça hakimken bazıları ciddi bilgi eksikliği yaşamaktadır.

Minimum puanın 0 olması en az bir katılımcının serviks kanseri risk faktörleri ve bulgularına dair hiçbir soruya doğru yanıt vermediğini göstermektedir. Bu durum, sağlık

Çalışanları arasında kritik bilgi eksikliği yaşıyan bireylerin varlığını gösterir ve bu hizmet sunumu açısından ciddi bir sorun teşkil edebilir.

Maksimum puanın 14 olması bazı katılımcıların tüm soruları doğru yanıtladığını göstermektedir. Bu kişiler hizmet içi eğitimlerde rol model veya eğitici olarak değerlendirilebilir.

Gürhan ve arkadaşları tarafından bir eğitim araştırma hastanesinde kadın hemşirelerle yapılan benzer bir kesitsel çalışmada, katılımcıların serviks kanseri ile ilgili belirgin düzeyde yüksek bilgi düzeyine sahip oldukları görülmüştür (130).

Ndizeye ve arkadaşları tarafından pratisyen hekimlerle yapılan bir çalışmada, katılımcıların %76,3'ünün serviks kanseri bilgi düzeyinin yeterli olduğu (skor > %70) görülmüştür (128).

Akua ve arkadaşları tarafından kadın sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada, katılımcıların %15'inin serviks kanseri belirtileri ile ilgili yüksek bilgi düzeyine, %45'inin yeterli bilgi düzeyine, %40'nın ise yetersiz bilgi düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir. Serviks kanseri risk faktörleri konusunda bilgi düzeyleri değerlendirildiğinde katılımcıların %20'sinin yüksek, %67'sinin yeterli ve %13'ünün yetersiz bilgi düzeyine sahip olduğu görülmüştür (123).

Bu araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının serviks kanseri bilgi durumları Türkiye'de yapılan bazı çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların serviks kanseri bilgi durumları çeşitli demografik ve mesleki değişkenlere göre dağılımı ve aralarındaki istatistiksel farklar incelenmiştir. Dağılımlar puan ortalamasının altında ve üzerinde olacak şekilde kategorize edilmiştir. 40 yaş altındaki katılımcıların %69,9'u ortalamının üzerinde bilgi puanı alırken, 40 yaş ve üzerindekiilerin %58,0'ı ortalamının üzerinde puan almıştır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,027$). 40 yaş altı katılımcıların bilgi düzeyinin diğer gruba kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu yakın zamanda eğitim almış olma ve güncel bilgiye erişimle açıklanabilir.

Cinsiyet, çalışma süresi, meslek ve smear alma teknikleri eğitimine göre bilgi düzeyi değerlendirildiğinde bu değişkenlerle bilgi düzeyi açısından istatistiksel olarak

anlamli bir fark yoktur ($p>0,05$). Bu durum bilgi düzeyindeki farklılıkların bireysel düzeyde oluştuğunu düşündürmektedir.

Katılımcıların serviks kanseri bilgi puanları yaş, cinsiyet, çalışma süresi, meslek grubu, smear alma teknikleri eğitimi alma durumu ve hedef yaş grubunu taramaya davet durumuna göre değerlendirildiğinde ise hiçbir değişkende bilgi puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$) ve gruplarda ortalama puanlar birbirine oldukça yakındır.

Bu sonuç katılımcıların bilgi düzeylerinin demografik ve mesleki özelliklerden bağımsız olarak benzer düzeyde olduğunu göstermektedir.

Bu araştırmada, katılımcıların serviks kanseri bilgi düzeyleri ile bazı sosyo-demografik ve mesleki özellikler arasında ilişki hem kategorik hem de sürekli veri düzeyinde değerlendirilmiştir. Bu kapsamda tablo 4.19 ve Tablo 4.20 birbirini tamamlatıcı nitelikte iki farklı istatistiksel yaklaşımı yansıtmaktadır.

Tablo 4.19’da bilgi puanları “ortalamanın altında” ve “ortalama ve üzeri” olacak şekilde gruplandırılarak kategorik veriler analiz edilmiştir. Bu analiz sonucunda yaş değişkeni ile bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Diğer yandan Tablo 4.20’de bilgi puanları sayısal değer olarak ele alınmış ve analiz edilmiştir. Bu analizde yaş grupları arasında bilgi puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Bu iki tablo arasındaki farklılık, kullanılan istatistiksel yöntemlerden kaynaklanmaktadır. Bilgi puan ortalamaları benzer olsa da dağılımlardaki oransal farklılık ki-kare testinde istatistiksel olarak anlamlı çıkmış olabilir. Bu bulgu, yaşa bağlı bilgi farklılıklarının belirgin olmakla birlikte, tüm bireyleri kapsayacak kadar güçlü olmadığını, bireyler arası değişkenliğin ön planda olduğunu göstermektedir.

Heena ve arkadaşları tarafından kadın sağlık çalışanları ile gerçekleşen kesitsel bir çalışmada, yaş, meslek grubu ve çalışma süresi ile serviks kanseri bilgi düzeyi karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,05$) (131).

Işık ve arkadaşları tarafından çeşitli sağlık basamaklarında yer alan kuruluşlarında görev yapan kadın hekimler ile yapılan bir çalışmada bu kişilerin serviks kanseri ile ilgili

bilgi düzeyleri ile yaş ve çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$) (118).

Ncane ve arkadaşları tarafından serviks kanseri ile ilgili hizmet veren sağlık çalışanları ile yapılan kesitsel bir çalışmada ise mesleki çalışma yılı uzun olan katılımcıların serviks kanseri ile ilgili bilgi düzeylerinin çalışma yılı az olanlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir (132).

Tchounga ve arkadaşları tarafından ebelerle yapılan bir çalışmada, katılımcıların mesleki çalışma süresi ile serviks kanseri ve önlenmesi ile ilgili bilgi düzeylerinin belirgin biçimde ilişkili olduğu görülmüştür ($p<0,05$). 10 yılın üzerinde mesleki tecrübesi olanlarda bilgi düzeyleri yüksek tespit edilmiştir. Katılımcıların yaşının ise bilgi seviyesi ile ilişkili olmadığı tespit edilmiştir (120).

Ndizeye ve arkadaşları tarafından hastanelerde görev yapan pratisyen hekimlerle yapılan bir çalışmada, mesleki çalışma süresi ile serviks kanseri hakkında bilgi durumu arasında bir ilişki saptanmıştır. Daha az mesleki deneyime sahip olanların, mesleki deneyimi fazla olanlara göre serviks kanseri hakkında daha yüksek düzeyde bilgiye sahip oldukları görülmüştür (128).

Bu çalışmada bilgi durumunu etkileyen faktörler diğer bazı çalışmalarla uyum göstermiştir.

Araştırmada katılımcıların serviks kanseri taraması bilgi durumu değerlendirilmiş ve katılımcıların %90'ının serviks kanseri taraması ile ilgili ifadelerle doğru cevap verdiği görülmüştür. Bu oranlar taramanın kapsamı, hedef grup bilgisi ve genel uygulama koşulları konularında katılımcıların çoğunluğunun bilgi sahibi olduğunu göstermektedir. Ancak serviks kanserinin doğal süreci ve numune alma zamanı gibi daha teknik ve uygulama tabanlı konularda daha düşük sayıdaki katılımcı doğru yanıtlar vermiştir.

Genel olarak değerlendirildiğinde katılımcıların ulusal serviks kanseri tarama programına dair bilgi ve farkındalıklarının yüksek olduğu görülmüştür. Katılımcıların çoğunluğu tarama ile ilgili temel prensipleri doğru şekilde bilmektedir. Bu bulgular kanser tarama programları ile ilgili eğitimlerin ve saha uygulamalarının etkili olduğunu göstermektedir. Ancak teknik ve uygulama detayları konusunda bilgi eksikliklerinin

bulunması pratik uygulamalar esnasında hata riski doğurabilir. Bu şekilde testin uygun zamanda yapılmasında sorunlar oluşabilir.

Ek olarak numune alma ile ilgili bazı sağlık çalışanlarının görev paylaşımı ve yetki sınırları konusunda yanlış bilgiye sahip olabileceği görülmüştür.

Akua ve arkadaşları tarafından doktor, hemşire, eczacı ve yardımcı sağlık personeli olarak çalışan kadınlarla yapılan bir çalışmada, katılımcıların serviks kanseri taramaları ile ilgili farkındalığı araştırıldığında %96 'sının yeterli ve üst düzeyde farkındalığa sahip olduğu görülmüştür (123).

Tchounga ve arkadaşları tarafından ebelerle yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %42,4'ünün serviks kanseri taramaları ile ilgili yeterli bilgiye (skor>%70) sahip olduğu görüldü. Ancak %10'nundan azı taramaya başlama yaşı ve tarama sıklığı ile ilgili soruları doğru cevaplamıştır (120).

Bizim çalışmamızda, katılımcıların serviks kanseri taramasına ilişkin bilgi düzeyi, ortalama 10,62 (ss=1,41, min-maks=0-14) puan ile oldukça yüksek bulunmuştur. Medyan değerinin 11 olması yanıtlardaki doğru cevapların büyük bölümünün üst sınıra yakınlaştığını ve bilgi düzeyinin grubun geneline homojen şekilde dağıldığını göstermektedir. Bu sonuç katılımcıların ulusal serviks kanseri tarama programı hakkında temel bilgilere hâkim olduğunu göstermektedir. Bu durum saha uygulamalarının ve eğitimlerin bilgi düzeyine olumlu katkı sağladığını göstermektedir.

Katılımcıların serviks kanseri taraması bilgi puanlarının yaş, cinsiyet, çalışma süresi, meslek grubu, serviks kanseri numune alma teknikleri eğitimi alma durumu ve hedef yaş grubunu taramaya davet durumuna göre değerlendirilmiştir. Serviks kanseri numune alma teknikleri eğitimi alan katılımcılar ile almayan katılımcılar arasında serviks kanseri taraması bilgi puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,020$).

Diğer tüm değişkenlerde bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Bu sonuç eğitimlerin özellikle serviks kanseri taramasına yönelik bilgi kazandırmada etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Bu eğitimi alan sağlık çalışanlarının, serviks kanseri tarama testinin kimlere, ne zaman ve nasıl yapacağı gibi temel uygulama bilgilerine daha hakimdir.

Yaş, cinsiyet, meslek, çalışma süresi ve hedef yaş grubunu taramaya davet gibi değişkenler bilgi düzeyinde belirleyici olmamıştır.

Bu bulgu, serviks kanseri taramalarıyla ilgili bilgi eksikliklerinin tüm grupları etkileyebileceğini, dolayısıyla bilgi güncellemelerinin hedef kitle ayrımı yapmaksızın geniş bir çerçevede planlanması gerektiğini göstermektedir.

Ncane ve arkadaşları tarafından sağlık çalışanları ile yapılan kesitsel bir çalışmada, katılımcıların aldıkları hizmet içi eğitim ile serviks kanseri taraması bilgi düzeyi arasında güçlü bir ilişki tespit edilmiştir (132).

Ahmad ve arkadaşları tarafından küçük iller, kasabalar ve kırsal kesimde çalışan aile hekimleri ile yapılan bir çalışmada, kadın ve erkek hekimlerin, kanser taraması uygulama konusundaki istekleri ve serviks kanseri tarama kılavuzu bilgisi açısından benzer özellikler gösterdiği görülmüştür (133).

Ertem ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ise serviks kanseri tarama yöntemleri ile ilgili bilgi ve tutum durumu ile yaş ve mesleki çalışma yılı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (121).

Öztürk ve arkadaşları tarafından bir eğitim ve araştırma hastanesinde kadın sağlık çalışanlarının serviks kanserinden korunma hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını inceleyen kesitsel bir çalışmada ise hekimlerin ortalama bilgi puanının hemşire ve diğer sağlık çalışanlarından daha yüksek olduğu görülmüştür (134).

Phoolcharoen ve arkadaşları tarafından serviks kanseri taraması ile ilgili verilen bir eğitim sonucunda yapılan değerlendirmede katılımcıların tarama ile ilgili bilgi düzeylerinin arttığı görülmüştür. Eğitimden altı ay sonra yapılan bir değerlendirmede de verilen eğitimin uzun dönem olumlu etkilerinin devam ettiği görülmüştür (135).

Bizim çalışmamızda, katılımcıların serviks kanseri taramasına yönelik tutum durumları değerlendirildiğinde genel olarak olumlu bir tutum düzeyi olduğu görülmüştür. Katılımcıların %93,1'i "30-65 yaş arası tüm kadın hastalarımıza servikal kanser taraması öneririm" ifadesine kesinlikle katıldığını belirtmiş %91,9'u da hastalara bilgi aktarımının gerekli olduğunu düşündüklerini ifade etmiştir. Bu bulguların, katılımcıların serviks kanseri tarama programına yönelik bilinç ve sorumluluklarının yüksek olduğunu ortaya koyduğu düşünülmektedir.

Ancak bazı alanlarda kararsız veya olumsuz tutumlar olduğu görülmüştür. Örneğin “Serviks kanseri taraması için verilen pozitif performans tarama yapma istediğimi arttırır” ifadesine katılımcıların sadece %32,4’ü kesinlikle katıldığını belirtirken, %18,9’u kesinlikle katılmadığını ifade etmiştir.

Bu sonuç performansa dayalı teşviklerin tüm çalışanlarda eşit düzeyde motivasyon sağlamadığını gösterdiği düşünülmektedir.

“Hastalara verdiğim poliklinik hizmetlerinin yoğunluğu serviks kanseri taraması uygulamamı olumsuz etkiler” ifadesine katılanların oranı da yüksek bulunmuştur. Bu durum iş yükü algısının tarama uygulamalarına engel oluşturabileceğini göstermektedir.

Ayrıca %51,4’lük bir kesim serviks kanseri taramasının birinci basamakta kesinlikle yapılabileceğini belirtmiş olsa da bu oranın, taramanın birinci basamak sorumluluğu olması açısından daha yüksek olması beklenmektedir. Genel olarak değerlendirildiğinde, tutum düzeyinin yüksek olduğu ancak uygulamayı etkileyen bazı yapısal ve motivasyona dayalı faktörlerin (iş yükü, teşvik eksikliği vb.) bu tutumu sınırlayabildiği görülmektedir.

Singh ve arkadaşları tarafından üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hemşirelerle yapılan bir çalışmada katılımcıların %79’unun Pap smear testinin hekim tarafından uygulanması gerektiğini düşündüğü görülmüştür (125).

McIlfatrick ve arkadaşları tarafından pratisyen hekimlerle yapılan bir çalışmada, katılımcıların yarıdan fazlası, dayatılan sağlık öncelikleri ve hedeflerin, kanser önleme faaliyetlerinin sağlanmasını engellediğinin belirtmiştir. Ayrıca pratisyen hekimlerin hastalarına koruyucu ve sağlıklı geliştirici faaliyetler önermeleri gerektiğine inanmalarına rağmen, iş yükünün ağır olması, zaman eksikliğinin olması ve yaptıkları işlemlerden geri ödeme ya da teşvik alamamaları nedeniyle uygulamada bunu yapma olasılıklarının düşük olduğunu ifade etmişlerdir (136).

Nessler ve arkadaşları tarafından birinci basamak çalışanı hekimlerle yapılan başka bir çalışmada pratisyen hekimlerin çalıştıkları kurumlarda serviks kanseri taraması yapmadığı görülmüştür. Bunun altında yatan nedenin numune alacak klinik deneyim ve zamana sahip olmamaları ve bu işlemin jinekologların yapacağı bir işlem olarak görmeleri olduğu tespit edilmiştir.

Ayrıca katılımcıların %33'ü hastaların bu testi birinci basamak kuruluşlarında yaptırmak istemeyecekleri düşüncesinde olduklarını belirtmişlerdir (137).

Bongaerts ve arkadaşları tarafından pratisyen hekimlerle yapılan bir çalışmada katılımcıların serviks kanseri taraması ile ilgili olumlu bir tutum içinde oldukları görülmüştür. Ancak hedef taramaya uygun kişileri muayenahaneleri aracılığıyla davet etmekten veya daha fazla lojistik veya organizasyonel görev üstlenmekten yana olmadıkları görülmüştür (138).

Bu araştırma serviks kanseri tutumu ile ilgili olarak bazı çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların serviks kanseri taramalarına yönelik tutum puanları değerlendirildiğinde ise genel tutumun olumlu düzeyde olduğu görülmüştür. Tüm katılımcıların tutum puanı ortalaması 27,44 (ss=3,48, min-maks=12-35) olarak bulunmuş, kadın katılımcıların tutum puanı ise ortalama 32,17 (ss=3,80, min-maks=13-40) olarak tespit edilmiştir. Standart sapmanın 3,48 ve 3,80 olması katılımcılar arasında tutum farklılıklarını göstermektedir.

Heena ve arkadaşları tarafından kadın sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada ise katılımcıların serviks kanseri taramaları ile ilgili tutum durumları oldukça düşük bulunmuştur (131).

Bu çalışmada katılımcıların serviks kanseri taraması yönelik tutum durum puanları, çeşitli demografik ve mesleki değişkenlere göre karşılaştırılmıştır. Genel olarak tutum puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu görülmüştür. En yüksek ortalama 27,77 ile 40 yaş altı grupta; en düşük ortalama ise 26,26 ile hedef yaş grubunu taramaya davet etmeyen grupta gözlemlenmiştir. Bu farklar çoğu değişkende istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken, sadece “hedef yaş grubunu taramaya davet etme” durumu ile serviks kanseri taraması tutum puanı arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,016$), hedef yaş grubunda bulunan bireyleri taramaya davet eden katılımcıların tutum puanlarının daha yüksek olması, olumlu tutumun davet konusunda etkili olabileceği düşündürmektedir.

Cinsiyet, yaş, meslek grubu ve serviks kanseri numune alma teknikleri eğitimi alma gibi değişkenlerde tutum puanlarında fark olmakla birlikte bu farklar istatistiksel

olarak anlamlı değildir. Bu durum, tutum düzeyinin bu değişkenlerden çok bireysel farkındalık, motivasyon ve deneyimle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Lurie ve arkadaşları tarafından kadın ve erkek hekimlerle yapılan bir çalışmada kadın hekimlerin erkek hekimlere göre kanserden korunma ile ilgili daha olumlu tutum ve inançlara sahip oldukları görülmüştür. Özellikle kadın hekimlerin hastalarına kanserden korunma ile ilgili daha fazla bilgi verdikleri ve tarama konusunda daha fazla sorumluluk aldıkları görülmüştür. Nitekim kadın hekimlerin servikal kanser tarama oranlarının erkek hekimlerden %11 daha fazla olduğu tespit edilmiştir (139).

Ertem ve arkadaşları tarafından hemşireler ile yapılan bir çalışmada serviks kanseri tarama yöntemleri ile ilgili bilgi ve tutum durumu ile yaş ve mesleki çalışma yılı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (121).

Abebaw ve arkadaşları tarafından kadın sağlık çalışanları ile yapılan başka bir çalışmada ise hekimlerin serviks kanseri taraması tutum düzeylerinin diğer sağlık çalışanlarından daha yüksek olduğu görülmüştür (127).

Çalışma grubunun birimlerinde serviks kanseri taraması yapan durumu gözlemlendiğinde katılımcıların %59,8'inin tarama testi uyguladığı, %40,2'sinin ise uygulamadığı görülmüştür. Bu durum birinci basamak hizmeti sunan aile sağlığı birimlerinde serviks kanseri tarama hizmetlerinin yaygınlaştırılması gerekliliğini düşündürmektedir.

Birimlerinde tarama yapmayan katılımcılara serviks kanseri taraması yapmama nedenleri sorulmuştur. En sık cevap olarak (n= 36) katılımcılar hedef yaş grubundaki hastalarını KETEM'e yönlendirdiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca iş yüklerinin çok olduğunu, hasta yoğunluğu dolayısıyla tarama hizmetlerine vakitleri kalmadığını ifade etmişlerdir. Diğer nedenler ise aile sağlığı birimlerinin fiziksel koşullarının uygun olmaması, uygun ekipmanın olmaması, personel eksikliği ve hastaların taleplerinin olmaması şeklinde sıralanmaktadır.

Phoolcharoen ve arkadaşları tarafından pratisyen hekimlerle yapılan bir çalışmada, katılımcıların %75'inin serviks kanseri taramasını rutin olarak yaptığı %19,3'ünün ise bazen yaptığı görülmüştür (135).

McIlfatrick ve arkadaşları tarafından birinci basamak hekimleri ile yapılan başka bir çalışmada, hiçbir katılımcının birimlerinde serviks kanseri taraması yapmadığı görülmüştür. Bunun nedeninin tarama tekniği ile ilgili yeterli deneyime sahip olmama, yeterli zamanlarının olmaması ve bu işlemin jinekologların uygulayacağı bir prosedür olduğunu düşünmeleri olduğu görülmüştür (136).

Çeşitli değişkenlerle aile sağlığı biriminde serviks kanseri taraması yapma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde cinsiyet ve ailede kanser öyküsü gibi değişkenlerle tarama yapma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Aile sağlığı biriminde serviks kanseri taraması yapma durumu ile çalışma süresi karşılaştırıldığında ise çalışma yılı 15 yıl ve üzerinde olan katılımcılar ile 15 yıl altında olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,001$).

Ayrıca aile sağlığı biriminde serviks kanseri taraması yapma durumu ile yaş karşılaştırıldığında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,0001$).

Serviks kanseri numune alma teknikleri eğitimi alan katılımcılar ile tarama yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,002$).

Çalışma süresi 15 yıl ve üzerinde olan katılımcılar, eğitim alan katılımcılar ve 40 yaş ve üzerinde olan katılımcıların daha fazla tarama yaptığı görülmüştür.

Abebaw ve arkadaşları tarafından kadın sağlık çalışanları ile yapılan bir araştırmada, çalışma süresi ile serviks kanseri taraması yapma durumu arasında bir ilişki bulunmamıştır (127).

Rochoy ve arkadaşları tarafından birinci basamak hekimleri ile yapılan bir çalışmada, cinsiyet ile serviks kanseri taraması yapma durumu arasında bir ilişki bulunmuştur. Kadın hekimlerin taramaya daha yüksek oranda katıldığı gösterilmiştir (140).

Ahmad ve arkadaşları tarafından aile hekimleri ile yapılan bir çalışmada tarama oranlarına bakıldığında ise kadın hekimlerin erkek hekimlerden daha fazla tarama yaptığı görüldü ($p < 0.01$). Ancak burada bazı hastaların kendi hekimi erkekse, kadın hekime yönlendirmesini talep ettiği de ifade edilmiştir (133).

Poncet ve arkadaşları tarafından birinci basamak hekimleri arasında yapılan kesitsel bir çalışmada taramaya katılmayan grubun kadın hekimlerden daha çok erkek hekimler olduğu görülmüştür. Ayrıca tarama yapmama oranı genç hekimlerde daha fazla olarak tespit edilmiştir. Kadın hekimlerin belirgin bir şekilde taramaya aktif olarak katıldığı ve serviks kanseri taramasına katılımın hekimin cinsiyeti ile anlamlı olarak ilişkili olduğu görülmüştür (141).

Nessler ve arkadaşları tarafından birinci basamak çalışan hekimlerle yapılan bir çalışmada, erkek ve kadın hekimler arasında serviks kanseri taraması yapmaya isteklilik açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır (137).

Birimlerinde serviks kanseri taraması yapan ve yapmayan katılımcıların serviks kanseri bilgi puanları karşılaştırıldığında iki grup arasında serviks kanseri bilgi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu sonuç, serviks kanseri risk faktörleri ve belirtileri ile ilgili bilgi durumunun tarama yapma sürecine herhangi bir etkisinin olmadığını düşündürmektedir.

Abebaw ve arkadaşları tarafından kadın sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada, serviks kanseri bilgi durumu ile serviks kanseri tarama hizmeti verme arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bilgi durumu yüksek olan katılımcıların daha fazla oranda serviks kanseri yaptığı görülmüştür (127).

Birimlerinde serviks kanseri taraması yapan katılımcılar ile yapmayan katılımcılar serviks kanseri taraması bilgi puanları açısından değerlendirildiğinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Bu sonuç tarama konusunda bilgi sahibi olmanın tarama yapma durumuna etkisi olmadığını düşündürmektedir.

Yaslı ve arkadaşları tarafından aile sağlığı çalışanları ile yapılan bir çalışmada, serviks kanseri taraması ile ilgili yeterli düzeyde bilgi düzeyine sahip katılımcıların daha fazla tarama yaptığı görülmüştür (142).

Lakew ve arkadaşları tarafından kadın sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada, serviks kanseri taraması ile ilgili bilgi durumu yüksek olan katılımcıların daha fazla tarama yaptığı görülmüştür (143).

Bizim çalışmamızda, serviks kanseri ve serviks kanseri taraması ile ilgili bilgi durumunun serviks kanseri taraması yapma davranışına etkisi bazı çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Birimlerinde serviks kanseri taraması yapan katılımcıların tutum puanları ile yapmayan katılımcıların puanları değerlendirildiğinde, tarama yapan katılımcıların tutum puanının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,007$ ve $p=0,004$). Bu sonuç, olumlu tutumun davranışa önemli katkısının olabileceğini düşündürmektedir.

Zheng ve arkadaşları tarafından birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık çalışanı ile yapılan bir çalışmada, çalışmaya katılan pratisyen hekim ve hemşireler arasında serviks kanseri taraması ile ilgili olumsuz veya yetersiz tutuma sahip sağlık çalışanlarının kanser taramalarına katkıda bulunma olasılıklarının bu konuda olumlu tutum sergileyen sağlık çalışanlarına göre daha düşük olduğu görülmüştür (144).

Genel olarak değerlendirildiğinde sağlık çalışanlarının tutum düzeyleri yüksek olduğu durumlarda tarama hizmetlerinin daha etkin ve verimli yürütüldüğü görülmüştür.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarına serviks kanseri taramasının ek iş yükü getirip getirmediği konusunda düşünceleri sorulmuştur. Katılımcıların %58,6'sı taramanın kendileri için ek iş yükü getirdiğini düşünmektedir.

Çeşitli demografik ve mesleki değişkenler ile ek iş yükü getirdiği düşüncesi karşılaştırıldığında çalışma süresi ile ek iş yükü algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,015$). Çalışma süresi 15 yıl ve üzeri olan katılımcıların ek iş yükü algısının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgu çalışma süresindeki artışın iş yükü algısını artırabileceğini düşündürmektedir. Cinsiyet, yaş, ailede kanser öyküsü ve numune alma teknikleri eğitimi alma durumu ile ek iş yükü algısı arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Serviks kanseri ve serviks kanseri taraması bilgi puanı ile ek iş yükü algısı değerlendirildiğinde taramanın ek iş yükü olduğunu düşünen ve düşünmeyenler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Bu durum katılımcıların bilgi düzeyi yeterli olsa bile bunun ek iş yükü algısı üzerinde bir etkisi olmadığını göstermiştir.

Bununla birlikte tutum puanları açısından değerlendirildiğinde taramanın ek iş yükü olduğunu düşünmeyenlerin tutum puanlarının anlamlı şekilde yüksek olduğu

görülmüştür ($p=0,0001$). Bu durum, serviks kanseri taramasının ek bir iş yükü olarak görmeyen katılımcıların, bu uygulamaya yönelik daha olumlu bir tutum geliştirme eğiliminde olduğunu göstermiştir.

Araştırmaya katılan aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarına serviks kanseri taraması konusunda talep ettikleri bir destek olup olmadığı sorulmuş ve birden fazla seçenek işaretleyebilecekleri belirtilmiştir.

Katılımcıların %80,5'inin ($n=268$) serviks kanseri taraması için ek personel istediği, %65,5'inin ($n=218$) aile hekimliği birimlerine bağlı nüfusun azaltılmasını istediği, %52,9'unun ($n=176$) serviks kanseri taraması için numune alım teknikleri eğitimi talep ettiğive %51,1'inin ($n=170$) finansal destek istediği görülmüştür.

Bunların dışında aile sağlığı merkezlerinin fiziksel koşullarının düzeltilmesi, hasta poliklinik sayılarının azaltılması, hastalara tarama konusunda eğitim verilmesi ve kamu spotları hazırlanması, hastaların tarama yaptırmayı zorunlu hale getirilip yaptırmayan kişilere yönelik çalışmalar yapılması ve taramaların sadece KETEM'de yapılması gibi çeşitli talepler de katılımcılar tarafından belirtilmiştir.

Nessler ve arkadaşları tarafından birinci basamak hekimleri ile yapılan bir çalışmada, hekimlerin büyük çoğunluğu yaptıkları her bir serviks kanseri tarama işlemi için ekstra ödeme talep ettiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca çalıştıkları birimlerde tarama yapma konusunda gönüllü olmayan hekimler, bunun nedeninin tarama için gerekli materyalin olmaması ve iş yoğunluğu nedeniyle hastalarına ek hizmetleri önermek için zamanlarının yetersiz olduğunu ifade etmişlerdir (137).

Sicsic ve arkadaşları tarafından birinci basamakta çalışan pratisyen hekimlerle yapılan bir araştırmada hem finansal hem de finansal olmayan destekler değerlendirilmiş ve serviks kanseri taraması ile ilgili olarak finansal olmayan destekleri daha çok talep ettikleri görülmüştür. Bu destekler taranan hastalar hakkında sistematik bilgi aktarımı ve hekim– hasta arasında iletişimi kolaylaştıracak eğitimler ve taramanın pratik uygulama stratejilerini ve diğer uzmanlarla koordinasyonu içeren eğitimler şeklindedir (145).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ankara ilinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde görev yapan sağlık çalışanlarının serviks kanseri taramasına yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirildiği kesitsel bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada serviks kanseri ve serviks kanseri taraması ile ilgili bilgi, tutum ve davranış ile katılımcıların bazı özellikleri karşılaştırılmıştır. Araştırmanın örneklemini çalışmaya katılmayı kabul eden ve dahil etme kriteri taşıyan 333 sağlık çalışanı oluşturmaktadır.

6.1. SONUÇLAR

Çalışma grubunda önemli demografik özelliklerinden biri olan cinsiyete bakıldığında katılımcıların %74,2'sinin (n=247) kadın %25,8'inin (n=86) erkek olduğu görülmüştür. Bu durum birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlarda kadın çalışan oranının yüksek olduğunu göstermektedir

Çalışma grubunun %50,2'si (n=164) aile sağlığı çalışanı olarak %49,8'i (n=123) aile hekimi olarak hizmet sunmaktadır.

Çalışma grubunun %34,8'i (n=116) ailesinde kanser hastalığı olduğunu belirtirken %1,5'i (n= 5) ailesinde serviks kanseri hastası bulunduğunu belirtmiştir.

Çalışma grubunun %62,7'sinin çalışma süresi 15 yılın üzerindedir.

Çalışma grubu ve serviks kanseri tarama yaş grubu içinde olan kadın katılımcıların %69,7'si (n=166) HPV-DNA testi yaptırdığını belirtmiştir. HPV-DNA testi yaptıran kadın katılımcıların %28,9'u (n=48) aile hekimi iken, %71,1'i (n=118) aile sağlığı çalışanıdır.

Test yaptırmama nedeni olarak en sık "yaptırmaktan korkma, çekinme" (%34,7) olarak belirlenmiş ve diğer nedenler sırasıyla fırsat bulamama, ihmal etme, bekaret, iş yoğunluğu ve kendini riskli grupta görmeme olarak sıralanmıştır. Bu durum, bazı davranışsal veya psikososyal engellerin varlığına işaret etmektedir. Kadınların, sağlık çalışanı olsa bile bu engellerle karşılaşabileceği ve kansere yönelik farkındalıklarının artırılmasının önemli olduğunu gösterdiği düşünülmektedir.

Çalışma grubunun, serviks kanseri taraması için HPV-DNA testi yaptırması ile yaş grubu, çalışma süresi ve serviks kanseri numune alma teknikleri alma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Bu sonuçlar, çalışma süresi uzun olan ve 40 yaş üzerinde olan katılımcıların bilgi, farkındalık ve sağlık sorumluluk düzeylerinin ve risk algılarının yüksek olabileceğini bu yüzden olumlu tarama davranışları gösterdiklerini düşündürmektedir.

Eğitimin ise sadece bilgi düzeyi değil olumlu sağlık davranışı üzerinde de etkili olduğu, mesleki deneyim ve eğitimin sadece hizmet sunumunda değil kişisel sağlık sorumluluklarını da etkilediğini düşündürmektedir.

Çalışma grubunun serviks kanseri bilgi durumu değerlendirildiğinde bilgi düzey ortalaması $10,07 \pm 2,68$ olarak bulunmuştur. Standart sapmanın yüksek olması gruplar arasında bilgi farkını işaret etmektedir.

Bilgi düzeyinde en yüksek doğru cevap oranı HPV enfeksiyonunun risk faktörü olduğu sorusunda görülmüştür (%96,1). Ayrıca katılımcıların aile öyküsü ve davranışsal faktörler gibi doğrudan serviks kanseri risk faktörleri konusunda yüksek bilgiye sahip oldukları görülmüş ve bu durum konuyla ilgili farkındalığın güçlü olduğunu göstermiştir. Ancak hormonal, metabolik ve sosyoekonomik risk faktörleri ile ilgili bilgi düzeyinin düşük olması bu alanlarda bilgi eksikliğini göstermekte ve bu bütüncül bir bakış açısı oluşturulmasında güçlüklerin ortaya çıkmasına neden olabilir. Bu durum potansiyel olarak riskli bireylerin gözden kaçmasına neden olabilir.

Serviks kanseri bilgi düzeyi ile yaş, cinsiyet, meslek, çalışma yılı, serviks kanseri numune alma teknikleri eğitimi alma durumları değerlendirildiğinde, ortalama altındaki ve üzerindeki puanlar gruplandırılarak karşılaştırılmış sadece yaş grubu ile anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,027$). Ancak bilgi puanları aynı değişkenlerle karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu bulgu, yaşa bağlı bilgi farklılıklarının belirgin olduğunu, ancak tüm bireyleri kapsayacak kadar güçlü olmadığını, bireyler arası değişkenliğin ön planda olduğunu, dolayısıyla kişisel farkındalığın önemli olduğunu gösterdiği düşünülmektedir.

Serviks kanseri taraması bilgi durumu değerlendirildiğinde puan ortalaması $10,62 \pm 1,42$ olarak tespit edilmiştir. Bu konudaki bilgi düzeyleri genel olarak yüksektir.

Katılımcıların büyük çoğunluğu tarama yaşı, tarama aralığı ve testi uygulama şekli ile ilgili sorulara doğru yanıt vermiştir. Ancak numune alma ile ilgili bazı sağlık çalışanlarının görev paylaşımı ve yetki sınırları konusunda yanlış bilgiye sahip olabileceği görülmüştür. Ayrıca testin uygulama zamanı gibi bazı teknik ayrıntılar ile ilgili bilgi eksikliği mevcuttur. Bilgi eksikliği, hizmet kalitesi ve hastanın doğru yönlendirilmesine etki edebileceği düşünülmektedir.

Çalışma grubunun taramaya yönelik bilgi düzeyleri ile bazı değişkenler karşılaştırılmış ve serviks kanseri numune alma teknikleri eğitimi almış olan katılımcıların bilgi düzeylerinin anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,020$). Ancak yaş, cinsiyet, meslek, çalışma süresi ve hastaları taramaya davet etme değişkenlerinin bilgi düzeyi üzerinde belirleyici olmadığı görülmüştür. Serviks kanseri taraması ile ilgili eğitimlerin, katılımcıların bilgi düzeyini belirlemede etkisi olduğu düşünülmektedir.

Tüm katılımcıların serviks kanseri tutum durumu değerlendirildiğinde ortalama puan $27,44 \pm 3,48$ olarak tespit edilmiştir. Kadın katılımcıların tutum puan ortalaması ise $32,17 \pm 3,80$ olarak bulunmuştur. Katılımcıların serviks kanseri konusundaki genel tutumları olumludur ve taramayı önerme ve hastayı bilgilendirme gibi temel görevler konusunda güçlü tutuma sahip oldukları görülmüştür. Ancak performans sistemi, iş yoğunluğu ve öncelik algısı gibi faktörler bazı katılımcılarda tutum konusunda olumsuz etki yaratmaktadır. Ayrıca bazı katılımcıların tutum puanlarının düşük olması, tarama programlarının etkili uygulanmasını etkileyebilir.

Çalışma grubunun tutum puanları ile hedef yaş grubunu taramaya davet etme durumu değerlendirildiğinde, taramaya davet eden katılımcıların tutum puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,016$). Yaş, cinsiyet, çalışma süresi, meslek grubu ve serviks kanseri numune alma teknikleri eğitimi alma ile tutum arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Nitekim katılımcıların %87,3'ü hedef yaş grubundaki kadınları taramaya davet ettiğini belirtmiştir ancak birimlerinde tarama hizmeti veren katılımcıların oranı %41,4'tür. Bu durum, davet eden katılımcıların büyük çoğunluğunun çalıştıkları birimde tarama yapmasa da KETEM'lere yönlendirme yaptığını gösterdiği düşünülmektedir.

Çalışma grubunun %51,7'si sağlık bakanlığınca verilen serviks kanseri numune alma teknikleri eğitimi aldığını belirtmiştir. Eğitimi alanların %75,6'sı bu eğitimi yeterli bulduğunu belirtmiştir. Eğitim almayan katılımcılar hem bilgi hem tutum puanlarında düşük ortalamalara sahiptir. Bu eğitimler yüz yüze veya uzaktan eğitim şeklinde yapılmaktadır. Ancak bu eğitim şekillerinden hangisinin daha verimli olduğu ile ilgili herhangi bir çalışma yapılmamıştır.

Smear alma teknikleri eğitimi alma ile hedef yaş grubunu taramaya davet etme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,006$). Bu durum eğitim programlarının yalnızca bilgi değil, uygulamaya yönelik davranışlar üzerinde de olumlu etkisi olduğunu düşündürmektedir.

Çalışma grubunun görev yaptıkları aile sağlığı birimlerinde serviks kanseri taraması yapma durumu değerlendirildiğinde katılımcıların %59,8'inin ($n=189$) çalışmakta olduğu aile sağlığı birimde serviks kanseri taraması yaptığı görülmüştür. Bu oran, tarama hizmetlerinin birinci basamaktaki yaygınlığı açısından yetersiz olduğunu düşündürmektedir.

Birimlerinde tarama yapmayan katılımcılara serviks kanseri taraması yapmama nedenleri sorulduğunda en sık cevap olarak ($n= 36$) hedef yaş grubundaki hastalarını KETEM'e yönlendirdiklerini belirtmişlerdir. Bunun dışında iş yüklerinin çok olduğunu, hasta yoğunluğu dolayısıyla tarama hizmetlerine vakitleri kalmadığını ifade etmişlerdir. Diğer nedenler ise aile sağlığı birimlerinin fiziksel koşullarının uygun olmaması, uygun ekipmanın olmaması, personel eksikliği ve hastaların taleplerinin olmaması şeklinde sıralanmaktadır. Bu sonuç tarama hizmeti verme konusunda sadece bireysel davranışın etkili olmadığını düşündürmektedir.

Çalışma süresi 15 yıl ve üzerinde olan katılımcılarla yaşı 40 yaş ve üzerinde olan katılımcıların daha yüksek oranda tarama yaptığı görülmüştür ($p=0,001$, $p=0,0001$). Bu durum yaş ve mesleki tecrübenin tarama hizmetlerine olumlu katkısı olduğunu düşündürmektedir.

Serviks kanseri numune alım tekniği eğitimi alan katılımcıların çalıştıkları birimlerde tarama hizmeti verme oranı anlamlı olarak daha yüksek tespit edilmiştir

($p=0,002$). Bu sonuç, eğitim programlarının bilgi düzeyini artırarak, uygulamaya yönelik davranışlar üzerinde etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Birimlerinde serviks kanseri taraması yapan katılımcıların tarama tutum puanları bu hizmeti vermeyenlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Bu sonuç, uygulama yapılan birimlerde çalışan personelin bu konuya daha hâkim olduğunu düşündürmektedir.

Çalışma grubuna serviks kanseri taramasının ek iş yükü getirdiğini düşünüp düşünmedikleri sorulmuş ve katılımcıların %58,6'sı ($n=195$) serviks kanseri taramalarının kendilerine ek iş yükü getirdiğini düşündüklerini belirtmişlerdir. Çalışma süresi ile bu düşünce arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,015$). Çalışma süresi uzun olan katılımcılarda bu düşünce belirgin olarak yüksek oranda tespit edilmiştir. Bu durum uzun çalışma süresinin bazı konularda kişilerde olumsuz etki yaratabileceğini düşündürmektedir.

Serviks kanseri ve serviks kanseri taraması ile ilgili bilgi puanlarının ek iş yükü düşüncesi ile karşılaştırılması sonucu doğrudan bir ilişki bulunmamıştır. Ancak ek iş yükü düşüncesine sahip olan katılımcıların serviks kanseri taraması tutum puanları daha düşük bulunmuştur ($p=0,0001$). Bu durum, ek iş yükü düşüncesinin tutum üzerinde olumsuz etki yaratabileceğini düşündürmektedir.

Çalışma grubunun büyük çoğunluğu, serviks kanseri taramalarının birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında uygulanabileceğine yönelik olumlu bir tutum sergilemektedir. Ancak bu hizmetin sürdürülebilirliği açısından bazı temel gereksinimlerin karşılanmasını talep ettikleri görülmüştür.

Çalışma grubuna serviks kanseri taramaları ile ilgili talepleri sorulduğunda katılımcıların %80,5'inin ($n=268$) serviks kanseri taraması için ek personel istediği, %65,5'inin ($n=218$) aile hekimliği birimlerine bağlı nüfusun azaltılmasını istediği görülmüştür. Bu durum katılımcıların sağlık hizmeti sunumu esnasında yaşadığı yoğunluğun, tarama hizmetlerine ayırmaları gereken süreyi kısıtlandığının göstergesi olabilir.

Çalışma grubunun %52,9'unun ($n=176$) serviks kanseri taraması için numune alım teknikleri eğitimi talep ettiği görülmüştür. Bu durumun, katılımcıların tarama ile

ilgili bilgilerin belirli aralıklarla yenilenmesi ve güncellenmesi ihtiyacını gösterdiğini düşündürmektedir.

Katılımcıların %51,1'inin (n=170) finansal destek istediği görülmüştür. Bu durum, sağlık çalışanlarının taramaya yönelik motivasyonunu arttırabilecek bir faktör olarak değerlendirilebilir.

Diğer talepler arasında bulunan aile sağlığı merkezlerinin fiziksel koşullarının düzeltilmesi, halkın tarama konusunda bilinçlendirilmesi, kanser taramalarının zorunlu hale getirilmesi talepleri, taramanın yalnızca sağlık çalışanlarının sorumluluğu olarak düşünülmesi yerine sağlık otoriteleri ve halk dahil tüm paydaşların sistemsel bir şekilde bu konuda ortak çalışması gerekliliğini ortaya koymuştur.

6.2. ÖNERİLER

Çalışmadan elde edilen bulgular ışığında geliştirilen öneriler şunlardır:

- Hizmet içi eğitim: Bu çalışma sonucunda katılımcıların serviks kanseri ve serviks kanseri taramalarına yönelik bilgi düzeylerinin bireysel farklılıklar gösterdiği görülmüştür. Bilgi eksikliği, doğrudan tarama hizmeti kalitesine ve hasta yönlendirilmesine etki edebilen bir bileşen olarak değerlendirilebilir. Sağlık çalışanlarına düzenli olarak hizmet içi eğitimler düzenlenmeli, hastalık süreci, tarama testi uygulama zamanı gibi detaylara yer verilmelidir. serviks kanseri numune alma teknikleri şeklinde verilen eğitimlerin içeriğinin özellikle teknik yeterlilik kazandıracak şekilde düzenlenerek tüm birinci basamak çalışanlarına verilecek şekilde yaygınlaştırılması, serviks kanseri taramasına yönelik olumlu davranış değişikliklerine katkı sağlayacaktır. Ayrıca hizmet içi eğitimlerin uygulamalı olarak yapılarak, numune alma konusunda beceri kazandırmaya yönelik olması, sağlık çalışanlarının özyeterlilik algısını da artırarak tarama hizmetine olumlu katkı sağlayacağı düşünülmektedir.
- Sağlık çalışanlarının farkındalık ve motivasyonu artıran müdahaleler: Elde edilen bulgular, serviks kanseri taraması ile ilgili tutumun uygulamada belirleyici bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır. Bu nedenle olumlu tutum geliştirecek müdahaleler yapılmalıdır. Hizmet içi eğitim programları

sadece bilgi aktarımı ile sınırlı kalmamalı, farkındalık ve motivasyonu artırıcı ve olumlu tutum geliştirici içerikler barındırmalıdır. Öncelikle taramanın ek iş yükü oluşturduğu algısının önüne geçilerek, taramanın koruyucu sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak görmeyi teşvik edecek iletişim çalışmaları geliştirilmelidir.

- Sağlık otoritelerince mevzuat düzenlemesi yapılması: Sağlık otoritelerince tarama davranışını güçlendirecek yapısal düzenlemeler yapılarak, birinci basamağın iş yükü objektif olarak değerlendirilip, tarama programları bu yükleri dikkate alarak hazırlanmalıdır. Poliklinik iş yükü, tarama programlarıyla entegre olacak şekilde planlanmalı, ekip çalışması desteklenmeli ve görev dağılımı dengeli şekilde planlanmalıdır. Ek olarak, tarama programları uygulamaları ile ilgili sahada karşılaşılan güçlüklerle ilgili geri bildirimlerin değerlendirilmesi ve gerekli desteğin sağlanması ile verilen hizmetin kalitesinin artacağı düşünülmektedir.
- Pozitif performans: Sağlık çalışanlarına yönelik uygulanan pozitif performans sisteminin etkinliği değerlendirilip, gerektiğinde daha farklı veya görünür teşvikler geliştirilebilir. Örneğin, fiziksel koşulların düzeltilmesi, teknik donanım veya mobil sağlık ekibi desteği ile tarama hizmeti sunmayan birimlerde uygulama imkanı artırılabilir.
- İzleme değerlendirme: Birinci basamakta yapılan tarama hizmetlerinin etkinliğini ölçmek ve güncel durumu izlemek amacıyla yapılacak olan periyodik izlem çalışmaları ve kalite değerlendirme sistemlerinin, tarama hizmetinin kalitesinin artmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.
- Toplumsal farkındalığın artırılması: Serviks kanseri taramalarının yaygınlaştırılması amacıyla toplumsal farkındalığın da artırılması gereklidir. Bu konuda toplum düzeyinde bilgi eksikliklerinin giderilmesi için kamu spotları, sosyal medya kampanyaları hazırlanabilir. Ayrıca seminer gibi etkinliklerle farkındalığın artırılabilceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. "Cancer Today." International Agency for Research on Cancer. Available at: gco.iarc.fr. 2024.
2. Chen S, et al. Estimates and Projections of the Global Economic Cost of 29 Cancers in 204 Countries and Territories from 2020 to 2050. JAMA Oncol.2023; 9(4):465-472.
3. Stelze D, et al. Estimates of the global burden of cervical cancer associated with HIV. Lancet Glob Health. 2021 Feb;9(2):e161-e169.
4. Guida F, et al. Global and regional estimates of orphans attributed to maternal cancer mortality in 2020. Nat Med 28, 2563–2572 (2022).
5. Türkiye Kanser İstatistikleri 2020. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/Dokumanlar/Istatistikler/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2020.pdf. 2025.
6. Ölüm Nedeni İstatistikleri, TÜİK Veri Portalı. 2024.
7. Türkiye Kanser Kontrol Programı 2021. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/Dokumanlar/Raporlar/17.Agustos_2021_Kanser_Kontrol_Programi_versiyo_n-1.pdf. 2024
8. Sweeney SO, Cheng Y, Botfield JR, Bateson DJ. Renewal of the National Cervical Screening Program: Health professionals' Knowledge About Screening of Specific Sopulations in NSW, Australia. Public Health Res Pract. 2022;32(1):e31122104. 30 March 2021.
9. Chitha W, et al. A cross-sectional study of knowledge, attitudes, barriers and practices of cervical cancer screening among nurses in selected hospitals in the Eastern Cape Province, South Africa. BMC Women's Health 23, 94 (2023).
10. Pendrith C, Thind A, Zaric GS, Sarma S. Financial Incentives and Cervical Cancer Screening Participation in Ontario's Primary Care Practice Models. Healthc Policy. 2016 Aug;12(1):116-28. PMID: 27585031; PMCID: PMC5008136.
11. Lester H, et al. The impact of removing financial incentives from clinical quality indicators: longitudinal analysis of four Kaiser Permanente indicators, BMJ 2010; 340:c1898

12. Rahangdale L, Teodoro N, Chinula L, Brewer NT. Eliminating cervical cancer as a global public health problem requires equitable action. *BMJ*. 2023 Dec 22;383:2978. doi: 10.1136/bmj.p2978. PMID: 38135345.
13. Bosch FX, Comprehensive Control of HPV Infections and Related Diseases Vaccine Volume 30, Supplement 5, 2012. Comprehensive control of human papillomavirus infections and related diseases. *Vaccine*. 2013 Dec 31;31 Suppl 7(Suppl 7):H1-31.
14. Walboomers JM, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol*. 1999 Sep;189(1):12-9.
15. Schiffman M, Castle P. E, Jeronimo J, Rodriguez A. C, Wacholder S. Human papillomavirus and cervical cancer. *The Lancet*. 2007 Sep 8;370(9590):890-907.
16. Bray F, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018 Nov;68(6):394-424.
17. Vizcaino, A. P., Moreno, V., Bosch, F. X., et al. (2000). International trends in the incidence of cervical cancer: I. Adenocarcinoma and adenosquamous cell carcinomas. *Int J Cancer*. 1998 Feb 9;75(4):536-45.
18. National Cancer Institute Cervical Cancer Symptoms. <https://www.cancer.gov/types/cervical/symptoms>. 2024.
19. Nakisige C, Schwartz M, Ndira AO. Cervical cancer screening and treatment in Uganda. *Gynecol Oncol Rep*. 2017 Feb 3;20:37-40.
20. Petersen A, et al. Barriers to uptake of cervical cancer screening services in low-and-middle-income countries a systematic review 2022.
21. Garland S, et al. Impact and effectiveness of the quadrivalent human papillomavirus vaccine: a systematic review of 10 years of real-world experience. *Clinical Infectious Diseases*, 63(4), 519-527
22. Brotherton JM, Fridman M, May CL, Chappell G, Saville AM, Gertig DM. Early effect of the HPV vaccination programme on cervical abnormalities in Victoria, Australia: an ecological study. *Lancet*. 2011 Jun 18;377(9783):2085-92.
23. Saslow D, et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening

- guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. *CA Cancer J Clin.* 2012 May-Jun;62(3):147-72.
24. Woks NIE, Anwi MM, Kefiye TB, Sama DJ, Phuti A. Disparities in cervical cancer screening programs in Cameroon: a scoping review of facilitators and barriers to implementation and uptake of screening. *Int J Equity Health.* 2023 Aug 17;22(1):156.
 25. Small W Jr, et al. Cervical cancer: A global health crisis. *Cancer.* 2017 Jul 1;123(13):2404-2412. Epub 2017 May 2.
 26. Franceschi S, et al. (2006). Variations in the age-specific curves of human papillomavirus prevalence in women worldwide. *International Journal of Cancer.* 2006 Dec 1;119(11):2677-84.
 27. Louie KS, et al. Early age at first sexual intercourse and early pregnancy are risk factors for cervical cancer in developing countries. *British Journal of Cancer.* 2009 Apr 7;100(7):1191-7.
 28. Brinton LA, et al. Parity as a risk factor for cervical cancer. *American Journal of Epidemiology.* 1989 Sep;130(3):486-96.
 29. Denny LA, Franceschi S, de Sanjosé S, Heard I, Moscicki AB, Palefsky J. Human papillomavirus, human immunodeficiency virus and immunosuppression. *Vaccine.* 2012 Nov 20;30 Suppl 5:F168-74.
 30. Strickler HD, et al. Natural history and possible reactivation of human papillomavirus in human immunodeficiency virus-positive women. *Journal of the National Cancer Institute.* 2005 Apr 20;97(8):577-86.
 31. Roura E, et al. Smoking as a major risk factor for cervical cancer and pre-cancer: results from the EPIC cohort. *International Journal of Cancer.* 135(2), 453-466
 32. Plummer M, et al. Smoking and cervical cancer: pooled analysis of the IARC multi-centric case-control study. *Cancer Causes and Control.* 2003 14(9), 805-814.
 33. Moreno V, Bosch FX, Muñoz N. Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC multicentric case-control study. *The Lancet.* 2002 Mar 30;359(9312):1085-92.
 34. Smith JS, et al. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. *The Lancet.* 2003 Apr 5;361(9364):1159-67.

35. Maciag PC, Schlecht N. Major histocompatibility complex (MHC) class II polymorphisms and the risk of cervical cancer and HPV infection in Brazilian women, *Cancer Epidemiology Biomarkers Prev.* 2000 Nov;9(11):1183-91.
36. Madeleine MM, et al. Comprehensive analysis of HLA-A, HLA-B, HLA-C, HLA-DRB1, and HLA-DQB1 loci and squamous cell cervical cancer risk. *Cancer Res.* 2008 May 1;68(9):3532-9.
37. Chan CK, Aimagambetova G, Ukybassova T, Kongrtay K, Azizan A. Human Papillomavirus Infection and Cervical Cancer: Epidemiology, Screening, and Vaccination-Review of Current Perspectives. *J Oncol.* 2019 Oct 10;2019:3257939.
38. Pathak P, Pajai S, Kesharwani H. A Review on the Use of the HPV Vaccine in the Prevention of Cervical Cancer. *Cureus.* 2022 Sep 2;14(9):e28710.
39. Comber H, Gavin A. Recent trends in cervical cancer mortality in Britain and Ireland: the case for population-based cervical cancer screening. *British Journal of Cancer,* Nov 16;91(11):1902–1904.
40. Drolet M, et al. Population-level impact and herd effects following human papillomavirus vaccination programmes: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases.* 2015 May;15(5):565-80.
41. World Health Organization. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, May 2017 <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9219-241-268>. 2024.
42. Brotherton JM, et al. Is one dose of human papillomavirus vaccine as effective as three? A national cohort analysis. *Papillomavirus Res.* 2019 Dec;8:100177.
43. Brisson M, et al. Impact of HPV vaccination and cervical screening on cervical cancer elimination: a comparative modelling analysis in 78 low-income and lower-middle-income countries. *The Lancet.* 2020 Feb 22;395(10224):575-590.
44. US Preventive Services Task Force 2018. Final recommendation statement: cervical cancer: screening. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/cervical-cancer-screening>. 2024.

45. Koliopoulos G, et al. Cytology versus HPV testing for cervical cancer screening in the general population. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Aug 10;8(8):CD008587.
46. Kola-Palmer S, Rogers M, Halliday A, and Rickford R. A lot can happen in five years: Women's attitudes to extending cervical screening intervals. *European Journal of Cancer Care*, 2022 Jul 15:31,6.
47. Ogundipe L, et al. Cervical cancer screening and vaccination: knowledge, awareness, and attitude of female staff in a Nigerian University. *BMC Womens Health*. 2023 May 3;23(1):218.
48. Ong SK, et al. Towards elimination of cervical cancer - human papillomavirus (HPV) vaccination and cervical cancer screening in Asian National Cancer Centers Alliance (ANCCA) member countries. *The Lancet Reg Health West Pac*. 2023 Aug 1;39:100860.
49. National Cancer Control Programs, Policies and Managerial Guidelines WHO 2002 <https://screening.iarc.fr/doc/control.pdf>. 2024
50. Virender Suhag; Palliative Therapy in Cancer Patients: An Overview. *Journal of Medical Education and Reserach*, 2025, Volume 72
51. Singh D, et al. Global estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2020: a baseline analysis of the WHO Global Cervical Cancer Elimination Initiative. *The Lancet Global Health*, 2022, Volume 11, Issue 2, e197 - e206
52. Sicsic J, Krucien N, Franc C. What are GPs' preferences for financial and non-financial incentives in cancer screening? Evidence for breast, cervical, and colorectal cancers. *Soc Sci Med*. 2016 Oct;167:116-27. Epub 2016 Aug 31.
53. Mauro M, Rotundo G, Giancotti M. Effect of financial incentives on breast, cervical and colorectal cancer screening delivery rates: Results from a systematic literature review. *Health Policy*. 2019 Dec;123(12):1210-1220.
54. Aile Hekimliği Tarama Ve Takip Katsayısına İlişkin Yönerge https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Mevzuat/Yonergeler/Aile_Hekimligi_Tarama_ve_Takip_Katsayisina_Iliskin_Yonerge.pdf. 2024
55. Basoya S, Anjankar A. Cervical Cancer: Early Detection and Prevention in Reproductive Age Group. *Cureus*. 2022 Nov 9;14(11):e31312.

56. Rayner M, Welp A, Stoler MH, Cantrell LA. Cervical Cancer Screening Recommendations: Now and for the Future. *Healthcare (Basel)*. 2023 Aug 11;11(16):2273.
57. Safaeian M, Solomon D, Castle PE. Cervical cancer prevention--cervical screening: science in evolution. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2007 Dec;34(4):739-60, ix.
58. Jallah JK, Anjankar A, Nankong FA. Public Health Approach in the Elimination and Control of Cervical Cancer: A Review. *Cureus*. 2023 Sep 1;15(9):e44543.
59. WHO: Comprehensive Cervical Cancer Control: A guide to essential practice Second edition, 2014 Nov 26. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548953>. 2024.
60. Public Health England. (2019). NHS Cervical Screening Programme. Cervical Screening: Programme Overview. <https://www.gov.uk/guidance/cervical-screening-programme-overview>.2024.
61. NHS Digital. Cervical Screening Programme, England. <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/cervical-screening-programme/england---2019>. 2024.
62. Health Education England. Cervical Sample Taker Training. <https://www.e-lfh.org.uk/programmes/cervical-screening/>. 2024.
63. Public Health England. Cervical Screening: Laboratory Handbook <https://www.gov.uk/government/publications/cervical-screening-laboratory-handbook>. 2024.
64. NHS. What happens during a colposcopy. <https://www.nhs.uk/conditions/colposcopy/what-happens/>. 2024.
65. Jamili S, Yousefi M, Pour HE, Houshmand E, Taghipour A, Tabatabaee SS, Adel A. Comparison of pay-for-performance (P4P) programs in primary care of selected countries: a comparative study. *BMC Health Serv Res*. 2023 Aug 14;23(1):865.
66. Sasieni P, Castanon A, Cuzick J. Effectiveness of cervical screening with age: population-based case-control study of prospectively recorded data. *BMJ*, 339, b2968

67. Public Health England. NHS Cervical Screening Programme: 2019-2020 Annual Report. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/934927/NHS_Cervical_Screening_Programme_Annual_Report. 2024.
68. Public Health England. Cervical Screening Overview.. <https://www.gov.uk/guidance/cervical-screening-programme-overview#:~:text=People%20aged%2025%20to%2049,the%20NHS%20as%20'male'>. 2024.
69. Marlow L, Waller J, Wardle J, Sociodemographic predictors of HPV testing and vaccination acceptability: Results from a population-representative sample of British women. *Journal of Medical Screening*, 22(4),204-209
70. Peiris D.P, Patel A, Cass A, Reducing health inequities: The contribution of core services in New Zealand. *Health Policy*, 88(2-3),223-232.
71. Whitaker KL, Winstanley K. Fear of cancer and barriers to cervical screening in a hard-to-reach population. *European Journal of Cancer Care*, 23(4), 519-525
72. Australian Government Department of Health. <https://www.health.gov.au/initiatives-and-programs/national-cervical-screening-program>. 2024.
73. The Royal Australian College of General Practitioners. (2020). Cervical Cancer Screening. <https://www.racgp.org.au/clinical-resources/clinical-guidelines/key-racgp-guidelines/view-all-racgp-guidelines/national-cervical-screening-program>
74. Australian Nursing and Midwifery Federation. Role of Nurses in Cervical Screening. https://www.anmf.org.au/documents/policies/PS_Cervical_Screening.pdf
75. Royal College of Pathologists of Australasia. (2018). Guidelines for Cervical Screening. <https://www.rcpa.edu.au/Library/College-Policies/Position-Statements/Cervical-Screening>
76. Australian Society for Colposcopy and Cervical Pathology. (2019). Colposcopy Standards. <https://www.asccp.org.au/colposcopy-standards>
77. Australian Government Department of Health. (2021). Practice Incentives Program (PIP) <https://www.health.gov.au/initiatives-and-programs/practice-incentives-program>
78. Canfeel K, et al. Changes in the National Cervical Screening Program: Understanding the Evidence. *Medical Journal of Australia*, 207(8), 359-360

79. Australian Institute of Health and Welfare. Cervical Screening in Australia. <https://www.aihw.gov.au/reports/cancer-screening/cervical-screening-in-australia-2018/summary>. 2024.
80. Cancer Council Australia. Cervical Cancer Prevention. <https://www.cancer.org.au/preventing-cancer/screening-and-early-detection/cervical-cancer-prevention>. 2024.
81. Australian Institute of Health and Welfare. Cervical Screening in Rural and Remote Areas. <https://www.aihw.gov.au/reports/cancer-screening/cervical-screening-in-rural-and-remote-areas>
82. Whop LJ, et al. Achieving cervical cancer elimination among Indigenous women. *Prev Med*. 2021 Mar;144:106314.
83. Socialstyrelsen. Cervical Cancer Screening in Sweden. <https://www.socialstyrelsen.se>. 2024.
84. Swedish Association of General Practice. (2020). Role of GPs in Cervical Screening. <https://www.sfam.se>. 2024.
85. Swedish Midwifery Association. Midwives and Cervical Screening. <https://www.barnmorskeforbundet.se>. 2024.
86. Swedish Society for Clinical Cytology. Guidelines for Cytology in Cervical Screening. <https://www.cytologiforeningen.se>. 2024.
87. Swedish Society of Obstetrics and Gynecology. Colposcopy Standards in Sweden. <https://www.sfog.se>. 2024.
88. National Board of Health and Welfare. Healthcare Financing in Sweden. <https://www.socialstyrelsen.se>. 2024.
89. Canfell K, et al. HPV Testing in Cervical Screening Programs [Journal of Medical Screening, 27(1), 30-35.
90. European Commission. EU Guidelines for Cervical Cancer Screening. <https://ec.europa.eu>. 2024.
91. State of Health in the EU Sweden Country Health Profile. https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_sv_english.pdf.
92. Swedish Institute for Public Health. Public Health Campaigns in Sweden. <https://www.folkhalsomyndigheten.se>. 2024.

93. Sundström K, et al. Participation in a cervical screening program: a population-based cohort study. *British Medical Journal*, 353, i2446.
94. Swedish National Cervical Screening Registry, Annual Report. <https://www.nkcx.se>. 2024.
95. Elfström KM, et al. Long term HPV typing: The next step in cervical cancer screening. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, 27(11), 1268-1274.
96. Sankaranarayanan R, et al. Cervical Cancer Screening Programs in Low –and Middle- Income Countries. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 145(S1), 1-15.
97. sağlık çalışanlarının farkındalığının artırılmasına doğrudan katkı sağlaya Prevention in India. <https://www.alliance-cxca.org>. 2024.
98. World Health Organization. Global Strategy to Accelerate the Elimination of Cervical Cancer as a Public Health Problem. <https://www.who.int>. 2024.
99. National Health Mission. ASHA Incentive Structure. <https://www.nhm.gov.in>. 2024.
100. Basu P, et al. Implementation of Cervical Cancer Screening Programs in Low–and Middle- Income Countries. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 47, 72-85.
101. Denny L, et al. Cervical Cancer Prevention in Low-Resource Settings. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 138, 15-20.
102. Gupta R, et al. Challenges in Implementing Cervical Cancer Screening Programs in India. *Journal of Global Oncology*, 5, 1-8.
103. Bruni L, et al. Human Papillomavirus and Related Diseases Report. ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer. <https://hpvcentre.net/statistics/reports/XWX.pdf>. 2024.
104. Mwenda V, et al. Cervical cancer programme, Kenya, 2011–2020: lessons to guide elimination as a public health problem. *Ecancermedicalscience*. 2022 Aug 26;16:1442.
105. Kenya Ministry of Health. National Cancer Screening Guidelines. <https://www.health.go.ke>. 2024.
106. Muthoni L, et al. The Role of Nurses in Cervical Cancer Screening in Kenya *African Journal of Midwifery and Women's Health*, 14(3), 32-38.

107. World Health Organization. Cervical Cancer Elimination Initiative. <https://www.who.int>. 2024.
108. Vasudevan L, et al. Barriers to the Uptake of Cervical Cancer Services and Attitudes Towards Adopting New Interventions in Peru. *Prev Med Rep*. 2020 Oct 2;20:101212.
109. Peru Ministry of Health. National Cancer Control Plan. <https://www.minsa.gob.pe>
110. Luque JS, Maupin JN, Ferris DG, Guevara Condorhuaman WS. Reaching Women in the Peruvian Andes Through Cervical Cancer Screening Campaigns: Assessing Attitudes of Stakeholders and Patients. *Patient Prefer Adherence*. 2016;10:2107-2116.
111. Alliance for Cervical Cancer Prevention. (2018). Cervical Cancer Prevention in Latin America. <https://www.alliance-cxca.org>. 2024.
112. Challenges in Implementing Cervical Cancer Screening Programs in LMICs *Journal of Global Oncology*, 5, 1-8.
113. Çıngı H. Örneklem Kuramı. Ankara: Bizim Büro Basımevi.
114. Şener B. Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı. Ankara: Pagem akademi; 2011. 171 p.
115. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17051&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>.
116. George D, and Mallery P. SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference 17.0 Update. 10th Edition, Pearson, Boston.
117. Işık O, et al. “Kadın Doktorların Pap Smear Testi Konusunda Bilgi Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi”. *Çukurova Medical Journal*, c. 41, sy. 2, 2016, ss. 291-8.
118. Kaya C, Üstü Y, Özyörük E, Aydemir Ö, Şimşek Ç, Demirci Şahin A. Knowledge, Attitudes and Behaviors of Health Workers About Cancer Screenings. *Ankara Medical Journal* (2017).
119. Tchounga BK, et al. Cervical Cancer Prevention in Reproductive Health Services: Knowledge, Attitudes and Practices of Midwives in Côte d’Ivoire, West Africa. *BMC Health Serv Res* 14, 165 (2014).

120. Ertem G. Awareness of cervical cancer risk factors and screening behaviour among nurses in a rural region of Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2009;10(5):735-8.
121. Nilaweera RI, Perera S, Paranagama N, Anushyanthan AS. Knowledge and Practices on Breast and Cervical Cancer Screening Methods Among Female Health Care Workers: a Sri Lankan Experience. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2012;13(4):1193-6.
122. Afranie NAS. Uptake of Cervical Cancer Screening Among Female Health Professionals at the Greater Accra Regional Hospital School Of Public Health College Of Health Sciences University Of Ghana (10701623) December, 2019
123. Ganry O, Boche T. Prevention Practices and Cancer Screening Among General Practitioners in Picardy, France. *Public Health.* 2005 Nov;119 (11): 1023-30.
124. Singh E, Seth S, Rani V, Srivastava DK. Awareness of Cervical Cancer Screening Among Nursing Staff in a Tertiary Institution Of Rural India. *J Gynecol Oncol.* 2012 Jul;23(3):141-6.
125. Hewitson P, Ward AM, Heneghan C, Halloran SP, Mant D. Primary Care Endorsement Letter and a Patient Leaflet To Improve Participation in Colorectal Cancer Screening: Results of a Factorial Randomised Trial. *Br J Cancer.* 2011 Aug 9;105(4):475-80.
126. Abebaw E, Tesfa M, Gezimu W, Bekele F, Duguma A. Female Healthcare Providers' Knowledge, Attitude, and Practice Towards Cervical Cancer Screening and Associated Factors in Public Hospitals of Northwest Ethiopia. *SAGE Open Med.* 2022 May 12;10:20503121221095931.
127. Ndizeye Z, et al. Knowledge and Practices of General Practitioners at District Hospitals Towards Cervical Cancer Prevention in: A Cross-Sectional Study. *Global Health* 14, 4 (2018).
128. Özbakır Acar N, Özşahin A, Edirne T. Knowledge and attitudes of primary health care workers about cervical cancer and HPV vaccine. *Pamukkale Medical Journal* 2019;12 (3): 457-466.
129. Poçan AG, et al. Screening Behaviours and Awareness of Breast, Cervical and Colon Cancer Among Nurses in an Urban Hospital

Urban Hospital in The Mediterranean Region. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2024 Cilt: 11 Sayı:1 Sayfa: 1 – 6.

130. Heena H, et al. Knowledge, Attitudes, and Practices towards Cervical Cancer and Screening amongst Female Healthcare Professionals: A Cross-Sectional Study. J Oncol. 2019 Oct 17;2019:5423130.
131. Ncane Z, et al. Knowledge on Cervical Cancer Services and Associated Risk Factors by Health Workers in the Eastern Cape Province. Healthcare. 2023; 11(3):325.
132. Ahmad F , Stewart DE , Cameron JI , Hyman I ; Rural physicians' perspectives on cervical and breast cancer screening: a gender-based analysis. J Womens Health Gend Based Med. 2001 Mar;10(2):201-8.
133. Öztürk O, Görpelioglu S, Aypak C. Need assessment about cervical cancer prevention trainings among woman health care workers working in a training and research hospital in Turkey. Euras J Fam Med 2018;7(3):109-15.
134. Phoolcharoen N, et al., American Society of Clinical Oncology (ASCO) Cervical Cancer Prevention Program: A Hands-On Training Course in Nepal. JCO Glob Oncol 7, 204-209.
135. McIlfatrick S, et al. Investigating the role of the general practitioner in cancer prevention: a mixed methods study. BMC Fam Pract 14, 58.
136. Nessler K, Ball F, Chan SKF, Chwalek M, Krztoń-Królewiecka A, Windak A. Barriers and Attitudes Towards Cervical Cancer Screening in Primary Healthcare in Poland - Doctors' Perspective. BMC Fam Pract. 2021 Dec 30;22(1):260.
137. Bongaerts T.H, et al. Perceptions and beliefs of general practitioners on their role in the cancer screening programmes in the Netherlands: a mixed-methods study. BMC Prim. Care 25, 129 (2024).
138. Lurie N, et al. Why do patients of female physicians have higher rates of breast and cervical cancer screening? J Gen Intern Med. 1997 Jan;12(1):34-43.
139. Rochoy M, et al. Factors Associated with the Achievement of Cervical Smears by General Practitioners. BMC Res Notes 10, 723 (2017).
140. Poncet L, ET AL. Disengagement of general practitioners in cervical cancer screening. Eur J Cancer Prev. 2016 Nov;25(6):547-55.

141. Yashlı G, Turhan E, Eser S, Tozun M, Oğuz M, Alpay F. Level of Knowledge and Behavior of Family Health Personnel Workers in Izmir About Early Diagnosis for Breast and Cervix Cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2015;16(6):2501-5.
142. Lakew G, et al. Cervical Cancer Screening Practice and Associated Factors Among Female Health Care Professionals in Ethiopia 2024: a Systematic Review and Meta-analysis. *BMC Cancer*. 2024 Aug 9;24(1):986.
143. Zheng S, et al. Willingness of healthcare providers to perform population-based cancer screening: a cross-sectional study in primary healthcare institutions in Tianjin, China. *BMJ Open*. 2024 Apr 2;14(4):e075604.
144. Sicsic J, Krucien N, Franc C. What are GPs' Preferences for Financial and Non-financial Incentives in Cancer Screening? Evidence for Breast, Cervical, and Colorectal Cancers, *Social Science & Medicine*, Volume 167,2016,Pages 116-127,ISSN 0277-9536.

EKLER

EK-1. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926

22.08.2023

Konu : Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Kararları

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 22.08.2023

TOPLANTI SAATİ : 13:00 (toplanti online yapılmıştır.)

TOPLANTI NO : 2023/07

PROJE/ KARAR NO : 2023-313 (Değerlendirilme Tarihi: 22.08.2023)

Üniversitemiz Gülhane Tıp Fakültesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalında görevli Doç. Dr. Asiye Çiğdem ŞİMŞEK'in sorumlu araştırmacı olduğu, Dr. Ege İhsan ORUÇ HAMAVIOĞLU'nun yardımcı araştırmacı olduğu, 2023/313 kayıt numaralı, "Ankara İli Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışanların Serviks Kanseri Taramalarına Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Tarama Düzeylerine Etkisinin Değerlendirilmesi" başlıklı doktora tezi proje önerisi, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, ilgili birimden izin alınmasını müteakip etik açıdan uygun bulunmuştur. Rica ederim.

Sıra No	Unvanı ve Adı/Soyadı	Kuruldaki Görevi	İmza
1	Prof. Dr. Ahmet COŞAR	Başkan	
2	Prof. Dr. Alper GÖZÜBÜYÜK	Başkan Yardımcısı	
3	Prof. Dr. Selahattin BEDİR	Üye	
4	Prof. Dr. Levent KENAR	Üye	
5	Prof. Dr. Onur ERDEM	Üye	
6	Prof. Dr. Ali Kağan COŞKUN	Üye	
7	Prof. Dr. Hüseyin Levent YAMENEL	Üye	
8	Prof. Dr. Fulya TOKSOY TOPÇU	Üye	
9	Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ	Üye	
10	Prof. Dr. Dilek YILDIZ	Üye	
11	Prof. Dr. Eda PURUTÇUOĞLU	Üye	
12	Prof. Dr. Mehmet Erhan YUMUŞAK	Üye	
13	Prof. Dr. Umut BEYLİK	Üye	
14	Doç. Dr. Serkan PEKÇETİN	Üye	
15	Doç. Dr. Asiye Çiğdem ŞİMŞEK	Üye	
16	Doç. Dr. Sait YEŞİLLİK	Üye	
17	Doç. Dr. Nezehat Özgül ÜNLÜER	Üye	
18	Dr. Öğr. Üyesi Eray Serdar YURDAKUL	Üye	

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu
Etik-Ankara Telefon: 0 (312) 504 6135

EK-2. ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA İZNİ



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-51381736-771-226511856
Konu : Araştırma İzni
(Doç. Dr. Asiye Çiğdem ŞİMŞEK)

13.10.2023

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Gülhane Tıp Fakültesi Dekanlığı)

İlgi : 06.09.2023 tarih ve 223815726 sayılı yazınız.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı'nda görevli Doç. Dr. Asiye Çiğdem ŞİMŞEK sorumluluğunda ve yardımcı araştırmacı Dr. Ege İhsan ORUÇ HAMAVIOĞLU tarafından yapılmak istenen "Ankara İli Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışanların Serviks Kanseri Taramalarına Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Tarama Düzeylerine Etkisinin Değerlendirilmesi" başlıklı ve ilgi kayıtlı araştırma izin talebi, Müdürlüğümüz "AHSHB Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonu" tarafından 28/09/2023 tarihinde düzenlenen toplantıda değerlendirilmiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 31 inci maddesi 5. fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait bilgi sisteminde tuttuğu tüm verinin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliğinin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1'inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veri şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz. Bununla birlikte aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalar için bu merkezde çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması ile aile sağlığı Merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde çalışma mesaisi ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir. Ayrıca kişilerin kimlik bilgilerini ortaya çıkarabilecek

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 337BB225-BDCB-4BB9-866A-1D15068BF097

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Hacettepe, Talatpaşa Blv no 44, 06230 Altındağ/Ankara 06000

Telefon No: 03120000000

e-Posta: Internet.Adresi:https://www.saglik.gov.tr/

Kep Adresi:

Bilgi için: Betül ÜÇER
Veri Hazırlama Ve Kontrol İşlt.

Telefon No: 03125084704



sorulardan kaçınılması ve araştırmacının personel desteği almadan kendi imkânları ile araştırmayı yapabilmesi esastır.

Yapılan değerlendirmede; araştırma izin talebinin uygun olduğuna ve izin verilmesine karar verilmiştir. Sorumlu Araştırmacı Doç. Dr. Asiye Çiğdem ŞİMŞEK'e tebliğ edilmesi hususunda;

Bilginizi ve gereğini arz ederim.

Doç. Dr. Mustafa Sırrı KOTANOĞLU
İl Sağlık Müdürü a.
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 337BB225-BDCB-4BB9-866A-ID15068BF097

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Hacettepe, Talatpaşa Blv no 44, 06230 Altındağ/Ankara 06000

Telefon No: 03120000000

e-Posta: [Internet Adresi: https://www.saglik.gov.tr/](https://www.saglik.gov.tr/)

Kep Adresi:

Bilgi için: Betül ÜÇER

Veri Hazırlama Ve Kontrol İşlt.

Telefon No: 03125084704



EK-3. ANKET FORMU

Ankara İli Aile Sağlığı Merkezi Çalışanlarının Serviks Kanseri Taramalarına Yönelik Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi Formu

Değerli meslektaşlarım, 23 sorudan oluşan bu anket formu “Ankara İli Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışanların Serviks Kanseri Taramalarına Yönelik Bilgi Tutum ve Davranışlarının Tarama Düzeylerine Etkisinin Değerlendirilmesi” başlıklı doktora tezi çalışmasına veri toplamak için geliştirilmiştir. Bu anket aracılığıyla toplanan veriler Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan sağlık personelinin serviks kanseri taramasına katılımını etkileyen faktörleri anlamamız için kullanılacaktır. Araştırma da bireysel sonuçlar değil grup sonuçları değerlendirilecektir. **Vereceğiniz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacağından adınızı yazmanıza gerek yoktur.** Verdiğiniz yanıtlar kesinlikle gizli kalacak, araştırma ekibi dışında kimse ile paylaşılmayacaktır. Bu çalışma süresince toplanan veriler, yalnızca akademik araştırma amacı ile kullanılacaktır. Aşağıda bulunan anketi doldurarak, araştırmaya katılmayı kabul etmiş olacaksınız. Lütfen size uygun seçeneğin başına (X) işareti koyunuz. Seçenek verilmeyen sorularda cevabınızı boşluğa yazınız. **Katkılarınız için teşekkür ederiz.**

Ankete katılmayı : Onaylıyorum ()

Onaylamıyorum ()

BÖLÜM 1- Demografik Özellikler

1) Yaşınız:

a) 20-29 b) 30-39 c) 40-49 d) 50 yaş üstü

2) Cinsiyetiniz :

a) Kadın b) Erkek

3) Mesleğiniz:

a) Uzman hekim b) Hekim c) Aile sağlığı çalışanı d) Diğer sağlık personeli

4) Toplam çalışma süreniz (yıl):

a) 0-4 b) 5-9 c) 10-14 d) 15-19 e) 20 ve üzeri

5) Aile Sağlığı Birim Kodu: (.....)

BÖLÜM 2- Hastalık Durumu

6) Ailenizde kanser hastası var mı?

a) Var b) Yok

7) Varsa;

a) Kendisi b) 1. derece akraba (eş, anne, baba, kardeş, çocuk) c) 2. derece akraba

8) Ailenizde serviks kanseri olan var mı?

a)Var

b) Yok

9)Varsa;

a)Kendisi
akraba

b) 1. derece akraba (eş, anne, baba, kardeş, çocuk)

c) 2. derece

BÖLÜM 3

A) Serviks Kanseri İle İlgili Bilgi Durumu

10) Aşağıda serviks kanseri nedeni olabilecek riskler ve serviks kanseri belirtileri ile ilgili ifadeler yer almaktadır. Bu ifadelerden doğru olanlar için **Doğru**, yanlış olanlar için **Yanlış** seçeneğini işaretleyiniz.

	<u>Doğru</u>	<u>Yanlış</u>	<u>Bilmiyorum</u>
a) Düşük sosyoekonomik düzey	()	()	()
b) Uzun süre doğum kontrol hapi kullanma	()	()	()
c) Erken yaşta cinsel ilişkide bulunma	()	()	()
d) HPV enfeksiyonu geçirmiş olma	()	()	()
e) HIV/AIDS enfeksiyonu	()	()	()
f) Çok sayıda cinsel partner	()	()	()
g) Fazla kilolu olma	()	()	()
h) Çok sayıda doğum yapmış olma	()	()	()
i) Ailede serviks kanseri öyküsü olması	()	()	()
j) Sigara kullanımı	()	()	()
k) Cinsel ilişki sonrası kanama serviks kanseri belirtisi olabilir	()	()	()
l) Menopoz sonrası kanama serviks kanseri belirtisi olabilir	()	()	()
m) Cinsel ilişki esnasında ağrı olması serviks kanseri belirtisi olabilir	()	()	()
n) Serviks kanserinin önlenmesine yönelik Human Papilloma Virüs(HPV) aşısı bulunmaktadır	()	()	()

B) Serviks Kanseri Tarama Programı Konusunda Bilgi Durumu

11) Aşağıda serviks kanseri ulusal tarama programı ile ilgili ifadeler yer almaktadır.

Bu ifadelerden doğru olanlar için **Doğru**, yanlış olanlar için **Yanlış** seçeneğini işaretleyiniz

Doğru Yanlış Bilmiyorum

a) Serviks kanseri erken tanısı mümkün olan bir kanser türüdür	()	()	()
b) Serviks kanseri taramasının hastaya bir zararı yoktur	()	()	()
c) Serviks kanserinin prekanseröz dönemi 10-20 yıl arasındadır	()	()	()
d) Serviks kanseri taramanın amacı prekanseröz lezyonları tespit etmektir	()	()	()
e) Serviks kanseri taraması sadece çok eşli kişilere önerilir	()	()	()
f) Kişiler asemptomatik ise serviks kanseri taraması yapılmasına gerek yoktur	()	()	()
g) Serviks kanseri tarama testi 30-65 yaş aralığında yapılır	()	()	()
h) Serviks kanseri tarama testinin menopozdan sonra yapılmasına gerek yoktur	()	()	()
i) Serviks kanseri tarama testini hayat boyunca 1 kez yaptırmak yeterlidir	()	()	()
j) HPV-DNA numunesi almak için en uygun zaman, adet bitiminden 1 hafta sonrasıdır	()	()	()
k) HPV-DNA testi yalnızca hekim tarafından alınır	()	()	()
l) Serviks kanseri tarama testi 5 yılda bir yapılmalıdır.	()	()	()

BÖLÜM 4-Serviks Kanseri Tarama Programı Konusunda Tutum Durumu

12) Aşağıda serviks kanseri ulusal tarama programı ile ilgili ifadeler yer almaktadır. Lütfen ifadelere katılma durumunuzu belirtiniz

	Kesinlikle Katılıyorum (5)	Katılıyorum (4)	Emin Değilim (3)	Katılmıyorum (2)	Kesinlikle Katılmıyorum (1)
S.1) 30-65 yaş arası tüm kadın hastalarım serviks kanseri taraması yaptırmalarını öneririm					
S.2) Serviks kanseri taraması ile ilgili hastalara bilgi aktarmanın gerekli olduğunu düşünürüm					
S.3) Sağlıklı kişilere serviks kanseri tarama testi uygulamak, sağlık kaynaklarının ihtiyaç sahiplerine ulaştırılmasına engel olduğunu düşünürüm					
S.4) Serviks kanseri taraması birinci basamakta yapılabilir					
S.5) Hastalara verdiğim poliklinik hizmetlerinin yoğunluğu serviks kanseri taraması uygulamamı olumsuz etkiler					
S.6) Toplumda daha sık görülen hastalıkların taranması kanser taramalarından daha önemlidir					
S.7) Serviks kanseri taraması için verilen pozitif performans tarama yapma isteğimi artırır					
S.8) Serviks kanseri taraması yaptırmayı düşünürüm (kadın katılımcılar)					

BÖLÜM 5-Serviks Kanseri Tarama Programı Konusunda Davranış Durumu

Erkek katılımcılar 12 ve 13. Soruları yanıtlamayacaktır

13) HPV/DNA ve/veyasmeartesti yaptırdınız mı?

- a) Evet b) Hayır

14) 12. soruya hayır yanıtı verdiyseniz yaptırmama nedeniniz nedir?

- a) Yapılması gerektiğini bilmiyorum
b) Nasıl yaptırılacağını bilmiyorum
c) Gerekli olduğunu düşünmüyorum
d) Yaptırmaktan korkuyorum, çekiniyorum
e) Diğer lütfen belirtiniz (.....)

15) 1. derece yakınlarınızın serviks kanseri taramasını yaptırdınız mı ?

- a) Evet b) Hayır

16) Biriminizde serviks kanseri taraması yapılıyor mu?

- a) Evet b) Hayır (lütfen açıklayınız.....) **Cevabınız “Hayır” ise 17. Soruyu yanıtlamayınız.**

17) Biriminizde HPV DNA testi için örneği kim alıyor?

- a) Uzman Hekim b) Hekim c) Aile Sağlığı Çalışanı d) Diğer sağlık personeli

18) Hastalarınızı düzenli olarak arayarak serviks kanser taramasına davet ediyor musunuz?

- a)Evet, sık sık b) Evet, ara sıra c) Hayır

19) Serviks kanseri taramasını kabul etmeyen hastalarınıza taramanın önemini anlatıyor musunuz?

- a) Evet, sık sık b) Evet, ara sıra c)Hayır

20) Serviks kanseri taraması için numune alım teknikleri ile ilgili eğitim aldınız mı?

- a) Yüzyüze eğitim aldım

A1) Yeterli olduğunu düşünüyor musunuz? A)Evet B) Hayır (lütfen açıklayınız.....)

- b) Smear alma teknikleri konusunda hazırlanmış eğitim videolarını izledim

B1) Yeterli olduğunu düşünüyor musunuz? A)Evet B) Hayır (lütfen açıklayınız.....)

- c) Eğitim almadım

21) Serviks kanseri taramalarının size ek iş yükü getirdiğini düşünüyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

22) Sizce Aile Sağlığı Merkezleri'nde serviks kanseri taramaları konusunda nasıl bir destek uygulanmalı? **Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.**

- a) Finansal destek
- b) Servikal smear alma teknikleri eğitimi
- c) Personel desteği
- d) Aile Hekimliği Birimine (AHB) bağlı nüfus sayısının azaltılması
- e) Diğer (lütfen açıklayınız.....)

23) Çalıştığınız birimin/kuruluşun serviks kanseri taraması yapılan kişi sayısını belirtir misiniz? Bilmiyorsanız kişi sayıları Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı'ndan talep edilecektir

	Taraması Yapılan Nüfus (kişi sayısı)
2018	
2019	
2020	
2021	
2022	
Toplam	

Teşekkür ederiz.

ÖZGEÇMİŞ

Bireysel Bilgiler

Ad-Soyad: Ege İhsan ORUÇ HAMAVİOĞLU

Doğum Yılı:

Medeni Durum:

Yabancı Dil:

İletişim Adresi:

Eğitim Bilgileri

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Doktora Programı	2020- 2025
Anadolu Üniversitesi, Uluslararası İlişkiler	2017- 2021
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi	1991-1997
Gaziantep Anadolu Lisesi	1984-1991

Görev Yaptığı Yerler

Gölbaşı İlçe Sağlık Müdürlüğü	2024-Devam ediyor
Ufuk Avrupa Program Komitesi Stratejik Yapılandırması Çalışma Grubu Üyesi	2022-2023
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı	2021-2023
DSÖ Uluslararası Kanser Araştırma Kurumu İzmir Bölgesel HUB Uluslararası Eğitimci	2018- Devam ediyor
İl Sağlık Müdürlüğü, Gaziantep	2010-2018
Sağlık Ocağı Hekimliği, Gaziantep	2003-2010
Real GmbH, Gaziantep, İşyeri Hekimliği	1999-2008

Aldığı Eğitimler

Çocukluk Çağı Kanseri Kayıtçılığı (ChildGICR Childhood Cancer Registration)

Kanser Kayıtçılığında Kodlama ve Evreleme, Uluslararası Eğitimci Eğitimi (GICR Masterclass on Coding and Staging)

Kanser Hastalığında Sağkalım Metodları (Cancer Survival Methods for Cancer Registries)

Nüfus Tabanlı Kanser Kayıtları ile Tanımlayıcı Epidemiyolojik Araştırmalar ve Analitik Yaklaşımlar (Descriptive Epidemiology Research and Analytical Approach Using Population Based Cancer Registry Data)

Kanser Epidemiyolojisi Uygulamaları (Applied Short Course in Cancer Epidemiology)

Kanser Kayıt Verilerinin Kanser Kontrol Araştırmalarında Kullanımı (Uses of Cancer Registry Data in Cancer Control Research)

Kanser Kayıtçılığı Eğitimi (Cancer Registry Training Course)

Bilimsel Etkinlikler

Yayınlar : Cancer Incidence, Mortality and Survival in Türkiye as of 2020

Verdiği Eğitimler : Coding and Staging Systems in Cancer Registration

Uluslararası, Ulusal Ve Yerel Projeler

IPAIH Sağlık Bakanlığının Dezavantajlı Gruplara Yönelik Nüfusa Dayalı Kanser Tarama Kapasitesinin Güçlendirilmesi Projesi

IARC/ GICR Kanser Kayıtçılığı Bölgesel Hub Projesi

Türkiye Kanser İstatistikleri Raporları 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018

Gaziantep KETEM Projesi, 2015 (Gaziantep Büyükşehir Belediyesi ile birlikte)

Gaziantep Mobil Mamografi Aracı Projesi, 2015 (Gaziantep Büyükşehir Belediyesi ile birlikte)