



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ
ANABİLİM DALI

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
30-65 YAŞ ARASI KADINLARIN SERVİKS KANSERİ
TARAMASI KONUSUNDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

DR. ELYURA DAVRİSHLI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

SAMSUN-2021



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ
ANABİLİM DALI

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
30-65 YAŞ ARASI KADINLARIN SERVİKS KANSERİ
TARAMASI KONUSUNDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

DR. ELYURA DAVRISHLI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞRETİM ÜYESİ MUSTAFA ÜNAL

SAMSUN -2021

TEŞEKKÜR

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda bulunduğum süre içinde bilgi, deneyim ve desteğini esirgemeyen tüm değerli hocalarıma,

Tezimi hazırlama aşamasında bana yol gösterici olan danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Mustafa ÜNAL'a,

Tüm asistanlığım boyunca manevi desteğini her daim hissettiğim Doç. Dr. Mustafa Kürşat ŞAHİN'e,

Asistanlığım süresince desteklerini esirgemeyen ve bana hiç bir zaman "yabancı" olduğumu hissettirmeyen saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Mustafa Fevzi DİKİCİ ve Prof. Dr. Füsun Ayşin ARTIRAN İĞDE'ye,

Samsun'a geldiğimden beri bana aile olan, en değerli anılarımı paylaştığım arkadaşlarım Ecem Devecioğlu'na, Şulenur Çay'a, Emine Betül Alakuş', Elif Pala Gün'e, Pınar Küçükosmanoğlu'na, Vasfiye Güven'e, Merve Feride Tan Ceylan'a, Betül Kirenci'ye, Yeliz Evcim'e,

Varlığına her zaman şükrettiğim ve azmini her daim örnek aldığım, hayat pınarım canım anneme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Elyura DAVRİŞLİ

ÖZET

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı 30-65 yaş arası kadınların serviks kanseri taraması konusunda bilgi,tutum ve davranışlarını değerlendirmektir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Bu tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir anket çalışmasıdır.Kadınlara 2 bölümden oluşan anket formu uygulanmıştır. Anketin birinci bölümü katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, jinekolojik muayene yaptırma durumlarını, ikinci bölümü ise serviks kanseri taraması konusundaki bilgi düzeylerini, tutumlarını, tarama yaptırma veya yaptırmama nedenlerinin değerlendirildiği sorulardan oluşmaktadır.

BULGULAR: Çalışmaya 211 kadın dahil edilmiş olup, yaş ortalamaları 40,88±9,28 yılıdır. Kadınların %79,1'i rahim ağzı kanseri taraması hakkında daha önce bilgi almış olup, bunların %85,6'sı bu bilgiyi doktor veya sağlık personelinde aldığı belirtmiştir. Katılımcıların %62,6'nın serviks kanseri taramasını daha önce yaptırdığı saptanmıştır. Bunların %83,3'ü taramayı son 5 yılda yaptırdığı, %55,3'ü doktor isteği üzerine ve %43,1'i devlet veya üniversite hastanesinde yaptırdığı saptandı.Serviks kanseri taramasını yaptırmayan kadınların %58,2'si jinekolojik muayeneden utandığı veya çekindiği için yaptırmadığını belirtti. Çalışmamızda 50-59 yaş arasında olmak, il merkezinde ikamet etmek,evli olmak, daha önce doğum yapmış olmak, rahim ağzı kanseri öyküsüne mevcut olan 1.ci ve 2.ci derece akrabaya sahip olmak serviks kanseri taramasını yaptırma açısından anlamlı bulunmuştur. Ayrıca tarama hakkında bilgisi olan ve doktor veya sağlık personeli tarafından bilgilendirilenlerin taramayı daha çok yaptırdığı gözlemlenmiştir. Buna karşın eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, doğum sayısı ve sigara kullanımı gibi sosyodemografik özelliklerin taramayı yaptırma davranışı üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır.

SONUÇ: Çalışmamızda serviks kanseri taramasını yaptırma oranları bir çok çalışmaya göre yüksek bulunmuştur. Katılımcılar arasında daha önce tarama hakkında bilgi almış ve bilgi kaynağı doktor veya sağlık personeli olanlar rahim ağzı kanseri taramasını daha çok yaptırdıkları tespit edilmiştir. Bu nedenle serviks kanseri taramasının etkinliğini sağlayabilmek için başta birinci basamak sağlık kuruluşları olmak üzere, tüm sağlık alanında çalışan özellikle hekim ve hemşirelerin bu konuda toplumun her kesimine ulaşma ve farkındalık oluşturma sorumluluğunu üstlenmesi gerekmektedir.

ANAHTAR KELİMELELER: 30-65 yaş kadın ,serviks kanseri taraması, bilgi, tutum, davranış

ABSTRACT

AIM: The aim of this study is to evaluate the knowledge, attitudes and behaviors of women aged 30-65 about cervical cancer screening.

MATERIALS AND METHODS: This is a descriptive and cross-sectional survey study. A two-part questionnaire was administered to a group of women between the ages of 35-60. The first part of the questionnaire consists of questions about the participants' sociodemographic characteristics, their gynecological examination status. The second part of the survey assesses their level of knowledge about cervical cancer screening, their attitudes, and the reasons for being screened or not.

RESULTS: 211 women were included in the study, and their mean age was 40.88 ± 9.28 years. 79.1% of women had previously received information about cervical cancer screening, and 85.6% stated that they received this information from doctors or health personnel. It was determined that 62.6% of the participants had at least one cervical cancer screening before. 83.3% of the participants with previous screening experience had the screening done in the last five years; 55.3% at doctor's request and 43.1% at the state or university hospital. 58.2% of the women who did not have the cervical cancer screening were ashamed of the gynecological examination. In our study, being between 50-59 years old, residing in the city center, being married, and having given birth before, having a first or second-degree relative with a history of cervical cancer shows a significant difference in cervical cancer screening. In addition, it has been observed that those who have knowledge about screening and are informed by doctors or health personnel have more screening. On the other hand, sociodemographic characteristics such as education level, employment status, income level, number of births and smoking did not have a statistically significant effect on the screening behaviour.

CONCLUSION: In our study, the screening rate for cervical cancer was found to be higher than in many other studies. It has been determined that among the participants, those who have received information about screening before and whose information source is a doctor or health personnel have more frequent cervical cancer screening. For this reason, to ensure the effectiveness of cervical cancer screening, physicians and nurses working in all health fields,

especially primary health care institutions, should take responsibility for reaching all segments of society and raising awareness.

KEYWORDS: 30-65 ages women, cervical cancer screening, knowledge, attitudes, behaviours

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Serviks Kanseri Epidemiyolojisi	2
2.2. Serviks Kanseri Risk Faktörleri.....	3
2.3. Serviks Kanseri Belirtileri	4
2.4. Serviks Kanserinden Korunma	5
2.4.1. HPV aşılıarı	5
2.4.2. Serviks Kanserinde Tarama	6
2.4.2.1. HPV testi	8
2.4.2.2. Pap Smear testi	9
2.5. Serviks Kanserinin Evreleri	10
3. GEREÇ VE YÖNTEM	13
3.1. Araştırmanın Tipi.....	13
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	13
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	13
3.4. Araştırmanın Uygulama Şekli ve Verilerin Toplanması	13
3.5. Veri toplama araçları	13

3.6. İstatistiksel Analiz.....	14
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri	14
4. BULGULAR	15
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	15
4.2. Katılımcıların Rahim Ağzı Kanseri Taraması Hakkında Bilgi Düzeyleri	17
4.3. Katılımcıların Rahim Ağzı Kanseri Taramasını Yaptırma Davranışları	19
4.4. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile Rahim Ağzı Kanseri Taramasını Yaptırma Durumları Arasındaki İlişki.....	21
4.5. Katılımcıların Rahim Ağzı Kanseri Taraması Hakkında Bilgi Durumları ile Rahim Ağzı Kanseri Taramasını Yaptırma Davranışları Arasındaki İlişki.....	24
5. TARTIŞMA	26
6. SONUÇLAR.....	31
7. KAYNAKLAR.....	32
8. EKLER.....	41
EK-1: Tez Anketi.....	41
EK-2: Etik Kurul Onayı.....	44
EK-3: Orjinallik Raporu	45

KISALTMALAR

ACOG: Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği

ACS: Amerikan Kanser Derneği

CDC: Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi

CIN: Servikal İnterapitelyal Neoplazi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FDA: Amerika Gıda ve İlaç Dairesi

FIGO: Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu

GLOBOCAN: Uluslararası kanser araştırmaları ajansı

HIV: İnsan İmmünyetmezlik Virüsü

HPV: İnsan Papilloma Virüsü

KETEM: Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

USPSTF: Amerika Önleyici Hizmetler Görev Gücü

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Tablo 2. Katılımcıların rahim ağzı kanseri taraması hakkındaki bilgi düzeyleri

Tablo 3. Katılımcıların rahim ağzı kanseri konusundaki davranışları

Tablo 4. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile Rahim Ağzı Kanseri Taramasını Yaptırma Durumları Arasındaki İlişki

Tablo 5. Katılımcıların jinekolojik muayene yaptırma durumları ile taramayı yaptırma davranışları arasındaki ilişki

Tablo 6. Katılımcıların rahim ağzı kanserinin önlenebileceği konusundaki bilgileri ile taramayı yaptırma davranışları arasındaki ilişki

Tablo 7. Katılımcıların rahim ağzı kanseri hakkında bilgi alma durumları ile taramayı yaptırma davranışları arasındaki ilişki

Tablo 8. Katılımcıların rahim ağzı kanseri taraması hakkındaki bilgi kaynakları ile taramayı yaptırma davranışları arasındaki ilişki

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Kadınlarda En Sık Görülen 10 Kanserin Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hızları

Şekil 2. Katılımcıların jinekolojik muayene yaptırma durumları

Şekil 3. Katılımcıların birinci ve ikinci derece akrabalarında rahim ağzı kanseri tanısının olması durumu

Şekil 4. Katılımcıların rahim ağzı kanserinin tarama testleri ile önlenebileceği hakkındaki görüşleri

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Serviks kanseri düzenli tarama ile önlenilecek tek jinekolojik kanser türüdür. Erken tanı serviks kanserinde tedavi şansını ciddi şekilde artırarak, görülme sıklığını ve ölüm oranını da azaltır (1). Serviks kanserini önlemeye yönelik tüm çabaların (Pap smear ve HPV testi, aşılama) olmasına rağmen, gelişmiş ve gelişmemiş ülkelerde Pap smear testi yaptırma oranı farklılık göstermektedir. Gelişmiş ülkelerdeki kadınların % 85'inin hayatında en az bir kez Pap smear testi yaptırmasına rağmen, bu oran az gelişmiş ülkelerde sadece % 5'tir (2).

Türkiye'de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) önerileri uyarınca 1992'den beri servikal smear testi, 2012'den itibaren ise HPV testi ile serviks kanseri taraması hizmetlerinin verilmesine karşın, kadınların tarama programlarına katılımlarının yeterli düzeyde olmadığı belirtilmektedir. Etkin kanser taramasının sağlanması için toplumun %70'ni kapsamaması gerekmekte iken farklı yıllarda yapılan çeşitli çalışmalarda bu oranlar %30.3, 32.4%, %51.3 olarak bulunmuştur (3-5). Kadınların serviks kanserinde tarama programlarına katılımları pek çok kişisel, sosyal, kültürel ve kurumsal faktörden etkilenmektedir. Kadınlar korku, utanç, çekingenlik gibi duygular yaşadıklarını ve düzenli test yaptırmada jinekolojik muayenenin engel olduğunu ve davranışlarını olumsuz etkilediğini ifade etmişlerdir (6).

Böylelikle kadınların kanserin erken tarama programlarına katılımlarını engelleyen faktörlerin belirlenmesi, bu konuda yapılacak stratejik faaliyetlerin geliştirilmesinde önemlidir. Biz de bu çalışmamızda Sağlık Bakanlığı tarafından serviks kanseri taraması için uygun görülen yaş aralığı olan 30-65 yaş arası kadınlarda bu tarama konusunda bilgi, tutum ve davranışlarını, bunu etkileyen sosyodemografik özellikleri ortaya koymayı, aynı zamanda anketi uyguladığımız gönüllü olan kadınlarda bu konuda farkındalık oluşturmayı hedefledik.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Serviks Kanseri Epidemiyolojisi

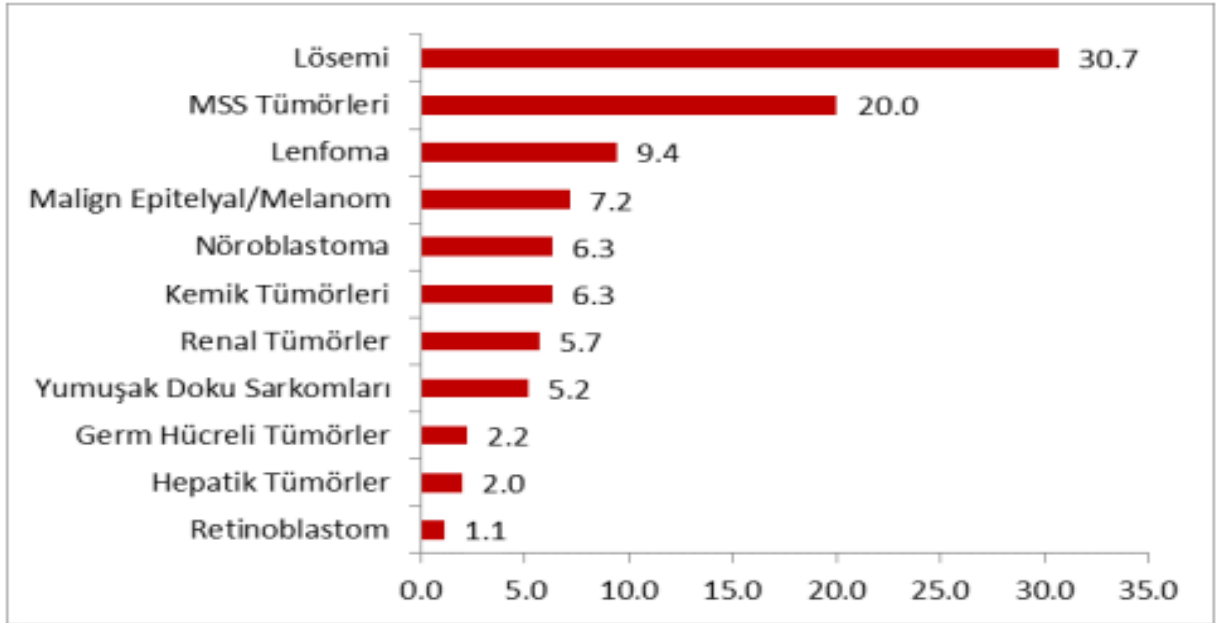
Serviks kanseri dünya çapında dördüncü en yaygın kadın malignitesidir ve önemli bir küresel sağlık sorunudur. Sadece 2018'de bu hastalığa bağlı tahmini 570.000 vaka ve 311.000 ölüm bildirilmiştir (7). Servikal taramaya yönelik organize ve kapsamlı yaklaşımlar şimdiye kadar esas olarak yüksek geliri olan ülkelerde uygulanmıştır ve bunun sonucunda, rahim ağzı kanserlerinin %85'i daha az gelişmiş bölgelerde meydana geldiği tespit edilmiştir. Ayrıca rahim ağzı kanserinin mortalite oranının düşük gelirli ve orta gelirli ülkelerde gelişmiş ülkelerekinden 18 kat daha yüksek olduğu görülmüştür (8).

Ocak 2019'da, DSÖ İcra Kurulu , Üye Devletlere "2020-2030 dönemi için rahim ağzı kanserinin ortadan kaldırılmasını hızlandıracak hedefleri içeren küresel strateji" geliştirmesi için çağrıda bulundu. Haziran 2019'da Üye Devletler tarafından bu stratejiye yönelik sunulan ön taslağa göre rahim ağzı kanserinin halk sağlığı sorunu olmaktan çıkması için yaşa göre standartize edilmiş insidans hızının her yıl 100.000 kadından <4 olması gerekiyor. Bu oranı yakalamak için 2030 yılına kadar ulaşılması gereken küresel hedefler aşağıdaki gibi belirlendi (9-11)

- Kız çocukların % 90'ı 15 yaşına kadar insan papilloma virüsü (HPV) aşısı ile tamamen aşılanmalı
- Kadınların% 70'i, yaşamları boyunca iki kez 35 ve 45 yaşlarında yüksek duyarlı test ile taranmalı
- Rahim ağzı kanseri tanısını alan kadınların % 90'ı gereken tedavi ve bakımı almalı

Kasım 2020'de 73.cü Dünya Sağlık Asamblesi'nde kabul edilen bu global strateji planının özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde vakaların önlenmesi ve invaziv rahim ağzı kanserinden kurtarılabilecek hayatlar açısından önem arz edeceği bekleniliyor.

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın 2019 yılında yayınladığı kanser istatistiklerine göre 2016 yılında serviks kanseri, tüm kadın kanserleri arasında 9. sırada olup insidansı %4.3 olarak görülmüştür (12). GLOBOCAN 2018 verilerine göre ise Türkiyede serviks kanserinin insidansı 4.8% olarak kaydedilmiş ve kadın kanserleri arasında 12. sırada yer almıştır (13).



Şekil 1. Kadınlarda En Sık Görülen 10 Kanserın Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hızları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2016) (Dünya Standart Nüfusu, 100.000 Kişide) (4)

2.2. Serviks Kanseri Risk Faktörleri

- İnsan papilloma virüsü (HPV), servikal intraepitelyal neoplazi (CIN) ve serviks kanserinin en önemli risk faktörü olup, dünyada cinsel yolla bulaşan en yaygın viral enfeksiyondur (14). Şimdiye kadar 200’den fazla HPV tipi tespit edilmiş ve bunların 40’dan fazlası genital bölgeyi enfekte etmektedir. Kanserojenik özelliklerine göre yüksek riskli (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 ve 68) , muhtemel yüksek riskli (53, 66, 70, 73,82) ve düşük riskli (6,11,40,42,44,54,61,72) HPV tipleri tanımlanmıştır (15, 16). HPV enfeksiyonlarının büyük çoğunluğu hiçbir belirti vermemesine ve kendi kendini sınırlamasına karşın, onkojenik olarak da bilinen yüksek riskli HPV tipleri prekanseroz lezyonlara ve invaziv serviks kanserine yol açabilirler (17). Yüksek riskli HPV'ler neredeyse tüm rahim ağzı kanseri vakalarında görülüp, aynı zamanda diğer anogenital (vulvar, vajinal, penis ve anal kanserler) ve orofaringeal kanserlerin bazı alt tiplerinden de sorumludur (18). Özellikle HPV16 ve

18 tipleri en agresif olup, dünyada görülen serviks kanseri vakaların yaklaşık 70%'da tespit edilmiştir (19). Düşük riskli olan HPV 6 ve HPV 11 tipler ise genital siğillerin 90%'dan sorumlu oldukları gösterilmiştir (20).

Her ne kadar persistan HPV enfeksiyonu prekanseröz servikal lezyonların en önemli nedeni olarak kabul edilse de, tek başına onların gelişimi için yeterli değil (21). HPV enfeksiyonun kalıcı olmasına zemin yaratabilecek ve prekanseröz lezyonların invaziv kansere ilerlemesinde önemli rolü olan bir çok başka risk faktörü çeşitli çalışmalarda önümüze çıkmaktadır. Bunlar:

İlk cinsel ilişki yaşı (< 16 yaş) (22),

- Birden fazla cinsel partner sayısı (23),
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar(özellikle Chlamydia Trachomatis; Çalışmalarda bu patojenin HPV'nin serviks bazal membranına girişini kolaylaştırabildiği ve kalıcı enfeksiyonu sağlayacak aşırı inflamatuvar yanıt oluşturduğu gösterilmiştir) (24, 25),
- İmmunosupresyon (özellikle solid organ transplantasyonu) ve HIV enfeksiyonu (26),
- İlk gebelik yaşı (<19 yaş) (27),
- Multiparite (28),
- Oral Kontraseptif kullanımı (>5yıl) (29),
- Sigara kullanımı (30),
- Düşük sosyoekonomik düzey (31),
- Siyahi ırk (32),
- Genetik faktörler (anne ya da kız kardeş gibi birinci derece akrabada serviks kanser öyküsünün olması) (33).

2.3. Serviks Kanseri Belirtileri

Serviksin prekanseröz lezyonları ve erken evre serviks kanseri genellikle belirti vermez. Çoğu zaman hastanın şikayetleri kanser dokusu çevredeki dokulara invaze edene kadar başlamaz. Serviks kanserinin seyrinde görülen en yaygın semptomlar şunlardır:

- Cinsel ilişki sırasında veya sonrasında kanama,
- Aşırı adet kanaması,
- Adetlerarası kanama veya lekelenme,
- Menopoz sonrası kanama,

- Anormal vajinal akıntı

Ayrıca hastalığın ilerlemiş evrelerinde pürülan ve kötü kokulu vajinal akıntı, alt ekstremitelere yayılan pelvik veya bel ağrısı, hematüri, hematokezya, anemi, kilo kaybı gibi bulgular da görülebilir (34).

2.4. Serviks Kanserinden Korunma

Serviks kanseri etiyolojisi iyi öğrenilmiş malignite olup, etkili koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanması ile önlenebilir bir hastalıktır. Bu koruyucu hizmetler birincil, ikincil ve üçüncül korumayı içerir. Yakın zamana kadar, rahim ağzı kanserinin önlenmesi, özellikle Pap smear testine dayalı tarama olmak üzere temelde ikincil korumayı içeriyordu. Bununla birlikte, neredeyse tüm rahim ağzı kanseri vakalarının HPV enfeksiyonuna atfedilebilir olduğunun kabul edilmesi, hem bu hastalığın hem HPV'nin neden olduğu diğer kanserlerin insidansını azaltmak için birincil korumayı içeren HPV aşılmasının büyük önem arz edeceğini gösterdi (35). Böylelikle;

- Birincil koruma, insan papilloma virüsünün (HPV) onkojenik tiplerine karşı profilaktik aşılamaı içerir.
- İkincil koruma, serviks kanseri taramasına (Pap smear testi , HPV testi) ve kadınlarda prekanseröz lezyonların tedavisine dayanır.
- Üçüncül koruma ise, Dünya Sağlık Örgütü tarafından “her yaşta kadın için cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi dahil kanser tedavisine ve yönetimine erişim” olarak tanımlanmaktadır ve beraberinde palyatif bakımı da içermekte(36).

2.4.1. HPV aşıları

DSÖ, 2009 yılından bu yana, HPV aşılmasının, serviks kanserinin önemli halk sağlığı sorunu olduğu ve aşının maliyet-etkin ve uygulanmasının sürdürülebilir olabileceği ülkelerde ulusal aşılama programlarına dahil edilmesini önermektedir. Aşılar HPV'ye maruz kalmadan önce uygulandığında en etkili olur; aşılar tedavi edici değildir ve serviks kanseri veya HPV enfeksiyonunun tedavisi için kullanılmaz (37). Şimdiye kadar içerdikleri ve hedef alınan HPV serotiplerinin sayısına göre değişen üç farklı aşı geliştirilmiş ancak hepsi her ülkede

bulunmuyor. Aşılar tüm serviks kanseri vakalarının yaklaşık % 70'den sorumlu olan HPV 16 ve 18 tiplerine karşı etkili olup, prekanseröz servikal lezyonların önlenmesinde de oldukça başarılı oldukları gösterilmiştir (38).

- Kuadrivalan Aşı (Gardasil): HPV 6, 11, 16, ve 18 içeriyor
- 9-valanlı Aşı (Gardasil-9): kuadrivalan aşımın içerdiği HPV 6, 11, 16, 18 tiplerine ek 31, 33, 45, 52, ve 58 tiplerini içeriyor
- Bivalan Aşı (Cervarix): HPV 16 ve 18 içeriyor.

Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol Merkezi (CDC) ve Bağışıklık Danışma Kurulu'nu HPV aşısını rutin olarak 11-12 yaşta yapılmasını öneriyor ancak 9 yaştan itibaren aşılama başlanabilir. Bu yaş aralığında önerilmesinin bazı nedenleri var:

- Birincisi, aşı cinsel aktivite başlangıcından önce uygulandığında daha etkili olur, başka bir deyişle HPV bulaşı gerçekleşmeden önce.
- İkincisi, genç adolesanlarda immünojenite daha güçlüdür, dolayısıyla hedeflenen immun yanıtı daha kolay ulaşılabilir (39).

Ayrıca daha önce eksik aşılanmış bireyler 26 yaşına kadar HPV aşısını yaptırabilir. Yaş arttıkça HPV'ye maruz kalma oranı da arttığından 26 yaş üstü kadın ve erkeklere genellikle aşılama önerilmiyor. Buna rağmen 27-45 yaş aralığındaki bireyler, gençken eksik aşılanmışsa doktor görüşüne göre tekrar aşı yaptırabilirler. 15 yaş altında aşılama 2 doz olarak yapılıyor (0 ve 6 veya 12 ay). 15 yaş üstünde aşılama ise 3 doz olarak gerçekleştiriliyor (0,1-2 ve 6 ay) (40). Ülkemizde kuadrivalan aşı 2007 yılında, bivalan aşı 2008 yılında, 9- valanlı aşı 2017 yılında ruhsat almıştır (41). HPV aşısı için ulusal bir aşılama programı bulunmamakta ve bedeli de Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından karşılanmamaktadır (42).

2.4.2.Serviks Kanseri Tarama

Serviks kanseri için önerilen tarama programları farklı sağlık otoriteleri tarafından sunulmuş olup, değişiklik göstermektedir. Bunlardan bazıları aşağıdakilerdir;

Amerika Birleşik Devletleri Önleyici Hizmetler Görev Gücü (USPSTF) 'nün tarama algoritması:

- 21 yaşa kadar önerilmez (kanıt düzeyi D)
- 21-29 yaş arası kadınlarda 3 yılda bir tek servikal sitoloji ile önerilir (kanıt düzeyi A)

- 30-65 yaş arası kadınlarda 3 yılda bir tek servikal sitoloji veya 5 yılda bir tek HPV testi ile veya 5 yılda bir servikal sitoloji ve HPV testi kombinasyonu ile önerilir (kanıt düzeyi A)

- 65 yaş üstü kadınlara yeterli negatif tarama kanıtları (ardışık üç veya daha fazla negatif servikal sitoloji veya en son testin yakın 5 yıl içinde olması şartı ile son 10 yılda iki ardışık negatif HPV ve servikal sitoloji kombinasyonu sonucu) mevcut ve CIN II ve daha yüksek dereceli prekanseröz servikal lezyon veya servikal kanser öyküsü yok ise tarama önerilmez (kanıt düzeyi D)

- histerektomi geçirip, serviksi de çıkarılan CIN II ve daha yüksek dereceli prekanseröz servikal lezyon veya servikal kanser öyküsü olmayan kadınlara tarama önerilmez (kanıt düzeyi D) (43).

- Amerikan Kanser Derneği (ACS) 'nin tarama programı 2020 yılında güncellenmiş olup, aşağıdaki yenilenmiş önerilerle yayınlandı:

- 25 yaş taramaya başlama yaşı olarak belirlendi

- 25-65 yaş arası kadınlarda 5 yılda bir tercihen primer HPV testi ile (yalnızca FDA tarafından onaylanmış belirli HPV testleri, örn.Cobas, BD Onclarity) veya servikal sitoloji ve HPV testi kombinasyonu ile veya 3 yılda bir servikal sitoloji ile önerildi

- 65 yaş üstü kadınlarda önceki taramanın yeterli negatif sonuç kanıtları(en son testin yakın 5 yıl içinde yapılmış olması şartı ile, son 10 yıl içinde ardışık iki negatif sonucu olan primer HPV testi veya HPV testi ve servikal sitoloji kombinasyonu veya en son testin yakın 3 yıl içinde yapılmış olması şartı ile, son 10 yıl içinde ardışık üç negatif servikal sitoloji sonucu) mevcut ve son 25 yıl içinde CIN II ve daha yüksek dereceli kanseröz lezyon öyküsü yoksa tarama önerilmez

- histerektomi geçirip, serviksi de çıkarılan ve son 25 yıl içinde CIN II, CIN III veya kanser öyküsü olmayan kadınlara tarama önerilmez (44).

- ACOG (Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği)'un sunduğu öneriler:

- 21 yaşa kadar tarama önerilmez

- 21-29 yaş arası kadınlar için 3 yılda bir servikal sitoloji önerilir; bu yaş grubunda olan 25 yaş ve üstü kadınlara 3 yılda bir primer HPV testi ile (yalnızca FDA tarafından onaylanmış belirli HPV testleri, örn.Cobas, BD Onclarity) tarama düşünülebilir

- 30-65 yaş arası kadınlara tercihen 5 yılda bir servikal sitoloji ve HPV testi kombinasyonu ile veya 3 yılda bir servikal sitoloji önerilir. Yine 25 yaş ve üstü olan

kadınlara kadınlara 3 yılda bir primer HPV testi ile (yalnızca FDA tarafından onaylanmış belirli HPV testleri, örn.Cobas, BD Onclarity) tarama düşünülebilir

- 65 yaş üstü kadınlara yeterli negatif tarama kanıtları (ardışık üç veya daha fazla negatif servikal sitoloji veya en son testin yakın 5 yıl içinde olması şartı ile son 10 yılda iki ardışık negatif HPV ve servikal sitoloji kombinasyonu sonucu) mevcut ve CIN II ve daha yüksek dereceli prekanseröz servikal lezyon veya servikal kanser öyküsü yok ise tarama önerilmez (45).

• T.C.Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından uygun görülen serviks kanseri tarama standartları aşağıdaki gibidir:

- 30 yaşa kadar tarama önerilmez

- 30-65 yaş arası kadınlar için 5 yılda bir HPV testi veya servikal sitoloji ile tarama önerilir

- 65 yaş üstü kadınlara son iki HPV testi veya servikal sitoloji negatif ise tarama önerilmez

- benign jinekolojik nedenlerle total histerektomi yapılmış kadınlara (CIN II ve III varlığı, benign kabul edilmemektedir), tarama önerilmez. CIN II ve III nedeniyle histerektomi geçiren kadınların üç yeterli negatif sitoloji sonucu mevcut ve son 10 yılda anormal/ pozitif sonucu yok ise tarama kesilir (46).

2.4.2.1. HPV testi

Her ne kadar 20.ci yüzyılın ortalarında Papanicolau tarafından geliştirilen servikal sitoloji testi günümüzde dahi yaygın kullanılıyor olsa da, serviks kanserinin etiyolojisi yıllarca tanımlanamamıştı. Ayrıca bu testin tek başına kullanıldığında düşük duyarlılık gibi bazı dezavantajlarının da olması yeni tarama yöntemlerinin gerekliliğini hep gündemde tutmuştur (47).

Yalnızca 1984 yılında servikal karsinogenez ve HPV enfeksiyonu arasında kesin bir ilişki olduğu ortaya konuldu ve artık günümüze HPV'nin tek başına yeterli olmasa, serviks kanseri gelişiminde müstesna rolü olduğu bilinmekte. Bu buluş beraberinde etiyolojiye dayalı yeni tarama ve tanı yönteminin kullanılabilirliğini mümkün kılmıştır (48).

HPV testinin yaygın kullanımı son 20 yıldır devam etmekte ve bunun en önemli nedeni CIN II ve daha yüksek dereceli lezyonların saptanmasında gösterdiği yüksek sensitivite oranlarıdır.Yapılan çalışmalarda bu testin duyarlılığı CIN II ve CIN III için sırasıyla % 94.2-

97.4 ve % 93.6-97.6 tespit edilmiş ve yaştan bağımsız olduğu gösterilmiştir. HPV testinin bu özelliği hem serviks kanseri insidansında düşüş, hem de bu hedefe ulaşmak için yapılması gereken toplam tarama sayısının azalması gibi avantajlar sunmaktadır (49-51).

Duyarlılığın aksine HPV testinin özgüllüğü yaşa bağlı değişmekte olup, özellikle 35 yaşın altında servikal sitolojiye göre daha düşük olduğu saptanmıştır (genç popülasyonda %72.8-%79.8 arası,yaşlı popülasyonda %94.7-%96.1) (52).

Günümüzde serviks kanseri taraması en çok HPV testi ve Pap Smear testi kombinasyonu şeklinde yapılmaktadır. Ancak FDA tarafından primer HPV taraması için kullanılmak üzere onay almış Cobas (2014) ve BD Onclarity (2018) testleri bazı uluslararası kılavuzlarda serviks kanseri taraması için önerilmekte (44, 45).

2.4.2.2. Pap Smear testi

Serviks kanseri önlenabilir malignite olması nedeniyle, bu hastalığın taramasında kullanılan yöntemlerin başlıca amacı lezyonu erken evrede yakalamaktır. Serviks kanseri taramasının temel taşıını oluşturan ve halen yaygın kullanılmakta olan Pap smear testi 1940 yılında Yunan doktor Georgios Papanicolau tarafından geliştirildi. İlk çıktığı zamandan beri mortaliteyi önemli ölçüde etkilemesi ile serviks kanserinden ölüm oranı 1940'larda her 100.000 kadında %14 iken , 1989'da 100.000 kadında %4'e düşmüştür (53).

Pap smear veya başka bir deyişle servikal sitoloji testi ucuz, kullanımı basit, minimal invaziv tarama yöntemi olmasına rağmen, prognostik değeri hala tartışma konusudur (54). Yine de bu testin bir tanı testi değil, tarama testi olduğu ve ayrıntılı değerlendirilmeye ihtiyacı olan kadınları tespit eden yöntem olduğu unutulmamalıdır.

Yapılan araştırmalarda tek başına pap smear testinin özgüllüğü %96 ile %98 arasında değişse de, özellikle CIN II ve ileri derece lezyonlar için duyarlılığı %51 ile %53 arasında değişmektedir (55). Böylelikle, tarama sonucunda düşük dereceli veya yüksek dereceli intraepitelyal neoplazi bulunduysa, bu preinvaziv veya invaziv karsinomun varlığını dışlamaz. Bu nedenle,hatta minimal anormal sitolojik sonucu olan tüm kadınlar takip edilmeli veya başka yöntemlerle ileri değerlendirmeye alınmalıdır (56).

Pap smear testin oldukça önemli dezavantajı yanlış negatif sonuçlardır. Bunlar, kontrol alınan örnekte servikal intraepitelyal neoplazi veya in situ adenokarsinom veya invaziv kanserin belirteçleri olan hücresel elementlerin bulunmasını içeriyor.Yanlış negatif sonuçların sıklığı % 5 ile% 30 arasında değişmekte ve yaklaşık üçte biri sitolojik örneklerin yanlış

yorumlanmasından kaynaklanırken, kalan üçte ikisi hücresel materyalin yanlış toplanma ve işlem görmesinden kaynaklanmaktadır (57).

Tüm bunlara rağmen servikal sitoloji testi halen önemini korumakta ve tarama kılavuzlarında HPV testi ile beraber yerini almaktadır.

2.5. Serviks Kanserinin Evreleri

Serviks kanseri parametriuma, vajene, uterusu ve komşu organlara, yani mesane ve rektuma doğrudan uzanarak yayılır. Ayrıca lenfatik kanallar boyunca da obturator, eksternal iliak ve internal iliak gibi bölgesel lenf nodlarına ve oradan da common iliak ve paraaortik nodlara yayılma gösterebilir. Kanserin daha geç evrelerinde ise hematojen yolla akciğer, karaciğer ve kemik gibi organlarda uzak metastazlar görülebilir.

Şimdiye kadar yaygın olarak kullanılan ve Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu (FIGO) tarafından önerilen evreleme esasen klinik muayeneye dayanıyordu. Lakin 2018'de bu sınıflama, FIGO Jinekolojik Onkoloji Komitesi tarafından, bulunması halinde görüntüleme ve patolojik bulguların evreyi belirlemesine izin verecek şekilde revize edildi. Yeni revize edilmiş sınıflama aşağıdaki gibidir (58) ;

Evre I

Karsinom serviks uteri ile sınırlıdır (korpusa uzanım dikkate alınmamalıdır)

- **IA** Sadece mikroskopi ile tanı konulabilen, maksimum invazyon derinliği <5 mm olan invaziv karsinom^a
 - **IA1** Ölçülen stromal invazyon <3 mm derinlikte
 - **IA2** Ölçülen stromal invazyon \geq 3 mm ve <5 mm derinlikte
- **IB** En derin invazyonu \geq 5 mm olarak ölçülen invaziv karsinom (evre IA'dan daha büyük),lezyon serviks ile sınırlı^b
 - **IB1** Stromal invazyon derinliği \geq 5 mm ve en büyük ölçümde <2 cm olan invaziv karsinom
 - **IB2** En büyük ölçümde \geq 2 cm ve <4 cm olan invaziv karsinom
 - **IB3** En büyük ölçümde \geq 4 cm olan invaziv karsinom

Evre II

Karsinom uterus dışına yayılmış,ancak vajenin alt 1/3 kısmına veya pelvik duvara ulaşmamıştır.

- **IIA** Tutulum parametrial tutulum olmaksızın vajinanın üst 2/3 ile sınırlıdır
 - **IIA1** En büyük ölçümde <4 cm olan invaziv karsinom
 - **IIA2** En büyük ölçümde ≥4 cm olan invaziv karsinom
- **IIB** Parametrial tutulum var ancak pelvik duvara ulaşmamış

Evre III

Karsinom vajenin alt 1/3 kısmını ve / veya pelvik duvarı tutmuş ve / veya hidronefroza veya non-fonksiyonel böbreğe neden olmuş ve / veya pelvik ve / veya paraaortik lenf düğümlerini içeriyor^c

- **IIIA** Karsinom, pelvik duvara ulaşmadan vajenin alt 1/3 kısmını tutmuş
- **IIIB** Karsinom pelvik duvarı tutmuş ve / veya hidronefroz veya non-fonksiyonel böbreğe neden olmuş (başka bir nedene bağlı olmadığı bilindiği sürece)
- **IIIC** Tümör boyutuna bakılmaksızın pelvik ve / veya paraaortik lenf düğümlerinin tutulumu (r ve p notasyonları ile)
 - **IIIC1** Sadece pelvik lenf nodu metastazı
 - **IIIC2** Paraaortik lenf nodu metastazı

Evre IV

Karsinom pelvis dışına yayılmış veya mesane veya rektum mukozasını tutmuştur (biyopsi ile kanıtlanmış).

- **IVA** Komşu organlara yayılım
- **IVB** Uzak organlara yayılım

^aGörüntüleme ve patoloji mevcut olduğunda, tümör boyutu ve yayılımı ile ilgili klinik bulguları desteklemek için tüm aşamalarda kullanılabilir.

^bVasküler veya lenfatik boşlukların tutulumu evrelemeyi değiştirmez. Lezyonun lateral boyutu artık dikkate alınmamaktadır.

^cVakayı IIIC aşamasına tahsis etmek için kullanılan bulguları belirtmek amacıyla r (görüntüleme) ve p (patoloji) notasyonu ekleniyor. Örneğin, görüntüleme pelvik lenf nodu

metastazını gösteriyorsa, evre IIIC1r olacaktır ve patolojik bulgularla doğrulanırsa evre IIIC1p şeklinde olacaktır. Kullanılan görüntüleme yönteminin veya patoloji tekniğinin türü her zaman belgelenmelidir. Şüphe duyulduğunda, vaka daha düşük evreye tahsis edilmeli.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

30-65 yaş arası kadınlarda serviks kanseri taraması konusunda bilgi ,tutum ve davranışlarını tespit etmek ve ileri çalışmalar için katkı sağlamak amacıyla yapılmış tanımlayıcı ve kesitsel tipte anket çalışmasıdır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışmamız 30.07.2020 -30.10.2020 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastalar üzerinde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmamızın evrenini Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar oluşturmuştur.Örnekleme büyüklüğü %50 sıklık,%5 hata payı ve %95 güvenilirlik payı ile OpenEpi aracılığıyla 211 olarak hesaplanmıştır.Ayrıca çalışmaya okuma yazma bilen,cinsel yönden aktif 30-65 yaş arası kadınlar dahil edilmiştir.

3.4. Araştırmanın Uygulama Şekli ve Verilerin Toplanması

Anketimiz hastalara yüz yüze uygulanmıştır. Anketi uygulamadan önce araştırmacı tarafından araştırmanın amacına ilişkin hastalara bilgi verilerek sözlü onamları alınmıştır

3.5. Veri toplama araçları

Çalışmada araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak oluşturulan anket formu kullanılmıştır. Anket formu 2 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm katılımcıların sosyodemografik özelliklerini (yaş,medeni hal, eğitim düzeyi,gelir düzeyi, vb), jinekolojik muayene yaptırma durumlarını irdeleyen 11 soruyu içermekte iken, ikinci bölümü serviks kanseri taraması konusundaki bilgi düzeylerini, tutumlarını, tarama yaptırma/ yaptırmama nedenlerinin değerlendirildiği 11 sorudan oluşmaktadır.

3.6. İstatistiksel Analiz

Çalışmamızın verileri “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 (SPSS Inc, Chicago, IL)” aracılığıyla değerlendirildi. İstatistiksel analiz sonuçları ortalama±standart sapma, frekans dağılımı ve yüzde olarak sunuldu. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Ki-kare analizi ile belirlendi ve değerlendirirken medeni durum kategorisinde “bekar” ve “dul/boşanmış” seçenekleri, sigara içme durumu kategorisinde ise “hayır” ve “bıraktım” seçenekleri birleştirildi. P <0,05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmamızın etik izni 10.07.2020 tarihinde OMÜ Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı’ndan alınmıştır.Yazılı etik kurul onayı Ekler kısmında sunulmuştur. Anket formumuzu uygulamadan önce katılımcılara çalışmanın amacı konusunda bilgi verilmiş, sözlü onamları alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmamıza katılan 30-65 yaş arası kadın bireylerin sayısı 211 olup, yaş ortalaması $40,88 \pm 9,28$ olarak hesaplandı. Katılımcıların 111'i (%52,6) 30-39 yaş aralığı grubunda olup, ikameti il merkezinde olanların sayısı 160 (%75,8) idi. Çalışmamıza katılanların 109'u (%51,7) üniversite mezunu idi, 119'u (%56,4) ise gelir getiren bir işte çalışıyordu. Kadınların medeni durumları değerlendirildiğinde 193'u (%91,5) evli idi. Ayrıca doğum yapanların sayısı 175 (%82,9) olup, bunlardan 133'nün (%63) doğum sayısı 1 veya 2 idi. Sigara kullanan katılımcı sayısı 58 (%27,5) olup, hayır diyenlerin sayısı 136 (%64,5) bıraktım diyenlerin sayısı ise 17 (%8,1) oldu.

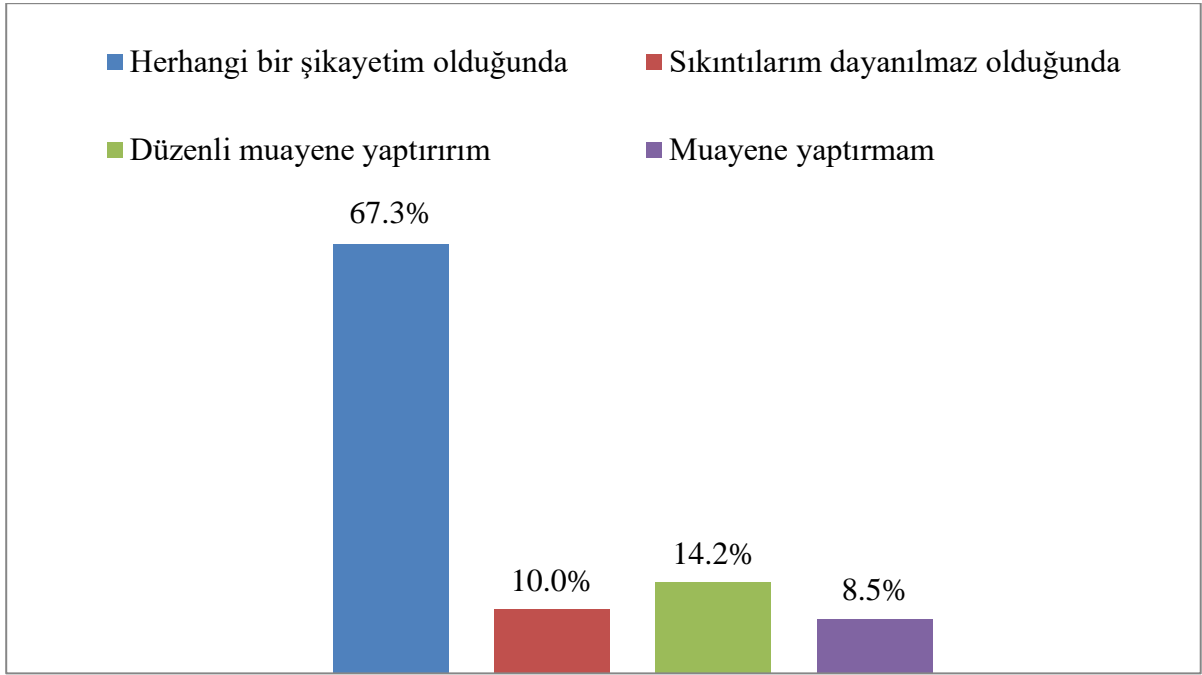
Katılımcıların sosyodemografik tanımlayıcı özellikleri Tablo 1'de verilmiştir

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Yaş grupları	Sayı (n)	Yüzde (%)
30-39	111	52,6
40-49	59	28
50-59	34	16,1
60-65	9	3,3
İkamet		
İl merkezi	160	75,8
İlçe merkezi	44	20,9
Köy	7	3,3
Eğitim durumu		
Okur yazar	7	3,3
İlkokul	30	14,2
Ortaokul	16	7,6
Lise	49	23,2
Üniversite	109	51,7

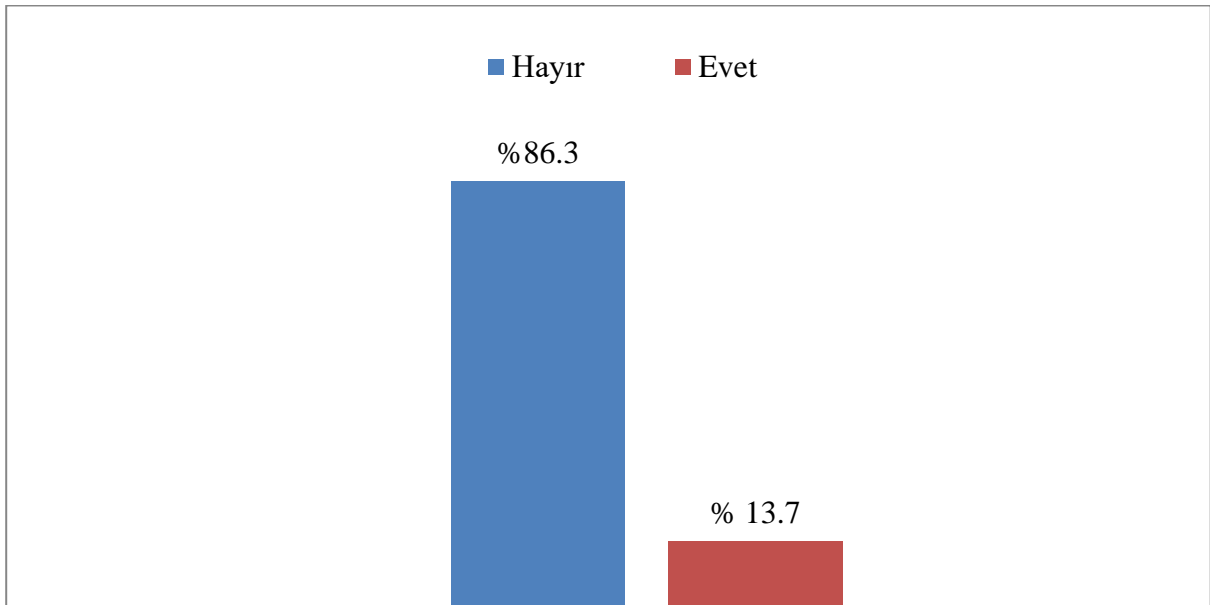
Çalışma durumu		
Evet	119	56,4
Hayır	92	43,6
Gelir düzeyi		
Gelir giderden az	53	25,1
Gelir gidere eşit	107	50,7
Gelir giderden çok	51	24,2
Medeni durum		
Evli	193	91,5
Bekar	8	3,8
Dul/Boşanmış	10	4,7
Daha önce doğum yapmış		
Evet	175	82,9
Hayır	36	17,1
Doğum sayısı		
0	36	17,1
1-2	133	63
≥3	42	19,9
Sigara kullanma durumu		
Evet	58	27,5
Hayır	136	64,5
Bıraktım	17	8,1

“Ne zaman jinekolojik muayene yaptırırınız” sorusuna katılımcıların 142’i (%67,3) herhangi bir şikayeti olduğunda, 30’u (%14,2) düzenli muayene yaptırdığını, 21’i (%10) sıkıntıları dayanılmaz olduğunda, 18’i (%8,5) ise muayene yaptırmadığını belirtti (Şekil 2).



Şekil 2. Katılımcıların jinekolojik muayene yaptırma durumları

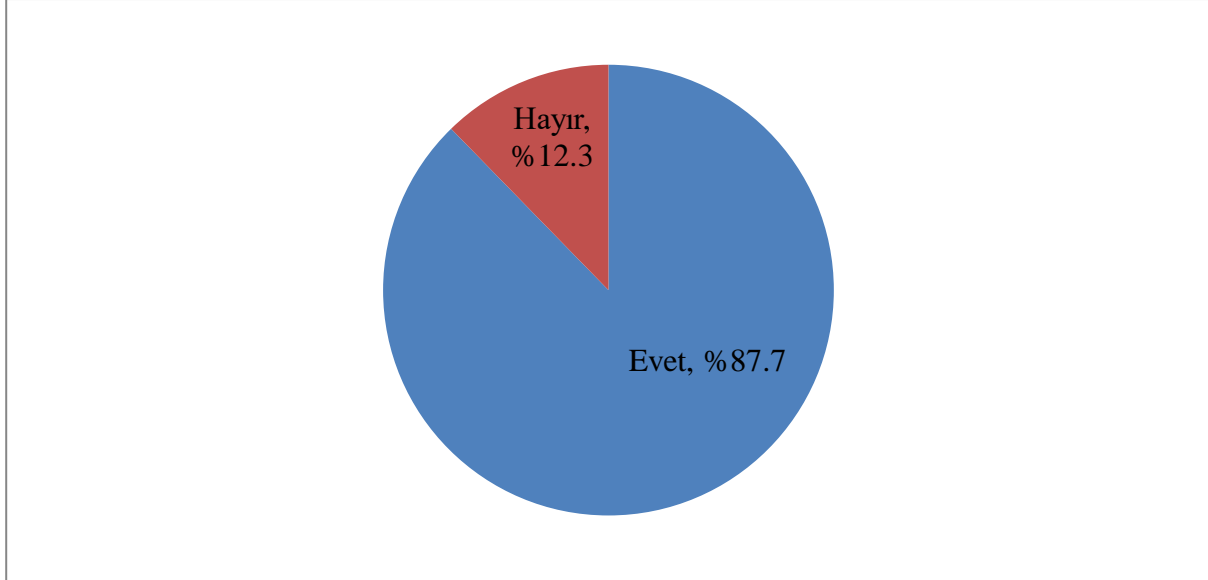
“Birinci (anne,kız kardeş) ve ikinci (teyze,hala) derece akrabalarınızdan rahim ağzı kanseri tanısını alan var mı?” sorusunu katılımcıların 29’u (%13,7) “evet”, 182’i (%86,3) ise “hayır” olarak cevapladı (Şekil3)



Şekil 3. Katılımcıların birinci ve ikinci derece akrabalarında rahim ağzı kanseri tanısının olması durumu

4.2. Katılımcıların Rahim Ağzı Kanseri Taraması Hakkında Bilgi Düzeyleri

Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınların 185'i (%87,7) rahim ağzı kanserinin tarama testleri ile önlenebileceğini, 26'sı (%12,3) ise önlenebileceğini belirtti (Şekil 4)



Şekil 4. Katılımcıların rahim ağzı kanserinin tarama testleri ile önlenebileceği hakkındaki görüşleri

Katılımcıların rahim ağzı kanseri taraması konusundaki bilgi düzeyleri değerlendirildiğinde 167'nin (%79,1) rahim ağzı kanseri taraması hakkında bilgi aldığını, 143'nün (%85,6) bilgiyi doktor veya sağlık personelinden aldığı görüldü. Çoklu yanıt sorusu olan "rahim ağzı kanseri taraması için kullanılan testlerden hangisini duydunuz?" sorusuna katılımcıların 164'ü (%77,7) "Pap Smear,44'ü (%20,9) ise "hiç birini" yanıtını verdi. Katılımcıların 105'i (%49,8) rahim ağzı kanseri taramasının ülkemizde 30-65 yaş arası cinsel yönden aktif kadınlara yapıldığını, hangi aralıklarla uygulandığına dair olan soruya ise katılımcıların 88'i (%41,7) yılda bir olduğunu belirtti. Katılımcıların rahim ağzı kanseri taraması hakkındaki bilgi düzeyleri Tablo 2.'de verilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların rahim ağzı kanseri taraması hakkındaki bilgi düzeyleri

Rahim ağzı kanseri taraması hakkında bilgi almış	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	167	79,1
Hayır	44	20,9

Bilgi kaynağı		
Doktor/ sağlık personeli	143	85,6
Aile / arkadaş çevresi	9	5,4
İnternet/ sosyal medya	11	6,6
TV/ gazete/ radyo	4	2,4
Rahim ağzı kanseri taraması için kullanılan testlerden hangisini duymuş		
Pap Smear	164	77,7
HPV DNA testi	55	26,1
Hiç birini	44	20,9
Rahim ağzı kanseri taraması kimlere yapılır?		
30-65 yaş arası cinsel yönden aktif tüm kadınlara	105	49,8
Sadece menopoz sonrası kadınlara	3	1,4
18 yaş üstü tüm kadınlara	64	30,3
Bilmiyorum	39	18,5
Rahim ağzı kanseri taraması hangi aralıklarla yapılır?		
6 ayda bir	25	11,8
Yılda bir	88	41,7
5 yılda bir	42	19,9
Bilmiyorum	56	26,5

4.3. Katılımcıların Rahim Ağzı Kanseri Taramasını Yaptırma Davranışları

Katılımcıların rahim ağzı kanseri taramasını yaptırma durumları ve bu konudaki davranışları incelendiğinde taramayı 132'i (%62,6) kişinin yaptırdığı, 110'nun (%83,3) son 5 yıl içinde yaptırdığı tespit edildi. Rahim ağzı kanseri taramasını doktor isteği üzerine yaptıranların sayısı 73'ü (%55,3) olup, en son rahim ağzını kanserini devlet veya üniversite hastanesinde

yaptıranların sayısı 57’i (%43,1) idi. Katılımcıların taramayı yaptırmama nedenleri değerlendirildiğinde 46’nın (%58,2) muayeneden utandığı/çekindiği için, 28’nin (%35,4) işlemden korktuğu için, 19’nun (%24,1) taramayı gerekli bulmadığı için, 17’nin (%21,5) tarama konusunda yeterli bilgisi olmadığı için ve 11’nin (%13,9) kanser tanısını almaktan korktuğu için tarama yaptırmadığı tespit edildi. Katılımcıların rahim ağzı kanseri taraması konusundaki davranışları Tablo 3’de verilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların rahim ağzı kanseri konusundaki davranışları

Rahim ağzı kanseri taramasını yaptırdı mı?	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	132	62,6
Hayır	79	37,4
En son rahim ağzı kanseri taramasını ne zaman yaptırmış?		
Son 5 yıl içinde	110	83,3
5 yıldan daha uzun süre önce	22	16,7
En son rahim ağzı kanseri taramasını hangi nedenle yaptırmış?		
Düzenli sağlık kontrolü için	35	26,5
Şikayeti olduğu için	18	13,6
Doktor isteği üzerine	73	55,3
Ailede rahim ağzı kanseri öyküsü olduğu için	6	4,6
En son rahim ağzı kanseri taramasını nerede yaptırmış		
Aile Sağlığı Merkezinde	6	4,6
Devlet veya Üniversite hastanesinde	57	43,1
Kanser erken teşhis,tarama ve eğitim merkezinde (KETEM)	21	15,9
Özel hastanede	48	36,4
Rahim ağzı kanserini yaptırmama nedeni		
Muayeneden utandığı/çekindiği için	46	58,2

İşlemden korktuğu için	28	35,4
Kanser tanısını almaktan korktuğu için	11	13,9
Yeterli bilgisi olmadığı için	17	21,5
Gerekli bulmadığı için	19	24,1

4.4. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile Rahim Ağzı Kanseri Taramasını Yaptırma Durumları Arasındaki İlişki

Rahim ağzı kanseri taramasını yaptırma durumu yaş gruplarına göre incelendiğinde 50-59 yaş arasındaki kadınların 25'i (%73,5) taramayı yaptırdığını belirtti. Katılımcıların yaş grupları ile rahim ağzı kanseri taramasını yaptırma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,047$).

Çalışmaya katılanlardan il merkezinde oturanların 107'i (%66,9) taramayı yaptırmıştı ve kadınların ikametleri ile rahim ağzı kanseri taramasını yaptırma durumları arasında istatistiksel anlamlı fark görülmektedir ($p=0,035$).

Katılımcıların eğitim düzeyleri taramayı yaptırma açısından değerlendirildiğinde istatistiksel açıdan anlamlı fark izlenmedi ($p=0,441$). Yine benzer şekilde çalışma durumu ve gelir düzeyi ile tarama yaptırma arasında da istatistiksel açıdan anlamlı değildi (sırasıyla $p=0,308$, $p=0,675$)

Kadınların taramayı yaptırma durumları medeni hallerine göre değerlendirildiğinde evli olanların 126'nın (%65,3) taramayı yaptırdığı saptanmıştır ve bu iki kategori arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,007$).

Katılımcılardan doğum yapmış olanların anlamlı derecede daha çok tarama yaptırdığı saptandı ($p=0,014$). Ancak doğum sayısının taramayı yaptırma üzerinde etkili olmadığı görülmüştür ($p=0,419$).

Yine sigara kullanımı ile taramayı yaptırma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p=0,928$).

Birinci ve ikinci derece akrabasında rahim ağzı kanseri tanısı olan kadınların taramayı anlamlı derecede daha çok yaptırdığı gözlemlenmiştir (p=0,005). Kadınların sosyodemografik özellikleri ile rahim ağzı kanseri taramasını yaptıran durumları arasındaki ilişki tablo 4’de sunulmuştur.

Tablo 4. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile Rahim Ağzı Kanseri Taramasını Yaptırma Durumları Arasındaki İlişki

Sosyodemografik özellikler		Rahim ağzı kanseri taramasını yaptıran durumu		P değeri
		Evet n (%)	Hayır n (%)	
Yaş	30-39	60 (%54,1)	51 (%45,9)	0,047
	40-49	43 (%72,9)	16 (%27,1)	
	50-59	25 (%73,5)	9 (%26,5)	
	60-65	4 (%57,1)	3 (%42,9)	
İkamet	İl merkezi	107 (%66,9)	53 (%33,1)	0,035
	İlçe merkezi	23 (%52,3)	21 (%47,7)	
	Köy	2 (%28,6)	5 (%71,4)	
Eğitim düzeyi	Okur yazar	4 (%57,1)	3 (%42,9)	0,441
	İlkokul	21 (%70,0)	9 (%30,0)	
	Ortaokul	7 (%43,8)	9 (%56,3)	
	Lise	33 (%67,3)	16 (%32,7)	
	Üniversite	67 (%61,5)	42 (%38,5)	
Çalışma durumu	Evet	78 (%65,5)	41 (%34,5)	0,308
	Hayır	54 (%58,7)	38 (%41,3)	
Gelir düzeyi	Gelir giderden az	32 (%60,4)	21(%39,6)	0,675
	Gelir gidere eşit	70 (%65,4)	37 (%34,6)	
	Gelir giderden çok	30 (%58,8)	21 (%41,2)	

Medeni durum	Evli	126 (%65,3)	67 (%34,7)	0,007
	Bekar-Dul/Boşanmış	6 (%33,3)	12 (%66,7)	
Doğum yapmış	Evet	116 (%66,3)	59 (%33,7)	0,014
	Hayır	16 (%44,4)	20 (%55,6)	
Doğum sayısı	1-2	86 (%64,7)	47 (%35,3)	0,419
	≥3	30 (%71,4)	12 (%28,6)	
Sigara kullanımı	Evet	36 (%62,1)	22 (%37,9)	0,928
	Hayır-Bıraktım	96 (%62,7)	57 (%37,3)	
1.ci veya 2.ci derece akrabada rahim ağzı kanseri varlığı	Evet	25 (%86,2)	4 (%13,8)	0,005
	Hayır	107 (%58,8)	75 (%41,2)	

Katılımcılarımızın jinekolojik muayeneyi yaptırma durumları ve rahim ağzı kanseri taramasını yaptırma davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlemlenmiştir (p=0.000) (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların jinekolojik muayene yaptırma durumları ile taramayı yaptırma davranışları arasındaki ilişki

Jinekolojik muayene yaptırma durumu	Rahim ağzı kanseri taramasını yaptırma durumu		P değeri
	Evet n (%)	Hayır n (%)	
Düzenli muayene yaptırma	26 (%86,7)	4 (%13,3)	0,000
Herhangi bir şikayet olduğunda	93 (%65,5)	49 (%34,5)	
Muayene yaptırmam	1 (%5,6)	17 (%94,4)	
Sıkıntılar dayanılmaz olduğunda	12 (%57,1)	9 (%42,9)	

4.5. Katılımcıların Rahim Ağzı Kanseri Taraması Hakkında Bilgi Durumları ile Rahim Ağzı Kanseri Taramasını Yaptırma Davranışları Arasındaki İlişki

Katılımcılar arasında rahim ağzı kanserinin tarama testleri ile önlenebileceğini düşünenlerin 120'si (%64,9), önlenemeyeceğini cevaplayanların 12'si (%46,2) taramayı yaptırdığını belirtti. Bu iki grup arasında rahim ağzı kanserini yaptırma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark gözlemlenmedi ($p=0,065$) (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların rahim ağzı kanserinin önlenebileceği konusundaki bilgileri ile taramayı yaptırma davranışları arasındaki ilişki

Rahim ağzı kanseri tarama testleri ile önlenebilir mi?	Rahim ağzı kanseri taramasını yaptırma durumu		P değeri
	Evet n (%)	Hayır n (%)	
Evet	120 (%64,9)	65 (%35,1)	0,065
Hayır	12 (%46,2)	14 (%53,8)	

Daha önce tarama hakkında bilgi almış katılımcılarımızın anlamlı derecede daha çok tarama yaptırdığı saptanmıştır ($p=0,000$) (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların rahim ağzı kanseri hakkında bilgi alma durumları ile taramayı yaptırma davranışları arasındaki ilişki

Daha önce rahim ağzı kanseri taraması hakkında bilgi aldınız mı?	Rahim ağzı kanseri taramasını yaptırma durumu		P değeri
	Evet n (%)	Hayır n (%)	
Evet	123 (%73,7)	44 (%26,3)	0.000
Hayır	9 (%20,5)	35 (%79,5)	

Katılımcılar arasında tarama hakkında bilgiyi doktor veya sağlık personelinin alanların, aile/ arkadaş çevresi veya internet/ sosyal medya veya TV/ gazete/ radyodan bilgiyi alanlara göre taramayı yaptıran oranları anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür (p=0,000) (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların rahim ağzı kanseri taraması hakkındaki bilgi kaynakları ile taramayı yaptıran davranışları arasındaki ilişki

Rahim ağzı kanseri taraması hakkındaki bilgi kaynağı	Rahim ağzı kanseri taramasını yaptıran durumu		P değeri
	Evet n (%)	Hayır n (%)	
Doktor/sağlık personeli	118 (%82.5)	25 (%17.5)	0.000
Aile /arkadaş çevresi, İnternet/ sosyal medya TV/gazete/ radyo	5 (%20.8)	19 (%79.2)	

5. TARTIŞMA

Serviks kanserinin önlenebilen ve düzenli tarama testleri morbidite ve mortalitesinde düşüşün yakalanabileceği bir kanser türü olduğu artık kanıtlanmıştır (1). 20.ci yüzyılın ortalarında Pap Smear testinin uygulanmaya başlamasından sonra serviks kanseri insidansında önemli ölçüde azalma yaşansa da , özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde halen ciddi hastalık yükü oluşturmakta ve kadınlar arasında önemli mortalite nedeni olmaya devam etmektedir (8, 53). Ülkemizde en sık görülen 10 kanser arasında olan serviks kanserinin tarama oranının yapılan bir çok çalışmada beklenen düzeyden daha düşük olduğu bulunmuş. Bizim çalışmamızın da amacı bulunduğumuz bölgede ve hedeflediğimiz populyasyonda hem tarama düzeylerini hem de taramaya engel olan nedenleri tespit etmek ve kadınların serviks kanseri taraması konusundaki farkındalıklarını artırmaktı (4, 5, 12).

Katılımcılarımızın %87,7'i rahim ağzı kanserinin tarama testleri ile önlenebileceğini belirtmiştir. Yurtdışında Almobarak ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kadınların %65,6'nın serviks kanserinin önlenebilir olduğunu düşündüğü görülmüştür (59).

Çalışmamıza katılan kadınların %79,1'i daha önce rahim ağzı kanseri taraması hakkında bilgi aldığını belirtmiş. Buna karşın Aşılar ve arkadaşlarının Erzincan'da yaptığı çalışmada kadınların serviks kanseri ve taraması hakkında bilgi alma durumları değerlendirilmiş ve bu oran %33,7 olarak bulunmuş (60). Benzer sonuç Safranbolu'da Özdemir ve arkadaşlarının yürütmüş olduğu çalışmada görülmüş ve kadınların serviks kanseri tarama programı konusundaki farkındalık yüzdesi %34,1 olarak bulunmuş (61). Reis ve arkadaşlarının Türkiyenin doğusunda yaptığı bir çalışmada ise serviks kanseri ve taraması konusundaki tespit edilen bilgi oranı %25,6 idi (62) . Gana'da Williams ve arkadaşlarının farklı eğitim düzeylerine sahip kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada kadınların sadece %37,5'nin rahim ağzı kanseri taramasını daha önce duyduğunu belirtmişti (63). Diğer çalışmaların yürütüldüğü bölgelerle kıyasla bölgemizin daha gelişmiş olması, bu nedenle sağlık hizmetlerinin kolay ulaşılabilir olması ve katılımcılarımız arasında tespit edilen daha yüksek eğitim düzeyi çalışmamızdaki oranı etkilemektedir.

Katılımcıların tarama hakkındaki bilgi kaynağı başlıca olarak doktor veya sağlık personeli olup, bu oran %85,6 olarak bulunmuş. İzmir'de 2016 yılında Çetişli ve arkadaşlarının yürütmüş olduğu benzer bir çalışmada kadınların %61,9'u bilgiyi sağlık personelinin aldığını ifade etmiştir (64). Nepal 'da Pandey ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise serviks kanseri taraması bilgisini sağlık personelinin alanların oranı %57,2 olarak bulunmuş

(65). Çalışmamızdaki yüksek oranın diğer çalışmaların daha eski yıllara ait olmasından ve tarama programlarının yürütülmesinde sağlık personelinin gittikçe daha aktif rol almasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan kadınların %77,7'i Pap smear testini daha önce duyduğunu ifade etti. Gülten ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bu oran %72,1 (66), Küçükceran ve arkadaşlarının Ankara'da yaptığı çalışmada ise %84,7 olarak bulunmuştur (67). Buna karşın Malatya'nın bir ilçesinde yapılan çalışmada %37,5 gibi daha düşük oranda olduğu gözlemlenmiştir (68). Yurtdışında yapılan çalışmalar incelendiğinde de Pap smear testini duyanların oranı ülkelerin kültürel yapısı, sosyoekonomik düzeyleri gibi faktörlerden etkilenerek değişiklik göstermektedir. Örnek olarak ABD'de yapılan bir çalışmada bu testi duyanların oranı %96,7 iken (69), Gabon'da yapılan çalışmada ise %27,9 olarak bulunmuştur (70).

Katılımcılarımızın %26,1'i daha önce HPV testini duymuştu. Daha yüksek oran Ankara'da Küçükceran ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada tespit edilmiş olup, %52,1 olarak saptanmıştır (67). ABD'de Garg ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınların %62,4'ü HPV testini bildiğini ifade etmiştir (71). HPV testi uygulamasının Pap smear testine göre daha yeni olması, dolayısıyla daha az bilinebileceği, ayrıca diğer çalışmaların yürütüldüğü bölgelerin daha çok gelişmiş olması çalışmamızdaki düşük oranları açıklayabilir.

Serviks kanseri taraması için uygun görülen yaş aralığı ve yapılma sıklığı çeşitli uluslararası kılavuzlara göre değişiklik göstermektedir. Biz çalışmamızda katılımcılara rahim ağzı kanseri taramasının kimlere ve hangi aralıklarla yapılması gerektiğini Sağlık Bakanlığının ulusal tarama programında belirtilen "30-65 yaş arası kadınlara ve 5 yılda bir yapılması" önerisini baz alarak sorduk. Böylelikle katılımcılarımızın %49,8'i taramanın 30-65 yaş arası cinsel yönden aktif kadınlara yapılması gerektiğini ifade ederken, taramanın sıklığı ile ilgili soruya %41,7'si yılda bir yapılması gerektiğini, %26,5'i ise hangi aralıklarla yapıldığını bilmediğini belirtmiştir. Malatya'da Deniz ve arkadaşlarının yürütmüş olduğu çalışmada katılımcıların %65,4'nün taramanın hangi sıklıkla yapılması gerektiğini bilmediğini, %21,9'nun da yılda bir olması gerektiğini ifade etmiş (68). Gaziantep'de Akbayram tarafından yapılan çalışmada tarama sıklığı ile ilgili soruya katılımcıların %46,6'sı bilmediğini, %29,7'si yılda bir yapılması gerektiğini belirtmiştir (72). Yine Karaca ve arkadaşları tarafından yapılmış başka bir çalışmada ise kadınların %78,4'ü gereken tarama sıklığını bilmediğini, %9,4'ü ise yılda bir olduğunu düşünmekte idi (73). Hem çalışmamız hem diğer çalışmalarda kadınların tarama konusundaki bilgilerinin eksik olduğu görülmüştür.

Çalışmamıza katılan kadınların %62,6'sı rahim ağzı kanserini taramasını yaptırmıştı. Benzer şekilde kadınların smear testini yaptırma davranışları diğer çalışmalarda da incelenmiş. Bunlara örnek olarak, Uysal ve arkadaşlarının İzmir'de yaptığı çalışmada kadınların %68,5'i (74), Kızılırmak ve arkadaşlarının yürütmüş olduğu çalışmada %68,3'ü (75), Uludağ ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise %62,8'i (76) daha önce smear testini yaptırdığını ifade etmişti. Daha düşük oranlar Gökgez ile arkadaşlarının (%51,6) (77) ve Açıkgöz ile arkadaşlarının (%56) (78) yaptıkları çalışmalarda bulunmuş. Toplumda etkin kanser taramalarının yapılabilmesi için bu oranın en az %70'e ulaşması gerektiğini varsayarsak kadınların bu konudaki farkındalıklarının yeterli düzeyde olmadığını görmekteyiz. Koruyucu sağlık hizmetlerinin özellikle daha az gelişmiş bölgelerde ulaşılabilir hale getirilmesinin ve böylelikle toplumun her kesimine ulaştırılmasının önemi yurtdışında yapılan çalışmalarda da karşılığını bulmuştur. Örnek olarak Honduras'da yapılan bir çalışmada serviks kanseri taramasını yaptıranların oranı %63 olduğu bulunmuştur (79). Buna karşın Norveç'te yapılan bir çalışmada kadınların %96'sı smear testini yaptırdığını ifade etmişti (80).

Katılımcılarımız taramayı en çok (%55,3) doktor isteği üzerine yaptırdıklarını ifade etmişlerdi. Uludağ ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınların %33,2'i (76), Erbil ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise %69,6'sı (81) taramayı doktor önerisi ile yaptırdıklarını belirtmişlerdi.

Çalışmamıza katılan kadınların %43,1'i taramayı devlet veya üniversite hastanesinde yaptırdığını belirtti. Karaca ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada üniversite hastanesinde tarama yaptıranların oranı %64,4 olarak bulundu (73). Bangladeş'te yapılan bir çalışmada kadınların %79,6'sı taramayı devlet hastanesinde yaptırdığını ifade etti (82). Serviks kanseri taramalarının önemli kısmının devlet veya üniversite hastanelerinde yapılmış olması bu kuruluşlardaki sağlık personelinin kanser taraması konusunda daha duyarlı davrandığını, birinci basamak sağlık kuruluşlarının ise bu konuda yetersiz kaldığını göstermektedir.

Rahim ağzı kanseri taramasını yaptırmama nedeni olarak katılımcılarımız en çok "muayeneden utanmak veya çekinmek" olduğunu (%58,2) belirtti. Başka nedenler arasında sırasıyla "işlemden korkmak" (%35,4), "gerekli bulmamak" (%24,1) gösterildi. Uludağ ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada kadınların %35,1'i ihtiyaç duymadığı için, %23,9'u bilgi sahibi olmadığı için, %18,7'i ise muayeneden çekindiği için taramayı yaptırmamıştı (76). Akbayram tarafından yürütülmüş çalışmada ise katılımcıların %24,9'u yeterli bilgisi olmadığı için, %18'i işlemde utandırdığı için, %9,7'si ise testin sonucundan korktuğu için yaptırmadığını

ifade etti (72). ABD’de Akinlotan ve arkadaşlarının yaptığı bir diğer çalışmada ise Pap smear testini yaptırmama engeli olarak %53,1’i kanser tanısını almaktan korkmasını, %38,7’si işlem konusunda anksiyete (korku) duymasını, %25,6’sı işlemden utanmasını ve %18,8’i bilgisi olmamasını gösterdi (83). Hem bizim çalışmamız hem yapılan diğer çalışmalarda elde edilen farklı sonuçların başlıca nedenleri arasında bölgelerin sosyokültürel yapısı ve kadınların tarama konusundaki bilgi yetersizliklerinden kaynaklanan önyargılar olduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre rahim ağzı kanseri taramasını yaptırmama durumlarını incelediğimizde taramayı en çok 50-59 yaş arasında olan kadınlar yaptırmıştı (%73,5). Ayrıca yaş grupları ile taramayı yaptırmama arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,047$). Çalışmamıza benzer şekilde Karabulutlu ve arkadaşları tarafından 18 yaş üstü kadınlar üzerinde yapılan çalışmada smear testini en çok 40-50 yaş arası kadınları yaptırmıştı ve bu iki kategori arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,024$) (84). Akyüz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da yine yaş ve smear testini yaptırmama durumu arasında anlamlı ilişki saptanmış ($p<0,001$) ve yaptıranların büyük kısmı 30-39 yaş arasında olduğu bulunmuştu (5). Güney Kore’de yapılmış bir çalışmada serviks kanseri taramasına en çok katılan grup 50 yaş üstü idi ve yine yaşla taramayı yaptırmama durumu arasında anlamlı ilişki gözlemlenmiştir(85). Çalışmamızda ele aldığımız yaş aralığını daha dar olması, daha uzun evlilik süresinin de beraberinde getirebileceği obstetrik ve jinekolojik sorunlar ve dolayısıyla daha çok muayene sayısı kadınların ileri yaşta daha sık tarama yaptırmış olmasını açıklayabilir.

Çalışmamızda kadınların eğitim düzeyi, çalışma durumu ve gelir düzeyi ile serviks kanseri taramasını yaptırmama arasındaki anlamlı ilişki saptanmamıştır. Benzer sonuçlar 2019 yılında Safranbolu’da yapılmış bir çalışmada da görülmüştür (61). Ağrı’da Arlı ve arkadaşları tarafından yapılmış çalışmada kadınların eğitim ve gelir düzeyleri açısından anlamlı fark gözlemlenmemiştir(86). Gaziantep’te Akbayram ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da yine çalışma durumu ve gelir düzeyi ile taramayı yaptırmama arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir (72).

Katılımcılarımızın evli olan ve daha önce doğum yapmış olanların rahim ağzı kanseri taramasını daha çok yaptırdığını gözlemledik. Medeni durum ve doğum yapmış olmaları ile taramayı yaptırmama davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptadık(sırasıyla $p=0,007$, $p=0,014$). Akbayram ile arkadaşları tarafından yapılan benzer bir çalışmada evli olup,doğum yapanların (72), Duman ile arkadaşlarının yürütmüş olduğu çalışmada da evli

olanların daha çok smear testini yaptırdıkları görüldü (87). Benzer şekilde bu iki kategori ile tarama yaptıran arasında anlamlı fark Bangladeş (82) ve Peru'da (88) yapılan çalışmalarda da bulunmuştur.

Çalışmamızda doğum sayısı ile serviks kanseri taramasını yaptıran arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Bu durum Özdemir ile arkadaşları (61) ve Karaca ile arkadaşları (73) tarafından yürütülen çalışmalar da gözlemlenmiştir. Yine benzer sonuç Nepal'da yapılan bir çalışmada bulunmuştur (65).

Katılımcılarımızın sigara içme durumu ile taramayı yaptıran davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi. İzmir'de (74) ve Ordu'da (81) yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur. ABD'de yapılmış çalışmada da bu durum gözlemlenmiştir (89).

Katılımcılarımızın 1.ci ve 2.ci derece akrabalarında rahim ağzı kanseri öyküsünün varlığı taramayı yaptıran davranışlarını etkilemiştir ve bu ikisi arasında anlamlı fark gözlemlenmiştir ($p=0,005$). Aynı durum Kılıçsokan ile arkadaşları (90) ve Uludağ (76) ile arkadaşları tarafından yapılmış çalışmalarda da saptanmıştır. Yine Japonya (91) ve ABD'de (92) yapılan çalışmalarda da ailesinde serviks kanseri olanların daha çok tarama yaptıkları görülmüştür.

Çalışmamıza katılan kadınların jinekolojik muayene yaptıran durumları ile rahim ağzı kanseri taramasını yaptıran davranışları arasındaki ilişki incelenmiştir. Aralarında düzenli muayene yaptıranların daha çok taramayı yaptırdığı saptanmıştır ve bu ikisi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlemlenmiştir ($p=0,000$). Bu durum Karaca ile arkadaşlarının (73) ve Karabulutlu ile arkadaşlarının (84) yaptıkları çalışmalarda da gözlemlenmiştir.

Katılımcılarımızın rahim ağzı kanseri taraması konusunda bilgi alma durumları ile taramayı yaptıran arasında da anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,000$). Yine aynı şekilde Pryor ile arkadaşlarının (79) ve Liu ile arkadaşlarının (95) yaptıkları çalışmalarda taramaya bu konuda bilgi sahibi olanların daha çok katıldığı görülmüştür.

6. SONUÇLAR

Çalışmamızda serviks kanseri taramasını yaptıran oranları bir çok çalışmaya göre yüksek bulunmuştur. Ayrıca 50-59 yaş arasında olmak, il merkezinde ikamet etmek, evli olmak, daha önce doğum yapmış olmak, rahim ağzı kanseri öyküsüne mevcut olan 1.ci ve 2.ci derece akrabaya sahip olmak serviks kanseri taramasını yaptıran açısından anlamlı bulunmuştur. Buna karşın eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, doğum sayısı ve sigara kullanımı gibi sosyodemografik özelliklerin taramayı yaptıran davranışı üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır. Katılımcılar arasında daha önce tarama hakkında bilgi almış ve bilgi kaynağı doktor veya sağlık personeli olanlar rahim ağzı kanseri taramasını daha çok yaptırdıkları tespit edilmiştir.

Böylelikle serviks kanseri taramasını etkinliğini sağlamak için :

- Kadınlara serviks kanseri taramasının bu hastalığa bağlı ölümleri tamamen önleyebildiğinin anlatılması ve taramaya katılmaya engel olan nedenlerin tespit edilerek, bunların aşılması için kadınlara her türlü destek ve danışmanlık verilmesi ;
- Başta birinci basamak sağlık kuruluşları olmak üzere, tüm sağlık alanında çalışan özellikle hekim ve hemşirelerin bu konuda toplumun her kesimine ulaşma ve farkındalık oluşturma sorumluluğunu üstlenmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

7. KAYNAKLAR

1. WHO. Human Papilloma Virus (HPV) and Cervical Cancer. 2019 [cited 2020 03/09]. Available from: [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer).
2. Ilter E, Celik A, Haliloglu B, Unlugedik E, Midi A, Gunduz T, et al. Women's knowledge of Pap smear test and human papillomavirus: acceptance of HPV vaccination to themselves and their daughters in an Islamic society. *International Journal of Gynecologic Cancer*. 2010;20(6).
3. Demirgöz Bal M. Kadınların pap smear testi yaptırma durumlarının sağlık inanç modeli ölçeği ile değerlendirilmesi. 2014.
4. Demirtas B, Acikgoz I. Promoting attendance at cervical cancer screening: understanding the relationship with Turkish womens' health beliefs. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2013;14(1):333-40.
5. Akyüz A, Güvenç G, Yavan T, Çetintürk A, Kök G. Kadınların pap smear yaptırma durumları ile bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2006;48(1):25-9.
6. The Pap-Smear Test Experience of Women in Turkey: A Qualitative Study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2012;13(11):5687-90.
7. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2018;68(6):394-424.
8. Simms KT, Steinberg J, Caruana M, Smith MA, Lew J-B, Soerjomataram I, et al. Impact of scaled up human papillomavirus vaccination and cervical screening and the potential for global elimination of cervical cancer in 181 countries, 2020–99: a modelling study. *The Lancet Oncology*. 2019;20(3):394-407.
9. WHO. Accelerating the elimination of cervical cancer as a global public health problem 2019 [cited 2020 22 Aug]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327911>.
10. Canfell K. Towards the global elimination of cervical cancer. *Papillomavirus Research*. 2019;8:100170.
11. Gultekin M, Ramirez PT, Broutet N, Hutubessy R. World Health Organization call for action to eliminate cervical cancer globally. *BMJ Specialist Journals*; 2020.
12. T.C Sağlık Bakanlığı THSK. Türkiye Kanser İstatistikleri, Ankara

2019 [cited 2020 22/08]. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Trkiye_Kanser_statistikleri_2016.pdf.

13. WHO. Global Cancer Observatory [Internet] [cited 2020 22 Aug]. Available from: <https://gco.iarc.fr/>.

14. Satterwhite CL, Torrone E, Meites E, Dunne EF, Mahajan R, Ocfemia MCB, et al. Sexually transmitted infections among US women and men: prevalence and incidence estimates, 2008. *Sexually transmitted diseases*. 2013;40(3):187-93.

15. De Villiers E-M, Fauquet C, Broker TR, Bernard H-U, Zur Hausen H. Classification of papillomaviruses. *Virology*. 2004;324(1):17-27.

16. Mühr LSA, Eklund C, Dillner J. Towards quality and order in human papillomavirus research. *Virology*. 2018;519:74-6.

17. Moscicki A-B. Impact of HPV infection in adolescent populations. *Journal of Adolescent Health*. 2005;37(6):S3-S9.

18. Serrano B, Brotons M, Bosch FX, Bruni L. Epidemiology and burden of HPV-related disease. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*. 2018;47:14-26.

19. de Sanjose S, Quint WG, Alemany L, Geraets DT, Klaustermeier JE, Lloveras B, et al. Human papillomavirus genotype attribution in invasive cervical cancer: a retrospective cross-sectional worldwide study. *The lancet oncology*. 2010;11(11):1048-56.

20. Patel H, Wagner M, Singhal P, Kothari S. Systematic review of the incidence and prevalence of genital warts. *BMC infectious diseases*. 2013;13(1):39.

21. Kjær SK, Frederiksen K, Munk C, Iftner T. Long-term absolute risk of cervical intraepithelial neoplasia grade 3 or worse following human papillomavirus infection: role of persistence. *Journal of the National Cancer Institute*. 2010;102(19):1478-88.

22. Louie K, De Sanjose S, Diaz M, Castellsague X, Herrero R, Meijer C, 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;100(7):1191-7.

23. Liu Z-C, Liu W-D, Liu Y-H, Ye X-H, Chen S-D. Multiple sexual partners as a potential independent risk factor for cervical cancer: a meta-analysis of epidemiological studies. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2015;16(9):3893-900.

24. Martinelli M, Musumeci R, Sechi I, Sotgiu G, Piana A, Perdoni F, et al. Prevalence of Human Papillomavirus (HPV) and Other Sexually Transmitted Infections (STIs) among Italian Women Referred for a Colposcopy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019;16(24):5000.

25. Castle PE, Giuliano AR. Chapter 4: Genital tract infections, cervical inflammation, and antioxidant nutrients—assessing their roles as human papillomavirus cofactors. *Jnci Monographs*. 2003;2003(31):29-34.
26. Silverberg MJ, Leyden WA, Chi A, Gregorich S, Huchko MJ, Kulasingam S, et al. Human immunodeficiency virus (HIV) and non-HIV–associated immunosuppression and risk of cervical neoplasia. *Obstetrics and gynecology*. 2018;131(1):47.
27. Merrill RM, Fugal S, Novilla LB, Raphael MC. Cancer risk associated with early and late maternal age at first birth. *Gynecologic oncology*. 2005;96(3):583-93.
28. Hinkula M, Pukkala E, Kyyrönen P, Laukkanen P, Koskela P, Paavonen J, et al. A population-based study on the risk of cervical cancer and cervical intraepithelial neoplasia among grand multiparous women in Finland. *British journal of cancer*. 2004;90(5):1025-9.
29. Smith JS, Green J, de Gonzalez AB, Appleby P, Peto J, Plummer M, et al. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. *The Lancet*. 2003;361(9364):1159-67.
30. Roura E, Castellsagué X, Pawlita M, Travier N, Waterboer T, Margall N, et al. Smoking as a major risk factor for cervical cancer and pre-cancer: Results from the EPIC cohort. *International journal of cancer*. 2014;135(2):453-66.
31. Singh GK, Azuine RE, Siahpush M. Global inequalities in cervical cancer incidence and mortality are linked to deprivation, low socioeconomic status, and human development. *International Journal of MCH and AIDS*. 2012;1(1):17.
32. Yoo W, Kim S, Huh WK, Dilley S, Coughlin SS, Partridge EE, et al. Recent trends in racial and regional disparities in cervical cancer incidence and mortality in United States. *PLoS One*. 2017;12(2):e0172548.
33. Magnusson PK, Lichtenstein P, Gyllenstein UB. Heritability of cervical tumours. *International journal of cancer*. 2000;88(5):698-701.
34. Johnson CA, James D, Marzan A, Armaos M, editors. *Cervical cancer: an overview of pathophysiology and management*. Seminars in oncology nursing; 2019: Elsevier.
35. Lowy DR, Solomon D, Hildesheim A, Schiller JT, Schiffman M. Human papillomavirus infection and the primary and secondary prevention of cervical cancer. *Cancer*. 2008;113(S7):1980-93.
36. Doufekas K, Achampong Y, Olaitan A. *Prevention of Cervical Cancer*. Uterine Cervical Cancer: Springer; 2019. p. 17-29.
37. WHO. *Guide to Introducing HPV Vaccine into National Immunization Programmes* 2016 [updated 2016; cited 2020 01/09]. 90]. Available from:

https://www.who.int/immunization/diseases/hpv/HPV_vaccine_intro_guide_draft_Nov2016.pdf?ua=1.

38. WHO. Human papillomavirus (HPV), Immunization, Vaccines and Biologicals 2018 [cited 2020 01/09]. Available from: [https://www.who.int/immunization/diseases/hpv/en/#:~:text=The%20primary%20target%20group%20in,%2C%206%20months\)%20is%20recommended](https://www.who.int/immunization/diseases/hpv/en/#:~:text=The%20primary%20target%20group%20in,%2C%206%20months)%20is%20recommended).
39. Hansen CE, Credle M, Shapiro ED, Niccolai LM. "It All Depends": A Qualitative Study of Parents' Views of Human Papillomavirus Vaccine for their Adolescents at Ages 11–12 years. *Journal of Cancer Education*. 2016;31(1):147-52.
40. Meites E, Szilagyi PG, Chesson HW, Unger ER, Romero JR, Markowitz LE. Human papillomavirus vaccination for adults: updated recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *American Journal of Transplantation*. 2019;19(11):3202-6.
41. Adıgüzel A, Akgül S, Düzçeker Y, Derman O, Kanbur N. Çocuk hekimlerinin human papilloma virus aşılıları hakkındaki bilgi ve eğilimleri. *Cocuk Sagligi ve Hastaliklari Dergisi*. 2018;61.
42. ERBAYDAR N, ÜLİNGİROĞLU N, KESKİN C, ALTUNBAŞ M, ARSLANOĞLU E, AYDIN O, et al. Human Papilloma Virus Aşısı Bir Üniversite Hastanesi Hemşireleri İçin Ne İfade Ediyor? *Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing*. 2016;3(3).
43. USPSTF. Cervical Cancer: Screening 2018 [updated 21/08/2018. Available from: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/cervical-cancer-screening#fullrecommendationstart>.
44. Fontham ET, Wolf AM, Church TR, Etzioni R, Flowers CR, Herzig A, et al. Cervical cancer screening for individuals at average risk: 2020 guideline update from the American Cancer Society. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2020;70(5):321-46.
45. Practice Bulletin No. 168: Cervical Cancer Screening and Prevention. *Obstetrics & Gynecology*. 2016;128(4):e111-e30.
46. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları [Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/serviks-kanseri-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html>].
47. Flanagan MB. Primary high-risk human papillomavirus testing for cervical cancer screening in the United States: is it time? *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*. 2018;142(6):688-92.

48. Boshart M, Gissmann L, Ikenberg H, Kleinheinz A, Scheurlen W, zur Hausen H. A new type of papillomavirus DNA, its presence in genital cancer biopsies and in cell lines derived from cervical cancer. *The EMBO journal*. 1984;3(5):1151-7.
49. Bulkman NW, Rozendaal L, Snijders PJ, Voorhorst FJ, Boeke AJP, Zandwijken GR, et al. POBASCAM, a population-based randomized controlled trial for implementation of high-risk HPV testing in cervical screening: design, methods and baseline data of 44,102 women. *International journal of cancer*. 2004;110(1):94-101.
50. Clavel C, Masure M, Bory J, Putaud I, Mangeonjean C, Lorenzato M, et al. Human papillomavirus testing in primary screening for the detection of high-grade cervical lesions: a study of 7932 women. *British journal of cancer*. 2001;84(12):1616-23.
51. Group TA-LTSA. A randomized trial on the management of low-grade squamous intraepithelial lesion cytology interpretations. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2003;188(6):1393-400.
52. Cuzick J, Clavel C, Petry KU, Meijer CJ, Hoyer H, Ratnam S, et al. Overview of the European and North American studies on HPV testing in primary cervical cancer screening. *International journal of cancer*. 2006;119(5):1095-101.
53. Michalas SP. The Pap test: George N. Papanicolaou (1883–1962): a screening test for the prevention of cancer of uterine cervix. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 2000;90(2):135-8.
54. Boronow RC. Death of the Papanicolaou smear? A tale of three reasons. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1998;179(2):391-6.
55. Rizzo AE, Feldman S. Update on primary HPV screening for cervical cancer prevention. *Current problems in cancer*. 2018;42(5):507-20.
56. Kinney WK, Manos MM, Hurley LB, Ransley JE. Where's the high-grade cervical neoplasia? The importance of minimally abnormal Papanicolaou diagnoses. *Obstetrics & Gynecology*. 1998;91(6):973-6.
57. Foulks MJ. The Papanicolaou smear: its impact on the promotion of women's health. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 1998;27(4):367-73.
58. Bhatla N, Aoki D, Sharma DN, Sankaranarayanan R. Cancer of the cervix uteri. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2018;143:22-36.
59. Almobarak AO, Elbadawi AA, Elmadhoun WM, Elhoweris MH, Ahmed MH. Knowledge, attitudes and practices of sudanese women regarding the Pap smear test and cervical cancer. 2016.

60. AŞILAR RH, Köse S, YILDIRIM A. Kadınların Servikal Kansere ve "Pap Smear" Testine İlişkin Bilgi, İnanç ve Davranışları. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*. 2015;7(2):102-11.
61. Özdemir R, Çevik FT, Duygu K, Karacali M, ÖzgÜner S. Level and Factors Associated with Participation in Population-Based Cancer Screening in Safranbolu District of Karabuk, Turkey. *Iranian journal of public health*. 2020;49(4):663.
62. Reis N, Bebiş H, Köse S, Sis A, Engin R, Yavan T. Knowledge, behavior and beliefs related to cervical cancer and screening among Turkish women. 2012.
63. Williams MS, Kenu E, Adanu A, Yalley RA, Lawoe NK, Dotse AS, et al. Awareness and Beliefs About Cervical Cancer, the HPV Vaccine, and Cervical Cancer Screening Among Ghanaian Women with Diverse Education Levels. *Journal of Cancer Education*. 2019;34(5):897-903.
64. Cetisli NE, Top ED, Işık G. Cervical cancer and pap smear test health beliefs and health-promoting lifestyle of women in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*. 2016;9(2):630-9.
65. Pandey RA, Karmacharya E. Cervical cancer screening behavior and associated factors among women of Ugrachandi Nala, Kavre, Nepal. *European Journal of Medical Research*. 2017;22(1):32.
66. Gulden G, Memnun S, Ayse K, Aygul A, Gulcin A. Breast, cervical, and colorectal cancer screening status of a group of Turkish women. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2012;13(9):4273-9.
67. KÜÇÜKCERAN H, AĞADAYI E, ŞENTÜRK H. Evaluation of the Approaches of Women Registered to a Family Medicine Unit in Ankara Regarding Having Cervical Cancer Screening Tests. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2020;14(2):259-66.
68. Deniz S, Kurt B, Oğuzöncül AF, Nazlıcan E, Akbaba M, Nayir T. Knowledge, attitudes and behaviours of women regarding breast and cervical cancer in Malatya, Turkey. *PloS one*. 2017;12(11):e0188571.
69. Hawkins NA, Cooper CP, Saraiya M, Gelb CA, Polonec L. Why the Pap test? Awareness and use of the Pap test among women in the United States. *Journal of Women's Health*. 2011;20(4):511-5.
70. Assoumou SZ, Mabika BM, Mbiguino AN, Mouallif M, Khattabi A, Ennaji MM. Awareness and knowledge regarding of cervical cancer, Pap smear screening and human papillomavirus infection in Gabonese women. *BMC women's health*. 2015;15(1):37.

71. Garg A, Galvin AM, Matthes S, Maness SB, Thompson EL. The Connection Between Social Determinants of Health and Human Papillomavirus Testing Knowledge Among Women in the USA. *Journal of Cancer Education*. 2020;1-7.
72. Akbayram H. Do Women Have Sufficient Awareness of Cervical Cancer and the Pap Smear Test? *Ahi Evran Tıp Dergisi*.3(1):12-7.
73. Karaca M, Palancı Y, Aksu S. Pap smear ne kadar biliniyor, ne kadar uygulanıyor. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*. 2008;18:22-8.
74. Uysal A, Birsel A. Knowledge about cervical cancer risk factors and pap testing behaviour among Turkish women. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2009;10(3):345-50.
75. KIZILIRMAK A. Bir Üniversitedeki Kadınların Serviks Kanseri ve Pap Smear Testine İlişkin Sağlık İnançlarını Etkileyen Faktörle. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2018;27(3):165-75.
76. ULUDAĞ G, GAMSIZKAN Z, SUNGUR MA. Kadınların Serviks Kanseri ve Taraması İle İlgili Sağlık İnançlarının Değerlendirilmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*.10(3):357-62.
77. Gökgöz N, Aktaş D. KADINLARIN SERVİKS KANSERİ VE PAP SMEAR TESTİ YAPTIRMA DURUMLARINA YÖNELİK FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ. *YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK E-DERGİSİ*. 2016;3(2).
78. AÇIKGÖZ A, ÇEHRELİ R, ELLİDOKUZ H. Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2011;25(3):145-54.
79. Pryor RJ, Masroor N, Stevens M, Sanogo K, O'Hagan P, Bearman G. Cervical cancer screening in rural mountainous Honduras: knowledge, attitudes and barriers. *Rural and remote health*. 2017;17(2):81.
80. Iyer AL, Bundorf MK, Gyrd-Hansen D, Goldhaber-Fiebert JD, Cyr P-R, Sønnebø Kristiansen I. How does information on the harms and benefits of cervical cancer screening alter the intention to be screened?: a randomized survey of Norwegian women. *European Journal of Cancer Prevention*. 2019;28(2):87-95.
81. Erbil N, Tezcan Y, Gür EN, Yıldırım M, Alış N. Factors affecting cervical screening among Turkish women. 2010.
82. Mustari S, Hossain B, Diah NM, Kar S. Opinions of the Urban Women on Pap Test: Evidence from Bangladesh. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*. 2019;20(6):1613.

83. Akinlotan M, Bolin JN, Helduser J, Ojinnaka C, Lichorad A, McClellan D. Cervical cancer screening barriers and risk factor knowledge among uninsured women. *Journal of Community Health*. 2017;42(4):770-8.
84. Karabulutlu O. Evaluation of the pap smear test status of Turkish women and related factors. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2013;14:981-6.
85. Chang HK, Seo S-S, Myong J-P, Koo J-W, Jeong J. Factors Associated with Cervical Cancer Screening among Married Female Immigrants with Korean Husbands in South Korea. *International journal of environmental research and public health*. 2018;15(11):2528.
86. Karadag Arli S, Bakan AB, Aslan G. Distribution of cervical and breast cancer risk factors in women and their screening behaviours. *European journal of cancer care*. 2019;28(2):e12960.
87. DUMAN NB, KoçAK DY, AlBAYrAK SA, ToPUz Ş, YılMAzel G. Kırk yaş üstü kadınların meme ve serviks kanseri taramalarına yönelik bilgi ve uygulamaları. *GOP Taksim EAH JAREN*. 2015;1(1):30-8.
88. Bendezu-Quispe G, Soriano-Moreno AN, Urrunaga-Pastor D, Venegas-Rodríguez G, Benites-Zapata VA. Association between knowledge about cervical cancer and having a Papanicolaou test in peruvian women. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2020;37:17-24.
89. Toraman AU, Yildirim N. Knowledge about cervical cancer risk factors and practices of pap testing among Turkish immigrant women in the United States. *Journal of immigrant and minority health*. 2018;20(5):1222-9.
90. KILIÇSOKAN P, İLHAN N. BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN KADINLARIN PAP SMEAR TESTİ YAPTIRMA DURUMLARI İLE SERVİKS KANSERİNE VE PAP SMEAR TESTİNE YÖNELİK SAĞLIK İNANÇLARI. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*.17(2):323-7.
91. Matsubara H, Hayashi K, Sobue T, Mizunuma H, Suzuki S. Association between cancer screening behavior and family history among Japanese women. *Preventive medicine*. 2013;56(5):293-8.
92. Nguyen TT, McPhee SJ, Nguyen T, Lam T, Mock J. Predictors of cervical Pap smear screening awareness, intention, and receipt among Vietnamese-American women. *American journal of preventive medicine*. 2002;23(3):207-14.
93. Zafer E, Tanrikulu P, Atakul T. Status and awareness of cervical, breast, and colon cancer screening in a Turkish city. *European journal of gynaecological oncology*. 2017;38(3):391-7.

94. SAÇIKARA Z, TANYER DK-TDK. KIRSAL BÖLGEDE YAŞAYAN KADINLARIN SERVİKS VE MEME KANSERİ TARAMALARINA KATILIM VE BİLGİ DURUMLARI. STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi.30(1):43-52.
95. Liu T, Li S, Ratcliffe J, Chen G. Assessing knowledge and attitudes towards cervical cancer screening among rural women in Eastern China. International journal of environmental research and public health. 2017;14(9):967.

8. EKLER

EK-1: Tez Anketi

Kadınların rahim ağzı kanseri taraması konusunda bilgi, tutum ve davranışları

Bu çalışma kadınların rahim ağzı kanseri taraması konusunda bilgi, tutum ve davranışlarının araştırılması amacıyla yapılmaktadır. Vereceğiniz bilgiler sadece bilimsel amaçlı kullanılacak olup üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Her ifadenin cevaplandırılması çalışmanın daha iyi olmasını sağlayacaktır. Çalışmaya verdiğiniz katkıdan dolayı teşekkür ederim.

1. Yaşınız:

2. İkametiniz: 1.() İl merkezi 2.() İlçe merkezi 3.() Köy

3. Eğitim düzeyiniz: 1.() Okur yazar değil 2.() Okur yazar 3.() İlkokul
4.() Ortaokul 5.() Lise 6.() Üniversite

4. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz? 1.() Evet 2.() Hayır

5. Gelir düzeyiniz : 1.() Gelir giderden çok 2.() Gelir gidere eşit
3.() Gelir giderden az

6. Medeni durumunuz: 1.() Evli 2.() Bekar 3.() Dul/Boşanmış

7. Daha önce doğum yaptınız mı? 1.() Evet 2.() Hayır

8. Yanıtınız EVET ise lütfen doğum sayısını belirtiniz

9. Sigara kullanıyor musunuz? 1.() Evet 2.() Hayır 3.() Bıraktım

10. Ne zaman jinekolojik muayene yaptırırsınız?

- 1.() Herhangi bir şikayetim olduğunda
- 2.() Sıkıntılarım dayanılmaz olduğunda
- 3.() Düzenli muayene yaptırırım
- 4.() Muayene yaptırmam

11. Birinci (anne, kız kardeş) ve ikinci (teyze, hala) derece akrabalarınızdan rahim ağzı (serviks) kanseri tanısını alan var mı? 1.() Evet 2.() Hayır

12. Sizce rahim ağzı kanseri tarama testleri ile önlenbilir mi? 1.() Evet 2.() Hayır

5.() Diğer

21.Daha önce rahim ağzı kanseri taramasını nerede yaptırdınız?

1.() Aile Sağlığı Merkezinde

2.() Devlet veya Üniversite hastanesinde

3.() Kanser erken teşhis,tarama ve eğitim merkezinde (KETEM)

4.() Özel hastanede

22. Rahim ağzı kanseri taramasını yaptırmadıysanız nedeni nedir?

Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz

1.() Muayeneden utandığım/çekindiğim için

2.() İşlemden korktuğum için

3.() Kanser tanısını almaktan korktuğum için

4.() Yeterli bilgim olmadığı için

5.() Gerekli bulmadığım için

6.() Diğer.....

EK-2: Etik Kurul Onayı



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.09/464 10.07.2020

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Unal

Etik Kurulu'na sunmuş olduğumuz Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran 39-65 yaş arası kadınların serviks kanseri taraması konusunda bilgi, tutum ve davranışları başlıklı OSM KAEK 2020/ Karar no.lu Anket çalışması etikelisi araştırma projemiz amaç, gereklilik, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönetmesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmamasına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlanıncaya kadar servise her hafta en az bir kez (3) ay içerisinde bildirilmesine 09.07.2020 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/tes edelim.


P. Ç. ÇOLAK
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

