



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**AİLE SAĞLIĞI ELEMANLARININ SERVİKS KANSERİNİN
ERKEN TANISINA YÖNELİK TUTUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
İNCELENMESİ**

ÜMİT KANALICI

UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi ABDÜLKADİR AYDIN

2025-SAKARYA

T.C. SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**AİLE SAĞLIĞI ELEMANLARININ SERVİKS KANSERİNİN
ERKEN TANISINA YÖNELİK TUTUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
İNCELENMESİ**

ÜMİT KANALICI

UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi ABDÜLKADİR AYDIN

2025-SAKARYA

ONAY

Kurum : Sakarya Üniversitesi/Tıp Fakültesi

Program türü : Uzmanlık Tezi

Anabilim Dalı : Aile Hekimliği

Tez Sahibi : Ümit KANALICI

Sınav Tarihi : **Saat:**

Tez Başlığı : Aile Sağlığı Elemanlarının Serviks Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Uzmanlık Tezi olarak Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.

	Ünvan, Adı-Soyadı (Kurum adı)	İmza	Kabul/Red*
Danışman (Üye)			
Üye			
Üye			

* Red kararının gerekçesi onay sayfasının arkasında belirtilmelidir.

ONAY

“Bu tez .././202.. tarihinde yukarıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

.././202..

Tıp Fakültesi Dekanı

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma Etik Kurulu'ndan 16.01.2025 tarihinde ve E-43012747-050.04-438119-11 sayılı karar ile onay olarak hazırlanmıştır.

Tarih:

....../....../...

.....

Ümit Kanalıcı

İmza

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitim sürem içinde bilgi, fikir ve tecrübelerinden faydalandığım kıymetli hocam ve Anabilim Dalı Başkanımız Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir AYDIN'a; Bu çalışmanın fikir sürecinin gelişmesi ve olgunlaşmasında büyük destek sağlayan kıymetli hocam Dr. Öğr. Üyesi Muhammet Raşit AYDIN'a; Bu çalışmanın bütün aşamalarında büyük emeği olan, gerek eğitim gerekse tez ile ilgili konularda sormuş olduğum sorulara büyük bir sabır ve özveri içerisinde cevap vererek çözüm sunan kıymetli hocam Dr. Öğr. Üyesi Erkut ETÇİOĞLU'na; Bu uzun ve yorucu süreçte desteğini her zaman hissettiğim değerli eşime ve çocuklarıma; Son olarak kıymetli mesai arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

Dr. ÜMİT KANALICI

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ	vi
TABLO LİSTESİ.....	vii
ÖZET.....	vii
ABSTRACT.....	x
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1. Serviksin Anatomik Yapısı ve Konumu.....	4
2.2. Serviks Kanseri.....	4
2.3. Serviks Kanserinin Risk Faktörleri	5
2.4. Serviks Kanserini Önleme Yöntemleri.....	6
2.5. Serviks Kanseri Tarama Yöntemleri	6
2.5.1. Pap smear testi:	6
2.5.2. HPV testi.....	7
2.5.3. Pelvik muayene.....	8
2.5.4. Kolposkopi.....	8
2.5.6. Lazer indüklenmiş floresans	9
2.5.7. Polarprobe	9
2.5.8. Sıvı bazlı sitoloji	10
2.5.9. Görsel muayene teknikleri	11
2.5.10. Yapay zeka araçları.....	11
2.6. Servik Kanserinin Tedavisi	12

2.7. Sağlık Çalışanlarının Serviks Kanseri Tanısına Yönelik Bilgi Düzeyi	
Uygulama ve Tutumları Hakkında Yapılan Araştırmalar	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1. Araştırmanın Tipi.....	17
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	17
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	17
3.4. Veri Toplama Araçları	18
3.4.1. Araştırmacı tarafından oluşturulmuş anket formu:	18
3.4.2. Servikal kanserin erken tanısına yönelik tutum ölçeği (SKETTÖ).....	18
3.5. Verilerin Analizi	19
3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları.....	20
3.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	20
4.BULGULAR	21
5.TARTIŞMA VE SONUÇ	36
6.KAYNAKLAR	42
7.EKLER.....	46
7.1. EK-1: Etik kurul kararı	46
7.2. EK-2: Sosyodemografik bilgi formu	47
7.3. EK-3: Araştırmacı tarafından oluşturulmuş serviks kanserine ilişkin teorik bilgi düzeyi ve tutumları anketi	48
7.4. EK-4: Servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeği	52
ÖZGEÇMİŞ	54

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

ANOVA:	Analysis of Variance
DNA:	Deoxyribonucleic Acid
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
HIV:	Human Immunodeficiency Virus
HPV:	Human Papillomavirus
IBM:	International Business Machines
OKS:	Oral Kontraseptif
PAP SMEAR:	Papanicolaou Smear
SKETTÖ:	Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği
SPSS:	Statistical Package for the Social Sciences

TABLO LİSTESİ

Tablo 3.1. Katılımcıların SKETTÖ puanlarının normallik testi sonuçları	19
Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özelliklerinin frekans dağılımı.....	21
Tablo 4.2. Katılımcıların HPV aşısı ve serviks kanseri tarama programlarına ilişkin görüşlerinin frekans dağılımı.....	22
Tablo 4.3. Katılımcıların serviks kanseri ve HPV ile ilgili bilgi ve görüşlerinin frekans dağılımı	23
Tablo 4.4. Katılımcıların serviks kanseri belirtilerine ilişkin yanıtlarının çoklu yanıt analizi	25
Tablo 4.5. Katılımcıların serviks kanseri önleme yöntemlerine ilişkin yanıtlarının çoklu yanıt analizi	26
Tablo 4.6. Katılımcıların serviks kanseri ve HPV ile ilgili bilgi kaynaklarına ilişkin katılımcı yanıtlarının çoklu yanıt analizi.....	26
Tablo 4.7. Katılımcıların serviks kanseri risk faktörlerine ilişkin katılımcı yanıtlarının çoklu yanıt analizi	27
Tablo 4.8. Katılımcıların SKETTÖ toplam ve alt ölçekler puanının tanımlayıcı istatistikleri	28
Tablo 4.9. Katılımcıların meslek gruplarına göre SKETTÖ toplam ve alt boyut puanlarının tek yönlü varyans analizi sonuçları	29
Tablo 4.10. Katılımcıların gelir düzeyine göre SKETTÖ toplam ve alt boyut puanlarının tek yönlü varyans analizi sonuçları	29
Tablo 4.11. Katılımcıların serviks kanseri bilgi düzeyine göre SKETTÖ toplam ve alt boyut puanlarının tek yönlü varyans analizi sonuçları	31
Tablo 4.12. Katılımcıların yaş grubuna göre SKETTÖ toplam ve alt boyut puanlarının bağımsız örneklem T-Testi sonuçları.....	32
Tablo 4.13. Katılımcıların meslekteki süreye göre SKETTÖ toplam ve alt boyut puanlarının bağımsız örneklem T-Testi sonuçları.....	33

Tablo 4.14. Katılımcıların yaşadığınız bölgeye göre SKETTÖ toplam ve alt boyut puanlarının bağımsız örneklem T-Testi sonuçları.....	33
Tablo 4.15. Katılımcıların sigara kullanım durumuna göre SKETTÖ toplam ve alt boyut puanlarının bağımsız örneklem T-Testi sonuçları.....	34
Tablo 4.16. Katılımcıların alkol kullanım durumuna göre SKETTÖ toplam ve alt boyut puanlarının bağımsız örneklem T-Testi sonuçları.....	34
Tablo 4.17. Katılımcıların çevresinde serviks kanseri tanısı alan biri olup olmamasına göre SKETTÖ toplam ve alt boyut puanlarının bağımsız örneklem T-Testi sonuçları	35



ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Bu çalışmada Sakarya ilinde görev yapan aile sağlığı elemanlarının serviks kanserinin erken tanısına yönelik tutumlarını, teorik bilgi düzeylerini ve bu tutumlarla mesleki ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Kesitsel tipte tanımlayıcı bir araştırma olan bu çalışma, 01.02.2025–31.03.2025 tarihleri arasında çevrimiçi anket yöntemiyle yürütülmüştür. Araştırmaya 209 aile sağlığı elemanı dahil edilmiştir. Veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından geliştirilen sosyodemografik ve bilgi formu ile servikal kanserin erken tanısına yönelik tutum ölçeği (SKETTÖ) kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, t-testi, ANOVA ve çoklu yanıt analizleri uygulanmıştır.

BULGULAR: Katılımcıların serviks kanserinin aşısı ile önlenabilirliği ve HPV'nin kanser etiyolojisindeki rolü gibi temel konularda bilgi düzeyleri yüksek bulunmuştur. Ancak, tarama sıklığı ve programdan çıkış kriterleri gibi spesifik konularda bilgi eksiklikleri tespit edilmiştir. SKETTÖ toplam puan ortalaması $104,45 \pm 9,25$ olarak bulunmuş olup, ebelerin duyarlılık alt boyut puanları hemşirelerden anlamlı derecede yüksektir. Ayrıca, ileri yaş, mesleki deneyim süresinin 5 yıldan fazla olması ve sigara kullanımına göre tutum puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde arttığı saptanmıştır.

SONUÇ: Aile sağlığı çalışanlarının serviks kanseri erken tanısına ilişkin bilgisi yüksek olmakla birlikte, bu durum tutum ve uygulamalarına tam olarak yansımamakta; mesleki rol, yaş, deneyim ve kişisel sağlık davranışları ise belirleyici faktörler olarak öne çıkmaktadır. Bu nedenle, bilgi-tutum açığını kapatacak şekilde kapsamlı ve mesleki role özgü eğitim programlarının geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile sağlığı elemanı, erken tanı, HPV, serviks kanseri, tutum.

ABSTRACT

Evaluation of the attitudes of family health personnel towards the early diagnosis of cervical cancer and examination of influencing factors

AIM: This study aimed to examine the attitudes towards the early diagnosis of cervical cancer, the level of theoretical knowledge, and the relationship of these attitudes with professional and sociodemographic characteristics among family health workers working in Sakarya province.

MATERIALS AND METHODS: This cross-sectional descriptive study was conducted using an online survey method between February 1 and March 31, 2025. The study included 209 family health workers. A sociodemographic and knowledge form developed by the researcher and the Attitude Scale for Early Diagnosis of Cervical Cancer (SKETTÖ) were used as data collection tools. Data analysis involved descriptive statistics, t-tests, ANOVA, and multiple response analysis

RESULTS: The participants' knowledge levels on fundamental topics, such as the preventability of cervical cancer through vaccination and the role of HPV in its etiology, were found to be high. However, knowledge gaps were identified in specific areas, such as screening frequency and program exit criteria. The mean total score of the Cervical Cancer Early Diagnosis Attitude Scale was 104.45 ± 9.25 . Midwives' sensitivity sub-scale scores were significantly higher than those of nurses. Moreover, it was determined that attitude scores showed a statistically significant increase with advanced age, professional experience of more than five years, and smoking.

CONCLUSION: Family health workers' knowledge on cervical cancer early diagnosis is high but not fully reflected in their attitudes and practices, with professional role, age, experience, and personal health behaviors being key influencing factors. Comprehensive, role-specific training programs that bridge this knowledge-attitude gap are therefore recommended.

Keywords: Attitude, cervical cancer, early diagnosis, family health worker, HPV.

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, insanlık tarihi boyunca varlığını sürdüren ve bireylerin yaşam döngüsünün her aşamasını derinden etkileyen en ciddi kronik hastalıklardan biridir. Günümüzde küresel ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer alması, kanseri modern toplumların en önemli halk sağlığı sorunlarından biri haline getirmektedir. Jinekolojik kanserler ise kadın sağlığını tehdit eden, mortalite ve morbidite açısından küresel bir yük oluşturan önemli bir sağlık problemidir. Bu kanser türleri arasında yer alan serviks kanseri, etiyolojisinde human papillomavirüs (HPV) enfeksiyonunun majör rol oynaması, önlenabilir risk faktörlerinin bilinmesi ve etkili tarama yöntemleri sayesinde preinvaziv dönemde tanı alabilmesi nedeniyle önlenabilirliği en yüksek kanser türlerinden biridir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre serviks kanseri, kadınlarda yaygınlığı en yüksek dördüncü kanser olup, yıllık 500.000'in üzerinde yeni vaka ve 260.000'in üzerinde ölümle sonuçlanmaktadır. Türkiye'de ise serviks kanseri insidansı, yaşa standardize edilmiş hızla 100.000'de 4.5 olarak bildirilmekte olup, bu oran gelişmiş ülkelere kıyasla nispeten düşük olmakla birlikte, özellikle tarama programlarına katılımın yetersiz olduğu bölgelerde bir halk sağlığı sorunu olmayı sürdürmektedir (Demir, 2017).

Serviks kanseri ile mücadelenin etkin bir şekilde yürütülebilmesi, hastalığın önlenabilir niteliği sayesinde mümkün görünmektedir (Sahasrabuddhe, 2024). Bu mücadelenin merkezinde yer alan sağlık çalışanlarının rolü, yapılan araştırmalarla da doğrulanmıştır. Araştırmalar, sağlık çalışanları liderliğindeki ve kültürel olarak uyarlanmış müdahalelerin, kadınlarda tarama oranları ile tedaviye erişimi belirgin şekilde artırdığını ortaya koymuştur (Campson ve ark., 2025).

Sağlık çalışanları, toplumun sağlık okuryazarlığını geliştirmede ve doğru sağlık bilgisinin yaygınlaştırılmasında en güvenilir kaynak olarak kabul edilmektedir. Bu bağlamda, Human Papilloma Virüs (HPV) enfeksiyonu gibi halk sağlığını ilgilendiren konularda, bireyleri doğru bir şekilde bilgilendirmek, onların mevcut yanlış algı ve inançlarını gidermek ve nihayetinde aşılama gibi koruyucu sağlık davranışlarına

yönelik bilinçli karar vermelerini sağlamak, sağlık çalışanlarının temel sorumlulukları arasında yer almaktadır. Bu görevin etkin bir biçimde yerine getirilebilmesi, sağlık çalışanlarının HPV enfeksiyonları ve aşıları hakkında güncel, kanıta dayalı bilgiye hâkim olmalarını ve bu konuda danışmanlık verebilecek düzeyde yeterliliğe sahip olmalarını zorunlu kılmaktadır. Toplumla en fazla temas halinde olan ve sağlık personelinin önemli bir grubunu oluşturan ebe, hemşire acil tıp teknisyenlerinin serviks kanserinin HPV ile olan ilişkisi, korunmada Pap smear testinin rolü ve HPV aşısının önemi konularındaki bilgi düzeyi, halkın bu alandaki farkındalığının ve fonsiyonel tutumlar geliştirmesinin belirleyicilerinden biridir (Yiğitalp, 2019).

Literatür incelendiğinde, sağlık çalışanlarının bu kritik rolü ile kendi bilgi ve uygulamaları arasında endişe verici bir uyumsuzluk olabileceği görülmektedir. Diyarbakır ve Batman illerinde birinci basamak sağlık çalışanlarıyla gerçekleştirilen araştırmada, çalışanların serviks kanseri riskine dair oldukça düşük farkındalığa ve yetersiz tarama oranlarına sahip oldukları ortaya konmuştur (Can ve ark., 2019). Ankara'da üçüncü basamak bir sağlık kuruluşunda tüm kadın çalışanlarla yapılan bir diğer çalışma ise, katılımcıların %15,6'sının ulusal serviks kanseri tarama programından haberdar olmadığını, %44,1'inin hiç sitoloji taraması ve %75'inin hiç HPV DNA testi yaptırmadığını ortaya koymuştur (Öz ve ark., 2019). Benzer şekilde Diyarbakır'da yapılan çalışma, ebelerin ve hemşirelerin aşılama oranlarının oldukça düşük seyrettiğini tespit etmiştir (Yiğitalp, 2019). Konunun önemine ve ulusal tarama programının varlığına rağmen, bu bulguların güncelliğini koruduğu yapılan daha güncel bir çalışma ile de doğrulanmıştır (Kayıkçıoğlu, 2023). Söz konusu çalışma, kadın hemşirelerin %64,6'sının son beş yıl içinde smear testi ve %75,4'ünün HPV testi yaptırmadığını bildirmiştir. Kırklareli'nde sağlık çalışanları ile gerçekleştirilen kapsamlı çalışmada kadın sağlık çalışanlarının sadece %28,4'ünün düzenli Pap-smear veya HPV testi yaptırdığını, %24,3'ünün düzenli jinekolojik muayeneye gittiğini ve çoğunun HPV enfeksiyonları ve aşısı hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını ortaya koymuştur. Ayrıca, katılımcıların serviks kanseri erken tanı ve tedavisine yönelik tutum ve uygulamalarının orta düzeyde kaldığı belirlenmiştir. Bu bulguların toplamı, toplumu yönlendirmekle yükümlü sağlık profesyonelleri arasında dahi serviks kanseri

önleme ve tarama uygulamalarına yönelik ciddi bir farkındalık ve davranış eksikliği olduğuna işaret etmektedir (Akkoyun, 2023).

Mevcut çalışmaların sınırlı sayıda olması ve bulguların tutarlı bir şekilde olumsuz yönde seyretmesi, bu alanda daha kapsamlı araştırmalara duyulan ihtiyacı açıkça ortaya koymaktadır. Buradan ihtiyaçtan hareketle araştırmamız; Sakarya ilinde görev yapan aile sağlığı elemanlarının serviks kanseri, HPV enfeksiyonu, smear testi ve HPV aşısı konusundaki bilgi, tutumlarını incelemeyi, tutumlarının sosyodemografik ve meseleki özellikleri ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.



2.GENEL BİLGİLER

2.1. Serviksin Anatomik Yapısı ve Konumu

Serviks veya rahim ağzı, uterusun alt kısmını oluşturan ve vajinanın üst kısmına doğru uzanan silindirik bir yapıdır. Latince "boyun" anlamına gelen bu yapı, doğum yapmamış yetişkin bir kadında yaklaşık 2,5-3,0 cm uzunluğundadır ve normal anatomik konumunda hafifçe aşağı ve arkaya doğru eğimli bir pozisyonda bulunur. Vajina, serviksi vajina içinde görülen portio vaginalis (ekzoserviks) ve supravajinal kısım olmak üzere iki bölüme ayırır: Portio vaginalis, vajinanın iç tarafında yer alan, ön ve arka fornikslerle sınırlanan dışbükey eliptik yüzeyle bir yapıdır; bu bölgenin merkezinde dış os bulunur. Dış os'un morfolojisi doğum yapmamış kadınlarda dairesel bir görünüm sergilerken, doğum yapmış kadınlarda yatay yarık şeklini alır. Servikal kanal ise dış os'u internal os'a bağlayan ve en geniş noktasında 8 mm çapa ulaşan eliptik bir boşluktur; bu kanalın iç yüzeyinde boylamasına seyreden plicae palmatae adı verilen mukoza kıvrımları yer alır. Endoservikal kanal ile endometrial kavite arasındaki geçiş bölgesi olan istmus veya alt uterin segment ise özellikle gebelik ve doğum sürecinde tanımlayıcı bir rol üstlenmektedir (Ferenczy ve Winkler, 1987; Peterson ve ark., 2009).

2.2. Serviks Kanseri

Rahim ağzı kanserinin temelinde, genellikle yüksek risk grubunda yer alan HPV türlerinin neden olduğu kalıcı enfeksiyonlar yatmaktadır. Bu süreç, bir dizi moleküler değişikliği tetikleyen çok aşamalı bir patofizyolojiye sahiptir. HPV'nin ürettiği E6 ve E7 gibi onkoproteinler, hücre döngüsünün ana düzenleyicileri olan p53 ve Rb tümör baskılayıcı proteinlerinin işlevlerini bozmaktadır. Bu durum, hücrelerin kontrolsüz bir şekilde çoğalmasına, programlanmış hücre ölümünden kaçmasına ve genetik yapıda kararsızlığa yol açmaktadır. Tüm bu birikimli değişiklikler, servikal intraepitelyal neoplazi adı verilen ve kanser öncesi aşama kabul edilen lezyonların oluşumuna zemin hazırlamaktadır. Eğer bu prekanseröz lezyonlar zamanında tespit edilip tedavi edilmezse, invaziv kansere dönüşme potansiyeli taşımaktadır (Saeed ve ark., 2018).

Patofizyolojik süreç, servikal mikrobiyom düzensizliği, immün yanıt modülasyonu ve tümör mikroçevresinin dinamik etkileşimleriyle daha da karmaşık hale gelmektedir. Tümörle ilişkili makrofajlar ve kanser ilişkili fibroblastlar gibi stromal hücreler, anjiyogenez, doku invazyonu ve metastazı kolaylaştırarak hastalığın agresif seyrine katkıda bulunur. Hastalığın ilerlemesi, mikroinvaziv evrelerden başlayarak lenfovasküler alan invazyonu ve nodal yayılım gösteren ileri evrelere kadar devam eder (George ve ark., 2023; Natelarui, 2023).

Histolojik olarak, vakaların %80-90'ını skuamöz hücreli karsinomlar oluştururken, son yıllarda özellikle genç kadınlarda adenokarsinom insidansında artış gözlenmektedir. HPV'nin etiyolojik rolünün 1983'te tanımlanması, profilaktik aşılar gibi önleyici stratejilerin geliştirilmesine olanak sağlamış olsa da global ölçekte rahim ağzı kanserinin eliminasyonu halen önemli bir halk sağlığı mücadelesi olarak varlığını sürdürmektedir (Evans ve ark., 2013).

2.3. Serviks Kanserinin Risk Faktörleri

Serviks kanseri etiyolojisinde birçok faktör rol oynamaktadır. Zhang ve arkadaşları (2020) yaptıkları kapsamlı derleme çalışmasında bu faktörleri sistematik olarak altı ana kategori altında sınıflandırmıştır. Birinci kategori virolojik faktörler olup başlıca HPV enfeksiyonu, yüksek riskli HPV tipleri ve HPV'nün persistan enfeksiyonunu içermektedir. İkinci kategori davranışsal ve yaşam tarzı faktörlerinden oluşmakta olup erken yaşta cinsel ilişki, çok sayıda cinsel partner, yüksek doğum sayısı, sigara kullanımı ve uzun süreli oral kontraseptif kullanımı bu grupta yer almaktadır. Üçüncü kategoride enfeksiyöz eş faktörler bulunmakta olup HIV enfeksiyonu, Chlamydia trachomatis enfeksiyonu, herpes simpleks virüsü enfeksiyonu ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar bu gruba dahil edilmiştir. Dördüncü kategori sosyoekonomik ve demografik faktörleri kapsamakta olup düşük eğitim düzeyi, düşük sosyoekonomik durum, yetersiz sağlık okuryazarlığı ve düzenli tarama programlarına erişimde kısıtlılık bu grupta sayılmaktadır. Beşinci kategori immünolojik ve biyolojik faktörlerden oluşmakta olup bağışıklık sisteminin baskılanması, kronik immünosupresyon, beslenme yetersizlikleri ve genetik yatkınlık bu kapsamda

değerlendirilmektedir. Altıncı ve son kategori ise çevresel ve diğer faktörleri içermekte olup diyet ve beslenme alışkanlıkları, hormonal faktörler, oksidatif stres ve kronik enflamasyon bu gruba dahil edilmiştir (Zhang ve ark., 2020).

2.4. Serviks Kanserini Önleme Yöntemleri

Serviks kanserinin önlenmesi, birincil ve ikincil korunma stratejilerini içeren bütünlük bir yaklaşım gerektirmektedir. Birincil korunma kapsamında, HPV'nin ana etken olduğu serviks kanserine karşı en etkili yöntem olan aşılama programları öne çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, cinsel aktiflik başlamadan önce 9-14 yaş aralığındaki kız çocuklarının aşılanmasını temel hedef olarak belirlemiştir. Kanser yapıcı (yüksek riskli) HPV tiplerine karşı geliştirilen aşılar, özellikle rahim ağzı kanserlerinde çok önemli bir koruyuculuk etkisi göstermektedir. İkincil korunma stratejisi ise 30 yaşından itibaren düzenli tarama programlarını içermektedir (DSÖ, 2024).

2.5. Serviks Kanseri Tarama Yöntemleri

Serviks kanseri, özellikle erken teşhis imkânlarının kısıtlı olduğu bölgelerde önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etse de, prekanseröz lezyonlardan invaziv kansere uzun gelişim süreci nedeniyle etkili tarama programları ile önlenabilir bir hastalıktır. Taramanın evrimi, 1940'larda Pap smear testiyle başlamış; sıvı bazlı sitoloji ve HPV testi gibi yöntemlerle duyarlılık ve özgüllük artırılmış, asetik asit ile görsel muayene ve lugol iyodu ile görsel muayene gibi düşük maliyetli tekniklerle erişim genişletilmiştir. Günümüzde anormal sonuçlar kolposkopi ile değerlendirilirken, lazer tabanlı sistemler, Polarprobe gibi elektronik cihazlar ve yapay zeka destekli analizler geleceğin tarama metodolojileri olarak öne çıkmaktadır.

2.5.1. Pap smear testi:

Pap smear, serviks kanseri taramasında kullanılan en köklü ve yaygın yöntemdir. Minimal invaziv, ağrısız bir prosedür olup poliklinik şartlarında uygulanabilir. 21 yaşını geçmiş veya cinsel aktifite başlamış kadınlara düzenli aralıklarla

önerilmektedir. İşlem sırasında serviksten alınan hücre örnekleri mikroskopik inceleme için laboratuvara gönderilir. Prekanseroz veya kansöz değişiklikler Bethesda sistemi kriterlerine göre değerlendirilir. Pap testinin servikal karsinom mortalitesini %60'a varan oranlarda azalttığı kanıtlanmıştır ancak yöntem, önemli sınırlamalara sahiptir. Duyarlılığının, özellikle düşük dereceli lezyonlarda, %30-50 aralığında olması ve yüksek oranda yanlış negatif sonuç verebilmesi en büyük dezavantajdır. Hücrelerin lam üzerine homojen yayılamaması, materyal kaybı ve örnekteki kan veya enflamasyonun değerlendirmeyi güçleştirilmesi bu sınırlamaların başlıca nedenleridir. Bu dezavantajlar, sıvı bazlı sitoloji ve HPV testi gibi daha gelişmiş tarama yöntemlerinin geliştirilmesi ihtiyacını doğurmuştur(Duraisamy ve ark., 2011).

2.5.2. HPV testi

HPV testi, rahim ağzı kanserinin ana nedeni olan yüksek riskli HPV tiplerinin genetik materyal düzeyinde tespit edilmesine dayanan modern bir tanı yöntemidir. Bu test, rahim ağzı kanseri tarama programlarında giderek daha önemli bir rol üstlenmekte olup, yüksek hassasiyet ve objektif değerlendirme imkânı sunmaktadır. Testin uygulama süreci, rahim ağzı bölgesinden özel fırçalarla alınan hücre örneklerinin laboratuvara iletilmesi ve burada yüksek riskli HPV tiplerine yönelik ileri moleküler tekniklerle analiz edilmesini kapsamaktadır. Güncel klinik kılavuzlar, HPV testinin ana tarama yöntemi olarak 30 yaşın üzerindeki kadınlarda 5 yılda 1 aralıklarla kullanılmasını önermekte olup, aynı zamanda belirsiz sitolojik bulguların değerlendirilmesinde ve rahim ağzı kanseri öncülü lezyonların tedavisi sonrası takipte en önemli tanı aracı olarak kabul edilmektedir. Testin standardize sonuç verme kapasitesi ve uzun tarama aralıklarına imkân sağlaması, özellikle kaynakların sınırlı olduğu ortamlarda rahim ağzı kanseri tarama programlarının sürdürülebilirliği açısından önemli avantajlar sunmaktadır. Moleküler tanı alanındaki gelişmeler, HPV testlerinin doğruluğunu artırarak gereksiz ileri tetkikleri azaltmakta ve kişiye özel tarama stratejilerinin geliştirilmesine katkı sağlamaktadır (Tilyashaykhov ve ark., 2014).

2.5.3. Pelvik muayene

Pelvik muayene, kadın üreme sistemi organlarının ve pelvik yapıların kapsamlı değerlendirilmesini sağlayan temel bir jinekolojik incelemedir. Bu muayene, tek bir prosedürden ziyade hastanın klinik gereksinimlerine göre düzenlenen dinamik bir süreç olup dört temel bileşenden oluşmaktadır: eksternal genitalyanın dikkatli inspeksiyonu ile başlayan muayene, spekulum ile vajinal duvar ve serviksin detaylı vizüelizasyonu ile devam eder. Ardından bimanuel palpasyon ile uterusun boyut, pozisyon ve konturları değerlendirilirken adneksiyel alanlar da kontrol edilir. Gerekli görülen olgularda, posterior forniks ve rektovajinal septumun değerlendirilmesi amacıyla rektovajinal muayene ile tamamlanır. Bu muayenenin en önemli klinik katkılarından biri, servikal patolojilerin erken teşhisi için zemin hazırlamasıdır. Spekulum muayenesi sırasında alınan servikal sitoloji örnekleri, serviks kanseri tarama programlarının temelini oluşturmakta ve preinvaziv lezyonların erken saptanmasına olanak tanımaktadır(Evans ve ark., 2019)

2.5.4. Kolposkopi

Servikal patolojilerin teşhisinde ve incelenmesinde kullanılan bir görüntüleme yöntemidir. Özellikle anormal servikal sitoloji bulguları, anormal asetik asit ile görsel muayene ve lugol iyodu ile görsel muayene test sonuçları veya klinik olarak şüpheli serviks lezyonu olan olgularda endike olan bu teknik, 10-16 kat büyütme kapasitesine sahip bir stereoskopik mikroskop ile serviksin detaylı incelenmesini sağlar. İşlem, serviksin çıplak gözle makroskobik değerlendirilmesi ile başlar. Servikal mukusun temizlenmesini takiben %3-5'lik asetik asit solüsyonu uygulanır ve asetobeyaz reaksiyon gösteren epitelyal anormallikler değerlendirilir. Asetik asit uygulamasını takiben 15-20 saniye içinde meydana gelen asetobeyazlık, yüksek gradeli servikal intraepitelyal neoplazi lezyonlarında daha belirgin ve persistandır. Vasküler paternin daha iyi görüntülenmesi için yeşil filtre kullanımı ve epitelyal defektlerin değerlendirilmesi için Lugol iyodu gibi yardımcı tekniklerden yararlanılır. Kolposkopik incelemenin temel amacı, servikal ve vajinal epiteldeki prekanseröz ve kanseröz lezyonları erken evrede tanımlamak ve hedefe yönelik biyopsi alarak

histopatolojik tanıyı doğrulamaktır. İşlem sonrasında standartize edilmiş kolposkopi terminolojisi kullanılarak transformasyon zonunun yapısı, asetobeyaz epitel özellikleri, vasküler patern ve iyot boyama özellikleri detaylı şekilde raporlanmalıdır. Kolposkopi, servikal kanser tarama ve erken tanı algoritmalarında vazgeçilmez bir bileşen olup, özellikle yüksek riskli HPV enfeksiyonu olan olgularda gereksiz invaziv girişimleri önlemede kritik rol oynar (Pratjiamo, 2015).

2.5.6. Lazer indüklenmiş floresans

Lazer indüklenmiş floresans, geleneksel yöntemlere alternatif olarak geliştirilen yenilikçi bir optik tanı tekniğidir. Bu yöntem, normal servikal dokudan kansere ilerleyen süreçte meydana gelen hücresel ve biyokimyasal değişiklikleri yüksek hassasiyetle tespit edebilmektedir. Bu teknik, servikal dokulardaki doğal floresan bileşenleri lazer ile uyatarak yayılan floresans sinyallerini analiz etme prensibine dayanmaktadır. Belirli dalga boyundaki uyarım altında, kollajen, bağlı nikotinamid adenin dinükleotit ve serbest nikotinamid adenin dinükleotit gibi özgün biyobelirteçlerin floresans özelliklerindeki değişimler patolojik durumların ayırt edilmesinde kritik rol oynamaktadır. Kollajen floresans yoğunluğundaki azalma, bağlı nikotinamid adenin dinükleotit seviyelerindeki düşüş ve serbest nikotinamid adenin dinükleotitteki artış, servikal kanserin karakteristik biyokimyasal imzasını oluşturmaktadır. Lazer indüklenmiş floresansın Teşhis performansı, ayrıca temel bileşen analizi ve destek vektör makinelerinden yararlanan çok değişkenli istatistiksel analizler ve makine öğrenimi algoritmaları ile desteklenmektedir. Bu entegre metodoloji, kötü huylu ve iyi huylu doku örneklerini yüksek bir doğruluk, hassasiyet ve özgüllük derecesiyle sınıflandırmayı mümkün kılmaktadır. (Barik ve ark., 2022).

2.5.7. Polarprobe

Polarprobe, rahim ağzı kanseri ve bu kanserin öncülü olan lezyonları, invaziv bir müdahaleye gerek kalmadan anında tespit edebilen taşınabilir bir elektronik tanı sistemidir. Cihaz, servikal dokunun elektriksel ve optik özelliklerini eş zamanlı olarak analiz ederek, geleneksel tarama yöntemlerine kıyasla yenilikçi bir seçenek

sunmaktadır. Cihaz, 170 mm uzunluğunda kalem form faktörlü bir el ünitesi, mikroişlemci kontrollü bir konsol ve otomatik doku sınıflandırması yapan uzman sistem yazılımından oluşmaktadır. Klinik uygulamada, spekulum ile serviks görselleştirildikten sonra prob servikal dokuyla temas ettirilir ve düşük seviyeli elektrik darbeleri ile optik sinyaller iletilir. Elektrotlar voltaj darbeleri uygularken, optik fiberler dokuyu kırmızı, yeşil ve kıvılcı LED ışıklarla aydınlatır. Algılanan sinyallerden çıkarılan parametreler, önceden belirlenmiş servikal doku tipleri veri bankasıyla karşılaştırılarak dokunun normal, düşük dereceli anormal veya kanser/yüksek dereceli anormal olarak sınıflandırılması sağlanır. Bu otomatize sistem, özellikle kaynak kısıtlı ortamlarda rahim ağzı kanseri taramasının erişilebilirliğini artırma potansiyeli taşımaktadır(Quek ve ark., 1998).

2.5.8. Sıvı bazlı sitoloji

Sıvı bazlı sitoloji, 1990'lı yılların ortalarında geleneksel Pap smear yöntemine alternatif olarak geliştirilmiş yenilikçi bir sitolojik değerlendirme yöntemidir. Bu teknik, servikal tarama programlarında önemli bir ilerleme sağlamış olup, konvansiyonel yöntemlere kıyasla hem sensitivite hem de numune kalitesi açısından belirgin üstünlükler sunmaktadır. Sıvı bazlı sitolojinin temel prensibi, servikal örnekleme sonrası hücrelerin özel bir sıvı fixative içine alınması ve laboratuvarında otomatize sistemlerle değerlendirilmeye hazır hale getirilmesidir.

Sıvı bazlı sitoloji yönteminin en dikkat çekici avantajları arasında; daha az yetersiz numune oranı, hücresel morfolojinin daha iyi korunması, obskür edici elementlerin (kan, mukus, enflamatuar hücreler) eliminasyonu ve artık materyalin, HPV DNA testi de dahil olmak üzere, ek moleküler incelemelerde değerlendirilebilmesidir. Yapılan karşılaştırmalı çalışmalar, sıvı bazlı sitolojinin özellikle yüksek gradeli servikal intraepitelyal lezyonların saptanmasında geleneksel smear yöntemine göre anlamlı derecede yüksek düzeyde sensitivite gösterdiğini ortaya koymuştur (Jain ve ark., 2023).

2.5.9. Görsel muayene teknikleri

Rahim ağzı kanseri taramasında asetik asit ile görsel muayene ve Lugol iyodu ile görsel muayene, özellikle laboratuvar imkanlarında sınırlılıklara sahip bölgelerde etkili primer tarama araçları olarak önem kazanmaktadır. Bu yöntemler, servikal prekanseröz ve kanseröz lezyonların ekonomik ve pratik bir şekilde tanımlanmasını sağlamaktadır. Asetik asit ile görsel muayene, servikse yüzde üç ile beş konsantrasyonda asetik asit çözeltisi uygulanmasını içerir. Anormal servikal epitel hücreleri, yüksek çekirdek-sitoplazmik oranları ve artmış protein içerikleri nedeniyle asetik asit uygulamasını takiben su kaybına uğrar ve belirgin beyaz renkli lezyonlar olarak görünür hale gelir. Bu görsel değişiklikler, prekanseröz veya kanseröz lezyonların varlığına işaret edebilmektedir. İşlemin ardından sağlık personeli, servikste bu karakteristik değişiklikleri doğrudan gözlemleyerek değerlendirme yapar. Lugol İyodu ile Görsel Muayene ise Lugol iyot çözeltisinin servikse uygulanmasına dayanır. Normal, glikojen açısından zengin yassı epitel hücreleri iyodu emerek koyu kahverengi-siyah renk alırken, glikojen içeriği azalmış anormal hücreler iyodu emmez ve soluk sarı renkte kalır. Bu belirgin kontrast, anormal dokuların kolaylıkla ayırt edilmesini sağlar. Her iki metot da özellikle "gör ve tedavi et" stratejisiyle uyumlu olup, laboratuvar imkânlarının kısıtlı olduğu ortamlarda takip randevularına uyum sorununa pratik çözümler sunmaktadır(Rita ve ark., 2002).

2.5.10. Yapay zeka araçları

Yapay zeka, rahim ağzı kanserinin erken teşhisi alanında önemli bir dönüşüm potansiyeli taşımaktadır. Son beş yılda yapılan araştırmalar, yapay zeka tekniklerinin bu alandaki tanısal doğruluğu ve fonksiyonelliği artırmak için nasıl kullanılabileceğini göstermiştir. Bu teknikler, geleneksel manuel analiz yöntemlerine kıyasla insan hatası olasılığını azaltmakta ve zaman alıcı teşhis süreçlerini optimize etmektedir. Yapay zeka uygulamalarının temelini, Pap smear görüntüleri ve kolposkopi bulguları gibi geniş ve çeşitli tıbbi veri kümelerinin toplanması oluşturmaktadır. Bu veriler, analize hazırlanırken normalleştirme ve veri artırma gibi ön işleme tekniklerinden geçirilmektedir. Ardından, evrişimli sinir ağları gibi derin öğrenme mimarileri ve

çeşitli makine öğrenimi algoritmaları kullanılarak modeller eğitilmekte ve rahim ağzı kanserine işaret eden kalıplar öğrenilmektedir. Model eğitiminin tamamlanmasının ardından, bağımsız veri kümeleri üzerinde doğrulama ve test süreçleri gerçekleştirilmekte; doğruluk, duyarlılık, özgüllük gibi performans metrikleri titizlikle değerlendirilmektedir. Bu aşama, modelin güvenilirliğini ve farklı popülasyonlara genellenebilirliğini sağlamak açısından kritik öneme sahiptir. Başarıyla doğrulanan yapay zeka modelleri, klinik iş akışlarına entegre edilebilmektedir. Kullanıcı dostu arayüzler aracılığıyla klinisyenler hasta verilerini sisteme yükleyerek ve yapay zeka tarafından üretilen teşhis tahminleri ile risk değerlendirmelerine erişebilmektedir (Nazir ve ark., 2023).

2.6. Servik Kanserinin Tedavisi

Rahim ağzı kanseri tedavisi, önleme, erken teşhis ve hastalığın evresine göre uyarlanmış çeşitli terapötik stratejileri içeren multifaktoriyel yaklaşım gerektirmektedir. Human Papilloma Virüsü (HPV) aşısı ve düzenli tarama programları, yüksek gelirli ülkelerde rahim ağzı kanseri insidansını önemli ölçüde azaltmıştır ancak, düşük ve orta gelirli bölgelerde bu önleyici tedbirlere erişimin sınırlı olması, hastalığın bu coğrafyalarda önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmesine neden olmaktadır (Burmeister ve ark., 2022; Girda ve ark., 2024; Natelaury, 2023).

Hastalığın birincil tedavi yöntemleri, etkinliği artırmak amacıyla genellikle kombinasyon halinde uygulanan cerrahi, radyasyon tedavisi ve kemoterapidir. Cerrahi seçenekler, basit histerektomiden, erken evre kanserde doğurganlığın korunmasına olanak tanıyan radikal trakelektomi gibi daha ileri prosedürlere kadar geniş bir yelpazede yer alır. Lokal ileri vakalarda ise tedavinin temel taşı, dış ışın radyasyonu ve brakiterapiden oluşan radyoterapi oluşturur. Bu tedavi, sonuçları iyileştirmek için sıklıkla sisplatin bazlı eşzamanlı kemoterapi ile kombine edilmektedir (Girda ve ark., 2024; Natelaury, 2023). Son dönemdeki gelişmeler, ileri ve tekrarlayan vakalarda immünoterapiyi, özellikle immün kontrol noktası inhibitörlerini, umut verici bir tedavi seçeneği haline getirmiştir (Girda ve ark., 2024; Wargantiwar ve ark., 2025; Zain ve

ark., 2019). Ayrıca, daha kişiselleştirilmiş ve etkili tedaviler sunabilmek amacıyla hedefe yönelik tedavilerin yanı sıra onkolojik viroterapi ve gen tedavisi gibi yenilikçi yaklaşımlar da aktif olarak araştırılmaktadır (Nejad ve ark., 2023; Zain ve ark., 2019).

Tüm bu terapötik ilerlemelere rağmen, tedavi ile ilişkili finansal yük, yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkiler ve bakım hizmetlerine erişimdeki küresel eşitsizlikler gibi önemli zorluklar devam etmektedir. Bu sosyoekonomik bariyerler, özellikle genç hasta popülasyonunu ve azınlık gruplarını orantısız bir şekilde etkilemektedir (Girda ve ark., 2024). Bu nedenle, küresel ölçekte rahim ağzı kanseriyle mücadelede başarıya ulaşmak, kapsamlı önleme stratejilerine, erken teşhis olanaklarına ve etkin tedavi yöntemlerine adil erişimin sağlanmasıyla mümkün olacaktır (Ambad ve Malve, 2024; Shinde ve ark., 2021).

2.7. Sağlık Çalışanlarının Serviks Kanseri Tanısına Yönelik Bilgi Düzeyi Uygulama ve Tutumları Hakkında Yapılan Araştırmalar

Serviks kanserinin erken tanısında sağlık çalışanlarının rolü kritik öneme sahiptir. Ancak, dünyanın farklı bölgelerinden yapılan araştırmalar, bu grup içinde dahi bilgi eksiklikleri, tutum sorunları ve tarama uygulamalarında önemli düşüklükler olduğunu ortaya koymuştur.

Somali'de gerçekleştirilen bir araştırmada, sağlık çalışanlarının önemli bir çoğunluğunun mesleki eğitimleri sırasında serviks kanseri konusunda eğitim almadığı ve çok azının kişisel tarama yaptırdığı belirlenmiştir (Altunkurek ve ark., 2021). Nepal'deki bir araştırma, kadın sağlık çalışanlarının büyük bir bölümünün serviks kanseri hakkında zayıf düzeyde bilgiye sahip olduğunu, ancak buna karşın çoğunun taramaya yönelik olumlu bir tutum sergilediğini göstermiştir. Buna rağmen, tarama yaptırmaya oranlarının oldukça düşük olduğu ve en yaygın gerekçenin herhangi bir şikayetin olmaması olarak öne çıktığı bildirilmiştir (Mahaseth ve ark., 2023). Benzer şekilde, Suudi Arabistan'da hemşire ve paramedikal personel ile yapılan bir çalışmada, katılımcıların yarısından fazlasının Pap smear testi hakkında tatminkar düzeyde

bilgiye sahip olmadığı ve büyük çoğunluğunun düzenli tarama pratiği bulunmadığı tespit edilmiştir (Alhelal ve Bushaquer, 2023).

İran'da yapılan iki ayrı çalışma, bilgi ve tutum düzeylerinin bölgesel farklılıklar gösterebileceğine işaret etmiştir. Bir çalışma, birinci basamak çalışanlarının bilgi ve tutum puanlarının orta düzeyde olduğunu ve tarama yaptırmamanın başlıca nedenleri olarak işlem sırasında ağrı ve kanama olasılığının görüldüğünü ortaya koymuştur (Binazir ve ark., 2020). Diğer bir karşılaştırmalı çalışma ise, iki farklı eyaletteki kadın sağlık çalışanlarının bilgi ve tutum puanları arasında anlamlı farklar olduğunu, tarama yaptırmama nedenleri arasında genital problem olmaması, testin farkında olunmaması ve hekimin önermemesinin sayıldığını göstermiştir (Mohammadi ve ark., 2019).

Nepal'in batı bölgesindeki sağlık çalışanları ile yürütülen bir araştırma, katılımcıların yaklaşık yarısının serviks kanseri hakkında zayıf düzeyde bilgiye sahip olduğunu ve büyük bir çoğunluğunun hiç tarama testi yaptırmadığını belirlemiştir. Bu çalışmada, ileri yaştaki ve evli katılımcıların hem bilgi düzeylerinin hem de tarama yaptırma oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Palikhe ve Pokhrel, 2022). Hindistan'da toplum sağlığı çalışanları ile yapılan bir çalışma, neredeyse tamamının taramaya yönelik olumlu tutumuna rağmen, çok azının hayatında hiç tarama yaptırdığını göstermiştir. Tarama yaptırmamanın en yaygın nedenleri arasında şikâyet olmaması ve işlemin ağırlı olacağı korkusu yer almıştır (Khargekar ve ark., 2019).

Endonezya'da hemşirelerle yapılan bir çalışma, olumlu tutuma rağmen uygulama düzeyinin düşük olduğu bulgusunu desteklemiş; hemşirelerin büyük çoğunluğunun teste karşı olumlu tutum sergilemesine karşın, yarısından fazlasının hiç Pap smear testi yaptırmadığı görülmüştür (Sinaga ve ark., 2020). Uganda'nın kırsalında yapılan bir araştırma, sağlık çalışanlarının çoğunun yeterli bilgiye sahip olduğunu ve olumlu tutum sergilediğini, kadın çalışanların önemli bir kısmının kendilerinin tarama yaptırdığını, erkek çalışanların ise eşlerini teşvik ettiğini ortaya koymuştur. Bununla birlikte, tarama yapmayan kadın çalışanlar tarama tesisinden habersiz olma, şikayeti olmama ve ağrı korkusunu neden olarak belirtmişlerdir (Obol ve ark., 2021). Nijerya'daki bir çalışma, kadın sağlık çalışanlarının bilgi ve tutum düzeylerinin yüksek

olmasına rağmen, tarama davranışının düşük olduğunu ve bu durumun bilgi-tutum-uygulama arasındaki uçurumu net bir şekilde gösterdiğini vurgulamıştır (Daniyan ve ark., 2019).

Avustralya'da yapılan güncel bir çalışma ise, sağlık çalışanlarının HPV tabanlı taramada kendi kendine örnek toplama yöntemi hakkında bilgi eksiklikleri olduğunu ve bu yeni yöntem yerine geleneksel yöntemleri tercih ettiklerini ortaya koymuştur. Katılımcılar, hastalarının bu yöntem için yeterli özgüvene sahip olmadığına inanmaktadır. Bu durumun, erişimi artırma potansiyeli olan bu yöntemin önünde bir engel oluşturabileceği sonucuna varılmıştır (Cheng ve ark., 2024).

Türkiye'de yapılan çalışmalar incelendiğinde ise benzer bulgular dikkat çekmektedir. Diyarbakır ve Batman'daki sağlık çalışanları ile gerçekleştirilen çalışmada, kadın birinci basamak sağlık çalışanlarında Pap smear testinin bilinirliğinin yüksek olduğu ancak testi yaptıрма oranının ise düşük olduğu saptanmıştır. Risk faktörleri hakkında bilgi düzeyi yüksek olmasına rağmen, bu bilgi tarama davranışına yansımamıştır (Can ve ark., 2019).

Ankara'da gerçekleştirilen bir araştırmada, kadın sağlık çalışanlarının bir kısmının ulusal tarama programından haberdar olmadığı, yarısına yakının ise hiç Pap smear testi yaptırmadığı ve büyük çoğunluğunun hiç HPV testi yaptırmadığı bulunmuştur. HPV konusundaki bilgi düzeyinin yeterince davranışa ve aşı kabulüne yansımadığı vurgulanmıştır (Öz ve ark., 2019).

Kırklareli'nde yapılan çalışmada, kadın sağlık çalışanlarının azınlıkta kalan bir kısmının düzenli tarama yaptırdığı ve düzenli jinekolojik muayeneye gittiği belirlenmiştir. HPV ve serviks kanseri konusunda eğitim seviyesi arttıkça bilgi düzeyinin yükseldiği, ancak genel olarak yeterli bilgiye sahip olunmadığı ve tutumların orta düzeyde kaldığı gösterilmiştir (Akkoyun, 2023).

Diyarbakır'da ebeler ve hemşireler ile yürütülen araştırmada, katılımcıların yarısından fazlasının düzenli jinekolojik muayene yaptırmadığı ve yarısının hiç Pap smear testi

yaptırmadığı ortaya konmuştur. HPV aşısı yaptırma oranının ise son derece düşük olduğu görülmüştür (Yiğitalp, 2019).

Hemşirelerle yapılan bir başka çalışmada, katılımcıların büyük çoğunluğunun son beş yılda smear testi yaptırmadığı ve hiç HPV testi yaptırmadığı tespit edilmiştir. HPV'nin serviks kanseri dışındaki riskleri konusunda bilgi düzeyinin düşük olduğu ve aşı yaptırma oranının istenen seviyede olmadığı belirlenmiştir (Kayıkçıoğlu, 2023).

Sonuç olarak, lokal ve global çalışmalar, sağlık çalışanlarında serviks kanseri, HPV ve tarama yöntemleri hakkında var olan bilgi ve olumlu tutumun, kişisel tarama uygulamalarına ve aşı kabulüne tutarlı bir şekilde yansımadığını göstermektedir. Şikayet olmaması, utangaçlık, ağrı korkusu ve hekimin önermemesi gibi engeller yaygın olarak bildirilmektedir. Bu durum, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerin niteliğinin artırılması, düzenli farkındalık programlarının düzenlenmesi ve kurumsal tarama teşvik politikalarının uygulanması ihtiyacını açıkça ortaya koymaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırmamız aile sağlığı merkezi elemanlarında serviks kanserine ilişkin bilgi, tutum ve klinik uygulamalarını tanımlamayı amaçlayan, kesitsel tipte bir tanımlayıcı araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma, Sakarya'da birinci basamakta çalışan aile sağlığı elemanları üzerinde yürütülmüştür. Veri toplama işlemi, Google Anketler aracılığıyla 01.02.2025 - 31.03.2025 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş olup, anket linki katılımcılara sosyal medya üzerinden ulaştırılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Sakarya ilindeki aile sağlığı merkezlerinde görev yapan kadın aile sağlığı elemanları (ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni) oluşturmuştur. Araştırma Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeğinin kadınlara yönelik bir ölçek olması ve güvenilirlik geçerlilik çalışmasının sadece kadın örneklemle yapılması sebebiyle sadece kadın sağlık çalışanları ile gerçekleştirilmiştir.

Çalışma için öngörülen örneklem büyüklüğü 330 katılımcı olarak planlanmış olmakla birlikte, veri kalitesini sağlamak amacıyla yapılan incelemeler sonucunda bazı katılımcıların verilerinin değerlendirmeye alınamayacağı tespit edilmiştir. Bazı katılımcıların açık uçlu sorulara analiz edilemeyecek şekilde yanıtlar vermesi ve onay kutucuklu sorularda birbiriyle çelişen ifadeleri seçmiş olmaları nedeniyle bu katılımcıların verileri araştırma kapsamından çıkarılmıştır. Bu eleme süreci sonrasında nihai örneklem büyüklüğü 209 katılımcı olarak belirlenmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından literatür taranarak geliştirilen bir anket formu ve aracılığıyla Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği (SKETTÖ) kullanılarak toplanmıştır.

3.4.1. Araştırmacı tarafından oluşturulmuş anket formu:

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan bu form, aile sağlığı elemanlarının demografik özelliklerini (yaş, meslek, medeni durum, çalışma süresi, gelir düzeyi, yaşam alanı, sigara ve alkol kullanımı), serviks kanseri hakkındaki bilgi düzeylerini, risk faktörleri ve tarama yöntemlerine dair farkındalıklarını, HPV ile ilgili görüşlerini ve erken tanı konusundaki tutumlarını ölçen sorular içermektedir (EK-1, EK-2).

3.4.2. Servikal kanserin erken tanısına yönelik tutum ölçeği (SKETTÖ)

Servikal kanserin erken tanısına yönelik bireylerin tutumlarını değerlendirmek amacıyla bu çalışmada, Özmen ve Özsoy (2017) tarafından geliştirilen Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği (SKETTÖ) kullanılmıştır. Sağlık İnanç Modeli'ne dayalı olarak yapılandırılan ölçek, duyarlılık, ciddiyet, yarar ve engel olmak üzere dört alt boyuttan ve toplam 30 maddeden oluşmaktadır. Ölçek, 5'li Likert tipi bir ölçekleme yöntemine sahip olup katılımcıların maddelere 1: “kesinlikle katılmıyorum” ile 5: “tamamen katılıyorum” arasındaki seçeneklerle yanıt vermesi tasarlanmıştır. Ölçekteki toplam 30 maddenin 22'si olumlu, 8'i ise olumsuz ifadelerden oluşmaktadır. Olumsuz maddelerin puanlaması tersine çevrilerek yapılmıştır. Ölçekten alınabilecek puan aralığı 30 ile 150 arasında değişmekte olup ölçeğin geliştirilme çalışmasında, tüm ölçek ve alt boyutlar için hesaplanan Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı .70 ile .89 arasında bildirilmiştir (EK-3).

3.5. Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizi IBM SPSS Statistics 21.0 yazılımı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmamızda istatistiksel analiz sürecine, kullanılacak test yöntemlerine karar vermek amacıyla ilk olarak normallik testleri yapılmıştır (Tablo 3.1). SKETTÖ toplam ve alt ölçek puanlarının normal dağılım sergileyip sergilemediğini tespit etmek amacıyla Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk normallik testleri uygulanmış olup bu testlerin sonuçları SKETTÖ alt ölçekleri bağlamında dağılımın heterojen olduğuna işaret etmiştir. Ancak, basıklık ve çarpıklık değerlerinin normallik testleri üzerindeki etkisi göz önünde bulundurularak betimleyici bir istatistik olan basıklık ve çarpıklık değerleri normallik testi sonrası analiz edilmiştir (Tablo 3.1). Alanyazında bu değerlerin -1 ile +1 aralığında olmasının normal dağılım için kabul edilebilir bir aralık olduğu belirtilmektedir (Hair ve ark, 2022). Yapılan incelemede, çalışmamızdaki verilerin çarpıklık ve basıklık değerlerinin bu kabul edilen aralıkta olduğu görülmüş ve verilerin normal dağılım sergilediği varsayılarak parametrik testlerin kullanımına karar verilmiştir.

Katılımcıların HPV ve serviks kanseri hakkındaki temel bilgi ve görüşlerini betimlemek amacıyla ilk aşamada frekans tabloları oluşturulmuştur. Bu analizlerin devamında SKETTÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları ile mesleki ve sosyodemografik değişkenler arasındaki farklılıkları test etmek için, yukarıda belirtilen normallik varsayımı karşılandığı için parametrik bir test olan tek yönlü varyans analizi ve bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır.

Tablo 3.1. Katılımcıların SKETTÖ puanlarının normallik testi sonuçları

Değişken	Shapiro-Wilk p	Kolmogorov-Smirnov p	Çarpıklık (Skewness)	Basıklık (Kurtosis)
SKETTÖ Toplam Puan	0,200*	0,052	0,231	-0,278
SKETTÖ Ciddiyet	0,000	0,001	0,092	-0,767
SKETTÖ Duyarlılık	0,003	0,001	0,456	-0,041
SKETTÖ Engel	<0,001	0,001	0,200	0,371
SKETTÖ Yarar	<0,001	<0,001	0,400	-0,597

3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları

1. Anketin yalnızca çevrimiçi platformlar aracılığıyla paylaşılması dijital erişimi kısıtlı olan veya bu tür platformları aktif kullanmayan bireylere ulaşımı sınırlandırmıştır. Bu durum, özellikle belirli yaş gruplarındaki veya kırsal bölgelerde görev yapan aile sağlığı elemanlarının çalışma kapsamına yeterince dahil edilememesi sonucunu doğurmuştur.
2. Araştırmada kullanılan SKETTÖ'nün sadece kadınlara yönelik bir ölçüm aracı olması ve araştırmanın bu sebeple yalnızca kadın sağlık çalışanları ile gerçekleştirilmiş olması, sonuçların erkekler için genellebilirliğine dair sınırlılık yaratmıştır.
3. Kesitsel araştırma deseninin doğası gereği, bu çalışma ile tutum ve bilgi düzeylerine ilişkin zaman içindeki değişimler izlenememiş ve değişkenler arasında nedensellik ilişkisi kurulması mümkün olmamıştır.
4. Araştırmanın nicel bir anket çalışması olarak tasarlanmış olması, katılımcıların tutum ve bilgi düzeylerini şekillendiren altında yatan nedenlere, deneyimlere ve nitel derinliğe ilişkin veri toplanmasını sınırlandırmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Bu araştırma, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiş ve etik açıdan uygun bulunmuştur. Etik kurul onayı, 17.12.2024 tarihli ve 11 sayılı başvuruya istinaden, E-43012747-050.04-438119-11 protokol numarası ve 16.01.2025 karar tarihi ile alınmıştır. (EK-1: Etik kurul formu)

4.BULGULAR

Araştırmaya toplam 209 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcıların %52,6'sı 34 yaş ve altında, %61,7'si ise hemşiredir. Katılımcıların %72,7'si evli, %67,0'ı orta gelir grubunda ve %84,2'si kent merkezinde yaşamaktadır. Sigara kullanım oranı %39,2 olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların %46,9'u serviks kanseri hakkında kısıtlı bilgiye sahip olduğunu ifade ederken, %68,4'ünün çevresinde serviks kanseri tanısı almış bir birey bulunmamaktadır (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özelliklerinin frekans dağılımı

Değişken	n	%
Yaş		
≤34 yaş	110	52,6
>34 yaş	99	47,4
Çalışma süresi		
≤5 yıl	107	51,2
>5 yıl	102	48,8
Meslek		
Acil Tıp Teknisyeni	13	6,2
Ebe	67	32,1
Hemşire	129	61,7
Medeni durum		
Bekar	57	27,3
Evli	152	72,7
Gelir düzeyi		
Düşük	65	31,1
Orta	140	67,0
Yüksek	4	1,9
Yaşanılan bölge		
Kent Merkezi	176	84,2
Kırsal	33	15,8
Sigara kullanımı		
Kullanmıyorum	127	60,8
Kullanıyorum	82	39,2
Alkol kullanımı		
Kullanmıyorum	202	96,7
Kullanıyorum	7	3,3
Serviks kanseri bilgi düzeyi		
Hiç bilgin yok	2	1,0
Biraz bilgin var	98	46,9
Yeteri kadar bilgin var	92	44,0
Oldukça fazla bilgin var	17	8,1
Çevrede serviks kanseri tanısı		
Evet	66	31,6
Hayır	143	68,4

Araştırmada katılımcıların serviks kanserine yönelik tutumları değerlendirilmiş olup, katılımcıların %67,0'ı kız çocuğu olsa HPV aşısını yaptıracığını ifade etmiştir. Katılımcıların neredeyse tamamına yakınına oluşturan %97,6'lık bir oran ise bu aşığı hastalarına tavsiye edeceklerini belirtmiştir. Ayrıca, katılımcıların %90,0'ı serviks kanseri tarama programlarının ve ilgili eğitimlerin yaygınlaştırılmasının, bu kanser türünün önlenmesinde oldukça etkili olacağı görüşüne katılmıştır (Tablo 4.2.).

Tablo 4.2. Katılımcıların HPV aşısı ve serviks kanseri tarama programlarına ilişkin görüşlerinin frekans dağılımı

Değişken	n	%
Eğer kız evladınız varsa ya da olursa, ona HPV aşısını yaptırma hususundaki kararınız ne olurdu ?		
Yaptırım	140	67,0
Yaptırmam	6	2,9
Kararsızım	63	30,1
HPV aşısı yaptırmayı kendi hastalarınıza tavsiye eder misiniz ?		
Tavsiye ederim	204	97,6
Tavsiye etmem	5	2,4
Serviks kanseri nedeniyle kadınlara yönelik yapılan tarama programlarının artırılması, tarama, korunma ve tedaviyle ilgili gereken eğitimlerin düzenlenmesi size göre serviks kanserinin azaltılabilmesinde ya da önlenbilmesinde ne derece etkili olur ?		
Bir miktar etkili olabilir	20	9,6
Herhangi bir etkisi olmaz	1	0,5
Önemli ölçüde etkili olabilir	188	90,0

Araştırmada katılımcılara serviks kanserine yönelik bilgi soruları yöneltilmiştir. yöneltilen serviks kanseri bilgi sorularına verilen yanıtlar değerlendirildiğinde; katılımcıların %92,8'inin serviks kanserinin aşı ile önlenbilir olduğunu bildiği, %86,6'sının genital siğillerin serviks kanserine yol açabileceği görüşüne katıldığı ve %91,4'ünün HPV'nin kanser etyolojisindeki rolünü doğru bildiği görülmüştür. Tarama protokolleri konusunda katılımcıların %77,0'ı taramaya 30 yaşında başlanması gerektiğini ifade ederken, %64,6'sı tarama sıklığının 5 yılda bir olması gerektiğini belirtmiştir. Testin uygulama zamanı olarak katılımcıların %66,0'ı adet sonrası 10-18. günleri seçmiştir. HPV aşısı konusunda ise katılımcıların %75,6'sı aşının her iki cinsiyete de uygulanabileceğini ifade etmiş, %58,9'u aşının %100 koruma sağlamayacağını, %73,7'si ise mevcut bir hastalığı tedavi etmeyeceğini belirtmiştir.

Bununla birlikte, tarama programından çıkış kriterleri gibi teknik konularda katılımcıların %25,4'ü fikri olmadığını bildirmiştir (Tablo 4.3.).

Tablo 4.3. Katılımcıların serviks kanseri ve HPV ile ilgili bilgi ve görüşlerinin frekans dağılımı

Değişken	n	%
Serviks kanseri aşı ile önlebilir bir kanser türüdür ?		
Evet	194	92,8
Hayır	7	3,3
Fikrim yok	8	3,8
Serviks kanseri gelişimi öncesi dönemde herhangi bir belirti görülür mü ?		
Evet	164	78,5
Hayır	33	15,8
Bilmiyorum	12	5,7
Genital bölgede gelişen siğiller serviks kanseri oluşturabilir ?		
Evet	181	86,6
Hayır	15	7,2
Fikrim yok	13	6,2
Serviks kanserine yönelik tarama testine ne zaman başlanmalıdır ?		
20 yaş	22	10,5
30 yaş	161	77,0
40 yaş	23	11,0
Bilmiyorum	3	1,4
Tarama testini hangi sıklıkta yaptırmalıyız ?		
6 ayda bir	5	2,4
Yılda bir kez	26	12,4
2 yılda bir kez	28	13,4
3 yılda bir kez	15	7,2
5 yılda bir kez	135	64,6
En son yapılan taramada hangi sonuçlar gelirse hasta serviks kanseri için tarama programından çıkarılır ?		
İki defa yapılan tarama testi negatif gelen 60 yaşındaki kadın	37	17,7
İki defa yapılan tarama testi negatif gelen 65 yaşındaki kadın	89	42,6
İki defa yapılan tarama testi negatif gelen 70 yaşındaki kadın	30	14,4
Fikrim yok	53	25,4
Serviks kanserine yönelik tarama testinin en doğru zamanı hangisidir ?		
Adet kanaması biter bitmez yapılmalıdır	32	15,3
Adetin başladığı ilk 3 gün içinde yapılmalıdır	9	4,3
Son adet kanamasının başladığı günden sonraki 10-18, günler arası yapılmalıdır	138	66,0
Zaman fark etmez	10	4,8
Fikrim yok	20	9,6

Tablo 4.3. Katılımcıların serviks kanseri ve HPV ile ilgili bilgi ve görüşlerinin frekans dağılımı (devam)

Değişken	n	%
HPV kanser oluşumuna sebep olmaz ?		
Evet	12	5,7
Hayır	191	91,4
Bilmiyorum	6	2,9
HPV için aşıyı kimlere yapabiliriz ?		
Sadece kadınlara	49	23,4
Kadınlara ve erkeklere	158	75,6
Bilmiyorum	2	1,0
HPV kanser oluşumuna sebep olmaz ?		
Evet	12	5,7
Hayır	191	91,4
Bilmiyorum	6	2,9
Serviks kanseri gelişimine neden olabilecek en yüksek riskli HPV türleri hangileridir		
HPV tip 4 ve 5	11	5,3
HPV tip 16 ve 18	125	59,8
HPV tip 23 ve 26	2	1,0
HPV tip 27 ve 44	12	5,7
Fikrim yok	59	28,2
HPV, tam anlamıyla bir cinsel ilişki olmadan, sadece genital bölgedeki cilt teması (mesela sürtünme) ile de bulaşabilir mi ?		
Evet	166	79,4
Hayır	20	9,6
Bilmiyorum	23	11,0
HPV aşısını genellikle hangi yaş aralıklarında yapabiliriz ?		
Doğumu takiben	4	1,9
8-12	5	2,4
9-26	124	59,3
11-18	11	5,3
12-25	37	17,7
Fikrim yok	28	13,4
HPV aşısı size göre %100 koruma sağlayabilir mi ?		
Evet	65	31,1
Hayır	123	58,9
Bilmiyorum	21	10,0
HPV aşısı yaptırmak oluşmuş bir hastalığı tedavi edebilir mi ?		
Evet	18	8,6
Hayır	154	73,7
Bilmiyorum	37	17,7

Katılımcıların serviks kanseri belirtilerine ilişkin bilgi düzeyleri değerlendirilmiştir. Katılımcıların %78,6'sı ilişki sonrası kanamayla, %69,7'si intermenstrüel kanlı vajinal akıntıyı, %67,2'si vajinal bölgede kokulu akıntıyı, %36,3'ü bacak ağrısını, %29,9'u aşırı kilo kaybını, %28,9'u menopoza sonrası kanamayla, %18,9'u alt ekstremitelerde ödemi, %4,5'i üre yüksekliğini ve %3,5'i rektal kanamayla belirtir olarak işaretlemiştir.

Son olarak katılımcıların %9,0'ı ise serviks kanserinin bulgu vermeyebileceğini belirten seçeneği işaretlemiştir (Tablo 4.4.).

Tablo 4.4. Katılımcıların serviks kanseri belirtilerine ilişkin yanıtlarının çoklu yanıt analizi

Serviks kanserinde görülebilen bulgular nelerdir?		
Belirtiler	Yanıt Sayısı (n)	Vaka Yüzdesi (%)
İlişki sonrası kanama	158	78,6
İntermenstrüel kanlı vajinal akıntı	140	69,7
Vajinal bölgede kokulu akıntı	135	67,2
Bacak ağrısı	73	36,3
Aşırı kilo kaybı	60	29,9
Menopoz sonrası kanama	58	28,9
Alt ekstremitede ödem	38	18,9
Bulgu vermez	18	9,0
Üre yüksekliği	9	4,5
Rektal kanama	7	3,5
Toplam	696	346,3

Katılımcıların serviks kanseri önleme yöntemlerine ilişkin bilgi düzeyleri değerlendirilmiştir. Katılımcıların %71,9'u hijyene dikkat etmeyi, %52,5'i genç yaşlarda cinsel ilişkiden kaçınılmasını, %34,4'ü dengeli ve yeterli beslenmeyi, %12,5'i nadiren pap smear yaptırmayı, %12,5'i ileri yaşlarda cinsel ilişki yaşamamayı, %7,5'i diyet yapmayı, %6,3'ü uzun süreli oral kontraseptif kullanmayı, %2,5'i doğum sayısının 3 ve üzeri olmasını, %0,6'sı sigara kullanmamayı ve %0,6'sı farklı cinsel partner sayısını artırmayı önleme yöntemi olarak işaretlemiştir (Tablo 4.5.).

Tablo 4.5. Katılımcıların serviks kanseri önleme yöntemlerine ilişkin yanıtlarının çoklu yanıt analizi

Serviks kanserini önleyebilmek amacıyla hangi önlemler alınabilir?		
Önlemler	Yanıt Sayısı (n)	Vaka Yüzdesi (%)
Hijyene dikkat etmek	115	71,9
Genç yaşlarda cinsel ilişkiden kaçınılması	84	52,5
Dengeli ve yeterli beslenme	55	34,4
Nadiren pap smear yaptırmak	20	12,5
İleri yaşlarda cinsel ilişki yaşamamak	20	12,5
Diyet yapmak	12	7,5
Uzun süreli oral kontraseptif kullanma	10	6,3
Doğum sayısının 3 ve üzeri olması	4	2,5
Sigara kullanmamak	1	0,6
Farklı cinsel partner sayısını artırmak	1	0,6

Katılımcıların serviks kanseri ve HPV ile ilgili bilgi kaynaklarına ilişkin tercihleri değerlendirilmiştir. Katılımcıların %70'i üniversite eğitimini, %46,4'ü eğitim kurslarını, %34,3'ü internet haberlerini, %17,4'ü eğitim kongrelerini, %16,4'ü bilimsel makaleleri ve %1,0'ı ilaç temsilcilerini bilgi kaynağı olarak işaretlemiştir (Tablo 4.6.).

Tablo 4.6. Katılımcıların serviks kanseri ve HPV ile ilgili bilgi kaynaklarına ilişkin katılımcı yanıtlarının çoklu yanıt analizi

Serviks kanseri ile ilgili bilgileri hangi kaynaklardan aldınız?		
Bilgi Kaynağı	Yanıt Sayısı (n)	Vaka Yüzdesi (%)
Üniversite eğitimim	145	70,0
Eğitim kursu	96	46,4
İnternet haberleri	71	34,3
Eğitim kongreleri	36	17,4
Bilimsel makaleler	34	16,4
İlaç temsilcileri	2	1,0
Toplam	384	185,5

Katılımcıların serviks kanseri risk faktörlerine ilişkin bilgi düzeyleri değerlendirilmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, katılımcıların %91,4'ü çok eşli cinsel yaşam sürdürmeyi, %80,4'ü anne/kız kardeşte serviks kanseri hikayesini, %51,7'si erken yaşta cinsel ilişkiye girmeyi, %45,5'i sigara içmeyi, %43,1'i düzenli olarak sağlık kontrolüne gitmemeyi, %25,4'ü 5 yıldan fazla oral kontraseptif kullanmayı, %20,1'i düşük sosyoekonomik seviyeyi, %19,1'i doğum sayısının 3 ve üzeri olmasını, %13,4'ü yeterli beslenme olmamasını, %12,0'si geç adet görmeyi, %9,1'i erken yaşta adet görmeyi, %5,7'si hiç doğum yapmamış olmayı, %3,3'ü ileri yaşta cinsel ilişkiye girmiş olmayı, %1,9'u ilk gebelik yaşının 20 yaş ve daha erken olmasını ve %1,0'ı yüksek sosyoekonomik seviyeyi risk faktörü olarak işaretlemiştir (Tablo 4.7.).

Tablo 4.7. Katılımcıların serviks kanseri risk faktörlerine ilişkin katılımcı yanıtlarının çoklu yanıt analizi

Serviks kanseri riski oluşturabilecek faktörler nelerdir?		
Risk Faktörleri	Yanıt Sayısı (n)	Vaka Yüzdesi (%)
Çok eşli cinsel yaşam sürdürmek	191	91,4
Anne/kız kardeşte serviks kanseri hikayesi	168	80,4
Erken yaşta cinsel ilişkiye girmek	108	51,7
Sigara içmek	95	45,5
Düzenli olarak sağlık kontrolüne gitmemek	90	43,1
5 yıldan fazla OKS kullanmak	53	25,4
Düşük sosyoekonomik seviye	42	20,1
Doğum sayısının ≥ 3 olma durumu	40	19,1
Yeterli beslenme olmaması	28	13,4
Geç adet görmek	25	12,0
Erken yaşta adet görmek	19	9,1
Hiç doğum yapmamış olma	12	5,7
İleri yaşta cinsel ilişkiye girmiş olmak	7	3,3
İlk gebelik yaşının ≤ 20 yaş olması	4	1,9
Yüksek sosyoekonomik seviye	2	1,0
Toplam	884	423,0

Katılımcıların SKETTÖ toplam puanları 86,00 ile 131,00 arasında değiştiği, ortalama puanlarının 104,45 (SS=9,25) olduğu saptanmıştır. Ciddiyet alt boyutunda puanlar 17,00 ile 40,00 arasında değişmekte olup ortalama $29,54 \pm 4,94$ olarak hesaplanmıştır, duyarlılık alt boyutunda ise puanlar 20,00 ile 41,00 arasında değişim göstermiş ve ortalama $29,36 \pm 4,25$ olarak belirlenmiştir, engel alt boyutunda puanlar 15,00 ile 27,00 arasında değişirken, ortalama $21,33 \pm 2,19$ olarak bulunmuştur. Son olarak, yarar alt boyutunda puanlar 19,00 ile 30,00 arasında değişmiş ve ortalama $24,22 \pm 2,72$ olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.8.).

Tablo 4.8. Katılımcıların SKETTÖ toplam ve alt ölçekler puanının tanımlayıcı istatistikleri

Değişken	n	Aralık	Minimum	Maksimum	$\bar{X}$	SS
SKETTÖ Toplam Puan	209	45,00	86,00	131,00	104,45	9,25
SKETTÖ Ciddiyet	209	23,00	17,00	40,00	29,54	4,94
SKETTÖ Duyarlılık	209	21,00	20,00	41,00	29,36	4,25
SKETTÖ Engel	209	12,00	15,00	27,00	21,33	2,19
SKETTÖ Yarar	209	11,00	19,00	30,00	24,22	2,72

Katılımcıların SKETTÖ duyarlılık alt boyutu puan ortalamalarının meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir ($p=0,002$). Yapılan post-hoc analizler, bu farklılığın ebeler ile hemşireler ($p=0,002$) arasında olduğunu ortaya koymuştur. SKETTÖ toplam puan ($p=0,354$), SKETTÖ Ciddiyet ($p=.836$), SKETTÖ engel ($p=0,281$) ve SKETTÖ yarar ($p=.189$) alt ölçekleri puanları açısından meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (Tablo 4.9.).

Tablo 4.9. Katılımcıların meslek gruplarına göre SKETTÖ toplam ve alt boyut puanlarının tek yönlü varyans analizi sonuçları

Değişken	Meslek	N	$\bar{X}$	SS	F	sd	p	Fark (Tukey HSD)
SKETTÖ Toplam Puan	Acil Tıp Teknisyeni	13	103,00	12,06	1,04	2	0,354	Yok
	Ebe	67	105,76	10,12				
	Hemşire	129	103,92	8,43				
SKETTÖ Ciddiyet	Acil Tıp Teknisyeni	13	29,23	5,23	0,18	2	0,836	Yok
	Ebe	67	29,28	5,26				
	Hemşire	129	29,70	4,77				
SKETTÖ Duyarlılık	Acil Tıp Teknisyeni	13	28,62	7,16	6,40	2	0,002	Ebe > Hemşire
	Ebe	67	30,85	3,90				
	Hemşire	129	28,66	3,87				
SKETTÖ Engel	Acil Tıp Teknisyeni	13	22,08	2,36	1,28	2	0,281	Yok
	Ebe	67	21,07	2,29				
	Hemşire	129	21,40	2,11				
SKETTÖ Yarar	Acil Tıp Teknisyeni	13	23,08	2,90	1,68	2	0,189	Yok
	Ebe	67	24,55	2,85				
	Hemşire	129	24,17	2,62				

Katılımcıların SKETTÖ toplam puan ($p=0,612$), SKETTÖ ciddiyyet ($p=0,282$), SKETTÖ duyarlılık ($p=0,105$), SKETTÖ engel ($p=0,893$) ve SKETTÖ yarar ($p=0,146$) alt ölçekleri puanları ve gelir düzeyi ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir(Tablo 4.10.).

Tablo 4.10. Katılımcıların gelir düzeyine göre SKETTÖ toplam ve alt boyut puanlarının tek yönlü varyans analizi sonuçları

Değişken	Gelir Düzeyi	N	$\bar{X}$	SS	F	sd	p	Fark (Tukey HSD)
SKETTÖ Toplam Puan	Düşük	65	104,31	7,35	0,49	2	0,612	-
	Orta	140	104,39	9,88				
	Yüksek	4	109,00	14,88				
SKETTÖ Ciddiyet	Düşük	65	30,31	4,36	1,27	2	0,282	-
	Orta	140	29,22	5,17				
	Yüksek	4	28,00	5,23				
SKETTÖ Duyarlılık	Düşük	65	28,75	3,65	2,28	2	0,105	-
	Orta	140	29,54	4,37				
	Yüksek	4	33,00	7,26				

Tablo 4.10. Katılımcıların gelir düzeyine göre SKETTÖ toplam ve alt boyut puanlarının tek yönlü varyans analizi sonuçları(devamı)

Değişken	Gelir Düzeyi	N	$\bar{X}$	SS	F	sd	p	Fark (Tukey HSD)
SKETTÖ Engel	Düşük	65	21,23	2,10	0,11	2	0,893	-
	Orta	140	21,39	2,19				
	Yüksek	4	21,25	3,86				
SKETTÖ Yarar	Düşük	65	24,02	2,04	1,94	2	0,146	-
	Orta	140	24,25	2,92				
	Yüksek	4	26,75	4,27				

Katılımcıların SKETTÖ ciddiyet alt boyutu puan ortalamalarının bilgi düzeyi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı saptanmıştır ($p=0,003$). Post-hoc analizler sonucunda biraz bilgin var yanıtını veren katılımcıların puanlarının oldukça fazla bilgin var yanıtını veren katılımcılara göre anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,003$). SKETTÖ duyarlılık alt boyutu puan ortalamalarının da bilgi düzeyi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir ($p<0,001$). Post-hoc analizler sonucunda yeteri kadar bilgin var yanıtını veren katılımcıların puanlarının biraz bilgin var ($p<0,001$) ve hiç bilgin yok ($p=0,027$) yanıtını veren katılımcılara göre; oldukça fazla bilgin var yanıtını veren katılımcıların biraz bilgin var ($p<0,01$) ve hiç bilgin yok ($p=0,007$) yanıtını veren katılımcılara göre anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. SKETTÖ yarar alt boyutu puan ortalamalarının bilgi düzeyi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı tespit edilmiştir ($p=0,043$); yapılan post-hoc analizler sonucunda, yeteri kadar bilgin var yanıtını veren katılımcıların puanlarının biraz bilgin var yanıtını veren katılımcılara göre anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,043$) (Tablo 4.11.).

Tablo 4.11. Katılımcıların serviks kanseri bilgi düzeyine göre SKETTÖ toplam ve alt boyut puanlarının tek yönlü varyans analizi sonuçları

Değişken	Bilgi Düzeyi	N	$\bar{X}$	SS	F	sd	p	Fark (Tukey HSD)
SKETTÖ Toplam Puan	Hiç bilgin yok	2	95,50	7,78	1,49	3	0,218	-
	Biraz bilgin var	98	103,80	9,40				
	Yeteri kadar bilgin var	92	105,65	9,34				
	Oldukça fazla bilgin var	17	102,82	7,20				
SKETTÖ Ciddiyet	Hiç bilgin yok	2	30,00	2,83	4,68	3	0,003	Biraz bilgin var > Oldukça fazla bilgin var
	Biraz bilgin var	98	30,55	4,80				
	Yeteri kadar bilgin var	92	29,09	5,16				
	Oldukça fazla bilgin var	17	26,06	2,28				
SKETTÖ Duyarlılık	Hiç bilgin yok	2	23,00	4,24	15,82	3	0,000	Yeteri kadar bilgin var > Biraz bilgin var, hiç bilgin yok
	Biraz bilgin var	98	27,64	3,84				Oldukça fazla bilgin var > Biraz bilgin var, Hiç bilgin yok
	Yeteri kadar bilgin var	92	30,77	3,80				
	Oldukça fazla bilgin var	17	32,35	4,24				
SKETTÖ Engel	Hiç bilgin yok	2	21,00	2,83	2,76	3	0,050	
	Biraz bilgin var	98	21,79	2,09				
	Yeteri kadar bilgin var	92	20,98	2,30				
	Oldukça fazla bilgin var	17	20,71	1,61				
SKETTÖ Yarar	Hiç bilgin yok	2	21,50	3,54	3,15	3	0,026	Yeteri kadar bilgin var > Biraz bilgin var
	Biraz bilgin var	98	23,82	2,60				
	Yeteri kadar bilgin var	92	24,82	2,82				
	Oldukça fazla bilgin var	17	23,71	2,23				

Katılımcıların SKETTÖ toplam puan ($p=0,096$) ve SKETTÖ ciddiyet ($p=0,300$) alt boyutu puan ortalamaları açısından yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır; ancak SKETTÖ duyarlılık alt boyutu puan ortalamaları açısından yaş ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,001$). Otuz dört yaşından büyük katılımcıların, otuz dört yaş ve altında olan katılımcılara kıyasla daha yüksek SKETTÖ duyarlılık puanına sahip olduğu

saptanmıştır. SKETTÖ Engel alt boyutu puan ortalamaları açısından da yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,001$). Otuz dört yaşından büyük katılımcıların, otuz dört yaş ve altında olan katılımcılara kıyasla daha yüksek SKETTÖ engel puanı aldığı belirlenmiştir. Ek olarak, SKETTÖ Yarar alt boyutu puan ortalamaları açısından da yaş ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,029$). Otuz dört yaşından büyük katılımcıların, otuz dört yaş altında olan katılımcılara kıyasla daha yüksek yarar puanına sahip olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.12.)

Tablo 4.12. Katılımcıların yaş grubuna göre SKETTÖ toplam ve alt boyut puanlarının bağımsız örneklem T-Testi sonuçları

Değişken	Yaş Grubu	N	$\bar{X}$	SS	t	sd	p
SKETTÖ Toplam Puan	≤ 34	110	103,45	8,85	-1,67	207	0,096
	> 34	99	105,58	9,58			
SKETTÖ Ciddiyet	≤ 34	110	29,87	5,01	1,04	207	0,300
	> 34	99	29,16	4,86			
SKETTÖ Duyarlılık	≤ 34	110	27,87	4,02	-5,73	207	0,000
	> 34	99	31,01	3,88			
SKETTÖ Engel	≤ 34	110	21,86	2,07	3,80	207	0,000
	> 34	99	20,75	2,17			
SKETTÖ Yarar	≤ 34	110	23,84	2,60	-2,20	207	0,029
	> 34	99	24,66	2,80			

Katılımcıların SKETTÖ toplam puanının meslekteki süre ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,047$). 5 yıldan fazla süredir meslekte olan katılımcıların, 5 yıldan az süredir meslekte olan katılımcılara kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek SKETTÖ toplam puanına sahip olduğu saptanmıştır. SKETTÖ ciddiyet ($p=0,347$), SKETTÖ engel ($p=0,056$) ve SKETTÖ yarar ($p=0,059$) alt boyutu puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamış olup; SKETTÖ duyarlılık alt boyutu puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,001$). 5 yıldan fazla süredir meslekte olan katılımcıların, 5 yıl ve daha az süredir meslekte olan katılımcılara kıyasla daha yüksek duyarlılık puanına sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4.13.).

Tablo 4.13. Katılımcıların meslekteki süreye göre SKETTÖ toplam ve alt boyut puanlarının bağımsız örneklem T-Testi sonuçları

Değişken	Meslekteki Süre	N	$\bar{X}$	SS	t	sd	p
SKETTÖ Toplam Puan	≤5 yıl	107	103,22	9,26	-2,00	207	0,047
	>5 yıl	102	105,75	9,09			
SKETTÖ Ciddiyet	≤5 yıl	107	29,85	5,01	0,94	207	0,347
	>5 yıl	102	29,21	4,88			
SKETTÖ Duyarlılık	≤5 yıl	107	27,87	4,13	-5,55	207	0,000
	>5 yıl	102	30,92	3,80			
SKETTÖ Engel	≤5 yıl	107	21,62	2,25	1,92	207	0,056
	>5 yıl	102	21,04	2,09			
SKETTÖ Yarar	≤5 yıl	107	23,88	2,68	-1,90	207	0,059
	>5 yıl	102	24,59	2,72			

Katılımcıların SKETTÖ toplam puanı ($p=0,390$), SKETTÖ ciddiye (p=0,780), SKETTÖ duyarlılık ($p=0,244$), SKETTÖ engel ($p=0,866$) ve SKETTÖ yarar ($p=0,647$) alt boyutu puan ortalamaları açısından yaşanan bölge grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.14.).

Tablo 4.14. Katılımcıların yaşadığınız bölgeye göre SKETTÖ toplam ve alt boyut puanlarının bağımsız örneklem T-Testi sonuçları

Değişken	Yaşadığınız Bölge	N	$\bar{X}$	SS	t	sd	p
SKETTÖ Toplam Puan	Kent Merkezi	176	104,22	9,36	-0,86	207	0,390
	Kırsal	33	105,73	8,62			
SKETTÖ Ciddiyet	Kent Merkezi	176	29,49	5,12	-0,28	207	0,780
	Kırsal	33	29,76	3,87			
SKETTÖ Duyarlılık	Kent Merkezi	176	29,21	4,13	-1,17	207	0,244
	Kırsal	33	30,15	4,84			
SKETTÖ Engel	Kent Merkezi	176	21,32	2,23	-0,17	207	0,866
	Kırsal	33	21,39	1,97			
SKETTÖ Yarar	Kent Merkezi	176	24,19	2,71	-0,46	207	0,647
	Kırsal	33	24,42	2,82			

Katılımcıların SKETTÖ toplam puanı ($p=0,000$), SKETTÖ ciddiye ($p=0,000$) ve SKETTÖ engel ($p=0,015$) alt boyutu puan ortalamaları açısından sigara kullanım grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Sigara

kullananlar katılımcıların puanlarının sigara kullanmayanlara kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. SKETTÖ duyarlılık ($p=0,069$) ve SKETTÖ yarar ($p=0,733$) alt boyutlarında ise anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.15.).

Tablo 4.15. Katılımcıların sigara kullanım durumuna göre SKETTÖ toplam ve alt boyut puanlarının bağımsız örneklem T-Testi sonuçları

Değişken	Sigara Kullanımı	N	$\bar{X}$	SS	t	sd	p
SKETTÖ Toplam Puan	Kullanmıyorum	127	102,54	8,88	-3,86	207	0,000
	Kullanıyorum	82	107,43	9,06			
SKETTÖ Ciddiyet	Kullanmıyorum	127	28,39	4,68	-4,33	207	0,000
	Kullanıyorum	82	31,30	4,83			
SKETTÖ Duyarlılık	Kullanmıyorum	127	28,93	4,38	-1,83	207	0,069
	Kullanıyorum	82	30,02	3,98			
SKETTÖ Engel	Kullanmıyorum	127	21,04	2,21	-2,46	207	0,015
	Kullanıyorum	82	21,79	2,08			
SKETTÖ Yarar	Kullanmıyorum	127	24,17	2,90	-0,34	207	0,733
	Kullanıyorum	82	24,30	2,43			

Katılımcıların SKETTÖ toplam puanı ($p=0,673$), SKETTÖ ciddiyet ($p=0,054$), SKETTÖ duyarlılık ($p=0,392$), SKETTÖ engel ($p=0,179$) ve SKETTÖ yarar ($p=0,717$) alt boyutu puan ortalamaları açısından alkol kullanımına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.16.).

Tablo 4.16. Katılımcıların alkol kullanım durumuna göre SKETTÖ toplam ve alt boyut puanlarının bağımsız örneklem T-Testi sonuçları

Değişken	Alkol Kullanımı	N	$\bar{X}$	SS	t	sd	p
SKETTÖ Toplam Puan	Kullanmıyorum	202	104,51	9,36	0,42	207	0,673
	Kullanıyorum	7	103,00	5,16			
SKETTÖ Ciddiyet	Kullanmıyorum	202	29,66	4,97	1,94	207	0,054
	Kullanıyorum	7	26,00	1,63			
SKETTÖ Duyarlılık	Kullanmıyorum	202	29,31	4,28	-0,86	207	0,392
	Kullanıyorum	7	30,71	3,25			
SKETTÖ Engel	Kullanmıyorum	202	21,30	2,18	-1,35	207	0,179
	Kullanıyorum	7	22,43	2,23			
SKETTÖ Yarar	Kullanmıyorum	202	24,24	2,74	0,36	207	0,717
	Kullanıyorum	7	23,86	2,04			

Katılımcıların SKETTÖ toplam puanı ($p=0,042$) ve SKETTÖ duyarlılık ($p=0,000$) alt boyutu puanı ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Katılımcıların bu boyut puanları bağlamında çevresinde serviks kanseri tanısı alan biri olan katılımcılar olmayanlara göre anlamlı bir şekilde daha yüksek puana sahip olduğu saptanmıştır. SKETTÖ ciddiye (p=0,872), SKETTÖ engel (p=0,537) ve SKETTÖ yarar (p=0,296) alt boyutlarında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.17.).

Tablo 4.17. Katılımcıların çevresinde serviks kanseri tanısı alan biri olup olmamasına göre SKETTÖ toplam ve alt boyut puanlarının bağımsız örneklem T-Testi sonuçları

Değişken	Serviks Kanseri Tanısı	N	$\bar{X}$	SS	t	sd	p
SKETTÖ Toplam Puan	Evet	66	106,36	9,81	2,04	207	0,042
	Hayır	143	103,57	8,87			
SKETTÖ Ciddiyet	Evet	66	29,45	5,27	-0,16	207	0,872
	Hayır	143	29,57	4,80			
SKETTÖ Duyarlılık	Evet	66	31,20	3,79	4,44	207	0,000
	Hayır	143	28,51	4,19			
SKETTÖ Engel	Evet	66	21,20	2,18	-0,62	207	0,537
	Hayır	143	21,40	2,20			
SKETTÖ Yarar	Evet	66	24,52	2,82	1,05	207	0,296
	Hayır	143	24,09	2,67			

5.TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışma, Sakarya ilinde görev yapan aile sağığı elemanlarının serviks kanserinin erken tanısına yönelik tutumlarını ve bu tutumlarla ilişkili sosyodemografik ve mesleki faktörleri incelemeyi aynı zamanda serviks kanserine yönelik teorik bilgi düzeylerini belirlemeyi amaçlamıştır. Katılımcılara yöneltilen bilgi sorulara verilen yanıtlar incelendiğinde katılımcıların serviks kanserinin aşısı ile önlenabilirliği, HPV'nin kanser etiyolojisindeki rolü ve taramanın önemi gibi temel konularda yüksek farkındalığa sahip olduğu belirlenmiştir. Örneğin, katılımcıların %92,8'inin serviks kanserinin aşısı ile önlenabilir olduğunu bilmesi, birinci basamak sağığı çalışanları arasında HPV aşısı konusundaki temel bilginin yerleşmiş olduğuna işaret etmektedir. Benzer şekilde, katılımcıların büyük çoğunluğunun HPV aşısını hastalarına tavsiye etme eğiliminde olması, sağığı çalışanlarının koruyucu hekimlik uygulamalarına verdikleri desteğı yansıtmaktadır. Bu sonuçlar, yapılan çalışmalarla paralellik göstermekte olup, sağığı çalışanlarının danışmanlık rollerini yerine getirme konusunda istekli olduklarını desteklemektedir (Akkoyun, 2023; Yiğıitalp, 2019). Ancak, kız çocuklarına HPV aşısı yaptırmada %30,1 oranında kararsızlık bildirilmesi, teorik bilgiye sahiplik ve tutum arasında bir uyumsuzluk olduğuna işaret etmektedir. Ebe ve hemşireler ile gerçekleştirilen çalışmada da benzer şekilde, aşısı farkındalığının yüksek olmasına rağmen kişisel tutum ve davranışlarda bazı tereddütler gözlemlenmiştir. Örneğin, katılımcıların aşısı konusundaki olumlu tutumları, pratikteki uygulama oranlarıyla tam olarak örtüşmediğı tespit edilmiştir (Ayan, 2022). Bu bağlamda araştırmadan elde edilen bulgular literatürle uyumludur. Yapılan bazı çalışmalarda da sağığı çalışanlarının teorik bilgi düzeylerinin yeterli olmasına rağmen kişisel tarama davranışlarının düşük olduğu belirlenmiştir (Kayıkçıoğlu, 2023; Öz ve ark., 2019). Benzer şekilde, Nepal'de yapılan bir çalışmada da sağığı çalışanlarının taramaya yönelik olumlu tutumlarına rağmen uygulama oranlarının düşük olduğu bildirilmiştir (Mahaseth vd., 2023).

Katılımcıların serviks kanseri tarama protokolleri hakkındaki bilgi düzeyleri değerlendirildiğinde, taramaya başlama yaşı konusunda, katılımcıların kılavuzlarla büyük oranda uyum sağığılandığı görülmüştür. Ancak, tarama sıklığına ilişkin soruda,

katılımcıların yalnızca %64,6'sının doğru yanıtı verebilmesi, bu konudaki bilgi birikiminin optimal düzeyin altında kaldığını göstermektedir (Fontham ve ark., 2020). Öte yandan, tarama programından çıkış kriterleri gibi daha teknik detaylar söz konusu olduğunda, katılımcıların önemli bir bölümünün bilgi sahibi olmadığını belirtmesi, mesleki eğitimlerin bu konular üzerinde yeterince odaklanmadığına işaret etmektedir. Serviks kanserinin belirti ve risk faktörlerine yönelik çoklu yanıt analizleri ise çarpıcı bir bulgu ortaya koymuştur. İlişki sonrası kanama ve anormal vajinal akıntı gibi yaygın semptomlar yüksek oranda doğru tanınırken, sigara kullanımıyla birlikte uzun süreli oral kontraseptif kullanımı gibi majör risk faktörlerinin bilinirliğinin nispeten düşük olduğu saptanmıştır. Bu durum, sağlık çalışanlarının bilgi düzeyinin hastalığın klinik bulgularını tanımaya yönelik kısmının güçlü, ancak önlenebilir risk faktörlerine dair farkındalık boyutunun ise güçlendirmeye ihtiyaç duyduğu şeklinde değerlendirilebilir.

Araştırmada, katılımcıların teorik bilgilerinin yanı sıra, erken tanıya yönelik tutumları ve algılanan duyarlılık, ciddiyet, engel ve yarar düzeyleri de değerlendirilmiştir. Bu değişkenlerin, katılımcıların mesleki ve sosyo-demografik özelliklerine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediği analiz edilmiştir. Çalışma bulguları, katılımcıların genel olarak erken tanıya yönelik olumlu bir tutum sergilediğini ortaya koymuştur.

Araştırmada SKETTÖ toplam puan ortalaması 104.45 ± 9.25 olarak bulunmuştur. Bu sonuç, ebe ve hemşireler üzerinde yapılan çalışmada elde edilen ortalama puan olan 104.90 ± 8.90 ile oldukça benzerdir (Ayan, 2022). Bununla birlikte, söz konusu puan ortalamasının, birinci basamak sağlık çalışanları ile yapılan araştırmadaki ortalamadan (110.76 ± 9.99) ve kadın sağlık çalışanları ile gerçekleştirilen çalışmadaki ortalamadan (109.40 ± 11.53) daha düşük olduğu gözlemlenmiştir (Akkoyun, 2024; Batkın Devrim, 2019).

Katılımcıların erken tanıya yönelik tutumlarının mesleki gruplara göre incelendiği bu çalışmada, ebelerin algılanan duyarlılık düzeylerinin hemşirelere kıyasla anlamlı bir şekilde daha yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bu farklılığın ebeler lehine olması, her iki meslek grubunun eğitim müfredatları, klinik uygulama alanları ve hasta popülasyonu ile olan etkileşimlerindeki temel farklılıklarla ilişkili olabileceği şeklinde

yorumlanmıştır. Söz konusu bulgu, Ankara’da gerçekleştirilen çalışmada da ebelerin doktorlara göre anlamlı derecede yüksek duyarlılık puanına sahip olduğunun raporlanmasıyla paralellik göstermektedir (Batkın Devrim, 2019). Her iki çalışmanın sonuçlarına göre; ebelerin birinci basamak jinekolojik hizmetlerde daha aktif rol almaları ve mesleki eğitim müfredatlarının, serviks kanseri de dahil olmak üzere kadın sağlığına yönelik koruyucu ve tarayıcı hizmetler odağında yapılandırılması, onların bu konudaki farkındalık düzeyini artırmış olabilir. Özellikle, ebelerin mesleki pratiklerinde kadın sağlığına ve üreme sağlığına yönelik rutin tarama ve danışmanlık hizmetlerini doğrudan yürütme sorumluluklarının, bu konudaki duyarlılıklarını hemşirelerden daha belirgin bir şekilde artırmış olması muhtemel görünmektedir. Bununla birlikte, alanyazındaki bazı çalışmalarda tutarsız bulgulara da rastlanmaktadır. Bir çalışmada ebeler ve hemşireler arasında SKETTÖ toplam puanı açısından anlamlı bir farklılık bulunamamış olup bir diğer çalışmada ise hekimlerin tutum puanlarının diğer meslek gruplarına göre anlamlı şekilde yüksek olduğu bildirilmiştir (Ayan, 2022; Akkoyun, 2024). Söz konusu tutarsızlıklar, farklı çalışma popülasyonlarından, örneklem büyüklüklerinden, veri toplama yöntemlerinden ve mesleki grupların karşılaştırılma biçimlerinden kaynaklanıyor olabilir.

Sigara kullanımı ile tutum puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, literatürde farklı bulgulara rastlanmaktadır. Bazı araştırmalarda sigara kullanımı ile tutum puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilememişken bu çalışmada sigara kullanan katılımcıların SKETTÖ toplam puan, ciddiye ve engel alt boyutlarında anlamlı derecede yüksek puan aldığı tespit edilmiştir (Ayan, 2022; Devrim, 2019). Bu bulgu, Kırklareli ilinde gerçekleştirilen çalışmanın bulguları ile tutarlıdır (Akkoyun, 2024). SKETTÖ’de yüksek puan olumlu tutumu yansıttığından, bu bulgular sigara kullanan kadınlarda servikal kanserin ciddiye yönelik farkındalığın daha yüksek olduğu şeklinde düşünülebilir. Özellikle algılanan engel alt boyutundaki yüksek puan, bu grupta tarama hizmetlerine ulaşımındaki engellerin (ulaşım, zaman, maliyet, utangaçlık vb.) daha düşük düzeyde algılandığını göstermektedir. Sigara kullanımının servikal kanser için önemli bir risk faktörü olması nedeniyle, bu bireylerdeki yüksek tutum puanlarının bir risk farkındalığı ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Sigara kullanan bireylerin, davranışlarının sağlık üzerindeki olumsuz sonuçlarının daha fazla

farkında olmalarının, genel sağlık konularına ve tarama önerilerine karşı daha duyarlı olmalarına katkıda bulunuyor olabileceği öne sürülebilir.

Yaş ve mesleki deneyim süresi ile ilgili bulgular incelendiğinde katılımcıların yaşı ve mesleki deneyim süresi arttıkça serviks kanserinin erken tanısına yönelik tutumların olumlu yönde artış gösterdiği saptanmıştır. İstatistiksel analizler, ileri yaş grubundaki 34 yaş üstü katılımcıların ve meslekte beş yıldan fazla deneyime sahip olanların, SKETTÖ'nün duyarlılık, yarar algısı ve toplam puan gibi alt boyutlarında anlamlı derecede daha yüksek skorlar elde ettiğini ortaya koymuştur. Bu durum, klinik pratikte geçirilen sürenin ve deneyime bağlı olarak artan olgunluğun, bireylerin hastalığın önemi konusundaki farkındalığını ve tarama davranışının getirilerine dair inancını güçlendirdiği şeklinde yorumlanabilir. Mesleki deneyim arttıkça karşılaşılan vaka çeşitliliği ve hasta öyküleri, sağlık çalışanlarının konuyu daha somut ve kişisel düzeyde içselleştirmesine katkı sağlıyor olabilir. Literatür incelendiğinde yaş ile ilişkiye dair bulguların karmaşık olduğu ve farklı bulgular elde edildiği gözlemlenmektedir. Örneğin, Ayan (2022) tarafından yürütölen çalışmada, yaş ile SKETTÖ toplam puanı arasında anlamlı ancak zayıf düzeyde pozitif bir ilişki saptanmıştır. Bu bulgu, genel olarak yaşla birlikte tutumların olumlu yönde değiştii ancak bu ilişkinin tek başına açıklayıcı gücünün sınırlı olduğunu düşündürmektedir. Buna karşılık, birinci basamak sağlık çalışanları ile yapılan çalışmada, beklenenin aksine, yaş arttıkça duyarlılık, ciddiye algısı ve toplam tutum puanlarında anlamlı bir düşüş olduğu, yani negatif yönde bir ilişki tespit edilmiştir (Devrim, 2019). Bu farklılık, uzun yıllar mesleği icra etmenin getirdiği bir tükenmişlik, iş yüküne bağlı olarak kişisel sağlık kontrollerini erteleme eğilimi veya belirli bir yaştan sonra risk algısında azalma gibi faktörlerle açıklanabilir. Ayrıca, yakın zamanda yapılan bir çalışmada da ise yaş grupları arasında SKETTÖ puanları açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Akkoyun, 2024). Bu tutarsızlıklar, yaş değişkeninin tutumlar üzerindeki etkisinin, çalışmanın yapıldii kurumsal bağlam, iş yoğunluğu, çalışanların mesleki doyumunu ve hatta kuşaklararası farklılıklar gibi başka faktörlerle etkileşim halinde olduğuna işaret etmektedir. Mesleki deneyim özelinde ise, çalışmada meslekte geçirilen süre arttıkça SKETTÖ toplam puanında anlamlı bir artış gözlemlenirken, Çankaya ilçesinde yapılan bir çalışmada mesleki kıdem veya birinci basamakta

Çalışma süresi ile tutum puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır Devrim, 2019). Bu durum, deneyim süresinin tutumları şekillendirmede tek başına yeterli olmayabileceğini; edinilen deneyimin niteliği, sürekli mesleki gelişim olanaklarına erişim ve çalışılan ortam kültürünün daha belirleyici olabileceğini düşündürmektedir.

Sonuç olarak, bu araştırmanın bulguları, Sakarya ilindeki aile sağlığı çalışanlarının serviks kanserinin erken tanısına ilişkin teorik altyapılarının genel olarak yüksek düzeyde olduğunu ortaya koymakla birlikte, bu bilginin homojen olmadığına ve kritik bazı boşluklar içerdiğine işaret etmektedir. Katılımcıların temel konulardaki yüksek farkındalığı, birinci basamak sağlık hizmetlerinin bu önemli halkasında olumlu bir tablo izse de, özellikle tarama protokollerinin sıklığı ve programdan çıkış kriterleri gibi daha ileri düzeydeki teknik bilgilerde ve sigara kullanımı gibi majör değiştirilebilir risk faktörlerinin bilinirliğinde gözlemlenen eksiklikler, mevcut mesleki gelişim programlarının içerik ve odak noktasının gözden geçirilmesi gerekliliğini düşündürmektedir.

Teorik bilgi düzeyine ek olarak çalışmanın ortaya koyduğu temel bulgu, teorik bilgi düzeyi ile kişisel tutum ve davranışlar arasında doğrudan bir ilişki olmadığı yönündedir. Yüksek bilgiye rağmen HPV aşısı konusunda gözlemlenen kararsızlıklar, bilginin tutum ve nihayetinde davranışa dönüşüm sürecinde başka faktörlerin devreye girdiğini göstermektedir. Bu bağlamda, sadece bilgi eksiğini gidermeye yönelik eğitimlerin yetersiz kalacağı, bunun yerine tutumları şekillendiren kişisel inançlar, toplumsal normlar, iş yükü kaynaklı tükenmişlik gibi psiko-sosyal bariyerlerin de ele alındığı bütüncül müdahalelere ihtiyaç duyulduğu değerlendirilmektedir.

Araştırmadan elde edilen bir diğer önemli sonuç ise, tutumların meslek, yaş, mesleki deneyim süresi ve hatta sigara kullanımı gibi değişkenlere göre anlamlı farklılıklar göstermesidir. Ebelerin hemşirelere kıyasla daha yüksek duyarlılık düzeyi, mesleki roller ve eğitim mfredatlarındaki farklılıkların tutumlar üzerindeki belirleyici etkisini ortaya koymaktadır. Benzer şekilde, ileri yaş ve daha fazla mesleki deneyimin olumlu tutumla ilişkili olması, klinik pratikte geçirilen sürenin ve karşılaşılan vaka çeşitliliğinin farkındalığı artırdığı şeklinde yorumlanabilir. Sigara kullanan

bireylerdeki yüksek tutum puanları ise, kişisel risk algısının motivasyonu artıran bir unsur olabileceğine işaret etmektedir.

Bu bulguların ışığında, serviks kanseri ile mücadelede birinci basamak sağlık çalışanlarının kapasitesini güçlendirmek için mesleki gelişim eğitimlerini, tüm meslek grupları için standart bir içerik sunmak yerine, ebeler, hemşireler ve hekimler gibi farklı grupların spesifik ihtiyaçlarına, bilgi boşluklarına ve klinik rollerine göre farklılaştırılmalıdır. Genç ve daha deneyimsiz olan çalışanları motive etmeye yönelik, mentorluk programları ve olumlu tutum geliştirmeyi hedefleyen motivasyonel görüşme teknikleri gibi müdahaleler tasarlanmalıdır. Ayrıca, teorik bilginin pratik beceriye ve olumlu davranışa dönüşümünü teşvik etmek amacıyla, danışanlara aşı ve tarama önerisi yapma oranlarını izlemeye ve geri bildirim sağlamaya yönelik kurumsal düzeneklerin oluşturulması etkili olabilir. Sonuç itibarıyla, serviks kanserinin erken tanısı ve önlenmesindeki başarı, birinci basamak sağlık çalışanlarının sadece bilgi düzeyine değil, aynı zamanda onların tutum ve davranışlarını şekillendiren çok boyutlu faktörlere yönelik kapsamlı ve sürdürülebilir stratejilerin geliştirilmesine bağlı görünmektedir.

6.KAYNAKLAR

Akkoyun, E. (2023). Kadın sağlık çalışanlarının human papilloma virüsü hakkında bilgi düzeyleri ve serviks kanseri erken tanı yöntemleri ile ilgili uygulamaları. T. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne (Danışman:Dr. Öğretim Üyesi Ülfıye Çelikalp).

Ayan, E. (2022). Ebe ve hemşirelerin serviks kanserinin erken tanısına yönelik tutumları ve etkileyen faktörler. A.A.M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın (Danışman:Prof. Dr. Sündüz Özlem Altunkaya).

Alhelal, N. a. S., & Bushaquer, N. N. J. (2023). Pap smear test: Knowledge, Attitude and practice among the female nursing and paramedical staffs of Maternity and Child Hospital, Al Ahsa, Saudi Arabia. *International Journal of Science and Research Archive*, 10(2), S1023–S1035.

Altunkurek, Ş. Z., Mohamed, S. H., Şahin, E., & Yilmaz, S. (2022). Knowledge and attitudes of healthcare professionals working in a training and research hospital on early diagnosis of cervical cancer (a Somalia example): cross-sectional study. *BMC Women S Health*, 22(1), S1-S10.

American Cancer Society. (2025). Cervical cancer causes, risk factors, and prevention. <https://www.cancer.org/cancer/types/cervical-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html>

Barik, A. K., Pavithran, S., Pai, M. V., Upadhya, R., Lukose, J., Pai, A. K.,& Chidangil, S. (2022). Laser induced fluorescence of cervical tissues: an in-vitro study for the diagnosis of cervical cancer from the cervicitis. *Journal of Optics*, 24(5), S1-S10.

Batkın Devrim, S. (2019). Çankaya ilçesi birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki sağlık alışanlarının ve hastaların serviks kanserinin erken tanısına yönelik bilgi ve tutumlarının araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Ankara (Danışman:Doç. Dr. Dilek Öztaş).

Binazir, M. B., Ghotasloo, L., & Heidari, F. (2020). Knowledge, attitude and practice of health workers toward cervical cancer screening. *Depiction of Health*, 11(3), S272–S280.

Burmeister, C. A., Khan, S. F., Schäfer, G., Mbatani, N., Adams, T., Moodley, J., & Prince, S. (2022). Cervical cancer therapies: Current challenges and future perspectives. *Tumour Virus Research*, 13, S1-S14.

Campson, A., Ernst, K., Lewis, K., Starr, A., Dasilva, G., Decker, M., & Sacca, L. (2025). The role of community health workers (CHWs) in improving cervical cancer screening rates and access to treatment in underserved US populations: a scoping review. *Cancer Causes & Control*, S1-S23.

Can, H., Erdem, O., Oztekin, C., Celik, S. B., Onde, M., Celepkolu, T., & Ongel, K. (2014). Are primary health care workers aware of cervical cancer risk?. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*, 15(16), S6669–S6671.

Cheng E, Stubbs JM & Achat HM(2023). Self-Collection for HPV-Based Cervical Screening: Knowledge and Attitudes of Australian Health Care Workers in an Area With Low Screening Rates, *Public Health Reports*, 12, S1-S8.

Daniyan, B. C., Ekwedigwe, K. C., Yakubu, E., Mbamara, S., Amamilo, I. C., & Sunday-Adeoye, I. (2019). Assessment of Knowledge, Attitudes and Practice of Cervical Cancer Screening among female health workers in a tertiary health facility in South-East Nigeria *Journal of Integrative Oncology*. 8(1), S1-S4.

Dünya Sağlık Örgütü.(2024). *Cervical cancer*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>

Duraisamy, K., Jaganathan, K. S., & Bose, J. C. (2011). Methods of detecting cervical cancer. *Advances in Biological Research*, 5(4), S226-S232.

Evans, D., Goldstein, S., Loewy, A., & Altman, A. D. (2019). No. 385-indications for pelvic Examination. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 41(8), S1221–1234.

Evans, W., Filippova, M., & Swensen, R. (2013). Modern Molecular and Clinical Approaches to Eradicate. Human Papillomavirus and Related Diseases: From Bench to Bedside-A Diagnostic and Preventive Perspective, 1st eds. IntechOpen p: S287-S315.

Ferenczy, A., Winkler, B. (1987). Anatomy and Histology of the Cervix. In: Kurman, R.J. eds Blaustein's Pathology of the Female Genital Tract. Springer, 1st ed. New York: Springer, p:141-157.

Fontham, E. T., Wolf, A. M., Church, T. R., Etzioni, R., Flowers, C. R., Herzig, A., ... & Smith, R. A. (2020). Cervical cancer screening for individuals at average risk: 2020 guideline update from the American Cancer Society. *CA: a cancer journal for clinicians*, 70(5), S321-S346.

George, N., Bhandari, P., Shruptha, P., Jayaram, P., Chaudhari, S., & Satyamoorthy, K. (2023). Multidimensional outlook on the pathophysiology of cervical cancer invasion and metastasis. *Molecular and Cellular Biochemistry*, 478(11), S2581–S2606.

Girda, E., Randall, L. M., Chino, F., Monk, B. J., Farley, J. H., & O'Cearbhaill, R. E. (2024). Cervical Cancer Treatment Update: A Society of Gynecologic Oncology Clinical Practice Statement. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 79(3), S159–S160.

Hair, J.F., Jr., Hult, G.T.M., Ringle, C.M., Sarstedt, M. (2017). A Primer on Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM). 2nd ed. Los Angeles: SAGE Publications, p:81-104.

Jain, U., Gupta, D., Jain, A., & Jain, D. (2023). Detection of abnormal cervical cytology by lbc (liquid based cytology). *Indian Journal of Applied Research*, 13(01), S60–S63.

Kayıkçıoğlu, H. (2023). Kadın hemşirelerin serviks kanseri taraması ve human papillomavirus farkındalığının değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, 14(2), S306-S311.

Khargekar, N., Khanna, D., & Budukh, A. (2019). Knowledge, attitude, and practice about cervical cancer and its screening among community healthcare workers of Varanasi district, Uttar Pradesh, India. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(5), S1715-S1719.

Likhitha, K., Kumar, K. N., Bindhu, D. G., Charani, M. S., Priya, N. D., & Gowthami, Y. (2024). Molecular and Potential biomarkers in diagnosis of cervical Carcinoma: a review. *Asian Pacific Journal of Environment and Cancer*, 7(1), S113–S117.

Mahaseth, R. K., Pun, R., & Baral, P. (2023). Knowledge, Attitude, and Practice regarding Cervical Cancer Screening among Female Health Professionals of a Tertiary Care Hospital in Kathmandu District. *Nepal Medical College Journal*, 25(2), S165–S170.

Mohammadi, S., Rejali, M., Mostajeran, M., & Yadegarfar, G. (2019). The Study of Relationship Between Risk Factors for Cervical Cancer and Knowledge and Attitude of Health Workers Toward Pap Smear in Isfahan and Its Comparison with Chaharmahal and Bakhtiari Province, Iran. *International Journal of Cancer Management*, 12(4) S1-S9.

Natelaury, E. (2023). Cervical Cancer. In: FitzGerald T.J., ed. Radiation Therapy. 1st ed. Kutasai: IntechOpen, p:1-20.

Nazir, N., Saini, B.S., & Sarwar, A. (2023). Early diagnosis of cervical cancer using AI: A review. In Y. Singh, P.K. Singh, M.H. Kolekar, A.K. Kar, & P.J.S. Gonçalves, eds, Proceedings of International Conference on Recent Innovations in Computing: ICRIC 2022, 1 st ed. Singapore: Springer Nature Singapore, p:105-116.

Obol, J. H., Lin, S., Obwolo, M. J., Harrison, R., & Richmond, R. (2021). Knowledge, attitudes, and practice of cervical cancer prevention among health workers in rural health centres of Northern Uganda. *BMC Cancer*, 21(1), S1-S15.

Öz, M., Özel, Ş., & Ustun, Y. (2019). Üçüncü basamak sağlık kuruluşu çalışanlarının serviks kanseri taraması konusundaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 16(4), S220-S224.

Özmen, D. (2004) Sağlık inanç Modeli yaklaşımı ile Servikal Kanserin erken tanısına ilişkin tutumlara yönelik ölçek çalışması. E.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir (Danışman:Doç. Dr. Süheyla Altuğ Özsoy).

Peterson, M., Dabbs, D. J., & Weidner, N. (2009). Uterus In: Weidner N, Cote RJ, Suster S, Weiss LW, eds. 2nd. Saunders, p:1295-1340.

Pradhatmo, H. (2015). Basic principles and diagnostic of colposcopy. *Journal of the Medical Sciences*, 47(2), S96-114.

Quek, S. C., Mould, T., Canfell, K., Singer, A., Skladnev, V., & Coppleson, M. (1998). The Polarprobe-emerging technology for cervical cancer screening. *Annals-Academy Of Medicine Singapore*, 27, S717-721.

Rita, D.,Soumya, R. & Pushpalatha, V. S. (2022). Visual inspection on cervix with acetic acid and Lugol's iodine as a screening tool in detection of carcinoma cervix. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 11(6), S1698–1702.

Saeed, M., Alshammari, F. D., Alam, M. J., Sarim, K. M., Ahmad, K., Hussain, T., Khan, M., Kamal, M. A., Kausar, M. A., Alkreathy, H. M., Faisal, S. M., & Ashraf, G. M. (2018). A synopsis on the role of human papilloma virus infection in cervical cancer. *Current Drug Metabolism*, 19(9), S798–805.

Sahasrabuddhe, V. V. (2024). Cervical cancer: precursors and prevention. *Hematology/Oncology Clinics*, 38(4), S771-S781.

Sinaga, N. M. E., Astutik, N. P., Ingrit, N. B. L., & Ompusunggu, N. F. (2020). Nurses' attitude about pap smear as an early screening method for cervical cancer in the private hospital. *Ners Jurnal Keperawatan*, 16(2), S90–94.

Tillyashaykhov, M., Zakhirova, N., Akin, D., Egamberdiev, D., Akhmedov, O., Djanklich, S., & Imamov, O. (2024). Review of HPV Testing and New Approaches in Cervical Cancer Screening. *Главный редактор*, 12(1), S85-98.

Yiğitalp, G. (2019). Ebe ve Hemşirelerin Serviks Kanseri, Human Papilloma Virüs Enfeksiyonu ve Aşısı ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları-Diyarbakır Örneği. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 11(4). S357-366.

Zhang, S., Xu, H., Zhang, L., & Qiao, Y. (2020). Cervical cancer: Epidemiology, risk factors and screening. *Chinese journal of cancer*, 32(6), S720–728.

7.EKLER

7.1. EK-1: Etik kurul kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 16.01.2025-E.438119

 T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma Etik Kurulu

Sayı : E-43012747-050.04-438119 - **11** 16.01.2025
Konu : Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma Etik
Kurul Başvuru Dosyası

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir AYDIN

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

İlgi : 17.12.2024 tarih ve 11 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "Aile Sağlığı Elemanlarının Serviks Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Ancak çalışma bitiş tarihinden itibaren en geç 3 ay içerisinde çalışma sonuç raporunun Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma Etik Kuruluna gönderilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Pelin TANYERİ
Sağlık Bilimleri Etik Kurulu Başkanı

Hasan KONAK
Etik Kurulu Sekr.

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı İle Aynıdır
16.01.2025

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Doğrulama Kodu :BSP6D9ZSAK Pin Kodu :35882 Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5783&eD=BSP6D9ZSAK&eS=438119>
Adres:Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Korucuk Kampüsü, Korucuk, Adapazarı/Sakarya
Telefon No:264 295 6630 Faks No:264 295 6629 Bilgi için: Hasan Konak
e-Posta:tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ:www.tip.sakarya.edu.tr Unvanı: Sürekli İşçi



7.2. EK-2: Sosyodemografik bilgi formu

Değerli katılımcı,

Aşağıdaki form, çalışmamıza ilişkin sosyodemografik bilgilerinizi toplamak amacıyla hazırlanmıştır. Anketi doldurmanız, araştırmamıza değerli katkılar sağlayacaktır. Verdiğiniz bilgiler tamamen gizli tutulacak ve yalnızca araştırma amaçlı kullanılacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

1)Yaşınız: yıl

2)Mesleğiniz ?

a)Hemşire

b)Ebe

c)Acil Tıp Teknisyeni

3)Medeni durumunuz?:

a)Evli

b)Bekar

4)Kaç yıldır ASE olarak çalışıyorsunuz?: yıl

Gelir düzeyinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?:

a)Düşük

b)Orta

c)Yüksek

5)Yaşadığınız bölge:

a)Kent merkezi

b)Kırsal

Sigara kullanıyormusunuz?

a) Kullanıyorum

b)Kullanmıyorum

6)Alkol kullanıyormusunuz?

a)Kullanıyorum

b)Kullanmıyorum

7.3. EK-3: Araştırmacı tarafından oluşturulmuş serviks kanserine ilişkin teorik bilgi düzeyi ve tutumları anketi

Serviks Kanseri, dünya genelinde kadınlarda kanser nedeniyle ölümlerin başlıca sebeplerinden biridir. Erken tanı, tedavi başarısını ve yaşam süresini artırmaktadır. Serviks kanseri, tarama yöntemlerinin mevcut olması sayesinde hem birincil hem de ikincil korunma ile erken teşhis edilebilmesi açısından büyük bir öneme sahiptir. Bu anket Aile Sağlığı Elemanlarının serviks kanseri ile ilgili (nedenleri, tarama yöntemleri ve korunma) farkındalıklarını, bilgi seviyelerini ve hastalarına nasıl yönlendirme yaptıklarını araştırmak amacıyla hazırlanmıştır.

Sizden, aşağıda bulunan sorulara ilişkin cevaplar arasından en uygun seçeneği işaretlemeniz beklenmektedir. Vereceğiniz cevapların doğru olması çok önemlidir. Vereceğiniz bilgiler gizli kalacaktır. Yardımlarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

1)Serviks kanseri aşı ile önlenebilir bir kanser türüdür?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Fikrim yok

2)Serviks kanseri gelişimi öncesi dönemde herhangi bir belirti görülür mü?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Bilmiyorum

3)Genital bölgede gelişen siğiller serviks kanseri oluşturabilir?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Fikrim yok

4)Serviks kanserine yönelik tarama testine ne zaman başlanmalıdır?

- a) 20 yaş
- b) 30 yaş
- c) 40 yaş
- d) Bilmiyorum

5)Tarama testini hangi sıklıkta yaptırmalısınız?

- a) 6 ayda bir
- b) Yılda bir kez
- c) 2 yılda bir kez

- d) 3 yılda bir kez
- e) 5 yılda bir kez

6)En son yapılan taramada hangi sonuçlar gelirse hasta serviks kanseri için tarama programından çıkarılır?

- a) İki defa yapılan tarama testi negatif gelen 60 yaşındaki kadın
- b) İki defa yapılan tarama testi negatif gelen 65 yaşındaki kadın
- c) İki defa yapılan tarama testi negatif gelen 70 yaşındaki kadın
- d) Fikrim yok

7)Serviks kanserine yönelik tarama testinin en doğru zamanı hangisidir?

- a) Adet kanaması biter bitmez yapılmalıdır
- b) Adetin başladığı ilk 3 gün içinde yapılmalıdır
- c) Son adet kanamasının başladığı günden sonraki 10-18. günler arası yapılmalıdır
- d) Zaman fark etmez
- e) Fikrim yok

8)HPV kanser oluşumuna sebep olmaz?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Bilmiyorum

9)HPV için aşıyı kimlere yapabiliriz?

- a) Sadece kadınlara
- b) Kadınlara ve erkeklere
- c) Bilmiyorum

10)Serviks kanseri gelişimine neden olabilecek en yüksek riskli HPV türleri hangileridir?

- a) HPV tip 4 ve 5
- b) HPV tip 16 ve 18
- c) HPV tip 23 ve 26
- d) HPV tip 27 ve 44
- e) Fikrim yok

11)HPV, tam anlamıyla bir cinsel ilişki olmadan, sadece genital bölgedeki cilt teması (mesela sürtünme) ile de bulaşabilir mi?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Bilmiyorum

12)HPV aşısını genellikle hangi yaş aralıklarında yapabiliriz?

- a) Doğumu takiben
- b) 8-12
- c) 9-26
- d) 11-18
- e) 12-25
- f) Fikrim yok

13)HPV aşısı size göre %100 koruma sağlayabilir mi?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Bilmiyorum

14)HPV aşısı yaptırmak oluşmuş bir hastalığı tedavi edebilir mi?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Bilmiyorum

15)Eğer kız evladınız varsa ya da olursa, ona HPV aşısını yaptırma hususundaki kararınız ne olurdu?

- a) Yaptırırım
- b) Yaptırmam
- c) Kararsızım

16)HPV aşısı yaptırmayı kendi hastalarınıza tavsiye eder misiniz?

- a) Tavsiye ederim
- b) Tavsiye etmem

17)Serviks kanseri nedeniyle kadınlara yönelik yapılan tarama programlarının artırılması, tarama, korunma ve tedaviyle ilgili gereken eğitimlerin düzenlenmesi size göre serviks kanserinin azaltılabilmesinde ya da önlenbilmesinde ne derece etkili olur?

- a) Bir miktar etkili olabilir
- b) Herhangi bir etkisi olmaz
- c) Önemli ölçüde etkili olabilir

18)Serviks kanseri ile ilgili bilgileri hangi kaynaklardan aldınız? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

- ☐ İlaç temsilcilerinden
- ☐ Katıldığım eğitim kurslarında
- ☐ Eğitim kongrelerinde
- ☐ Bilimsel makaleler
- ☐ İnternet haberleri
- ☐ Üniversite eğitimim
- ☐ Gazete ve televizyon kanallarından

19) Serviks kanseri riski oluşturabilecek faktörler nelerdir? (Birden çok seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- ☐ İleri yaşta cinsel ilişkiye girmiş olmak
- ☐ İlk gebelik yaşının ≤ 20 yaş olması
- ☐ Erken yaşta adet görmek
- ☐ Anne/kız kardeşte serviks kanseri hikayesi
- ☐ 5 yıldan fazla OKS kullanmak
- ☐ Düşük sosyoekonomik seviye
- ☐ Erken yaşta cinsel ilişkiye girmek
- ☐ Doğum sayısının ≥ 3 olma durumu
- ☐ Çok eşli cinsel yaşam sürdürmek
- ☐ Sigara içmek
- ☐ Geç adet görmek
- ☐ Düzenli olarak sağlık kontrolüne gitmemek
- ☐ Hiç doğum yapmamış olma
- ☐ Yeterli beslenme olmaması
- ☐ Yüksek sosyoekonomik seviye

20) Serviks kanserini önleyebilmek amacıyla hangi önlemler alınabilir?
(Birden çok seçenek olabilir)

- ☐ Diyet yapmak
- ☐ Sigara kullanmamak
- ☐ Nadiren pap smear yaptırmak
- ☐ Farklı cinsel partner sayısını artırmak
- ☐ İleri yaşlarda cinsel ilişki yaşamamak
- ☐ Genç yaşlarda cinsel ilişkiden kaçınılması
- ☐ Dengeli ve yeterli beslenme

21) Serviks kanserinde görülebilen bulgular nelerdir? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Aşırı kilo kaybı
- ☐ Bacak ağrısı
- ☐ Menapoz sonrası kanama
- ☐ İlişki sonrası kanama
- ☐ Vajinal bölgede kokulu akıntı
- ☐ Rektal kanama
- ☐ Bulgu vermez
- ☐ İntermenstrüel kanlı vajinal akıntı
- ☐ Alt extremitelerde ödem
- ☐ Bütün seçenekler

7.4. EK-4: Servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeği

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

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

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

ÖZGEÇMİŞ

Adı	Ümit	Soyadı	KANALICI
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	
Uyruğu	T.C.	Tel	
E-mail			
Eğitim Düzeyi	Mezun Olduğu Kurumun Adı		Mezuniyet Yılı
Lisans	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi		1998
İş Deneyimi			
Görevi	Kurum		Süre (Yıl - Yıl)
1 TABİP	ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARI		1998-2004
2 TABİP	SAKARYA BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ		2005-2010
3 AİLE HEKİMİ	SAKARYA AKYAZI AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ		

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İNGİLİZCE			