

Dr. Boshra Sasaah

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.

Tez kabul edildikten sonra yapılan **sabit ciltte sırt yazısı** bu şablona göre yazılacak. Yazılar tek satır olacak
Cilt sırtı yazıların yönü yukarıdan aşağıya
(sol yandaki gibi) olacak .



YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL-2020

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

**YEMEN-SANA'ADAKİ KADINLARIN RAHİM AĞZI
KANSERİ VE BUNLARDAN KORUNMA YÖNTEMLERİ
HAKKINDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

DR. BOSHRA SASAAH

**DANIŞMAN
DOÇ.DR. HÜLYA GÜL**

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI PROGRAMI**

İSTANBUL-2020

TEZ ONAYI

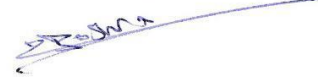
(Bu sayfa yerine, başarılı geçen Tez Sınavı sonrası sınav tutanağı ekinde yer alan Tez Onay sayfası gelecektir.)



BEYAN

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

Boshra SASAAH



İTHAF

Kime kelimeler ona teşekkür etmeye aciz olana, tükenmez vermenin kaynağı olana, en güzel ve en nazik kelime "Anneme"

Yüce Allah'tan sonra en büyük yardımcım ve destekçim olana, başarıya giden yolun kapısı onun güveni olana, sapmayan köşe olan "Babama"

Varlığı beni tamamlayana ve desteği bu araştırmayı bitirmeme yardımcı olan "Kocama"

Kardeşime ve ruhumun kız kardeşine

Yaraları hala kanamaya devam eden vatanıma...

Her birine bu araştırmaya ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Her şeyden önce Allah'a şükürler olsun

Benim yolumun ışığı olan, tez çalışmam sırasında bana yol gösteren tüm sorularımı sabırla cevaplayan değerli hocam Doç. Dr.Hülya GÜL'E teşekkür ederim;

İlgi ve yardımlarından dolayı İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalındaki sayın hocalarıma,

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitü genel sekreteri Sayın Sevd MUTLU'ya,

İstanbul Üniversitesi Radyasyon Onkolojisi A.D Sayın Doç. Dr. Kamuran İBIŞ'ya,

Yüksek Lisans eğitimin sürecince ve tez çalışmam sırasında bana yol gösteren yardım eden değerli arkadaşlarım Elayda, Gülşah ve Zeliha'ya,

Araştırma kapsamına alınan ve katılmayı kabul eden tüm katılımcılara,

Son olarak da Yemen'de ve Türkiye'de bu araştırmayı bitirmeme yardımcı olan, kelime veya görüş olarak tavsiyelerde bulunan herkese içten çok teşekkür ederim.

Hepinize çok teşekkür ederim arkadaşlar.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
İTHAF	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ	Vİİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	Xİİ
ÖZET	XVİ
ABSTRACT.....	XVİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Kanser.....	4
2.1.1. Kanserin tanımı	4
2.1.2. Kanserin Nedenleri	5
2.1.3. Kanserden Korunma.....	9
2.2. Jinekolojik Kanser	9
2.3. Rahim Ağzı	10
2.3.1. Rahim Ağzı Anatomisi	10
2.3.2. Rahim Ağzı Fizyolojisi	12
2.4. Rahim Ağzı Kanseri	13
2.4.1. Rahim Ağzı Kanseri: Anlamı.....	13
2.4.2. Rahim Ağzı Kanseri: Epidemiyolojisi	14
2.4.3. Rahim Ağzı Kanseri: Nedenleri.....	15
2.4.4. Rahim Ağzı Kanseri: Tarama ve Prosedürleri	17
2.4.5 Rahim Ağzı Kanseri: Tanı	18
2.4.6. Rahim Ağzı Kanseri:Risk Faktörleri	19
2.4.7. Rahim Ağzı Kanseri: Korunması	28
2.4.8. Rahim Ağzı Kanseri: Tedavi.....	31
2.5. Yemen Cumhuriyeti.....	34
2.5.1.Yemen Coğrafi Profil	34
2.5.2. Yemen İstatistikleri.....	35

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	36
3.1. Araştırmanın Amacı	36
3.2. Araştırmanın Uygulanışı.....	36
3.3. Araştırmanın Tipi ve Yeri	36
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	36
3.4.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri	37
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	37
3.5.1. Bağımsız Değişkenler	37
3.5.2. Bağımlı Değişkenler	37
3.6. Veri Toplama Teknikleri	37
3.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	37
3.8. Araştırmanın Kısıtlılıkları	38
3.9. İstatistiksel Analiz	38
4. BULGULAR.....	39
5. TARTIŞMA	79
KAYNAKLAR	85
HAM VERİLER.....	96
FORMLAR.....	102
ETİK KURUL KARARI	96
PATENT HAKKI İZNİ.....	102
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI	103
ÖZGEÇMİŞ	106

TABLOLAR LİSTESİ

4.1.Çalışmaya Katılan Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri	39
Tablo 4.1.1 Kadınların Yaş Dağılımı.....	39
Tablo 4.1.2. Kadınların Medeni Durumu Dağılımı	39
Tablo 4.1.3. Kadınların Üreme Özelliklerine Göre Dağılımı	40
Tablo 4.1.3.1.Kadınların Evlilik Yaşına Göre Dağılımı	40
Tablo 4.1.3.2.Kadınların İlk Çocuk Doğurma Yaşına Göre Dağılımı.....	41
Tablo 4.1.3.3.Kadınların Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı	42
Tablo 4.1.3.4. Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanmasına Göre Dağılımı	42
Tablo 4.1.3.5.Kadınların Hangi Aile Planlaması Yöntemlerini Kullandığına Göre Dağılımı	43
Tablo 4.1.4 Kadınların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı	43
Tablo 4.1.5. Kadınların Çalışma Durumuna Göre Dağılımı	44
Tablo 4.1.6 Kadınların Meslek Dağılımları	44
Tablo 4.2. Kadınların Sigara, Nargile ve Khat Kullanmasına Göre Dağılımı.....	45
Tablo 4.2.1. Kadınların Günlük ve Yıllık Sigara Kullanımına Göre Dağılımı.....	45
Tablo 4.2.2. Kadınların Haftalık Nargile Kullanım Sıklığına Göre Dağılımı	46
Tablo 4.2.3.Kadınların Günlük ve Haftalık Khat Çiğneme Durumlarına Göre Dağılımı.....	47
Tablo 4.3.Kadınların Uyuma Saatine Göre Dağılımı	48
Tablo 4.4. Kadınların Yatak Odalarındaki Aydınlatma Olup Olmamasına Göre Dağılımı.....	49
Tablo 4.5.Kadınların Beslenme Durumuna Göre Dağılımı	49
4.6. Rahim Ağzı Kanseri Hakkında Bilgi	51
Tablo 4.6.1. Rahim Ağzı Kanserini Duyma ve Duyanların Kimlerden Duyduğuna Göre Dağılımı	51
Tablo 4.6.2. Rahim Ağzı Kanseri Ölüme Neden Olur mu ve Önlebilir mi Sorusu Cevaplarının Dağılımı	52
Tablo 4.6.3. Kadınların Rahim Ağzı Kanseri Nedenlerini Bilmesine Göre Dağılımı ...	52

Tablo 4.6.4. Kadınların Ailesinde Rahim Ağzı Kanseri Olması ve Varsa Olan Kişiye Göre Dağılımı	53
Tablo 4.6.5. Rahim Ağzı Kanserin Beslenme Sistemini Etkileme Sorusunu Bilme Durumlarına Göre Dağılımı.....	54
Tablo 4.6.6. Rahim Ağzı Kanseri Korunma Yöntemlerini Bilme Durumlarına Göre Dağılım	54
Tablo 4.6.7. Rahim Ağzı Kanseri Nedenlerini Bilme Durumlarına Göre Dağılımı.....	55
Tablo 4.6.8. Smear Testini Duyma ve Yaptırma Hakkındaki Soruya Göre Dağılımı	56
4.7. HPV ve Aşısı Hakkında Bilgi ve Tutum	56
Tablo 4.7.1. HPV Virüsünü Duyma ve Kansere Neden Olma Sorusuna Göre Dağılımı	56
Tablo 4.7.2. HPV Bulaşma Yollarını Bilme Durumu.....	57
Tablo 4.7.3. HPV Aşısını Duyma ve Yaptırma Sorusu Yanıtlarının Dağılımı.....	57
Tablo 4.7.4. HPV Aşısı Yaptırmama Nedeni	58
Tablo 4.7.5. HPV Aşısı Kimlere Yapılmalı Sorusunun Yanıtlarının Dağılımı.....	58
Tablo 4.7.6. HPV Aşısı Kaç Yaşında Yapılmalı Sorusunun Yanıtlarının Dağılımı.....	59
Tablo 4.7.7. HPV Aşısı Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan Korur mu Sorusunun Yanıtlarının Dağılım.....	60
4.8. Öğrenme Yeteneği ve Arzusu	60
Tablo 4.8.1. Anneler ve Kız Öğrencilere Rahim Ağzı Kanseri Hakkında Bilgi Verilsin Sorusu Yanıtlarının Dağılımı.....	60
Tablo 4.8.2. Hangi Bilgi Verilmeli Sorusunun Yanıtları.....	61
Tablo 4.8.3. Rahim Ağzı Kanseri Konusunda Kadınlara Eğitim Vermek Rahim Ağzı Kanseri Azaltır mı Sorusunun Yanıtlarının Dağılımı	61
Tablo 4.8.4. Rahim Ağzı Kanseri Aşısı Hakkında Bilgi Almak İsteyip İstemediklerine Göre Dağılım.....	62
Tablo 4.8.5. Katılımcıların Konuyla İlgili Hangi Bilgiyi Almak İstediklerinin Dağılımı.....	62
Tablo 4.8.6. Ek Olarak Söylenenler	63
Tablo 4.9. Nargile Kullanımına Göre Rahim Ağzı Kanseri Olan ve Olmayan Grupların Karşılaştırılması	63

Tablo 4.10. Yatarken Odada Aydınlatma Olmasına Göre Rahim Ağzı Kanseri Olan ve Olmayan Grupların Karşılaştırılması.....	64
Tablo 4.11. Eğitim Durumuna Göre Rahim Ağzı Kanseri Olan ve Olmayan Grupların Karşılaştırılması	64
Tablo 4.12. Rahim Ağzı Kanserini Duyma Durumu ile Rahim Ağzı Kanseri Olan ve Olmayan Grupların Karşılaştırılması	64
Tablo 4.13. Rahim Ağzı Kanserinin Öğrenildiği Kaynak Değişkeni ile Rahim Ağzı Kanseri Olan ve Olmayan Grupların Karşılaştırılması	65
Tablo 4.14. Rahim Ağzı Kanserinin Öldürücülüğü Değişkeni ile Rahim Ağzı Kanseri Olan ve Olmayan Grupların Karşılaştırılması	65
Tablo 4.15. Rahim Ağzı Kanserinin Önlenebilirliği Değişkeni ile Rahim Ağzı Kanseri Olan ve Olmayan Grupların Karşılaştırılması	65
Tablo 4.16. Rahim Ağzı Kanserinin Nedenlerini Bilme Değişkeni ile Rahim Ağzı Kanseri Olan ve Olmayan Grupların Karşılaştırılması	66
Tablo 4.17. Ailede Rahim Ağzı Kanseri Olması Değişkeni ile Rahim Ağzı Kanseri Olan ve Olmayan Grupların Karşılaştırılması	66
Tablo 4.18. HPV Virüsünü Duyma Değişkeni ile Rahim Ağzı Kanseri Olan ve Olmayan Grupların Karşılaştırılması	66
Tablo 4.19. Rahim Ağzı Kanserinde Beslenmenin Etkisi Değişkeni ile Rahim Ağzı Kanseri Olan ve Olmayan Grupların Karşılaştırılması	67
Tablo 4.20. HPV'nin Rahim Ağzı Kanserine Neden Olma Değişkeni ile Rahim Ağzı Kanseri Olan ve Olmayan Grupların Karşılaştırılması	67
Tablo 4.21. Katılımcıların Grup Değişkenine Göre Beslenmeleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı	67
Tablo 4.22. Katılımcıların Grup Değişkenine Göre Uyku Saatleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı	69
Tablo 4.23. Katılımcıların Grup Değişkenine Göre Yaşları Arasındaki Farkın Anlamlılığı	69
Tablo 4.24. Katılımcıların Medeni Durumu ile Rahim Ağzı Kanseri Olan ve Olmayan Grupların Karşılaştırılması	69
Tablo 4.25. Katılımcıların Eğitim Durumu Değişkenine Göre Beslenme Puanları Arasındaki Farkın Anlamlılığı İçin Uygulanan ANOVA Analizi Sonuç Tablosu.....	70
Tablo 4.26 Katılımcıların Eğitim Durumu ile Rahim Ağzı Kanseri Olan ve Olmayan Grupların Karşılaştırılması	71

Tablo 4.27. Katılımcıların Eğitim Durumu ile Sigara İçme Durumunun Karşılaştırılması	72
Tablo 4.28. Katılımcıların Eğitim Durumu ile Nargile İçme Durumunun Karşılaştırılması	72
Tablo 4.29. Katılımcıların Eğitim Durumu ile Khat İçme Durumunun Karşılaştırılması	73
Tablo 4.30 Katılımcıların Eğitim Durumu ile HPV Hakkında Bilgi Durumunun Karşılaştırılması	73
4.31. Hasta Olmayan Grup	74
Tablo 4.31.1 Hasta Olmayan Grubun Yaşları ile HPV Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumunun Karşılaştırılması	74
Tablo 4.31.2. Hasta Olmayan Grubun Çalışma Durumu ile HPV Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumunun Karşılaştırılması	74
Tablo 4.31.3 Hasta Olmayan Grubun Eğitim Durumu ile Aile Planlama Yöntemlerini Kullanma Durumunun Karşılaştırılması	74
Tablo 4.31.4 Hasta Olmayan Grubun Eğitim Durumu ile Rahim Ağzı Kanseri Bilme Durumunun Karşılaştırılması	75
Tablo 4.31.5 Hasta Olmayan Grubun Eğitim Durumu ile Sigara İçme Durumu Karşılaştırılması	75
Tablo 4.31.6 Hasta Olmayan Grubun Eğitim Durumu ile Nargile İçme Durumu Karşılaştırılması	76
Tablo 4.31.7 Hasta Olmayan Grubun Eğitim Durumu ile Khat Çiğneme Durumu Karşılaştırılması	76
Tablo 4.31.8 Hasta Olmayan Grubun Eğitim Durumu ile HPV Bilme Durumu Karşılaştırılması	77
Tablo 4.31.9 Hasta Olmayan Grubun HPV Aşısı Yaptırma Durumu ile HPV Bilme Durumu Karşılaştırılması	77
4.32. Hasta Olan Grup	77
Tablo 4.32.1 Hasta Olan Grubun Yaşları ile HPV Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumunun Karşılaştırılması İçin Yapılan Ki-Kare (Chi-Square) Testi Sonuçları	77
Tablo 4.32.2 Hasta Olan Grubun Çalışma Durumu ile HPV Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumunun Karşılaştırılması İçin Yapılan Ki-Kare (Chi-Square) Testi Sonuçları	78

Tablo 4.32.3 Hasta Olan Grubun Eğitim Durumu ile Aile Planlama Yöntemlerini Kullanma Durumunun Karşılaştırılması İçin Yapılan Ki-Kare (Chi-Square) Testi Sonuçları	78
--	----



ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 1. Kanser gelişiminde genlerin ve çevrenin rolü.....6
- Şekil 2. Kadın üreme sisteminin anatomisi.....11
- Şekil 3. Üreme sisteminde servikal bölgenin anatomisi.....11



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

- ABD: United State Of America (Amerika Birleşik Devletleri)
- ACIP: Advisory Committe On İmmunazation Practices (Bağışıklama Uygulamaları Danışma Komitesi)
- ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologysts (Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Derneği)
- ACS: American Cancer Society (Amerikan Kanser Derneği)
- CDC: Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi)
- CIN: Cervical İnterapithelial Neoplasia (Servikal İnterapitelyal Neoplazi)
- DNA: Deoxyribonucleic Acid (deoksiribonükleik asit)
- DES: Diethylstilbestrol (Dietilbestrol)
- DSÖ: World Health Organisation (Dünya Sağlık Örgütü)
- EBV: Epstein-Barr Virus (Epstin-Barr Virüsü)
- FDA: Food and Drug Administration (Gıda ve İlaç Dairesi)
- FIGO: International Federation of Obstetricians and Gynecologists (Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu)
- GTD: Gestational Trophoblastic Disease (Gastroşyonel Trofobalstik Hastalık)
- HBV: Hepatitis B Virus (Hepatatis B Virüsü)
- HCV: Hepatitis C Virus (Hepatatis C Virüsü)
- HIV: Human İmmunodeficiency Virus (İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü)
- HPV: Human Papiloma Virus (Human Papilloma Virüsü)
- IARC: International Agency For Research on Cancer (Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı)
- IUD: Intra Uterine Device (Rahim İçi Cihaz)
- KSHV: Kaposi Sarcoma Associated Herpes Virus (Kaposia Sarkomu İle Herpes Virüsü).
- LMIC: Low-And Middle İncome Countries (Düşük ve Orta Gelirli Ülkeler)
- NCI: National Cancer Institute (Ulusal Kanser Enstitüsü)
- NCCC: National Cervical Cancer Coalition (Ulusal Serviks Kanseri Koalisyonu)
- Pap Smear Testi: Papanicolaou Smear Testi

USPSTF: The United States Preventive Services Task Force (Birleşik Devletler Önleyici Servisler Görev Gücü)

SCJ: Squamocolumnar Junction (Skvamokolumnar Bileşke)

SIL: Squamous Intraepithelial Lesions (Skvamöz İntraepithelial Lezyonlar)

STD: Sexual Transmitted Diseases (Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar)

TNM: The Cancer Staging System.(Kanser Evreleme Sistemi)

VIA: Visual İnspection With Acetic Acid (Asetik Asit ile Görsel İnceleme)

VKİ: Body Mass Index (Vücut Kitle İndeksi)

VLP: Virus Like Particle (Virüs Benzeri Partikül)

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)



ÖZET

Sasaah, B. (2020). Yemen-Sana'daki kadınların rahim ağzı kanseri ve bunlardan korunma yöntemleri hakkında bilgi, tutum ve davranışları. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Giriş ve Amaç: Araştırma Yemen'in başkenti olan Sana'daki kadınların rahim ağzı kanseri hakkındaki bilgi, tutum ve uygulamalarını, önleme yöntemleri ve insan papilloma virüsü hakkındaki bilgilerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu olgu-kontrol çalışma, Sana'da beş büyük hastanede rasgele seçilen 400 kadın arasında gerçekleştirilmiştir. Veriler normal dağılım gösterdiğinden parametrik testler kullanılmış ve gruplar arasında farklılık ki-kare, ANOVA ile değerlendirilmiştir. Anlamlılık düzeyi %95 güven düzeyinde $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

Bulgular: Katılımcıların yaklaşık % 60'ı rahim ağzı kanseri ile ilgili fikir sahibidir. % 32 hasta olmayan grup ve % 59 hasta grubu Pap smear'ı duymuş, sadece % 7 hasta olmayan grup ve % 49 hasta grubu bu testi yaptırmıştır. Her grubun yaklaşık % 10'unun HPV ile ilgili bilgisi olup, % 20'si HPV'nin rahim ağzı kanserine neden olabileceğini öngörmektedir. Üniversite ve üzeri mezunu olanların HPV hakkında daha fazla bilgi sahibi olup, Khat kullanımının az olduğu, Rahim ağzı kanserinin bu grupta daha az (%10) görüldüğü, Okur-yazar olmayan grubun çoğunluğunun ise HPV hakkında bilgisi olmadığı, Khat kullanımının fazla olduğu, Rahim ağzı kanserinin bu grupta daha çok (%57) görüldüğü bulunmuştur.

Sonuç: Bu çalışma kapsamındaki Yemenli kadınların rahim ağzı kanseri, Pap smear testi ve HPV hakkında çok düşük düzeyde bilgisi olduğu görülmüştür. Kadınların rahim ağzı kanserinden korunması için öncelikle önleme yöntemleri hakkında yeterli düzeyde bilgilendirilmesi kritik bir ihtiyaçtır. Bu amaçla Yemen'deki rahim ağzı kanseri yükünü azaltmak ve kadınların hayatlarını mümkün olduğunca kurtarmak için sağlık profesyonellerinin ve medyanın dikkatinin konuya çekilmesi, halkın bilgilendirilmesi, eğitim durumunu yükseltilmesi, farkındalık yaratılması, konuyla ilgili çalışmaların artırılması gereklidir.

Anahtar kelimeler: Rahim ağzı kanseri; Pap smear testi; İnsan papilloma virüsü; HPV aşısı; Yemen; Sanaa

ABSTRACT

Sasaah, B. (2020). Information, attitudes and behaviors of women in Yemen-Sanaa about cervical cancer and prevention methods. Istanbul University Institute of Health Sciences, Public Health Department. Master Thesis. Istanbul.

Background and aim: The research was conducted to determine the knowledge, attitudes and practices of women in Sanaa, which is the capital of Yemen, about cervical cancer, prevention methods and human papilloma virus.

Materials and Methods: This case-control study was conducted among 400 randomly selected women in five large hospitals in Sanaa. The data showed normal distribution using parametric tests. The significant level was taken as $p < 0.05$ at the 95% confidence level.

Results: About 60% of each group patient and non-patient groups have heard of cervical cancer. Moreover, 32% non-patient group and 59% patient group have heard about the Pap smear, but only 7% non-patient group and 49% patient group have done it. Around 10% of each group have heard about HPV and 20% of each group anticipate that HPV can cause cervical cancer. People with higher education have more information about HPV, chew less kat and have less rate of cervical cancer (10%). On the other hand, the majority of the illiterate group don't have enough information about HPV, chew more kat and have higher rate of cervical cancer (57%).

Conclusion: This study demonstrates a very low level of knowledge about cervical cancer, Pap smear testing and HPV in a sample of Yemeni women. In order to protect women from cervical cancer, it is a critical need to provide adequate information about prevention methods, attract the attention of health professionals and the media, inform the public, raise awareness, and increase the studies on the subject.

Key words: Cervical cancer, Pap smear test, Human Papilloma Virus, HPV vaccine, Yemen , Sanaa

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, tıp ve halk sağlığının ilgilendiği konular arasında ilk sıralarda yer almaktadır; Bilim ve tıp alanındaki ilerlemeler, bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınması, hastalıkların tanı ve tedavisindeki iyileştirmeler, uzun ömür beklentisini artırmaktadır. Ancak tüm bu gelişmelere rağmen kanser hastalıkları hala insanlığı çaresiz bırakmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yaptığı tahminlere göre, 2030 yılında dünyada 20 milyon yeni kanser vakasının gelişeceği ve kanserden dolayı 13 milyon ölüm olacağı belirtilmektedir (Stewart ve Wild, 2014). Rahim ağzı kanseri, dünya genelinde kadınlar arasında görülen en yaygın ve ölümcül kanser türlerinden biridir. 2008 yılında DSÖ tarafından yayınlanan Dünya Kanser Raporuna göre, rahim ağzı kanseri dünya çapında kadın kanserleri arasında görülen ikinci kanser türüdür (Stewart Ve Wild, 2014; Örenli, 2015).

Rahim ağzı kanseri 2015 yılında ise dünya çapında kadın maligniteleri arasında dördüncü sıraya gerilemiştir. Aynı yılda 270,000 rahim ağzı kanseri ölümünün yaklaşık% 90'ı, düşük ve orta gelirli ülkelerde (LMIC) gerçekleşmiştir. Bu oran gelişmiş ülkelerdekinden 20 kat daha fazladır. Aynı şekilde rahim ağzı kanseri insidansı gelişmiş ülkelerde istikrarlı bir şekilde azalırken, gelişmekte olan birçok ülkede yüksek olmaya devam etmektedir (Jradi ve Bawazir, 2019; Nwankwo ve ark, 2011) .

Rahim ağzı kanseri tüm kadın kanserlerinin yaklaşık % 12'sini oluşturmaktadır. Bu yönüyle önemli bir üreme sağlığı problemi ve büyük bir küresel sağlık sorununu oluşturmaktadır (Manikandan ve ark, 2019; Touch ve Oh, 2018). Rahim ağzı kanseri, en önlenabilir kanser olmasına rağmen, gelişmekte olan ülkelerde kadınlar arasında kansere bağlı ölümlerin en sık nedenidir. Dünyada, her iki dakikada bir kadın rahim ağzı kanserinden ölmektedir. Bunların yaklaşık% 87'si ise az gelişmiş ülkelerde gerçekleşmektedir (Assoumou ve ark, 2015; Gümüş Öncel, 2016).

Epidemiyolojik olarak, rahim ağzı kanseri, tüm dünyada jinekolojik kanserler arasında, özellikle gelişmekte olan ülkelerde hastalık ve ölümün önde gelen nedenlerinden biridir ve rahim ağzı kanseri vakalarının yaklaşık% 86'sı gelişmekte olan ülkelerde ortaya çıkmaktadır.

Çeşitli ajanların rahim ağzı kanserine neden olduğu bilinmektedir. Bunlar arasında etnik faktörler, partner sayısı, ilk cinsel ilişkideki yaş, ilk doğumdaki yaş, steroid kontrasepsiyon ve insan papilloma virüsü (HPV) gibi bulaşıcı ajanlar sayılabilir. Genel olarak, Yemen’de çok yaygın olduğu üzere erken yaşta ilk cinsel ilişkide bulunan veya birçok cinsel partnere sahip olan kadınlar arasında rahim ağzı kanseri gelişme riski artmaktadır (Reis ve ark , 2011).

Human papilla virüsünün (HPV) yüksek riskli alt tipleri, neredeyse tüm rahim ağzı kanserlerine neden olur ve HPV tarama ve aşılama programları, hastalıkların önlenmesi amacıyla uygulanması önerilen etkili stratejilerdir (Cohen, ve ark, 2019).

Epidemiyolojik çalışmalar, rahim ağzı kanserinin önlenmesinde rutin taramanın önemini vurgulamaktadır. Bir tarama programlarının kalitesi ve kapsamı yüksek olduğunda, erken tanı sayesinde rahim ağzı kanseri görülme sıklığı önemli ölçüde azaltılabilmektedir (Nwankwo ve ark, 2011). Tüm kadınlara yüksek kaliteli sitolojik tarama programlarının sunulması halinde rahim ağzı kanserinin yaklaşık% 90’ı engellenebilmektedir. Rahim ağzı kanseri ölümlerinin büyük çoğunluğu hiç tarama yaptırmamış, tedavi görmemiş kadınlarda ve erken yaşlarda ya da çok sayıda partnerle cinsel ilişki yaşayan, çok doğum yapan kadınlarda görülmüştür. Gelişmekte olan ülkelerde yürütülmekte olan programlar kadınların konuyla ilgili bilincinin artırılması, sağlık personelinin bilgi ve becerilerinin artırılması ve etkin izleme ve değerlendirme yaklaşımları üzerinedir. Toplumun bilgi, tutum ve uygulama düzeyi, rahim ağzı kanserinin belirti ve semptomlarını, risk faktörlerini zamanında anlamak ve erken teşhisten yararlanmak için çok önemlidir. Aynı zamanda uygun tedavi, sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliği ve önleme yöntemleri (HPV aşısı vb)’de risklerin azaltılması açısından önem taşımaktadır (Kassa ve ark, 2019).

Rahim ağzı kanseri taraması erken teşhis olanakları sağlaması nedeniyle hastalık görülme sıklığında bir azalma sağlar. DSÖ, Amerika Birleşik Devletleri Önleyici Hizmetler Görev Gücü (USPSTF) ve Amerikan Kanser Derneği (ACS), uygun olan kadınların en az üç yılda bir rahim ağzı kanseri taraması yapması gerektiğini önermektedir (Moyar, 2012; Saslow ve ark, 2002; WHO, 2013). Tarama programları Yemen’de sahada uygulanmamakta, ve çoğu rahim ağzı kanseri ancak ileri evrelerde tespit edilebilmektedir (YHM, 2014b).

Kadınların hastalık hakkındaki bilgi ve tutumu, sosyo demografik faktörlerden ve sağlık hizmetlerinin mevcudiyeti ve erişilebilirliğinden etkilenmektedir. Tarama davranışı birey, aile ve topluluk düzeyinde faaliyet gösteren birçok faktörün karmaşık bir sonucudur (Kassa ve ark, 2019).

Az gelişmiş bir ülke olarak Yemen’de de durum çok farklı değildir. Epidemiyolojik verilerin azlığı buradaki durumu tam olarak ortaya koymamızı güçleştirmektedir. Cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi gibi tedavi hizmetlerinin ileri rahim ağzı kanseri için sıklıkla kullanılmadığı Yemen gibi bir ülke için erken teşhis oldukça önemlidir. Bu hizmetlerin bulunduğu ve erişilebilir olduğu az sayıda kurumda ise ücretler genellikle çok pahalıdır ve birçok kadın tarafından karşılanamaz (UN-OHRLLS, 2018).

Yukardaki bilgilerden hareketle bu çalışma planlanmış, 15 yaş üstü Yemenli kadınlar arasında rahim ağzı kanseri, Pap smear testi ve HPV hakkında bilgi, tutum ve uygulama düzeyi ile önleme yollarının ve sağlık eğitime yönelik görüşlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

2.1.1. Kanserin tanımı

Tedavi süreçlerinin uzunluğu ve zorluğunun yanı sıra, ölümcül bir hastalık olması ile kanser, halk sağlığı alanında insanlığın karşılaştığı en önemli sorunlardan biri olmaya devam etmektedir. Dünya genelinde kansere bağlı ölümler hala ilk sıralarda yer almaktadır. 2018 yılına kadar, yıllık olarak teşhis edilen vakaların sayısı 18 milyondan fazla olup gelişmemiş ülkelerdeki durum çok daha kötüdür. 2018'de dünya genelinde 9,6 milyon insan kanserden ölmüştür (WHO, 2019a).

Bu ölümlerin % 70'i düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerdedir. Bir tanım yapmak gerekirse "kanser, anormal hücrelerin normal sınırlarının ötesinde büyümesiyle karakterize edilen ve daha sonra vücudun bitişik kısımlarını istila edebilen ve / veya diğer organlara yayılabilen geniş bir hastalık grubu için genel bir terimdir" diyebiliriz. Bu hastalığı ifade etmek için kullanılan diğer yaygın terimler malign tümörler ve neoplazmalardır. Kanser vücudun hemen her bölümünü etkileyebilir ve her biri özel yönetim stratejileri gerektiren birçok anatomik ve moleküler alt tipe sahiptir (WHO, 2019b)

Kanser, "vücutta anormal hücrelerin kontrolsüz büyümesi ile karakterize olan 100'den fazla farklı hastalık grubu"nu tanımlamak için kullanılmaktadır. ACS Ulusal Kanseri Enstitüsüne göre: "Kanser, ilgili hastalıklar koleksiyonuna verilen ortak addır. Tüm kanser türlerinde, vücudun bazı hücrelerinin durmadan çevreleyen dokulara yayılmasıyla başlamaktadır (NCI, 2015).

Kanser, trilyonlarca hücreden oluşan insan vücudunun hemen hemen her yerinden başlayabilir. Normalde, insan hücreleri büyür ve vücudun ihtiyaç duyduğu şekilde yeni hücreler oluşturmak için bölünürler. Hücreler yaşlandığında veya hasar gördüğünde ölürler ve yeni hücreler yerlerini alır. Ancak kanser geliştiğinde, bu düzenli süreç bozulur. Hücreler gittikçe daha fazla anormal hale gelir, eski veya hasarlı hücreler ölmeleri gerektiğinde hayatta kalır ve ihtiyaç duyulmadığında yeni hücreler oluşur. Bu ekstra hücreler durmadan bölünebilir ve tümör adı verilen büyümeler oluşturabilir.

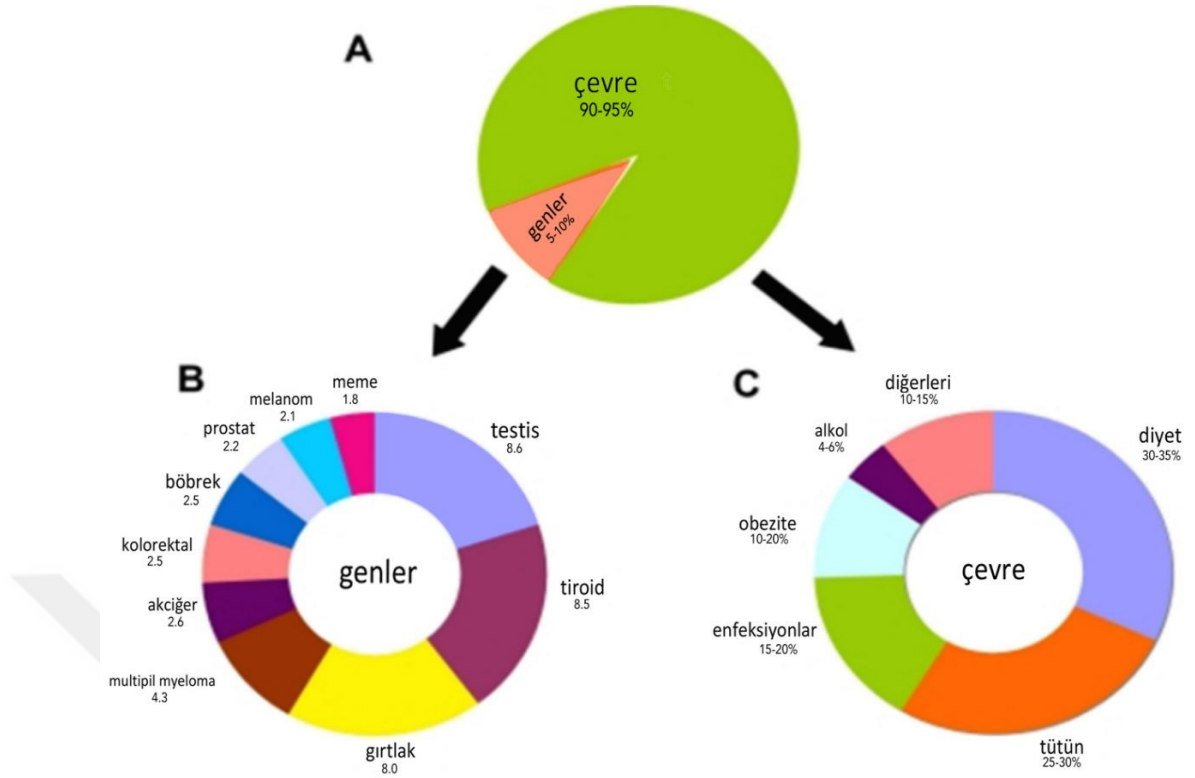
Akciğer, prostat, kolorektal, mide ve karaciğer kanseri, erkeklerde en sık görülen kanser türü iken; meme, kolorektal, akciğer, rahim ağzı kanseri ve tiroid kanseri kadınlarda en sık görülen türlerdir. Kanser ölümlerinin % 30 ila % 50'si, tütün ve alkol ürünleri tüketiminden kaçınmak, sağlıklı bir vücut ağırlığını korumak, düzenli egzersiz yapmak ve enfeksiyonla ilgili risk faktörlerini değiştirmek veya azaltmak suretiyle önlenabilmektedir (WHO, 2019b).

Kanser, 2015 yılında neden olduğu 8,8 milyon ölümle tüm küresel ölümlerin yaklaşık altıda birini oluşturmuş, dünya genelinde en sık ikinci ölüm nedeni olmuştur (WHO, 2017). Büyük oranda önlenabilir olan kanserin, 2010 yılında tahmini toplam yıllık ekonomik maliyeti 1,16 trilyon dolardır. Global kanser insidansının 2008 yılında 12,7 milyon yeni vakadan % 75'lik bir artış göstererek 2030 yılında 22,2 milyon yeni vakaya yükselmesi beklenmektedir; ancak kanserin teşhis ve tedavi olanakları da geliştiğinden, beş yıllık sağkalım oranları da artmaktadır (Torre ve ark, 2015).

2.1.2. Kanser Nedenleri

Normal bir vücut hücresinin anormal şekilde gelişmesine neden olabilecek herhangi bir etken kansere neden olabilir. Bazı kanser türlerinin nedenleri bilinmezken, diğer bazı türleri ise, çevresel veya yaşam tarzı tetikleyicilerinin yanında çok farklı nedenlerden ortaya çıkabilmektedir. Bazıları gelişimsel olarak bir kişinin genetik yapısından etkilenebilir. Birçok hastada bu faktörlerin bir kombinasyonu nedeniyle kanser gelişir. Belirli bir kişide bir kanserin gelişmesine neden olan başlangıç olaylarını belirlemek çoğu zaman zor veya imkansız olsa da araştırmalar, klinisyenlere tek başına veya diğer nedenlerle uyumlu bir takım olası nedenler göstermiştir (ACS, 2019a).

Kanserlerin çoğu, çevresel ve yaşam tarzı faktörlerinden, bir kısmı ise, kalıtsal nedenlerden kaynaklanmaktadır. Çevre, yaşam tarzı, ekonomik ve davranışsal faktörler gibi genetik olarak miras alınmayan hava, su, beslenme gibi etrafımızdaki birçok nedeni ifade eder. Kanser ölümüne katkıda bulunan yaygın çevresel faktörler arasında tütün (% 25–30), diyet ve obezite (% 30-35), enfeksiyonlar (% 15–20), radyasyon (iyonize edici ve iyonize olmayan, % 10'a kadar), fiziksel aktivite eksikliği vb. sayılabilmektedir (Aydiner ve Taş, 2000; Stewart ve Wild, 2014) . Stres, kanserin başlangıcı için bir risk faktörü gibi görünmese de, hastalarda sonuçları daha da kötüleştirebilmektedir (Anand ve ark, 2008; Danaei ve ark, 2005; Hecht, 2012).



Şekil 1. Kanser gelişiminde genlerin ve çevrenin rolü (Anand ve ark, 2008).

Kısacası, kanserin nedenleri genetik ve çevresel faktörler olarak ayrıştırılmaktadır. Çevresel faktörler kanser için doğrudan neden olmasa da, bilim adamları ve araştırmacılar bunu önemli bir risk faktörü olarak tanımlamıştır. Bunlara örnek olarak tütün, alkol, diyet, obezite, bulaşıcı ajan, çevre kirliliği, radyasyon verilebilir (Hecht, 2012). Temel nedenlerin bir listesi aşağıda verilmiştir ve araştırmalar ilerledikçe bunlar değişebilmekte, yenileri eklenmektedir.

Kimyasal veya toksik bileşik maruziyetleri: Benzen, asbest, nikel, kadmiyum, vinil klorür, benzidin, N-nitrozaminler, tütün veya sigara dumanı, asbest ve aflatoksin vb.

İyonize radyasyon: Uranyum, radon, güneş ışığından ultraviyole ışınları, alfa, beta, gama ve X ışını yayan kaynaklar vb.

Patojenler: İnsan papilloma virüsü (HPV), EBV veya Epstein-Barr virüsü, hepatit virüsleri B ve C, Kaposia sarkomu ile ilişkili herpes virüsü (KSHV), Merkel hücreli polyomavirüs, Schistosoma spp. ve Helicobacter pylori; diğer bakteriler olası ajanlar olarak araştırılmaktadır. 2012'de tanı konulan kanserlerin yaklaşık % 15'inin

Helicobacter pylori, HPV, HBV, hepatit C virüsü (HCV) ve Epstein-Barr virüsü (EBV) gibi kanserojen enfeksiyonlar nedenli geliştiği düşünülmektedir. Oranlar bölgelere göre 10 kata kadar farklılık gösterebilmektedir. Örneğin Kuzey Amerika, Avustralya ve Yeni Zelanda'da ($\leq$ %4) en düşük, Sahra altı Afrika'da (% 33) en yüksek seviyededir. Az gelişmiş ülkelerde (% 22,9) gelişmiş ülkelere (% 7,4) daha fazla görülmektedir. Düşük ve orta gelirli ülkelerdeki kanser vakalarının % 25'inden hepatit ve HPV gibi kansere neden olan enfeksiyonlar sorumlu tutulmaktadır. Kadınlarda rahim ağzı kanseri, enfeksiyona bağlı kanser yükünün yaklaşık yarısını oluştururken, erkeklerde ise karaciğer ve gastrik kanserler enfeksiyona bağlı kanser yükünün % 80'den fazlasının nedenidir. *Helicobacter pylori*, hepatit B ve C virüsleri ve HPV sırasıyla esas olarak gastrik, karaciğer ve rahim ağzı kanseri de içeren 1,9 milyon kanser vakasından sorumludur (Stewart ve Wild, 2014).

Genetik: Meme, yumurtalık, kolorektal, prostat, cilt ve melanom gibi bir dizi spesifik kanser insanın genetik yapısına bağlanmıştır (Stewart ve Wild, 2014). Kalıtsal faktörler birçok kanserin nedeni olarak suçlanmasına rağmen, vakaların sadece yüzde beş ila 10'unda etken olarak kanıtlanmıştır. Bu, kanserlerin çoğunun çevresel ve yaşam tarzı faktörlerinden kaynaklandığı ve bu nedenle büyük ölçüde önlenabilir olduğu anlamına gelmektedir. Yetersiz beslenme, fiziksel aktivite eksikliği, alkol tüketimi, sigara ve obezite ile bağlantılı kanserler, özellikle sadece sağlık üzerindeki etkilerini değil aynı zamanda işgücü verimliliğini ve dolayısıyla ulusal ve küresel ekonomiyi etkilediklerinden, önemli öneme sahip olan önlenabilir kanser örnekleridir (Baran, 2013).

Çevresel Karsinojenler: Araç emisyonlarından kaynaklanan hava kirliliği, enerji üretimi, katı yakıtların ısınma amaçlı yanması, dizel emisyonları, polisiklik aromatik hidrokarbonlar, benzen ve 1,3-bütadien gibi bilinen endüstriyel kanserojen maddeler, asbest, arsenik ve krom bileşikleri gibi inorganik kanserojenler çevremizde bilinen ve muhtemel kanserojen maddelerin başını çekmektedir (Baysal, 2018)

Kanser için bir başka risk faktörü de sosyoekonomik statüdür. Sağlıkta eşitsizliklerle mücadele için DSÖ'nün 'Sağlık 21' adıyla belirlediği hedeflerden biri de 2020 yılına kadar ülke içi sosyoekonomik gruplar arasındaki sağlık farklılıklarının dörtte bir oranında azaltılması gerekliliğidir (Yardım ve Özcebe, 2010).

Kanserin herkes için önemli bir risk faktörü olduğunu ve yaşamları boyunca kansere neden olan maddelere (örneğin güneş ışığı, ikincil sigara dumanı ve X-ışınları vb) maruz kaldığını belirtmek önemlidir, ancak çoğu kişide bu risklere rağmen kanser oluşmaz. Ayrıca, birçok insanda kansere neden olan genler vardır fakat ortaya çıkmazlar. Bu soruya araştırmacılar her birey için tatmin edici bir cevap veremese de, bir kişinin maruz kaldığı kansere neden olan maddelerin miktarı veya dozu arttıkça, kişide kanser gelişme olasılığı da artar. Ayrıca, genetik olarak kanser yatkınlığı olan insanlarda benzer nedenlerle malign bir tümör olan kanser ortaya çıkmayabilir (genlerin işlevini yapacak kadar uyaran eksikliği). Ek olarak, bazı insanlarda kanser hücresi haline gelebilecek veya potansiyel olarak hücreleri oluşturan hücreleri kontrol eden veya ortadan kaldıran bağışıklık tepkisi yüksek olabilir. Örneğin bazı diyet yaşam tarzlarının kanser hücresinin hayatta kalmasını sağlamak veya önlemek için bağışıklık sistemi ile birlikte önemli bir rol oynayabileceğine dair kanıtlar vardır. Bu nedenlerden dolayı kişilerde kanser etkeni olarak kesin bir neden belirtmek zordur (Cancer.Net, 2018).

Son zamanlarda, kanser riskini artırabilecek maddeler listesine yeni risk faktörleri de eklenmiştir. Özellikle, kırmızı et (sığır eti, kuzu eti ve domuz eti gibi) Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı tarafından potansiyel olarak kansere neden olan yüksek riskli bir ajan olarak sınıflandırılmıştır; ayrıca işlenmiş etler (tuzlanmış, tütülenmiş, konserve edilmiş ve / veya kurutulmuş etler) kanserojenik listeye eklenmiştir (IARC, 2020). Çok yüksek ısıdaki kömür ateşinde pişen etler, yiyen kişilerde ortamda oluşan polisiklik aromatik hidrokarbonlar gibi bileşikler nedeniyle kanser riskini arttırabilir. Kanser oluşma riskini arttırabilen diğer faktörler, obezite, egzersiz eksikliği, kronik inflamasyon, hormonlar özellikle de replasman tedavisi için kullanılan hormonlar olarak sayılabilir. Cep telefonları gibi diğer öğeler de yoğun bir şekilde incelenmektedir. 2011 yılında DSÖ, cep telefonunu grup 2b muhtemelen kanserojen olarak sınıflandırdı, ancak bu, cep telefonlarını kafein ve turşu sebzeleriyle aynı riske sokan çok düşük bir risk seviyesidir (ACS, 2019b; WHO, 2014).

Bölgelere göre insidans, prevalans ve mortalite hızları kanser vakaları çıkışı nüfus artışı ve yaşlanmanın yanı sıra, kentleşme ve ekonomik kalkınma ile ilişkili olarak sigara içme, kilolu olma, fiziksel hareketsizlik ve üreme kalıplarının değişimi gibi risk faktörlerinin yaygınlığı nedeniyle artmaktadır. Demografik değişim, risk faktörlerinde

gerçekleşen geçiş, ekonomilerin ve yaşam şekillerinin küreselleşmesi ve enfeksiyon kaynaklı kanserlerle birlikte tütün kullanımının da yaygınlaşmasıyla, düşük ve orta gelirli ülkelerdeki kanser yükü giderek artmaktadır (Torre ve ark, 2015).

2.1.3. Kanserden Korunma

Kanserin herkes için risk olabileceğini bilmek önemlidir. Bu nedenle, halk sağlığı açısından önleyici ve koruyucu tedbirlerin alınmasına dikkat edilmelidir. Sağlıklı bir yaşam tarzı ve egzersiz, sağlıklı beslenme, sigara ve alkol gibi risk faktörlerinden kaçınarak kanser vakalarının azaltılması ve önlenmesi mümkündür. Ayrıca bulaşıcı hastalıklar için aşı yaptırmak ve erken tarama da kanseri önlemede önemli unsurlardır (NCI, 2020).

Dünya genelinde kanserin yol açtığı önemli sakatlığı, acıyı ve ölümleri azaltmak için erken tanı, tarama, tedavi ve palyatif bakımda etkin ve uygun fiyatlı programlara ihtiyaç vardır. Tedavi seçenekleri arasında cerrahi, ve / veya radyoterapi, kemoterapi tedavi planlaması tümör tipi, evresi ve mevcut kaynaklar incelenerek ve hastanın tercihi ile belirlenmelidir. Hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini arttırmaya odaklanan palyatif bakım da kanser hastaları için önemli bir bileşendir. Kanserli hastaları iyileştirmek, kansere bağlı ölümleri azaltmak, herkes için sağlık hizmeti sağlamak için hızlandırılmış eylem planları gerekmektedir (WHO, 2017).

2.2. Jinekolojik Kanser

Bir kadının üreme sisteminde gelişen kanserlere jinekolojik kanserler denmektedir. Jinekolojik kanserler, dişi üreme organlarında başlayan bir grup kanseri içerir. Beş jinekolojik kanser türü bulunmaktadır: Rahim ağzı, yumurtalık, uterus (endometrial kanser ve uterus sarkom), vajinal ve vulva (Donovan, 2017). Her yıl 89,000'den fazla kadında bu tür vakalar teşhis edilmekte, bunların 29,000'den fazlası ölmektedir (NCCC, 2019).

Jinekolojik kanser, kontrolsüz bir büyüme ve üreme organlarından kaynaklanan anormal hücrelerin yayılmasıdır. Servikal, gestasyonel trofoblastik hastalık (GTD), primer peritoneal, over, uterus / endometriyal, vajinal ve vulva kanserleri içeren çeşitli jinekolojik kanserler vardır (CDC, 2019). Jinekolojik kanserlerin kadın sağlığı üzerinde olumsuz etkileri vardır.

Jinekolojik kanserlerden biri olan rahim ağzı kanserinde tanı ve tedavi işlemleri sırasında, diğer organ kanserlerinde yaşanan sorunlar yaşanmakta bunun yanı sıra beden görüntüsü, cinsellik ve üreme yeteneği ile ilgili birey ve ailesinin yaşam kalitesini etkileyen önemli sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır. Bunun nedeni, kadın genital organlarının, kadının cinsel kimliğini belirlemesidir. Kadın için rahim kadınlığın, cinselliğin, doğurganlığın ve anneliğin sembolüdür (Kanbur ve Çapık, 2011).

Amerika'da her altı dakikada bir kadına kadın hastalıkları teşhisi konmaktadır. Yalnızca 2019 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde teşhis edilen 91,730 yeni vakadan yaklaşık 28,080'inin ölümle sonuçlanacağı beklenmektedir. Bu jinekolojik kanserlerin bazılarını "sessiz katiller" denir; çünkü kadınlar genellikle bu kanserlerle ilgili belirti ve semptomlardan habersizdir ve çok geç olmadan onların farkına varamazlar. Amerikan Kanser Derneği'ne göre, 2018'de ABD'de 110,070 yeni vaka teşhis edilmiş ve vakalardan yaklaşık 32,120 kişi ölmüştür (ACS , 2019).

Meme ve rahim ağzı kanseri, gelişmekte olan ülkelerdeki tüm kanserlerin en yaygınları arasındadır. Hem meme hem de rahim ağzı kanserleri erken saptandığında ve tedavi edildiğinde yüksek iyileşme oranlarına sahiptir (Stewart ve Wild, 2014). Dünya sağlık araştırmasının raporuna göre, gelişmekte olan ülkelerde, önceki beş yılda 40-69 yaş arası kadınların sadece % 2,2'si meme kanseri için taranırken, önceki üç yılda 18-69 yaş arasındaki kadınların sadece % 4,1'i rahim ağzı kanseri taramasından geçirilmiştir. Öte yandan, bildirilmiş olan rahim ağzı kanseri tarama oranı gelişmiş ülkelerde % 60'ın üzerindedir (Akinyemiju, 2012; Al Rifai ve Nakamura, 2015).

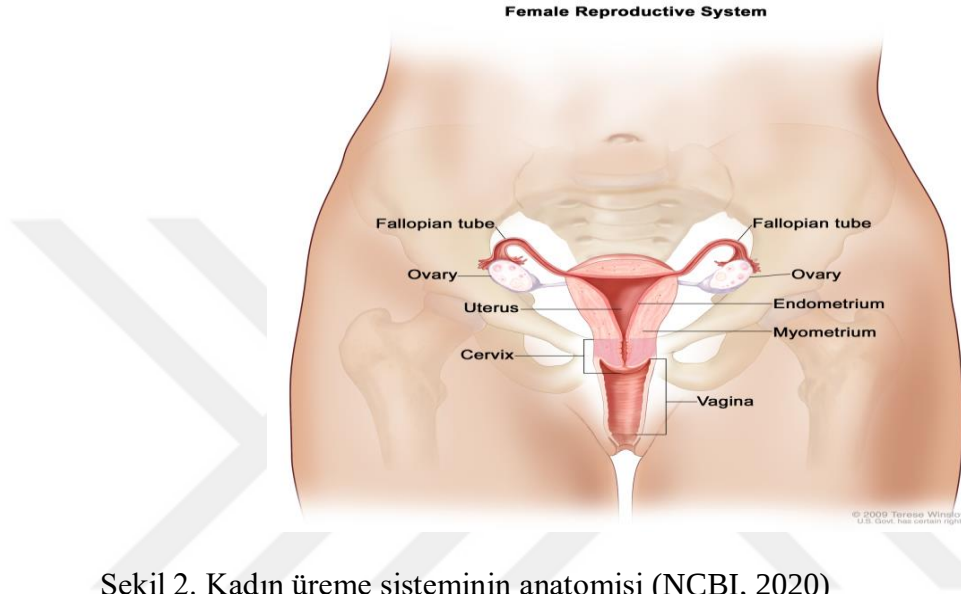
Kadınlar son yıllarda en çok görülen iki kanser türü olan meme ve rahim ağzı kanseri konusunda bilinçlendirilmeli, hastalığın neden olduğu yıkım ve engelliğin önüne geçilmelidir. Rahim ağzı kanseri meme kanserinden sonra kadınlardaki morbidite (hastalığın görülme oranı) ve mortalitenin (ölüm oranı) en büyük nedenlerinden biridir.

2.3. Rahim Ağzı

2.3.1. Rahim Ağzı Anatomisi

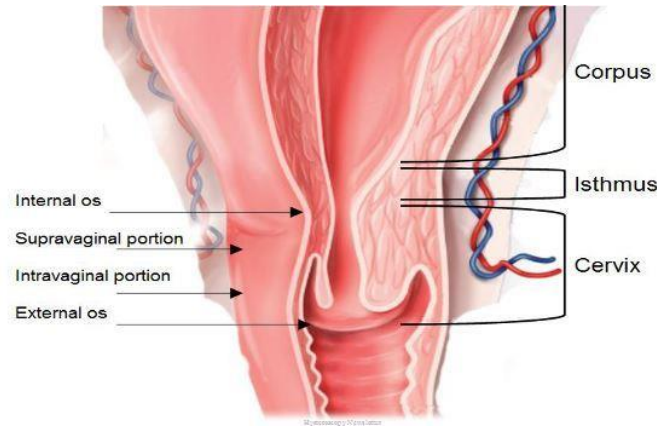
Rahim ağzı, sadece bir geçiş yolu olmaktan çok, kadın anatomisinin önemli bir parçasıdır ve pek çok önemli işlevi yerine getirmektedir. Ne yazık ki, rahim ağzı ayrıca cinsel yolla bulaşan, patojen HPV tarafından kolayca enfekte olan hücreleri de içermektedir. Kadınlar, rahim ağzı kontrollerini kendileri yapamayacaklarından, düzenli

olarak jinekolojik muayene yaptırmaları gerekmektedir. Rahim ağzı, vajinaya giden uterusun alt ve dar ucudur. Uterusun alt, dar kısmına serviks uteri (uterusun boynu) denmektedir. Uterusun 2-4 cm uzunluğunda dar silindirik parçasıdır. Uterus boşluğu vajinaya açılan servikal kanal olarak devam etmektedir. Serviks kelimesi ise, Latince “boyun” kelimesinden gelir ve serviksin kendisi uzun, silindir şeklinde bir geçittir (Spencer, 2007).



Şekil 2. Kadın üreme sisteminin anatomisi (NCBI, 2020)

Os, “ağız” veya “açıklık” anlamına gelen Latince bir terimdir. Serviks bir kanal olduğundan her iki uçta da açıklıklar vardır. Serviksin iç ostiumu (isthmus) serviksin uterusu açıldığı yerde, dış ostium serviksin vajinaya açıldığı yerdedir (Markovic, 2008). Endoservikal kanal dış os ve uterus arasındaki geçittir. Bu yapının uzunluğu ve genişliği kadından kadına oldukça değişkendir (Baran, 2013; Spencer, 2007).



Şekil 3. Üreme sistemide servikalın anatomisidir (Hysteroscopy Newsletter, 2019)

Skumokolumnar bileşke (SCJ) vajinanın skuamöz epiteli ile endoserviksin kolumnar epiteli arasındaki sınır bölgesidir. Buranın hemen distalinde “immatür skuamöz metaplastik epitel” bulunur. Serviks skuamoz epitelinin gelişimi ve matürasyonunda travma, kronik irritasyon, servikal enfeksiyonlar rol almaktadır (Kuzu, 2018).

2.3.2. Rahim Ağzı Fizyolojisi

Serviks doğum pasajının pasif bir bölümüdür ve menstruasyon kanamasının akışının sağlandığı bir kanaldır. Primer fizyolojik fonksiyonu mukus sekresyonudur. Servikal mukus, endoservikal bezlerden salgılanan berrak veya opak görünümlü gri beyaz renkli bir sekresyondur. Servikal mukus hormonal uyarıyla değişiklik gösterir ve dolaşımdaki seks steroid hormonlarının siklik değişiminden etkilenmektedir. Siklusun sekizinci gününden ovulasyona kadar geçen sürede östrojenin yükselişi ile servikal mukus artar, vizkositesi düşer, böylece spermetazoa geçirgenliği artmaktadır (Kuzu, 2018). Serviks sadece pasif bir yol değildir; aktif olarak birçok önemli işlevi yerine getirmektedir.

1. Adet sırasında serviks, dökülme endometrial astarının serbest bırakılmasını sağlamak için hafifçe gerilebilir. Serviksin bu şekilde gerilmesine, bazı kadınların yaşadığı adet kramplarının bir parçası olduğu düşünülmektedir.

2. Cinsel aktivite sırasında endoservikal kanalın duvarları ve dış os genişler veya daha fazla açılır. Bu şekilde rahim içine ilave sperm alması ile döllenme olasılığını arttırmaktadır.

3. Serviks, doğum sırasında çocuğun geçişine izin vermek için 10 santim genişlemektedir. Bununla birlikte hamilelik sırasında rahim ağzının darlığı rahimde fetusu tutmaya yardımcı olmaktadır (Baran, 2013).

Sayıları 100'e kadar yaklaşan mukoz glandların salgısı kokusuz ve alkalendir. Bu mukus, spermelerin, asit olan vajende yaşamalarını sağlar ve bir tıkaç oluşturarak kavum uteriye mikroorganizma geçişini engeller. Porsiyonun çok katlı yassı epiteli ile servikal kanalın silendirik epitelinin birleşme sınırı (skuamokolumnar bileşke) özellikle serviks kanserinin en sık geliştiği bölge olarak özel bir önem taşımaktadır (Günaydın, 2013).

2.3.3. Rahim Ağzı Hücreleri

Serviksin yüzeyi iki farklı hücre tipi içermektedir: kolumnar epitel hücreleri ve skuamöz epitel hücreleri. Her iki tür hücre de HPV ile enfekte olabilir ancak rahim ağzı kanserlerinin büyük çoğunluğu skuamöz hücre kökenlidir. Dönüşüm bölgesi veya geçiş bölgesi, tam olarak bir hücre tipinden diğerine ani bir geçiştir. Bu aynı zamanda çoğu HPV enfeksiyonunun meydana gelme bölgesi ve doktorun Pap smear testi için bir hücre örneği almaya çalışacağı bölgedir (Spencer, 2007).

2.4. Rahim Ağzı Kanseri

2.4.1. Rahim Ağzı Kanserinin anlamı

"Rahim ağzı kanseri zamanında tespit edilirse önlenabilir bir hastalıktır. Aksi halde ölümcül bir hastalıktır. Bu ilk ve en önemli kuraldır" (Markovic, 2008).

Jinekolojik kanserler içinde, erken tanının kolaylıkla konulabildiği kanserlerde birisi rahim ağzı kanseridir. Rahim ağzı kanseri erken dönemde teşhis edilmediğinde ise mortalitesi yüksek olan bir kanserdir. Jinekolojik kanserlerin sıklığı ülkeden ülkeye ve o ülkenin sosyo-ekonomik durumunun gelişmişliğine bağlı olarak değişmektedir. Dünyada en sık rastlanan jinekolojik kanser türü, rahim ağzından kaynaklanan ve halk arasında rahim ağzı kanseri olarak adlandırılan “servikal kanser”dir. Rahim ağzı kanseri, dünya genelinde meme kanserinden sonra kadınlarda en sık görülen jinekolojik kanser türüdür (Günaydın, 2013).

Rahim ağzı kanseri, kendini çoğaltma potansiyeli olan tek bir hücre (bazal veya para-bazal epitel tabakalarından, malign özelliklere sahip hücreler üretmeye başladığında) ile büyümeye başlamaktadır (Baran, 2013; Markovic, 2008).

Rahim ağzı kanseri, yavaş büyüme gösteren bir kanser çeşitidir. İlk tespit edilebilir büyümeden tespit edilebilir hastalığa kadar yaklaşık 1-3 yıl hatta daha fazla bir süre geçmektedir. Rahim ağzı kanseri belirtileri kadınlar açısından önemlidir. Bu belirtilerin bir ya da birkaçının kadında bulunması rahim ağzı kanserinin olduğu anlamına gelebilmektedir. Rahim ağzı kanseri ilk dönem hiç belirti vermeyebilir kanser yayıldıktan sonrada belirti gösterebilmektedir. Rahim ağzı kanserinin ilk başlangıç evrelerinde genellikle belirti ve bulgu görülmez, çoğunlukla kanser yayıldıktan sonra ortaya çıkmaktadır (Yaşar ve ark, 2008). İlk klinik semptomlar cinsel ilişki sonrası vajinal kanama, bel ağrısı, anormal kanama ve aşırı vajinal akıntı olabilmektedir. Pelvik

ağrı, dönemler arasında kanama, idrara çıkma zorlukları, kilo verme, yorgunluk ve depresyon gibi belirtiler de görülebilmektedir (Günaydın, 2013; Markovic, 2008).

Daha sonra geç belirtiler, yoğun adet kanaması, aşırı seropürülent akıntı, tekrarlayan sistit, sırt ağrısı ve alt karın ağrısı, ileri evrelerde hastalar şiddetli anemi sebebiyle nefes yetmezliği, alt ekstremitelerde ödem, hematüri, kabızlık, zayıflama, böbreklerin çalışmaması (üreteral tıkanma sebebiyle), sakral sinir dallarının invazyonu veya ekstrasnodal büyüme sergileyebilmektedir. Kadınlar bu belirtilerin bir ya da birkaçıyla karşılaştıklarında vakit kaybetmeden sağlık kuruluşuna başvurmalıdır (Mayr ve ark, 2011).

2.4.2. Rahim Ağzı Kanseri Epidemiyolojisi

Rahim ağzı kanseri, 20. yüzyılın ortasına kadar, ölümcül sonuçları olan ve tüm kadınları (dünya çapında endemik) etkileyen kronik bir neoplastik (malign) hastalık olarak kabul edilmektedir. Ancak 20. yüzyılın ikinci yarısında rahim ağzı kanserinin önlenmesi ve kontrolüne yönelik yeni stratejiden dolayı bu rakamların pozitif yönde değiştiğini görmekteyiz. American Cancer Society, 1950'lerde rahim ağzı kanseri taraması için yeni bir test başlatmıştır. Pap smear testi ve bunu “zamanla çıkarılmadığı takdirde rahim ağzı kanserine dönüşebilecek rahim ağzı lezyonlarının erken tespiti için” bir yöntem olarak tanıtmıştır. Bu yaklaşım, doktorların kanser öncesi lezyonları teşhis etmesini ve gidermesini, böylece kansere dönüşme ihtimalini azaltmalarını sağlamıştır . Bu kanser kontrol önlemi çok etkili oldu ve pap testi'nin uygulandığı ülkelerde, ölümlerde büyük düşüş kaydedildi (% 70-90). Pap smear test mevcut en iyi kanser önleme yöntemi olarak kabul edilmiştir (Markovic, 2008).

Rahim ağzı kanseri, dünya çapında bir halk sağlığı sorunudur. 2012 yılında rahim ağzı kanseri, kadınlarda dördüncü, (9,9 / 100,000 kadın), tüm kadın kanserlerinin neredeyse % 12, dünyada ise, en sık görülen yedinci hastalıktır. 2012 yılında 52,000,000 yeni vak'a tespit edilmiştir. 100.000 kadın için yaşa göre görülme sıklık oranı % 14,0'dır (Salazar ve ark, 2017; Savaş Çıkme, 2016). Az gelişmiş bölgelerdeki ölümlerin % 87'si, her 10 ölümün yaklaşık 9'u bu hastalıktan meydana gelmektedir. En çok etkilenen yaş grupları ise, 30-49 ile 50-59 yaş arası kadınlardır. Yapılan bir çalışmada 21-34 yaş arası kadınların % 16'sının, 53 yaşlarda % 70'nin, 42 yaşlarda % 44'unun rahim ağzı kanserine yakalandıkları görülmüştür (Cohen ve ark, 2019; Manikandan ve ark, 2019).

Afrika ve Latin Amerika'da rahim ağzı kanseri kadınlarda kansere özgü ölümlerin önde gelen nedenidir. Yetmiş dört yaşına kadar yaşam boyu rahim ağzı kanseri gelişme riski, yüksek gelirli ülkelerde yaşayan kadınlar için% 0,9, düşük ve orta gelirli ülkeler (LMIC)'lerde% 1,6'dır . Rahim ağzı kanseri nedeniyle ölüm riski yüksek gelirli ülkelerdeki kadınlar için% 0,3, LMIC'lerde% 0,9 idir (Cohen ve ark, 2019; Siegel ve ark, 2012).

2018 yılında, tahmini 569,847 yeni rahim ağzı kanseri vakası teşhis edilmiş ve bu malignite nedeniyle dünya çapında 311,365 ölüm meydana gelmiştir, ancak insidans ve mortalite coğrafi bölgelere göre büyük farklılıklar göstermektedir. Yüksek gelirli ülkelerde, rahim ağzı kanseri insidansı ve mortalitesi resmi tarama programlarının başlatılmasından bu yana son 30 yılda yarıdan fazla azalmıştır (Ferlay ve ark, 2018; Cohen ve ark, 2019).

WHO verilerine göre, Afrika ve Güneydoğu Asya, dünyada en yüksek ölüm oranına sahip (sırasıyla 100,000'de 21,5 ve 11,3 ölüm) bölgelerdir (Salazar ve ark, 2017). Özellikle, bu kötü huylu tümöre bağlı 10 ölümden yaklaşık 9'u daha az gelişmiş bölgelerde meydana gelmiştir. Sosyo-ekonomik kaynakların dünyadaki eşitsiz dağılımı ve maddi yetersizlikler, hastalığın teşhis ve tedavisini, yayılmasını etkileyen en önemli faktörlerdendir. Bu yüzden dünyanın gelişmemiş bölgeleri daha fazla risk taşımaktadır (Ferlay ve ark, 2015).

Bu hastalık HPV'ye karşı aşılama, prezervatif kullanma ve tütün tüketimini azaltmanın yanı sıra, kanser öncesi lezyonların erken teşhisi ve tedavisi gibi önlemlerle % 100 önlenabilir bir hastalıktır (Salazar ve ark, 2017).

2.4.3. Rahim Ağzı Kanserinin Nedenleri

Rahim ağzı kanserinin birincil nedeni insan papilloma virüsüdür (HPV). Bu onkojenik HPV tiplerinden bir veya daha fazlasıyla gelişen enfeksiyon, neredeyse tüm rahim ağzı kanseri vakalarının altında yatan nedendir. Dünya genelinde% 99,7'den fazla rahim ağzı kanseri testinin (HPV DNA) için pozitif olduğu gösterilmiştir. Halen 15 onkogenik HPV tipi tanınmaktadır. En çok HPV 16, 18 ve 45 tipleri rahim ağzı kanseri ile ilişkilidir (Manikandan ve ark, 2019).

HPV ile rahim ağzı kanseri gelişimi arasındaki nedensel bağlantı ilk olarak 1970'de Alman virolog Harald Zur Hausen'in, genital siğillerde gözlenen viral

partiküllerin serviks malign neoplazisinden de sorumlu olduğunu ileri sürmesiyle tespit edilmiştir. Rahim ağzı kanserinin etiyolojisinin keşfi ise, Zur Haussen'e 2008 yılında Nobel Tıp Ödülü'nü kazandırmıştır. HPV 16 ve 18 daha sonra tüm rahim ağzı kanseri vakalarının % 70'inin nedeni olarak tanımlanmış ve bu virüsün enfeksiyonlarının, rahim ağzı kanseri gelişimi için önemli bir risk faktörü olduğu saptanmıştır. HPV'nin keşfinin serviks kanserinin önlenmesinde büyük katkısı olmuştur. Onkojenik patolojilerde HPV suşlarının tanımlanması hastalığın prognozu açısından klinisyene kolaylık sağlamaktadır (Baran, 2013; Savaş Çıkme, 2016). HPV bir DNA virüsü olup, cinsel yolla bulaşan hastalıkların en yaygın etkenlerinden biridir. Deri ve mukozal yüzeylerdeki bazal epitelyal tabaka hücrelerini enfekte eden virüs rahim ağzı kanseri ve anogenital kanserlerden sorumlu tutulmaktadır. HPV tüm dünya'da yaygın olarak bulunmasına rağmen kanser vakalarının çoğunluğu az gelişmiş ülkelerde görülmektedir (Blödt ve ark, 2012).

Ayrıca, virüsün cinsel yolla bulaştığının bilinmesi kanserden korunmada önemli bir adım oluşturmaktadır . Ancak Yemen'da yaygınlığı ve genotipi ile ilgili bilgiler sınırlıdır. 100 kadın arasında yapılan bir çalışma HPV pozitif olgularda % 6'lık prevelans göstermiştir. 485 kadın arasında yapılan ikinci bir çalışmada aynı yüzde doğrulanmıştır. Buna rağmen HPV hakkında bilgi ve uygulama genellikle yetersizdir (Jradi ve Bawazir, 2019).

Pap Smear testi yapılan HPV maruz kalan kadınlarda, siyah ırk ve maya enfeksiyonları, kanser riskinin azalması ile anlamlı derecede ilişkilidir. Mevcut sigara içiciliği riskte iki kat artışa yol açmaktadır. Düşük eğitilmiş, düşük gelirli ve belirsiz genital enfeksiyon öyküsü olan kadınlarda risk eğilimi artmaktadır. Ancak oral kontraseptif kullanımı ile ilişkili olmadığını; çoğunlukla HPV ve rahim ağzı kanseri arasındaki bağlantıyı, kofaktörleri ve diğer risk faktörlerini göstermek için benzer çalışmalar yapılmıştır. Ancak bunlar arasında tesadüfiliğin ötesinde nedensellik bağı tespit edilememiştir (N. Acar, 2014; Mutambara ve ark, 2017).

Kolombiya ve İspanya'dan yapılan bir çalışmada 436 histolojik olarak onaylanmış skuamöz hücreli karsinom ve 387 yaşa göre sınıflandırılmış grubu vardı. HPV, DNA ve rahim ağzı kanseri arasında bir ilişki % 70 olarak doğrulandı ve bu da vakaların geri kalanının diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar (STD) ve risk faktörleriyle ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Oral kontraseptifleri kullanmanın , ilk cinsel ilişkinin

erken yaşta başlamanın ve ilk doğumu erken yaşta yapmanın bağımsız olarak ilişkili olduğu gösterilmiştir (Markovic, 2008). Bununla birlikte, bugüne kadar, bu ajanlar için biyolojik temellerin kesin kanıtlanmış kanıtı bulunamamıştır ve rahim ağzı kanseri insidansı, en çok yaşam tarzından etkilenen yaygın risk faktörlerine bağlı olarak, bir popülasyondan diğerine büyük ölçüde değişmektedir (G. B. Acar, 2014; Mutambara ve ark, 2017).

2.4.4. Tarama Testleri ve Teşhis Prosedürleri

Rahim ağzı kanseri nedeniyle ölen beş kadından dördünün son beş yıl içinde Pap smear testi yaptırmadığı belirlenmiştir. Pap testi, kanseri önlemek için bugüne kadar ki en başarılı tarama olmakla birlikte mükemmel olduğu söylenememektedir. Klinik kanserin erken tespitinin en iyi yolu, tüm kadınların ya yıllık olarak ya da arka arkaya yapılan birkaç normal testten sonra her yıl bu testi yaptırmalarını sağlamaktır. Ne yazık ki, rahim ağzı kanseri için en fazla risk altında bulunan kadınların çoğuna, yeterince sık veya hiç test yapılmamaktadır (Spencer, 2007).

Bu programların amacı, zamanında tedavi edilmediği takdirde rahim ağzı kanserine neden olabilecek rahim ağzı lezyonlarının erken belirtileri için hiçbir genital hastalık belirtisi olmayan sağlıklı kadınların incelenmesi ve tespit edildiğinde bu lezyonların çıkarılmasıdır. Risk faktörlerinin sürekli artması tarama testlerinin erken teşhis ve tedavi için ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Rahim ağzı kanseri taraması için birçok program/test olmakla birlikte Pap testi'nin başarılı sonuçlar vermesi onu ilk sıralara taşımaktadır (Markovic, 2008).

Pap Smear testi (servikal yayma), 1940'lardan bu yana servikal kanserin ve kanser öncesi durumların saptanması için kullanılan önemli bir tıbbi inceleme yöntemidir, ve kanser önlenmesine yönelik ve maliyet açısından etkin olan çok nadir metodlardan biridir (Günaydın, 2013; Yücel, 2006).

Halen üç tip test mevcuttur ve rahim ağzı kanseri taramasında yaygın olarak kullanılmaktadır. Bunlara HPV testleri, sitoloji tabanlı Pap Smear testi ve asetik asit (VIA) ile yardımsız görsel muayene dahildir. Bununla birlikte, özellikle gelişmekte olan ülkelerde bu testlerin kamuoyu farkındalığı sınırlıdır (Heena ve ark, 2019).

Pap smear testi yapmak için gerekli şartlar şunlardır:

En az 48 saatlik cinsel perhiz yapılmalıdır ve herhangi bir vajinal medikasyon (krem ya da ilaç) kullanılmamalıdır. En az 24 saat süreyle vajinal duş yapılmalıdır, Kanama olmamalıdır. Eğer yapılmışsa asetik asitin uygulandığı kolposkopik incelemenin üzerinden en az 24 saat geçmiş olmalıdır (Baran, 2013).

ACOG'un 2016 rehber güncellemesinde 30 yaş altı HIV (+) kadınlarda 3 yıl arka arkaya pap smear testi negatif çıktığında üç yılda bir smear testi yapılması; 21 yaş altı HIV (+) kadınlarda rutin taramanın gerekli olmadığı önerilmektedir. Serviks kanserlerinin sadece binde biri 21 yaş altında ortaya çıkmaktadır. 30 yaş ve üstü HIV tanısı alan kadınlarda tanıdan sonraki bir yıl içinde 3 ardışık normal sitoloji ve HPV ile birlikte taramada bir normal test sonrası yıllık taramaya geçilmesi önerilmektedir (Heena ve ark, 2019).

Pap testi kendimize dikkat etmemiz ve bizi rahim ağzı kanserinden korumamız konusunda uyarıcı bir alarmdır , bu alarm yılda yaklaşık 50,000 CIN 1–3 teşhisi konan Amerikalı kadının hayatını kurtarmaktadır (Markovic, 2008).

2.4.5. Rahim Ağzı Kanseri Tanı

Rahim ağzı kanseri teşhisi, hastanın rahim ağzı kanseri öyküsü varsa veya rahim ağzı kanseri şüphesi yaratabilecek semptomlardan şikayet ederse Pap testi sonucu pozitif olarak saptandıktan sonra başlamaktadır. Hastanın kanser olabileceği şüphesiyle karşı karşıya kalındığında, doktorun ilk amacı onu iyice incelemek ve bu tanıyı doğrulamak veya şüpheyi reddetmektir. Günümüzde doktorlar, çok az hata yapma şansı ile doğru tanı koymak için gerekli tüm araçları kullanmaktadır (Cohen ve ark, 2019).

Rahim ağzı kanserlerinde erken tanı ve tarama: rahim boşluğunu kaplayan hücreler değişime uğrayarak kansere dönüşmeden tespit edilirse bu durumda erken tanı olarak değerlendirilmektedir. Uterus boşluğunu kaplayan epitelyum hücreleri çoğalırken bazı kanserojenlerin etkisiyle kanser hücresine dönüşebilmektedir. Kanser hücreleri 1-2cm. boyutuna ulaştıkları ve lenf bezlerine sıçramadıkları zaman bu durum erken tanı adını almaktadır.

Rahim ağzı kanserinde erken tanı hücreler küçükken ve lenflere yayılmadan yakalanmasıdır (Baran, 2013). Aşağıdaki testler ve prosedürler rahim ağzı kanserini taramak için kullanılabilir:

- 1 . Anamnez – Tarihçe.
2. Pelvik Muayene.
- 3.Kolposkopi.

4. Biyopsi. 5. Histoloji. 6. Servikografi.
7. Yardımcı Yöntemler 8. Teşhis Müdahaleleri (Cohen ve ark, 2019).

Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu (FIGO) rahim ağzı kanseri evrelemesi :

1 . Jinekolojik muayene: Kadınların rahim ağzı kanseri erken tanı ve tarama yöntemlerinden biri jinekolojik muayene yöntemidir. Hastanın jinekolojik değerlendirilmesi; hikâyenin alınması ve fiziksel muayeneyi de kapsayan jinekolojik muayene ve laboratuvar testleri ile yapılmaktadır (Montgomery ve ark, 2015).

2. Pap smear testi: Kadınların rahim ağzı kanseri erken tanı ve tarama yöntemlerinden bir diğeri de pap smear testidir (Günaydın, 2013).

3. HPV testi: Rahim ağzı kanserinin erken tanı, taramasında diğeri önemli bir yöntemde HPV testidir. HPV testi en doğru ve tekrarlanabilen testtir. Mevcut tüm servikal tarama testleri içerisinde HPV testi en objektif ve tekrarlanabilir olanıdır. Rahim ağzı kanseri tespit edilen kadınların çoğunluğunda HPV virüsünün türleri bulunmuştur. Servikal neoplazili hastaların % 80 veya daha fazlası yüksek riskli HPV(özellikle 16, 18, 31, 33) ile enfektidir. Bu yöntem halen oldukça pahalı ve geliştirilme safhasında olduğundan gelişmekte olan ülkelerde yaygın değildir. Birçok ülkede ekonomik koşullar yüzünden HPV testi kullanılmamaktadır (Temel, 2008).

2.4.6. Rahim Ağzı Kanseri Risk Faktörü

Risk faktörü, kişinin belirli bir hastalık veya kansere yakalanma olasılığını artıran her şeydir. Örneğin, sigara içmek veya güneş ışığına aşırı maruz kalma durumları akciğer ya da cilt kanserleri için risk faktörü oluşturmaktadır. Rahim ağzı kanseri ile ilgili olarak, ana risk faktörü, insan papilloma virüsü ile enfeksiyondur. HPV, vücudun birçok yerinde epitel hücreleri enfekte eden bir virüstür. Bu virüsün 100'den fazla türü olup vücudun belirli bölgelerine bulaşarak enfeksiyona yol açmaktadır. HPV enfeksiyonunun en sık görülen sonuçlarından biri papillom olarak da bilinen iyi huylu siğillerdir (Jassim ve ark, 2011; Spencer, 2007). DSÖ'ye göre risk faktörlerinden kaçınma ve önleme stratejilerini uygulama, kanser yükünü azaltabilmektedir (Moyar, 2012).

Kanserden ölümlerin yaklaşık üçte biri, vücut kitle indeksinin yüksek olması (aşırı kilo), sebze tüketiminin az olduğu diyet tercihi, fiziksel aktivite eksikliği, tütün ve

alkol kullanımı gibi beş önemli davranışsal ve beslenme nedenli risk faktöründen kaynaklanmaktadır (Jradi ve Bawazir, 2019; Reis ve ark, 2011).

Rahim ağzı kanseri için ana risk faktörleri aşağıda sıralanmıştır (Salazar ve ark, 2017; Günaydın, 2013).

- ° İnsan papilloma virüsü enfeksiyonu
- ° Bazı cinsel davranış türleri gibi
 - * Erken yaşta seks yapmak (18 yaş altı)
 - * Seksüel bir çok cinsel partnerin olması
 - * Pek çok seks partneri olan partnerin olması
 - * Sünnetsiz erkekle seks yapmak
- ° Sigara içmek (günde 10 ve üzeri)
- ° İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) enfeksiyonu
- ° Chlamydia enfeksiyonu
- ° Diyet, Meyve ve sebzelerde düşük diyet, A, C vitamini ve folat yetersizliği
- ° Çoklu gebelikler (Üç ve üzeri)
- ° Düşük sosyoekonomik durum
- ° Kadının annesine uygulanan bir hormon ilacı olan Dietilstilbestrol (DES)
- ° Ailede anne ya da kız kardeşte rahim ağzı kanseri öyküsü
- ° Diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar (STD)

Literatürde araştırmaları devam eden yaşam biçimi ve çevresel risk faktörleri;

- ° Düzenli Pap smear testi yaptırmama, düzenli sağlık kontrolüne gitmeme gibi durumlar teşhis ve tedavi süreçlerini olumsuz etkilemektedir.

- ° İmmünsüpresyon (örneğin organ nakli veya HIV gibi immün yetmezlik bozukluklarından sonra)

- ° Rahim ağzı tarama programlarının kurulu olduğu ülkelerde taramaya ve alt taramaya devam edilmemesi (bu ülkelerdeki rahim ağzı kanserlerinin yaklaşık üçte ikisinin ortaya çıkması).

° Genital siğiller, sağlık camiasında condyloma accuminatum olarak bilinir ve bunlar genellikle HPV 6 ve HPV 11 gibi suşlardan kaynaklanır. Bazı suşlar rahim ağzı kanserine dönüşebilecek rahim ağzı displazisine neden olmaktadır. Papilloma virüsü bulaşmış tüm kadınların yaklaşık % 1'inden daha azında rahim ağzı kanseri görülmektedir.

- ° Oral kontraseptiflerin genişletilmiş kullanımı,
- ° Yaş,
- ° Erken yaşta gebelik,geç yaşta doğum (35 ve üzeri).
- ° Kötü hijyen koşulları,

Son olarak, yeni bir risk faktörü önerildi:

- ° Son üç yıl içerisinde Pap testi taraması yaptırmamak (Önal, 2018).

Tüm kadınlar risklerin ve bunların nasıl önlenebileceğinin farkında olmalıdır. Rahim ağzı kanseri için risk faktörleri, kadınların davranışlarıyla yakından ilgilidir(özellikle cinsel yaşam tarzı) ve bu nedenle, tıbbi müdahaleler, korumayı daha kalıcı hale getirmek için eğitim çabalarıyla birleştirilmelidir. Ancak daha önemlisi bu ilişkilerin önemi konusunda farkındalık yaratmamız gerekmektedir (Markovic, 2008).

2.4.6.1.HPV

Human Papillomavirus enfeksiyonu, dünyada cinsel yolla bulaşan (STD) en yaygın hastalıktır. Cinsel olarak aktif genç kadınların% 80-90'ını etkiler ancak sadece% 3-4'ü rahim ağzı kanseri geliştirir, HPV enfeksiyonu rahim ağzı kanserinin ana nedenidir (Hoque ve ark, 2013).

Genital HPV, erkeklerde semptomatik bir hastalığa neden olmayan, ancak kadınlarda enfekte olmuş dokuların (genital siğiller) iyi huylu proliferasyonunun veya servikal kanserin gelişmesine neden olan, cinsel yolla bulaşan oldukça bulaşıcı bir enfeksiyondur. HPV kolayca bulaşabilmektedir, hem kadınları hem de erkekleri etkilmektedir (Markovic, 2008). Günümüzde 200'den fazla insan papilloma virüsü türü bilinmektedir (Deriemaeker ve ark, 2014).

Viral kalıcılığı etkileyen faktörler arasında, konakçı faktörler (yaş, immünsüpresyon, oral kontrasepsiyon, sigara içimi gibi genetik veya edinilmiş) ve viral

faktörler (genotip, varyantlar, viral yük ve viral entegrasyon) sayılabilmektedir (Kuzu, 2018).

HPV enfeksiyonunun inkubasyon süresi 2-3 aydır. Yıllarca belirti vermeden gizlenen servikal kanser gelişimi uzun zaman alırken, genital siğiller sadece birkaç ayda oluşabilmektedir. Serviks kanseri, HPV'nin genotiplerinden biri ile enfekte olan ekto-endo servikal skuamo kolumnar bileşkede lokalize olan hücrelerden kaynaklanmaktadır. HPV epitelyum hücrelerini enfekte eder, virüsün yaşam döngüsünün tamamlanması epitel hücrelerinin farklılaşmasına bağlıdır. Tümör hücresi gelişimi için çoğu kez virüs DNA'sının hücre DNA'sına entegre olması gerekmektedir. Eksprese olan viral gen ürünleri tarafından yakından kontrol edilen enfekte hücre epitelyal yüzeye doğru göç etmektedir (Boruto ve Ridder, 2012).

Rahim ağzı kanseri ve Prekarsünözü Skuamöz intraepitelyal lezyon (SIL), kontrolsüz ve persistan yüksek riskli HPV ile enfeksiyon sonucu ortaya çıkar. Vaka kontrol çalışmalarında ve moleküler epidemiyolojik çalışmalar sonucunda Onkojenik potensiyeli olan ve olmayan HPV tipleri kanıtlanmıştır. Bu çalışmalar sonucunda 13 yüksek riskli HPV tipi (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56 ve 58, 68, 82); üçünün muhtemel yüksek risk olduğu (26, 53, 66); 10 tip düşük riskli (6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 72, 81CP6 108) ve üçü belirsiz risk (34, 57 ve 83) grubu olarak sınıflandırılmıştır. Genel popülasyondaki en yaygın yüksek riskli viral tipler 16 ve 18'dir. Bu iki tip tüm rahim ağzı kanseri vakalarının yaklaşık % 70'inden sorumludur (Kuzu, 2018). Yüksek riskli HPV'ler anal kanserlerde yaklaşık % 88, vajinal kanserlerde % 70, penil kanserlerde % 50 ve vulva kanserlerde % 43 oranında bulunmaktadır. HPV prevalansı orofarengeal kanserlerde de yüksektir (Avcı ve ark, 2015; Deriemaeker ve ark, 2014).

HPV enfeksiyonlarının çoğu, özellikle 30 yaşın altındaki kadınlarda, asemptomatiktir; geçici ve aralıklı bir yapıya sahiptir ve bağışıklık sistemi tarafından temizlenir. Enfeksiyonların yaklaşık % 70'i bir yıl içinde kaybolur. İki yıl sonra ise enfeksiyonların % 90'ı ortadan kalkmış olacaktır. Enfekte olan kadınların sadece % 10'unda enfeksiyon devam edebilir ve servikal epitel değişikliklere neden olur ve bunun sonunda servikal kanser gelişmektedir (Kuzu, 2018; Manikandan ve ark, 2019).

Bu nedenle, HPV enfeksiyonu hastalığın gelişimi için gereklidir ancak yeterli değildir. HPV virüsü bulaşıcıdır. Ancak neyse ki bulaşmış 64 kadının sadece birinde siğillere ve enfekte olmuş 2000 kadının birinde ise rahim ağzı kanserine neden

olmuştur. HPV enfeksiyonu ve HPV hastalık oranları rahim ağzı kanseri oranlarıyla karıştırılmamalıdır. Bununla birlikte, rahim ağzı kanseri oranlarının çok yüksek olduğu ülkelerde, tıpkı her iki saatte bir kadının rahim ağzı kanserinden öldüğü Meksika'da olduğu gibi, HPV enfeksiyonuna karşı endişe etmeyi gerektirecek sağlam bir zemin bulunmaktadır (Markovic, 2008).

HPV'nin epidemiyolojisi, Dünya çapında yaklaşık 5,5 milyon seksüel aktif kadın ve erkeğin maruz kaldığı HPV, tüm cinsel yolla bulaşan hastalıkların % 75'ini oluşturmaktadır. Özellikle riskli cinsel davranışları olan ve erken yaşta cinselliğe başlayanlarda HPV enfeksiyonlarının etkili olduğu düşünülmektedir (Bharti ve ark, 2013). Cinsel olarak aktif yetişkinlerin % 75'inden fazlası yaşamlarında HPV enfeksiyonu geçirmiştir (Assoumou ve ark, 2015).

2.4.6.2.Sigara İçme

2015 yılında 1,1 milyardan fazla insanın tütün içtiği bildirilmiştir. Dünyada ve birçok ülkede tütün kullanımı oranı düşmesine rağmen, düşük ve orta gelirli ülkelerde siktir (Torre ve ark, 2015; WHO, 2015).

Sigara içimi (aktif veya pasif) birçok popülasyonda sigara alışkanlığı ile cinsel davranışlar arasında korelasyon olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca servikal mukus içerisinde sigara ile ilişkili kimyasal maddelere rastlanmıştır, bu maddelerin servikal hücrelerde DNA hasarına neden olarak rahim ağzı kanseri gelişiminde etkili olabilecekleri düşünülmektedir. Sigara içinde bulundurduğu kimyasal maddeler yüzünden serviks kanseri ve birçok kanserin oluşumunda etkilidir (Özgül, 2009).

Avrupa'daki kanser ve beslenme kohortu prospektif araştırmasında 300.000'den fazla kadın incelenmiş ve tütün dumanının rahim ağzı prekanseröz lezyonları ve kanseri için önemli bir risk faktörü olduğu bulunmuştur. Sigara içme durumu, süre ve içilen miktar, HPV statüsüne ayarlandıktan sonra yüksek dereceli displazi ve karsinom riski ile ikiye katlanmıştır. Önemli olarak, sigarayı bırakma iki kat risk azaltma ile ilişkilendirilmiştir (Cohen ve ark, 2019).

2.4.6.3.Diyet ve Rahim Ağzı Kanseri

Meyve ve sebzelerden yetersiz beslenme rahim ağzı kanseri gelişme riskini artırmaktadır. Şişmanlık da rahim ağzı kanseri risk etmenleri arasındadır (Baran, 2013).

Yüksek vücut kitle indeksine (VKİ) bağlı olan kanserler için tahmini risk artışı, VKİ'deki birim artış başına % 3-10 arasında değişmektedir. Erkeklerde 136,000 (% 1,9), kadınlarda 345,000 (% 5,4) yeni kanser vakasının yüksek VKİ'den kaynaklanabileceği belirtilmiştir. Korpus uteri, postmenopozal meme ve kolon kanseri, yüksek VKİ ile ilişkilendirilebilen kanserlerin % 63,6'sını oluşturmaktadır. Bu bulgular, VKİ yüksek olan insan sayısını azaltmak için küresel bir çabanın gerekliliğini ortaya koymaktadır, aksi takdirde kanser vak'alarındaki artış devam edecektir (Baysal, 2018).

E vitamini bir antioksidandır ve hücreleri serbest radikaller olarak bilinen, dengesiz moleküllerin neden olduğu zararlardan koruyabilmektedir. Serbest radikal hasarı kansere neden olabilmektedir. Antioksidanlar, serbest radikalleri etkileşime sokar ve stabilize eder ve serbest radikallerin bir kısmının zarar görmesini önleyebilmektedir. Antioksidanların örnekleri arasında betakaroten, likopen, C, E, A vitaminleri ve diğer maddeler bulunmaktadır. Ancak, klinik çalışmalarda bunu destekleyecek bir bulguya ulaşılamamıştır. Bununla birlikte, rahim ağzı ve diğer kanserlerin önlenmesi için gıda takviyesi olarak antioksidanlar önerilmektedir (Önal, 2018).

2.4.6.4.Düşük Sosyo-Ekonomik Durum

Düşük ekonomik statü eğitim seviyesini, iş türlerini, eş seçimini ve kadınların yetişkin yaşamında bilinen birçok davranış türünü belirlemektedir. Açıkçası, bunların hepsi rahim ağzı kanseri için risk faktörü olarak farklı davranışsal ve tıbbi çalışmalarda incelenmiştir. Bu muhtemelen rahim ağzı kanseri gelişimiyle doğrudan alakalı tek risk faktörüdür, ancak aynı terimde yer alan çoklu faktörler nedeniyle, uygun önleyici önerilerin seçilmesi neredeyse imkansızdır. Sosyoekonomik durum aile geliri tarafından yönlendirilir ve yaşam tarzı, bireysel davranış ve çevresel etkilerden oluşmaktadır (Markovic, 2008; Savaş Çikme, 2016).

Ayrıca sosyo-ekonomik durum sağlığın kilit bir sosyal belirleyicisidir. Sosyo-ekonomik olarak mahrum bırakılmış koşullar altında yaşamak, kadınların koruyucu sağlık hizmetlerine erişimini engellemektedir. Örnek olarak ABD'de, çoğunlukla Sağlık sigortasının maliyeti ve eksikliği nedeniyle, yaklaşık 20 milyon kadın rahim ağzı kanseri taramasına katılmamaktadır. Ayrıca burada genellikle beslenme bozukluğu da söz konusudur. Sosyo-ekonomik durumu düşük olan kadın sağlık güvencesi ve parası olmadığı için kontrollerini yaptıramadığından serviks kanseri için risk taşımaktadır. Yoksulluk rahim ağzı kanseri risk etmenleri arasında sayılmaktadır. Sosyoekonomik

düzeyi düşük olan kadınlar sağlık sisteminden yeterince yararlanamamaktadır. Bunun sonucu olarak rahim ağzı kanseri tarama testi, erken tanı yöntemi olan Pap smear testini yaptırmaya olasılığı düşmektedir hatta yaptıramayabilmektedir (Markovic, 2008; Özgül, 2009).

Biyolojik ve kişisel faktörlerin yanı sıra ekonomik ve sosyokültürel faktörler de hem kanser riskini hem de bireylerin kendi sağlığı ile ilgili sağlığı geliştirici, koruyucu ve önleyici davranış sergilemesini etkilemektedir. Bu nedenle dünya genelindeki bulaşıcı olmayan hastalık salgınlarının önlenmesi, bireysel düzeyde sağlık davranışıyla sınırlı kaldığında pek mümkün değildir. Mevcut sosyal ve ekonomik eğilimler ise, kanserden korunmayı teşvik etmemektedir (Baysal, 2018).

2.4.6.5.Sosyo-Demografik Özellikler:

1. Yaş: Yaş sağlık sorumluluğunu etkileyen faktörlerden biridir. İnsanların yaşlarının artmasıyla birlikte kendi sağlıkları ile ilgili daha duyarlı oldukları; muayene, tarama ve kontrollerini yaptırmaya gibi sağlık sorumluluklarını yerine getirmede daha etkin oldukları belirlenmiştir.

2. Cinsiyet: Cinsiyet kavramının da sağlık sorumluluğunu etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. Kadınların sağlıkla ilgili konularda daha sorumlu davrandıkları belirlenmiştir.

3. Eğitim Düzeyi: Bireylerin eğitim seviyesi arttıkça sağlık ile ilgili sorumluluk alma düzeyleri artmaktadır.

4. Medeni Durum: Eşinden ayrılmış bireylerin sağlık sorumluluk düzeyleri evli bireylere göre daha yüksektir. Boşanmış bireylerin sorumluluklarını paylaşacak bir eşe sahip olmamaları sağlıkları ile ilgili konulara daha çok dikkat etmelerine neden olmaktadır.

5. Sigara ve Alkol Kullanmak: Sigara ve alkol gibi madde kullanan bireylerin sağlık sorumluluğu daha düşüktür.

6. Beslenme Alışkanlığı: Düzenli beslenme alışkanlığı olan bireylerin kendi sağlığı ile ilgili sorumluluk algısının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

7. Kültür: Bireylerin, sağlığı geliştirme davranışları yaşadıkları kültürden etkilenmektedir.

8. Gelir Düzeyi: Bireylerin gelir düzeyinin artması sağlıkla ilgili harcamaları yapabilmesine olanak sağlamaktadır. Bu durumda bireylerin sağlık sorumluluk düzeylerinin artmasına sebep olmaktadır.

9. Sağlık Politikaları: Bireylerin yaşadıkları ülkelerde sağlık sorumluluğunu artırıcı politikaların olması, olumlu sağlık davranışı değişikliği yapmada etkili olabilmektedir (Demir Avcı, 2016).

2.4.6.6.Rahim Ağzı Kanseri Ailesi Öyküsü

Her ne kadar aile öyküsü, bazı kanserler için önemli olsa da, rahim ağzı kanseri bu risk faktörü veya spesifik bir gen değişimi ile bağlantılı değildir. Bir incelemede, Zelmanowicz ve Hildesheim çoğu İskandinavya'dan 19 çalışmayı değerlendirmiş ve rahim ağzı kanserinin var olduğu bir ailede ortaya çıkma ihtimalinin iki katına çıktığını bulmuştur. Ancak, veriler ikna edici değildir (Hildesheim ve Zelmanowicz, 2004).

Buna rağmen yapılan son çalışmalar da ailesinde kanser olan kişilerde özellikle annesi ve kız kardeşi rahim ağzı kanseri olan kadınların rahim ağzı kanseri olma riskinin arttığını göstermektedir (Kassa ve ark, 2019).

2.4.6.7.Oral Kontraseptifler

Kadın genital sistemi hormonal kontrol altındadır. Hem östrojen hem de progesteron, adet döngüsü ve hamilelik sırasında genital epitelde yapısal değişikliklere neden olmaktadır. Hormonlar ayrıca servikal epitelini etkiler. Serviks büyüklüğü (hipertrofi) ve hücre sayısı (hiperplazi) artmaktadır. Bir sonraki aşamada, yüzeysel epitel hücreleri dokudan ayrılır ve vajinal sıvılara dökülür (pul pul dökülme). Bunlar kadınlarda üreme ile ilgili iyi bilinen fenomenlerdendir (Mutambara ve ark, 2017).

Kontraseptif haplar veya (hormon replasman tedavisi) olarak verilen östrojen ve progesteron, kanser gelişimini olumsuz bir durum olarak etkilemektedir. Pek çok çalışma bu konuyu ele almıştır. Uzun süreli hormon kullanımının (beş yıl ve üstü) meme ve endometrial (uterus) kanser riskini artırabileceğine dair önemli kanıtlar vardır. Rahim ağzı kanseri ile ilgili olarak, oral kontraseptiflerin rahim ağzı kanseri için risk oluşturduğunu gösteren birçok çalışma vardır (N. Acar, 2014).

Vessey ve Painter 2006 yılında, 25-39 yaş arası 17,032 kadın üzerinde yaptığı araştırmada, oral kontraseptif kullanımının uzunluğu ile rahim ağzı kanseri insidansı arasında kuvvetli bir ilişki olduğunu saptamışlardır (Vessey ve Painter, 2006). Yapılan

bir metaanalizde oral kontraseptifin 10 yıldan fazla süre kullanımı sonucu rahim ağzı kanseri riskinin iki kat arttığı ortaya konulmuştur. Bu demektir ki süre uzadıkça rahim ağzı kanseri riskide artmaktadır (Selman, 2012).

2.4.6.8.Çoklu Gebelikler

Çoğul gebelikler her zaman rahim ağzı kanseri için bir risk faktörü olarak gösterilmektedir, ancak istatistiksel bağlantının gerçekliğini kanıtlayacak randomize bir klinik çalışma yoktur. Doğum sayısı ile rahim ağzı kanseri arasında anlamlı ilişki vardır. yedi veya daha fazla hamilelik geçiren kadınlarda rahim ağzı kanseri riski fazladır. Çok fazla doğum yapmak kadınlarda rahim ağzı kanseri risk faktörüdür (Kassa ve ark, 2019). Yapılan çalışmalarda, yedi veya daha fazla miadında doğum öyküsü olan kadınlar, hiç miadında doğum yapmamış kadınlarla karşılaştırıldığında 3,8 kat daha yüksek rahim ağzı kanseri riskine, bir ya da iki miadında doğum yapmış olanlarla karşılaştırıldığında 2,3 kat daha yüksek rahim ağzı kanseri riskine sahip olduğu görülmüştür (Gümüş Öncel, 2016; Günaydın, 2013).

Yapılan vaka-kontrol çalışmalarında kanser riski, ilk evlenilen yaşla ters orantılı bulunmuştur. 16 yaşından önce evlenen kadınlarda servikal kanser insidansının 20 yaşından sonra evlenenlerden iki kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (Teheldere, 2008).

2.4.6.9.Etnisite/İrk

Etnisite/ırk faktörünün de servikal kanserin etiyolojisinde rol oynadığı bilinmektedir. 2010 yılında bir çalışmada belirtildiğine göre, Amerika’da İspanyol ya da Afrika-Amerikalı kadınlar, Kafkaslar, Amerikan Hintliler ile Alaska yerlileri Asya kökenlilerden daha fazla riske sahiptirler. Mortalite ise, Afrika kökenli Amerikan kadınlarda daha yüksek bulunmuştur (Shavers ve Brown, 2002).

2.4.6.10.Çok Eşlilik

Rahim ağzı kanserinde diğer bir risk faktöründe çok eşliliğdir. “Cinsel partnerin çok sayıda kadınla ilişki kurması ve çok eşlilik HPV virüsü ile karşılaşma olasılığını arttırdığından rahim ağzı kanseri riskini artırmaktadır. 16 yaşından önce cinsel hayatın başlaması rahim ağzı kanseri riskini artırmaktadır. Partner sayısı arttıkça rahim ağzı kanseri riski artmaktadır. Çok eşlilik veya eşlerin birden fazla partnere sahip olması HPV virüsüyle karşılaşma olasılığını arttırdığından rahim ağzı kanseri açısından önemlidir (Mutambara ve ark, 2017; Önal, 2018).

2.4.6.11.Pap Smear Test Taraması'nda Devamsızlık.

Tüm önceki bahsedilen risk faktörleri, kadınların rahim ağzı kanseri riskini azaltmak için yapmayı bırakabileceği şeylerdir. Yeni bir risk faktörü önerilmiştir. Bu düzenli Pap testi taramasıdır (en az üç yılda bir kez). Bu yeni risk faktörünü üç yıl içinde Pap testinden “Devamsızlık” olarak adlandırılmasını önerilmektedir (Markovic, 2008). Rahim ağzı kanseri, gelişmekte olan ülkelerde en yaygın kadın kanseri olmasına rağmen, Pap smear hastalığı olan kadınların yalnızca % 5'inde gelişmiş ülkelerde % 40 ila % 50 oranında tarandığı tahmin edilmektedir (Jassim ve ark, 2011).

Bazı gelişmekte olan ülkelerdeki çalışmalar, katılımcıların sadece % 1'inin herhangi bir tür rahim ağzı kanseri taraması yaptırdığını, diğer tarafta İsveç'te tarama oranının % 90 olduğunu göstermiştir (Ideström ve ark, 2002). Yemen'de rahim ağzı kanseri taraması uygulaması sağlık çalışanlarında bile çok düşüktür (YHM, 2014b).

Gelişmek olan ülkelerde rahim ağzı kanseri önleme programlarında en sık karşılaşılan zorluklar, kadınların farkındalığının artırılması, sağlayıcıların bilgi ve becerilerinin artırılması ve etkili izleme ve değerlendirme yaklaşımıdır (Mavi, 2012). Hastalığın preinvaziv durumlarının erken saptanması, komplike olmayan tedaviye ve hayatta kalma oranında artışa yol açmaktadır. Ne yazık ki, Yemen'de çoğu rahim ağzı kanseri ileri, istilacı aşamalarda tespit edilmektedir (YHM, 2014b). Hastalara çoğunlukla radikal histerektomi yapılmaktadır. Radikal histerektomi sonrası hastaların hayatta kalması ise, tümör boyutu, histolojik tümör tipi, lenf nodu tutulumu ve cerrahın becerisi gibi çeşitli faktörlere bağlıdır (Lukaszuk ve ark, 2004).

2.4.7.Rahim Ağzı Kanserinden Korunma Yolları

Rahim ağzı kanseri, özellikle az gelişmiş ülkelerde, dünyadaki merkezi sağlık sorunlarına yönelik bakım planının önemli bir parçasını oluşturmaktadır. En sık görülen neoplazilerden biri olmaya devam etmektedir ve her yıl yarım milyon yeni vaka tanısı konmaktadır (Salazar ve ark, 2017).

ABD'de, örneğin, 1955 ve 2005 yılları arasında, invaziv rahim ağzı kanseri ve rahim ağzı kanseri mortalitesi insidansı riski dört kat azalmıştır; bu azalma büyük ölçüde Pap smear testine bağlanmıştır. Bütün bu kanıtlar Pap testi'nin önemini ortaya koymakta olup, düzenli olarak Pap testi yaptırmamak, önemli bir risk faktörü olarak değerlendirilmeli ve rahim ağzı kanseri için risk faktörleri listesine alınmalıdır. Rahim

ağız kanserinin kontrolü sürveyans (rahim ağız kanseri taraması) ve sosyal yardım (taramaya katılacak kadınların eğitimi) içermektedir(Markovic, 2008).

Rahim ağız kanserinden korunmada, kadınlar tarafından hastalık oluşmadan risk faktörlerinin bilinerek kaçınılması, alınacak önlemler açısından önemlidir. Korunma düzenli olarak erken tanı ve tarama yaptırmaları ve hastalık oluşuktan sonra tıbbi destek, tedavi, sosyal rehabilitasyon aşamalarını kapsamaktadır. “Preinvaziv dönemdeki erken teşhis ve tedavi, invaziv rahim ağız kanserinin önlenmesi açısından önemlidir. Tek eşli cinsel yaşam, kondom ile enfeksiyonlardan korunmak, doğurganlığı planlamak ve erken yaşta cinsel ilişkiden ve erken yaşta gebelikten sakınmak, korunma ve erken belirtiler konusunda bilgilendirilmek örnek olarak siklus dışı anormal kanamalara ve akıntılara, özellikle koitus sonrası lekelenme kanamalarına kanserin erken belirtisi olabileceğinden dikkat edilmesi gerekmektedir. Kişisel hijyen, özellikle de vulva hijyeni konusunda kadınlara bilgi verilmesi ve sigara ve alkol kullanımından kaçınmak korunma açısından önem taşımaktadır. Ek olarak A ve C vitamini ve folik asit yönünden zengin bir diyet uygulanması, aşılama programlarının yaygınlaştırılması, cinsel yönden aktif ve 18 yaşına gelmiş kadınların yıllık Pap smear test kontrolleri ile izlenmesi gerekmektedir (Günaydın, 2013; Sönmez, 2009).

Primer korunma, risk faktörlerinden ve karsinogenlerden korunmakla, aşılama yöntemleri ve sağlık eğitimi ile sağlanmaktadır. Sağlık eğitiminin de primer korunmada çok önemli bir yeri vardır. Bu yüzden toplum ile sürekli iletişim halinde olunması gerekmektedir. Sağlık danışmanlığı yaparak ve uygun veri toplayarak bireyleri doğru sağlık alışkanlıkları konusunda bilgilendirmelidir. Bu nedenle, risk altında olan bireylerin kanserden korunma ve erken tanı belirtileri konusunda bilgilendirmeleri oldukça önemlidir. Sekonder korunmada ise, bireylere düzenli sağlık taramalarının ve erken tanının önemini vurgulaması gerektiği belirtilmiştir (Önal, 2018).

2.4.7.1.Erken Tanı ve Tarama Yaptırması

Rahim ağız kanseri taraması ve Pap smear testi, kanserli, kansere dönüşebilecek erken kanser belirtileri veya erken lezyon belirtileri gösterebilecek sağlıklı, asemptomatik kadınlar için tasarlanmış önleyici bir tıbbi prosedürdür (kanseri kontrolü). Pap testine gelen kadınlar tipik olarak şikayet ve semptomlar göstermez ve cinsel sağlık da dahil olmak üzere sağlıklıdır (Markovic, 2008).

Rahim ağzı kanser taramasında Pap smear testi kanser önlenmesine yönelik ve maliyet açısından etkin girişimlerdenidir. Pap Smear testi rahim ağzı kanseri insidans ve mortalitesini düşürmektedir. Tek bir Pap smear testi sonucunun negatif olmasıyla rahim ağzı kanseri gelişim riski %45 düşmektedir. Bir kişinin ya bütün yaşamı süresince yaptıracığı dokuz Pap smear testi rahim ağzı kanseri gelişim riskini %99 düşürmektedir. Bu sebeple gelişmiş ülkelerin çoğunda serviks tarama testlerine ilişkin sağlık politikaları oluşturulmuştur (Schwaiger ve ark, 2012).

Yıllık Pap smear testi ile bir kadının rahim ağzı kanserinden ölme riskinin 4/10,000'den 5/10,000'e düştüğü tahmin edilmektedir. Risk altındaki nüfusa üç yılda bir yapılan Pap smear testi rahim ağzı kanser insidansını %30 oranında azaltmaktadır (Gökaslan ve Uyar, 2004).

Kadınların çoğu jinekolojik muayene olmak istememektedir. Jinekolojik muayene kadınlar için utanç verici bir durumdur, jinekolojik muayeneyi yapan sağlık personeli ile kadın arasında iletişimsizlik yaşanır ise kadın psikolojik olarak çöker, bu yüzden yapılacak her işlem kadına anlatılmalıdır. Kadın jinekolojik muayene olmadan önce sağlık personeli kadını işleme psikolojik olarak hazırlamalı, rahatlamasını sağlamalı, mahremiyetine dikkat etmeli ve iletişim kurmalıdır. Jinekolojik muayenenin ikinci basamağında kadın fiziksel olarak hazırlanmalıdır. Kadınların sağlık taramalarına katılmalarını engelleyen unsurlar olarak halka yönelik sağlık eğitimlerinin yetersiz olması, sağlık hizmeti sunumunda iletişim problemleri yaşanması, sosyokültürel sağlık inanışları ve kişisel zorluklar sayılmıştır (Gatumo ve ark, 2018).

Kadınların çoğu, hastalık belirti vermeden çok kötüleşmeden sağlık kuruluşuna başvurarak muayene olmamaktadır. “Kişinin herhangi bir hastalık belirtisi üzerine hekime başvurması, kültürüne ve belirtinin kendi üzerindeki psikolojik etkisine bağlıdır. Kültür düzeyi düşük ve olanakları sınırlı toplumlarda akut hastalıklarda bile hekime başvurma oranı oldukça düşüktür. Eğer hastalığın erken belirtisi bireyi rahatsız etmez, işinden alıkoymaz ise en kültürlü ve olanaklı insanlar bile hekime başvurmada gecikebilmektedir. Bunun nedeni sağlıklı zamanda hekime gitme alışkanlığının olmaması ve bu önemli belirtilerin birey tarafından önemli bir hastalık belirtisi olarak algılanmamasıdır” (Baran, 2013; Öztekin ve Kubilay, 2011).

Yüksek rahim ağzı kanseri prevalansına rağmen, birçok çalışma kadınların HPV, rahim ağzı kanseri ve rahim ağzı taraması ile ilgili bilgilerinin çok düşük olduğunu

göstermiştir. Ayrıca, rahim ağzı kanseri taramasının alımı ve başarısı kadınların rahim ağzı kanseri hakkındaki bilgisi ve farkındalığı ile belirlenmektedir (Assoumou ve ark, 2015).

2.4.7.2.HPV Aşıları

FDA, Haziran 2006'da HPV tip 6, 11, 16 ve 18 ile kalıcı enfeksiyonların önlenmesinde oldukça etkili olan ve rahim ağzı kanserlerin yaklaşık % 70'inde ve servikal siğilinin yaklaşık % 90'ında bulunan aşıları onaylamıştı ve her kadının bu ölümcül hastalıktan korunabileceği konusunda umutlar artmaktadır (Donati ve ark, 2012).

Aşı, çalışmaları HPV “virüs benzeri partikül” veya VLP aşılarının üretimine temel oluşturan Ulusal Kanser Enstitüsü (NCI) bilim adamları tarafından geliştirilen teknolojiye dayanmaktadır. Virüsün genetik materyalini manipüle etmek için genetik mühendislik tekniklerini kullanan bilim adamları, HPV'nin dış yüzeyinden tek bir protein (L1 proteini) tarafından oluşturulan bulaşıcı olmayan VLP'den oluşan bir aşı oluşturmuştur. FDA, 2009 yılında, 16 ve 18 numaralı HPV serotiplerine özgü ikinci bir iki değerli aşıyı (GlaxoSmithKline tarafından Cervarix®) onaylamıştır (Salazar ve ark, 2017).

Kızlarda ve erkek çocuklarda her iki aşı için rutin uygulama önerilmiştir. 11 ila 12 yaş arası; ancak, 9 yaşında çocuklarda uygulama başlayabilmektedir (Donati ve ark, 2012). Bu aşıların uygulanması, 13 ila 26 yaşları arasındaki, daha önce aşılanmamış veya önerilen üç dozu tamamlamamış kadınlarda da önerilmektedir. Bir kadın üç dozu tamamlamadan önce 26 yaşına gelirse, bekleyen dozlar 26 yaşına geldikten sonra uygulanabilmektedir. İdeal olarak, aşı cinsel aktivitenin başlamasından önce uygulanmalıdır (Salazar ve ark, 2017).

Aşı serisinin kesintiye uğraması durumunda aşılama programına kaldığı yerden devam edilmelidir. DSÖ ACIP'le benzer şekilde, HPV aşısını kızlar için önermiş; ancak erkekler için bir öneride bulunmamıştır. Ülkemizde HPV aşısı genişletilmiş bağışıklama programına alınmamıştır (Akdeniz ve Kavukçu, 2016;Ministry, 2014).

Avustralya'da, 12 ve 13 yaşlarında kız ve erkeklerde % 70'ten fazla aşı kapsamı olan dörtlü aşı Gardasil'i kullanan (2007'de) HPV aşılama programı yapan ilk ülke,

yüksek dereceli servikal displazide programın uygulanmasından sonraki üç yıl içinde 18 yaşın altındaki kadınlarda % 38 azalma gözlenmiştir (Cohen ve ark, 2019).

HPV aşısı pahalı olduğundan dolayı Yemen'in de dahil olduğu tüm ülkelerde uygulanamamaktadır. Önerilen HPV aşılama programlarına uyumu artırma çabaları, kitlenin bağışıklığını ve yeterli kapsamı sağlamak için esastır. LMIC'lere aşı programlarının getirilmesi, maliyet, ergen sağlığı platformlarının yetersizliği, kültürel zorluklar ve hedef nüfusa ulaşmadaki zorluklarla sınırlandırılmıştır. Diğer taraftan, HPV aşısının genç yetişkin kadınlar tarafından kabulü, rahim ağzı kanserinin bir belirleyicisi olarak HPV enfeksiyonunun farkındalığı dahil olmak üzere bir dizi faktöre bağlıdır (Cohen ve ark, 2019; Donati ve ark, 2012).

Mevcut HPV aşıları dünya genelinde rahim ağzı kanseri azaltma potansiyeline sahip ve rahim ağzı kanserine yol açan HPV 16 ve 18'e karşı %100 koruyucu olmasına rağmen bu tipleri rahim ağzı kanserlerinin ancak %70'inde sorumlu tutulmaktadır. Kanserlerin kalan % 30'u düzenli rahim ağzı kanseri taraması ile önlenmektedir. Kanser gelişmeden 10 yıl veya daha önce kanser öncesi lezyonlar tespit edilebilmektedir. Bu nedenle aşının uygulanmış olması, rahim ağzı kanseri taramasının veya Pap smear testi uygulamasının yerini almaz ve bu taramaların yine düzenli olarak yapılması gerektiği belirtilmektedir (Avcı ve ark, 2015; Mutambara ve ark, 2017).

2.4.7.3.Beslenme

Az sayıda yayınlanmış araştırmada sebze ağırlıklı beslenmenin rahim ağzı kanseri için koruyucu olduğu belirtilmektedir. Folat, vitamin A, C ve B 12, α -karoten, likopen, lutein rahim ağzı kanseri için muhtemelen önleyici olabilmektedir. Obezite de endojen hormonlar, özel proteinler ve sitokinlerin üretimini artırarak ve mekanizmasında değişiklikler yaparak kanser hücrelerin büyümesini kolaylaştırmaktadır. Obez kadınlarda özellikle postmenopozal dönemde rahim ağzı kanserinden ölümler daha fazla görülmüştür (Smith ve ark, 2003).

Sağlıklı beslenmenin önemli bileşenlerinden bir tanesi de sebze ve meyve tüketimidir. Günlük olarak tüketilen sebze/meyve kardiyovasküler hastalıklar ve kanser gibi birçok önemli hastalığın önlenmesine katkıda bulunmaktadır. Günlük meyve ve sebze tüketen insanlarda kansere karşı korunma gelişebilmektedir (Akin ve ark, 2007).

2.4.7.4.Kişisel Temizlik

Rahim ağzı kanserinde temizlik ve kişisel hijyen önemlidir. Kişisel hijyenine dikkat etmeyen kişilerde oluşan enfeksiyonlar sonucu kısırlık ve rahim ağzı kanseri oluşabilmektedir. Menstürasyon ve perine hijyeninin yeterli ve doğru biçimde uygulanmaması genito-üriner enfeksiyonlar yönünden risk oluşturmaktadır. Bu tür enfeksiyonlar erken dönemde saptanıp gerekli önlemler alınmadığında daha da ilerleyerek infertilite ve rahim ağzı kanserleri gibi ciddi sağlık sorunlarına yol açabilmektedir. Yapılan çalışmalarda kadınların genital ve menstürasyon hijyenine ilişkin uygulamalarının yeterli olmadığı, hijyenik olmayan ped kullanma ve vajinal duş yapma gibi bazı uygulamalarının ise yanlış olduğu görülmektedir. Kadınların çoğu rahim ağzı kanserinin oluşumuna neden olabilecek birçok yanlış uygulamanın farkında bile değildirler (Yücel, 2006).

2.4.8.Rahim Ağzı Kanseri Tedavisi

Modern jinekolojik onkoloji rahim ağzı kanseri için tedavi seçeneklerini basitleştirmiştir. İlk önce, bu kanserin ameliyatla tedavi edilebildiği ya da jinekolojik cerrahinin yerel erişiminin ötesine geçip geçmediğine karar verilmelidir. Evreleme TNM Sistemi, doktorların bu kararı vermesine yardımcı olmak için geliştirilmiştir. Ne yazık ki, kanser bir aşama ötesine geçince, başarı oranı gittikçe azalmaktadır(Markovic, 2008; Savaş Çikme, 2016).

1. Cerrahi Terapi
2. Rahim ağzı kanserinin radyoterapisi
3. Rahim ağzı kanserinin kemoterapisi
4. Cerrahi Olmayan Terapi
 - a. Terapatik Aşılama
 - b. Kendi kendine destek

2.5. YEMEN

2.5.1 Coğrafi profil

Yemen, Arap Yarımadası'nın güneybatısında yer almaktadır. Başkenti Sanaa'dır. Batıdan Kızıldeniz, Güneyden Aden Körfezi ve Arap Denizi, Doğudan Umman ve kuzeyden Suudi Arabistan ile sınırlandırılması nedeniyle önemli bir stratejik konuma sahiptir. Doğal topografyası güney ve batı kıyı ovaları ile bitişik dağlık bölgeler

arasında farklılık göstermektedir. Kuzeydeki boşluk çöl boşluğu vardır. Yemen bölgesi 555,000 km'yi aşmıştır.

Gelişmekte olan ülke olan insanlar, genellikle gelişmiş ülkelerde yaşayanlardan daha düşük ömürlüdür. Bulaşıcı hastalıkların yükü, anne ölümleri, çocuk ölümleri ve bebek ölümleri tipik olarak büyük ölçüde yüksektir. Bunlara ek olarak, Yemen şu anda savaşlar ve çatışmalar nedeniyle dünyanın en kötü insani krizini yaşamaktadır. Kolera ve dang humması halk arasında binlerce yaşama mal olmaktadır. Kanseri ilaç, tıbbi cihaz, yetersiz tanı ve diğer eksiklikler nedeniyle binlerce kişiyi sessiz sedasız öldürmektedir.

Rahim ağzı kanserine bağlı ölümlerin çoğu, hiç tarama tarama programından geçmemiş veya tedavi görmemiş kadınların yanı sıra, erken yaşta cinsel yaşama başlayanlar, çok sayıda canlı doğum yapan (ikisi de Yemende çok yaygın) ve çok sayıda cinsel partneri olan kadınların hastalık öykülerinde görülmektedir. Kanserden etkilenen kadınların çoğunluğu, kapsamlı bir tedavi görememekte, gelişmiş bir kliniğe / hastaneye gidemeden ölmektedir. Yemen'de, kanser yükü konusunda kaliteli veriler yoktur ve sistematik rahim ağzı kanseri tarama programları ile ulusal veya resmi HPV aşılama politikaları yoktur. Ayrıca, Yemen'deki kadınlar rahim ağzı kanserine karşı önleyici davranışlar hakkında çok az bilgiye sahiptir (Touch ve Oh, 2018; YHM, 2014b). İyi bilgi ve farkındalığa sahip olmak hastalık yükünün azaltılmasını sağlamaya yardımcı olacaktır. Bununla ilgili bir husus, Yemen'de rahim ağzı kanseri olan hastaların çoğunun, olumsuz sonuçlara yol açan ileri aşamalarda hastalığının farkına varmasıdır. Ayrıca, geç evre rahim ağzı kanseri tedavi etme maliyetinin, erken evre kanserden önemli ölçüde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Tarama, kanserin daha etkili bir şekilde tedavi edilebildiği erken bir aşamada tespit edilmesine yardımcı olmaktadır (Heena ve ark, 2019).

2.5.2 Yemen İstatistikleri

Yemen Sağlık Bakanlığı'nın 2014 yılı raporuna göre nüfus sayısı 25.956.000 (Erkek nüfusu: 13.210, Kadın nüfusu: 12.746) ve nüfus artış hızı% 3 tür. Yemen'de kanser vakaları hakkında kesin bir istatistik kaydı yoktur. Yemen'de rahim ağzı kanseri olan hastaların geç teşhisi, erken teşhis için neredeyse hiç mevcut olmayan tarama programları yoksunluğu yanında bilgi ve farkındalık eksikliği nedeniyle olabilir. Ayrıca, tarama işlemine girip girmeme kararı, hastanın olduğu kadar teşhis ve tedavide rol alan sağlık profesyonellerinin de sorumluluğundadır (Heena ve ark, 2019). Araştırmacı

tarafından Sana'a Ulusal Kanser Merkezi'ne göre elde edilen tek istatistik sadece 2014 ve 2017 yılları içindir ve aşağıdaki gibidir:

Yıl	Rahim ağzı kanseri	
	Örnek sayısı	Sıklık
2014	114	2,2%
2017	110	2,3%



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı Yemen Sanaa'da yaşayan kadınların rahim ağzı kanseri, Pap Smear Testi, Human Papiloma Virüs Testi vb konularındaki bilgi, tutum ve davranışlarını inceleyerek bu konuda farkındalığın artmasına katkıda bulunmaktır.

3.2. Araştırmanın Uygulanışı

Yemen Sağlık Bakanlığı'ndan resmi araştırma izni alınarak, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'na başvurulmuş 19.4.2019 tarih ve 81007 sayılı etik kurul onayı alınmıştır.

Yemen hükümeti ilgili Bakanlık incelemesi sonucu araştırmanın yapılmasının planlandığı her sağlık kuruluşu için gerekli izinler alınıp anketi uygulamak için sahaya inilmiştir. Çalışmaya tüm gerekli izinler alındıktan sonra başlanmış olup, onay yazıları ekte sunulmuştur.

3.3. Araştırmanın tipi ve yeri

Bu çalışma olgu kontrol niteliğinde bir araştırma olup Güneybatı Arabistan'ın yüksek dağlık bölgesinde bulunan Yemen Cumhuriyeti'nin başkenti Sana'a kentinde 01 Nisan-01 Aralık 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Sana'a nüfusu 2015' yılı verilerine göre tahminen yaklaşık 2,345,000 'dir. Yemen Cumhuriyeti nüfusunun %8,9 'unu oluşturmaktadır. Nüfus artış hızı yıllık %5,55 düzeyindedir. Bölge 390 kilometre karelik bir alana yayılmıştır. Son idari bölüme göre on idare bölgeden oluşmaktadır. Çalışmanın kontrol grubu olarak Al-Thawra, Al-Sabaeen ve Al-Jumhori büyük devlet hastaneleri ile Özel Azal Hastanelerinin jinekolojik kliniklerine başvuran ve herhangi bir kanser tanısı bulunmayan hastalar alınmıştır. Rahim kanseri tanısı almış olan olgular, Yemen'in en büyük onkoloji merkezi olan ve Sağlık Bakanlığı'na göre beşten fazla valiliği kapsayan Ulusal Onkoloji Merkezi, Al Amal Onkoloji Merkezi "Yardım Vakfı "ve Azal Hastanesi radyasyon merkezlerinden rasgele örnekleme yöntemiyle seçilmiştir.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini 2,345,000 (1,299,000 erkek ve 1,046,000 kadın) nüfusa sahip olan Sana'a'da yaşayan kadınlar oluşturmaktadır (YHM, 2014b). Power analizi ile % 95 güven aralığında $\pm\% 5$ sapma ile örneklem büyüklüğü bu çalışmada olgular için 100 olarak hesaplanmıştır. Bu 100 olgu rahim ağzı kanser tanısı konmuş, kemoterapi ya da

radasyon tedavisi görmekte olan kişilerdi. Kontrol grubu olarak da 300 kanser hastası olmayan kişi seçilmişti.

3.4.1. Araştırmaya alınma kriterleri

- * Araştırmaya katılmaya istekli,
- * Ruhsal engeli olmayan,
- * 15 ve üstünde yaşta olan,
- * Görme, işitme duyularında iletişimi güçleştirecek bir sorunu olmayan,
- * Rahim ağzı kanser tanısıyla hastahaneye başvuran kadınlar (hasta olan grup),
- * Jinekoloji polikliniğine muayene için başvuran kadınlar (hasta olmayan grup),

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.5.1. Bağımsız Değişkenler

- Kadınların sosyo-demografik  zellikleri; Yaşları, evlilik ve  ocuk doğurma yaşı, medeni durum, doğum sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu vb.
- Hasta olup, olmamaları.

3.5.2. Bağımlı Değişkenler

- Kadınların rahim ağzı kanseri ile erken tanı hakkındaki bilgi düzeyleri.
- Kadınların Human Papiloma Virüs ve aşısı hakkındaki bilgi ve tutum düzeyleri.

3.6. Veri toplama teknikleri

Araştırmada verilerin elde edilmesinde, daha önce yapılmış çalışmalardan yararlanılarak araştırmacı tarafından hazırlanmış bir görüşme formu kullanılmıştır. Anket profesyonel tercümanlar tarafından Arapçaya çevrilmiş ve yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırıcı tarafından örnekleme alınan gönüllü kadınlara uygulanmıştır. Kadınların rahim ağzı kanseri hakkındaki bilgi, tutumu ve davranışları ile ilgili sorulardan oluşan anket başlıca beş bölümden oluşmaktaydı:

 lk bölüm katılımcıların kişisel bilgilerini içermekte olup, yaş, doğum tarihi, meslek, eğitim durumu, diyet, bazı alışkanlıklarla ilgili demografik bilgiler sorgulanmıştır.  kinci bölüm rahim ağzı kanseri ve nedenleri hakkında kadınların bilgilerini sınamaya yönelikti.    nc  bölüm  nleme yöntemlerine ve uygulamalarına yönelik bilgi ve tutumlar hakkındaydı. Dördüncü bölüm, Human Papiloma Virüs ve aşısına yönelik bilgi ve tutumlar hakkında, beşinci bölüm ise öğrenme yeteneği ve arzusunu ölçmeye yönelikti.

3.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Bir ön çalışma yapılarak, üç hastanede toplam 20 olguya anket uygulanmıştır. Pilot çalışma ile veri toplama işleminin tamamlanmasından sonra görülen hatalardan kaçınılmış ve ankete son şekli verilerek uygulamaya başlanmıştır.

3.8. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Mevcut güvenlik ve politik sorunların yanı sıra başka bir ülkede araştırmanın yapılması araştırmacının karşılaştığı en önemli zorluklardan biridir. Tercüme sorunları, bazı olguların görüşmeyi reddetmesi ve anket sorularını yanıtlamaması da diğer kısıtlılıklardır. İletişim problemlerinden doğabilen hatalar ve katılımcıların sorulara verdikleri abartılı veya yanlış cevapları araştırmanın ana sınırlamalarından birini oluşturmaktadır.

Araştırmanın sonunda, katılımcıların veri toplama formundaki sorulara verdikleri yanıtlarına ve bireylerin beyanlarına dayanarak elde edilen veriler uygun istatistiksel analizler yapılarak değerlendirilmiştir.

3.9. İstatistiksel Analizi

Bu çalışmada, elde edilen veriler bilgisayara sayısal ifade olarak girilmiş ve Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (Statistical Program for Social Sciences-SPSS 21.0) kullanılarak istatistiksel analizleri yapılmıştır. Analizlere başlamadan önce veriler normal dağılım gösterip göstermemeleri açısından incelenmiştir. Araştırma değişkenlerinin örneklem grubunda normallik dağılımının analizi için yapılan Basıklık-Çarpıklık değerleri kontrolünde bütün ölçeklerin normal dağılım gösterdiği görülmüştür (Hair ve ark, (2010); Bryne,2010). Veriler normal dağılım gösterdiğinden parametrik testler kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi, % 95 Güven düzeyinde $p < 0,05$ olarak alınmıştır. Kategorik iki değişken arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için ki-kare-testi kullanılmıştır. İki bağımsız değişken testi olarak kabul edilen student t-testi, niceliksel verileri karşılaştırmada parametrik iki grup farkını analiz etmek için kullanılmıştır. ANOVA testinin ise, parametrik çoklu grup farkını analiz etmek için kullanılması uygun görülmüştür.

4. BULGULAR

4.1. ÇALIŞMAYA KATILANLARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

4.1.1 Kadınların Yaşa Göre Dağılımı

	Yaş	n	%
Hasta Olmayan	≤19	35	11,7
	20-29,9	130	43,3
	30-39,9	64	21,3
	40-49,9	42	14,0
	50-59,9	20	6,7
	≥60	9	3,0
	Toplam	300	100,0
Hasta Olan	≤19	1	1,0
	20-29,9	7	7,0
	30-39,9	14	14,0
	40-49,9	26	26,0
	50-59,9	26	26,0
	≥60	26	26,0
	Toplam	100	100,0

Tabloda görüldüğü üzere, örneklem grubuna katılan hasta olmayan kadınların %11,7'si ≤19 yaş ve altında, %43,3'ü 20-29,9 yaş arasında, %21,3'ü 30-39,9 yaş arasında, %14'ü 40-50 yaş arasında, %6,7'si 50-59,9 yaş arasında, %3'ü 60 yaş üzeridir. Hasta olan kadınların %1'i ≤19 yaş ve altında, %7'si 20-29,9 yaş arasında, %14'ü 30-39,9 yaş arasında, %26'sı 40-50 yaş arası, %26'sı 50-59,9 yaş arasında, %26'sı 60 yaş üzeridir.

4.1.2. Kadınların medeni durumu dağılımı

	Medeni durum	n	%
Hasta Olmayan	Evli	186	62,0
	Bekar	89	29,7
	Boşanmış	10	3,3
	Dul	15	5,0
	Toplam	300	100,0
Hasta Olan	Evli	71	71,0
	Bekar	6	6,0
	Boşanmış	4	4,0
	Dul	19	19,0
	Toplam	100	100,0

Tabloda görüldüğü üzere, örneklem grubuna katılan hasta olmayan kadınların %62'si evli, %29,7'si bekar, %3,3'ü boşanmış, %5'i duldur. Hasta olan kadınların ise %71'i evli, %6'sı bekar, %4'ü boşanmış, %19'u duldur.

4.1.3. Kadınların Üreme Özellikleri

4.1.3.1. Kadınların Evlilik Yaşına Göre Dağılımı

	Yaş Grubu	n	%
Hasta Olmayan	10-14,9	31	10,3
	15-19,9	107	35,7
	20-24,9	49	16,3
	25-29,9	21	7,0
	30 ve üstü	4	1,3
	Toplam	212	70,7
	Kayıp	88	29,3
	Toplam	300	100,0
Hasta Olan	10-14,9	24	24,0
	15-19,9	44	44,0
	20-24,9	13	13,0
	25-29,9	10	10,0
	30 ve üstü	3	3,0

Toplam	94	94,0
Kayıp	6	6,0
Toplam	100	100,0

Tabloda görüldüğü üzere, örneklem grubuna katılan hasta olmayan kadınların %10,3'ü 10-14,9 yaş arası evlenmiş, %35,7'si 15-19,9 yaş arası evlenmiş, %16,3'ü 20-24,9 yaş arası evlenmiş, %7'si 25-29,9 yaş arası evlenmiş, %1,3'ü 30 yaş ve üstü evlenmiştir. Hasta olan kadınların da %24'ü 10-14,9 yaş arası evlenmiş, %44'ü 15-19,9 yaş arası evlenmiş, %13'ü 20-24,9 yaş arası evlenmiş, %10'u 25-29,9 yaş arası evlenmiş, %3'ü 30 yaş ve üstünde evlenmiştir.

4.1.3.2 Kadınların İlk Çocuk Doğum Yaşına Göre Dağılımı

	Yaş Grubu	n	%
Hasta Olmayan	10-14,9	4	1,3
	15,0-19,9	95	31,7
	20,0-24,9	54	18,0
	25,0-29,9	26	8,7
	>30	5	1,7
	Toplam	184	61,3
	Kayıp	116	38,7
	Toplam	300	100,0
Hasta Olan	10-14,9	8	8,0
	15,0-19,9	46	46,0
	20,0-24,9	19	19,0
	25,0-29,9	8	8,0
	>30	4	4,0
	Toplam	85	85,0
	Kayıp	15	15,0
	Toplam	100	100,0

Kadınların ilk doğumunu yapma yaşlarına baktığımızda hasta olmayanların %1,3'ünün 10-14,9 yaşları arasında %31,7'sinin 15-19,9 yaşları arasında, %18'inin 20,0-24,9 yaşları arasında, %8,7'sinin 25,0-29,9 yaşları arasında, %1,7'sinin 30 yaş ve üzeri ilk doğumunu yaptığı görülmüştür. Hasta olan kadınların ise %8'inin 10-14,9 yaşları arasında %46'sının 15-19,9 yaşları arasında, %19'unun 20,0-24,9 yaşları arasında

%8'1nin 25,0-29,9 yaşları arasında, %4'ünün 30 yaş ve üzeri ilk doğumunu yaptığı izlenmiştir.

4.1.3.3. Kadınların Çocuk Sayılarının Dağılımı

	Çocuk sayısı	n	%
Hasta Olmayan	1-3	91	30,3
	4-6	39	13,0
	7-9	47	15,7
	>9	7	2,3
	Toplam	184	61,3
	Kayıp	116	38,7
	Toplam	300	100,0
Hasta Olan	1-3	15	15,0
	4-6	23	23,0
	7-9	35	35,0
	>9	12	12,0
	Toplam	85	85,0
	Kayıp	15	15,0
	Toplam	100	100,0

Yukarıdaki tablodan anlaşılacağı gibi örneklem grubundaki hasta olmayan kadınların %30,3'ünün 1-3 arası sayıda %13'ünün 4-6 arası sayıda, %15,7'sinin 7-9 arası sayıda, %2,3'ünün 9 ve üzeri sayıda çocuğu vardır. Hasta olan kadınların ise %15'inin 1-3 arası sayıda, %23'ünün 4-6 arası sayıda, %35'nin 7-9 arası sayıda, %12'sinin 9 ve üzeri sayıda çocuğu vardır.

4.1.3.4. Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanmasına Göre Dağılımı

	Yöntem Kullanma	n	%
Hasta Olmayan	Evet	125	41,7
	Hayır	175	58,3
	Toplam	300	100,0
Hasta Olan	Evet	47	47,0
	Hayır	53	53,0
	Toplam	100	100,0

Tablo'dan anlaşılabacağı gibi, hasta olmayan kadınların %41,7'si aile planlaması yöntemleri kullanmakta, %58,3'ü kullanmamakta, hasta olan kadınların da %47'si aile planlaması yöntemleri kullanmakta, %53'ü kullanmamaktadır.

4.1.3.5. Kadınların Kullandığı Aile Planlaması Yöntemlerine Göre Dağılımı

	Haplar		IUD		Implant		İğneler		Doğal İlaçlar		Prezervatif	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hasta Olmaya n	72	24,0	58	19,3	7	2,3	18	6,0	7	2,3	0	0
Hasta Olan	37	37,0	18	18,0	3	2,3	10	10,0	3	3,0	1	1,0

Tabloda görüldüğü üzere, aile planlamasında araştırmaya katılan hasta olmayan kadınların %24'ü hap, %19,3'ü IUD, %2,3'ü implant, %6'sı iğne, %2,3'ü doğal araçlar, %1,0 prezervatif kullanıyor. Hasta olan kadınların ise %37'si hap %18'i IUD, %2,3'ü implant, %10'u iğne, %3'ü doğal araçlar, %1'i prezervatif kullanıyordu.

4.1.4 Kadınların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

	Eğitim Durumu	n	%
Hasta Olmayan	Okur-yazar değil	69	23,0
	Okuryazar	22	7,3
	İlkokul	35	11,7
	Ortaokul	33	11,0
	Lise	47	15,7
	Üniversite ve üzeri	94	31,3
	Toplam	300	100,0
Hasta Olan	Okur-yazar değil	57	57,0
	Okuryazar	8	8,0
	İlkokul	6	6,0
	Ortaokul	6	6,0
	Lise	13	13,0
	Üniversite ve üzeri	10	10,0
	Toplam	100	100,0

Eğitim durumları dağılımı ise katılan hasta olmayan kadınların %23'ü okur-yazar değil, %7,3'ü okur-yazar, %11,7'si ilköğretim mezunu, %11'i ortaokul mezunu, %15,7'si lise mezunu, %31,3'ü üniversite ve üzeri mezunu şeklindedir. Hasta olan kadınlarda da bu oranlar %57'si okur-yazar değil, %8'i okur-yazar, %6'sı ilköğretim mezunu, %6'sı ortaokul mezunu, %13'ü lise mezunu, %10'u üniversite ve üzeri mezunudur.

4.1.5. Kadınların Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

	Çalışma Durumu	n	%
Hasta Olmayan	Evhanımı	198	66,0
	Çalışıyor	70	23,3
	Toplam	268	89,3
	Kayıp	32	10,7
	Toplam	300	100,0
Hasta Olan	Evhanımı	87	87,0
	Çalışıyor	12	12,0
	Toplam	99	99,0
	Kayıp	1	1,0
	Toplam	100	100,0

Tabloda verildiği üzere, kontrol grubundaki kadınların %66'sı ev hanımı, %23,3'ü çalışmakta olup, kanser hastası olan kadınların %87'si ev hanımı, %12'si çalışmaktadır.

4.1.6 Kadınların Meslek Dağılımları

	Meslek	n	%
Hasta Olmayan	Hemşire	19	6,3
	Doktor	14	4,7
	Öğretmen	12	4,0
	Sekreter	2	7,0
	Diğer	9	3,0
	Çiftçi	4	1,3
	Öğrenci	10	3,3
	Toplam	70	23,3
Hasta Olan	Hemşire	2	2,0
	Öğretmen	2	2,0
	Sekreter	1	1,0

Diğer	4	4,0
Çiftçi	3	3,0
Toplam	12	12,0

Tabloda görüldüğü üzere araştırma grubundaki kanser hastası olmayan kadınların %6,3'ü hemşire, %4,7'si doktor, %4'ü öğretmen, %7'si sekreter, %3'ü diğer, %1,3'ü çiftçi, %3,3'ü öğrencidir. Hasta olanların ise %2'si hemşire, %2'si öğretmen, %1'i sekreter, %4'ü diğer, %3'ü çiftçidir.

4.2. Kadınların Sigara, Nargile ve Khat Kullanmasına Göre Dağılımı

		Sigara		Nargile		Khat	
		n	%	n	%	n	%
Hasta	Evet	24	8,0	65	21,7	156	52,0
Olmayan	Hayır	274	91,3	233	77,7	144	48,0
	Toplam	298	99,3	298	99,3	300	100,0
	Kayıp	2	7,0	2	7,0	00	00
	Toplam	300	100,0	300	100,0	00	00
Hasta	Evet	9	9,0	32	32,0	58	58,0
Olan	Hayır	91	91,0	68	68,0	41	41,0
	Toplam	100	100,0	100	100,0	99	99,0
	Kayıp	00	00	00	00	1	1,0
	Toplam					100	100,0

Örneklem grubuna alınan kanser hastası olmayan kadınların %8'i sigara kullanıyor, %91,3'ü sigara kullanmıyor, %21,7'si nargile kullanıyor, %77,7'si nargile kullanmıyor, %52'si khat kullanıyor, %48'i khat kullanmıyordu. Hasta olan kadınların %9'u sigara kullanıyor, %91'i sigara kullanmıyor, %32'si nargile kullanıyor, %68'i nargile kullanmıyor, %58'i khat kullanıyor, %41'i khat kullanmıyordu.

4.2.1 Katılan Kadınların Günlük ve Yıllık Sigara Kullanımına Göre Dağılımı

		Gün	n	%	Yıl	n	%
Hasta		1-5	18	6,0	1-5	18	6,0
		6-10	2	0,7	6-10	2	0,7
	Olmayan	10-20	2	0,7	10-20	2	0,7
		>20	2	0,7	>20	2	0,7

	Toplam	24	8,0	Toplam	24	8,0
	1-5	4	4,0	1-5	4	4,0
	6-10	1	1,0	6-10	1	1,0
Hasta	10-20	2	2,0	10-20	2	2,0
Olan	>20	2	2,0	>20	2	2,0
	Toplam	9	9,0	Toplam	9	9,0

Sigara kullanma durumları ise şöyle idi. Hasta olmayan kadınların %6'sı günde 1-5 tane arası, %0,7'si günde 6-10 tane arası, %0,7'si günde 10-20 tane arası, %0,7'si günde 20 üzeri, %6'sı 1-5 yıl arası, %0,7'si 6-10 yıl arası, %0,7'si 10-20 yıl arası, %0,7'si 20 yıl üzeri sigara kullanıyordu. Hasta olan kadınların da %4'ü günde 1-5 tane arası, %1'i günde 6-10 tane arası, %2'si günde 10-20 tane arası, %2'si günde 20 üzeri, %4'ü 1-5 yıl arası, %1'i 6-10 yıl arası, %2'si 10-20 yıl arası, %2'si 20 yıl üzeri sigara kullanıyordu.

4.2.2. Kadınların Haftalık Nargile Kullanım Sıklığına Göre Dağılımı

	Haftalık sıklığı	n	%
	nadir	24	8,0
	1,00	26	8,7
Hasta Olmayan	2,00	6	2,0
	3,00	3	1,0
	4,00	1	0,3
	7,00	5	1,7
	Toplam	65	21,7
	nadir	4	4,0
	1,00	5	5,0
Hasta Olan	2,00	2	2,0
	3,00	1	1,0
	7,00	20	20,0
	Toplam	32	32,0

Tablodan anlaşılacağı gibi, örneklem grubunda bulunan hasta olmayan kadınların %8'i nadir, %8,7'si haftada 1 gün, %2'si haftada 2 gün, %1'i haftada 3 gün, %0,3'ü haftada 4 gün, %1,7'si haftada 7 gün nargile kullanıyordu. Hasta olan kadınların ise %4'ü nadir,

%5'i haftada 1 gün, %2'si haftada 2 gün, %1'i haftada 3 gün, %20'si haftada 7 gün nargile kullanıyordu.

4.2.3. Kadınların Günlük ve Haftalık Khat Çiğneme Durumlarına Göre Dağılımı

	Kez/haftada	n	%	Saat/günde	n	%
Hasta Olmayan	nadir	18	6,0	1,00	19	6,3
	1,00	36	12,0	2,00	34	11,3
	2,00	30	10,0	3,00	69	23,0
	3,00	13	4,3	4,00	13	4,3
	4,00	2	7,0	5,00	11	3,7
	7,00	57	19,0	6,00	5	1,7
	Toplam	156	52,0	7,00	1	0,3
				8,00	1	0,3
				9,00	2	0,3
				12,00	1	0,3
				Toplam	156	52,0
Hasta Olan	nadir	1	1,0	1,00	1	1,0
	1,00	6	6,0	2,00	20	20,0
	2,00	6	6,0	3,00	18	18,0
	3,00	3	3,0	4,00	9	9,0
	5,00	1	1,0	5,00	4	4,0
	7,00	41	41,0	6,00	2	2,0
	Toplam	58	58,0	7,00	3	3,0
				8,00	1	1,0
				Toplam	58	58,0

Tabloda görüldüğü üzere, örneklem grubuna katılan hasta olmayan kadınların %6'sı nadir, %12'si haftada 1 gün, %10'u haftada 2 gün, %4,3'ü haftada 3 gün, %7'si haftada 4 gün, %19'u haftada 7 gün khat kullanıyor, %6,3'ü günde 1 saat, %11,3'ü günde 2 saat, %23'ü günde 3 saat, %4,3'ü günde 4 saat, %3,7'si günde 5 saat, %1,7'si günde 6 saat, %0,3'ü günde 7 saat, %0,3'ü günde 8 saat, %0,7'si günde 9 saat, %0,3'ü günde 12 saat khat kullanıyordu. Hasta olan kadınların da %1'i nadir, %6'sı haftada 1 gün, %6'sı haftada 2 gün, %3'ü haftada 3 gün, %1'i haftada 5 gün, %41'i haftada 7 gün khat

kullanıyor, %1'i günde 1 saat, %20'si günde 2 saat, %18'i günde 3 saat, %9'u günde 4 saat, %4'ü günde 5 saat, %2'si günde 6 saat, %3'ü günde 7 saat, %1'i günde 8 saat khat kullanıyordu.

4.3. Kadınların Uyuma Saatine Göre Dağılımı

	Uyuma saati	n	%
Hasta Olmayan	1,00	1	0,3
	2,00	2	0,7
	3,00	10	3,3
	4,00	11	3,7
	5,00	24	8,0
	6,00	49	16,3
	7,00	52	17,3
	8,00	75	25,0
	9,00	34	11,3
	10,00	23	7,7
	11,00	9	3,0
	12,00	9	3,0
	13,00	1	0,3
	Toplam	300	100,0
Hasta Olan	4,00	3	3,0
	5,00	8	8,0
	6,00	17	17,0
	7,00	20	20,0
	8,00	33	33,0
	9,00	17	17,0
	10,00	2	2,0
	Toplam	100	100,0

Tabloda verildiği üzere, örneklem grubuna katılan hasta olmayan kadınların %0,3'ü günde 1 saat, %0,7'si günde 2 saat, %3,3'ü günde 3 saat, %3,7'si günde 4 saat, %8'i günde 5 saat, %16,3'ü günde 6 saat, %17,3'ü günde 7 saat, %25'i günde 8 saat, %11,3'ü günde 9 saat, %7,7'si günde 10 saat, %3'ü günde 11 saat, %3'ü günde 12 saat, %0,3'ü günde 13 saat uyuyordu. Hasta olan kadınların %3'ü günde 4 saat, %8'i günde 5 saat,

%17'si günde 6 saat, %20'si günde 7 saat, %33'ü günde 8 saat, %17'si günde 9 saat, %2'si günde 10 saat uyuyordu.

4.4. Kadınların Yatak Odalarındaki Aydınlatma Olup Olmamasına Göre Dağılımı

Aydınlatma		n	%
Hasta Olmayan	Evet	105	35,0
	Hayır	195	65,0
	Toplam	300	100,0
Hasta Olan	Evet	31	31,0
	Hayır	69	69,0
	Toplam	100	100,0

Yatarken odalarında aydınlatma kullananların, %35'i kontrol grubundakiler, %31'i hasta olan gruptakiler iken; aydınlatma kullanmayanların ise %65'i kontrol, %69'u hasta olan grupta idi.

4.5. Kadınların Beslenme Durumuna Göre Dağılımı

	Kez/ Haftada	Süt ve Süt Ürünleri		Çay			Kahve		
		n	%	Kez/ Haftada	n	%	Kez/ Haftada	n	%
Hasta Olmayan	nadir	34	11,3	1,00	57	19,0	1,00	91	30,3
	1,00	47	15,7	2,00	64	21,3	2,00	64	21,3
	2,00	21	7,0	3,00	61	20,3	3,00	28	9,3
	3,00	22	7,3	4,00	5	1,7	4,00	6	2,0
	4,00	11	3,7	5,00	91	30,3	5,00	17	5,7
	5,00	7	2,3	Toplam	278	92,7	Toplam	206	68,7
	6,00	3	1,0						
	7,00	42	14,0						
	12,00	1	0,3						
	14,00	7	2,3						
	21,00	3	1,0						
	Toplam	198	66,0						
Hasta Olan	nadir	27	27,0	1,00	25	25,0	1,00	8	8,0
	1,00	13	13,0	2,00	14	14,0	2,00	14	14,0
	2,00	5	5,0	3,00	2	2,0	3,00	29	29,0

3,00	2	2,0	5,00	15	15,0	4,00	29	29,0
7,00	13	13,0	Toplam	56	56,0	5,00	80	80,0
14,00	1	1,0				Toplam		
Toplam	61	61,0						

Tabloda görüldüğü üzere, örneklem grubuna katılan hasta olmayan kadınların %11,3'ü nadir, %15,7'si haftada 1 kere, %7'si haftada 2 kere, %7,3'ü haftada 3 kere, %3,7'si haftada 4 kere, %2,3'ü haftada 5 kere, %1'i haftada 6 kere, %14'ü haftada 7 kere, %3'ü haftada 12 kere, %2,3'ü haftada 14 kere, %1'i haftada 21 kere süt ve süt ürünleri tüketiyor, %19'u haftada 1 defa, %21,3'ü haftada 2 defa, %20,3'ü haftada 3 defa, %1,7'si haftada 4 defa, %30,3'ü haftada 5 defa çay içiyor, %30,3'ü haftada 1 defa, %21,3'ü haftada 2 defa, %9,3'ü haftada, 3 defa, %2'si haftada 4 defa, %5,7'si haftada 5 defa kahve içiyordu. Örneklem grubuna katılan hasta olan kadınların %27'si nadir, %13'ü haftada 1 kere, %5'i haftada 2 kere, %2'si haftada 3 kere, %13'ü haftada 7 kere, %1'i haftada 14 kere süt ve süt ürünleri tüketiyor, %25,0'ı haftada 1 kere, %14,0'ı haftada 2 kere, %2,0'i haftada 3 kere, %15,0'ı haftada 5 kere çay içiyor, %8'i haftada 1 kere, %14'ü haftada 2 kere, %29'u haftada 3 kere, %80'i haftada 5 kere kahve içiyordu.

	Balık			Etler			Meyve		
	Kez/ Haftada	n	%	Kez/ Haftada	n	%	Kez/ Haftada	n	%
	00,0	93	31,0	00,0	30	10,0	00,0	50	16,7
Hasta	1,00	74	24,7	1,00	118	39,3	1,00	81	27,0
Olmayan	2,00	16	5,3	2,00	33	11,0	2,00	36	12,0
	3,00	8	2,7	3,00	29	9,7	3,00	34	11,3
	4,00	1	0,3	4,00	4	1,3	4,00	6	2,0
	5,00	1	0,3	5,00	2	0,7	5,00	8	2,7
	6,00	1	0,3	6,00	1	0,3	6,00	2	0,7
	7,00	5	1,7	7,00	48	16,0	7,00	57	19,0
	Toplam	199	66,3	21,00	1	0,3	9,00	1	0,3
				Toplam	266	88,7	10,00	1	0,3
							21,00	1	0,3
							Toplam	277	92,3

	00,0	47	47,0	00,0	7	7,0	00,0	13	13,0
Hasta	1.00	12	12,0	1,00	68	68,0	1,00	55	55,0
Olan	2.00	7	7,0	2,00	7	7,0	2,00	12	12,0
	3.00	1	1,0	3,00	3	3,0	3,00	5	5,0
	7.00	8	8,0	7,00	14	14,0	4,00	2	2,0
	Toplam	75	75,0	Toplam	99	99,0	7,00	11	11,0
							Toplam	98	98,0

Tabloda görüldüğü üzere, örneklem grubuna alınan hasta olmayan kadınların %31'i haftada 0 defa, %24,7'si haftada 1 defa, %5,3'ü haftada 2 defa, %2,7'si haftada 3 defa, %3'ü haftada 4 defa, %3'ü haftada 5 defa, %3'ü haftada 6 defa, %1,7'si haftada 7 defa balık tüketiyor, %10'u haftada 0 defa, %39,3'ü haftada 1 defa, %11'i haftada 2 defa, %9,7'si haftada 3 defa, %1,3'ü haftada 4 defa, %0,7'si haftada 5 defa, %0,3'ü haftada 6 defa, %16'sı haftada 7 defa, %0,3'ü 21 defa et tüketiyor, %16,7'si haftada 0 defa, %27'si haftada 1 defa, %12'si haftada 2 defa, %11,3'ü haftada 3 defa, %2'si haftada 4 defa, %2,7'si haftada 5 defa, %7'si haftada 6 defa, %19'u haftada 7 defa, %0,3'ü haftada 9 defa, %0,3'ü haftada 10 defa, %0,3'ü haftada 21 defa meyve tüketiyordu.

Örneklem grubuna alınan hasta olan kadınların %47'si 0 defa, %12'si haftada 1 defa, %7'si haftada 2 defa, %1'i haftada 3 defa, %8'i haftada 7 defa balık tüketiyor, %7'si haftada 0 defa, %68'i haftada 1 defa, %7'si haftada 2 defa, %3'ü haftada 3 defa, %14'ü haftada 7 defa et tüketiyor, %13'ü haftada 0 defa, %55'i haftada 1 defa, %12'si haftada 2 defa, %5'i haftada 3 defa, %2'si haftada 4 defa, %11'i haftada 7 defa meyve tüketiyordu.

4.6. Rahim Ağzı Kanseri Hakkında Bilgi

4.6.1. Rahim Ağzı Kanserini Duyma ve Duyanların Kimlerden Duyduğuna Göre Dağılımı

	Duydunuz mu	n	%	Kimden	n	%
Hasta	Evet	206	68,7	Arkadaşlardan	62	20,7
Olmayan	Hayır	94	31,3	Akrabalardan	24	8,0
	Toplam	300	100,0	Basından	24	8,0
				Diğer	96	32,0
				Toplam	206	68,7

	Evet	60	60,0	Arkadaşlardan	28	28,0
Hasta Olan	Hayır	40	40,0	Akrabalardan	12	12,0
	Toplam	100	100,0	Basından	2	2,0
				Diğer	18	18,0
				Toplam	60	60,0

Tablodan anlaşılabacağı gibi, örneklem grubundaki hasta olmayan kadınların %68,7'si rahim ağzı kanserini duymuş, %31,3'ü rahim ağzı kanserini duymamış, %20,7'si arkadaşlarından, %8'i akrabalarından, %8'i basından, %32'si diğer şekilde rahim ağzı kanserini duymuştu. Hasta olan kadınların %60'ı rahim ağzı kanserini duymuş, %40'ı rahim ağzı kanserini duymamış, %28'i arkadaşlarından, %12'si akrabalarından, %2'si basından, %18'i diğer şekilde duymuştu.

4.6.2. Rahim Ağzı Kanseri Ölümüne Neden Olur mu ve Önlebilir mi Sorusu Cevaplarının Dağılımı

Ölümüne neden olur mu		n	%	Önlebilir mi		%
	Evet	174	58,0	Evet	206	68,7
Hasta	Hayır	41	13,7	Hayır	23	7,7
Olmayan	Bilmiyorum	85	28,3	Bilmiyorum	71	23,7
	Toplam	300	100,0	Toplam	300	100,0
	Evet	38	38,0	Evet	38	38,0
Hasta	Hayır	18	18,0	Hayır	9	9,0
Olan	Bilmiyorum	44	44,0	Bilmiyorum	53	53,0
	Toplam	100	100,0	Toplam	100	100,0

Tabloda verildiği gibi, çalışmaya katılan hasta olmayan kadınların %58'i rahim ağzı kanseri ölümüne neden olacağını söylüyor, %13,7'si rahim ağzı kanseri ölümüne neden olmayacağını söylüyor, %68,7'si rahim ağzı kanseri önleyebileceğini düşünüyor, %7,7'si rahim ağzı kanseri önleyemeyeceğini düşünüyordu. Hasta olan kadınların %38'i rahim ağzı kanseri ölümüne neden olacağını söylüyor, %18'i rahim ağzı kanseri ölümüne neden olmayacağını söylüyor, %38'i rahim ağzı kanseri önleyeceğini düşünüyor, %9'u rahim ağzı kanseri önleyemeyeceğini düşünüyordu.

4.6.3. Kadınların Rahim Ağzı Kanseri Nedenlerini Bilmesine Göre Dağılımı

	Bilme Durumu	n	%	Olası Nedenler	n	%
Hasta Olmayan	Evet	93	31,0	Sık cinsel ilişki	21	7,0
	Hayır	118	39,3	Beslenme	3	1,0
	Bilmiyorum	89	29,7	Çevresel faktörler	37	12,3
	Toplam	300	100,0	Diğer	32	10,7
				Toplam	93	31,0
Hasta Olan	Evet	9	9,0	Sık cinsel ilişki	3	3,0
	Hayır	12	12,0	Beslenme	1	1,0
	Bilmiyorum	79	79,0	Çevresel faktörler	1	1,0
	Toplam	100	100,0	Diğer	4	4,0
				Toplam	9	9,0

Çalışmaya katılan hasta olmayan kadınların %31'i rahim ağzı kanserinin nedenlerini biliyor, %39,3'ü rahim ağzı kanserinin nedenlerini bilmiyor, %29,7'si rahim ağzı kanserinin nedenlerini bilmiyordu. %7'si sık cinsel ilişki, %1'i beslenme, %12,3'ü çevresel faktörler, %10,7'si diğer sebeplerin rahim ağzı kanserine neden olduğunu belirtmekteydi. Hasta olan kadınların %9'u rahim ağzı kanserinin nedenlerini biliyor, %12'si rahim ağzı kanserinin nedenlerini bilmiyor, %79'u rahim ağzı kanserinin nedenlerini bilmiyor, %3'ü sık cinsel ilişki, %1'i beslenme, %1'i çevresel faktörler, %4'ü diğer sebeplerin rahim ağzı kanserine neden olduğunu belirtiyordu.

4.6.4. Kadınların Ailesinde Rahim Ağzı Kanseri Olması ve Varsa Olan Kişiye Göre Dağılımı

	Var mı	n	%	Varsa kim	n	%
Hasta Olmayan	Evet	21	7,0	Annem	3	1,0
	Hayır	279	93,0	Halam	5	1,7
	Toplam	300	100,0	Kızkardeşim	1	0,3
				Teyzem	8	2,7
				Diğer	4	1,3
				Toplam	21	7,0
Hasta Olan	Evet	23	23,0	Annem	7	7,0
	Hayır	77	77,0	Halam	3	3,0
	Toplam	100	100,0	Kız kardeşim	2	2,0
				Teyzem	4	4,0
				Diğer	7	7,0

Toplam	23	23,0
--------	----	------

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere, hasta olmayan kadınların %7'sinin ailesinde rahim ağzı kanseri var olup, %93'ünün ailesinde rahim ağzı kanseri yoktu. %1'inin annesi, %1,7'sinin halası, %0,3'ünün kız kardeşi, %2,7'sinin teyzesi, %1,3'ünün diğer akrabaları rahim ağzı kanseri olmuştu. Örneklem grubuna alınan hasta olan kadınların ise %23'ünün ailesinde rahim ağzı kanseri var olup, %77'sinin ailesinde rahim ağzı kanseri yoktu. %7'sinin annesi, %3'ünün halası, %2'sinin kız kardeşi, %4'ünün teyzesi, %7'sinin diğer akrabaları rahim ağzı kanseri olmuştu.

4.6.5. Rahim Ağzı Kanserinin Beslenme Sistemini Etkileme Sorusunu Bilme Durumlarına Göre Dağılımı

	Bilgi	n	%
Hasta Olmayan	Evet	141	47,0
	Hayır	31	10,3
	Bilmiyorum	128	42,7
	Toplam	300	100,0
Hasta Olan	Evet	46	46,0
	Hayır	10	10,0
	Bilmiyorum	44	44,0
	Toplam	100	100,0

Araştırma grubumuzdaki hasta olmayan kadınların %47'si rahim ağzı kanserinde beslenmenin sistemi etkileyeceğini belirtiyor, %10,3'ü rahim ağzı kanserinde beslenmenin sistemi etkilemeyeceğini belirtiyor, %42,7'si rahim ağzı kanserinde beslenmenin sistemi etkileyeceğini bilmiyordu. Hasta olan kadınların %46'sı rahim ağzı kanserinde beslenmenin sistemi etkileyeceğini belirtiyor, %10'u rahim ağzı kanserinde beslenmenin sistemi etkilemeyeceğini belirtiyor, %44'ü rahim ağzı kanserinde beslenmenin sistemi etkileyeceğini bilmiyordu.

4.6.6. Rahim Ağzı Kanseri Korunma Yöntemlerini Bilme Durumlarına Göre Dağılım

	Korunma	n	%
Hasta Olmayan	Bilmiyorum	184	61,3
	Periyodik muayene	39	13,0
	Kişisel hijyene dikkat	48	16,0
	Sağlıklı beslenme, kimyasallardan uzak durma	24	8,0

	Radyasyondan uzak durma	3	1,0
	Tedavi ve ilaçlar	14	4,7
	Diğer	20	6,7
Hasta Olan	Bilmiyorum	77	77,0
	Periyodik muayene	4	4,0
	Kişisel hijyene dikkat	5	5,0
	Sağlıklı beslenme,kimyasallardan uzak durma	9	9,0
	Diğer	10	10,0

Tabloda görüldüğü üzere, örneklem grubuna alınan hasta olmayan kadınların %61,3'ü korunma yöntemlerini bilmiyordu. %13'ü periyodik muayene , %16'sı kişisel hijyene dikkatin, %8'i sağlıklı beslenme ve kimyasallardan uzak durmanın, %1'i radyasyondan uzak durmanın, %4,7'si tedavi ve ilaçların, %6,7'si diğer yöntemlerin rahim ağzı kanserinden koruyacağını belirtiyordu. Hasta olan kadınların da %77'sinin bilgisi yoktu. %4'ü periyodik muayene, %5'i kişisel hijyene dikkat, %9'u sağlıklı beslenme ve kimyasallardan uzak durmanın, %10'u diğer yöntemlerin rahim ağzı kanserinden koruyacağını belirtiyordu.

4.6.7. Katılımcıların Rahim Ağzı Kanseri Nedenlerini Bilme Durumlarına Göre Dağılımı

	Bilgi	n	%
Hasta Olmayan	Bilmiyorum	230	76,7
	Sigara içmek	2	0,7
	Servikal ülser	5	1,7
	Kanama	3	1,0
	Kişisel hijyen ihmali	15	5,0
	Vajina ve üreme sistem infeksiyonları	28	9,3
	Sağlıksız beslenme	8	2,7
	Diğer	35	11,7
Hasta Olan	Bilmiyorum	91	91,0
	Sigara içmek	1	1,0
	Vajina ve üreme sistem infeksiyonları	1	1,0
	Sağlıksız beslenme	2	2,0
	Diğer	5	5,0

Katılımcılardan hasta olmayan kadınların %76,7'si rahim ağzı kanseri nedenlerini bilmiyordu. %0,7'si sigara içmek, %1,7'si servikal ülser, %1'i kanama, %5'i kişisel hijyen ihmali, %9,3'ü vajina ve üreme sistemi enfeksiyonları, %2,7'si sağlıksız beslenme, %11,7'si diğer nedenlerin rahim ağzı kanserine sebep olduğunu belirtiyordu. Hasta olan kadınların ise %91'i bilmiyordu. %1'i sigara içmek, %1'i vajina ve üreme sistemleri enfeksiyonları, %2'si sağlıksız beslenme, %5'i diğer nedenlerin rahim ağzı kanserine sebep olduğunu belirtiyordu.

4.6.8. Smear Testini Duyma ve Yaptırma Hakkındaki Soruya Göre Dağılımı

	Duydunuz mu	n	%	Yaptırdınız mı	n	%
Hasta Olmayan	Evet	96	32,0	Evet	22	7,3
	Hayır	204	68,0	Hayır	278	92,7
	Toplam	300	100,0	Toplam	300	100,0
Hasta Olan	Evet	59	59,0	Evet	49	49,0
	Hayır	41	41,0	Hayır	51	51,0
	Toplam	100	100,0	Toplam	100	100,0

Tabloda görüldüğü üzere, katılımcılardan hasta olmayan kadınların %32'si smear testini biliyor, %68'i smear testini bilmiyor, %7,3'ü smear testi yaptırmış, %92,7'si smear testi yaptırmamıştı. Hasta olan kadınların %59'u smear testini biliyor, %41'i smear testini bilmiyor, %49'u smear testi yaptırmış, %51'i smear testi yaptırmamıştı.

4.7. Human Papilloma Virüs ve Aşısı Hakkında Bilgi Ve Tutum

4.7.1. HPV Virüsünü Duyma ve Kansere Neden Olma Sorusunun Yanıtlarının Dağılımı

	Duydunuz mu	n	%	Kansere neden olur mu	n	%
Hasta Olmayan	Evet	37	12,3	Evet	71	23,7
	Hayır	263	87,7	Hayır	12	4,0
	Toplam	300	100,0	Bilmiyorum	217	72,3
				Toplam	300	100,0
Hasta Olan	Evet	5	5,0	Evet	22	22,0
	Hayır	95	95,0	Hayır	2	2,0
	Toplam	100	100,0	Bilmiyorum	76	76,0

	Toplam	100	100,0
--	--------	-----	-------

Tablodan anlaşılabacağı gibi çalışmaya katılan hasta olmayan kadınların %12,3'ü HPV virüsünü biliyor, %87,7'si HPV virüsünü bilmiyor, %23,7'si HPV virüsünün rahim ağzı kanserine neden olacağını düşünüyor, %4'ü HPV virüsünün rahim ağzı kanserine neden olmayacağını düşünüyor, %72,3'ü HPV virüsünün rahim ağzı kanserine neden olacağını bilmiyordu. Hasta olan kadınların %5'i HPV virüsünü biliyor, %95,5'i HPV virüsünü bilmiyor, %22'si HPV virüsünün rahim ağzı kanserine neden olacağını düşünüyor, %2'si HPV virüsünün rahim ağzı kanserine neden olacağını düşünmüyor, %76'sı HPV virüsünün rahim ağzı kanserine neden olacağını bilmiyordu.

4.7.2. HPV Bulaşma Yollarını Bilme Durumu

	Bilme Durumu	n	%
Hasta Olmayan	Bilmiyorum	66	22,0
	Cinsel ilişki	96	32,0
	Bulaşan kişinin eşyasını kullanmak	110	36,7
	Öpüşmek	11	3,7
	Diğer	24	8,0
Hasta Olan	Bilmiyorum	54	54,0
	Cinsel ilişki	10	10,0
	Bulaşan kişinin eşyasını kullanmak	27	27,0
	Öpüşmek	00	00
	Diğer	10	10,0

Katılımcılardan hasta olmayan kadınların %22'si HPV bulaşma yollarını bilmiyordu. Nedenler arasında %32'si cinsel ilişkiyi, %36,7'si bulaş kişinin eşyalarını kullanmayı, %3,7'si öpüşmeyi, %8'i diğer nedenleri belirtmişti. Hasta olan kadınların ise %54'ü bulaş nedenlerini bilmediğini söylemiş, %10'u cinsel ilişki, %27'si bulaş kişinin eşyalarını kullanmak, %0'ı öpüşmek, %10'u diğer nedenleri HPV virüsünün bulaşma yolları arasında göstermişti.

4.7.3. HPV Aşısını Duyma ve Yaptırma Sorusu Yanıtlarının Dağılımı

	Duydunuz mu	n	%	Yaptırdınız mı	n	%
Hasta Olmayan	Evet	28	9,3	Evet	00	0,0
	Hayır	272	90,7	Hayır	300	100,0
	Toplam	300	100,0	Toplam	300	100,0

	Evet	9	9,0	Evet	00	0,0
Hasta	Hayır	91	91,0	Hayır	100	100,0
Olan	Toplam	100	100,0	Toplam	100	100,0

Tabloda görüldüğü üzere, örneklem grubuna alınan hasta olmayan kadınların %9,3'ü HPV aşısını biliyor, %90,7'si HPV aşısını bilmiyor, %0'ı HPV aşısı yaptırmış, %100'ü HPV aşısı yaptırmamıştı. Hasta olan kadınların %9'u HPV aşısını biliyor, %91'i HPV aşısını bilmiyor, %0'ı HPV aşısı yaptırmış, %100'ü HPV aşısı yaptırmamıştı.

4.7.4. HPV Aşısı Yaptırmama Nedeni Sorusunun Yanıtlarının Dağılımı

	Neden	n	%
Hasta Olmayan	Bilgim yok	258	86,0
	Maddiyat	6	2,0
	Gerekli olduğunu düşünmüyor	16	5,3
	Diğer	20	6,7
	Toplam	300	100,0
Hasta Olan	Bilgim yok	100	100,0
	Toplam	100	100,0

Tabloda görüldüğü üzere, hasta olmayan kadınların %86'sının bilgisi yok, %2'sinin maddi imkanı yok, %5,3'ü gerekli olduğunu düşünmüyor, %6,7'si diğer nedenlerden HPV aşısını yaptırmamıştı. Hasta olan kadınların %100'ünün bilgisi olmadığı için HPV aşısı yaptırmamış.

4.7.5. HPV Aşısı Kimlere Yapılmalı Sorusunun Yanıtlarının Dağılımı

	Kimlere aşı yapılmalı	n	%
Hasta Olmayan	Erkek çocuklara	4	1,3
	Kız çocuklara	120	40,0
	Hem erkek hem kız çocuklar için		
	düşünmüyorum	6	2,0
	Hem erkek hem kız çocuklara	134	44,7
	Diğer	2	7,0
	Bilmiyorum	34	11,3
	Toplam	300	100,0
Hasta Olan	Erkek çocuklara	1	1,0
		21	21,0

Hasta Olan	Kız çocuklara		
	Hem erkek hem kız çocuklar için düşünmüyorum	1	1,0
	Hem erkek hem kız çocuklara	68	68,0
	Diğer	8	8,0
	Bilmiyorum	1	1,0
	Toplam	100	100,0

Tabloda verildiği gibi, HPV aşısının yapılması gerekli kişiler olarak katılımcı hasta olmayan kadınların %1,3'ü erkek çocuklar, %40'ı kız çocukları, %44,7'si hem erkek hem kız çocuklara diye belirtmiş, %2'si hem erkek hem kız çocuklar için düşünmediklerini, %7'si diğer, %11,3'ü bilmediklerini söylemişlerdir. HPV aşısının yapılacağı kişiler olarak hasta olan kadınların %1'i erkek çocuklar, %21'i kız çocuklar, %68'i hem erkek hem kız çocuklara demiş, %1'i hem erkek hem kız çocuklara düşünmüyorum, %8'i diğer, %1'i bilmediklerini belirtmiştir.

4.7.6. HPV Aşısı Kaç Yaşında Yapılmalı Sorusunun Yanıtlarının Dağılımı.

	Aşı yaşı	n	%
Hasta Olmayan	2 yaş ve altında	14	4,7
	26-12 yaş	75	25,0
	27-50 yaş	39	13,0
	51 ve üzeri yaş	5	1,7
	Her yaşta yapılabilir	47	15,7
	Bilmiyorum	120	40,0
	Toplam	300	100,0
Hasta Olan	2 yaş ve altında	11	11,0
	26-12 yaş	44	44,0
	27-50 yaş	3	3,0
	Her yaşta yapılabilir	15	15,0
	Bilmiyorum	27	27,0
	Toplam	100	100,0

HPV aşısının yapılması gereken yaş olarak hasta olmayan kadınların %4,7'si 2 yaş ve altı, %25'i 12 -26 yaş arası, %13'ü 27-50 yaş arası, %1,7'si 51 yaş ve üzerini belirtmiş, %15,7'si her yaşta yapılabilir demiş, %40'ı bilmediklerini belirtmiştir. Hasta Olan

kadınların ise %11'i 2 yaş ve altını, %44'ü 12-26 yaş arasını, %3'ü 27-50 yaş arasını belirtmiş, %15'i her yaşta yapılabilir demiş, %27'si bilmediklerini belirtmiştir.

4.7.7. HPV Aşısı Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan Korur mu Sorusunun Yanıtlarının Dağılımı

Aşının koruyuculuğu		n	%
Hasta Olmayan	Evet	136	45,3
	Hayır	33	11,0
	Bilmiyorum	131	43,7
	Toplam	300	100,0
Hasta Olan	Evet	77	77,0
	Hayır	1	1,0
	Bilmiyorum	22	22,0
	Toplam	100	100,0

Tabloda görüldüğü üzere, örneklem grubuna katılan hasta olmayan kadınların %45,3'ü HPV aşısının cinsel yolla bulaşan hastalıklardan koruyacağını, %11'i HPV aşısının cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korumayacağını belirtiyor, %43,7'si bilmiyordu. Hasta olan kadınların %77'si HPV aşısının cinsel yolla bulaşan hastalıklardan koruyacağını, %1'i HPV aşısının cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korumayacağını belirtiyor, %22'si bilmiyordu.

4.8. Öğrenme Yeteneği ve Arzusu

4.8.1. Anneler ve Kız Öğrencilere Rahim Ağzı Kanseri Hakkında Bilgi Verilsin mi Sorusu Yanıtlarının Dağılımı

Bilgi verilsin		Annelere		Kız öğrencilere	
		n	%	n	%
Hasta Olmayan	Evet	295	98,3	287	95,7
	Hayır	5	1,7	13	4,3
	Toplam	300	100,0	300	100,0
Hasta Olan	Evet	100	100,0	99	99,0
	Hayır	00	00	1	1,0
	Toplam	100	100,0	100	100,0

Tabloda görüldüğü üzere, örneklem grubundaki hasta olmayan kadınların %98,3'ü rahim ağzı kanseri ile ilgili bilgi annelere verilmelidir, %1,7'si rahim ağzı kanseriyle ilgili bilgi annelere verilmemelidir, %95,7'si kız öğrencilere rahim ağzı kanseriyle ilgili bilgilendirme yapılmalıdır, %4,3'ü kız öğrencilere rahim ağzı kanseriyle ilgili bilgilendirme yapılmamalıdır demıştır. Hasta olan kadınların %100'ü rahim ağzı kanseriyle ilgili bilgi annelere verilmelidir, %99'u kız öğrencilere rahim ağzı kanseriyle ilgili bilgilendirme yapılmalıdır, %1'i kız öğrencilere rahim ağzı kanseriyle ilgili bilgilendirme yapılmamalıdır diye belirtmiştir.

4.8.2. Hangi Bilgi Verilmeli Sorusunun Yanıtları

	Hangi bilgi	n	%
Hasta Olmayan	Bulaşma yolları	79	26,3
	Korunma Yollar	126	42,0
	Belirtileri	55	18,3
	Tedavisi	54	18,0
	Genel Bilgiler	171	57,0
Hasta Olan	Bulaşma yolları	10	10,0
	Korunma Yollar	75	75,0
	Belirtileri	5	5,0
	Tedavisi	16	16,0
	Genel Bilgiler	59	59,0

Tabloda görüldüğü üzere, örneklem grubuna katılan hasta olmayan kadınların %26,3'ü bulaşma yolları, %42'si korunma yolları, %18,3'ü belirtileri, %18'i tedavisi, %57'si genel bilgiler verilmesini istediklerini belirtmişlerdir. Hasta olan kadınların ise %10'u bulaşma yolları, %75'i korunma yolları, %5'i belirtileri, %16'sı tedavisi hakkında %59'u da genel bilgiler verilmesini istemişlerdir.

4.8.3. Rahim Ağzı Kanseri Konusunda Kadınlara Eğitim Vermek Rahim Ağzı Kanseri Azaltır mı Sorusunun Yanıtlarının Dağılımı

	Eğitimin etkisi	n	%
Hasta Olmayan	Evet, oldukça etkili olur	232	77,3
	Biraz katkısı olabilir	50	16,7
	Hayır, hiç bir etkisi olmaz	18	6,0
	Toplam	300	100,0

Hasta Olan	Evet, oldukça etkili olur	92	92,0
	Biraz katkısı olabilir	6	6,0
	Hayır, hiç bir etkisi olmaz	2	2,0
	Toplam	100	100,0

Rahim ağzı kanserinin azaltılmasında kadınlara yönelik tarama programlarının artırılması ve eğitimlerin düzenlenmesinin, hasta olmayan kadınların %77,3'ü etkili olacağını, %16,7'si biraz etkili olacağını, %6'sı hiçbir etkisi olmayacağını belirtiyordu. Hasta olan kadınların %92'si ise etkili olacağını, %6'sı biraz etkili olacağını, %2'si hiçbir etkisinin olmayacağını belirtiyordu.

4.8.4. Rahim Ağzı Kanseri Aşısı Hakkında Bilgi Almak İsteyip İstemediklerine Göre Dağılım

Bilgi almayı isteme		n	%	Kimden	n	%
Hasta Olmayan	Evet	279	93,0	Hemşireden	38	12,7
	Hayır	21	7,0	Doktordan	238	79,3
	Toplam	300	100,0	Öğretmenimden	39	13,0
				Diğer	28	9,3
Hasta Olan	Evet	95	95,0	Hemşireden	10	10,0
	Hayır	5	5,0	Doktordan	82	82,0
	Toplam	100	100,0	Öğretmenimden	19	19,0
				Diğer	5	5,0

Katılımcı hasta olmayan kadınların %93'ü HPV aşısı ile ilgili bilgi almak istiyor, %7'si bilgi almak istemiyor, %12,7'si hemşireden, %79,3'ü doktordan, %13'ü öğretmeninden, %9,3'ü diğer kişilerden HPV aşısı ile ilgili bilgi almak istiyordu. Hasta olan kadınların %95'i HPV aşısı ile ilgili bilgi almak istiyor, %5'i bilgi almak istemiyor, %10'u hemşireden, %82'si doktordan, %19'u öğretmeninden, %5'i diğer kişilerden HPV aşısı ile ilgili bilgi almak istiyordu.

4.8.5. Katılımcıların Konuyla İlgili Hangi Bilgiyi Almak İstediklerinin Dağılımı

Hangi bilgi		n	%
Hasta Olmayan	Aşının güvenilirliği	126	42,0
	Aşının etkileri	77	25,6
	Aşının yan etkileri	67	22,3
	Aşının koruyuculuk düzeyi	113	37,6
	Aşının koruma süresi	85	28,3

Hasta Olan	Aşının güvenilirliği	68	68,0
	Aşının etkileri	45	45,0
	Aşının yan etkileri	11	11,0
	Aşının koruyuculuk düzeyi	50	50,0
	Aşının koruma süresi	15	15,0

Tabloda anlaşıldığı üzere, hasta olmayan kadınların %42'si aşının güvenilirliği, %25,6'sı aşının etkileri, %22,3'ü aşının yan etkileri, %37,6'sı aşının koruyuculuk düzeyi, %28,3'ü aşının koruma süresi ile ilgili, hasta olan kadınların ise %68'i aşının güvenilirliği, %45'i aşının etkileri, %11'i aşının yan etkileri, %50'si aşının koruyuculuk düzeyi, %15'i aşının koruma süresi ile ilgili bilgi almak istiyordu.

4.8.6. Ek Olarak Söylenenler

	İlave istek	n	%
Hasta Olmayan	Yok	262	87,3
	Sağlık bilinci ve eğitim programlarında artış	38	12,7
	Toplam	300	100,0
Hasta Olan	Yok	97	97,0
	Sağlık bilinci ve eğitim programlarında artış	3	3,0
	Toplam	100	100,0

Katılımcılardan hasta olmayan gruptaki kadınların %87,3'ünün eklemek istediği birşey yoktu, %12,7'si sağlık bilinci ve eğitim programlarında artış olmasını istiyordu. Hasta olan kadınların ise %97'sinin eklemek istediği birşey bulunmuyordu, %3'ü sağlık bilinci ve eğitim programlarında artış olmasını arzu ediyordu.

Tablo 4.9. Nargile Kullanımına Göre Rahim Ağzı Kanseri Olan ve Olmayan Grupların Karşılaştırılması

Nargile içme	Hasta Olmayan		Hasta Olan		x²	p
	n	%	n	%		
Evet	65	21,8%	32	32,0%	4,216	0,040
Hayır	233	78,2%	68	68,0%		
Toplam	298	100,0%	100	100,0%		

Hasta olmayan grubun %21,8'si nargile içiyor, %78,2'si nargile içmiyor, hasta olan grubun ise %32,0'ı nargile içiyor, %68,0'ı nargile içmiyordu. Gruplar arasında anlamlı bir fark vardı ($p < 0,05$). Hasta olmayan grubun daha az nargile kullandığı görülmektedir.

Tablo 4.10. Yatarken Odada Aydınlatma Olmasına Göre Rahim Ağzı Kanseri Olan ve Olmayan Grupların Karşılaştırılması

		Hasta Olmayan		Hasta Olan		χ^2	p
		n	%	n	%		
Yatarken Odada Aydınlatma	Evet	103	34,6%	30	30,9%	0,433	0,510
	Hayır	195	65,4%	67	69,1%		
	Toplam	298	100,0%	97	100,0%		

Tabloda 4.10 da görüldüğü gibi, hasta olmayan grubun %34,6'sı yatarken odasında aydınlatma kullanıyor, %65,4'ü kullanmıyordu. Hasta olan grubun %30,9'u yatarken odasında aydınlatma kullanıyor, %69,1'i kullanmıyordu. Gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.11. Eğitim Durumuna Göre Rahim Ağzı Kanseri Olan ve Olmayan Grupların Karşılaştırılması

		Hasta Olmayan		Hasta Olan		χ^2	p
		n	%	n	%		
Eğitim Durumu	Okuryazar	69	23,1%	57	57,0%	45,170	0,0001
	Değil						
	Okuryazar	22	7,4%	8	8,0%		
	İlkokul	35	11,7%	6	6,0%		
	Ortaokul	33	11,0%	6	6,0%		
	Lise	46	15,4%	13	13,0%		
	Üniversite ve üzeri	94	31,4%	10	10,0%		
	Toplam	299	100,0%	100	100,0%		

Tabloda görüldüğü üzere, rahim ağzı kanseri olma durumu ile eğitim durumunun karşılaştırılması için yapılan ki-kare testi sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Hasta olmayan grubun çoğunluğunun üniversite ve üzeri eğitim seviyesinde olduğu görülmektedir.

Tablo 4.12. Rahim Ağzı Kanseri Duyma Durumu ile Rahim Ağzı Kanseri Olan ve Olmayan Grupların Karşılaştırılması

		Hasta Olmayan		Hasta Olan		χ^2	p
		n	%	n	%		
Rahim Ağzı Kanserini Duyma	Evet	206	68,7%	60	60,0%	2,529	0,112
	Hayır	94	31,3%	40	40,0%		
	Toplam	300	100,0%	100	100,0%		

Tabloda 4.12’ de rahim ağzı kanseri olup olmama durumu ile rahim ağzı kanserini duyma durumunun karşılaştırılması için yapılan ki-kare testi sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.13. Rahim Ağzı Kanserinin Öğrenildiği Kaynak Değişkeni ile Rahim Ağzı Kanseri Olan ve Olmayan Grupların Karşılaştırılması

		Hasta Olmayan		Hasta Olan		χ^2	p
		n	%	n	%		
Kaynak	Arkadaşlardan	62	30,1%	28	46,7%	12,441	0,006
	Akrabalardan	24	11,7%	12	20,0%		
	Basından	24	11,7%	2	3,3%		
	Diğer	96	46,6%	18	30,0%		
	Toplam	206	100,0%	60	100,0%		

Tablo 4.13’de, rahim ağzı kanseri olup olmama durumu ile rahim ağzı kanserini nerden duyduğu değişkeninin karşılaştırılması için yapılan ki-kare testi sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Hasta olmayan grup çoğunlukla diğer kaynaklardan, hasta olan grup ise çoğunlukla arkadaşlarından rahim ağzı kanserini duymuştur.

Tablo 4.14. Rahim Ağzı Kanseri Öldürür mü Değişkeni ile Rahim Ağzı Kanseri Olan ve Olmayan Grupların Karşılaştırılması

		Hasta Olmayan		Hasta Olan		χ^2	p
		n	%	n	%		
Rahim ağzı kanseri öldürür mü	Evet	174	59,0%	38	38,0%	13,747	0,001
	Hayır	41	13,9%	18	18,0%		
	Bilmiyorum	80	27,1%	44	44,0%		
	Toplam	295	100,0%	100	100,0%		

Tablo 4.14’de rahim ağzı kanseri olup olmama durumu ile rahim ağzı kanseri öldürür mü sorusuna verilen yanıtların karşılaştırılması için yapılan ki-kare testi sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Hasta olmayan grup çoğunlukla rahim ağzı kanserinin öldürücü olduğunu düşünmektedir.

Tablo 4.15. Rahim Ağzı Kanserinin Önlenebilirliği Değişkeni ile Rahim Ağzı Kanseri Olan ve Olmayan Grupların Karşılaştırılması

		Hasta Olmayan		Hasta Olan		χ^2	p
		n	%	n	%		

Rahim ağzı kanseri önlenilebilir mi	Evet	206	68,9%	38	38,0%	33,139	0,001
	Hayır	23	7,7%	9	9,0%		
	Bilmiyorum	70	23,4%	53	53,0%		
	Toplam	299	100,0%	100	100,0%		

Tablo 4.15’de rahim ağzı kanseri olup olmama durumu ile rahim ağzı kanserinin önlenilebilirliği değişkeninin karşılaştırılması için yapılan ki-kare testi sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Hasta olmayan grubun çoğunluğu rahim ağzı kanserinin önlenilebilir olduğunu düşünmektedir.

Tablo 4.16. Rahim Ağzı Kanserinin Nedenlerini Bilme Değişkeni ile Rahim Ağzı Kanseri Olan ve Olmayan Grupların Karşılaştırılması

		Hasta Olmayan		Hasta Olan		χ^2	p
		n	%	n	%		
Rahim ağzı kanserinin nedenlerini bilme	Evet	93	31,3%	9	9,0%	77,144	0,001
	Hayır	118	39,7%	12	12,0%		
	Bilmiyorum	86	29,0%	79	79,0%		
	Toplam	297	100,0%	100	100,0%		

Tablo 4.16’da rahim ağzı kanseri olup olmama durumu ile rahim ağzı kanserinin nedenlerini bilme değişkeninin karşılaştırılması için yapılan ki-kare testi sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Hasta olan grubun çoğunlukla nedenleri bilmediği görülmektedir.

Tablo 4.17. Ailede Rahim Ağzı Kanseri Olması Değişkeni ile Rahim Ağzı Kanseri Olan ve Olmayan Grupların Karşılaştırılması

		Hasta Olmayan		Hasta Olan		χ^2	p
		n	%	n	%		
Ailede rahim ağzı kanseri	Evet	21	7,0%	23	23,2%	20,002	0,001
	Hayır	276	92,6%	76	76,8%		
	Bilmiyorum	1	0,3%	0	0,0%		
	Toplam	298	100,0%	99	100,0%		

Tablo 4.17’de, rahim ağzı kanseri olup olmama durumu ile aileden rahim ağzı kanseri olması değişkeninin karşılaştırılması için yapılan ki-kare testi sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Hasta olmayan grubun çoğunlukla ailesinde kanser olmadığı görülmektedir.

Tablo 4.18. HPV Virüsünü Duyma Değişkeni ile Rahim Ağzı Kanseri Olan ve Olmayan Grupların Karşılaştırılması

		Hasta Olmayan		Hasta Olan		x ²	p
		n	%	n	%		
HPV virüsünü duyma	Evet	37	12,4%	5	5,0%	4,327	0,036
	Hayır	262	87,6%	95	95,0%		
	Toplam	299	100,0%	100	100,0%		

Tablo 4.18’de rahim ağzı kanseri olup olmama durumu ile HPV virüsünü duyma değişkeninin karşılaştırılması için yapılan ki-kare testi sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Hasta olmayan grup çoğunlukla HPV virüsünü duymamıştır.

Tablo 4.19. Rahim Ağzı Kanserinde Beslenmenin Etkisi Değişkeni ile Rahim Ağzı Kanseri Olan ve Olmayan Grupların Karşılaştırılması

		Hasta Olmayan		Hasta Olan		x ²	p
		n	%	n	%		
Rahim ağzı kanserinde beslenme	Evet	141	47,5%	46	48,9%	0,082	0,960
	Hayır	31	10,4%	10	10,6%		
	Bilmiyorum	125	42,1%	38	40,4%		
	Toplam	297	100,0%	94	100,0%		

Tablo 4.19’da, rahim ağzı kanseri olup olmama durumu ile rahim ağzı kanserinde beslenmenin etkisi değişkeniyle karşılaştırılması için yapılan ki-kare testi sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.20. HPV’nin Rahim Ağzı Kanserine Neden Olma Değişkeni ile Rahim Ağzı Kanseri Olan ve Olmayan Grupların Karşılaştırılması

		Hasta Olmayan		Hasta Olan		x ²	p
		n	%	n	%		
HPV rahim ağzı kanseri nedeni mi	Evet	71	24,0%	22	22,4%	1,041	0,594
	Hayır	12	4,1%	2	2,0%		
	Bilmiyorum	213	72,0%	74	75,5%		
Toplam		296	100,0%	98	100,0%		

Tablo 4.20’de, rahim ağzı kanseri olup olmama durumu ile HPV’nin rahim ağzı kanserine neden olma değişkeniyle karşılaştırılması için yapılan ki-kare testi sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.21. Katılımcıların Grup Değişkenine Göre Beslenmeleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

Yiyecek		n	$\bar{x}$	SS.	t	SD.	p
Süt ve Süt Ürünleri	Hasta Olmayan	198	3,63	3,95	2,595	257	0,010
	Hasta Olan	61	2,20	3,13			
Çay	Hasta Olmayan	206	7,13	7,29	-8,363	284	0,000
	Hasta Olan	80	16,78	11,73			
Kahve	Hasta Olmayan	199	0,90	1,37	-1,042	272	0,298
	Hasta Olan	75	1,13	2,16			
Balık	Hasta Olmayan	266	2,48	2,62	1,946	363	0,052
	Hasta Olan	99	1,91	2,14			
Et	Hasta Olmayan	277	2,78	2,81	3,092	373	0,002
	Hasta Olan	98	1,83	2,01			

Katılımcıların süt ve süt ürünleri kullanmasının, grup değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız grup t testi sonucundan, gruplar arasında kontrol grubunun daha fazla süt ve süt ürünleri kullandığı ve istatistiksel açıdan $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür (Tablo 4.21).

Katılımcıların çay içmesinin, grup değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız grup t testi sonucundan, gruplar arasında hasta olan grubun daha çay içtiği ve istatistiksel açıdan $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür (Tablo 4.21).

Tablodan da anlaşılabacağı üzere, örneklem grubunun kahve içmesinin, grup değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız grup t testi sonucundan, gruplar arasında istatistiksel açıdan $p > 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Tablo 4.21).

Tablodan da anlaşılabacağı üzere, örneklem grubunun balık yemesinin grup değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız grup t testi sonucundan, gruplar arasında istatistiksel açıdan $p > 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Tablo 4.21).

Tablodan da anlaşılabacağı üzere, örneklem grubunun et yemesinin, grup değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız grup t testi sonucundan, gruplar arasında hasta olmayan grubun daha fazla et yediğı ve istatistiksel açıdan $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür (Tablo 4.21).

Tablo 4.22. Katılımcıların Grup Değişkenine Göre Uyku Saatleri Arasındaki Farkın Anlamlılığı

		n	$\bar{x}$	SS.	t	SD.	p
Uyku saati	Hasta Olmayan	299	7,37	2,06	0,170	395	0,865
	Hasta Olan	98	7,34	1,37			

Tablodan da anlaşılabacağı üzere, örneklem grubunun uyku saatlerinin grup değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız grup t testi sonucunda, gruplar arasında istatistiksel açıdan $p > 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Tablo 4.23. Katılımcıların Grup Değişkenine Göre Yaşları Arasındaki Farkın Anlamlılığı

		n	$\bar{x}$	SS.	t	SD.	p
Yaş	Hasta Olmayan	300	31,04	11,64	-12,611	398	0,000
	Hasta Olan	100	48,06	11,84			

Yukardaki tablodan da anlaşılabacağı üzere, örneklem grubunun yaşlarının, grup değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız grup t testi sonucunda, gruplar arasında hasta olan grubun yaşlarının daha fazla ve istatistiksel açıdan $p < 0,05$ düzeyinde gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür.

Tablo 4.24. Katılımcıların Medeni Durumu ile Rahim Ağzı Kanseri Olan ve Olmayan Grupların Karşılaştırılması

		Hasta Olmayan		Hasta Olan		χ^2	p
		n	%	n	%		
Medeni Durum	Evli	186	62,2%	71	71,0%	35,650	0,000
	Bekar	88	29,4%	6	6,0%		
	Boşanmış	10	3,3%	4	4,0%		

	Toplam	265	2,49	2,62						
Et	Okur-yazar değil	59	2,05	2,14	G.Arası	116,992	5	23,398	3,077	0,010
	Okuryazar	20	1,95	2,06	G.İçi	2053,396	270	7,605		
	İlkokul	34	2,47	2,95	Toplam	2170,388	275			
	Ortaokul	31	2,26	2,28						
	Lise	46	3,30	3,08						
	Üniversite ve üzeri	86	3,52	3,14						
	Toplam	276	2,79	2,81						

Tablo 4.25’de özetlenen sonuçlar şöyledir;

Süt ve süt ürünleri kullanma puanları sıralamalar ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre farkı test etmek için uygulanan (ANOVA) analizi sonucuna göre grupların aritmetik ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çay içme puanları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. [$F=4,110$, $p<0,05$]. Post Hoc çoklu karşılaştırma tekniğinin kullanılması için ilk önce Levene’s testi ile grup dağılımlarının varyanslarının homojen olduğu kanısına varılmıştır ($p=0.159$). Scheffe testine göre okur-yazar olmayan grubun puanı diğer gruplardan daha çok olup, istatistiksel açıdan anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p<0.05$).

Kahve içme puanları sıralamalar ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre farkını test etmek için uygulanan (ANOVA) analizi sonucuna göre grupların aritmetik ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Balık yeme puanları sıralamalar ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre farkı test etmek için uygulanan (ANOVA) analizi sonucuna göre grupların aritmetik ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Et yeme puanları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir [$F=3,077$, $p<0,05$]. Post Hoc çoklu karşılaştırma tekniğinin kullanılması için ilk önce Levene’s testi ile grup dağılımlarının varyanslarının homojen olduğu kanısına varılmıştır ($p=0.092$). Scheffe testi sonucunda üniversite mezunu ve üzeri eğitimi olan grubun puanı diğer gruplardan daha çok bulunmuş olup istatistiksel açıdan anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p<0,05$).

Tablo 4.26 Katılımcıların Eğitim Durumu ile Rahim Ağzı Kanseri Olan ve Olmayan Grupların Karşılaştırılması

		Rahim Ağzı Kanserinin Varlığı				x²	p
		Evet		Hayır			
		n	%	n	%		
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	32	53,3%	25	62,5%	1,894	0,864
	Okuryazar	6	10,0%	2	5,0%		
	İlkokul	3	5,0%	3	7,5%		
	Ortaokul	4	6,7%	2	5,0%		
	Lise	8	13,3%	5	12,5%		
	Üniversite ve üzeri	7	11,7%	3	7,5%		
Toplam		60	100,0%	40	100,0%		

Örneklemin eğitim durumu ile rahim ağzı kanserini duyma durumunun karşılaştırılması için yapılan ki-kare testi sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.27. Katılımcıların Eğitim Durumu ile Sigara İçme Durumunun Karşılaştırılması

		Sigara İçme				x ²	p
		Evet		Hayır			
		n	%	n	%		
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	6	75,0%	51	55,4%	4,415	0,491
	Okuryazar	0	0,0%	8	8,7%		
	İlkokul	1	12,5%	5	5,4%		
	Ortaokul	1	12,5%	5	5,4%		
	Lise	0	0,0%	13	14,1%		
	Üniversite ve üzeri	0	0,0%	10	10,9%		
	Toplam	8	100,0%	92	100,0%		

Örneklemin eğitim durumu ile sigara kullanma durumunun karşılaştırılması için yapılan ki-kare testi sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.28. Katılımcıların Eğitim Durumu ile Nargile İçme Durumunun Karşılaştırılması

		Evet		Hayır		x ²	p
		n	%	n	%		
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	22	68,8%	35	51,5%	5,394	0,370
	Okuryazar	3	9,4%	5	7,4%		
	İlkokul	1	3,1%	5	7,4%		
	Ortaokul	0	0,0%	6	8,8%		
	Lise	4	12,5%	9	13,2%		
	Üniversite ve üzeri	2	6,3%	8	11,8%		
Toplam		32	100,0%	68	100,0%		

Örneklemin eğitim durumu ile nargile kullanma durumunun karşılaştırılması için yapılan ki-kare testi sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.29. Katılımcıların Eğitim Durumu ile Khat Çiğneme Durumunun Karşılaştırılması

		Evet		Hayır		x ²	p
		n	%	n	%		
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	34	58,6%	22	53,7%		
	Okuryazar	6	10,3%	2	4,9%		
	İlkokul	6	10,3%	0	0,0%		
	Ortaokul	2	3,4%	4	9,8%		
	Lise	8	13,8%	5	12,2%		
	Üniversite ve üzeri	2	3,4%	8	19,5%		
	Toplam	58	100,0%	41	100,0%	12,994	0,023

Örneklemin Khat çiğneme durumu ile eğitim durumunun karşılaştırılması için yapılan ki-kare testi sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Üniversite ve üzeri mezuniyeti olanların diğer gruplara göre Khat kullanımı azdır. Okur-yazar olmayan grupta Khat kullanımı diğer gruplara göre daha fazladır.

Tablo 4.30 Katılımcıların Eğitim Durumu ile HPV Hakkında Bilgi Durumunun Karşılaştırılması

		HPV Bilme				x ²	p
		Evet		Hayır			
		n	%	n	%		
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	1	20,0%	56	58,9%	14,755	0,011
	Okuryazar	0	0,0%	8	8,4%		
	İlkokul	1	20,0%	5	5,3%		
	Ortaokul	2	40,0%	4	4,2%		
	Lise	0	0,0%	13	13,7%		
	Üniversite ve üzeri	1	20,0%	9	9,5%		
	Toplam	5	100,0%	95	100,0%		

Katılımcıların HPV bilme durumu ile eğitim durumunun karşılaştırılması için yapılan ki-kare testi sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Üniversite ve üzeri mezunu olanların diğer gruplara göre HPV hakkında daha fazla bilgisi vardır. Okur-yazar olmayan grubun büyük bir kısmının HPV hakkında bilgisi yoktur.

4.31 Hasta Olmayan Grup

Tablo 4.31.1. Hasta Olmayan Grubun Yaşları ile HPV Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumunun Karşılaştırılması

			HPV Bilgisi					
			Evet		Hayır			
			n	%	n	%	x ²	p
Yaş Grupları	19 Yaş ve Altı		2	5,4%	33	12,6%		
	20-29,9		21	56,8%	124	47,3%		
	30-39,9		6	16,2%	53	20,2%		
	40-49,9		7	18,9%	39	14,9%		
	50-59,9		1	2,7%	8	3,1%		
	60 üzeri		0	0,0%	5	1,9%		
	Toplam		37	100,0%	262	100,0%	3,353	0,643

Katılımcıların yaşları ile HPV hakkında bilgi sahibi olma durumunun karşılaştırılması için yapılan ki-kare testi sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.31.2. Hasta Olmayan Grubun Çalışma Durumu ile HPV Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumunun Karşılaştırılması

		Evet		Hayır		x ²	p
		n	%	n	%		
Çalışma durumu	Ev hanımı	17	56,7%	182	76,8%	5,683	0,017
	Çalışıyor	13	43,3%	55	23,2%		
Toplam		30	100,0%	237	100,0%		

Katılımcıların HPV bilme durumu ile çalışma durumunun karşılaştırılması için yapılan ki-kare testi sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Ev hanımı olan grubun büyük bir kısmının HPV hakkında bilgisinin daha az olduğu görülmektedir.

Tablo 4.31.3 Hasta Olmayan Grubun Eğitim Durumu ile Aile Planlama Yöntemlerini Kullanma Durumunun Karşılaştırılması

		Evet		Hayır		x ²	p
		n	%	n	%		
Eğitim durumunuz	Okur-yazar değil	33	27,0%	29	42,0%	5,248	0,386
	Okuryazar	12	9,8%	4	5,8%		
	İlkokul	18	14,8%	10	14,5%		
	Ortaokul	17	13,9%	7	10,1%		
	Lise	18	14,8%	7	10,1%		
	Üniversite	24	19,7%	12	17,4%		

ve üzeri

Toplam	122	100,0%	69	100,0%
--------	-----	--------	----	--------

Katılımcıların aile planlama yöntemlerini kullanma durumu ile eğitim durumunun karşılaştırılması için yapılan ki-kare testi sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.31.4 Hasta Olmayan Grubun Eğitim Durumu ile Rahim Ağzı Kanseri Bilme Durumunun Karşılaştırılması

		Evet		Hayır		x ²	p
		n	%	n	%		
Eğitim durumunuz	Okur-yazar değil	31	15,1%	38	40,4%	46,763	0,000
	Okuryazar	16	7,8%	6	6,4%		
	İlkokul	19	9,3%	16	17,0%		
	Ortaokul	22	10,7%	11	11,7%		
	Lise	30	14,6%	16	17,0%		
	Üniversite ve üzeri	87	42,4%	7	7,4%		
	Toplam	205	100,0%	94	100,0%		

Katılımcıların rahim ağzı kanserini bilme durumu ile eğitim durumunun karşılaştırılması için yapılan ki-kare testi sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Üniversite ve üzeri mezunu olanların diğer gruplara göre rahim ağzı kanseri hakkında daha fazla bilgisi vardır.

Tablo 4.31.5 Hasta Olmayan Grubun Eğitim Durumu ile Sigara İçme Durumu Karşılaştırılması

		Evet		Hayır		x ²	p
		n	%	n	%		
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	9	39,1%	60	21,9%	15,511	0,008
	Okuryazar	1	4,3%	21	7,7%		
	İlkokul	7	30,4%	28	10,2%		
	Ortaokul	1	4,3%	31	11,3%		
	Lise	3	13,0%	43	15,7%		
	Üniversite ve üzeri	2	8,7%	91	33,2%		
	Toplam	23	100,0%	274	100,0%		

Katılımcıların sigara içme durumu ile eğitim durumunun karşılaştırılması için yapılan ki-kare testi sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Okuma yazması olmayan grubun diğer gruplara göre sigara kullanımı fazladır.

Tablo 4.31.6 Hasta Olmayan Grubun Eğitim Durumu ile Nargile İçme Durumunun Karşılaştırılması

		Evet		Hayır		x ²	p
		n	%	n	%		
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	10	15,4%	59	25,4%	10878	0,054
	Okuryazar	1	1,5%	21	9,1%		
	İlkokul	12	18,5%	23	9,9%		
	Ortaokul	9	13,8%	24	10,3%		
	Lise	13	20,0%	33	14,2%		
	Üniversite ve üzeri	20	30,8%	72	31,0%		
	Toplam	65	100,0%	232	100,0%		

Araştırmaya alınan kadınlarda nargile içme durumu ile eğitim durumunun karşılaştırılması için yapılan ki-kare testi sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.31.7 Hasta Olmayan Grubun Eğitim Durumu ile Khat Çiğneme Durumu Karşılaştırılması

		Evet		Hayır		x ²	p
		n	%	n	%		
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	47	30,3%	22	15,3%	34826	0,000
	Okuryazar	9	5,8%	13	9,0%		
	İlkokul	24	15,5%	11	7,6%		
	Ortaokul	23	14,8%	10	6,9%		
	Lise	24	15,5%	22	15,3%		
	Üniversite ve üzeri	28	18,1%	66	45,8%		
	Toplam	155	100,0%	144	100,0%		

Katılımcıların Khat çiğneyip çiğnememesi ile eğitim durumunun karşılaştırılması için yapılan ki-kare testi sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Okuma yazması olmayan grubun olanların diğer gruplara göre khat kullanımı fazladır.

Tablo 4.31.8 Hasta Olmayan Grubun Eğitim Durumu ile HPV Bilme Durumu Karşılaştırılması

		Evet		Hayır		x ²	p
		n	%	n	%		
Eğitim durumunuz	Okur-yazar değil	11	29,7%	58	22,2%	11899	0,036
	Okuryazar	1	2,7%	21	8,0%		

İlkokul	3	8,1%	32	12,3%
Ortaokul	0	0,0%	33	12,6%
Lise	4	10,8%	42	16,1%
Üniversite ve üzeri	18	48,6%	75	28,7%
Toplam	37	100,0%	261	100,0%

Örneklemin HPV Bilme Durumu ile Eğitim Durumunun karşılaştırılması için yapılan ki-kare testi sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Üniversite ve üzeri mezunu olanların diğer gruplara göre HPV hakkında daha fazla bilgisi vardır.

Tablo 4.31.9 Hasta Olmayan Grubun HPV Aşısı Yaptırma Durumu ile HPV Bilme Durumu Karşılaştırılması

HPV aşısını duydunuz mu		HPV Aşı yaptırma	
		n	%
	Evet	37	9,3%
	Hayır	363	90,8%
	Toplam	400	100,0%

Çalışma kapsamındaki kadınların HPV Aşısını Duyma Durumu ile Aşığı Yaptırıp Yapmama Durumunun karşılaştırılması için yapılan ki-kare testi sonucunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.32. Hasta Olan Grup

Tablo 4.32.1 Hasta Olan Grubun Yaşları ile HPV Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumunun Karşılaştırılması

HPV bilgi		Evet		Hayır		χ^2	p
		n	%	n	%		
Yaş Grupları	19 yaş ve altı	0	0,0%	1	1,1%	1,721	0,886
	20-29,9	0	0,0%	10	10,5%		
	30-39,9	1	20,0%	17	17,9%		
	40-49,9	2	40,0%	28	29,5%		
	50-59,9	2	40,0%	26	27,4%		
	60 yaş ve üzeri	0	0,0%	13	13,7%		
	Toplam	5	100,0%	95	100,0%		

Çalışma kapsamındaki kadınların yaşları ile HPV hakkında bilgi sahibi olma durumunun karşılaştırılması için yapılan ki-kare testi sonucunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.32.2 Hasta Olan Grubun Çalışma Durumu ile HPV Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumunun Karşılaştırılması

		Evet		Hayır		x ²	p
		n	%	n	%		
Çalışma durumu	Ev hanımı	3	60,0%	84	89,4%	3,842	0,050
	Çalışıyor	2	40,0%	10	10,6%		
	Toplam	5	100,0%	94	100,0%		

Katılımcıların HPV Bilme Durumu ile Çalışma Durumunun karşılaştırılması için yapılan ki-kare testi sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Ev hanımı olan grubun büyük bir kısmının HPV hakkında bilgisinin daha az olduğu görülmektedir.

Tablo 4.32.3 Hasta Olan Grubun Eğitim Durumu ile Aile Planlama Yöntemlerini Kullanma Durumunun Karşılaştırılması

		Evet		Hayır		x ²	p
		n	%	n	%		
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	21	44,7%	29	76,3%	14,692	0,012
	Okuryazar	6	12,8%	1	2,6%		
	İlkokul	2	4,3%	3	7,9%		
	Ortaokul	3	6,4%	3	7,9%		
	Lise	10	21,3%	2	5,3%		
	Üniversite ve üzeri	5	10,6%	0	0,0%		
	Toplam	47	100,0%	38	100,0%		

Araştırmaya alınan kadınların Aile Planlama Yöntemlerini Kullanma Durumu ile Eğitim Durumunun karşılaştırılması için yapılan ki-kare testi sonucuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Günümüzde erken tanı ile önlenabilir, tedavi edilebilir ve yavaş seyirli olmasına rağmen, rahim ağzı kanserinden kaynaklanan ölümlerin görülüyor olması önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımızda durmaktadır. Gelişmiş ülkelerde rutin tarama hizmetleri ve Human Papilloma Virüs (HPV) aşılması nedeniyle rahim ağzı kanseri insidansı azalmıştır; önleme programlarındaki eksiklik nedeniyle düşük ve orta gelirli ülkelerde % 90 gibi yüksek oranlarda görülmektedir. Yemenli kadınların rahim ağzı kanseri ile ilgili bilgi, tutum ve uygulamaları hakkında ulaşılabilen kaynaklarda mevcut bir veriye ulaşılamamıştır. Yapılan bu çalışma sonucunda elde edilen bulgular uluslararası diğer çalışmalarla birlikte incelenerek tartışılmıştır.

Rahim Ağzı Kanseri Hakkında Bilgi:

1. Kadınların rahim ağzı kanserini duyup duymadıkları

Rahim ağzı kanseri ile ilgili yapılan benzer çalışmalarda, rahim ağzı kanserini duyduunuz mu sorusuna verilen cevaplar farklı düzeylerde olmakla birlikte Nijerya/Afrika'da tüm (%100) katılımcılar en yüksek oranla rahim ağzı kanserini duyduğunu (Toye ve ark, 2017), Gabon/Orta Afrika 'daki kadınlar ise % 91,6 oranla bu hastalığı duyduğunu belirtmiştir (Assoumou ve ark, 2015). Kadın sağlık çalışanları ile yapılan başka bir çalışmada % 89,9'luk bir oran izlenmiştir (Hando ve ark, 2018). Diğer çalışmalarda bulunan sonuçlar Malezya'daki eczacılık öğrencileri % 87,0;(Maharajan ve ark, 2017), Adama Town/ Etiyopya % 84,4 ve İtalya % 83,0 şeklindedir (Donati ve ark, 2012; Kassa ve ark, 2019). Kamboçya'da ise, kadınların % 74,0'ı bunu duyduklarını ifade etmişlerdir (Touch ve Oh, 2018). Güney Afrika'da 440 üniversite öğrencisinin% 58'i, Limpopo/ Güney Afrika'da ise 1546 kadının sadece% 38'i rahim ağzı kanserini duymuştur (Hoque ve ark, 2013; Ramathuba ve ark, 2016). Hindistan'da Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin % 30,61'i ve Carlos/ Kosta Rika'da lise öğrencilerinin % 30,8'i (Carlson ve Gonzalez, 2014; Manikandan ve ark, 2019), Antalya'da ise % 17,3'ü bu konuda bilgi sahibidir (Gümüş Öncel, 2016). Çalışmamızda hasta olmayanların % 68,7'si ve hastaların % 60'ı bu hastalığı duyduklarını ifade etmiş olup, bu da sonuçların ortalama değerlerde olduklarını göstermektedir.

2. Bilgi Kaynağı

Bu konuda Gabon/Orta Afrika (Assoumou ve ark, 2015), Hosana/Güney Etiyopya (Yitagesu ve ark, 2017), Diyarbakır/Türkiye (Baran, 2013), Nijerya (Toye ve ark, 2017) ve İstanbul Onkoloji Merkezi'nde yapılan çalışmalar, hastaların büyük çoğunluğunun sağlık çalışanlarından bilgi aldığını göstermektedir (Günaydın, 2013). Adama Town/ Etiyopya yapılan bir araştırmada ise, katılımcıların % 46,9'luk bir kesimi bilgileri medyadan aldıklarını belirtmişlerdir (Kassa ve ark, 2019). Sana'a'da bizim çalışmamızda kadınların yaklaşık % 23'ü rahim ağzı kanseri hakkındaki bilgileri arkadaşlarından aldıklarını ifade etmişlerdir.

3. Rahim ağzı kanserinin ölümcül bir hastalık olarak görülüp görülmediği

Çalışmamızda hasta olmayanların % 58'i kanserin ölümcül bir hastalık olduğuna inanırken, hastaların sadece % 38'i ölümcül olduğuna inanmaktadır. Hosana/Güney Etiyopya'da, yapılan bir çalışmada da 583 kadının dörtte biri ölümcül bir hastalık olduğuna inandıkları belirtmiş olup bulgular bizim elde ettiğimiz sonuçları destekler niteliktedir (Yitagesu ve ark, 2017).

4. Katılımcıların akrabalarında kanser olgularının olup olmadığı

Ailede rahim ağzı kanseri olan bir hastanın varlığı ile ilgili olarak, çalışmamızda bulunan oranlar Ankara, Diyarbakır ve Antalya'da yapılan benzer çalışmalara yakındı. Ankara'da en yüksek oran (% 15,7) (G. B. Acar, 2014) bulunmuş olup, bunu Diyarbakır (% 9,4) ve Antalya (% 4,35) takip etmektedir (Baran, 2013; Gümüş Öncel, 2016). San'a'daki bizim çalışmamızda bu oran hasta olmayan grupta % 7, hasta olan kadınlarda % 23'tür. Bu da genetik faktörler rahim ağzı kanserinde önemli bir rol oynadığı için beklenen bir sonuçtur.

5. Rahim ağzı kanserinin nedenlerini bilmesi

Rahim ağzı kanseri nedenleri hakkında bilgi açısından, çalışmamızdaki sonuçlar şöyledir: Kadınların % 76'sından fazlası rahim ağzı kanserinin nedenlerini bilmemektedir. Bilgi sahibi olduğunu belirten kişilerin de sigara içme, servikal ülser veya kişisel hijyeni ihmal ettiği görülmektedir. Bu sonuçlar, Tunus ve Uganda'da yapılan bir araştırmanın sonuçlarına çok yakın değerlerdedir (Gamaoun, 2018;Ndejjo ve ark, 2017). San Carlos'ta lise öğrencileri ve Suudi Arabistan Krallığı'ndaki sağlık çalışanları ile yapılan çalışmalarda, rahim ağzı kanserinin sayılan nedenleri % 37 ve % 8,9 ile çoklu cinsel partnerlerdir (Carlson ve Gonzalez, 2014; Heena ve ark, 2019).

6. Rahim ağzı kanserini önlemeyi bilmesi

Bizim araştırmamızda rahim ağzı kanseri hakkındaki önlemlerin kadınlarca bilinmesi hasta olmayan örneklerde % 68,7 oranında iken buna en yakın sonuç % 74,4 ile Malezya'da yapılan bir çalışmada görülmüştür (Maharajan ve ark, 2017). Hosana/Güney Etiyopya'da yapılan bir başka çalışmada % 50, Adama Town/ Etiyopyada ise katılımcıların % 59 (Kassa ve ark, 2019; Yitagesu ve ark, 2017), Nijerya'da % 95,2'u rahim ağzı kanserini önlenme olasılığı konusunda evet cevabı vermiştir (Toye ve ark, 2017).

7. Önleme yöntemlerini bilmesi

Önleme yöntemlerine ilişkin olarak, bizim yaptığımız çalışmada katılımcıların sadece % 13'ü erken teşhis cevabı verirken, bu oran Hosan'da aynı konuda yapılan başka bir çalışmada % 49,4'tür (Yitagesu ve ark, 2017). Nijerya'da yanıt verenler arasında en yaygın olarak bilinen rahim ağzı kanserini önleme yöntemi % 91,4 oran ile Pap smear (Toye ve ark, 2017) idi.

Bilgi ve Uygulamalar Pap-Smear Testi

Gelişmekte olan birçok ülkede, kadınların rahim ağzı kanseri ve önleyici tedbirler hakkındaki bilgileri sınırlıdır. Buna ek olarak, düşük gelirli ülkelerde rahim ağzı kanseri tarama oranı da düşüktür. Örneğin, yapılan araştırmalar Kuzey Kore'deki kadınların sadece % 13-29'unun, Gabon'da % 28, Hindistan % 15, Malezya % 26, Nepal'de % 32'sinin serviks kanseri taramasından haberdar olduğunu bildirmiştir. Tayland'da % 36'sı HPV aşısının farkındadır (Touch ve Oh, 2018).

1. Kadınların Pap-Smear Testini duyup duymaması

Pap-Smear testini kadınların duyup duymadıklarına gelince, örneklemimizde hasta olmayanlar % 32, hasta kadınlar % 59 oranında duymuş iken, İtalya % 92 ile en yüksek bilgi düzeyi ortalamasına sahip olup, Güney Afrika'da öğrencilerin yarısından fazlası % 55,2 (Hoque ve ark, 2013), Hindistan'da % 2'si duymuştur (Donati ve ark, 2012; Manikandan ve ark, 2019). Çalışmamıza en yakın sonuç, % 34'le Kamboçyada görülmüştür (Touch ve Oh, 2018).

2. Pap-Smear Testinin uygulanıp uygulanmadığı

Test uygulama düzeyine gelince, % 95 ile İsveç'te, % 93'le ABD'de ve % 67 oran ile Nijerya'da kadınlar hayatlarında en az bir kez muayene olmuştur (Ideström ve ark, 2002; Sirovich ve Welch, 2004; Toye ve ark, 2017). Bizim çalışmamız ise, hasta olmayanların sadece % 7'sinin ve hastaların % 49'unun muayene olduğunu ortaya

koymaktadır. Benzer sonuçlar, 1546 kişiden sadece% 3,2'sine Pap smear testinin uygulandığı Güney Afrika'da bulunmuştur. (Ramathuba ve ark, 2016). Bu sonuçlar, ekonomik durumdaki farklılıkların kişilerin hastalıklar ve nedenleri hakkındaki bilgi düzeyi üzerinde etkili olduğunu bize göstermektedir.

HPV Enfeksiyonu Hakkında Bilgi

1. Kadınların HPV enfeksiyonunu duyup duymadığı ile ilgili bulgular

HPV enfeksiyonu hakkındaki bilgi düzeyi ile ilgili olarak, çalışmamızda hasta olmayanların yalnızca % 5'i ve hastaların % 12'si virüsü duyduğunu belirtmiş olup bu da hastalık hakkındaki bilgi düzeyinin oldukça düşük olduğunu ortaya koymaktadır. Yapılan diğer bir çalışmada en düşük oran % 27 bulunmuştur (Hando ve ark, 2018).

2. HPV yayılma yollarının bilinip bilinilmemesi

HPV'nin bulaşma yöntemleri hakkında bilgi, hasta kadınlar arasında oldukça düşüktür. Zira kadınların % 54'ü hastalığın bulaşma yollarını bilmemektedir. Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda bizim bulgularımızı destekler niteliktedir. Örneğin, Almanya'daki profesyonel okulların üzerinde yapılan bir çalışma, % 68,3'ün bulaşma şekillerini bilmediğini; benzer şekilde Tunus'ta yapılan bir başka çalışmada, kadınların % 35'inin virüsün bulaşma yöntemleri konusunda bilgisiz olduğunu göstermektedir (Blödt ve ark, 2012; Gamaoun, 2018).

3. HPV'nin rahim ağzı kanserine neden olabileceğini bilmesi

HPV ve rahim ağzı kanseri arasındaki nedensel ilişki bilgisine gelince, Güney Afrika'daki 440 kız öğrenciden sadece 12'si (% 12,5) bunu bilmıştır (Hoque ve ark, 2013). Araştırma örnekleminde sonuçlar hasta ve hasta olmayanlar arasında % 23'le birbirine yakın çıkmıştır. Malezya % 81,1, İtalya % 66 ve Gabon'daki % 65'lik oranlar, diğer çalışmaların sonuçlarıyla karşılaştırıldığında düşük düzeyde kalmaktadır (Assoumou ve ark, 2015; Donati ve ark, 2012; Maharajan ve ark, 2017).

HPV aşısı bilgi ve uygulamaları.

1. HPV aşısının duyulup duyulmadığı

HPV aşısı hakkında bilgi, araştırmamızda hasta olan ve olmayanlar arasında % 9'la düşük düzeyde kalırken, Gabon'da % 8,8; Hindistan'da % 2,2'lik sonuçlar da bizim bulgularımızı desteklemektedir (Assoumou ve ark, 2015; Manikandan ve ark, 2019). Öte yandan, Almanya'da yapılan bir araştırmada, aşı hakkındaki bilgi düzeyi % 91,5' bulunmuştur (Blödt ve ark, 2012).

2. HPV aşısı uygulaması

Çalışmamıza katılan 400 kadına herhangi bir virüs aşısı yapılmadığı tespit edilmiştir. Aşı yapılmama nedenleri göz önüne alındığında, cevapların çoğu aşı hakkında hiçbir bilgilerinin olmadığı doğrultusundaydı. Suudi Arabistan'da sağlık çalışanlarına yönelik benzer bir çalışmada kadınların sadece % 5,6'sına aşı yapıldığı görülmüştür (Heena ve ark, 2019).

3. HPV yayılma yollarının bilinip bilinmediği

HPV'nin bulaşma yöntemleri hakkında bilgi, hasta kadınlar arasında oldukça düşüktür. Zira kadınların % 54'ü hastalığın bulaşma yollarını bilmemektedir. Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda bizim bulgularımız destekler niteliktedir. Örneğin, Almanya'daki profesyonel okullarda yapılan bir çalışma, % 68.3'ün bulaşma şekillerini bilmediğini; benzer şekilde Tunus'ta yapılan bir başka çalışmada, kadınların % 35'inin virüsün bulaşma yöntemleri konusunda bilgisiz olduğunu göstermektedir (Blödt ve ark, 2012; Gamaoun, 2018).

HPV ile ilgili bilgi/eğitim almak isteyip istemedikleri

Çalışmamızda kadınların büyük bir kısmı virüs, aşı ve rahim ağzı kanseri hakkında bilgi almak istediğini söylemiştir. Bu oran, hem Ankara (T.C.) hem de Hosana'da /Güney Etiyopya yapılan bir çalışmada elde edilen sonuçlardan daha yüksektir (Acar, 2014; Yitagesu ve ark, 2017). Bilgi almak için en çok arzu edilen kaynak olarak doktorlar belirtilmektedir.

Yaş ve HPV hakkında bilgi düzeyi arasındaki ilişki

Çalışmamızda, HPV bilgi düzeyi açısından hasta olan ve olmayan gruplarda gruplarda istatistiksel endikasyon olmadığı için yaş açısından büyük bir fark ortaya çıkmadı. Ancak bu durumun başka araştırmalarla teyit edilmesi gerekmektedir.

Eğitim durumu ve HPV hakkında bilgi düzeyi arasındaki ilişki

Kadınlarda eğitim seviyesinin yükselmesine bağlı olarak virus hakkındaki duyum, bilgi ve farkındalığın arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamızda ulaştığımız sonuçlar, eğitim seviyesinin virüs bilgisi üzerindeki etkisi üzerine yapılan diğer çalışmalarla uyushmaktadır (Blödt ve ark, 2012; Tiro ve ark, 2007).

SONUÇ ve ÖNERİLER

Genel olarak, rahim ağzı kanseri, Pap smear testinin uygulanmasını ve HPV aşılmasını içeren yöntemlerle önlenebilecek hastalıklardan biridir. Bu yöntemler, bunları uygulayan gelişmiş ülkelerdeki olgu ve ölüm sayısını azaltarak etkinliklerini kanıtlamıştır. Çalışmamızda rahim ağzı kanseri ve önleme yolları hakkında düşük düzeyde farkındalık gözlenmiştir. Bu sonuç, bir yandan gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde hizmetlere kolayca erişilememesi ile açıklanırken diğer yandan toplumun düşük farkındalık ve bilgisinin olduğu gelişmekte ülkelerin sonuçlarıyla örtüşmektedir. Bu doğrultuda çalışmamızda iki eksenle çalışma yapılmasını öneriyoruz;

Birincisi; 30 ile 65 yaş arası kadınlar için her üç yılda bir periyodik smear kontrol hizmetleri sağlamak ve kolaylaştırmak ve bunu üreme sağlığı programlarına katmaya çalışmaktır. Yanısıra HPV aşısı sağlamak ve genişletilmiş aşı programına bunu dahil etmektir.

İkinci eksen; eğitim ve farkındalık yönü olup başlıca iki grup içerir. Birinci grup sağlık personelidir. Sağlık hizmeti sunucuları, kadınların sağlığını geliştirme ve hastalığı önleme konusunda proaktif olmalıdır. Bu nedenle, sadece rutin rahim ağzı kanseri taraması ve önleyici yöntemlerin öneminin farkında olmakla kalmayıp aynı zamanda kadınların tarama hizmetlerinin daha iyi uygulanmasını amaçlayan bir tutum değişikliği geliştirmeleri hakkında bilgilendirilmelerini sağlamalıdır. İkinci grup topluluktur ve yapılan bu çalışma kadınların rahim ağzı kanseri ve önleme yolları hakkında bilgilenme arzusu içinde olduğunu göstermiştir. Bilgiye erişimi kolaylaştırarak, sağlık ve üreme hizmetleri merkezlerinde, okullarda hastalık hakkında bilinçli programlar ve eğitim oturumları düzenleyerek kadınların isteğinin yerine getirilmesi, bunun yanısıra halk sağlığı hizmet sunumunda öncelikli konular arasına alınması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- Acar, G. B. (2014). Reprodüktif dönemdeki kadınların serviks kanseri taramasına yönelik sağlık inanışları ve etkileyen faktörler. Yüksek lisans tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi.
- Acar, N. (2014). Birinci basamakta çalışan hekim ve aile sağlığı elemanlarının serviks kanseri ile Human Papilloma Virüs aşısına ilişkin bilgi düzeyler. Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi.
- ACS. (2019a). Risk factors and causes of cancers in young adults. The American Cancer Society medical and editorial content team, cancer.org | 1.800.227.2345.
- ACS. (2019b). Determining if something is a carcinogen. The American Cancer Society medical and editorial content team, May 17, 2019, <https://www.cancer.org/cancer/cancer-causes/general-info/determining-if-something-is-a-carcinogen.html> Erişim tarihi: 8.11.2019.
- ACS. (2019c). Cancer facts and statistics. American Cancer Society 2019, <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics.html>, Erişim tarihi: 25.7.2020.
- Akdeniz, M. ve Kavukcu, E. (2016). Çocuklarda aşılama. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi Cilt: 8 Sayı: 2 Mart - Nisan 2016, 48–58.
- Akın, S., Demirok, A., Yardım, N. ve Öncül, H. (2007). 21 Hedef'te Türkiye: Sağlıkta gelecek. T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No : 711 HM Yayın No: SB HM-2007/13. Ankara, Türkiye.
- Akinyemiju, T. (2012). Socio-economic and health access determinants of breast and cervical cancer screening in low-income countries: analysis of the world health survey. PLoS One, 7, 48834. PLOS ONE | www.plosone.org, November 2012 | Volume 7 | Issue 11 | e48834, 7(11).
- Al Rifai, R. O. ve Nakamura, K. (2015). Differences in breast and cervical cancer screening rates in Jordan among women from different socioeconomic strata: Analysis of the 2012 population-based household survey. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 16(15), 6697–6704.
- Anand, P., Kunnumakara, A., Sundaram, C., Harikumar, K., Tharakan, S., Lai, O.,

- Aggarwal, B. (2008). Cancer is a preventable disease that requires major lifestyle changes. *Pharmaceutical Research*, No. 9, September 2008, 25(9), 2097–2116.
- Assoumou, S. Z., Mabika, B. M., Mbiguino, A. N., Mouallif, M., Khattabi, A. ve Ennaji, M. M. (2015). Awareness and knowledge regarding of cervical cancer, Pap smear screening and human papillomavirus infection in Gabonese women. *BMC Women's Health*, 15(1), 1–7.
- Avcı, İ. A., Altay, B., Rızalar, S., Özdelikara, A. ve Öz, H. (2015). Kadınların meme ve servikal kanser taramalarına yönelik tutumları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 14(3), 235–239.
- Aydiner, A. ve Taş, F. (2000). Kanserın nedenleri sigara ve kaser ilişkisi diyet ve kanser. klinik onkoloji kitabı, Erken Topuz , Adnan Aydiner , Ahmet Nafiz İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü, 2000 yayın Yeri: İstanbul içinde (ss. 54–69).
- Baran, M. (2013). Meme ve serviks kanseri konusunda kadınların bilgi ve bilinç düzeyleri. Yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi.
- Baysal, S. (2018). Edirne merkez ilçede sosyoekonomik düzeyi farklı iki mahallede yaşayan erişkin kadınlarda kanser risk algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışı. Uzmanlık Tezi, Trakya üniversitesi.
- Bharti, A. H., Chotaliya, K. ve Marfatia, Y. S. (2013). An update on oral human papillomavirus infection. *Indian Journal of Sexually Transmitted Diseases and AIDS* 2013; Vol. 34, No. 2, 34(2), 77–82.
- Blödt, S., Holmberg, C., Müller-Nordhorn, J. ve Rieckmann, N. (2012). Human Papillomavirus awareness, knowledge and vaccine acceptance: A survey among 18-25 year old male and female vocational school students in Berlin, Germany. *European Journal of Public Health*, Vol. 22, No. 6, 808–813
- Boruto, F. ve Ridder, M. (2012). HPV and cervical cancer achievements in prevention and future prospects. *Springer Science and Business Media*, 2012. 96.
- Bray, F., Ferlay, J. ve Soerjomataram, I. (2018). Global cancer statistics 2018 : GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *A Cancer Journal for Clinicians*, CLIN 2018;68:394–424
- Cancer.Net. (2018). Understanding Cancer Risk. <https://www.cancer.net/navigating-cancer-care/prevention-and-healthy-living/understanding-cancer-risk> Cancer.Net Editorial Board, 03/2018. Erişim tarihi: 19.11.2019.
- Carlson, L. ve Gonzalez, S. (2014). Knowledge of cervical cancer pathology of high

- school students in San Carlos, Costa Rica. ISSN-0034-7744) Vol. 62 (3): 877-886, September 2014
- CDC. (2019). Basic information about gynecologic cancers. Centers for disease control and prevention, content source: division of cancer prevention and control, page last reviewed: August 7, 2019 Erişim tarihi: 19.12.2019, https://www.cdc.gov/cancer/gynecologic/basic_info/.
- Cohen, P. A., Jhingran, A., Oaknin, A. ve Denny, L. (2019). Cervical cancer. The Lancet, Vol 393 January 12, 2019, 393(10167), 169–182.
- Danaei, G., Vander Hoorn, S., Lopez, A. D., Murray, C. J. L. ve Ezzati, M. (2005). Causes of cancer in the world: Comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. Lancet 2005; 366: 1784–93, 366(9499),
- Demir Avcı, Y. (2016). Kişisel sağlık sorumluluğu. TAF Preventive Medicine Bulletin, 15(3), 259–266.
- Deriemaeker, H., Michielsen, D., Reichman, G., Devroey, D. ve Cammu, H. (2014). Knowledge about human papillomavirus and the human papillomavirus vaccine in Belgian students. Central European Journal of Urology, Urol 2014; 67(4), 410–417.
- Donati, S., Giambi, C., Declich, S., Salmaso, S., Filia, A., Atti, M. L., Di Pierro, C. (2012). Knowledge, attitude and practice in primary and secondary cervical cancer prevention among young adult Italian women. www.elsevier.com/locate/Vaccine 30 (2012) 2075– 2082, Elsevier
- Donovan, E. K. (2017). Epidemiology of gynecologic cancers. Medpage today, Focus on Ovarian Cancer Reviewed by Bradley J. Monk, MD, FACS, FACOG Published: November 08, 2017, Erişim tarih: 19.12.2019. <https://www.medpagetoday.com/resource-centers/focus-ovarian-cancer/epidemiology-gynecologic-cancers/1540> adresinden erişildi.
- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., Forman, D. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide : Sources , methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. IJC International Journal of Cancer,; 136, 386, E359–E386.
- Gamaoun, R. (2018). Awareness and knowledge about cervical cancer prevention methods among Tunisian women. Journal of Preventive Medicine and Hygiene, 2018; 59: E30-E35, 59(1)
- Gatumo, M., Gacheri, S., Sayed, A. R. ve Scheibe, A. (2018). Women’s knowledge and

- attitudes related to cervical cancer and cervical cancer screening in Isiolo and Tharaka Nithi counties, Kenya: A cross-sectional study. *BMC Cancer* (2018) 18:745, 18(1), 1–9.
- Gökaslan, H. ve Uyar, E. E. (2004). PAP smear ile servikal kanser taraması. *Türk Aile Hek Derg* 2004, 8(3), 105–110.
- Gümüş Öncel, E. (2016). Aile hekimliği polikliniğine başvuran 21 yaş ve üstü kadınların serviks kanseri taraması konusundaki bilgi ve 21 yaş ve üstü kadınların serviks kanseri. Uzmanlık Tezi, Akdeniz Üniversitesi.
- Günaydın, C. (2013). Ailesinde servikal kanser olan ve olmayan kadınların erken tanılama konusundaki davranışları. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi.
- Hando, K., Luangxay, T., Vilayvong, S., Vongdala, C., Vongsonephet, K., Xayaphet, P., Sawabe, M. (2018). Knowledge and attitude toward cervical cancer and its prevention among female workers in the Vientiane Capital, Lao PDR Kiyomi. *J Med Dent Sci* 2018 ; 65 : 9–18.
- Hecht, S. s. (2012). Etiology of cancer: Tobacco. *Cancer principles & practice of oncology*, editor: Devita, Hellman & Rosenbberg içinde (ss. 147–153).
- Heena, H., Durrani, S., Alfayyad, I., Riaz, M., Tabasim, R., Parvez, G. ve Abu-shaheen, A. (2019). Knowledge, attitudes and practices towards cervical cancer and screening amongst female healthcare professionals A cross-sectional study. *Journal of Oncology* Volume 2019, Article ID 5423130, 9 pages.
- Hildesheim, A. ve Zelmanowicz, A. (2004). Family history of cancer as a risk factor for cervical carcinoma: a review of the literature. *Journal Papillomavirus Report* Volume 15, 2004 - Issue 3, 15(3), 113–120.
- Hoque, M. E., Ghuman, S. ve Hal, G. Van. (2013). Human papillomavirus vaccination acceptability among female university students in South Africa. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, Vol 14, 2013, 4865–4869.
- Hysteroscopy Newsletter. (2019). Uterine Cervix. <https://hysteroscopynewsletter.com/2019/03/14/uterine-cervix/> Erişim tarihi: 8.11.2019.
- IARC. (2020). List of Classifications by cancer sites with sufficient or limited evidence in humans, Volumes 1 to 127. International Agency for Research on Cancer , IARC 1965-2020 .Adapted from Table 4 in Cogliano et al. (2011), 1–9.
- Ideström, M., Milsom, I. ve Andersson-Ellström, A. (2002). Knowledge and attitudes

- about the Pap-smear screening program: A population-based study of women aged 20-59 years. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 81(10), 962–967.
- Jassim, G., Obeid, A. ve Al Nasheet, H. A. (2011). Knowledge, attitudes, and practices regarding cervical cancer and screening among women visiting primary health care Centres in Qatar. *Eastern Mediterranean Health Journal La Revue de Santé de la Méditerranée orientale, EMHJ* , Vol. 17 No. 11 , 2011.
- Jradi, H. ve Bawazir, A. (2019). Knowledge , attitudes , and practices among Saudi women regarding cervical cancer, human papillomavirus (HPV) and corresponding vaccine. *elsevier, vaccine*(2019), 37, 530–537.
- Kanbur, A. ve Çapık, C. (2011). Servikal kanserden korunma erken tanı-tarama yöntemleri ve ebe/hemşirenin rolü. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* (2011) 61-72.
- Kassa, R. T., Gurmessa, T. O., Lemma, T. F. ve Abebe, W. S. (2019). Cervical cancer and screening method: knowledge , attitude and practice in Adama Town. *J Women's Health Care* 2019, 8(2), 1–9.
- Kuzu, O. (2018). HPV enfeksiyonunda ve servikal kanser progresyonunda interlökin-10 'un rolü. *Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi*.
- Lukaszuk, K., Wozniak, I., Sliwinski, W. ve Emerich, J. (2004). HPV and histological status of pelvic lymph node metastases in cervical cancer: a prospective study. *Published by group.bmj.com, J Clin Pathol* 2004, 472–477.
- Maharajan, M. K., Rajiah, K., Sze Fang, K. N. ve Lui, L. Y. (2015). Cervical cancer prevention in Malaysia: knowledge and attitude of undergraduate pharmacy students towards human papillomavirus infection, screening and vaccination in Malaysia. *Journal of Cancer Education*, 32(1), 166–174.
- Manikandan, S., Behera, S., Naidu, N. M., Angamuthu, V., Farooq, O., Mohammed, B. ve Debata, A. (2019). Knowledge and awareness toward cervical cancer screening and prevention among the professional college female students, India. *Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences*, Wednesday, May 29, 2019, S314-320.
- Markovic, N. & O. (2008). What every woman should know about cervical cancer. 2008 Springer Science + Business Media B.V, Library of Congress Control Number: 2008925103, springer.com, ISBN 978-1-4020-6936-9. <http://www.ghbook.ir/index.php>, component adresinden erişildi.
- Mavi, S. (2012). Üniversite kız öğrencilerinin jinekolojik kanserlerden korunma ile

- ilgili bilgi ve davranışlarının belirlenmesi.Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
- Mayr, N. A., Jr, W. S. ve Gaff, D. K. (2011). Cervical cancer. Lu J., Brady L. (eds) Decision Making in Radiation Oncology. Medical Radiology, vol 0. Springer, Berlin, Heidelberg.
- Montgomery, M. P., Dune, T., Shetty, P. K. ve Shetty, A. K. (2015). Knowledge and acceptability of human papillomavirus vaccination and cervical cancer screening among women in Karnataka, India. *Journal of Cancer Education*,(2015), 30(1), 130–137.
- Moyar, V. (2012). Screening for cervical cancer: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Annals of Internal Medicine* Volume 156 Number 12.
- Mutambara, J., Mutandwa, P., Mahapa, M., Chirasha, V., Nkiwane, S. ve Shangahaidonhi, T. (2017). Knowledge , attitudes and practices of cervical cancer screening among women who attend traditional churches in Zimbabwe. *Journal of Cancer Research and Practice* 4 (2017), 4(2), 53–58.
- NCBI. (2020). Cervical Cancer Treatment. National Center for Biotechnology Information, PDQ® Adult Treatment Editorial Board. PDQ Cervical Cancer Treatment. Bethesda, MD: National Cancer Institute. 2020. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65985/> Erişim tarihi: 24.7.2020.
- NCCC. (2019). Gynecologic cancer awareness month. National Cervical Cancer Coalition,2019. <https://www.nccc-online.org/gynecological-cancer-awareness-month/> Erişim tarihi: 29.7.2019.
- NCI. (2015). Understanding cancer. National Cancer Institute, understanding/what-is-cancer, February 9, 2015, <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>. Erişim tarihi : 24.10.2019.
- NCI. (2020). Cancer prevention overview (PDQ®)–Patient Version. National Cancer Institute, PDQ® Screening and Prevention Editorial Board. PDQ Cancer Prevention Overview. Bethesda, MD: National Cancer Institute, 2020.
- Ndejjo, R., Mukama, T., Kiguli, J. ve Musoke, D. (2017). Knowledge, facilitators and barriers to cervical cancer screening among women in Uganda: A qualitative study. *BMJ Open* 2017, 7(6), 1–8.
- Nwankwo, K. C., Aniebue, U. U., Aguwa, E. N. ve Anarado, A. N. (2011). Knowledge attitudes and practices of cervical cancer screening among urban and rural Nigerian

- women : a call for education and mass screening. *European Journal of Cancer Care*, 2011, 20, 362–367.
- Önal, B. (2018). Kadınların sağlık sorumluluğu ile serviks kanseri erken tanıma yönelik tutumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ortak yüksek lisans programı, Yozgat Bozok Üniversitesi-Kırıkkale Üniversitesi.
- Örenli, G. (2015). İlköğretim ikinci kademedeki öğrenim gören kız öğrencilerin annelerinin rahim ağzı kanseri ve HPV aşısı konusunda bilgi tutum davranışları. Yüksek lisans tezi, Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Özgül, N. (2009). Türkiye'de kanser kontrolü. Türkiye'de serviks kanserinin durumu ve yapılan servikal kanser tarama çalışmaları. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı. ISBN: 978-975-590-300-2 Bakanlık Yayın Numarası: 777 Aralık 2009 / Ankara.
- Öztekin, Z. ve Kubilay, G. (2011). Toplum Sağlığı Hemşireliği. ISBN:9789758982080. Ankara.
- Ramathuba, D. U., Ngambi, D., Khoza, L. B., Ramakuela, N. J. ve Science, N. (2016). Knowledge, attitudes and practices regarding cervical cancer prevention at Thulamela Municipality of Vhembe District in Limpopo Province. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine* ISSN: 2071-2936, 1–7.
- Reis, N., Beji, N. K. ve Kiliç, D. (2011). Risk factors for cervical cancer : results from a hospital-based case-control study. *International Journal of Hematology and Oncology*, 21, 153–160. doi:10.4999/uhod.09061
- Salazar, J., Vásquez, F. ve Garcia, A. (2017). *Cervical Cancer* (Springer). Switzerland.
- Saslow, D., Runowicz, C. ve Solomon, D. (2002). American cancer society guideline for the early detection of cervical neoplasia and cancer, (May), 342–362.
- Savaş Çikme, V. (2016). Farklı meslek gruplarındaki kadınların HPV, servikal kanser ve Pap smear testi bilgi düzeyi ile davranışlarının belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi.
- Schwaiger, C., Aruda, M., Lacoursiere, S. ve Rubin, R. (2012). Current guidelines for cervical cancer screening. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 00 (2012) 1–8, 1–8.
- Selman, Ş. B. (2012). Üreme sağlığı ve sağlıklı annelik. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Aile Eğitim Programı, İstanbul, 2012, s.65; Editör Hatice Işılak Durmuş.

- Shavers, V. L. ve Brown, M. L. (2002). Racial and ethnic disparities in the receipt of cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, Vol. 94, No. 5, March 6, 2002,
- Siegel, R., Naishadham, D. ve Jemal, A. (2012). *Cancer Statistics, 2012*. American Cancer Society, *Cancer Journal for Clinicians*, J Clin 2012;62:10–29.
- Sirovich, B. E. ve Welch, H. G. (2004). The frequency of Pap smear screening in the United States. *Journal of General Internal Medicine*, 2004;19:243–250.
- Smith, J. S., Green, J., Gonzalez, A. B. De, Appleby, P., Peto, J., Plummer, M. ve Franceschi, S. (2003). Cervical cancer and use of hormonal contraceptives : a systematic review. *The Lancet* , Vol 361 , April 5, 2003, 361, 1159–1167.
- Sönmez, E. (2009). Ege Üniversitesinde çalışan sağlık personelinin serviks kanser aşısı hakkında bilgi düzeyi. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi.
- Spencer, J. V. (2007). *Cervical cancer*. Chelsea House An imprint of Infobase Publishing (C. 66). United States of America.
- Stewart, B. ve Wild, C. P. (2014). *World Cancer Report 2014*. Lyon.
- Tehneldere, S. (2008). Kolposkopi ünitemizde değerlendirdiğimiz anormal servikal smear sonuçlu hastaların risk faktörleri, HPV DNA prevalansı ve HPV DNA'nın risk faktörleriyle birlikteliği yönünden analizi. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı, Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği.
- Temel, H. (2008). Sivas il merkezinde yaşayan 35 yaş ve üzeri kadınların serviks kanseri ve erken teşhis yöntemi olan Pap testi hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları. Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi.
- Tiro, J. A., Meissner, H. I., Kobrin, S. ve Chollette, V. (2007). What do women in the U.S. know about human papillomavirus and cervical cancer? *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention* ,16(2). February 2007, 16(2), 288–294.
- Torre, L. A., Siegel, R. L., Lortet-Tieulent, J. ve Jemal, A. (2015). Global cancer statistics, 2012. *Cancer Journal for Clinicians*, CLIN 2015, 65(2), 87–108.
- Touch, S. ve Oh, J. K. (2018). Knowledge, attitudes, and practices toward cervical cancer prevention among women in Kampong Speu Province, Cambodia. *BMC Cancer*, 18(1), 1–8.
- Toye, M., Okunade, K., Roberts, A. ve Salako, O. (2017). Knowledge, perceptions and practice of cervical cancer prevention among female public secondary school teachers in Mushin local government area of Lagos State, Nigeria. *Pan African*

- Medical Journal., 8688, 1–8.
- UN-OHRLLS. (2018). List of least developed countries. United Nations of the High Representative for Least Developed Countries, Landlocked Developing Countries and Small Island Developing States. UN list of Least Developed Countries.
- Vessey, M. ve Painter, R. (2006). Oral contraceptive use and cancer. Findings in a large cohort study , 1968 – 2004. British Journal of Cancer (2006) 95, 385 – 389.
- WHO (2014). Electromagnetic fields and public health: mobile phones. International Commission on Non-Ionizing Radiation Protection (ICNIRP). Statement on the “Guidelines for limiting exposure to time-varying electric, magnetic and electromagnetic fields (up to 300 GHz)”, 2009. (2) Institute of Electrical and Electronics.
- WHO (2013). WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. South Africa.
- WHO (2015). Prevalence of tobacco smoking. Global Health Observatory (GHO) dataTobacco control Prevalence of tobacco smoking, world health organization,<https://www.who.int/gho/tobacco/use/en/> Erişim tarihi: 3.12.2019, <https://www.who.int/gho/tobacco/use/en/>.
- WHO (2017). Guide to cancer early diagnosis. World Health Organization 2017, ISBN 978-92-4-151194-0,<http://apps.who.int/bookorders>. Switzerland.
- WHO (2019a). Global strategy towards the elimination of cervical cancer as a public health problem. World Health Organization 2019., 1–24.
- WHO (2019b). Global strategy towards the elimination of cervical cancer as a public health problem. World Health Organization 2019. Erişim tarihi : 22.12.2019, 1–24. <https://www.who.int/cancer/cervical-cancer/cervica> adresinden erişildi.
- Yardım, M. S. ve Özcebe, H. (2010). Ankara ili Çankaya ilçesinde 25 yaş ve üzeri nüfusun sağlık düzeyinde sosyo-ekonomik farklılıklar Socio-economic health disparities among 25 and over years old population in Cankaya district in Ankara. Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine 49 (1): 19-30, 2010, 49(1), 19–30.
- Yaşar, İ., Ozanözü, Z. ve Horzum, E. (2008). Üreme Sağlığı Modülleri. Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü ,Sağlık Bakanlığı Yayın No.: 722. Ankara.
- YHM. (2014a). Yemeni Health Ministry Reprot.
- YHM, Y. H. M. (2014b). Annual statistical health report . Yemen.
- Yitagesu, H., Samuel, Y. ve Tariku, L. (2017). Knowledge, attitude and practice for

cervical cancer prevention and control among women of childbearing age in Hossana Town, Hadiya zone, Southern Ethiopia: Community-based cross-sectional study. Plos One July 25, 2017, 12(7), 181–200.

Yücel, U. (2006). Kadınlara serviks kanserine ilişkin risk faktörleri ve korunma konusunda verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi.





FORMLAR

GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

" Yemen-Sana'adaki kadınların rahim ağzı kanseri ve bunlardan korunma yöntemleri hakkında bilgi, tutum ve davranışları " başlıklı araştırma, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans Tez Çalışmasıdır. Yemen-Sana'adaki kadınlarda rahim ağzı kanseri ve önleme uygulamaları hakkında sağlık bilinci düzeyi "bilgisi" değerlendirilecek ve incelenecektir.

Bu çalışmanın amacı, Sana'adaki kadınlarda rahim ağzı kanseri ve önleme uygulamaları hakkında sağlık bilinci düzeyini belirlemek ve değerlendirmektir. Değerlendirme anket formu doldurularak yapılacaktır. Anket formunun uygulama süresi ortalama beş dakikadır.

Bu çalışmadan elde edilecek veriler yalnızca eğitim ve bilimsel amaçlı kullanılacak olup çalışmaya katılıp katılmama konusunda tamamen özgürsünüz. Araştırmaya katılmayı reddedilebilir ya da istediğiniz zaman araştırmadan çekilebilirsiniz. Araştırmayla ilgili sizden hiçbir ücret talep edilmeyecek ve size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Size ait tüm bilimsel veriler ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlanırsa bile kimlik bilgileriniz hiç kimseye verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilimsel verilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilimsel verilere ulaşabilirsiniz

Katılımcının Beyanı

Dr. Boshra Ali tarafından İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans Tez Çalışması olarak " Yemen-Sana'adaki kadınların rahim ağzı kanseri ve bunlardan korunma yöntemleri hakkında bilgi, tutum ve davranışları" adlı bir çalışmanın yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı.

Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" (denek) olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca gerekli görülen durumlarda araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmayla ilgili ek bilgi almak için; herhangi bir saatte, Dr. Boshra Ali’i 778070654 no’lu telefondan arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun bana verilecek hizmeti etkilemeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin,

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi - Telefonu:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı: Boshra Ali

İmzası:

Olur, alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Anket No:

Tarih:

Elde edilen cevaplar gizli tutulacak olup cevaplarınız bilimsel amaçlar için kullanılacağından tüm soruları içtenlikle yanıtlamanızı bekliyoruz. Teşekkürler.

ANKET FORMU

1. Yaşınız.....
2. Medeni durumunuz a) Evli b) Bekar c) Boşanmış d) dul
3. Kaç yaşında evlendiniz?.....
4. İlk doğumunuzu kaç yaşında yaptınız
5. Kaç çocuğunuz var?
6. Aile planlaması yöntemlerini kullanıyor musunuz? ? a) Evet b) Hayır
Evetse hangi yöntem?.....
7. Eğitim durumunuz a) İlkokul b) Ortaokul c) Lise d) Üniversite ve üzeri
8. Çalışma durumunuz a) Ev hanımı b) Çalışıyor
9. Çalışıyorsanız
a. Meslek: b. Yaptığınız iş:
10. Sigara içiyor musunuz? a) Evet b) Hayır
11. İçiyorsanız günde kaç tane, kaç yıldır?
12. Nargile içiyor musunuz? a) Evet b) Hayır
Evetse haftada ne sıklıkta?.....
13. Khat çiğniyor musunuz? a) Evet b) Hayır
Evetse haftada ne sıklıkta?.....
14. Günde kaç saat uyuyorsunuz?.....
15. Yatarken odanızda aydınlatma olur mu? a) Evet b) Hayır
16. Aşağıdakilere beslenmeniz haftada ne kadar yer veriyorsunuz?
a. Süt ve süt ürünleribardak. b. Çaybardak.
c. Kahve bardak. d. Balıkgr.
e. Etgr. f. Meyvegr.
17. Rahim ağzı kanserini duydunuz mu? a) Evet b) Hayır
18. Duyduysanız kimden?
a. Arkadaşlardan b. Akrabalardan c. Basından
d. Diğer.....
19. Rahim ağzı kanseri ölüme neden olur mu? a) Evet b) Hayır c) bilmiyorum
20. Rahim ağzı kanseri önlenbilir mi? a) Evet b) Hayır c) bilmiyorum
21. Rahim ağzı kanserinin nedenlerini biliyor musunuz? a) Evet b) Hayır c) bilmiyorum
22. Biliyorsanız açıklayınız
a. Sık cinsel ilişki b. Beslenme c. Çevresel faktörler
d. Diğer.....
23. Ailenizde rahim ağzı kanseri olan var mı? a) Evet, b) Hayır
24. Varsa kimdir?
a. Annem b. Teyzem c. Kız kardeşim d. Diğer.....
25. HPV (human papillomavirüs) virüsünü duydunuz mu? a) Evet b) Hayır
26. HPV, rahim ağzı kanserine neden olur mu? a) Evet b) Hayır
c) bilmiyorum
27. Rahim ağzı kanserinde beslenme sistemi etkiler mi? a) Evet b) Hayır
c) bilmiyorum

28. Rahim ağzı kanserinden korunma yöntemlerinden bildiklerinizi yazınız
.....
29. Rahim ağzı kanserinin nedenlerinden bildiklerinizi yazınız.
.....
30. Annelere rahim ağzı kanseri ile ilgili bilgi verilmeli midir? a) Evet b) Hayır
31. Okulda kız öğrencilere rahim ağzı kanseri ile ilgili bilgi verilmeli midir?
a) Evet b) Hayır
32. Rahim ağzı kanseri ile ilgili verilecek bilgi size göre hangisini ya da hangilerini içermelidir? (birden fazla işaretleyebilirsiniz)
a) Bulaşma yolları b) Korunma Yolları c) Belirtileri
d) Tedavisi e) Beslenme Diğer.....
33. Rahim ağzı kanser taraması için yapılan smear testini duydunuz mu?
a) Evet b) Hayır
34. Smear testi yaptırdınız mı? a) Evet b) Hayır
35. HPV(human papilloma virüs) bulaşma yolları sizce nelerdir?
a. Cinsel ilişki b. Bulaş kişinin eşyalarını kullanmak c. Öpmek
d. Diğer.....
36. HPV(human papilloma virüs) aşısını duydunuz mu? a) Evet b) Hayır
37. HPV(human papilloma virüs) aşısını yaptırdınız mı? a) Evet b) Hayır
38. HPV aşısını yaptırmama nedeniniz nedir?
a) Bilгим yok b) Maddi olarak yaptırabilme imkanım yok
c) Gerekli olduğunu düşünmüyorum d. Diğer.....
39. HPV(human papilloma virüs) aşısı kimlere yapılmalıdır?
a) Erkek çocuklara b) Kız çocuklara
c) Hem erkek hem kız çocuklara düşünmüyorum d. Hem erkek hem kız çocuklara düşünüyorum e) Diğer.....
40. HPV(human papilloma virüs) aşısı kaç yaşında yapılmalıdır?
a) 2 yaş ve altında b) 12-26 yaş c) 27-50 yaş
d) 51 ve üzeri yaş e) Her yaşta yapılabilir f) bilmiyorum
41. HPV(human papilloma virüs) aşısı cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur mu?
a) Evet b) Hayır c) bilmiyorum
42. Rahim ağzı kanseri konusunda kadınlara yönelik tarama programlarının artırılması, eğitimler düzenlenmesi rahim ağzı kanserinin azaltılmasında etkili olabilir mi?
a) Evet, oldukça etkili olur. b) Biraz katkısı olabilir.
c) Hayır, hiçbir etkisi olmaz.
43. Rahim ağzı kanseri aşısı ile ilgili bilgi almak ister misiniz?
a) Evet b) Hayır
44. Rahim ağzı kanseri aşısı ile ilgili kimden bilgi almak istersiniz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)
a) Hemşireden b) Doktordan
c) Öğretmenimden d) Diğer.....
45. Rahim ağzı kanseri aşısı ile ilgili en çok hangi konuda bilgi edinmek isterdiniz?(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

- a) Aşının güvenilirliği
 - b) Aşının etkileri
 - c) Aşının yan etkileri
 - d) Aşının koruyuculuk düzeyi
 - e) Aşının koruma süresi
- Ekleme istedikleriniz? Teşekkür ederiz.



ETİK KURUL KARARI



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



Sayı : 931
Konu: Doç. Dr. Hülya GÜL hk.

Tarih : 06.08.2019

Sayın Doç. Dr. Hülya GÜL
Halk Sağlığı

İlgi: Halk Sağlığı Anabilim Dalının 19/04/2019 gün ve 81007 sayılı yazısı

Sorumlu araştırmacılığını üstlendiğiniz ve Boshra SASAAH' ın yürüteceği 2019/587 dosya numaralı "Yemen-Sana'daki kadınların rahim ağzı kanseri ve bunlardan korunma yöntemleri hakkında bilgi, tutum ve davranışları" başlıklı çalışma kurulumuzun 28/06/2019 tarih ve 12 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, tutanaklar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. A.Yağız ÜRESİN

İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar

Etik Kurul Başkanı

Eki: İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu Karar Formu

PATENT HAKKI İZNİ

Tarih ve Sayı: 22/05/2019-89552



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı :99984023-622.03-
Konu :Boshra SASAAH

Yemeni Health Ministry

The student Boshra SASAAH at the Istanbul University Master of Public Health is Conducting a research for her master thesis on "Knowledge and practices of women in Sana'a about cervical cancer and ways to prevent them "Where the sample will be conducted in the city of Sanaa, please grant permission to conduct the practical part of the research.

e-İmza
Prof. Dr. İlhan İLKILIÇ
Enstitü Müdürü

BELGENİN ASLI
ELEKTRONİK İMZALIDIR.
22.05.2019



Sevda MUTLU
Enstitü Sekreteri

Doğrulamak için: <http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BELM7ZH30>

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Emrah AKSOY Dahili : 14126

İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bozdoğan Kemerli Caddesi No:8 Vezneciler Hamamı Sokağı Veznecil
34126 İSTANBUL
Tel : +90(212) 440 00 00-11280 Faks : +90(212) 440 00 00/14128
e-posta : saglikbil@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : <http://saglikbilimleri.istanbul.edu.tr/>



REPUBLIC OF YEMEN
Ministry of Public Health & Population
Minister



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
الوزير

Date:
Ref :

التاريخ : ٢٠١٩ / ٥ / ٢٤
المرجع : ١٩٧٥٨٨

المحترم

الأخ / رئيس الجامعة التركية

(ISTANBUL UNIVERSITY – Saglik Bilimleri Enstitusu Mudurlugu)

تقدم إليكم وزارة الصحة العامة والسكان أطيب تحياتها...

الموضوع: الموافقة للدكتورة / بشرى علي يحيى صعصعة بإجراء البحث بجامعةكم

بالإشارة إلى الموضوع أعلاه... نود الإحاطة بأن الدكتورة/ بشرى علي يحيى صعصعة . تقدمت إلينا بطلب الموافقة على إجراء البحث والدراسة عن (سرطان عنق الرحم) في اليمن وعليه : نبلغكم بأنه تمت الموافقة على طلب المذكورة وجاء الرد بناء على طلب من قبلكم ونتمنى دوام التوفيق...

أ. د. طه احمد المتوكل
وزير الصحة العامة والسكان

24 JUN 2019

www.moh.gov.ye تلفون: ٢٥٢٢١٥ - ٢٥٢١٩٣ فاكس: ٢٥١٦١٠٠ ص.ب: ٢٩٩ صنعاء
Tel: 252215 - 252193 Fax: 252247 P.O.Box: 299 Sana'a - www.moh.gov.ye

Yemen Cumhuriyeti
Halk Sağlığı ve Nüfus Bakanlığı

Türk Üniversitesi Rektörü
Bushra Ali Yahya Saasah'ın Üniversitenizde araştırma yapması
için konu onayı
Araştırma Yemen'deki Sana'a kentinde onaylandı

Araştırma bir çalışmadır (rahim ağzı kanseri)

Tarih : 2019/5/24
No :197588

الرقم: ٢٠١٩ / ٦
 التاريخ: ١٤٢٢ / ١ / ١
 الموافق: ٢٠١٩ / ٩ / ١٧
 المرفقات:



الجمهورية اليمنية
 هيئة مستشفى الثورة العام النموذجي
 صنعاء

Ethics Committee Approval Letter

Date: 19/8/2019

No.: 6/2019

From: Al Thawra Hospital Ethics Committee.

Subject: Study; named:

Knowledge, Attitudes and Practice of Prevention Ways on Cervical Cancer
 among Women in Yemen – Sana'a

Principal investigator (PI): Boshra Ali Yahya Sasaah.

Sponsor: Istanbul University- Faculty of medicine health science institute,
 public health department.

Duration of study: (2019) .

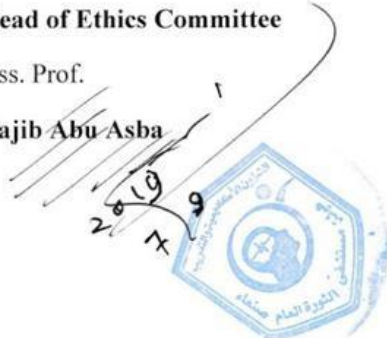
Committee decision:

The committee accepted the protocol of the study

Head of Ethics Committee

Ass. Prof.

Najib Abu Asba



İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

YEMEN-SANA'ADAKİ KADINLARIN RAHİM AĞZI KANSERİ VE
BUNLARDAN KORUNMA YÖNTEMLERİ HAKKINDA BİLGİ,
TUTUM VE DAVRANIŞLARI

ORIJINALLIK RAPORU

% 13	% 10	% 3	% 9
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Istanbul Gelisim University Öğrenci Ödevi	% 4
2	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	<% 1
3	Submitted to Mugla University Öğrenci Ödevi	<% 1
4	istanbulsaglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
5	Submitted to Haliç Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
6	Avci, Yasemin. "Personal Health Responsibility", TAF Preventive Medicine Bulletin, 2016. Yayın	<% 1
7	Submitted to Beykent Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
8	Submitted to Okan Üniversitesi	

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Boshra	Soyadı	Sasaah
Doğ.Yeri	Saudi arabistan	Doğ.Tar.	21.1.1990
Email	Boshra.sasaah@gmail.com	Uyruğu	Yemenli

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans	Al-Nasser üniversitesi	2013
Lise	30 Nov lisesi	2007

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Tıp asistanı bölüm başkanı	Al-Rowad Fakültesi, Yemen	2014-2016
2.	Toplum doktoru	Al-Amel Halk merkezi, Yemen	2014-2016
3.	Asistan öğretmen	Al-Nasser Üniversitesi, Yemen	2014-2015

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
Arapça	Çok iyi	Çok iyi	Çok iyi		
İngilizce	Çok iyi	iyi	iyi		
Fransızca	iyi	orta	orta		

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı			
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Programları (Word, Excel, Powerpoint)	Çok iyi
SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)	orta

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Okuma ,Gönüllük işleri ,sosyal faaliyetlere katılımı.

