

**T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**EGE ÜNİVERSİTESİNDE ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNİN SERVİKS
KANSER AŞISI HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİ**

Esra SÖNMEZ

**KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Dağıstan Tolga ARIÖZ

TEZ NO: 2009-026

2009-AFYONKARAHİSAR

KABUL VE ONAY

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından

Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 10.09.2009

Doç. Dr. Gülseli KÖKEN

ÜYE

Doç. Dr. Mehmet YILMAZER

ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Tolga Özgür ARIOZ

ÜYE

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Era SÖNMEZ'in "Ege Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Sağlık Personelinin Serviks Kansere Açısından Bilgi Düzeyi" başlıklı tezi 25.09/2009 günü saat 09:00'da Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Zehra BOZKURT

Enstitü Müdürü

III

ÖNSÖZ

Araştırmamın yürütülmesi sırasında bilgi ve deneyimlerini benden esirgemeyerek yardımcı olan danışmanım Yrd. Doç. Dr. Dağıstan Tolga ARIÖZ'e, her zaman yanımda olan ve beni her koşulda destekleyen aileme ve her konuda yardımcı olmaya çalışan arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi bir borç bilirim.

Esra SÖNMEZ

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	1
SUMMARY.....	2
1.GİRİŞ.....	3
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	3
1.2. Araştırmanın Amacı.....	5
2.GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Kanser.....	6
2.2. Serviks Kanseri.....	7
2.2.1. Serviksin Preinvazif Lezyonları.....	8
2.2.2. Serviksin İnvazif Kanseri.....	9
2.2.3. Papanicolaou Smear (Pap Test).....	11
2.3. Human Papillomavirüs (HPV).....	15
2.3.1. HPV'nin Kansereleşmesi.....	16
2.3.2. HPV Aşısı.....	17
2.3.3. HPV Aşıları ile İlgili Çalışmalar.....	18
3. MATERYAL VE METOD.....	21
3.1. Araştırmanın Tipi.....	21
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zaman.....	21
3.3. Araştırmanın Evreni.....	21
3.4. Araştırmanın Örneklemi.....	21
3.5. Verilerin Toplanması.....	21
3.5.1. Veri Toplama Aracı.....	21
3.5.2. Veri Toplama Tekniği.....	22
3.5.3. Verilerin Değerlendirilmesi.....	22
4. BULGULAR.....	23
4.1. Sosyo-demografik Bulgular.....	23
4.2. Sağlık Personelinin Literatür Bilgileriyle İlgili Bulgular.....	25
5. TARTIŞMA.....	34
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	39
KAYNAKLAR.....	31
EK-I.....	48

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

HPV: Human Papillomavirüs

DNA: Deoksiribonükleik Asit

CIS: Karsinoma in situ

CIN: Servikal İntraepitelyal Neoplazi

PAP SMEAR: Papanicolaou Smear

ACS: Amerikan Kanser Birliği

FIGO: Uluslararası Kadın Doğum ve Jinekoloji Federasyonu

(International Federation of Gynecology and Obstetrics)

ACOG: Amerikan Kanser Derneği ve Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Koleji

IUAC: Kanser Karşıtı Uluslar arası Birlik

(The International Union Against Cancer)

HIV: İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü

(Human Immunodeficiency Virus)

DES: Dietilstilbestrol

ASCUS: Önemi belirsiz atipik yassı epitelyum hücreleri

(Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance)

LGSIL: Düşük derecede squamoz intraepitelyal lezyon

(Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion)

HGSIL: İleri derecede squamoz intraepitelyal lezyon

(High-Grade Squamous Intraepithelial Lesion)

AGUS: Önemi bilinmeyen atipik glandular hücreler

(Atypical Glandular Cells of Undetermined Significance)

FDA: Merkezi İlaç Kurulu

(Federal Drug Administration)

VLP: Virüs Benzeri Partiküller

(Virus Like Particles)

Rb: Retinoblastoma protein

TABLolar

TABLO1: Sağlık Çalışanlarının Ünvanlarına Göre Dağılımı.....	23
TABLO2: Sağlık Çalışanlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	23
TABLO3: Sağlık Çalışanlarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı.....	24
TABLO4: Sağlık Çalışanlarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı.....	24
TABLO5: Sağlık Çalışanlarının Meslekteki Çalışma Süreleri.....	25
TABLO6: Sağlık Çalışanlarının Okul Eğitimleri Sırasında Jinekolojik Kanselerin Riskleri, Erken Belirtileri ve Korunma Yolları Hakkında Eğitim Almalarına Göre Dağılımı.....	25
TABLO7: Sağlık Çalışanlarının Okul Eğitimleri Sonrasında Jinekolojik Kanselerin Riskleri, Erken Belirtileri ve Korunma Yolları Hakkında Eğitim Almalarına Göre Dağılımı.....	26
TABLO8: Sağlık Çalışanlarının ‘Kanser Sözcüğünü Duyunca İlk Aklınıza Gelen Nedir?’ Sorusuna Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımları.....	26
TABLO9: Sağlık Çalışanlarının Medeni Durumları ile Pap Smear Testi Hakkındaki Bilgilerine Göre Dağılımları.....	27
TABLO10: Sağlık Çalışanlarının Medeni Durumları ile Pap Smear Yaptırma Zamanı Hakkındaki Bilgilerine Göre Durumu	27
TABLO11: Sağlık Çalışanlarının ‘HPV Aşısı Hakkında Bilginiz Var mı?’ Sorusuna Verdikleri Cevaba Göre Durumu	28
TABLO12: Sağlık Çalışanlarının ‘Servikal Preinvaziv Lezyonlar Hakkında Bilginiz Var mı?’ Sorusuna Verdikleri Cevap Durumu.....	28
TABLO13: Sağlık Çalışanlarının ‘Servikal Preinvazif Lezyonlar Hakkında Bilginiz Var mı?’ Sorusuna Verdikleri Cevap Durumu.....	29
TABLO14: Sağlık Çalışanlarının Meslek Durumları ile ‘Serviks Kanserin Erken Tanısı İçin Hangi Yöntem Kullanılır?’ Sorusuna Verdikleri Cevaplara Göre Karşılaştırılması	29
TABLO15: Sağlık Çalışanlarının ‘Hangisi Servikal Preinvazif Lezyonlar ve Serviks Kanseri İçin Risk Faktörü Değildir?’ Sorusuna Verdikleri Cevaba Göre Durumu...30	30
TABLO16: Sağlık Çalışanlarının Serviks Kanseri Riski Olanlara Önerileceği Aile Planlaması Yöntemleri	30

VII

- TABLO17:** Sağlık Çalışanlarının Eğitim Durumları ile ‘HPV’nin Belirtileri ve Bulguları Nelerdir?’ Sorusuna Verdikleri Cevaba Göre Karşılaştırılması31
- TABLO18:** Sağlık Çalışanlarının Meslek Grupları ile ‘ HPV Nasıl Bulaşır?’ Sorusuna Verdikleri Cevaba Göre Karşılaştırılması31
- TABLO19:** Sağlık Çalışanlarının ‘HPV’nin Serviks Kanseri Risk Faktörü Olduğunu Biliyor musunuz?’ Sorusuna Verdikleri Cevaba Göre Durumu32
- TABLO20:** Sağlık Çalışanlarının ‘HPV Aşısı Kimlere ve Ne Zaman Yapılır?’ Sorusuna Verdikleri Cevaba Göre Durumu.....32
- TABLO21:** Sağlık Çalışanlarının ‘HPV Aşısını Yakınlarınıza ve/veya Çocuklarınıza Yaptırmak İster misiniz?’ Sorusuna Verdikleri Cevaba Göre Durumu33
- TABLO22:** Sağlık Çalışanlarının Eğitim Durumları ile “HPV Aşısını Yakınlarınıza ve/veya Çocuklarınıza Yaptırmak İster misiniz?” Sorusuna Verdikleri Cevaba Göre Karşılaştırılması.....33

ÖZET

Ege Üniversitesinde Çalışan Sağlık Personelinin Serviks Kanseri Aşısı Hakkında Bilgi Düzeyi

Bu araştırmanın amacı, sağlık personelinin henüz çok yeni olan ve serviks kanserine karşı koruyuculuğu bulunan HPV aşısı hakkında bilgi düzeylerini araştırmak için yapılan tanımlayıcı bir çalışmadır.

Bu araştırma günümüzde kadınlarda, meme kanserinden sonra görülen 2. en sık kanser olan serviks kanserine neden olduğu bilinen HPV'den korunmak amacıyla geliştirilen aşı hakkında, topluma hizmet götüren sağlık personelinin bilgilerinin değerlendirmek için planlanmıştır.

Teşhis ve tedavideki önemli gelişmelere rağmen kadınlarda serviks kanseri halen çok önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Sigara alışkanlığı, yaş, sosyo-ekonomik düzey, cinsel hayat, cinsel partner, fazla doğum ve seksüel yolla bulaşan hastalıklar serviks kanserinde rol oynamaktadır. Sağlığın korunması hastalıklara karşı savaşla ve bu savaşı hastalıklar ortaya çıkmadan önce başlatmakla mümkündür. HPV aşısı bu konuda önemli bir adımdır.

Araştırma, İzmir-Bornova'daki Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Şubat-Aralık 2008 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, Ege Üniversitesinde çalışan 508 sağlık personeli oluşturmaktadır. Verilerin toplanmasında yüz yüze görüşme ve anket yöntemi uygulanmıştır. Anket formu sağlık personelinin sosyo-demografik özelliklerini ve literatür bilgilerini değerlendirmek amacıyla oluşturulmuştur. Anket sağlık personeline bilgi verilerek ve izinleri alınarak uygulanmıştır.

Araştırmadan elde edilen verilerin analizinde SPSS 10.00 istatistik yazılım programı kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirme Pearson Ki-Kare testi ile yapılmıştır.

Araştırma sonucunda; sağlık personelinin büyük bir çoğunluğunun HPV aşısı hakkında bilgi sahibi olduğu fakat aşının etki ve yan etkileri konusunda eğitime ihtiyaçları olduğu saptanmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda, konu ile ilgili standart eğitim araçları olmadığı için sağlık çalışanlarına aşı ile ilgili eğitim verilmesi gerektiği ve bunun için eğitim merkezi ve ekibi oluşturulması önerilmiştir.

SUMMARY

The knowledge level of the medical staff in Ege University about cervical cancer vaccine.

The scope of this study is to review the knowledge level of the medical staff on HPV vaccine that has a protection against cervical cancer.

This study has planned to evaluate the knowledge of medical staff who work in public service about vaccine which is improved in order to be protected from HPV known as caused cervical cancer comes second cancer type after breast cancer appeared among women nowadays.

In fact great developments in diagnosis and medical treatment, cervical cancer stil exists as a very important health problem. Smoking, age, socio-economic level, sexual life, sexual partner, multiple pregnancies and all other sicknesses that spread by sexual intercourse has a role in cervical cancer. Keeping health is possible by fighting against the sickness and it is more beneficial starting this fight before the sickness arise. HPV vaccination is an important step about this issue.

The research has been realized in Ege University Medical Faculty Hospital during the dates of February-December 2008. during this research face to face data collection and survey method is used. Survey is developed fort he purpose of determining socio-demographic characteristics and literature level of health workers. The survey is made, by giving information and taking permission, to health workers.

SPSS 10.00 statics software was used to analyze the data gathered during the research. Statistical evaluation was done with Pearson Chi Square test.

Survey results indicated that the majority of the health staff has information about HPV vaccine though they need an education about effects and side effects of the vaccine.

Through the survey results, it is suggested that as there is no Standard education program is available, an education center and team should be established as the health staff should be given an education on the subject.

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde, dünyanın birçok bölgesinde kanser; sağlık sorunu, erken ölüm ve ekonomik kayıplara yol açma yönünden kardiyovasküler hastalıklardan sonra 2. sırada yer almaktadır. Kadın sağlığı açısından da genital organ kanserleri, meme kanserinden sonra gelmekte ve her dört kadından biri genital organlarına ait bir kanser yüzünden ölmektedir (1).

Serviks kanseri günümüzde kadınlarda, meme kanserinden sonra 2. en sık kanser nedeni olarak önemini korumaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre 2006 yılında tüm dünyada 510.000 yeni serviks kanseri olgusu tanı almış ve 288.000 olgu da serviks kanserinden ölmüştür. Amerikan Kanser Derneği verilerine göre ABD'de 2006 yılında 9710 yeni serviks kanseri olgusu tanı almış ve serviks kanserinden 3700 olgu ölmüştür (2,3).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı verilerine göre 1996 yılında 623 vaka ile tüm kadın kanserleri arasında 7. sırada olan serviks kanseri 2002 yılında 708 vaka ile 10. sıraya gerilemiştir. 2003 yılı verilerinde ise vaka sayısı 763'e çıkarken tüm kadın kanserleri arasında da 9. sıraya yükselmiştir. GLOBOCAN 2002 yılı araştırmasına göre ise Türkiye'de serviks kanseri insidansı yüz binde 4,5 olup yılda 1364 yeni vaka olması ve buna bağlı 726 ölüm görülmesi beklenmektedir (4,5). Türkiye ile ilgili veriler araştırmaların yetersizliği nedeniyle az olmakla birlikte çalışma sonuçları serviks kanseri görülme sıklığının gelişmiş ve gelişmekte olan birçok dünya ülkesinden daha az olduğu yönündedir. Son yıllarda; servikal neoplazi insidansında önemli bir artış olmasına rağmen, invaziv servikal karsinom insidansında da önemli bir azalma olmuştur. Bunun nedeni erken tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesidir. Pap-Smear testinin yaygın kullanımı ile daha sık tanı konulmakta ve erken tedavi ile sorun giderilmektedir (6,7).

Epidemiyolojisinde;

- Erken yaşta cinsel hayat,
- Birden fazla cinsel partner,
- Sosyo-ekonomik durum,
- Sigara ve alkol gibi alışkanlıklar,
- HPV gösterilmektedir. (8,9).

Bu virüs serviks kanserinin yanı sıra, servikal displazi olarak adlandırılan kanser öncüsü lezyonlara, başta genital bölge olmak üzere tüm vücuttaki siğillere, ayrıca vulva/vajina, anüs, penis kanserlerine ve daha az oranda ağız ve orofarenks kanserlerine neden olmaktadır (10).

Serviks kanserlerinin %99,7'si HPV DNA'sını içerir. Bilimsel yayınlar, HPV varlığının servikte kanser gelişimi için 'gerekli' olduğunu vurgularken, 'yeterli' olmadığı konusunda birleşmektedir (11,12).

Sağlık bakım giderlerindeki hızlı artış ve yaygın hastalıklarda kullanılan etkili terapilerdeki nisbi yavaş ilerleme kanseri önleme ve tarama çalışmalarında artan bir ilgiye sebep olmuştur (13).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1987 yılında çıkan bülteninde servikal kanserin kadınlarda en sık görülen ikinci kanser olduğu ve araştırmaların HPV enfeksiyonunun servikal kansere neden olduğunu gösterdiği belirtilmiştir. Kadınlar arasında en sık görülen 2. kanser türü olan rahim ağzı kanseri yüzünden, dünyada her 2 dakikada 1 kadın hayatını kaybetmektedir. Bu bültende ayrıca araştırmacılar humoral bağışıklığın HPV enfeksiyonuna karşı koruyucu olup olmadığını belirlemeleri istenmiş ve eğer koruyorsa saflaştırılmış yapısal proteinleri kullanan bir aşının süratle geliştirilip onaylanması gerektiği belirtilmiştir (14).

Aynı yıl çıkan başka bir yayında da HPV enfeksiyonunun maligniteye dönüşümde muhtemelen tek başına yeterli olmayacağı, ancak aşılama programları ile HPV enfeksiyonunun önlenmesinin önemli bir risk etkenini ortadan kaldıracağı belirtilmiştir (15).

Bir meta analizde de HPV enfeksiyonuna karşı aşılamanın servikal displazi ve karsinomu insidansını dünya çapında, özellikle de gelişmekte olan ülkelerde azaltmada önemli olabileceği belirtilmiştir (16). İlk olarak 1995 yılında farelerde HPV'ye karşı humoral yanıt oluşumu bildirilmiştir ve aşı çalışmaları başlamıştır (17).

1.2. Araştırmanın Amacı

Ülkemiz dâhil birçok ÷lkede kadın genital organ kanserleri arasında en çok gör÷len kanserlerden biri olma özelliğini koruyan serviks kanserinin etkeni olarak gösterilen HPV virüsüne karşı aşı üretilmiştir. Serviks kanserine karşı koruyucu olduğu bilinen HPV aşısı hakkında sağlık çalışanlarının bilgisi ve tutumu önemli olduğu için araştırma yapılması düşün÷lmüştür.

Araştırmada aşağıdaki sorulara cevap aranması amaçlanmıştır.

- Ege Üniversitesi Tıp Fak÷ltesi Hastanesinde görev yapan sağlık personeli, serviks kanseri risk faktörleri ve erken belirtileri hakkında bilgi sahibi mi?
- Ege Üniversitesi Tıp Fak÷ltesi Hastanesinde görev yapan sağlık personeli, HPV ve HPV aşısı hakkında bilgi sahibi mi?

2. KONU İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

2.1 KANSER

Kanser terimi, Latince ‘cancer’ Yunanca ‘corcinos’ sözcüklerinden temel almıştır. Yengeç anlamına gelen bu terim epitelial kökenli malign tümörlere verilen addır.(18).

Kanser, hücre çekirdeğinin hastalığıdır. Hücre çekirdeğinin DNA (deoksiribonükleik asit) sentezi evresinde hücre dış etkenlere açıktır. İşte bu evrede DNA sentezinde oluşan bir değişiklikle bu hücrenin mitozuyla doğan atipik hücreler kanserli hücreler olarak ortaya çıkar. Vakaların hepsi ya da büyük çoğunluğu hücre büyümesi ve mitozu kontrol eden genlerin ‘mutasyonu’ ile ortaya çıkar.(18,19).

Sözü edilen mutasyon X ışınları, kozmik ışınlar ya da diğer kanserojen etkenlerle DNA’daki baz sıralanmasında meydana gelen değişiklikler sonucu çekirdekteki genetik sistemde oluşur. Mutasyon bazen kendi kendine de oluşabilmektedir. Böylece sınırsız üreyen ve çoğalan bir kanser hücresi oluşmaktadır. Mutan genlere ‘onkogen’ adı verilir. Hücre bölünmesi kontrolden çıkar, kanser hücreleri çevre dokulardaki hücrelerde daha hızlı çoğalmaya başlarlar (18,19).

Kanser hücreleri çevre dokulardaki hücrelerden daha hızlı çoğaldıkları için kitle oluştururlar ve çevre dokuların içine girmeye başlarlar. Buna ‘infiltrasyon’ denir.(18,20).

Kanser Hücresinin Biyolojik Özellikleri

- Sınırsız üreme
- Toksik ve proteolitik enzimler salgılama
- Fagositoz
- Kohezyon (tutunma) azlığı
- İmplantasyon (ekilim)
- Motilite (hareket)

Sınırsız üreyen kanser hücreleri çoğaldıkça kapladıkları yer artar. Salgıladıkları enzimlerle dokuların sağlıklı hücrelerini eritip fagosite eden kanser hücresi, bu yolla kendine yol açar. Kanser hücreleri birbirlerine normal hücrelerden çok daha az tutunur, bu nedenle kolaylıkla dokularda dolaşarak kan ve lenf dolaşımına girip, bütün vücuda taşınarak yeni kanser odakları oluştururlar. Buna ‘metastaz’ adı verilir. Kanser hücresinin motilite ve implantasyon özellikleri yayılma ve metastazı kolaylaştırır.(18,20).

Kanserli dokular, besin bakımından da normal dokulara ortak olur ve sayıları giderek daha çok arttığı için vücudun normal dokularını artan bir açlıkla besin yetersizliği içine sokarlar ve normal doku hücreleri besinsizlikten yavaş yavaş ölürlür.(18,19).

Anormal yapıdaki hücrelerin tekrar tekrar bölünmesi ile oluşan kitleye ‘tümör’ adı verilir. Tümörler iki ana grup altında toplanırlar;

a. Benign (selim = iyi huylu) tümörler: Genellikle etrafa yayılmalarını engelleyen bir kapsül ile çevrilidirler. Sınırlı bir büyüme potansiyelleri olup, çevre dokulara infiltrasyon göstermez ve metastaz yapmazlar.

b. Malign (habis = kötü huylu) tümörler: Hızla çoğalıp, çevre dokulara infiltre olurlar. Uzak organlara kan ve lenf yoluyla metastaz yaparlar.(7,18,20).

2.2. SERVİKS KANSERİ

Serviks kanseri tüm dünyada 15-45 yaş arası kadınlarda meme kanserinin ardından en sık görülen ikinci kanserdir(4). 2002 yılında tahminlere göre 493.000 yeni tanı ve 273.000 ölüm görülmüştür. Gelişmekte olan ülkelerde serviks kanserinden ölümler %83-85 civarındadır. Dünyada serviks kanserinin %80-95'i skuamöz hücreli karsinom olarak görülür. Malezya, Latin Amerika, Karayipler, Güney Asya ve Afrika'da görülme insidansı çok yüksektir (21). Servikal kanser öncesi oluşan lezyonlar ve invaziv servikal kanser toplumlarda çok önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır.

Özellikle daha az gelişmiş ülkelerin sağlık sorunudur. Son yıllarda; servikal neoplazi insidansında önemli bir artış olmasına rağmen, invaziv servikal karsinom insidansında da önemli bir azalma olmuştur. Bunun nedeni erken tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesidir. Pap testinin yaygın kullanımı ile preneoplastik lezyonlar, displazi ve karsinoma in-situ (CIS) olgularına daha sık tanı konmaktadır. Tanı konulan lezyonlar tedavi edildikleri takdirde invaziv lezyona dönüşmezler (6,7).

Serviks kanserinden korunmada, kansere neden olduğu düşünülen faktörlerin bilinmesi alınacak önlemler açısından önem taşımaktadır(22). Skuamöz tip (epidermoid kanser): En sık görülen tiptir. Serviks kanserlerinin yaklaşık olarak %80-85'i bu tiptir. Araştırmacılar bu kanserin seksüel yolla geçiş gösteren hastalıklardan kaynaklandığını öne sürmektedirler. Kanseröz tümör, serviksin yüzeyine veya içine doğru gelişir. Kanser genellikle yüzeyde gelişir ve erken dönemde pap smear testi yapılarak teşhis edilebilir. Adenokarsinom: Bu tipi, servikal bezlerdeki dokulardan gelişir (22).

2.2.1.SERVİKSİN PREİNVAZİF LEZYONLARI

Servikal intraepitelial neoplazi (CIN), serviksin erken dönemdeki epitelial anormalliklerini açıklamak için kullanılan bir terimdir. CIN lezyonları asemptomatiktir. CIN için ortalama yaş, serviks invaziv kanseri yaşından yaklaşık 10 yıl daha gençtir. Hücrelerdeki bozukluklar genellikle serviks ülserasyonuna yol açmadığı için anormal uterus kanamalarına rastlanmaz. Servikal intraepitelial neoplazilerin sınıflaması şöyledir;

CIN I Hafif displazi,

CIN II Orta şiddette displazi,

CIN III Şiddetli displazi veya karsinoma in situ.

Serviks kanserinin oluşum evresinin uzun olduğu bilinmektedir. Çıplak gözle fark edilmeyen ve hiçbir belirtinin olmadığı dönemde epitel içinde başlayan patolojik değişimler (CIN), pap smear testi ile kolaylıkla teşhis edilebilmektedir. Pap smear testi ile servikal neoplazilerin %90'ı erken dönemde tanılabilmektedir. Erken tanı, servikal kanserlerde tedavi şansını hemen hemen %100'e çıkarırken, servikal kanser ile ilgili ölümleri de %50 oranında azaltmaktadır.(22).

Displazi; anormal hücre çoğalmasıdır.

Hafif displazi; epitel tabakasının 1/3 kısmında görülen hücre çoğalmasıdır. Kendi sınırları içinde kalır ve genellikle normale döner.

Orta şiddette displazi; epitel tabakasının 2/3 kısmında görülen hücre çoğalmasıdır. Genellikle şiddetli displaziye ilerler.

Şiddetli displazi – karsinoma in situ; epitelin tüm kalınlığının farklılaşmış neoplastik hücreler tarafından tutulmasıdır (22,23).

2.2.2.SERVİKSİN İNVAZİF KANSERİ

Tümörün intraepitelial sınırlardan çıkıp bazal membranın alt kısmına ve serviks stromasına yayıldığı durumlara ‘invaziv karsinoma’ denir. İnvaziv karsinoma lenfatik yolla uzak dokulara veya komşuluk yoluyla çevre dokulara metastaz yapar.

İnvaziv servikal kanserin özel bir belirtisi yoktur. İnatçı vajinal kanama, koitus veya muayene sırasında görülen dokunma kanamaları en sık görülen erken belirtilerdendir. Geç belirtiler malignensinin yayıldığı organlar ile ilgilidir. Barsak veya mesaneye baskı, mesane iritasyonu, rektal kanama, yan veya bacak ağrısı görülebilir (24).

Serviks Kanseri için FIGO’nun Sınıflandırması

Evre I: Tümör kesinlikle servikte sınırlıdır. Evre IA1 ve IA2 tanısı tercihen konizasyonla çıkarılan, tüm lezyonu kapsayan dokunun mikroskopik incelenmesiyle koyulur.

Evre IA: Tümör sadece mikroskopik olarak görülür.

Evre IA1: Stromal yayılım 3mm’den küçük ve tümör 7mm’den geniş değildir.

Evre IA2: Stromal yayılım 3-5mm arasında ve tümör 7mm’den geniş değildir.

Evre IB: Servikse sınırlı klinik lezyonlar veya Evre IA’dan büyük preklinik lezyonlar. Bütün belirgin lezyonlar yüzeysel yayılım olsa dahi Evre IB kanserleridir.

Evre IB1: 4cm’den büyük olmayan klinik lezyonlar.

Evre IB2: 4cm’den büyük klinik lezyonlar.

Evre II: Tümör serviksi aşmış, fakat pelvis duvarına ulaşmamıştır. Vajen tutulumu olabilir ancak alt 1/3’e ulaşmamıştır.

Evre IIA: Belirgin parametrial tutulum yok. Vajenin üst 2/3’üne kadar tutulum vardır.

Evre IIB: Belirgin parametrial tutulum vardır, ancak pelvis yan duvarına ulaşmamıştır.

Evre III: Tümör pelvik duvara kadar ulaşmıştır. Rektal muayenede tümörle pelvis duvarı arasında serbest aralık yoktur. Tümör vajen alt 1/3’ünü tutmuştur. Bütün hidronefroz ve/veya böbrek yetmezliği hastaları bu evreye dahil edilir.

Evre IIIA: Tümör pelvik duvara uzanamamıştır, fakat vajen alt 1/3’ü tutulmuştur.

Evre IIIB: Tümör pelvis duvarına ulaşmış veya hidronefroz veya nonfonksiyonel böbrek vardır.

Evre IV: Tümör gerçek pelvisi aşmış veya klinik olarak mesane ve/veya rektum mukozası tutulumu vardır.

Evre IVA: Tümörün komşu pelvik organlara yayılımı vardır.

Evre IVB: Uzak organlara yayılım mevcuttur (21).

RİSK FAKTÖRLERİ: Tüm kadınlar servikal kanser yönünden risk altındadır. Ancak hazırlayıcı faktörlerin olması riski arttırmaktadır. Son yıllarda serviks kanseri oluşmasını kolaylaştıran faktörler arasında;

- a- erken yaşta koital aktivitenin başlaması (18 yaşın altında),
- b- multipl seksüel eş,
- c- yüksek riskli erkek partner ile koital ilişki,
- d- sigara kullanımı ve immunosupresyon (ilaç, alkol vb.),
- e- düşük sosyo-ekonomik düzey,
- f- fazla doğum ve seksüel yolla geçen hastalıklar. Özellikle HPV.

Servikal karsinoma ile HPV 16–18 arasında çok yüksek bir ilişki olduğu kanıtlanmıştır (22,25,26).

SEMPTOMLAR: Erken dönem belirtileri:

- düzensiz ve sızıntı şeklinde kirlili bir vajinal kanama,
- siklus dışı ara kanamalar, cinsel ilişki ve vajinal muayene esnasında kanama,
- sarı, kirlili, pis kokulu, et suyu görünümünde akıntı,
- postmenopozal dönem kanamaları,
- menstruasyonun uzaması ya da kanamanın artması.

Geç dönem belirtileri:

- pelvis içi künt ağrılar,
- primer tümörün geç belirtileri veya rekürrens vakalarda görülen belirtiler; disüri, hematüri, rektal kanama, ekstremitelerde ödem.
- Preterminal dönemde; masif hemoraji ve üremi.
- Tümör kitlesindeki enfeksiyon sonucu sepsis ve peritonitis. Son dönemlerde kaşeksi ve anemi görülür (27,28,29).

KORUNMA: Preinvaziv dönemdeki erken teşhis ve tedavi, invaziv servikal kanserin önlenmesi açısından önemlidir.

Tek eşli cinsel yaşam, kondom ile enfeksiyonlardan korunmak, doğurganlığı planlamak ve erken yaşta cinsel ilişkiden sakınmak, korunma ve erken belirtiler konusunda bilgilenecek, kişisel hijyene dikkat etmek ve sigara kullanımından kaçınmak korunma açısından önem taşımaktadır (22).

ERKEN TANI: Düzenli pelvik muayene ve Pap-smear, servikal kanserin erken tanısı için en iyi yöntemlerdir. Amerikan Kanser Birliği (ACS); cinsel yaşamı aktif veya aktif olmayan, 18 yaşından itibaren tüm kadınların yıllık Pap-smear ve pelvik muayenelerinin yapılmasını önermektedir. (5,6)

Servikste lezyonun histolojisi ve invazyonunu kesin olarak belirlemek için FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) tarafından önerilen prosedür şöyledir;

- serviks ve vajenin inspeksiyonu,
- kolposkopi,
- biyopsi,
- endoservikal küretaj,
- konizasyon,
- histereskopi(22,28,30).

2.2.3.PAPANICOLAOU SMEAR (PAP TEST)

Pap Smear ilk olarak 1943'te Papa Nicolaou ve Traut ile jinekolojide kullanılmaya başlamıştır (28,31). Pap smear jinekolojide genital kanser taramasında (özellikle serviks kanseri), hormonal durumun değerlendirilmesinde, vajinal ve servikal enfeksiyonların değerlendirilmesinde, genital kanserlerin tedavisi sırasında ve sonrasında tedavi sonuçlarının değerlendirilmesinde kullanılır (31). Serviksin kanserini, klinik olarak ortaya çıkmadan önce %90-95'e varan bir doğrulukla saptar.

Pap smear taramasının amacı invaziv kanserli bireyi değil, intraepitelial lezyonları olan bireyi tanımadır. İnvaziv kanseri olan kişiler muhtemelen semptomatik olacaklardır ve semptomlar araştırılırken tanı konacaktır (32).

Servikal kanser taramada pap smear testinin başlanma zamanı, tarama sıklığı ve sonlandırılma zamanı ile ilgili tartışmalar devam etmektedir. Amerikan Kanser Derneği ve Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Koleji (ACOG) cinsel ilişki başlangıcından itibaren ilk 3 yıl içinde veya en geç 21 yaşında taramaya başlanması gerektiğini önermektedir (33,34).

Amerikan Aile Hekimleri Akademisi, Kanada Koruyucu Sağlık Görev Gücü, Amerikan Koruyucu Tıp Koleji ve ABD Koruyucu Hizmetler Görev Gücü taramanın kadında cinsel aktivite başladığında başlatılması görüşündedir (33,35).

Servikal taramanın başlamasından sonra konvansiyonel serviks sitolojik smear ile yıllık veya sıvı bazlı sitoloji (thin prep) kullanarak her 2 yılda bir tarama gerçekleştirilmelidir. 30 yaş sonrası arka arkaya 3 normal veya negatif sitoloji sonucunda tarama 3 yılda bir yapılmalıdır (anamnezinde uterusu DES'e maruz kalanlar, HIV pozitif olanlar, immünsüprese olanlar, kemoterapi alanlar veya kronik kortikosteroid ilaç kullananlar hariç) (36,37).

The International Union Against Cancer (IUAC) 1990'da, 25-60 yaş grubunda 3-5 yıl intervallerle tarama yapılmasının maksimum etkiyi sağladığını ifade etmiştir (38).

Her toplumun risk faktörleri, sağlık problemleri, koruyucu hekimlik programları farklı olmasına karşın bugün dünyada kabul edilen her yıl pap smear ile serviks kanseri taraması yapılmasıdır. Hatta bazı otoriteler 6 ayda bir yapılacak pap smear ile daha erken lezyonların tanınabileceğini savunmaktadırlar (30). Tüm bu kılavuzlar ardı ardına 3 normal sonuç alınmışsa, testler arasındaki sürenin 3 yıla kadar uzatılabileceğini ifade etmektedir. Bununla birlikte bazı kılavuzlar risk faktörleri taşıyan kadınlarda sürekli yıllık tarama yapılması gerektiğini belirtmektedir (35).

1995'te ACOG tarama önerilerini

bildirmiştir (37,38):

1. Halen veya geçmişte seksüel yönden aktif olan veya 18 yaşında olan bütün kadınlar yıllık pap smear aldirmalı ve pelvik muayene yaptırmalıdır. İlk tarama yaşa bakılmaksızın seksüel aktif kadınların hepsinde veya 18 yaşında başlanmalıdır.
2. Belirli yüksek risk faktörleri servikal kanser ve servikal intraepitelyal neoplazinin gelişmesiyle ilişkilendirilmiştir. Yüksek riskli kişiler (HPV ile enfekte olan kadınlar, cinsel yolla bulaşan hastalık hikâyesi olanlar, immünsüprese kadınlar, genital kanser öyküsü olanlar, HIV pozitif olanlar, düşük sosyoekonomik seviye) yıllık veya daha sık taranmalıdır.
3. Arka arkaya 3 veya daha fazla normal smearı olan ve memnun edici normal muayene bulguları olan kadınlar düşük riskli kadınlardır ve bunlarda pap smear hekimin tavsiyesine göre daha seyrek olarak tekrarlanabilir.
4. Uterusta DES'e maruz kalmış hastalarda tarama menarşta veya 14 yaşında semptomlarla birlikte başlar ve her 6 ayda veya 1 yılda tekrarlanır.
5. Histerektomi sonrası vajinal sitoloji en az 3-5 yıl aralıklarla tekrarlanmalıdır.

6. Preinvaziv serviks hastalıklarının tedavisi sonrası tarama 2 yılda bir yapılmalıdır.

7. Invaziv serviks kanseri tedavisi sonrası tarama 2 yıl için 3 ay aralıklarla ve sonra 6 ay aralıklarla yapılmalıdır.

Pap smear basit, uygulaması kolay, ucuz, emin ve tekrarlanması mümkün bir yöntemdir (39). Örnek almak çok kolaydır ve hastayı rahatsız etmez (40). Serviks kanseri tarama amacıyla pap smear almak için son adet kanamasının başlangıcından sonraki 10.-20. günler arası en uygun zamandır (31,41).

Pap smear bimanuel muayeneden önce alınır. Muayeneden önce kuru ve temiz bir spekulum takılır (31). Kullanılan spekulum antiseptik solüsyonlu olmamalı, suyla ıslatılmış veya kuru olmalıdır (42). Uygun bir smear almak için serviksin ve vaginanın üst bölümünün tam olarak görülmesi gerekmektedir (43). Vaginal yayma alınmadan önce serviks inspekte edilir. Epitelyum rengi ve yüzeyin özellikleri not edilir (31). En iyi sonuç için sitolojik açıdan önemli üç ayrı bölgeden üç ayrı smear alınmalıdır: Posterior vaginal forniks, squamocolumnar junction- endoservikal kanal. Önce eksternal osa endoservikal fırça sokulur ve 180 derece çevrilerek endoserviksten sürtme veya aspirasyon tekniği ile örnek alınır (43). Sonra plastik spatula eksternal osa sokulur ve etrafında 360 derece çevrilerek kazıma tekniği ile smear alınır (31).

Alınan materyal hemen lama ince bir şekilde yayılmalıdır. Pap smear materyalinin alınıp lama fikse edilmesi geleneksel (konvansiyonel) smear alma tekniğidir (43). Fiksasyonda en önemli nokta lam üzerine ince bir tabaka halinde yayılmış olan materyalin, yayma yapılır yapılmaz kurumadan hemen fikse edilmesidir. Fiksasyondaki gecikme selüler şekillerin bozulmasına ve kurummasına yol açar. Fiksasyonda solüsyon olarak %95'lik etil alkol ve eter karışımı kullanılır. Smear preparatlarına ve istek formuna hastanın adı açık bir şekilde yazılır. Bu şekilde materyal patolojiye gönderilir (28,31).

Pap smear sonuçlarının değerlendirilmesinde en sık papanicolaou sınıflaması kullanılır (22). Papa Nicolaou 1954 yılında sitolojik örneklerin raporlarının kolay anlaşılabilmesi için yaymaları kanser hücreleri açısından değerlendiren bir sınıflama önermiştir (28,31).

Pap smear testinin sonuçlarının klasik sınıflaması;

- Class I Anormal hücre yok
- Class II Atipik hücreler mevcut. Enfeksiyon
- Class III Şüpheli anormal hücre
- Class IV Malignant hücre – karsinoma in situ

Class V Malignant hücre – invaziv kanser.

Papanicolaou sınıflamasının yetersiz kalmaya başladığı fark edildikten sonra Bethesda sistemi geliştirilmiştir. Bethesda sınıflamasına göre üç tipte bulgu tanımlanır (42,43):

1- Normal sınırlarda

2- Önemi belirsiz atipik yassı epitelyum hücreleri (Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance= ASCUS)

3-a. Düşük derecede skuamöz intraepitelyal lezyonu düşündüren hücrel değişiklikler (Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion= LGSIL)

b. İleri derecede skuamöz intraepitelyal lezyonu düşündüren hücrel değişiklikler (High-Grade Squamous Intraepithelial Lesion= HGSIL)

Pap smear preparatları yeterli bulunduktan sonra epitelyal hücre anomalisi varlığı yönünden değerlendirilir. Bu aşamada epitelyal hücre anomalisi bulunmayan olgular negatif intraepitelyal lezyon tanımlaması altında bulunan çeşitli organizmaların varlığı, enflamasyon, enflamatuvar değişiklikler, atrofi gibi benign hücrel değişiklikler açısından araştırılarak rapor edilir. Epitelyal hücre anomalileri bulunan smear preparatları ise skuamöz hücre ve diğer malign neoplazmi gruplarında yer alan tanı kategorilerine ayrılırlar (44).

Bethesda Sistemi (2001 Revizyonu) (61)

Değerlendirme için Yeterlilik:

- Yeterli,
- Yetersiz.

Negatif intraepitelyal lezyon (benign hücrel değişiklikler)

- Organizmalar (Trichomonas, Candida, HSV, vs.)
- Diğer non-neoplastik olaylar (enflamasyon, atrofi, reaktif değişiklikler,

vs.)

- Histerektomi sonrası glandüler hücreler
- 40 yaş üzeri endometrial hücre

Epitel hücre anomalisi

Skuamöz hücre anormallikleri

- ASCUS (önemi bilinmeyen atipik hücreler)

- LGSIL (düşük dereceli lezyonlar)
- HGSIL (yüksek dereceli lezyon)

Glandular hücre anormallikleri

- AGUS (önemi bilinmeyen atipik glandular hücreler)
- Adenokarsinoma in-situ
- Adenokarsinom

Diğer malign neoplazmalar (sarkom, lenfoma, metastaz)

Yorumlar, öneriler (opsiyonel).

2.3. HPV(HUMAN PAPİLLOMA VİRÜS)

Human papilloma virüsler cildin çok katlı epitelyal dokusunu enfekte eden küçük DNA virüsleridir. 50-55 nm boyutunda dairesel çift zincirli DNA içeren zarfsız bir virüştür ve 'kapsid' isimli proteinleri vardır. Günümüze dek 100'den fazla HPV tipi belirlenmiştir. (45,46)

Enfeksiyon klinik olarak (genital siğil), sitolojik (Pap-smear) veya virolojik olarak (DNA saptanması) tanınabilir.

BULAŞMA: HPV başlıca cinsel temasla bulaşan bir virüştür. Kadında enfeksiyonun görülmesinde partner sayısı, cinsel ilişkiye başlama yaşı ve partnerinin cinsel yaşamı etkili olmaktadır. Erkeklerde ise hayat kadınları ile ilişki riski artırmaktadır. Sünnet olan erkeklerde HPV taşıma riski 3 kat daha az bulunmuştur. Kadınlarda prevalans en sık 20-24 yaşlar arasında artar ve bu 35 yaş ve sonrasında giderek azalır. Bulaş enfekte vücut sıvıları, genital cilt ve mukozal membranlar aracılığıyla olur. HPV ile bulaşı engellemenin en kesin yolu cinsel ilişkiden sakınmaktır. Bir diğer etkili strateji ise uzun süreli monogamidir. Kondom kullanımında etkili kabul edilmektedir. (45,47).

HPV serviks kanseri etiyolojisinde oldukça önemli rol oynar. Günümüzde servikal kanserlerin HPV tarafından oluşturuldukları kanıtlanmıştır. Çoğu ülkede HPV-16 serviks kanserlerinin %50'sinden fazlasından sorumludur. İkinci en sık HPV tipi yaklaşık %10 ile HPV-18'dir ve bunu alt tipler 31 ve 45 izler. Bu nedenle tüm servikal kanserlerin yaklaşık %75'i tip 16 ve tip 18 tarafından oluşturulmaktadır (45,47). HPV enfeksiyonlarının sadece %1'inde servikal kanser gelişim riski mevcuttur. Bu nedenle çalışmalar servikal kanserin değişik patolojiler halinde gelişmesini ve yayılmasını önleyecek yeni ve etkin bir aşının bulunması üzerine yoğunlaşmıştır (45).

Bugün serviks kanserine neden olan HPV tiplerine karşı ilk tedavi edici kanser aşısının kullanımını FDA tarafından oluşturulan kurulda uygun görülmüştür (46,47).

2.3.1.HPV'NİN KANSERLEŞMESİ

HPV genomu 10 gen içerir ve bu genlerden 8'i erken (early=E) ve 2'si ise geç (late=L) olarak adlandırılırlar. Erken genler esas olarak transkripsiyonu, DNA replikasyonunu ve virüsün oluşturduğu onkojenik transformasyonu kontrol ederler. Geç genler ise kapsid proteinlerinin sentezini (L1, L2) yönetirler. Ayrıca genomda bulunan 'Long Control Region' (LCR) replikasyon orjinini içerir. Bütün papillomavirüsler benzer genetik organizasyon gösterir (46).

HPV'lerde L1 proteini majör kapsid proteini olarak, L2 ise minör kapsid proteini olarak bilinirler. Özellikle L1 proteinleri kendiliğinden bir araya gelerek virüs benzeri partiküller (Virus Like Particles=VLP) oluşturmaktadırlar. Çünkü; L1 proteini kapsid proteinlerinin %80'ini oluşturur. VLP profilaktik aşı çalışmalarında kullanılan antijenik yapıyı oluşturmaktadır. E1 majör erken protein olarak bilinir ve replikasyonda önemli rol oynar. E2 önemli bir regülatör proteindir. Onkoprotein olarak bilinen ve p53'e bağlanan E6 proteininin fonksiyonunu düzenler, replikasyon ve transkripsiyonda rol oynar, DNA'yı paketler ve E1'in fonksiyonunu belirler. E4 ve E5'in fonksiyonları tam bilinmemekle birlikte, geç viral fonksiyonların düzenlenmesinde rol oynadıkları sanılmaktadır. E6 ve E7 proteinleri birçok hücrel proteinlerle etkileşerek enfeksiyon oluşumunu yönlendirirler. Onkoprotein olarak bilinen E6, p53 tümör supressör proteinine bağlanır ve parçalanmasına neden olur. E7 proteini ise retinoblastoma proteinine (Rb) bağlanarak fonksiyonunu ortadan kaldırır (46).

İnsanda bulunan ve normalde kanserli hücre oluşumunu baskılayan Rb ve p53 proteinleri, E6 ve E7 genleri tarafından pasifize edilirler. P53 parçalanarak hücre siklusunu durdurma özelliği ve apoptozis fonksiyonunu kaybeder. E7, Rb'ye bağlanarak apoptoziste rol alan genlerin transkripsiyonunu baskılar ve hücre üremesinin kontrolünü inhibe ederek hücrelerin mitozu girmesini sağlar. Böylece kanser oluşumu başlatılmaktadır (46,47).

2.3.2.HPV AŞISI

Seksüel hayatı aktif olan kadınların %70'inden fazlası hayatı boyunca bir kere HPV ile enfekte olur. Her yıl HPV enfeksiyonu 470.000 servikal kansere neden olmaktadır.

HPV'nin 35 tipinden fazlası genital bölgede enfeksiyona neden olur. HPV 16 ve 18 %70 oranında servikal kanser ve yüksek derece servikal intraepitelial neoplaziye neden olmaktadır. Bu nedenle HPV'ye karşı aşı üretilmiştir (2).

HPV aşısının başlıca amacı anogenital kanser insidansını azaltmaktır. Aşılar koruyucu (profilaktik) ve tedavi edici (terapötik) aşılar olarak iki gruba ayrılmaktadır. Özellikle bugüne kadar yapılan aşı çalışmaları daha çok koruyucu aşı üzerine yoğunlaşmıştır. Koruyucu aşılar günümüzde kullanıma sunulmuşken tedavi edici aşılar üzerinde halen çalışmalar devam etmektedir (2,45).

Koruyucu aşıda hedef HPV enfeksiyonunun olduğu bölgede etkin immün cevap oluşturarak uzun süre oluşacak enfeksiyonu ve reenfeksiyonu önlemektir. Tedavi edici aşı ise daha önce meydana gelmiş bir enfeksiyonun ortadan kaldırılması yönünden veya malign hastalığın gelişmesi yönünden koruyucu etki yaratacaktır. Koruyucu aşılar 2 yüksek riskli HPV tipi olan 16 ve 18'e karşı koruma sağlar (2,48). Bu aşılar serviks salgısında nötralizan antikor miktarını artırarak, virüsün buradan içeri girmesini immünolojik olarak önlemektedir. Bu aşılar, en önemli kapsül proteini L1 içerir ve VLP (virüs benzeri parçacık-virus like particles) şeklinde hazırlanmaktadır. Virüs benzeri parçacıklar baculovirusla enfekte böcek hücreleri ya da maya hücreleri ile üretilmektedir. Bu virüs benzeri parçacıkla, hem morfolojik olarak virüse benzemekte hem de hücre yüzeyine yapışabilmektedir (49,50).

Son zamanlarda HPV 16 ile yapılan monovalan, HPV 16 ve 18 ile yapılan bivalan ve HPV 6-11-16-18 ile yapılan kuadrivalan aşılarından ümit verici sonuçlar elde edilmiştir. Yapılan aşılamalarda dikkate değer bir yan etki görülmemiştir (2,51).

Koruyucu aşıların yapılmasındaki en uygun dönem 9-12 yaş arasındadır ancak 26 yaşına kadar da yapılabilir. Bivalan aşı 0, 1 ve 6. aylarda 3 doz şeklinde uygulanır. Kuadrivalan aşı ise 0, 2 ve 6. aylarda uygulanır. Aşılama deltoid bölgeye IM enjeksiyon şeklinde yapılır. Aşılama ile birlikte, rehberlere uygun olarak düzenli servikal tarama devam etmelidir (45,47).

2.3.3. AŞILAR İLE İLGİLİ ÇALIŞMALAR

Koutsky ve ark.'ları maya hücrelerinde üretilmiş, monovalan HPV 16 VLP L1 kapsid komponent içeren aşı ile 768 olguyu aşılamış ve 765 olguya plasebo uygulamışlardır. Çalışma ABD'de 16-23 yaşları genç kızlar üzerinde yapılmıştır. Ortalama 48 aylık izlem süresinin sonunda geçici enfeksiyonlarda etkinlik %91, kalıcı enfeksiyonlar üzerinde

etkinlik %100 ve preinvaziv servikal lezyonların önlenmesinde etkinlik %100 olarak bulunmuştur (52).

Villa ve ark.'ları yaptıkları çalışmada, yine maya hücrelerinde üretilmiş, kuadrivalan HPV 16, HPV 18, HPV 6, HPV 11 VLP L1, kapsid komponent içeren aşı ile 239 olguyu aşlamış ve 242 olguya plasebo uygulamışlardır. Çalışma Brezilya, Avrupa, ABD'de tamamlanmış ve 16-23 yaşları genç kızlar üzerinde yapılmıştır. Ortalama 48 aylık izlem süresinin sonunda kalıcı enfeksiyonlar üzerinde etkinlik %89 (HPV 6 %100, HPV 11 belirsiz, HPV 16 %86, HPV 18 %89) ve preinvaziv servikal lezyonların önlenmesinde etkinlik %100 olarak bulunmuştur (53).

Harper ve ark.'ları baculovirus hücrelerinde üretilmiş, bivalan HPV 16 ve HPV 18 VLP L1, kapsid komponent içeren aşı ile 560 olguyu aşlamış ve 553 olguya plasebo uygulamışlardır. Çalışma ABD, Kanada, Brezilya'da tamamlanmış ve 15-25 yaşları genç kızlar üzerinde yapılmıştır. Ortalama 27 aylık izlem süresinin sonunda geçici enfeksiyonlar üzerinde etkinlik %92, kalıcı enfeksiyonlar üzerinde etkinlik %100 ve preinvaziv servikal lezyonların önlenmesindeki etkinlik %100 bulunmuştur (54).

Mao ve ark.'larının yaptığı çalışmada, 16-23 yaş arasındaki kadınlardan 750'si plasebo grubuna alınmış, 755'ine de HPV 16 aşısı yapılmış, aşının yapıldıktan sonra en az 3.5 yıl HPV 16 enfeksiyonu ve HPV 16 ile ilişkili CIN 2-3'e karşı etkili olduğu ve aşının servikal kanser riskini azaltacağı belirtilmiştir (55).

Dempsey ve ark.'larının yaptığı çalışmada, 8-12 yaş arasında çocuğu olan 1600 ebeveyne HPV aşılama hakkında anket uygulanmış. Bir gruba HPV hakkında bilgi verilmiş. Bilgi açısından bu grupta fark olmakla birlikte aşının kabul edilmesi açısından iki grup arasında fark bulunmamış. Tutum ve yaşam beklentilerinin aşının kabulünde daha etkili olduğu belirtilmiş (56).

Yapılan bu çalışmalardan sonra ABD'de 2006 yılının haziran ayında HPV 6, 11, 16 ve 18'e karşı aşının kızlarda ve genç kadınlarda (9-26 yaş) kullanımı için onay verilmiştir (57). Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanmış olan kuadrivalan aşı Nisan 2007'den başlayarak, bivalan aşı ise 2008 yılı itibariyle piyasaya sürülmüştür.

- 2006 Eylül ayında ACOG HPV aşıları ile ilgili önerilerini yayınlamıştır. Özetle;
- 9-26 yaşları arası aşılama yapılabilir. İlk doz için 11-12 yaşları uygun görünmektedir.
 - Günümüzde aşı öncesi HPV DNA testleri ve serolojik testler önerilmemektedir.

- CIN olgularında aşının yararları sınırlıdır. Aşılama yapıldığında da izleme devam edilmelidir. Aşılama hastalarda 'yalancı' bir korunma hissi oluşturabilir.
- Aşılama oluşmuş olan servikal sitolojik değişiklikler ve genital siğiller için tedavi değildir.
- FDA'ya göre Kuadriyalan HPV aşısının gebelikte kullanımı Kategori B'ye uymaktadır. Bivalan ise C. İnsanlarda yeterli çalışma bulunmamaktadır. HPV aşısı laktasyonda güvenle kullanılabilir.
- 26 yaş üzeri kadınlarda aşılama, erkeklerin aşılama ve rapel uygulamasının gerekliliği ve zamanlaması araştırılması gereken konulardır(58).

Bunu izleyerek ACS (Amerikan Kanseri Derneği) HPV ile ilgili önerilerini Ocak 2007'de yayınlamıştır. Özetle;

- 11-12 yaşındaki kızlara rutin HPV aşılması önerilmektedir.
- HPV aşısı en erken 9 yaşında uygulanabilir.
- 13-18 yaşları arasında aşılanmayı kaçırmış ya da tamamlamamış kızlara da aşılanma önerilmektedir.
- 19-26 yaşları arası kadınların aşılanmasını destekleyecek ya da aşılanmasına karşı çıkacak yeterli bilimsel veri bulunmamaktadır. Aşılanma için ideal koşullarda cinsel birliktelikte bulunmamış olmak gereklidir.
- Günümüzde HPV aşısı 26 yaş üzeri kadınlara ve erkeklere önerilmemektedir.
- Serviks kanserinin taranması aşılanmış ve aşılanmamış populasyonlarda olduğu gibi sürdürülmelidir (59).

3.MATERYAL VE METOD

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, erken tanı ve korunmanın çok önemli olduğu çağımızda ölümcül hastalıklardan biri olan serviks kanseri ve aşısı hakkında, hizmeti götüreceği olan sağlık çalışanlarının bilgilerini, uygulamalarını ve tutumlarını saptamak amacıyla tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMAN

Araştırma, İzmir ilinde bulunan Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde yürütülmüştür. Araştırma, Şubat- Eylül 2008 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırma evreni Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde görev yapan sağlık personeli olarak düşünülmüştür. Toplam personel sayısını öğrenmek için hastane başhekimliğine dilekçe verilmiştir. Dilekçe sonucu olarak alınan sayı 2030 kişidir. (N=2030).

3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde görev yapan sağlık personelinin toplam sayısından (N=2030) %25 prevalans alınarak örneklem sayısı 508 kişi olarak bulunmuştur.

3.5. VERİLERİN TOPLANMASI

3.5.1. Veri Toplama Aracı

Veri toplama aracı olarak, katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini ve bu hastalığa ve aşıya yönelik düşünce ve tutumlarının değerlendirilmesini amaçlayan konularda yapılan araştırmalardan ve literatür taramalarından elde edilen bilgilere dayanarak hazırlanacak olan anket formu düşünülmüştür (EK-I).

3.5.2. Veri Toplama Tekniği

Anket formu katılımcılarla yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Anket formu uygulanmadan önce açıklama yapılmış ve katılımcıların izinleri alınmıştır.

3.5.3. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS istatistik programında değerlendirilmiş, Pearson Ki-Kare yöntemi uygulanmıştır. $P < 0,05$ anlamlılık sınırı olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Sosyo-demografik Özellikler

Tablo 1: Sağlık Çalışanlarının Ünvanlarına Göre Dağılımı

<i>Ünvanlar</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Doktor	232	45,7
Hemşire	276	54,3
Toplam	508	100

Tablo 1’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %45,7’si doktor, %54,3’ü hemşiredir.

Tablo 2: Sağlık Çalışanlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

<i>Yaş grupları</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
15-24 yaş grubu	43	8,5
25-34 yaş grubu	340	67,0
35-44 yaş grubu	96	18,8
45-54 yaş grubu	29	5,7
Toplam	508	100

Tablo 2’de görüldüğü gibi sağlık çalışanlarının %67,0 gibi büyük bir çoğunluğu 25-34 yaş grubundadır.

Tablo 3: Sağlık Çalışanlarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

<i>Eğitim düzeyi</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Lise mezunu	2	0,4
Önlisans mezunu	53	10,4
Lisans mezunu	221	43,5
Doktora mezunu	232	45,7
Toplam	508	100

Tablo 3’de görüldüğü üzere eğitim düzeyleri açısından %43,5 kişi lisans mezunudur. %45,7 kişi doktora mezunu olup bu sayının tamamı doktordur. %0,4’ü lise mezunu olan hemşirelerdir. %10,4’ü önlisans mezunu olan hemşirelerdir.

Tablo 4 : Sağlık Çalışanlarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

<i>Medeni durum</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Bekar	264	52,0
Evli	244	48,0
Toplam	508	100

Sağlık çalışanlarının %52,0’si bekâr, %48,0’ı evlidir (Tablo 4).

Tablo 5: Sağlık Çalışanlarının Meslekteki Çalışma Süreleri

<i>Çalışma süresi</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
1 yıldan az	64	12,6
1-5 yıl	223	43,9
5-10 yıl	109	21,5
10 yıldan çok	112	22,0
Toplam	508	100

Sağlık çalışanlarının %43,9'unun 1-5 yıl, %21,5'inin 5-10 yıl, %12,6'sını 1 yıldan az, %22,0'nın 10 yıldan çok çalışma sürelerinin olduğu anlaşılmıştır (Tablo 5)

4.2. Sağlık Personelinin Literatür Bilgileriyle İlgili Bulgular

Tablo 6: Sağlık Çalışanlarının Okul Eğitimleri Sırasında Jinekolojik Kanserlerin Riskleri, Erken Belirtileri ve Korunma Yolları Hakkında Eğitim Almalarına Göre Dağılımı

<i>Eğitim alma durumu</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Eğitim alan	445	87,6
Eğitim almayan	63	12,4
Toplam	508	100

Sağlık çalışanlarının okul eğitimleri sırasında jinekolojik kanserlerin riskleri, erken belirtileri ve korunma yolları hakkında %87,6'sının eğitim aldığı, %12,4'ünün eğitim almadığı görülmüştür (Tablo 6).

Tablo 7: Sağlık Çalışanlarının Okul Eğitimleri Sonrasında Jinekolojik Kanserlerin Riskleri, Erken Belirtileri ve Korunma Yolları Hakkında Eğitim Almalarına Göre Dağılımı

<i>Eğitim alma durumu</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Eğitim alan	194	38,1
Eğitim almayan	314	61,9
Toplam	508	100

Tablo 7’de görüldüğü gibi sağlık çalışanlarının %38,1’inin eğitim sonrasında da jinekolojik kanserlerin riskleri, erken belirtileri ve korunma yolları hakkında eğitim aldığı, %61,9’unun ise eğitim almadığı belirlenmiştir.

Tablo 8: Sağlık Çalışanlarının ‘Kanser Sözcüğünü Duyunca İlk Aklınıza Gelen Nedir?’ Sorusuna Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımları

<i>Kanser sözcüğünün akla getirdiği</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Sadece bir hastalık	45	8,9
Umutsuzluk	40	7,9
Ağır cerrahi işlemler, istenmeyen yan etkiler	257	50,6
Ölüm	166	32,6
Toplam	508	100

Sağlık çalışanlarının ‘kanser sözcüğünü duyunca ilk aklınıza gelen nedir?’ sorusuna verdikleri yanıt tablo 8’de görülmektedir. %50,6 gibi büyük bir çoğunluğu hastalığın ağır tedavisinden ve istenmeyen yan etkilerinden bahsetmiştir. %32,6’sı ölüm düşüncesi, %7,9’u umutsuzluk fikri taşımaktadır. Sadece bir hastalık olarak görenlerin yüzdesi ise %8,9’dur.

Tablo 9: Sağlık Çalışanlarının Medeni Durumları ile Pap Smear Testi Hakkındaki Bilgilerine Göre Dağılımı

Pap smear testi nedir? Kaç tür pap smear testi vardır?

Medeni durum	<i>Tanı testi, 2 tip</i>		<i>Tanı testi, 1 tip</i>		<i>Bilmiyorum</i>		<i>Toplam</i>	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bekâr	207	78,4	7	2,7	50	18,9	264	100
Evli	226	92,6	5	2,1	13	5,3	244	100
Toplam	433	85,2	12	2,4	63	12,4	508	100

Tablo 9’da sağlık çalışanlarının medeni durumu ile pap smear testi hakkındaki bilgilerine göre dağılımında evli olan sağlık çalışanlarının %92,6’sının pap smear testinin tanı testi olduğu ve iki tipinin olduğunu bildiği belirlenmiştir, bekârların ise %78,4’ünün doğru cevap verdiği belirtilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 10: Sağlık Çalışanlarının Medeni Durumları ile Pap Smear Yaptırma Zamanı Hakkındaki Bilgilerine Göre Dağılımı

Pap smear testi ne sıklıkla ve ne zaman yapılır?

Medeni durum	<i>Yılda bir kez</i>		<i>6 ayda bir kez</i>		<i>Bilmiyorum</i>		<i>Toplam</i>	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bekâr	177	67,0	36	13,7	51	19,3	264	100
Evli	196	80,3	40	16,4	8	3,3	244	100
Toplam	373	73,4	76	15,0	59	11,6	508	100

Sağlık çalışanlarının medeni durumları ile pap smear testi yaptırma zamanı hakkındaki bilgilerine göre dağılımlarında bekar personelin %67,0’sinin yılda bir kez yaptırılmalı, evli personelin ise %80,3’ünün yılda bir kez yaptırılmalı cevabını verdiği belirlenmiştir. İstatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 11: Sağlık Çalışanlarının HPV Aşısı Hakkındaki Bilgilerine Göre**Durumu**

<i>Aşı hakkında bilgi sahibi</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Evet	380	74,8
Hayır	128	25,2
Toplam	508	100

Tablo 11’de belirtilen sonuçlara göre; sağlık çalışanlarının %74,8’i HPV aşısı hakkında bilgi sahibidir. %25,2’sinin ise bilgi sahibi olmadığı belirlenmiştir..

Tablo 12: Sağlık Çalışanlarının ‘Servikal Preinvaziv Lezyonlar Hakkında Bilginiz Var mı?’ Sorusuna Verdikleri Cevap Durumu

<i>Servikal preinvaziv lezyonlar</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Evet	249	49,0
Hayır	259	51,0
Toplam	508	100

Tablo 12’e göre sağlık çalışanlarının %49,0’u servikal preinvaziv lezyonlar konusunda bilgi sahibi olurken %51,0’ının konu hakkında bilgi sahibi olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 13: Sağlık Çalışanlarının ‘Serviks Kanseri Hakkında Bilginiz Var mı?’**Sorusuna Verdikleri Cevap Durumu**

<i>Serviks kanseri</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Evet	433	85,2
Hayır	75	14,8
Toplam	508	100

Tablo 13’de görüldüğü gibi sağlık çalışanlarının %85,2 gibi büyük çoğunluğu serviks kanseri hakkında bilgi sahibidir. %14,8’i konu hakkında bilgi sahibi değildir.

Tablo 14: Sağlık Çalışanlarının Meslek Durumları ile ‘Serviks Kanserin Erken Tanısı İçin Hangi Yöntem Kullanılır?’ Sorusuna Verdikleri Cevaplara Göre Karşılaştırılması

<i>Kullanılan yöntem</i>	<i>Pap smear testi</i>		<i>Jinekolojik muayene</i>		<i>Bilgin yok</i>		<i>Toplam</i>	
	<i>Sayı</i>	<i>%</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Meslek durumu								
Doktor	207	89,2	0	0	25	10,8	232	100
Hemşire	199	72,1	8	2,9	69	25,0	276	100
Toplam	406	80,0	8	1,5	94	18,5	508	100

Sağlık çalışanlarının meslek durumları ile ‘serviks kanserinin erken tanısı için hangi yöntem kullanılır?’ sorusuna verdikleri cevaplara göre karşılaştırılması tablo 14’de görülmektedir. Buna göre doktorların %89,2’si soruya doğru cevap vermiş ve pap smear testi olduğunu belirtmiştir, hemşirelerin ise %72,1’i soruya doğru cevap vermiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 15: Sağlık Çalışanlarının ‘Hangisi Servikal Preinvazif Lezyonlar ve Serviks Kanseri İçin Risk Faktörü Değildir?’ Sorusuna Verdikleri Cevaba Göre Durumu

<i>Risk faktörleri</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Erken yaşta cinsel ilişki ve çok eşlilik	0	0
HPV enfeksiyonu geçirenler	9	1,8
Düşük sosyo-ekonomik düzeyi olanlar	87	17,1
Hiç evlenmemiş ve doğum yapmamış olanlar	412	81,1
Toplam	508	100

Tablo 15’de görüldüğü gibi sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu risk faktörleri hakkında bilgi sahibidir. %81,1’i soruya doğru cevap vermiştir.

Tablo 16: Sağlık Çalışanlarının Serviks Kanseri Riski Olanlara Önerileceği Aile Planlaması Yöntemleri

<i>Önerilen AP yöntemi</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
RİA	2	0,4
Kondom	427	84,0
Cerrahi sterilizasyon	42	8,3
Oral kontraseptifler	37	7,3
Toplam	508	100

Tablo 16’da görüldüğü gibi serviks kanser riski taşıyan kişilere önerilecek aile planlaması yöntemleri konusunda sağlık çalışanlarının %84,0’ü kondom cevabını vermiştir. %8,3’ü cerrahi sterilizasyon, %7,3’ü oral kontraseptifler ve %0,4’ü RİA cevabını vermiştir.

Tablo 17: Sağlık Çalışanlarının Eğitim Durumları ile ‘HPV’nin Belirtileri ve Bulguları Nelerdir?’ Sorusuna Verdikleri Cevaba Göre Karşılaştırılması

<i>Belirtiler</i>	<i>Kaşıntı, genital siğil</i>		<i>akıntı, kızarıklık kabartı</i>		<i>ve Bilgim yok</i>		<i>Toplam</i>	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Eğitim								
Lise	0	0	0	0	2	100	2	100
Önlisans	16	30,2	9	17,0	28	52,8	53	100
Lisans	98	44,3	28	12,7	95	43,0	221	100
Doktora	232	100	0	0	0	0	232	100
Toplam	346	68,1	37	7,3	125	24,6	508	100

‘HPV’nin Belirtileri ve Bulguları Nelerdir?’ sorusu ile sağlık çalışanlarının eğitim durumları karşılaştırıldığında eğitim düzeyi arttıkça HPV’nin belirti ve bulguları hakkındaki bilgi düzeyleri artmaktadır. Doktora mezunu olan (doktorların hepsi) soruya doğru cevap vermiştir. Lisans mezunu hemşirelerin %44,3’ü soruya doğru cevabı vermiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 18: Sağlık Çalışanlarının Meslek Grupları ile ‘HPV Nasıl Bulaşır?’ Sorusuna Verdikleri Cevaba Göre Karşılaştırılması

<i>HPV nasıl bulaşır?</i>	<i>Cinsel yolla</i>		<i>ve Kan yoluyla</i>		<i>Bilgim yok</i>		<i>Toplam</i>	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Meslek								
Doktor	232	100	0	0	0	0	232	100
Hemşire	182	66,0	11	4,0	83	30,0	276	100
Toplam	414	81,5	11	2,1	83	16,4	508	100

Tablo 18’de görüldüğü gibi ‘HPV nasıl bulaşır?’ sorusunun sağlık çalışanlarının meslek grupları ile karşılaştırılması belirtilmiştir. Tabloya göre doktorların %100’ünün, hemşirelerin ise %66,0’sının HPV’nin bulaşma yollarını bildiği belirlenmiştir. Meslekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 19: Sağlık Çalışanlarının ‘HPV’nin Serviks Kanseri Risk Faktörü Olduğunu Biliyor musunuz?’ Sorusuna Verdikleri Cevaba Göre Durumu

<i>Risk faktörü</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Evet	440	86,6
Hayır	68	13,4
Toplam	508	100

Sağlık çalışanlarının %86,6’sı HPV’nin serviks kanserinin risk faktörü olduğunu bildiğini belirtirken, %13,4’ü konu ile ilgili bilgi sahibi olmadığını belirtmiştir.

Tablo 20: Sağlık Çalışanlarının ‘HPV Aşısı Kimlere ve Ne Zaman Yapılır?’ Sorusuna Verdikleri Cevaba Göre Durumu

<i>HPV aşısı kimlere, ne zaman yapılır?</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Bütün kadınlara, her yıl tekrarlanır	35	6,9
9-26 yaş grubu kadınlara, 3 doz yapılır	382	75,2
Hastalık belirtisi olanlara, bir kere yapılır	7	1,4
Doktor muayenesine ve istemine göre yapılır	84	16,5
Toplam	508	100

‘HPV aşısı kimlere ve ne zaman yapılır?’ sorusuna sağlık çalışanlarının %75,2’si doğru yanıt vermiştir.

Tablo 21: Sağlık Çalışanlarının ‘HPV Aşısını Yakınlarınıza ve/veya Çocuklarınıza Yaptırmak İster misiniz?’ Sorusuna Verdikleri Cevaba Göre Durumu

<i>HPV aşısı yaptırma</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Evet	369	72,6
Hayır	139	27,4
Toplam	508	100

Tablo 21’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %72,6’sı aşığı çocuklarına veya yakınlarına yaptırmak istediğini, %27,4’ü ise yaptırmak istemediğini belirtmiştir.

Tablo 22: Sağlık Çalışanlarının Eğitim Durumları ile “HPV Aşısını Yakınlarınıza ve/veya Çocuklarınıza Yaptırmak İster misiniz?” Sorusuna Verdikleri Cevaba Göre Karşılaştırılması

<i>HPV aşısı yaptırma</i>	<i>Evet</i>		<i>Hayır</i>		<i>Toplam</i>	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Eğitim durumu						
Lise	0	0	2	100	2	100
Önlisans	36	67,9	17	32,1	53	100
Lisans	141	63,8	80	36,2	221	100
Doktora	192	82,8	40	17,2	232	100
Toplam	369	72,6	139	27,4	508	100

Tablo 21’de sağlık çalışanlarının genelinin dağılımını aldığımız “HPV aşısını yakınlarınıza ve/veya çocuklarınıza yaptırmak ister misiniz?” sorusunun eğitim durumlarına göre dağılımı tablo 22’de belirtilmiştir. Tabloya göre eğitim düzeyi ile aşı yaptıрма düşüncesi doğru orantılıdır ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$).

5. TARTIŞMA

Jinekolojik kanserler kadının genital organlarının malign hastalıklarıdır. Bu grupta başlıca endometrium, serviks ve over kanserleri yer alır. Serviks kanseri genital kanserler içinde erken tanısı mümkün olan bir kanser türüdür. Predispozan faktörler ve risk faktörleri gayet iyi bilindiği için erken teşhisi ve tedavisi de büyük ölçüde mümkündür. Jinekolojik kanserler arasında tüm dünyada ikinci, gelişmekte olan ülkelerde ise ilk sırada yer alan serviks kanseri erken dönemde teşhis edilmediği takdirde mortalitesi çok yüksek olan bir kanserdir (60).

HPV'nin, bazı yardımcı etmenlerin de etkisiyle serviks kanserine yol açtığı kabul görmektedir. Serviks kanserlerinin %99,7'si HPV DNA'sı içerir (11). 1987 yılında çıkan bir yayında HPV enfeksiyonunun maligniteye dönüşümde muhtemelen tek başına yeterli olmayacağı, ancak aşılama programları ile HPV enfeksiyonunun önlenmesinin önemli bir risk etkenini ortadan kaldıracağı belirtilmiştir (15).

HPV aşının pratik kullanımından önce servikal kanserin yükünün azaltılması için diğer etiyojik etkenlerle olan maruziyetin azaltılması ve taramanın artırılması gibi stratejilerin daha pratik olabileceği bildirilmiştir (62).

Toplumda en fazla korku ve anksiyete uyandıran kanser hastalığı, hasta ve ailesini psikolojik olarak olumsuz yönde etkilemektedir. Serviks kanserinin riskleri, tanı ve tedavisinde, halkın kanser hakkındaki olumsuz düşüncelerinin değişmesinde eğitimin önemi büyüktür. Bu yüzden sağlık çalışanlarının konu hakkındaki bilgilerinin olması ve bu konularda toplumu aydınlatması beklenen bir durumdur. Sağlık çalışanlarına toplumu aydınlatmak konusunda büyük görev ve sorumluluklar düşmektedir. Araştırmamızın yapılma nedeni topluma hizmet verecek olan sağlık çalışanlarının konu ile ilgili bilgi düzeyini araştırmaktır.

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarının %45,7'si doktora mezunu olan doktorlar ve %43,5'i lisans mezunu hemşirelerdir. Hemşirelerin %10,4'ü önlisans mezunu, %0,4'ü lise mezunudur. Moreira ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada eğitim durumuyla- bilgi düzeyinin pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur (63).

Dönmez'in yaptığı çalışmaya katılan sağlık personelinin %67,2'sinin pap smear testinin serviks kanserinde tarama testi olduğunu bildiği belirtilmiştir. Aynı çalışmada pap smear testinin hangi sıklıkta yapılması gerektiğini bilen sağlık personelinin sayısı %62,0 bulunmuştur (64). Araştırmamızda sağlık çalışanlarının %80'i serviks kanserinin erken tanısı için kullanılan yöntem olan 'pap smear' hakkında bilgi sahibiyken, %18,5'i bu konu hakkında bilgileri olmadığını belirtmiştir. Yaptığımız çalışmada sağlık personelinin %73,4'ünün pap smear testinin yapılma sıklığı konusunda bilgi sahibi olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda değerlerin Dönmez'in çalışmasına göre daha yüksek bulunmasının nedeni eğitim durumlarının daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

Demircier ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 'Pap Smear testinin niçin yapıldığını biliyor musunuz?' sorusuna sağlık personelinin %11'inin hayır cevabını verdiği

belirtilmiştir. Sağlık personelinin çoğunluğu konu hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir (65). Bu bulgu yaptığımız bu araştırma ile benzerlik göstermektedir.

Maaaita ve Barakat Ürdün'de 600 kadın ile yaptıkları çalışmada katılımcıların %77'sinin serviks kanseri ile ilgili risk faktörlerini bilmediklerinin belirlemişlerdir (66). Ralston ve arkadaşları ise 2003 yılında yaptıkları, Çinli kadınların serviks kanseri risk faktörleri ile ilgili bilgi durumlarını inceledikleri çalışmada, kadınların risk faktörlerinin çoğunu bilmedikleri ve kadınların serviks kanseri risk faktörleri konusundaki bilgi durumları ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptamışlardır (67).

Waller ve arkadaşları 2004'te yaptıkları çalışmada kadınların %38'inin serviks kanseri riskini arttıran faktörler konusunda bilgisiz oldukları ve eğitim seviyesi yükseldikçe serviks kanseri risk faktörleri konusunda bilgilerinin de arttığını belirlemişlerdir (68). Hislop ve arkadaşları 2004 yılında Kanada'da yaptıkları çalışmada, kadınların eğitim düzeylerinin serviks kanseri risk faktörleri konusundaki bilgi düzeylerini etkilediğini saptamışlardır (69). Yaptığımız araştırmada sağlık çalışanlarının %81,1'inin serviks kanseri risk faktörleri konusunda bilgi sahibi olduğu belirlenmiştir. Araştırmamızda bu oranın diğer araştırmalara göre daha yüksek bulunmasının nedenleri arasında eğitim düzeylerinin yüksek olması ve sağlık alanında hizmet veriyor olmaları gelmektedir.

Nganwai ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hemşirelerin %77,7'sinin serviks kanserinin belirtileri ve bulguları hakkında bilgi sahibi olduğu belirtilmiştir (70). Anya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise sağlık çalışanlarının %80,6'sının serviks kanseri belirtileri ve bulguları hakkında bilgi sahibi olduğu belirtilmiştir (71). Bizim yapmış olduğumuz araştırmada sağlık personelinin %54,9'u serviks kanseri belirti ve bulguları konusunda bilgi sahibidir. Bunun nedeni aynı belirtilerin enfeksiyon belirtisi olarak görülmesinden kaynaklanmaktadır.

Dönmez'in yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının %76,8'inin serviks kanserine HPV enfeksiyonunun sebep olabileceğinin farkındayken, %23,2'sinin HPV'nin serviks kanserindeki rolü hakkında bilgi sahibi olmadığı belirtilmiştir (64). Nganwai ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hemşirelerin %81,1'inin HPV ve serviks kanseri ilişkisini bildiği belirtilmiştir (70).

Tarwireyi ve arkadaşlarının 2003 yılında yaptıkları çalışmada sağlık çalışanlarının serviks kanseri konusundaki bilgi, inanç ve Pap Smear testi yaptırma davranışları incelenmiş, sonuç olarak sağlık çalışanlarının serviks kanseri ile ilgili risk faktörlerine

yönelik bilgilerinin yetersiz olduğu ve çalışanların %86,6'sının HPV'nin serviks kanseri için risk faktörü olduğunu bilmedikleri belirtilmiştir (72).

Araştırmamızda sağlık çalışanlarının %86,6'sının HPV'nin serviks kanseri risk faktörü olduğunu bildiği belirlenmiştir. Bu bulgular Dönmez'in ve Nganwai'nin çalışması ile benzerlik göstermektedir. Tarwireyi'nin çalışması ile benzerlik bulunmamaktadır. Bunun nedeni olarak Tarwireyi'nin çalışmasının yapıldığı tarih gösterilebilir. Araştırmamız 2008 yılı içerisinde yapıldığından dolayı bilgi düzeyi daha yüksek çıkmıştır.

Baykal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Türkiye'de HPV aşısı rutin takvime alınır ve bedava olursa katılımcıların %98,5'inin kızlarına aşığı yaptırdığını söylediği belirtilmiştir (73).

Araştırmamızda sağlık çalışanlarının %72,6'sı HPV aşısını çocuklarına ve/veya yakınlarına yaptırmak istediği belirlenmiştir.

Nganwai ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hemşirelerin %88'inin HPV aşısının serviks kanserini önlemek için olduğunu bildiği belirtilmiştir. Aynı çalışmada hemşirelerin %66,2'sinin HPV aşısının rutin olarak kullanılması gerektiğini düşündüğü, %33,8'inin yan etkilerinden ve aşının güvenilirliğinden emin olmadığı için kullanmak istemediği belirtilmiştir (70).

Kahn ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptığı çalışmada doktorların aşının güvenilirliği ve yan etkileri konusunda endişeli olduğu ve aşığı tavsiye etmediği belirtilmiştir (74).

Duval ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya 946 hemşire katılmıştır ve %97'si HPV aşısının rutin olarak yapıldığı sürece faydalı olacağını, %93'ünün HPV aşısına destek vereceğini, %85'inin aşığı hastalara tavsiye edeceğini söylediği belirtilmiştir (75).

Riedesel ve arkadaşlarının ABD'de Aile Hekimleri ile yaptığı bir çalışmada doktorların hastalarına HPV aşısı yapılması hakkında görüşleri alınmıştır. Kadın olmanın, HPV hakkında bilgi sahibi olmanın ve aşılama ile ilgili tutumların Aile Hekimlerinin HPV aşılarını önerme niyeti ile bağımsız olarak ilişkili olduğu tespit edilmiştir (76).

Araştırmamızda sağlık çalışanlarının %74,8'inin HPV aşısının serviks kanserini önlemek için olduğunu bildiği belirlenmiştir. Aynı tabloda %25,2'sinin konu hakkında bilgisi olmadığı belirlenmiştir. Bu bulgular yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Sonuçlar gösteriyor ki HPV serviks kanserinin %99,7'sinde rol oynamaktadır (11,12). Bu nedenle serviks kanseri ve HPV'ye karşı aşilar üretilmiştir. Araştırmamıza göre sağlık çalışanlarının aşilar hakkında bilgi sahibi olduğu ortaya çıkmıştır. Fakat sağlık çalışanları

aşıların etki, yan etki, koruyuculuk süreleri gibi konularda henüz çok fazla bilgi edinmemiştir. Standart eğitim araçlarının henüz oluşturulmadığı bu konu hakkında sağlık çalışanları eğitim programlarına alınmalıdır ve bilgilendirilmelidir ki hizmet götürecekleri topluma konuyu daha iyi aktarabilsin.

Serviks kanser insidansının ülkemizde diğer ülkelere nazaran daha düşük olması toplumumuzun bu konuda daha az bilgi sahibi olmasına nedendir. Fakat unutulmamalıdır ki serviks kanseri bilgi, eğitim ve kişisel alışkanlıklara (hijyen, düzenli hayat, madde kullanımından uzak durmak gibi) özen göstermekle önlenebilen bir hastalıktır. HPV için üretilen aşular ülkemizde de kullanım onayı almıştır ancak ülkemizde aşı takvimine alınmamıştır. Maddi açıdan toplum için uygun olmadığı düşünülen aşı hakkında aileler biraz da bu nedenle fazla ilgili değildir.

Kısacası; serviks kanseri ve HPV ilişkisi, HPV aşular ve etkileri, korunma yolları öncelikle sağlık çalışanlarının, sonra toplumun üzerine ciddi şekilde eğilmesi gereken bir konudur. Bu nedenle daha önce de belirttiğimiz gibi eğitim programları yapılmalı ve standart eğitim araçları olmadığı için, konu hakkında bilgi sahibi olan sağlık çalışanlarına, kitapçık ve broşürlere başvurulmalıdır. Bunun için aşı hakkında sağlık çalışanlarının daha iyi bilgi sahibi olması sağlanmalıdır.

SONUÇ

Araştırma kapsamına İzmir Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan sağlık personeli alınmıştır.

Yapılan çalışmada doktor ve hemşirelerin %8,5'i 15–24 yaş grubunda, %67,0'ı 25–34 yaş grubunda, %18,8'i 35–44 yaş grubunda ve %5,7'si 45–54 yaş grubundadır.

Eğitim düzeylerine göre inceleme yapıldığında %0,4'ü lise mezunu (hemşire), %10,4'ü önlisans mezunu (hemşire), %43,5'i lisans mezunu ve %45,7'si doktora mezunudur (doktor).

Araştırmaya katılan doktor ve hemşireler unvan olarak incelendiğinde; %45,7'si doktor, %54,3'ü hemşiredir. Medeni durumları göz önünde tutulduğunda; %52,0'ının bekâr ve %48,0'ının evli olduğu saptanmıştır.

Doktor ve hemşirelerin meslekte çalışma süreleri incelendiğinde; %12,6'sı 1 yıldan az, %43,9'u 1–5 yıl arası, %21,5'i 5–10 yıl arası ve %22,0'ının da 10 yıldan daha fazla çalıştığı saptanmıştır.

Doktor ve hemşirelerin okul eğitimi sırasında ve sonrasında jinekolojik kanserlerin erken belirtileri, riskleri ve korunma yollarına yönelik eğitim alma durumları incelendiğinde; eğitim sırasında %87,6'sının eğitim aldığı, %12,4'ünün eğitim almadığı, eğitim sonrasında ise sadece %38,1'inin eğitim aldığı ve %61,9'unun eğitim almadığı saptanmıştır.

Araştırma kapsamına giren doktor ve hemşirelerin 'Kanser' sözcüğünü duyduklarında ilk anımsadıkları kelimelere bakıldığında; %50,6'sının ağır cerrahi ve medikal işlemler ve istenmeyen yan etkilerden bahsettiği belirlense de, %32,6'sı ölüm, %7,9'u umutsuzluk düşüncesine kapıldığını, sadece %8,9'unun bir hastalık olarak algıladığı görülmüştür. Duygusal çağrışımların fazla olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan doktor ve hemşirelerin %85,2'si pap smear testinin tanı testi olduğunu ve tiplerini bilmekte, %73,4'ü ne zaman ve ne sıklıkla yapılması gerektiğine tam olarak cevap verebilmiştir. Sağlık alanında çalışmalarına rağmen doktor ve hemşirelerin pap smear testini düzenli olarak yaptırmadığı belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına giren doktor ve hemşirelerin %54,9'u serviks kanserinin belirtileri hakkında bilgi sahibidir. Servikal preinvazif lezyonlar ve serviks kanseri hakkında büyük çoğunluğu bilgi sahibidir.

Araştırma kapsamına giren doktor ve hemşirelerin %68,1'i HPV belirtileri hakkında, %81,5'i HPV'nin bulaşma yollarını ve %86,6'sı HPV'nin serviks kanseri için risk faktörü olduğunu bilmektedir.

Araştırmaya katılan doktor ve hemşirelerin %74,8'si HPV aşısı hakkında bilgi sahibidir. %75,2'si HPV aşısının kimlere ve ne zaman yapılacağı sorusuna tam ve doğru cevap vermiştir. Ancak büyük bir çoğunluğu aşının etkileri hakkında bilgi sahibi olurken yan etkileri hakkında çok fazla bilgileri olmadığı saptanmıştır. Doktor ve hemşirelerin %72,6'sı aşığı çocukları ve yakınlarına yaptırmak isteyeceğini belirtmiştir.

Araştırma kapsamına giren doktor ve hemşirelerin %73,8'inin jinekolojik kanserlerin erken teşhisi için; jinekolojik muayene, smear testi ve doku incelemesi yapılma zamanı ve sıklığına doğru cevap verdiği saptanmıştır.

Araştırmamıza katılan sağlık personelinin eğitim düzeyinin yüksek olması serviks kanseri, risk faktörleri ve HPV, HPV aşısı hakkında bilgi düzeylerinin yüksek olması; eğitim durumu ile bilgi düzeyinin doğru orantılı olduğunu göstermektedir. Ancak sağlık çalışanları aşının etki, yan etki ve koruyuculuğu konularında yeterli bilgiye sahip değildir. Sağlık çalışanları bu nedenle aşı hakkında daha kapsamlı bilgilendirilmeli ve eğitim programlarına alınmalıdır. Bunun için eğitim programları ve eğitim ekibi geliştirilmesi düşünülebilir.

Araştırmamızda sağlık çalışanlarına serviks kanseri ve aşısı hakkındaki bilgileri nereden öğrendiklerine dair açık uçlu soru eklenmesi düşünülmüş ancak bu konuda eğitim aracı olarak bir standardizasyonun henüz sağlanamamış olması nedeni ile ayrıntıya girilmemiştir.

KAYNAKLAR

1. Bedük, T., Şen, S., “Hemşirelerin Kanserin Erken Tanısında Kendi Kendilerine Yapılan Muayenelere İlişkin Uygulamaları ve Muayeneleri Yapmama Nedenleri,” III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. Sivas, 1992, ss:448-455
2. Pagliusi, S. World Health Organization. Human papillomavirus infection and cervical cancer. Available at: http://www.who.int/vaccine_research/diseases/hpv/en/2006.
3. American Cancer Society Guideline for Human Papillomavirus (HPV) Vaccine Use to Prevent Cervical Cancer and Its Precursors, CA Cancer J Clin 2007;57:728
4. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. GLOBOCAN 2002: Cancer incidence. Mortality and prevalence worldwide. Iarc CancerBase No. 5 version 2.0. Lyon: Iarc Pres, 2004. <http://www.dep.iarc.fr/globocan/database.htm>.
5. Özgül N. Serviks kanserinin epidemiyolojisi, etyoloji, patogenezi ve Türkiye’deki tarama programları. In: Yüce K, Salman N (editörler). Serviks Kanseri ve Önlenmesi. İstanbul: Medya Tower 2007:6-15.
6. Arısan, K., Kadın Hastalıkları. 3.bs. Çellüt Matbaacılık Sanayi ve Ticaret A.Ş, İstanbul, 1991,ss:584-819.
7. Güner, H., Jinekolojik Onkoloji. Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, 1994, ss:53-64, 97-155, 177-207.
8. Atasü T., Aydınli K. (eds) Jinekolojik Onkoloji (2. Baskı). Logos Yayıncılık, İstanbul 1999.
9. Wellensiek N., Moodley M., Moodley J., Nkwanyana N. Knowledge of Cervical Cancer Screening and Use of Cervical Screening Facilities Among Women from Various Socioeconomic Backgrounds in Durban, Kwazulu Natal, South Africa, Int J Gynecol Cancer, 2002;12:376-82.
10. Clifford GM, Rana RK, Franceschi S, Smith JS, Gough G, Pimenta JM. Human papillomavirus genotype distribution in low-grade cervical lesions: Comparison by geographic region and with cervical cancer. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2005;14:1157-64.
11. Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. J Pathol. 1999;189:12-9.

12. Bosch FX, Munoz N. The viral etiology of cervical cancer. *Virus Res* 2002;89:183-90.

13. Warren, B., Pohl, J.M., "Cancer Screening Practices of Nurse Practitioners," *Cancer Nursing*. 13(3), 1990, P:143-151.

14. Genital human papillomavirus infections and cancer: memorandum from a WHO meeting. *Bull World Health Organ*. 1987;65(6):817-27.

15. Pfister H. Relationship of papillomavirus infection and neoplasia. Speculations for the future. *Dermatol Clin*. 1991 Apr;9(2):371-6.

16. Borysiewicz LK, Fiander A, Nimako M, Man S, Wilkinson GW, Westmoreland D, Evans AS, Adams M, Stacey SN, Bourns ME, Rutherford E, Hickling JK, Inglis SC. A recombinant vaccinia virus encoding human papillomavirus types 16 and 18, E6 and E7 proteins as immunotherapy for cervical cancer. *Lancet*. 1996 Jun 1;347(9014):1523-7.

17. Birley HD. Human papillomaviruses, cervical cancer and the developing world. *Ann Trop Med Parasitol*. 1995 Oct;89(5):860-6.

18. Birol, L., Akdemir, N., Bedük, T., İç Hastalıkları Hemşireliği. Vehbi Koç Vakfı Yayınları No.6, Ankara, 2000, ss:96-103.

19. Guyton, A.C. Tıbbi Fizyoloji. 'çev' N. Gökhan, H. Çavuşoğlu, cilt:1, 7.bs. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 1986, ss:52-55.

20. Uluslararası Kansere Savaş Birliği, Okullarda Kanser Eğitimi. T.C. Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı, Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Ortak Yayını. Ankara, 1992, ss:7-10.

21. Sankaranarayanan R, Ramani S, Wesley R. Servikal Neoplazilerde Gözle Tarama Pratik el Kitabı. 1. baskı. Ankara 2005.

22. Taşkın, L., Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 5. basım. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2002, ss:532-538.

23. Maryland Kimberly B. Fortner, Harold E. Fox, Edward E. Wallach, The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics, Baltimore, 3. basım. 2007, 480-497.

24. Arulkumaran, I.M. Symonds, Fowle, A., Oxford Handbook of Obstetrics and Gynecology, Oxford University Press, 2004, Oxford New York, 1. basım, 688-742.

25. Juneja A., Sehgal A., Mitra A.B., Pandsey A. A Survey on Risk Factors with Cervical Cancer, *Indian journal of Cancer*, 2003;40(1) :15-22.

- 26.** Prabhakar A.K., Menon G.R. age at Marriage and Cervical Cancer Incidence, *Indian J Cancer*, 1995;32(2):63-8.
- 27.** World Health Organization. Control of Cancer of The Cervix Uteri, *Bulletin of The world Health Organization*, 1986;64:4:607-18.
- 28.** Güner, H. Serviks Kanseri (2. baskı). In: Yıldırım M. Klinik jinekoloji. Türkiye Klinikleri Yayınevi, Ankara, 1992.
- 29.** Ayhan, A., Karaman, D. Serviks Kanserleri (2. baskı) In: Berek S.J. Pratik Jinekolojik Onkoloji (Çev. Ed: Güner H.) Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 1997.
- 30.** Ünver, M. Kadın Hastalıkları. Palme Yayınevi, Ankara, 1996.
- 31.** Atasü, T., Şahmay, S. Jinekolojide Eksfoliyatif Sitoloji (2. baskı) In: Atasü, T., Şahmay, S. (Eds) Jinekoloji (Kadın Hastalıkları). Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2001.
- 32.** Ortaç, F.U., Özpak, E. Serviksin Preinvaziv Hastalığı (6. baskı). In: Disaia, P.J., Creasman, W.T. (Eds), Klinik Jinekolojik Onkoloji, Güneş Kitabevi, Ankara, 2003.
- 33.** Recommendations on Cancer Screening in the European Union Prepared by the Advisory Committee on Cancer Prevention after the Conference on Screening and Early Detection of Cancer Vienna 18th-19th November 1999.
- 34.** Sperling, R. American College of Obstetricians and Gynecologists Releases New Guidelines for Papanicolaou (Pap) Tests, *Home Healthcare Nurse*, 2004;22:163.
- 35.** Akın, S. Servikal Kanser Taramasında Güncel Yaklaşımlar, *Literatür*, 2001;35:468-72.
- 36.** Saslow, D., Runowicz, C.D., Soloman, D., et al. American Cancer Society Guideline for the Early Detection of Cervical Neoplasia and Cancer. *CA Cancer J Clin*, 2002;52:342-62.
- 37.** Sirovich, E.B., Welch, G. The Frequency of Pap Smear Screening in the United States. *J Gen Intern Med*, 2004;19:243-50.
- 38.** Ortaç, F., Güngör, M. Genital Kanserlerde Tarama Metodları, *Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 2000;4:131-41.
- 39.** Yazıcı(Yılmaz), S. Serviks Kanserinde Risk Faktörlerinin Belirlenmesi ve Korunmada Ebe/Ebe-Hemşirelerin Etkinliği. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Doktora Tezi, Ankara, 1994.
- 40.** Disaia, PJ. Uterus Serviksi Hastalıkları (7th ed) In: Scott, JB., Disaia, PJ. (eds). *Danforth's Obstetrics and Gynecology*. JB Lippincott Company, Philadelphia, 1997.

41. Ball, C., Madden, JE. Update on Cervical Cancer Screening Current Diagnostic and Evidence- Based Management Protocols. Postgraduate Medicine, 2003;113.

42. Kardeş, E. Servikovaginal Smearlerin Bethesda Sistemine Göre Değerlendirilmesi. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. Diyarbakır, 2000.

43. Oruç, N. Jinekolojik Smear. In: Kişnişçi, H.A., Gökşin, E. (eds). Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Güneş Kitabevi, Ankara, 1996.

44. Tuncer, S. Servikal Sitolojik Anormalliklere Klinik Yaklaşım ASCCP Önerileri, Ankaraform, Ankara, 2004.

45. Görgeç, H., Badoğlu, B., Çetin, A. Human Papillomavirüs. Doktor Dergisi, İstanbul, 39. sayı, Haziran- Temmuz 2007, ss:73-75.

46. Ustaçelebi, Ş. İnsan Papillomavirüs Aşısı. Güncel Aşılar Özel Sayısı, Cilt:2, Sayı:8, Haziran- Temmuz 2006, ss:18-22.

47. Yazganoğlu, K.D., Özarmağan, G. Human Papillomavirüs İnfeksiyonlarında Tedavi ve Korunma. Klinik Aktüel Tıp Güncel Viral Enfeksiyonlar Özel Sayısı, Ağustos-Eylül 2005, ss:13-16.

48. Pagliusi, SR, Aguado, TM. Efficacy and other milestones for human papillomavirus vaccine introduction. Vaccine 2004;23:569-78.

49. Breitburd, F., Kirnbauer, R., Hubbert, NL., et al. Immunization with virus- like particles from cottontail rabbit papillomavirus (CRPV) can protect against experimental CRPV infection. J Virol 1995;69:3959-63.

50. Jansen, KU., Rosolowsky, M., Schultz, LD., et al. Vaccination with yeast-expressed cottontail rabbit papillomavirus (CRPV) viruslike particles protects rabbits from CRPV-induced papillo formation. Vaccine 1995;13:1509-14.

51. Köşüş, A., Köşüş, N., Çapar, M. Human Papillomavirüs Aşıları. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2008;18:172-180.

52. Koutsky, LA., Ault, KA., Wheeler, CM., et al. Proof of Principle Study Investigators. A controlled trial of a human papillomavirus type 16 vaccine. N Engl J Med 2002;347:1645-51.

53. Villa, LL., Costa, RL., Petta, CA., et al. Prophylactic quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16 and 18) L1 virus-like particle vaccine in young women: a

randomised double- blind placebo- controlled multicentre phase II efficacy trial. *Lancet Oncology* 2005;6:271-8.

54. Harper, DM., Franco, EL., Wheeler, C., et al. Efficacy of a bivalent L1 virus-like particle vaccine in prevention of infection with human papillomavirus types 16 and 18 in young women: a randomised controlled trial. *Lancet* 2004;364:1757-65.

55. Mao, C., Koutsky, LA., Ault, KA., Wheeler, CM., et al. Efficacy of human papillomavirus- 16 vaccine to prevent cervical intraepithelial neoplasia: a randomised controlled trial. *Obstet gynecol.* 2006 Jan; 107(1):18-27.

56. Dempsey, AF., Zimet, GD., Davis, RL., Koutsky, L. Factors that are associated with parental acceptance of human papillomavirus vaccines: a randomized intervention study of written information about HPV. *Pediatrics.* 2006 May; 117(5):1486-93.

57. Mahoney, MC. Protecting our patients from HPV and HPV- related diseases: the role of vaccines. *J Fam Pract.* 2006 Nov;Suppl:10-7.

58. American College of Obstetricians and Gynecologists Comitee Opinion 344: September 2006. *Obstet Gynecol* 2006;108:699-705.

59. American Cancer Society Guideline for Human Papillomavirus (HPV) Vaccine Use to Prevent Cervical Cancer and Its Precursors, *CA Cancer J Clin* 2007;57:728.

60. Kalyoncu C., Işıklı B., Özalp S., Küçük N. Osmangazi Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuranların Pap Smear Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Sağlık ve Toplum*, 2003;13:60-8.

61. Meteöglü, İ., Çulhacı, N., Hasgören, S., Erkuş, M. Pap Smear ve Bethesda Sistemi. *Sağlık ve Toplum*, 2004;14:26-8.

62. Hines JF., Ghim S., Schlegel R., Jenson AB. Prospects for a vaccine against human papillomavirus. *Obstet Gynecol.* 1995 Nov;86(5):860-6.

63. Moreira ED Jr., Oliveira BG., Ferraz FM., et al. Knowledge and attitudes about HPV, Pap Smears and Cervical Cancer among young women in Brazil. *Int Gynecol Cancer.* 2006;16:599-603.

64. Dönmez AG. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Kadın Sağlık Personelinin Serviks Kanseri İlişkin Bilgi Düzeyinin ve Farkındalığının Araştırılması (Uzmanlık Tezi). Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü, İstanbul, 2007.

- 65.** Demircier M. Aksaray Devlet Hastanesi Sağlık Çalışanlarını Meme ve Rahim Ağzı Kanserlerine Karşı Bilgilendirme. Meme ve Rahim Ağzı Kanseri Bilgilendirme Broşürü, Aksaray, Şubat 2007.
- 66.** Maaita M., Barakat M. Jordanian Women's Attitudes Towards Cervical Screening and Cervical cancer, *Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2002;22(4):421-2.
- 67.** Ralston JD., Taylor VM., Yasui Y. Knowledge of Cervical Cancer Risk Factors Among Chinese Immigrants in Seattle, *J Community Health*, 2003;28:41-57.
- 68.** Waller J., et al. Belief About The Risk Factors for Cervical Cancer in a British Population Sample, *Preventive Medicine*, 2004;38:745-53.
- 69.** Hislop TG., Teh C., Lai A., et al. Pap Screening and Knowledge of Risk Factors for Cervical Cancer in Chinese Women in British Columbia, Canada, *Ethnicity & Health*, 2004;9:267-81.
- 70.** Nganwai P., Truadpon P., Inpa C., et al. Knowledge, attitudes and practices vis-a-vis cervical cancer among registered nurses at the Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2008 Jan-Mar;9(1):15-8.
- 71.** Anya SE., Oshi DC., Nwosu SO., et al. Knowledge, attitude and practice of female health professionals regardind cervical cancer and pap smear. *Niger j Med*, 2005;14:283-6.
- 72.** Tarwireyi F., Chirenje ZM., Rusakaniko R. Cancer of the Cervix: Knowledge, Beliefs and Screening Behaviours of health Workers in Mudzi District in Mashonaland East Province, Zimbabwe, *Cent Afr J Med*, 2003;49:83-6.
- 73.** Baykal C., Al A., Uğur MG., Çetinkaya N., Atar R., Arıoğlu P. Knowledge and interest of Turkish women about cervical cancer and HPV vaccine. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2008;29(1):76-9.
- 74.** 8. Kanada Bağışıklama Konferansı. Toronto, Ontario, 30 Kasım- 3 Aralık 2008.
- 75.** Duval B., Gilca U., Boulianne N. Cervical cancer prevention by vaccination: nurses' knowledge, attitudes and intentions. *Adu Nurs*. 2009 Mar;65(3):499-508.
- 76.** Riedesel JM., Rosenthal SL., Zimet GD., Bernstein DI., et al. Attitudes about human papillomavirus vaccine among family physicians. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2005 Dec;18(6):391-8.

EK-I**ANKET FORMU**

1- Yaşınız?

2-Mesleğiniz?

-Doktor -Hemşire

3-Eğitim Durumunuz?

-Lise -Önlisans -Lisans -Doktora

4-Medeni Durumunuz?

-Bekar -Evli

5-Sağlık alanında kaç yıldır çalışıyorsunuz?

- 1 yıldan az

- 1-5 yıl arası

- 5-10 yıl arası

- 10 yıldan çok

6-“Kanser” sözcüğünü duyunca ilk aklınıza gelen nedir?

- Sadece bir hastalık

- Umutsuzluk

- Ağır cerrahi ve medikal işlemler ve istenmeyen yan etkiler

- Ölüm

7- Eğitiminiz sırasında jinekolojik kanserlerin riskleri erken belirtileri ve korunma yolları eğitim aldınız mı?

-Evet -Hayır

8- Eğitiminiz sonrasında jinekolojik kanserlerin riskleri, erken belirtileri ve korunma yolları hakkında eğitim aldınız mı?

-Evet -Hayır

9- Pap-Smear testi nedir? Kaç tür Smear testi vardır?

.....

10- Pap-Smear testi ne sıklıkla ve ne zaman yapılır?

.....

11- Daha önce Smear testi yaptırdınız mı? (Bayan katılımcılar için)

- Evet - Hayır

12- Pis kokulu sarı akıntı, cinsel ilişki sırasında ve sonrasında kanama, anormal kanamalar şikâyeti olması sonucu ilk aklınıza gelen hastalık nedir?

.....

13- Servikal preinvazif lezyonlar hakkında bilginiz var mı?

- Evet - Hayır

14- Serviks kanseri hakkında bilginiz var mı? (13 ve 14. sorulara cevabınız hayır ise 18. soruya geçiniz)

-Evet -Hayır

15- Aşağıdaki gruplardan hangisi servikal preinvazif lezyonlar ve serviks kanseri için risk grubu değildir?

- Erken yaşta cinsel ilişkiye başlayanlar ve çok eşliler
- Herpes simplex tip 2 ve human papilloma virüs enfeksiyonu geçirenler.
- Düşük sosyo-ekonomik düzeyi olanlar
- Hiç evlenmemiş ve doğum yapmamış kişiler

16- Serviks kanseri riski olan bir kadına önerilebilecek aile planlaması yöntemi hangisidir?

- RİA
- Kondom
- Cerrahi sterilizasyon
- Oral kontraseptifler

17- Serviks kanserinin erken tanısı ile hangi yöntem kullanılır?

.....

18- HPV hakkında bilginiz var mı? (Cevabınız hayır ise 21. soruya geçiniz)

- Evet - Hayır

19-HPV nasıl bulaşır?

.....

20-HPV belirtileri nelerdir?

.....

21-HPV'nin Serviks kanseri için risk faktörü olduğunu biliyor musunuz?

-Evet - Hayır

22-Serviks kanserine karşı üretilen HPV aşısı hakkında bilginiz var mı? (Cevabınız hayır ise 27. soruya geçiniz)

-Evet -Hayır

23-HPV aşısı kimlere ve ne zaman yapılır?

- Bütün kadınlara her yıl
- 9-26 yaş grubu bayanlara, aynı yıl içerisinde 3 doz
- Hastalık belirtisi olanlara 1 defa
- Doktor muayenesine göre

24-HPV aşısının etkisi hakkında bilginiz var mı?

- Evet - Hayır

25- HPV aşısının yan etkileri hakkında bilginiz var mı?

- Evet - Hayır

26- HPV aşısını yakınlarınıza ve/veya çocuklarınıza yaptırmak ister misiniz?

-Evet -Hayır

27- Jinekolojik kanserlerin erken teşhisi için; jinekolojik muayene, smear testi ve doku incelemesi hangi sıklıkla yapılmalıdır?

- 6 ayda bir defa
- Yılda 1 defa
- 3 yılda bir defa
- Şikâyet olmadığı sürece gerekli değildir.

-TEŞEKKÜR EDERİM-