



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS  
PROGRAMI

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**“KADIN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SERVİKS KANSERİ ERKEN  
TANISINA VE HPV AŞISINA İLİŞKİN BİLGİ, UYGULAMA  
DURUMLARI VE TUTUMLARININ BELİRLENMESİ”**

**Özlem AYZ**

**Tez Danışmanı  
Prof. Dr. A. Aktuğ ERTEKİN**

**İSTANBUL- 2019**



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK  
LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**“KADIN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SERVİKSİ KANSER ERKEN  
TANISINA VE HPV AŞISINA İLİŞKİN BİLGİ, UYGULAMA  
DURUMLARI VE TUTUMLARININ BELİRLENMESİ”**

**Özlem AYAZ**

**Tez Danışmanı  
Prof. Dr. A. Aktuğ ERTEKİN**

**İSTANBUL- 2019**

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

Anabilim Dalı : Hemşirelik Anabilim Dalı  
Program : Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği  
Öğrenci No : 144204014  
Öğrenci Adı Soyadı : Özlem AYZ

Kadın Sağlık Çalışanlarının Serviks Kanserinin Erken Tanısına ve HPV Aşısına İlişkin Bilgi, Uygulama ve Tutumlarının Belirlenmesi isimli çalışma aşağıdaki jüri tarafından 12.06.2019 tarihinde yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak oybirliğiyle kabul edilmiştir.

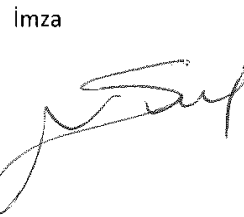
Jüri Başkanı : Prof. Dr. Selma DOĞAN  
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza  


Danışman : Prof. Dr. A. Aktuğ ERTEKİN  
(Adnan Menderes Üniversitesi)

İmza  


Üye : Dr. Öğretim Üyesi Nimet Sevgi GENÇALP  
(Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi Üniversitesi)

İmza  


ONAY

Bu tez, yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun ..... tarih ve ..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

**Doç.Dr. Türker Tekin ERGÜZEL**  
**Enstitü Müdür V.**

## ÖZET

Bu çalışma kadın sağlık çalışanlarının servikal kanser erken tanısı ve hpv aşısına ilişkin bilgi, uygulama ve tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın rneklemini İstanbul Anadolu yakasında bulunan 17 hastanede görevli 400 kadın sağlık çalışanı oluşturmuş, katılımcılara 35 sorudan oluşan form ve Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum leği uygulanmıştır. Veriler SPSS istatistik programına yüklenerek, Number Cruncher Statistical System programında analiz edilmiştir.

Katılımcıların %7,4'ünün hekim, %76'sının hemşire, %10,4'ünün ebe olduğu, %78,3'ünün jinekolojik kanser eğitimi aldığı, %96,5'inin serviks kanser bilgisi olduğu, %41,2'sinin smear aldırdığı belirlenmiştir. Kadınların %82,5'inin HPV'nin serviks kanseri için risk faktörü olduğunu bildiği, %60'ının HPV aşısı hakkında bilgisi olduğu belirttiği ancak bilgi puan ortalamalarının 10 üzerinden 1,90 olduğu ve sadece %4,4'nn HPV aşısı yaptırdığı görülmüştür.

Kadın alışanların servikal kansere ilişkin tutumları değerlendirildiğinde; genel tutum puan ortalamaları  $108,64 \pm 11,88$  olarak bulunmuştur. Hekimlerin toplam ölçek puanlarında farklılık bulunmayıp, algılanan yarar alt boyutunda aldıkları puanın hemşirelere göre yüksek olduğu, algılanan engel alt boyutlarında aldıkları puanın ise ebe ve hemşirelere göre düşük olduğu; eğitim seviyesi ve bilgi arttıa ölçek toplam puanları ve algılanan yarar ve duyarlılık alt boyut puanlarının yükseldiği saptanmıştır.

Sonuç olarak kadın sağlık çalışanlarının servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutumlarının yüksek olduğunu ancak servikal kanser erken tanısı ve HPV aşısı ile ilgili bilgi, smear ve HPV aşısı yaptırma oranlarının yetersiz olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca eğitim ve bilgi arttıa tutumların yükseldiği, hekimlerin koruyucu önlemleri hemşirelere göre daha fazla önemsediği, ebe ve hemşirelerin engel algılarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Servikal Kanser, Smear testi, HPV, HPV aşısı, kadın sağlık alışanı

## ABSTRACT

This research has been conducted to assess the knowledge, attitude and the administration of the treatment of female health workers towards the early diagnosis of cervical cancer and HPV vaccination.

The sampling of this research was comprised of 400 female health workers in 17 different hospitals in the Anatolian side of Istanbul. Participants were given a questionnaire that includes 35 questions and an Attitude Scale Oriented at Early Diagnose of Cervical Cancer was applied. The data obtained is uploaded to SPSS program and analysed in Number Cruncher Statistical System software.

It is observed that %7,4 of the participants are doctors, %76 are nurses, %10,4 are midwives, and the ratios of the participants who had an education of gynecologic cancer, former knowledge of cervical cancer and has undergone a Smear test are %78,3, %96,5 and %41,2, respectively. %82,5 of the females are aware of the HPV is a risk factor for cervical cancer, %60 have information about the HPV vaccination, however their informative point average is 1,90 over 10 and only %4,4 of them had HPV vaccination.

When the attitude of female health workers are evaluated, the general attitude point average is marked as  $108,64 \pm 11,88$ . There is no difference at the total instrument point of doctors, however their point at the perceived beneficial sub-dimension is higher, the point of perceived obstacle sub-dimensions is lower when compared to nurses and midwives. It is also observed that as the education level and knowledge improve, total instrument points, perceived benefit and sensitivity sub-dimension points rises as well.

To conclude, it has been observed that the attitude of female health workers towards the early diagnosis of cervical cancer is high, however their knowledge about the diagnosis and the HPV vaccination is low, as well as their ratio of having the Smear test and HPV vaccination. In addition to that, as the level of education and knowledge improves, doctors give more importance to protective measures comparing to the nurses, and an increase is also observed in the obstacle perception of the midwives and nurses.

**Keywords:** Cervical cancer, Smear test, HPV, HPVvaccination, female health worker

## TEŞEKKÜR

Tez alıőmam ve yüksek lisans eğitimim boyunca nezaketi, anlayıőı ve gveni ile yanımda olduğunu hissettiren, bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen Tez Danıőmanım Sayın Prof. Dr. A. Aktuğ ERTEKİN'e,

Yüksek Lisans eğitimim ve tez çalışmam boyunca her konuda ve her koőulda bilgi ve tecrübelerini paylaőan, her konuda bana destek olan, samimiyetiyle her zaman yanımda olduğunu hissettiren değerli Hocam Sayın Prof. Dr.Selma DOĞAN'a,

Yüksek Lisans eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerini paylaőan değerli hocam Sayın Prof. Dr. Besti ÜSTÜN'e,

Yüksek Lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini paylaőan kıymetli hocam Sayın Yrd. Dr. Nimet Sevgi GENÇALP'e,

Çalıőmamı yürütebilmem için desteklerini esirgemeyen sağlık tesislerinin yöneticilerine ve çalıőmama katılan kadın sağlık çalışanlarına,

Eğitimim boyunca desteklerini her zaman hissettiren aileme, özellikle kızım Ece AYAZ'a ve arkadaőlarıma her zaman yanımda oldukları için,

Sonsuz teşekkür ederim.

Özlem AYAZ

## BEYAN FORMU

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

...../...../2019

Özlem AYAZ

İmza





# İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b> .....	<b>i</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>ii</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>iii</b>
<b>BEYAN FORMU</b> .....	<b>iv</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>v</b>
<b>TABLOLAR DİZİNİ</b> .....	<b>viii</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	<b>x</b>
<b>KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>xi</b>
<b>1.GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1.Problemin Tanımı.....	1
1.2.Araştırmanın Amacı.....	6
1.3.Araştırmanın Problemi.....	7
1.4.Araştırma Soruları.....	7
<b>2.GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>8</b>
2.1.Kanser Tanımı.....	8
2.2.Serviksin Anatomi ve Histolojisi.....	10
2.2.1.Serviks anatomisi.....	10
2.2.2.Serviksin Histolojisi.....	11
2.3.Servikal Metaplazi.....	12
2.3.1.Servikal metaplazi patolojisi.....	12
2.3.2.Servikal metaplazinin önemi.....	13
2.4.Serviks Patolojileri.....	13
2.4.1.Serviksin Benign Lezyonları.....	13
2.4.2.Serviksin Premalign Lezyonları.....	13
2.4.2.1.Servikal İntraepitelyal Neoplazi (CIN) tanımı ve sınıflaması.....	13
2.4.3.Serviksin Malign Lezyonları.....	14
2.4.4.Serviks Kanseri için FIGO'nun Sınıflandırması.....	15
2.4.5.Serviks kanserinde Risk Faktörleri.....	15
2.4.6.Serviks Kanseri Semptomları.....	17
2.5.Serviks Kanserinden Korunma.....	18
2.5.1.Pap Smear Testi.....	19

2.5.2.HPV (Human Papilloma Virüs) ile serviks kanseri ilişkisi.....	20
2.5.3.HPV enfeksiyonundan korunma /HPV Aşısı.....	22
2.5.4.HPV aşısı ile ilgili sorunlar .....	27
2.6.Kadın Sağlık Çalışanlarının Servikal Kanserden Korunmada Rol ve Sorumlulukları .....	28
2.7.Sağlık İnanç Modeli.....	30
2.8.Sağlık İnanç Modelini oluşturan kavramlar.....	32
<b>3.GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>36</b>
3.1.Araştırmanın Şekli.....	36
3.2.Araştırmanın Örneklemi.....	36
3.3.Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	37
3.4.Verilerin Toplanması.....	38
3.5.Verilerin Analizi.....	38
3.6.Etik Boyut.....	39
<b>4.BULGULAR.....</b>	<b>40</b>
<b>5.TARTIŞMA.....</b>	<b>67</b>
5.1.Kadın Sağlık Çalışanlarının Serviks Kanserine ve Tanı Yöntemlerine İlişkin Bilgi Sahibi Olma.....	67
5.2.Kadın Sağlık Çalışanlarının HPV ve HPV Aşısı İle İlgili Bilgi Sahibi Olma.....	70
5.3.Kadın Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik, Mesleki ve Kadın Sağlığı İle İlgili Özelliklerine Göre Smear Aldırma Durumları.....	75
5.4.Kadın Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik, Mesleki ve Kadın Sağlığı İle İlgili Özelliklerine göre HPV Aşısı Yaptırma Durumları.....	79
5.5.Kadın Sağlık Çalışanlarının Servikal Kanser Erken Tanısına İlişkin Tutumları.....	81
5.5.1.Yaş Gruplarına Göre Servikal Kanser Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi.....	81
5.5.2.Mesleklere Göre Servikal Kanser Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi.....	81
5.5.3.Eğitim Durumuna Göre Servikal Kanser Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi.....	82

5.5.4.Smear Testi Yaptırma Durumuna Göre Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi.....	83
5.5.5.Bilgi Durumuna Göre Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi.....	84
<b>6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>85</b>
6.1.Sonuçlar.....	85
6.2.Öneriler.....	87
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>89</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>95</b>
Ek 1-Anket Formu.....	95
Ek 2-Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği.....	97
Ek 3- Etik Kurul Onayı.....	99
Ek 4- Öz Geçmiş.....	100

## TABLULAR DİZİNİ

<b>Tablo 1:</b> Kadın Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Dağılımlar.....	40
<b>Tablo 2:</b> Kadın Sağlık Çalışanlarının Kadın Sağlığı İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı....	42
<b>Tablo 3:</b> Kadın Sağlık Çalışanlarının Serviks Kanserine ve Tanı Yöntemlerine İlişkin Bilgi Sahibi Olma Durumlarına Göre Dağılımı.....	44
<b>Tablo 4:</b> Kadın Sağlık Çalışanlarının Smear Aldırmadan Önce Dikkat Edilmesi Gerekenlerle İlgili Bilgi Puan Ortalamaları.....	47
<b>Tablo 5:</b> Kadın sağlık çalışanlarının servikal preinvazif lezyonlar ve serviks kanseri için risk grupları ile ilgili Bilgi Puan Ortalamaları.....	48
<b>Tablo 6:</b> Kadın Sağlık Çalışanlarının HPV ve HPV Aşısı İle İlgili Bilgi Sahibi Olma Durumlarına Göre Dağılımı .....	49
<b>Tablo 7:</b> Kadın sağlık çalışanlarının HPV aşısı uygulamaları ile ilgili Bilgi Puan Ortalamaları .....	52
<b>Tablo 8:</b> Kadın Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik, Mesleki ve Kadın Sağlığı İle İlgili Özelliklerine göre Smear Aldırma Durumlarının Dağılımı.....	53
<b>Tablo 9:</b> Kadın Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik, Mesleki ve Kadın Sağlığı İle İlgili Özelliklerine göre HPV Aşısı Yaptırma Durumlarının Dağılımı.....	56
<b>Tablo 10:</b> Kadın Sağlık Çalışanlarının Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Dağılımı .....	57
<b>Tablo 11:</b> Kadın Sağlık Çalışanlarının Yaş Gruplarına Göre Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Dağılımı.....	58
<b>Tablo 12:</b> Mesleklere Göre Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	59
<b>Tablo 13:</b> Eğitim Durumuna Göre Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	61

**Tablo 14:** Smear Testi Yaptırma Durumuna Göre Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı .....63

**Tablo 15:** Eğitim Sırasında Jinekolojik Kanserlerin Riskleri, Erken Belirtileri ve Korunma Yolları Hakkında Eğitim Alma Durumuna Göre Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı.....65

**Tablo 16:** Servikal Preinvazif Lezyonlar Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumuna Göre Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı.....67



## ŞEKİLLER DİZİNİ

<b>Şekil 1:</b> Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) Tarafından Yayınlanan GLOBOCAN 2012 Verilerine Göre Kadınlarda En Sık Görülen İlk Beş Kanserlerin Dağılımı.....	1
<b>Şekil 2:</b> HPV ile İlişkili Kanserlerin Yaşa Standardize İnsidans Hızlarının Cinsiyete Göre 2011-2015 Yılları Arasındaki Dağılımı (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2011-2015) (Dünya Standart Nüfusu,100.000 Kişide) .....	2
<b>Şekil 3:</b> HPV aşılara ait özellikler.....	25
<b>Şekil 4:</b> Kadınlarda HPV Aşısının etkinliği ve faydaları.....	27

## KISALTMALAR DİZİNİ

<b>SKB:</b>	Skvamokolumnar bileşke
<b>HPV:</b>	human papilloma virüs
<b>CIN:</b>	Servikal İnterapitelyal Neoplazi
<b>WHO:</b>	World Health Organization
<b>CIS:</b>	Carcinoma in Situ
<b>AIS:</b>	Adenokarsinoma İn Situ
<b>NCCC:</b>	National Cervical Cancer Coalition
<b>ACS:</b>	American Cancer Society
<b>FDA:</b>	Food and Drug Administration
<b>FİGO:</b>	International Federation of Gynecology and Obstetrics
<b>SİM:</b>	Sağlık İnanç Modeli

# 1. GİRİŞ

## 1.1.Problemin Tanımı

Serviks kanseri, dünyada görülen kadın kanserleri içinde 3. sırada yer alırken; özellikle gelişmekte olan ülkelerde, kadınlarda en sık görülen ve en ölümcül kanserlerden biridir (Farley et al, 2012). Kadınlarda en sık görülen ilk 5 kanser türünün dağılımı, Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) Tarafından Yayınlanan GLOBOCAN 2012 Verilerine Göre Şekil 1 de verilmiştir (Kanser İstatistikleri Yıllığı, 2018).

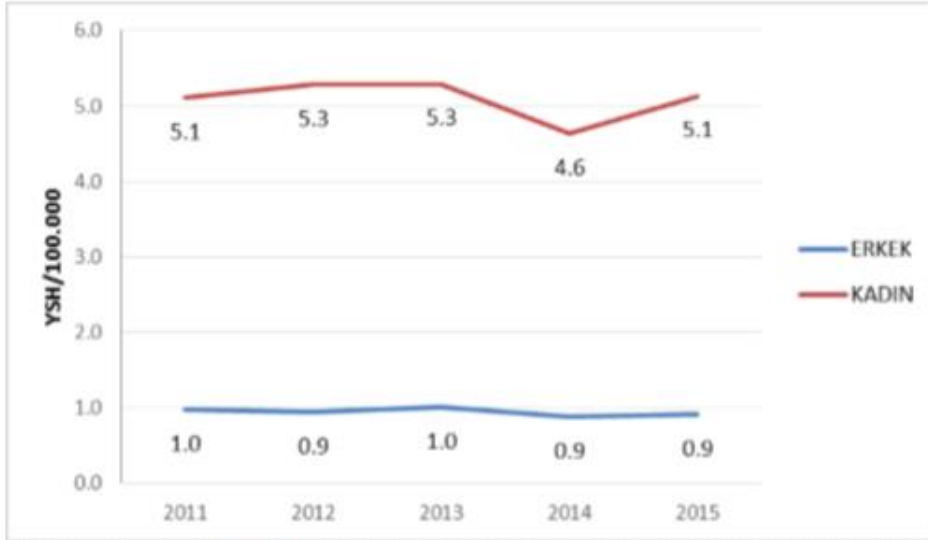
	<b>Türkiye*</b>	<b>Dünya</b>	<b>IARC'a üye 24</b>	<b>AB (28 ülke)</b>	<b>ABD</b>
<b>1</b>	Meme	Meme	Meme	Meme	Meme
<b>2</b>	Tiroit	Kolorektal	Kolorektal	Kolorektal	Akciğer
<b>3</b>	Kolorektal	Uterus serviksi	Akciğer	Akciğer	Kolorektal
<b>4</b>	Uterus korpusu	Akciğer	Uterus serviksi	Uterus korpusu	Tiroit
<b>5</b>	Akciğer	Uterus korpusu	Uterus korpusu	Uterus serviksi	Uterus

\* Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2015

**Şekil 1: Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) Tarafından Yayınlanan GLOBOCAN 2012 Verilerine Göre Kadınlarda En Sık Görülen İlk Beş Kanserlerin Dağılımı**

Ülkemizde Uterus serviks kanseri kadın kanserlerinde 2014 yılında onuncu sırada iken 2015 yılında dokuzuncu sıradadır. Serviks kanserinin başlıca etkeni HPV virüsüdür. Ülkemizde daha az görülmekte olup, uluslararası kanser ajansının yayınladığı verilere göre HPV'nin neden olduğu kanserler erkek kanserlerinin %1'ini, kadın kanserlerinin ise %5-10'unu oluşturur. Ülkemiz ait veriler bakıldığında ise, HPV ile ilişkili kanserlerden kadınlar daha fazla etkilenmekte, kadınlarda HPV ilişkili kanser görülme sıklığının erkeklerin 5 katı olduğu düşünülmektedir. HPV ile İlişkili Kanserlerin Yaşa Standardize İnsidans Hızlarının Cinsiyete Göre 2011-2015 Yılları Arasındaki Dağılımı Şekil 2 verilmiştir (Kanser İstatistikleri Yıllığı, 2018).





\*Kadınlar için uterus serviksi, ağız farinks, anüs, vulva ve vajina; Erkekler için ağız farinks, anüs, penis

**Şekil 2: HPV ile İlişkili Kanserlerin Yaşa Standardize İnsidans Hızlarının Cinsiyete Göre 2011-2015 Yılları Arasındaki Dağılımı (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2011-2015) (Dünya Standart Nüfusu,100.000 Kişide)**

Serviks kanseri, önlenemez, sebebi belli olan nadir bir kanserdir. Serviks kanseri insidansı Ülkemizde 100.000'de 4,5'dir. Bu durum, serviks kanserinin önlenmesi, görülme sıklığının ve ölüm oranlarının azaltılmasında tarama programlarının önemi göstermektedir (Türköl vd 2009).

Tüm kanser türlerinin beşte birini kronik enfeksiyonlara oluşturmaktadır. HPV (Human Papilloma Virus); serviks kanserine, HBV(Hepatit B Virus); karaciğer kanserine, Helicobacter Pylori; mide kanserine, Schistosomia; mesane kanserine neden olabilmektedir (Temel, 2008).

Cinsiyetler arasında farklılıklar da dünyada en çok görülen kanser türleri etkilemektedir. Erkeklerde en çok akciğer, mide, karaciğer, kolorektal, özofagus ve prostat kanserleri görülürken, kadınlarda en çok meme, akciğer, mide, kolorektal ve serviks kanseri görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün verilerine göre kanser vakalarının %40'ı sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel aktivite ve sigara kullanmama ile önlenemez. Bu amaçla serviks kanserinden korunmada eğitim ve erken tarama olanakları yaygınlaştırılarak serviks kanserinden korunma sağlanabilir (Temel, 2008).

Servikal kanserlerin görülme sıklığını ve servikal kanserden ölümlerin azaltılması tarama programları ile mümkündür. Ülkemizde de Papanicolau (PAP) smear testi ve 2014 yılından itibaren de Human Papilloma Virus (HPV) DNA taraması gibi servikal kanser tarama programları geliştirilmiş olup, bu yöntemlerin toplum geneline yapılmasına çalışılmaktadır (Yüksel vd. 2014).

HPV Tip16 ve HPV Tip18'in tüm dünyadaki servikal kanserlerin %70'inden sorumlu olduğu düşünülmektedir (Bosch, FX, 2003). ABD'de yılda 13000 kişinin servikal kanser tanısı aldığı ve 4100 serviks kanseri tanılı hastanın da bu nedenle kaybedildiği bilinmektedir. (Temel, 2008).

Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği tarafından 2011 yılında yayınlanan HPV Aşıları Konsensus Metninde serviks kanseri ilgili olarak aşağıdaki maddelere yer verilmiştir;

- “Türkiye’de Serviks kanseri görülme insidansı Globocan 2008 verilerine göre 4.2/100.000’dir. Bu verilere göre 2008 yılında Türkiye’de 1.443 kadına serviks kanseri tanısı konulmuş ve 556 kadın aynı sene içerisinde serviks kanseri nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Sağlık Bakanlığının son verilerine göre Türkiye’de serviks kanseri insidansının daha yüksek olduğu (4.3/100.000) ve yıllık yeni tanı alan serviks kanseri sayısının 1.500’ün üzerinde olduğu bilinmektedir.
- Türkiye’de kadınlarda görülen en sık kanser insidanslarına göre 9. sırada yer alan serviks kanserinin mortalitesi yüksek olup, tanı alan hastaların yarısından fazlası hayatını kaybetmektedir.
- Türkiye’de her gün yaklaşık 4 kadına serviks kanseri tanısı konulmakta ve her gün 2 kadın serviks kanseri nedeniyle hayatını kaybetmektedir.
- Serviks kanseri vakalarında HPV varlığının %99,7 olduğu gösterilmiştir.” (Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği HPV Aşıları Konsensus Metni, 2011).

200'den fazla genotipi bulunana Human papilloma virusünün (HPV), servikal intraepitelyal neoplazilerinin temel nedeni olduğu, bunların yaklaşık 20 tanesinin serviks kanseri ile ilişkisinin tespit edildiği kabul edilmektedir. Parvovirus ailesinden olan HPV, çift sarmallı, zarfsız ve onkojenik tiplerinin servikal kanserle ilişkisi kesin olarak saptanmış bir DNA virüsüdür. HPV, serviksin transformasyon zonundaki hücrelerde değişiklik yaparak displazi olarak isimlendirilen, serviks kanseri öncüsü değişimlere sebep olabilmektedir. Tip 16 ve tip 18'in serviks kanserine yol açan ve ilişkili olan en sık tipler olduğu bilinmektedir. Günümüzde henüz Sağlık Bakanlığı tarafından aşı takvimine alınmayan, HPV enfeksiyonuna karşı üretilmiş 2 tip aşı mevcuttur. (Yüksel vd. 2014)

FDA tarafından onaylanan **İki Valanlı HPV Aşısı** Human Papillomavirüs (HPV) 16 ve 18 tiplerine, **Dört Valanlı HPV Aşı** Human Papillomavirüs (HPV) 6, 11, 16 ve 18 tiplerine ve en son 10.12.2014 tarihinde onaylanan dokuz valanlı aşı ise 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58 tiplerine karşı koruyucudur (Dikbaş, 2017).

HPV 'nin serviks kanseri nedeni olması araştırmacıları kanseri önlemek için etkili bir aşı geliştirilmesine yoğunlaştırmıştır. Genelde virüs aşıları hazırlanırken canlı atenüe ya da inaktif virionlar kullanılır ancak, HPV onkoprotein içerdiğinden canlı virionlar kullanılmadan, viral kapsid proteinleri kullanılarak hazırlanmıştır (Stanley 2006). HPV aşısı, HPV enfeksiyonu ile karşılaşmadan HPV nötralize eden humoral antikorları açığa çıkarırlar (Christensen 2001).

Türkiye'de 2003 yılı Sağlık Bakanlığı verilerine göre, Ülkemizde serviks kanseri kadınlara arasında en sık görülen on kanserden biridir. Yapılan araştırmalar sonucunda serviks kanserinin insan hayatında çok büyük bir tehlike olduğu bildirilmiş olup; bu tehlikenin giderek arttığı, bu artışın her geçen yıl daha da fazla olacağını tahmin edildiği bildirilmiştir (Sağlık Bakanlığı Kanser İstatistikleri 2003).

Servikal kanser, erken tanı koyulduğunda başarılı sonuçlar elde edilen bir kanser türüdür. Erken tanı amacıyla kullanılan smear testinin maliyeti düşük, uygulaması kolay, duyarlılığı yüksek, yanlış pozitiflik oranı düşüktür (Özmen, 2009). invaziv kanser insidansını ve mortalitesini azaltan smear aldırma etkinliği kanıtlanmış bir tarama yöntemidir. Önerilen aralıklarla yapıldığı takdirde risk altındaki hastaların belirlenmesi sağlanabilmektedir. Uygun aralıklarla yapılan taramalar ile anormal sonuçlar tespit edilen

hastalarda ileri tetkikler yapılarak, gerekenlerin tedavi edilmesi sağlanıp serviks kanserinin insidans ve mortalitesinin azaltılması sağlanabilir (Temel, 2008).

Hayat boyu aldırılan negatif bir smear servikal kanser gelişme riskini % 45 oranında azaltırken, bu sayı dokuza çıktığında servikal kanser riski %99 oranında azaltmaktadır. Servikal kanser riskini azaltan önlemlerden en önemlisi rutin smear aldırma dır. Periyodik olarak smear taraması yapılan ülkelerde servikal kanser nedeniyle ölümlerin azaldığı belirtilmektedir. Smear testi bu kadar önemli olmasına rağmen dünyada ve Ülkemizde smear testi yaptıran kadın sayısı istenen düzeye ulaşmamıştır (Özmen, 2009).

HPV enfeksiyonları klinik belirti vermeyen, latent ve subklinik enfeksiyonlardır. Bir kadında HPV tanısını kesinleştirebilmek için sitoloji, HPV testi, biopsi kullanılmaktadır. Sitolojik tarama konvansiyonel pap smear ve sıvı bazlı sitoloji yöntemleri olarak 2'ye ayrılır. Günümüzde genellikle servikal kanser tarama yöntemi olarak maliyetinin daha uygun olması ve kolay ulaşılabilir olması nedeniyle pap smear kullanılmaktadır. Smear testi sayesinde servikal kanserin erken tanısı, henüz preinvaziv lezyon halinde iken yapılabilir. Bu sayede prognoz olumlu ölçüde iyileşmiştir (Yüksel, 2014).

Pap smear tarama programını Serviks kanseri erken tanı yöntemi olarak kullanan ülkelerde bu kanserin sıklığının azaldığı gözlenmiştir (Jemal et al 2006). Ancak gelişmekte olan ülkelerde kadınların %5'i ömür boyu en az 1 kere smear aldırırken, gelişmiş ülkelerde smear aldırılan kadınların oranı % 85'dir (Lancaster et al,1982).

2015 yılında Ankara Altındağ Belediyesi Halk Eğitim Merkezleri'nde Gökgöz ve Aktaş tarafından yapılan araştırmada kadınların serviks kanseri hakkındaki bilgilerinin yeterli olmadığı, bununla birlikte katılımcıların %51.6'sının smear aldırıldığı görülmüştür. Ancak smear aldırılan kadınların çoğunluğunun ağrı, kanama, enfeksiyon gibi nedenlerle hekim muayenesine gittiklerinde yaptırdıkları görülmüştür (Gökgöz ve Aktaş, 2015).

2014 yılında Dumlupınar Üniversitesinde sağlık çalışanlarına yönelik yapılan araştırmada son 10 yıl içinde hekimlerin % 13.2'si, hemşirelerin % 26'sı ve sağlık personelinin de %46'sının smear testi yaptırdığı görülmüştür (Yüksel, 2014). Bu durum

sağlık çalışanlarının dahi serviks kanseri tarama testini yaptırma oranının çok düşük olduğunu göstermektedir. Araştırmacılar hekimlerin smear yatırma oranının düşük olmasının ayrıca araştırılması gerektiğini, ayrıca hekim dışı sağlık çalışanlarının konu ile ilgili bilgi eksikliği olduğunu ve kadın doğum hekimlerin kendilerine gelen hastaları smear aldirmaya yönlendirme konusunda hassas davranmadıklarını belirtmişlerdir. (Yüksel, 2014).

Aynı araştırmada sağlık çalışanlarının HPV aşısı yaptırma düzeyinin çok düşük olduğu, katılımcıların çoğunun eşlerinin HPV aşısı yaptırması gerektiğini düşündüğü ve aşının kız çocuklarına yaptırılması eğiliminde oldukları, çoğunun kendilerine HPV aşısını yaptırmayı düşünmediği ancak aşı takvimine girmesini istedikleri belirlenmiştir. Aynı çalışmada katılımcılar bilgi eksikliği nedeniyle aşı önünde engel olduğunu belirtmişlerdir (Yüksel, 2014).

2010 yılında Pınar ve arkadaşları tarafından Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran kadınlara yönelik yapılan araştırmada, katılımcıların HPV enfeksiyonu ve serviks kanseriyle ilgili bilgilerinin yetersiz olduğu, %59.2'sinin smear aldirdığı belirlenmiştir (Pınar vd. 2010).

Sağlık çalışanlarının halkın bilinçlendirilmesindeki rolü çok önemlidir. Bunun için de önce kendilerinin bilgili olması, inanması ve uygulaması gerekir, ancak yapılan bazı çalışanlar sağlık çalışanlarının bilgi ve uygulama konularında yeterli olmadıklarını göstermektedir. Ayrıca kadınların servikal kanser ve erken tanısı için test yaptırmaları konusunda en fazla yönlendirici olabilecek olan hekim, hemşire ve ebe sağlık çalışanlarının bu konudaki bilgi ve uygulamaları ile ilgili çalışmaların ve diğer yandan diğer yandan kendi uygulamaları ile inançları arasında ilişkiyi ortaya koyan çalışmaların yeterli olmadığı görülmektedir.

## **1.2.Araştırmanın Amacı**

Bu çalışma, toplumda rol model konumundaki kadın sağlık çalışanlarının servikal kanser erken tanısı ve HPV aşısı ile ilgili bilgi düzeylerini tanımlamak, Smear aldırma ve HPV aşısı yaptırma durumlarını tespit etmek, ayrıca servikal kanserlere ve HPV aşısına ilişkin sağlık inançlarını incelemek amacıyla yapılmaktadır.

### **1.3.Araştırmanın Problemi**

Sağlık profesyonelleri kendi sağlıklarını korumaya yönelik koruyucu yöntemlerle ilgili bilgiye kolay ulaşabilmelerine rağmen sağlıklarını ihmal edebilmektedirler. Kadın sağlık çalışanlarının kadın kanserlerinden olan serviks kanserinin birincil tarama yöntemi smear taraması yaptırma oranları düşüktür. (Nazilli, 2017, Pınar vd., 2007, Tekiner vd., 2015, Yüksel vd. 2014, Özçam vd., 2014, Eke vd., 2016). Ayrıca koruyuculuğu kanıtlanmış olmasına rağmen halen HPV aşısı yaptırma oranı oldukça düşüktür (Nergisli vd., 2016, Çeşmeci vd., 2015, Özşaran vd., 2011, Özçam vd., 2014). Bunun yanında HPV aşısının aşı takviminde yer almaması aşıya ulaşımı zorlaştırmaktadır. Sağlık çalışanlarının rol model olma özellikleri göz önüne alındığında içselleştiremedikleri sağlık davranışlarını halkı bilinçlendirmede kullanabilmeleri de mümkün değildir.

### **1.4. Araştırma Soruları**

1. Sağlık Çalışanlarının servikal kansere ve tanı yöntemlerine yönelik bilgileri nasıldır?
2. Sağlık Çalışanlarının smear aldirmaya yönelik uygulamaları nasıldır?
3. Sağlık Çalışanlarının HPV ve HPV aşısına yönelik bilgileri nasıldır?
4. Sağlık Çalışanlarının HPV aşısı yaptırmaya yönelik uygulamaları nasıldır?
5. Sağlık çalışanlarında servikal kanser ve tanı yöntemlerine ve HPV aşısına yönelik bilgileri ve smear aldırma ve HPV aşısı yaptırmaya yönelik uygulamaları arasında mesleklere göre farklılık var mıdır?
6. Sağlık Çalışanlarının servikal kanser tarama yöntemi olan smear aldirmaya yönelik sağlık inançları ile uygulamaları arasındaki ilişki nasıldır?
7. Sağlık Çalışanlarının HPV aşısı yaptırmaya yönelik Sağlık İnançları ile uygulamaları arasındaki ilişki nasıldır?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1.Kanser Tanımı

2011 yılı Dünya Sağlık Örgütü'nün tarafından kanserlerin, bütün koroner kalp hastalıkları ya da inmelere daha fazla ölüme sebep olduğu tahmin edilmektedir. Globocan verilerine göre; 2012 yılında tüm dünyada toplam 14,1 milyon yeni kanser vakası geliştiği, 8,2 milyon kansere bağlı ölüm olduğu, 32,6 milyon kişinin kanser tanısı ile yaşamını sürdürmekte olduğu belirtilmektedir. Yeni kanser vakalarının %57'si, kanserden ölümlerin %65'i az gelişmiş bölgelerde gerçekleşmiştir. Süregelen global demografik ve epidemiyolojik çalışmalara göre, ilerleyen yıllarda dünyada kanser vakalarının artacağı ve özellikle ekonomik olarak orta ve düşük seviyedeki ülkelerde 2025 yılına kadar her yıl 20 milyon yeni kanser vakasının gerçekleşeceği düşünülmektedir. (Tekiner vd., 2015).

Kelime anlamı olarak "kansere, bir organ veya dokudaki hücrelerin düzensiz olarak bölünüp çoğalmasıyla beliren urlara" denir. Genel anlamıyla kanser, çeşitli vücut bölgelerinde hücrelerin kontrolsüz çoğalması ile oluşan hastalıktır. Kansere çeşitleri çok fazla olsa da, tüm kanserler hücrelerin kontrol dışı çoğalması ile başlar. Kontrol altına alınarak tedavi edilmediği takdirde ölüme yol açabilmektedir. (<http://kansere.gov.tr/kansere/kansere-nedir/4-kansere-nedir.html>, 17.02.2017).

Kansere oluşturduğu fiziksel rahatsızlıkların yanı sıra maddi - manevi ve sosyal yönden insan yaşamını tehdit eden, baş etmesi zor bir hastalıktır. Sağlık sorunları içinde önemli bir yeri olan kansere vakalarının sayısı tüm dünyada giderek artmaktadır. Dünya Kansere Raporu 2014 verilerinde tüm dünyada 14 milyon yeni kansere vakası olduğu ve 8,2 milyon kişinin kansere nedeniyle hayatını kaybettiğine yer verilmiş, ayrıca tüm dünyada en sık rastlanılan kadın kanserinin meme kanseri olduğu bildirilmiştir (WHO, 2014).

Uluslararası Kansere Araştırmaları Kurumu (International Agency for Research On Cancer, IARC) 2008 verilerine göre; dünyada meme kanseri %23 ile en sık, serviks

kanseri ise %8,8 ile 3. sırada yer alan kadın kanserleridir. Ülkemizde ise meme kanserinin %25,6, serviks kanserinin ise %3,7 tahmin edilmektedir. Kanser günümüzde olduğu gibi gelecekte de en önemli hastalıklardan ve mortalite nedenlerinden biri olacaktır. Kanserle mücadelede izlenebilecek 3 yol bulunmaktadır; ilki risklerin belirlenerek ortadan kaldırılması (tütün kullanımı, obezite gibi), ikincisi ulusal kanser tarama stratejilerine göre bireylerin taranması ve üçüncü kanser süreçlerine ait erken semptomların yakalanarak erken tanı konulması ve tedavi edilmesidir. Kanserden korunma ve erken tanı koyulabilmesi için toplumun eğitilmesi gerekir. Sağlık çalışanları bu konuda temel olmalı, önce kendi sağlığını korumalı, rol model olarak halkı bilinçlendirmelidir. (Özçam ve vd. 2014).

Dünyada görülen kanser türleri incelendiğinde en çok görülen kanserler sırasıyla akciğer, meme ve kolorektal kanserlerdir. Ülkemizde ise en sık görülen kanserler içinde erkeklerde %61 ile akciğer kanseri, kadınlarda ise %38,6 ile meme kanseri ilk sırada yer almaktadır (Tekiner vd., 2015).

Kanser vakalarının günümüzde ki seyirle devam etmesi halinde 2030 yılına yılda 22 milyon yeni kanser vakasının oluşacağı düşünülmektedir. Bu nedenle önlenebilen, taramalarla erken tanı konulabilen, erken tedavi ile yaşam kalitesinin artırılabilirdiği ve kanser nedeniyle ölümlerin engellenebildiği türlerde koruyucu taramanın önemi artmaktadır. Bu nedenle Ülkemizde önlenebilir ve erken tanı koyulabilir meme, serviks ve kolon kanserlerinin taranmaları yapılmaktadır. Kadınlarda 40-69 yaş arasında iki yılda bir mamografi, 30- 65 yaş arasında beş yılda bir smear testi ve HPV tarama testi uygulaması (HPV negatif ise) uygulaması ve 50-70 yaş arasındaki bireylerde iki yılda bir gaitada gizli kan testi ve her 10 yılda bir kolonoskopi taramaları önerilmektedir (Kucur, 2015).

Serviks kanseri seyrinin çok yavaş olması nedeniyle, displastik lezyonlar erkenden fark edilerek kansere dönüşmeden tarama programları ile tanılanarak erken tedavi edilmesinde tarama programlarının önemini çok büyüktür. Serviks kanserinde servikal displazi 20 yaşlarda, karsinoma in situ 25-35'li yaşlarda ve invaziv kanser ise 40'lı yaşlarda görülmektedir. 20. Yüzyıla kadar servikal kanser kadın kanserleri içinde ön sıralarda iken 1950'lerden sonra insidansı ve serviks kanserinden ölüm oranı %50 azalmıştır. 20. yüzyılın sonlarında Amerika Birleşik Devletlerinde servikal kanser sıklığı



ve mortalite oranı %75 azalmıştır. Bunun sebebi servikal kanser tarama programlarının kullanımının yaygınlaşmadır. (Temel, 2008).

## **2.2.Serviksin Anatomi ve Histolojisi**

### **2.2.1.Serviks anatomisi:**

Serviks uterusun dar, silindirik bir segmentidir. Ön vajinal duvardan vajene geçerek girer ve genellikle vajene dik olarak yerleşmiştir. 2–4 cm uzunluğunda olan serviks, uterus korpusunun iç tarafı ile devam eder. Uterus ve serviksin birleştiği noktaya isthmus adı verilir; bu alanda lümen hafif daralmıştır. Önde serviks mesaneden yağ dokusu ile ayrılmıştır ve yanlarda Broad Ligament ve Parametrium ile bağlıdır. Serviksin alt intravajinal kısmı, serbest bir segment olarak vajenin kubbesine doğru uzanır ve müköz membranla kaplıdır. Serviksin vajinaya açılan kısmı external os'tur. Servikal kanal anatomik external os'tan internal os'a uzanarak uterus kavitesine bağlanır. İnternal os, endoservikal bezlerden endometrial bezlere histolojik olarak değişimin olduğu yerdir (P.J. Di Saia and Creasman, 2003).

External os vajinal doğum yapmamış kadınlarda küçük ve yuvarlak olup; vajinal doğum sonrası enine bir yarık şeklinde görülür. (Sankaranarayanan et al, 2005).

Serviksin stroması yoğun fibromüsküler dokudan oluşur ve serviksin damar, sinir ve lenfatiklerinin içinden geçer. Serviksin arterleri, kökenini uterin arterin servikal ve vajinal dallarından alır. Arterlere paralel seyreden venler, hipogastrik venöz ağa drene olur. Serviksin lenfatikleri; common, internal ve eksternal iliak, obturator ve parametrial nodlara drene olurlar (Sankaranarayanan et al, 2005).

Serviksin sinirleri hipogastrik pleksustan gelişir. Endoservikte yoğunlaşan sinir uçları ektoservikte kaybolur. Endoservikte sempatik ve parasempatik lifler fazladır. Bu nedenle endoserviksin manipülasyonu bu sinir uçlarını uyarabildiğinden baş dönmesi veya bayılmalar görülebilir. (Sankaranarayanan et al, 2005).

### 2.2.2. Serviksin Histolojisi:

Serviks vajinaya açılan eksternal ostium bölümü çok katlı yassı epitel ve kolumnar epitelyum olmak üzere iki epitel ile kaplıdır. Skuamoz epitel nonkeratinize ve glikojen içeren çoklu hücre tabakasından oluşur ve ektoserviksin geniş bir kısmını kaplar. Rengi soluk pembedir. Büyük çekirdekli ve küçük sitoplâzmalı, koyu boyanan, yuvarlak, bazal hücreli tek tabakalı bir bazal membrana sahiptir (Sankaranarayanan et al, 2005).

Postmenopozal dönemde, skuamoz epitel hücreleri parabazal tabakadan sonrasına olgunlaşamazlar, böylece skuamoz epitel ince ve atrofik hale gelir (Sankaranarayanan et al, 2005).

Kolumnar epitel; endoservikal kanalı kaplayan, tek tabaka hücrelerdir. Damarlı, kırmızı renkli görüntüsünün sebebi tek katlı hücre tabakası alttaki stromanın görülmesidir. Kolumnar hücrelerin mukus salgısı serviksi ve vajinayı ıslatır. Üste endometrial epitel, altta ise skuamokolumnar bileşkede skuamoz epitel ile birleşir (Sankaranarayanan et al, 2005).

Dışa dönen kolumnar epitel vajenin asidik ortamı ile karşılaştığında, harabiyete uğrar ve metaplastik skuamoz epitel oluşur. Skuamokolumnar bileşke kadın yaşamının dönemlerine göre hormonal etki ile yer değiştirir. Yeni doğan bebekte skuamokolumnar bileşke ektoservikte yer alır. Perimenopoza doğru ilerlerken ektoservikte bulunan skuamokolumnar bileşkenin yeri external os'a doğru ilerler. Menopozun başlamasıyla da östrojen eksikliği nedeniyle serviks küçülür ve endoservikal kanalın içine doğru yer değiştirir. Postmenopozal dönemde skuamokolumnar bileşke endoservikal kanal içinde yerleştiğinde muayenede görülmez (Sankaranarayanan et al, 2005, Berkman, 2004).

Transformasyon zonu; kolumnar epitelin metaplastik skuamoz epitel tarafından değiştirildiği ya da değiştirileceği serviks alanıdır. Premenopozal kadınlarda, transformasyon zonu endoservikte yer alır. Menopozdan sonra, ileri yaşlara doğru östrojenlerin azalan seviyeleri ile serviks küçülür ve transformasyon zonu endoservikal kanalın içine doğru çekilir. Hemen hemen bütün servikal neoplaziler bu zonda, skuamokolumnar bileşke (SKB) - transformasyon zonu yakınında gelişir (Sankaranarayanan et al, 2005).

Reproduktif dönemde ise, östrojen üretimi vajinal epitelin glikojenle dolmasını sağlar. Laktobasiller PH'ı değiştirmek suretiyle, skuamokolumnar rezerv hücrelerinin metaplaziye geçmesini uyarır. Metaplazi, orjinal SKB'nin iç kısmından external os'a doğru ve kolumnar villusların üzerinden ilerleyerek transformasyon sınırının oluşmasına neden olur. Metaplazinin en aktif olduğu dönemde (reproduktif dönem, gebelik sonrası) onkojenlerle karşılaşma (özellikle HPV), CIN (Servikal İntraepitelyal Neoplazi) gelişmesinde önemlidir ( Temel 2008).

### **2.3. Servikal Metaplazi**

#### **2.3.1. Servikal metaplazi patolojisi:**

Metaplazi tanımı patoloji sözlüğünde “bir matür dokunun yerini, eşit derecede matür diğer bir tip dokunun alması” olarak yapılmıştır. Metaplazi oluşmasını sağlayan temel olay endoserviks epitelinin eversiyonudur. Uterus serviksi metaplazisi silindirik müsinöz epitelin katlı yassı epitel ile yer değiştirmesi, epitelyum metaplazisidir. Uterus serviksi metaplazisi, fiziksel, kimyasal veya inflamatuvar olaylar nedeniyle oluşan kronik irritasyon ya da hormonal değişiklikler nedeniyle oluşan bir durumdur (Temel, 2008).

Skuamoz metaplazide ilk başta kolumnar epitelin ekspoz alanlarında rezerv hücre adı verilen küçük, yuvarlak, subkolumnar hücreler ortaya çıkar. Vajinal asidite düştüğünde bu hücreler çoğalarak ve farklılaşarak çok hücreli immatür skuamoz epiteli oluştururlar. İmmatür skuamoz metaplastik epiteldeki hücreler glikojen içermezler. Çoğu zaman matür, sıralı, glikojen içeren, her bakımdan ektoservikste bulunan skuamoz epitele benzeyen skuamoz metaplastik epitel gelişede bazen immatür skuamoz metaplazi, bazı HPV tipleri karşılaşarak displastik epitele dönüşebilir (Sankaranarayanan et al, 2005).

#### **2.3.2. Servikal metaplazinin önemi:**

Metaplazi puberte sonrası her kadında görülen fizyolojik bir olaydır. Fizyolojik metaplazi esnasında vajinada herhangi bir mutajen (virüs vs.) bulunduğu ve viral DNA ile birleşmiş metaplastik olay olduğu takdirde atipik metaplaziye neden olabilecektir. Kadının immün sistemi oluşan atipik metaplastik epitelyum gelişimini önleyemezse

displazi, displazi ise tedavi edilmediği takdirde invazif kanser gelişimine yol açabilecektir. Human papilloma virüs atipik metaplaziye neden olan en önemli etkidir (Berkman, 2004).

## **2.4. Serviks Patolojileri:**

### **2.4.1. Serviksin Benign Lezyonları:**

- Kondilomlar,
- Serviksin enfeksiyonları,
- Servikal polipler ve kistler,
- Servikal lökoplaki,
- Servikal papillomlar,
- Servikal leiomyomlar ( Berkman, 2004).

### **2.4.2. Serviksin Premalign Lezyonları:**

#### **2.4.2.1. Servikal İntraepitelyal Neoplazi (CIN) tanımı ve sınıflaması:**

Papanicolaou tarafından 1949 yılında “displazi” terimi invaziv kansere progresyon gösteren lezyonları tanımlamak adına kullanılmıştır. WHO, displaziyi “epitelin kalınlığının değişen oranlarında atipi gösteren hücrelerle yer değiştirdiği bir lezyon” olarak tanımlar (Temel, 2008).

CIN terimi serviksteki epitelyal değişiklikleri tanımlamak için kullanılır. Serviksin çok katlı yassı epitelyumu düzgün tabakalı sıralanan 25–30 kat hücreden oluşur. CIN’den bahsedebilmek için, bu tabakalanmada hücresel düzeyde patolojik değişiklikler olması gerekir. CIN tanısı için nükleer anöploidi, anormal mitotik şekiller ve epitelyumda maturasyon kaybı gibi histolojik değişiklikler görülmesi gerekir (Temel, 2008).

Anormal lezyonlar serviks epitelinin 1/3'ünde sınırlı kaldığında CIN I, 2/3'ünde olduğunda CIN II, lezyon epitelin tamamına yakınına kaplamış ise CIN III, tüm epiteli kaplamış ise de CIS (in situ kanser) adı verilir. CIS vakalarının %50'sinin invaziv karsinomaya geçiş gösterdiği, ayrıca displazilerin % 25'inin invaziv karsinomaya dönüştüğü belirtilmiştir. Dolayısıyla displazik lezyonların da takibi sağlanmalıdır, displazik lezyonlar CIS'e dönüşmeden invaziv karsinoma dönüşebilmektedir (Temel, 2008).

CIN I lezyonlarının önemli bir bölümü normale dönmekte, az bir kısmı ilerleme eğilimi göstermektedir. Bununla beraber CIN III'lerin az bir kısmı gerileme eğilimde olup, büyük çoğunluğu invazif kansere dönüşme olasılığı vardır. Servikal öncü lezyonların invaziv kansere dönüşme süresi 10 yıldan 20 yıla kadar uzun bir süre aldığı bilinmektedir (Sankaranarayanan et al, 2005).

Kolumnar epitelden kaynaklanan serviks öncü lezyonlarına adenokarsinoma in situ (AIS) adı verilir (Sankaranarayanan et al, 2005).

#### **2.4.3.Serviksin Malign Lezyonları:**

NCCC ( National Cervical Cancer Coalition) Amerika'da bir yılda 14.000 kadının serviks kanseri tanısı aldığını ve 3.900 kadının serviks kanseri nedeniyle hayatını kaybettiğini bildirmektedir. WHO verilerine göre 2006 yılında serviks kanseri bir günde 650'den fazla kadının hayatını kaybetmesine neden olmuştur (WHO 2006).

Serviks kanseri preinvaziv dönemin uzun olması, tarama programları ile erken tanı ve ve preinvaziv lezyonların tedavi edilebilmesi nedeniyle önlenabilir bir kanser türüdür (Berek vd, 1998).

Serviks kanserlerinin %85-90'nını skuamoz hücreli kanser, kalan %10-15'ini ise adenokarsinomlar oluşturmaktadır. Skuamoz hücreli serviks kanserlerinde büyük hücreli keratinize olmayan tip prognozu en iyi olan tiptir. En kötü prognoza sahip tip ise küçük hücreli tipidir (Gay, DiSaia and Creasman, 2003).

#### 2.4.4. 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 3 mm'den küçük ve tümör 7 mm'den geniş değildir.

**Evre IA2:** Stromal yayılım 3-5 mm arasında ve tümör 7 mm'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:** 4 cm'den büyük olmayan klinik lezyonlar.

**Evre IB2:** 4 cm'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 (Sönmez, 2009).

#### 2.4.5. Serviks kanserinde Risk Faktörleri

- Siyah ırk,
- İleri yaş,
- Latin Amerika, Asya ve Afrika bölgelerinde yaşam sürme,

- Düşük eğitim düzeyi,
- Sosyoekonomik durumun düşük olması,
- Kendinin ya da eşinin fazla sayıda cinsel partnere sahip olması,
- Uzun süreli oral kontraseptif kullanımı,
- Multiparite,
- Rutin kontrollerin yapılmaması,
- İlk evlilik yaşının erken olması,
- Diyetin Folat, karoten ve vitamin C'den fakir olması,
- Cinsel yolla bulaşan hastalık geçirme (özellikle HPV),
- Onkojenik tip HPV enfeksiyonu,
- İmmun yetmezlik,
- Sigara kullanma,
- (Taşkın, 2006, Başaran 2004).

Yeterli perine hijyeninin sağlanmadığı durumlarda, genito-üriner enfeksiyonların gelişme riski artmaktadır. Gelişecek enfeksiyonların, erken tanı ve tedavisinin sağlanmaması durumunda, serviks kanserlerine kadar gidebilen problemler ortaya çıkabilmektedir. Kadın sağlığı davranışları kültürler göre farklılık göstermekte olup, Müslüman ülkelerde daha çok uygulanan vajinal duşun serviks kanserleri için risk oluşturduğu, duş sıklığı ve uygulama süresi ile serviks kanseri arasından ilişki olduğu bilinmektedir (Kanbur vd, 2011).

#### 2.4.6. Serviks Kanseri Semptomları

Erken serviks kanserinde en erken semptomu ince, su gibi, kanla karışık vajinal akıntıdır ve genellikle hastalar tarafından fark edilmez. Bunun yanında fazla sık rastlanmasa da ara ara olan ağrısız metroraji veya postkoital lekelenmelerde erken semptomlardır. Daha ilerlemiş vakalarda üreterlerin, pelvik duvarın veya siyatik sinirlerin tutulumuna bağlı bacaklara vuran ağrı geç semptomlardandır. Diğer belirtiler arasında hematüri, dizüri, rektal kanama, konstipasyondan ve terminal dönemde de üremi görülmektedir. (Gay, DiSaia and Creasman, 2003).

Serviks kanseri belirtileri aşağıdaki gibidir (Ersin 2012);

- Alışılmışın dışında vajinal akıntı,
- Periyodlar arasında lekelenme ve normalden daha fazla ve uzun adet kanamaları,
- Pelvik muayeneden kanama,
- Menopoz sonrası kanama,
- Cinsel ilişki sırasında ağrı ve kanama,
- Evreler ilerledikçe kötü kokulu vajinal akıntı, bel ve kasık ağrısı, anemi, kilo kaybı, idrar yapmada güçlük, bacaklarda ödem görülebilir (Sönmez, 2009).

#### *Erken dönem belirtileri:*

- Siklus dışı ara kanamalar, cinsel ilişki ve vajinal muayene esnasında kanama,
- Sarı, kirli, pis kokulu, et suyu görünümünde akıntı,
- Postmenopozal dönemde görülen kanamaları,
- Uzun ve yoğun mensturasyon kanaması. (Sönmez, 2009).



### ***Geç dönem belirtileri:***

- Pelviste hissedilen künt ağrı,
- Disüri, hematüri, ekstremitelerde ödem, rektal kanama.
- Preterminal dönemde; masif hemoraji ve üremi.
- Enfeksiyon gelişmesi durumunda peritonitis veya sepsis.
- Son dönemlerde kaşeksi ve anemi görülür (Sönmez, 2009).

### **2.5.Serviks Kanserinden Korunma**

Serviks kanserinin gelecek dönemlerde yaşanacak sağlık sorunları ve mortalite sebeplerinin önemli bir kısmını oluşturacağı bilinmektedir. Kansere mücadelede risk faktörlerinin belirlenerek bertaraf edilmesi, ulusal kanser stratejilerine göre taramaların yapılması ve erken belirtilerin belirlenerek erken tanı konulması önemlidir. Bu nedenle serviks kanserinden korunmada ilk sıra aşı, ikinci sırada ise Papanicolau (PAP) smear testi ile tarama yapılarak erken tanı konulmasının sağlanmasıdır (Akça vd., 2016).

Ülkemizdeki ergenlerde cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların artması, birden fazla cinsel partner ve ilk cinsel ilişki yaşının düşmesi, serviks kanserinden korunmada ilk yöntem olan aşı uygulamasının önemini arttırmaktadır (Akça vd., 2016).

Servikal kanseri diğer kanserler içinde korunulabilir erken tanı konduğunda en iyi tedavi edilebilir kanser türüdür. Rutin pap smear çok daha rasyonel, daha az maliyetli ve daha az tehlikeli kanser koruma stratejisidir. Pap smear, kronik HPV enfeksiyonunu tanımlayabilir ve uygun tedavi ile servikal kanserin gelişimini ve daha fazla ilerlemesini engelleyebilir. HPV taramasının etkinliği ve güvenilirliği ile ilgili çalışmalar devam etmektedir. Pap smear'in 1960'lardan beri rutin tarama programına girmesiyle servikal kanser oranları %70'den fazla azalmıştır. İlave olarak, kondom kullanımı da HPV enfeksiyon riskini azaltmaktadır (Dikbaş, 2017).

Servikal kanserden korunmada tek eşlilik, kondom kullanmak, erken yaşta cinsel ilişkiden kaçınma, , korunma, tarama ve erken tanı yöntemleri hakkında bilgi sahibi olma, kişisel bakıma ve genital hijyene dikkat etme, sigara kullanmama önemli ve olumlu yönde etkili davranışlardır. Servikal kanser öncü lezyonlarının erken teşhis edilmesi ve uygun tedavisi ile servikal kanserin önlenmesi mümkündür (Taşkın, 2006).

Serviksteki 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 (Taşkın,2006).

### **2.5.1. Pap Smear Testi**

Kadın sağlığında başta serviks kanseri olmak üzere genital kanser taramasında, vajinal ve servikal enfeksiyonların değerlendirilmesinde, kullanılan bir yöntem olan pap smear 1943 yılında kullanılmaya başlamış olup, servikal kanserleri %90-99 doğruluk oranıyla saptar (Sönmez, 2009).

Smear testi ile servikal kanserlerin öncü lezyonları tanınıp kanser oluşmadan tedavi edilmesi, servikal kanser insidansını ve mortalitayı düşürmektedir. Bu nedenle smear testi kanserde korunmada maliyet etkin bir yöntemdir. Kullanılmaya başlamasıyla tüm dünya kadınlarda sık görülen kanserlerden olan servikal kanserin sıklığı ve bu nedenle ölümlerin azaldığı bilinmektedir (Temel, 2008).

Tüm dünyada yaygın olarak kullanılan smear testi dökülen normal hücrelerin değişime uğramış hücrelerin sitolojik incelenmesine dayanır. Sitolojik inceleme ile servikste meydana gelen değişiklikler tespit edilir. ( Atasü ve Aydınli, 1999).

Ülkemizde 2007 yılında Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından serviks kanseri taramalarına dair kurallar belirlenmiş olup; servikal kanser ulusal kanser tarama programına alınmıştır.

Serviks Kanseri Taraması Ulusal Standartları göre;

- 30-40 yaşları arası tüm kadınlardan en az bir kez smear alınır,
- 5 yılda bir tekrarlanır,
- Son iki testi negatif olan 65 yaş ve üzeri kadınlarda tarama kesilir (Karaoğlan 2016).

Aynı standarda göre HIV tanısı olan veya immünsüpressif tedavi alan kadınlarda ilk yıl iki kez, negatif ise yılda bir kez smear testi yapılır. Ülkemizde görüldüğü gibi smear taraması yaş aralığı 30-65 yaş iken gelişmiş ülkelerdeki genellikle 25-65 yaş aralığıdır (Karaoğlan 2016).

Pap testi ile serviks kanserinin öncül lezyonları saptanabilir. Gerekli vakalarında, kolposkopi ve kolposkopik yönlendirilmiş servikal punch biyopsi ile histolojik değerlendirme yapılarak serviksin premalign/ preinvaziv lezyonlarının uygun tedavisi yapılabilir. 35-40 yaş arası kadınlarda smear testinin bir kez yapılması ile servikal kanseri riski % 65 azalabilir (Temel, 2008).

### **2.5.2. HPV (Human Papilloma Virüs) ile serviks kanseri ilişkisi**

HPV dünyadaki tüm kanserlerin %5'inden sorumludur, servikal kanserlerin hemen tamamının, vulvar, vajinal, penil ve orofaringeal kanserlerin önemli bir kısmının etkenidir (Dikbaş, 2017). HPV kadınlarda servikal, vulvar ve vajinal kanserlere yol açarken, erkeklerde penil kanserlere, hem kadın hem de erkeklerde anal ve orofaringeal kanserlere yol açmaktadır. HPV enfeksiyonu aynı zamanda servikal kanser öncüsü lezyon oluşumuna sebep olabilir (Dikbaş, 2017).

Bir DNA virüsü olan HPV; çift sarmallı, dairesel, 8000 baz çifti içeren, zarfsız bir yapıdadır ve birçok değişik tipi tanımlanmıştır (Berkman, 2008). Genital sistemle ilgili 40'ın üzerinde değişik HPV tipi tanımlanmış olup bunların yaklaşık olarak yarısı yüksek risklidir. Munoz ve ark. 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 ve 82'yi

yüksek riskli olarak tanımlamışlardır. Tüm dünyadaki servikal kanserlerin büyük çoğunluğundan HPV Tip 16 ve 18'in sorumlu olduğu düşünülmektedir (Temel, 2008).

HPV virüsleri vücutta skuamöz epitel hücrelerine bağlanmakta ve yalnızca bu bölgede yaşayabilmektedir. Bu epitel türü insan vücudunda deri yüzeyinde, servikte, vajinada, anüste, vulvada, penis başında, ağız ve boğazda bulunmaktadır (Çeşmeci vd, 2015).

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar arasında HPV, en yaygın enfeksiyon ajanlarından biridir. Serviks, vajen, vulva, penis, oral kavite, baş boyun ve anal kanal kanserlerine neden olan HPV enfeksiyonunun en sık gözlenen formu anogenital siğillerdir. HPV 16 ve 18 kadın servikal kanserlerinin %70'den, HPV 6 ve 11 ise her iki cinsteki genital siğillerin %90'ının sorumludur (Nergisli vd 2016). Virüsü kadınlara bulaştırmada en önemli rol ise erkekler olarak görülmektedir. Kadınlardaki HPV yükünün ve dolayısıyla HPV ilişkili hastalıkların azalmasında erkek immünizasyonunun yardımcı olabileceği ileri sürülmektedir (Garattini vd 2012).

HPV virüsü ile enfekte olmak servikal kanserlerin gelişimindeki en önemli risk faktörlerindedir. HPV'in insandan insana bulaşması cinsel ilişki yolu ile olmaktadır. Korunmasız cinsel ilişki, cinsel partnerin birden fazla olması HPV ile enfekte olma riskini artırır. HPV enfeksiyonu, başlangıçta skuamoz epiteliumda bazale yakın ve bazal hücrelerde dir. En önemli bulgu koilositik atipidir. Nükleer atipi yanısıra perinükleer halo görülür. Servikste ki bu değişiklikler tedavi edilmezse kansere neden olmaktadır (Temel, 2008).

İnvazif serviks kanserinde özellikler tip 16 ve 18 en sık görülmektedir. Tip 16 en sık görülürken, tip 18 ise en agresif kansere sebep olan HPV tipidir. Tip 6-11 ise kondiloma akuminata'da en sık görülen HPV tipleri olup düşük risk potansiyelindedir (Berkman 2004).

HPV enfeksiyonlarının %70-90'ı geçici olup klinik bulgu vermeden 12-30 ay içerisinde spontan olarak vücuttan arınırlar. Pap testi ile HPV virüsünün servikste ki hücrelerde neden olduğu değişiklikler saptanabilir. HPV serviks kanseri için önemli bir risk faktörü olsa bile, bu virüsle enfekte olmuş kadınların birçoğu serviks kanseri

olmazlar. Araştırmacılar serviks kanserinin oluşumunda diğer risk faktörlerinin de etkili olduğunu vurgulamaktadırlar (Temel 2008).

HPV enfeksiyonu gözlendiğinde beraberinde yüksek dereceli CIN bulunma olasılığı en yüksek olan HPV 18 dir. HPV enfeksiyonlarında en sık görülen morfolojik değişiklik koilositozdur. (Başaran, 2004). Eğer HPV enfeksiyonu devam eder ve HPV'ler hücre genomunu bozmazlarsa hücrede bazı sitolojik değişimlere neden olurlar. Bu hücrelere koilosit denir. İçi boş hücre anlamına gelir (Berkman, 2004).

Kadınlarda normal sitolojiye sahipken HPV virüsü ile enfekte olduktan birkaç sene sonra CIN veya serviks kanseri olma riski artar. HIV virüsü ile bulaş sonrası bazı kadınlarda, kadının bağışıklık sistemi ile ilgili olarak enfeksiyona direnç olabilir. Bu durumda kadının sigara kullanımı, oral kontrasepif kullanımı, geçirdiği cinsel yolla bulaşan hastalıkları etkilidir. Yine de servikal kanser için en büyük risk faktörü smear testi yaptırmamaktır. (Gay, DiSaia and Creasman, 2003).

### **2.5.3. HPV enfeksiyonundan korunma /HPV Aşısı**

Serviks kanserinden korunmada iki yol vardır. Bunlar risk faktörlerinden (HPV ile enfekte olmamak) kaçınmak ve pap testinin düzenli olarak yaptırılmasıdır. Haziran 2006 tarihinde FDA tarafından HPV aşısı onaylanmıştır. Onaylanan Quadrivalent aşı serviks kanserlerinin %70'ine neden olan HPV virüsünün iki tipi (HPV 16 ve 18) ve %90 genital siğillere neden olan HPV virüsünün iki tipi (HPV 6 ve 11) için uygulanmaktadır (Temel 2008).

Aşılar profilaktik ve terapötik olmak üzere 2 ye ayrılrsa da yapılan çalışmalar profilaksi üzerine yoğunlaşmıştır. Terapötik aşılar üzerinde halen çalışmalar devam etmektedir. HPV aşısı servikal kanseri azaltmak amacıyla yapılır (Sönmez, 2009). Kişinin cinsel olarak aktif olmadığı dönemde aşının uygulanmasıyla en yüksek düzeyde koruma sağlanır. Önerilen yaş aralığı 9-26 yaş aralığıdır (Çeşmeci vd, 2015). Okul ve toplum-bazlı ergen aşılama programlarının uzmanlar tarafından serviks kanseri aşılması için ideal ortam olduğu düşünölmektedir. Erkek çocuklarına bağışıklama yapmanın etkinliği henüz oluşturulmamış olsa da, bazı ölkelerde hem kız hem de erkek çocuklar

aşlanmaktadır. En yüksek kapsamı sağlayabilmek için, ergenlik öncesi bağışıklamanın hükümet tarafından desteklenen ulusal bağışıklama programının bir parçası olarak yürütülmesi gerekir (Boswell, 2010).

HPV aşısı, aşılama öncesinde var olan enfeksiyonu ve servikal lezyonları ortadan kaldırmamaktadır. Buna karşın fayda görebileceği düşüncesiyle genital siğilleri olan, cinsel yönden aktif, HPV testi pozitif olanlara da aşı uygulanabilmektedir (Çeşmeci vd, 2015).

HPV aşısı biyolojik ajanlar ve DNA kullanılmadan virüs benzeri partiküllerden üretildiğinde enfeksiyöz ve onkojenik değildir. HPV aşısı sonrası doğal enfeksiyona göre daha yüksek antikor cevabı oluşmaktadır. Doğal geçirilen enfeksiyondan oluşan antikor cevabının koruyuculuğu takip edilememektedir. Aşı sonrası oluşan antikor cevabının 15 yaş altı bireylerde en yüksek seviyede olduğu bilinmektedir. Bu nedenle uygulama için önerilecek en uygun yaş aralığı 9-15 yaştır. Ancak hali hazırda 9-25 yaş kullanımı sağlanmaktadır. (Kaya, 2009). Aşılamanın yaşam boyu serviks kanseri riskini %35-80 oranında azaltabildiği bilinmektedir (Boswell, 2010).

Aşılama amaç HPV enfeksiyonuna karşı immün yanıt oluşturarak enfeksiyonu önlemektir. HPV' nin 2 yüksek riskli tipi olan 16-18' e karşı koruma sağlayan aşılar servikste antikor miktarını arttırarak virüslerin girişini engellerler. Aşılama için en uygun dönem 9-12 yaş aralığı arasında olsa da 26 yaşına kadar yapılabilir. Mevcut iki aşının her ikisi de deltoid kasa IM olarak uygulanır. Bivalan aşı 0, 1 ve 6. aylarda, kuadrivalan aşı ise 0, 2 ve 6. Aylarda uygulanır. Aşılamanın yanında koruyucu taramaların devam etmesi gerekmektedir (Sönmez, 2009).

Aşılar terapötik amaçlı değildir, sadece profilaktik amaçlıdır. Aşı yapılanlar klinik çalışmalardan elde edilen verilerin aşının mevcut Pap testi anormallikleri, HPV enfeksiyonu ya da genital siğil üzerinde herhangi bir terapötik etkisi olacağını belirtmediği konusunda bilgilendirilmelidir. Bu kadınların aşılama, henüz bağışıklık edinilmemiş kişilerde HPV tipi taşıyan enfeksiyona karşı korunma sağlayacaktır (Boswell, 2010).

HPV aşısında sağlanacak yararlar aşağıda verilmiştir;

- Serviks kanseri insidans ve mortalitesini azaltır.
- Servikal kanser insidansının azalması sebebiyle ileri tanı hizmetlerine yönlendirilen hasta sayısında azalma, dolayısıyla maliyette azalma.
- Tarama programına katılmayan kadınlarda servikal kanser sayısında azalma (Kaya,2009).

HPV aşısının tek başına hayat boyu kanser riskini %43 azalttığı saptanmıştır. Aşının pap testi ile kombine edilmesi durumunda hayat boyu kanser olma riskini %60 azalttığı rapor edilmiştir. On iki yaşın altında aşı yaptırmak ve 35–45 yaş arası 3 kez pap testi yaptırmamanın maliyet etkin olduğu sonucuna varılmıştır (Temel, 2008).

2011 yılında Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği tarafından HPV aşuları konsensus metni yayınlanmıştır. Metne göre;

- “Yapılan klinik çalışmalarda HPV aşılarının serviks kanseri öncül lezyonlarını dolayısıyla da serviks kanserini önlediği gösterilmiştir.
- HPV aşuları içerdikleri HPV tiplerinin neden olduğu lezyonlara karşı %100’e yakın bir koruma sağlar.
- Aşılama ve tarama programları bir arada yürütülmelidir.
- Günümüzde HPV aşılarının en az 10 yıl koruma etkisinin süreceği gösterilmiş olup, bu sürede ek doza ihtiyaç olmadığı bilinmektedir.
- HPV aşuları virüsün dış kapsid proteinleri kullanılarak elde edilmekte ve DNA içermemektedirler. Bundan dolayı HPV aşılmasının servikal kanser dahil olmak üzere HPV’ye bağlı gelişen hastalıklara neden olduğuna dair bugüne kadar herhangi bir veri elde edilmemiştir. Yapılan klinik çalışmalarda HPV aşılmasının sistemik yan etkilerde bir artışa yol açmadığı gösterilmiştir.
- HPV aşularıyla ilgili en sık yan etkiler; enjeksiyon bölgesinde görülen ağrı, şişlik, kızarıklık gibi lokal yan etkilerdir.
- Dünya’da yan etki değerlendirmesi yapan üç kuruluş ve Sağlık Bakanlığı tarafından diğer aşılarla olduğu gibi HPV aşularıyla ilgili yan etkiler de düzenli olarak kontrol

edilmektedir. HPV aşılmasının ülkemizde uygulanmaya başladığı günden bugüne kadar HPV aşılarının yapılmasına engel olacak ciddi bir yan etki bildirimi yapılmamıştır.

- Mevcut HPV Aşıları Türkiye'nin de içinde olduğu 100'den fazla ülkede onaylı olup, bugüne kadar milyonlarca doz kullanılmıştır”.

Günümüzde ABD’de lisans almış üç HPV aşısı bulunmaktadır. FDA tarafından onaylanan **İki Valanlı HPV Aşısı** Human Papillomavirüs (HPV) 16 ve 18 tiplerine, **Dört Valanlı HPV Aşı** Human Papillomavirüs (HPV) 6, 11, 16 ve 18 tiplerine ve en son 10.12.2014 tarihinde onaylanan dokuz valanlı aşı ise 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58 tiplerine karşı koruyucudur (Dikbaş, 2017). Aşıların etkileri, uygulama şekilleri ve hedef kitleye ait bilgiler şekil 3’de gösterilmiştir.

	<b>Bivalan (2vHPV)</b>	<b>Kuadrivalan (4vHPV)</b>	<b>9-valan (9vHPV)</b>
<b>Ticari adı</b>	Cervarix	Gardasil	Gardasil 9
<b>VLPs</b>	16, 18	6, 11, 16, 18	6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58
<b>Üretici</b>	Glaxo Smith Kline	Merck and Co., Inc.	Merck and Co., Inc.
<b>Üretim Şekli</b>	L1 kodlayan rekombinant baculovirus ile enfekte <i>Trichoplusia ni</i> böceğinin hücre dizisi	L1 ekspresyonu yapan <i>saccharomyces cerevisiae</i> (firıncı mayası)	L1 ekspresyonu yapan <i>saccharomyces cerevisiae</i> (firıncı mayası)
<b>Adjuvan</b>	500 µg alüminyum hidroksit, 50 µg 3-O-deaçil-4' monofosforil lipid A	225 µg amorf alüminyum hidroksifosfat sülfat	225 µg amorf alüminyum hidroksifosfat sülfat
<b>Doz hacmi</b>	0.5 ml	0.5 ml	0.5 ml
<b>Uygulama</b>	İntramüsküler	İntramüsküler	İntramüsküler
<b>Hedef Kitle</b>	9-25 yaş kadınlar	9-26 yaş kadınlar 9-26 yaş erkekler	9-26 yaş kadınlar 9-15 yaş erkekler
<b>Aşı takvimi</b>	0, 1 ve 6. aylar	0, 2 ve 6. aylar	0, 2 ve 6. aylar
<b>Onay tarihi</b>	2009	2006	2014

HPV: Human Papilloma Virus, L1: HPV majör kapsid proteini, VLPs: virüs benzeri partiküller

### Şekil 3: HPV aşılara ait özellikler.

FDA onayına göre Quadrivalent HPV aşısının, HPV 6, 11, 16 ve 18 tiplerine karşı koruyucu olduğu, 9-26 yaş arasındaki kadınlara uygulanabildiği ve erkeklerde de güvenli ve koruyucu olduğu gösterilmiştir. Aşı HPV enfeksiyonu maruziyeti olmadan aşılansmış erkeklerde persistant enfeksiyonunu %85,6 oranında ve bu tiplere bağlı gelişen anogenital lezyonları ise %90,4 oranında engellemektedir. Bu yüzden quadrivalent HPV aşısı FDA tarafından 2009 yılında 9-26 yaş arasındaki erkeklerde HPV 6, 11, 16 ve 18 tiplerine bağlı gelişen anogenital lezyonları engellemek için onaylamıştır. Bivalent HPV aşıları ise HV 16 ve 18 üzerine etkilidir (Nergisli vd 2016).

HPV aşılarının maruziyet olmadan önce kullanıldıklarında daha etkili olduğu bilinmekle beraber HPV enfeksiyonuna maruz kalanlar da aşılmalıdır. HPV aşılarının başka aşılarla birlikte kullanılmasında her hangi bir sakınca yoktur. Aşısının HPV ile



temastan önce uygulanması önce uygulanması önemlidir. Birçok gelişmiş ülkenin ulusal aşı kampanyalarında bulunan HPV aşısı Ülkemizde ulusal aşı takviminde değildir ayrıca sosyal güvenlik ödeme kapsamında da yer almamaktadır (Nergisli vd 2016).

HPV aşısı servikal kanser ve/veya diğer HPV ile ilişkili hastalıkların önlenmesinde bir halk sağlığı önceliği oluşturuyorsa, aşı girişi pragmatik olarak uygulanabilir, devam ettirilebilir olabiliyor ve finansal destek sağlanabiliyorsa ve aşılama stratejisi o ülkeye veya bölgeye uygunsu, rutin HPV aşılmasının ulusal aşılama programına dahil edilmesi Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilmektedir (Alhan 2009).

Amerikan Kanser Derneği HPV aşısını;

- En erken 9 yaş olmak üzere 11-12 yaşlarındaki kızlara,
- Aşılana başlanmamış ya da aşılanmayı tamamlamamış 13-18 yaşındaki kızlara,
- Tamamen koruyuculuğu ile ilgili kanıt olmadığı konusunda bilgilendirilmiş ve riskleri kabul etmiş 19-26 yaşındaki genç kadınlara
- Erkek çocuklar ve genç erkeklere önermektedir (Dikbaş, 2017).

Bu konuda Hastalıklar Kontrol Merkezi'ne (CDC-Centers for Disease Control and Prevention) bağlı İmmünizasyon Uygulamaları Tavsiye Komitesi (ACIP-Advisory Committee on Immunization Practices), erkek çocuklara ve genç erkeklere Gardasil'i tavsiye etmekte olup, 11-12 yaşlarındaki tüm erkek çocukların aşılanmasını önermektedir. Amerikan İlaç Dairesi (FDA-Food and Drug Administration) Gardasil'in erkek çocuklarda kullanılmasını onaylamıştır. Amerikan Kanser Derneği ise verileri yeniden değerlendirip, 2015'te ACIP'in tavsiye kararını desteklemiştir (Dikbaş, 2017).

Tüm HPV aşıları, HPV tip 16, 18 ile oluşan enfeksiyonlardan korumaya yardımcı olur ve kanser gelişimini engelleyebilir. Gardasil ve Gardasil 9, HPV tip 16, 18 ile oluşan anal, vulvar ve vajinal kanser ile bunların prekanseröz lezyonlarına karşı koruyuculuk göstermektedir. Aynı zamanda bu aşılar, HPV tip 6, 11 enfeksiyonlarını engelleyerek, genital ve anal siğillerden korumaktadır (Dikbaş, 2017). Gardasil 9, HPV tip 31, 33, 45, 52 ve 58 ile oluşan kanserlere karşı da koruyucudur. Cervarix aynı zamanda bazı tip

yüksek riskli HPV'lere karşı da koruma yapıyor gibi görünmektedir. Ağız, boğaz ve anüs bölgesindeki HPV enfeksiyonlarına karşı koruyuculuk da mevcuttur (Dikbaş, 2017).

Amerikan Obstetrisyen ve Jinekologlar Koleji'nin (ACOG-The American College of Obstetricians and Gynecologists) Haziran 2017'de yayınladığı Adölesan Sağlığı Aşılama Komitesininin 704 sayılı raporuna göre kadınlarda aşının faydaları ve etkinliği Şekil 4'de gösterilmektedir (Dikbaş, 2017).

Aşı	HPV tipi	Azaltılan Hastalıklar	Etkinliği*
Bivalan	16, 18	<ul style="list-style-type: none"><li>• HPV tip 16,18 ile oluşan servikal kanser</li><li>• CIN 1, CIN 2/3 ve adenokarsinoma in situ</li></ul>	%98,1
Quadriyalan	6, 11, 16, 18	<ul style="list-style-type: none"><li>• HPV tip 6, 11, 16, 18 ile oluşan servikal, vulvar ve vaginal kanser, CIN 1, CIN 2/3 ve adenokarsinoma in situ</li><li>• VIN 2/3 ve kadınlardaki VIN'lerin 2/3'si</li><li>• Genital siğil, anal intraepitelyal neoplazi ve anal ca</li></ul>	%100
9-valan	6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58	<ul style="list-style-type: none"><li>• HPV tip 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58 ile oluşan servikal, vulvar ve vaginal kanser, CIN 2/3, adenokarsinoma in situ</li><li>• VIN 2/3 ve kadınlardaki VIN'lerin 2/3'si</li><li>• Genital siğil, anal intraepitelyal neoplazi ve anal ca</li></ul>	%99 (HPV tip 6, 11, 16, 18) %96,7 (HPV tip 31, 33, 45, 52, 58)

HPV: Human Papilloma Virus, CIN: Servikal Intraepitelyal Neoplazi, VIN: Vulval Intraepitelyal Neoplazi, \*Etkinlik oranları, daha önceden aşılanmamış bireylere aittir

Şekil 4: Kadınlarda HPV Aşısının etkinliği ve faydaları

#### 2.5.4. HPV aşısı ile ilgili sorunlar

Ülkemizde hali hazırda kullanılmakta olan bivalan (HPV 16 ve 18'e karşı etkili) ve quadriyalan (HPV 6, 11, 16 ve 18'e karşı etkili) olmak üzere iki tip HPV aşısı mevcuttur. İkisinin de kullanım yaş aralığı 11-26 yaş grubudur. Ancak her iki aşının da HPV virüsünün tüm tiplerine karşı koruyuculuğu yoktur. (Akça vd, 2016).

HPV aşısı ile ilgili sorunlar aşağıda sıralanmıştır;

- Toplam 3 doz şeklinde uygulanması gereken HPV aşısı diğer aşı fiyatlarına göre oldukça maliyetlidir.
- Aşının koruyuculuğu % 90'larda olsa da serviks kanserlerinin %70'nin nedeni HPV virüsüdür. Servikal kansere karşı koruyuculuğu yüksek değildir.

- Aşının koruyuculuğunun 5 yıl olduğu düşünülmekte, daha uzun süre koruyuculuğu ile ilgili veri bulunmamaktadır.
- Diğer çocukluk çağı aşıları ile eş zamanlı yapılamaması, ayrı bir aşı zamanının olması aşının kullanımını zorlaştırmaktadır.
- Aşının çocuklara ve gençlere yapılması ailelerin aşığı benimsemesi ile mümkün olacaktır. HPV enfeksiyonunun çok eşlilikle artması, aşının kullanılmasında engel olabilecektir.
- Kadınların tarama programlarına katılmasını engelleyebilir, bu nedenle risk altındaki kadınların korunamamasına neden olabilir.
- HPV aşısının tüm cinsel yolla bulaşan hastalıkları engellediğine dair yanlış düşünce oluşabilir. Güvensiz cinsel ilişkilerde ve istenmeyen gebeliklerde artış görülebilir (Kaya, 2009).

## **2.6. Kadın Sağlık Çalışanlarının Servikal Kanserden Korunmada Rol ve Sorumlulukları**

Bireyler sağlık kontrollerine gitmek için genellikle bazı şikâyetlerinin olmasını beklerler. Sağlık çalışanları tarafından bireylerin riskleri belirlenir ve konu hakkında yeterince uyarılırlarsa, sağlık kurumlarına tarama amacıyla da giderler (Kanbur vd,2011).

Ebe/hemşirenin, korunma ve erken tanıda primer, sekonder ve tersiyer olmak üzere üç rolü vardır. Primer korunmada amaç, sağlık eğitimi, risk faktörlerinden kaçınma ve aşılama. Sekonder korunmada da sağlık taramalarının düzenli uygulanması ve erken tanı yöntemleri öne çıkmaktadır. Tersiyer korunma programlarında hastaları eğitimleri ve düzenli takiplerle komplikasyonların önüne geçilmesi hedeflenir ( Kanbur vd,2011).

Serviks kanseri yaygın olarak görülen bir kanser türüdür ve kadınların bilinçlendirilmesiyle oluşabilecek ölümlerin önüne geçilebilir. Ancak gelişmekte olan ülkelerde serviks kanseri nedeniyle ölüm halen görülebilmektedir. Serviks kanseri risk faktörlerinin ve smear aldırmanın öneminin kadınların büyük çoğunluğu tarafından bilinmediği yapılan çalışmalarla gösterilmektedir. (Akça vd2016). Bu konularda ki bilgi

eksikliği serviks kanserinden korunma, erken tanı ve tedavi yöntemlerinin kullanılmasını engellemektedir (Pınar vd, 2007).

Amerika Birleşik Devletlerinde yaşayanların %85'i hayatları boyunca en az 1 kez smear aldırılmışken, bu oran az gelişmiş ülkelerde %5'e düşmektedir. Bu durum ülkemizde de benzerlik göstermekte olup; sağlık çalışanları da dahil olmak üzere kadınların koruyucu sağlık davranışlarını gerçekleştirmedikleri bilinmektedir (Özsaran vd 2011). Halkın kanserden korunması ve erken tanı konularında bilinçlendirilmesinde, halkın doğru bilgilendirilmesinde sağlık personelinin görevi büyüktür. Bu nedenle sağlık çalışanlarının da mevcut bilgilerinin yenilenmesine, geliştirilmesine ihtiyaç vardır (Koruk vd 2015)

Servikal kanserlere risk oluşturan faktörlerin belirlenme, risk faktörleri ile ilgili birey ve ailelerin bilgilendirilmesi, eğitilmesi ve danışmanlık yapılmasında, dolayısıyla olumlu davranışların gelişmesi ve yerleşmesinde eğitimli ebe ve hemşirelerin görevleri önemlidir (Taşkın, 2006).

Toplumda kanserden korunma, erken tanı ve tedavi yöntemlerinin kullanımının bireylerde kullanılması ve olumlu sağlık davranışlarının yerleştirilmesinde hemşirelerin rolü vazgeçilmezdir. Hemşireler mevcut bilgilerini hem kendi sağlık davranışlarını belirlemede, hem de bakım verdikleri bireylerde davranış gelişmesini sağlayacak yönde kullanmalıdırlar. HPV enfeksiyonu ve HPV aşısı hakkında bilgi sahibi olan hemşireler aşı uygulanması gereken bireyleri belirlemeli, onlara rehberlik yapmalı, serviks kanseri risklerini bilerek danışmanlık yapabilmelidir. Bu sayede aşı uygulamalarının hayata geçirilmesini sağlamış olabilirler (Akça vd 2016). Böylece hemşireler hem kendi sağlıklarını korumaya yönelik sorumluluklarını almış olurlar hem de bireylerin sağlıklarını koruma ve geliştirmelerinde sorumluluklarını yerine getirmiş olurlar. Servikal kanserle ilgili bilgiye sahip ebe ve hemşireler risk faktörlerini doğru saptayarak birey ve ailelerine danışmanlık yapabilir (Pınar vd, 2007).

Sağlık çalışanlarına yönelik hazırlanan pek çok çalışmada, katılımcıların araştırma konuları hakkında bilgilerinin iyi olduğu ancak farkındalık ve uygulama pratiklerinin yetersiz olduğu tespit edilmiştir (Eke vd 2016).

Türkiye’de HPV aşısı aşı takvimi girmemiştir ve aşılama düzeyini gösteren araştırma yoktur. Hekimlerin HPV aşısını tavsiye etme ve uygulama düzeyleri, aşı ile korunulabilecek hastalıklardan biri olan serviks kanseri için oldukça önemlidir. HPV’ye karşı korunmada, çocuklara ve ailelerine rehber olacak hekimlerin HPV enfeksiyonu ile HPV aşısı ve uygulama yolları hakkındaki bilgilerini belirlemek amacıyla Topçu ve arkadaşları tarafından 2018 yılında yapılan çalışmada; kadın doğum hekimlerin %82’sinin, çocuk- aile hekimlerinin ise %76’sının bilgi sahibi olduğu görülmüştür. Hekimlerin %2.8’i HPV aşısı yaptırmış olup, bunlardan sadece 1 tanesinin kadın doğum hekimi olduğu görülmüştür (Topçu vd 2018).

## **2.7. Sağlık İnanç Modeli**

Bireyler kendi sağlıklarını geliştirme, sürdürme ve sağlıklı yaşamaya yönelik aktiviteleri sürdürmede aktif rol oynarlar. Bireyin ve toplumların sağlığının korunması ve yükseltilmesi için yapılan çalışmalardan ne şekilde faydalanılacağına bilinmesi ve edinilen bilgilerin davranış haline getirilmesi gerekir. Bunu sağlayabilmek için bireylerin sağlık davranışları ile ilgili tutumlarının bilinmesi gerekir. Belirli bir durumun davranışa dönüşmesini sağlamak için, tutuma sahip olan nedenlerinin belirlenmesi gerekir (Özmen, 2009).

Sağlık eğitiminin temel amacı, toplumun temel değerleri içine sağlığı katmak, kişilerin kendi sağlıklarını koruyabilecekleri bilgi ve becerileri sağlamak ve sağlık hizmetlerinin geliştirilmesini sağlamaktır. Mevcut toplumun ihtiyaçlar doğrultusunda bu amaçlar çeşitlilik gösterebilir. Sağlık çevresel faktörlerden ve bireylerin davranış örüntülerinden etkilendiğinden, sağlık eğitimini sadece bilgi vermek ile sınırlamak doğru değildir (Duran 2008).

Sağlık eğitimi bireylerin ve içinde yaşadıkları toplumun önceliklerini, sağlık ve hastalık konusundaki algılarını, geleneklerini ve beklentilerini göz önüne alarak istenilen yönde davranış değişikliği oluşturabilmektir. Özellikle sağlığa ayrılan kaynakların sınırlı olduğu gelişmekte olan ülkelerde eğitim programlarını bu doğrultuda geliştirmek ve uygulamak gerekir (Duran 2008).

## Sağlık İnanç Modeli;

- Bireylerin hastalıktan korunmak için sergiledikleri davranışların nasıl şekillendiğini ve etkilendiğini belirler.
- Bireylerin inançları ve davranışları arasındaki ilişkiyi açıklar.
- Sağlık davranışlarına bireysel motivasyonun etkisini belirler.
- Bireyleri, sağlık davranışlarını uygulamada nelerin motive ettiğini belirler.
- Bireylerin sağlık davranışlarını gerçekleştirmesinde etkili olan faktörleri belirler (Nahcivan, 2003).

Bireylerin davranışlarını etkileyen faktörlerin bilinmesi ile, sağlık eğitimcilerinin bireylerin bilgi, tutum ve becerilerine yönelik eğitim programları ve olumlu sağlık davranışlarını ortaya çıkararak ve geliştirecek yöntemleri ortaya koymaları hedeflenmektedir. Bunlarla birlikte, sağlığı geliştirmek için davranışlar üzerine yoğunlaşıldığı, yaşam biçiminin ve sosyal öğrenmenin önemli olduğu anlaşılmıştır (Duran 2008).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışı geliştirilmesinde çeşitli davranış modelleri kullanılmaktadır. Bunlarda birisi de Sağlık İnanç Modeli' dir (Elik 2006).

Sağlık İnanç Modeli (SİM) bireylerin koruyucu sağlık davranışlarını açıklamak için kullanılır. Model bir değer ve beklenti modeli olup, bilişsel değişkenliklere odaklanır. Hastalığın önlenmesi değer, gerçekleştirilecek koruyucu sağlık davranışının hastalığı önleyeceği inancı ise beklentidir. Beklentide hastalığın şiddeti önemlidir (Janz et al, 2002).

SİM, yalnızca tarama davranışlarını değil aynı zamanda hasta davranışlarını ve olumlu sağlık davranışlarının ortaya çıkmasını sağlayan faktörleri de açıklamaktadır. SİM 1950'lerin başında, korunma ve tarama programlarına katılımın yetersizliğinin sebebi açıklayabilmek için geliştirilmiştir. Altı temel bileşenden oluşmaktadır (Çenesiz, 2007).

SIM, 1950 yılında insanların bazılarının sağlığı koruma davranışları gösterirken, bazılarının ise hastalıktan korunma ve tarama programlarına katılmamasının nedenini açıklayabilmek amacıyla Hochbaum, Kegeles, Leventhal ve Rosenstock tarafından geliştirilmiştir. O dönemde bireylerin tüberküloz taramalarını, servikal kanser erken tanısı için kullanılan smear testini, bağışıklama programlarını ve ücretsiz veya çok düşük ücretle yapılan erken tanı yöntemlerini uygulamamaları önemli bir halk sağlığı sorunuuydu. SIM bu sebeple koruyucu sağlık davranışlarının neler olduğunun anlaşılması amacıyla geliştirilmiştir (Aydoğdu, 2011).

SIM bireyin inanç ve davranışları arasında ilişkiyi anlamak için kullanılır (Özmen, 2009). 1950 yılından bu yana koruyucu sağlık davranışlarını inceleyen birçok çalışmada kullanılan SIM, başlarda algılanan hassasiyet, algılanan ciddiyet, algılanan yararlar ve algılanan engeller olmak üzere dört kavramdan oluşmuştur. Daha sonra 1977 yılında Bardura öz-etkililik, 1988 yılında Prof. Rosenstock, Strecher ve Becker tarafından ise sağlık motivasyonu algıları kavramları eklenmiştir. Rosenstock 1988 yılında SIM'in, kişinin inanç ve davranışları ile bireysel karar verme motivasyonunun sağlık davranışlarına olan etkisini açıkladığını belirtmiştir. (Canpulat 2006; Duran 2008).

SIM'de davranış bilimlerine ait kuramlar, sağlık davranışlarına uyarlanmıştır. Değer ve beklenti ilişkisinin yer aldığı bir modeldir. Sağlık davranışları düşünüldüğünde hastalığı önleme isteği “değer” ; gerçekleştirilecek sağlık davranışının hastalık oluşumunu önleyeceği inancı “beklenti” dir. Hastalığın oluşma olasılığı ve sergilenecek davranışa göre hastalığa yakalanma riskinin azalmasına göre beklenti ortaya çıkmaktadır (Çenesiz 2007).

SIM'de, eğer bireyler hastalığı kendileri için hassasiyet olarak algılıyorsa, hastalığın ciddiyeti ile ilgili sonuçlara inanıyorsa, taramaların hem yararının hem de engellerinin farkındaysa ve tarama ile ilgili eyleme geçmede pozitif eyleme geçiriciler (eğitim, medya, sağlık kontrolünü hatırlatan uyarılar, arkadaş ya da aile üyelerinden birinin hastalanması, başkalarından bilgi) varsa, ilgili sağlık davranışının ortaya çıkacağı öne sürülmektedir. Modelin en güçlü ayırıcının algılanan engeller olduğu belirtilmektedir (Ateş 2014).

### 3.1.1. Sağlık İnanç Modelini oluşturan kavramlar

Sağlık İnanç Modeli'nde koruyucu sağlık davranışlarını etkileyen dört ana kavram vardır (Champion, 1998). Modele daha sonra Becker ve Rosentock tarafından sağlık motivasyonu ve güven kavramları eklenmiştir. (Baltaş, 2000)

**1. Duyarlılık Algısı:** Kişinin sağlık problemine yatkınlığı olduğunu düşünmesidir. Kişi sağlığı ile ilgili tehlikeyi algılar, tehlikenin hastalığa dönüşmesi riskine karşı davranış tanımlar. (Özmen, 2009) Kişinin kendi sağlığını tehdit eden hastalığı algılamasıdır (Janz et al, 2002).

Kişinin belli durumlara kendini zayıf ve hassas hissetmesi ve hastalığı risk olarak algılanmasıdır. Demografik özellikler, psikolojik, sosyal ve ekonomik değişkenler, hastalıkla ilgili değişkenler gibi algıda etkisi olan faktörler etkin role sahiptir. Bazı zamanlarda kişilerin duyarlılık algısını arttırabilir. Annesini meme kanseri nedeniyle kaybetmiş bir kadın meme kanserini yüksek oranda tehdit olarak algılamak, çevresinde hiç meme kanseri hastalığı olmayan bir kadın için bu hastalık tehdit olarak algılanmaz (Canpulat 2006).

**2. Ciddiyet/Önemseme Algısı:** Riskli durumun kişide endişe yaratmasıdır. Kişi ciddi bir hastalığının, sağlık sorununun olduğuna inanır (Özmen, 2009).

Kişilerin koruyucu sağlık davranışlarıyla hastalığın ciddiyet algısı arasında yüksek ilişki vardır. Hastalığın ciddiyetinin algılanması düzenli dış muayenesi yaptırma, aşılama, tarama programlarına katılma gibi koruyucu sağlık davranışlarıyla doğrudan ilişkilidir. Çocuklarının sağlığını önemseyen ebeveynlerin, çocuklarının hekim kontrolünü ve tedavi programını benimseme oranı yüksektir (Canpulat 2006).



**3. Yarar Algısı:** Koruyucu sağlık davranışlarının uygulanma sıklığını artırır. Kişinin uygulayacağı koruyucu davranışlarının hastalıktan korunacağı veya hastalığın şiddetinin azalacağı yönünde yararlı olacağını hissetmesidir (Özmen, 2009). Yerine getirilen davranış sonrası, kişinin hastalığa yakalanma riskinin azalacağı ile ilgili algıladığı yararlıdır. Kişi koruyucu yerine getireceği sağlık davranışından yarar sağlayacağını düşünmekte ve hastalığa yakalanma olasılığının azalacağını beklemektedir (Janz et al, 2002).

Bireyin gerçekleştireceği koruyucu sağlık davranışının yararını bilmesi gerekir. Hastalık gelişmesinin önlenmesi, sağlığın korunması sürdürülmesinde gerçekleştirilmesi gereken sağlık davranışının yararına olan inancı, koruyucu sağlık davranışında bulunulmasında çok etkilidir. Yarar algısının pekiştirilmesi için bireylere koruyucu davranışların yaşam süresi ve yaşam kalitesine olan etkileri öğretilmelidir (Canpulat 2006).

**4. Engel Algısı:** Gerçekleştirilmesi istenen sağlık davranışını güçleştirdiğine inanılan engeller ya da oluşabilecek olumsuzluklardır. Kişi, davranışın olumlu ve olumsuz yanlarını değerlendirir. Algılanan engellerin etkisi; algılanan duyarlılık, ciddiyet ve algılanan kavramlarından az olursa davranış hayata geçer. Kısacası koruyucu sağlık davranışının sergilenmesini engelleyen ya da zorlaştıran faktörlerle ilgili algıdır (Janz et al, 2002).

Sağlık davranışını engelleyen durumlar arasında maliyet, ağrı, zahmet ve utanma" gibi faktörler sayılabilir. Gerçekleştirilecek davranışa göre engeller fark gösterebilir, burada önemli olan engellerin algılanması ve engellerin ortadan kaldırılması için gerekli gayretin gösterilmesidir. Koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesinde engel algısı, tarama programlarına katılım ve erken tanı ile doğrudan ilişkilidir. Yarar algısı engel algısının altında kaldığında koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilme ihtimali azalır (Canpulat 2006).

**5. Güven/ Öz Etkililik Algısı:** Modele sonradan eklenen bir bileşendir. İstenen sonuca ulaşmak için gerçekleştirilmesi gereken davranışın hayata geçirilmesinde bireyin kendine olan inancını, kararlılığını ve iradesini kapsamaktadır. Davranış değişikliğinin

gerçekleştirilmesinde ve sürdürülebilirliğinin sağlanmasında öz yeterlilik önemli rol oynamaktadır (Janz et al, 2002). Bireyin davranışı başarılı bir şekilde yapabileceğine olan inancıdır (Duran 2008).

**6. Sağlık Motivasyonu:** Bireyin sağlığını koruması ve geliştirmesi için gerekli davranışları oluşturması gerekli olan isteklilik durumunu ifade eder. Motivasyonu arttıracak faktörlerden bir tanesi eğitimidir (Duran 2008).



## 4. GEREÇ VE YÖNTEM

### 3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma *İstanbul ili* Anadolu yakasında bulunan *Anadolu Kuzey Kamu Hastane Birliklerine* bağlı sağlık tesislerinde görevli kadın sağlık çalışanlarının (hekim, hemşire, ebe) servikal kanser erken tanısı ve HPV aşısı ile ilgili bilgi, Smear aldırma ve HPV aşısı yaptırma durumlarını tutumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

### 3.2. Araştırmanın Örnekleme

Araştırma İstanbul Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı sağlık tesislerinde uygulanmıştır. Araştırmanın evrenini İstanbul Anadolu yakasında bulunan İstanbul Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliğine bağlı 17 (1818 Hekim, 2316 Hemşire ve 380 Ebe) sağlık tesisinde görev yapan toplam 4414 kadın sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Araştırmanın örnekleme %95 güven aralığı ve %5 yanılma payı ile 400 olarak belirlenmiştir. (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu 2010).

Araştırma Nisan 2017 – Ocak 2018 tarihleri arasında İstanbul Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliğine Bağlı Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Erenköy Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üsküdar Devlet Hastanesi, Beykoz Devlet Hastanesi, Şile Devlet Hastanesi, Ahmet Yüksel Özemre Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, Ataşehir Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi, Beykoz Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, Çekmeköy Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, Göztepe Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, Sancaktepe Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi olmak üzere 17 sağlık tesisinde uygulanmıştır.

### **3.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları**

Veriler, aşağıdaki veri toplama araçları kullanılarak elde edilmiştir.

#### **1. Anket Formu**

Kadın sağlık çalışanlarının sosyodemografik özelliklerini, servikal kanser ve HPV aşısı hakkında bilgi düzeylerini ve uygulama durumlarını değerlendirmek amacıyla, araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda 35 sorudan oluşan anket formu oluşturulmuştur. İlk 16 soru katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini, 16. ve 25. sorular arası servikal kanser hakkında bilgi düzeylerini belirlemeye ve 26. ve 35. sorular ise HPV aşısı hakkında bilgi düzeylerini belirlemeye yönelik hazırlanmış olup, anket doldurma süresi 10 dk sürmektedir.

#### **2. Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği**

Kadın sağlığı açısından servikal kanserlerden korunmak için düzenli pap smear testi yaptırmakta olumlu bir sağlık davranışıdır. Bu nedenle kadınların servikal kanserlerin erken tanısına ilişkin tutumlarının bilinmesinin önemli oluğu düşünülmektedir.

Bu tutumlar öğrenilirken yapılacak çalışmalarda ortak bir aracın kullanımı ve tartışma olanağı bulabilmek için bir ölçeğe gereksinim olduğu düşüncesinden hareketle Özmen tarafından Sağlık İnanç Modeli yaklaşımı ile kadınların servikal kanserin erken tanısına yönelik tutumlarını incelemeye yönelik geçerli ve güvenilir bir araç geliştirilmesi amacıyla bir araştırmada yapılmıştır.

Araştırma sonucunda sağlık inançları modeli ile “servikal kanserin erken tanısına yönelik tutum ölçeği” nin oldukça yeterli güvenilirlik ve geçerlilik göstergelerine sahip bir ölçme aracı olduğu saptanmıştır. Kadınların servikal kanserlerin erken tanısına ilişkin tutumlarını belirlemede bu ölçeğin kullanılabilceği değerlendirilmiştir” (Özmen ve Özsoy, 2009).

Ölçekteki maddeler “**Sağlık İnanç Modeli**”nin 4 alt grubunu araştırmak amacıyla yapılandırılmıştır. Ölçekte “Algılanan Duyarlılık” alt boyutu için 9 madde, “Algılanan Ciddiyet” alt boyutu için 8 madde, “Algılanan Engel” alt boyutu için 7 madde, “Algılanan Yarar” alt boyutu için 6 madde bulunmaktadır.

Belirlenen 30 maddenin 22 tanesi olumlu, 8 tanesi olumsuz ( 3, 6, 8, 15, 17, 24, 25 ve 27 numaralı sorular) ifadeden oluşmaktadır. Olumsuz soruların puanlaması tersten yapılır. Ölçekte Likert tipi ölçekleme kullanılmıştır. Ölçekte yer alan maddeler 1-5 arasında değer almaktadır. Değerlendirme;

*Olumlu ifadeler için;* (1) Kesinlikle katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Kararsızım, (4) Kısmen katılıyorum, (5) Tamamen katılıyorum,

*Olumsuz ifadeler için;* (5) Kesinlikle katılmıyorum, (4) Katılmıyorum, (3) Kararsızım, (2) Kısmen katılıyorum, (1) Tamamen katılıyorum şeklinde yapılmıştır.

Ölçek görüşmecinin değerlendirdiği türde bir ölçektir. Ölçekten alınacak en yüksek puan 150, en düşük puan ise 30’dur. Ölçeğin uygulanma süresi ortalama 10 dakika zaman almaktadır.

### **3.4. Verilerin Toplanması**

Soru formları, araştırmanın yapılacağı kurumlarda görevli ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadın sağlık çalışanlarının (hekim, hemşire ve ebe) onamları alınarak soru formu ve tutum ölçeğinin anket formu şeklinde dağıtılması ve toplanması şeklinde uygulanmıştır.

### **3.5. Verilerin Analizi**

Araştırmada elde edilen veriler SPSS istatistik programına yüklenmiştir. İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanılmış, çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, medyan, birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanılmıştır. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile sınanmıştır. Normal

dağılım gösteren nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Bağımsız gruplar t testi, normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann-Whitney U test kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında Tek yönlü varyans analizi ve Bonferroni düzeltmeli ikili değerlendirmeler kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis test ve Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U test kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

### **3.6. Etik Boyut**

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının gönüllü ve istekli olmalarına özen gösterilmiş ve sözlü onamları alınmıştır. Gönüllü olmayan katılımcılara anket verilmemiştir.

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Onayı alınmasının ardından İstanbul Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine başvuruda bulunularak gerekli yazılı izinler alınmıştır.

## 4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamında incelen kadın sağlık çalışanlarının sosyodemografik ve mesleki özellikleri, kadın sağlığı ile ilgili özellikleri, serviks kanseri erken tanısına ilişkin bilgi durumları, HPV ve HPV aşısına ilişkin bilgi durumları ve serviks kanseri erken tanısına ilişkin tutumlarının analiz sonuçları yer almaktadır.

**Tablo 1: Kadın Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı (n: 405)**

Değişkenler	n	%	
Yaş	20-29 Yaş	210	51,9
	30-39 Yaş	120	29,6
	40-49 Yaş	53	13,1
	≥50 Yaş	22	5,4
Öğrenim Durumu	Doktora/ Tıpta Uzmanlık	13	3,2
	Yüksek Lisans	59	14,6
	Lisans	268	66,0
	Ön lisans	32	7,9
	Lise	33	8,1
Medeni Durum	Bekar	204	50,4
	Evli	201	49,6
Çocuk	Var	140	34,6
	Yok	265	65,4
Çocuk Sayısı (n:140)	1 Çocuk	63	45,0
	2 Çocuk	63	45,0
	≥3 Çocuk	14	10,0
Sigara Kullanımı	Evet	90	22,2
	Hayır	315	77,8
Alkol Kullanımı	Evet	32	7,9
	Hayır	373	92,1
Meslek	Hemşire	308	76,0
	Ebe	42	10,4
	Hekim	30	7,4
	Diğer *	25	6,2
Çalıştığı Kurum	Eğitim Araştırma Hastanesi	244	60,2
	Dal Hastanesi	102	25,2
	Devlet Hastanesi	47	11,6
	Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	12	3,0
Çalışma Süresi	<1 Yıl	55	13,6
	1-5 Yıl	136	33,6
	6-10 Yıl	87	21,5
	>11 yıl	127	31,4
Gelir Düzeyi	Çok İyi	10	2,5
	İyi	107	26,4
	Orta	203	50,1
	Kötü	61	15,1
	Çok Kötü	24	5,9

\* Diğer: Fizik Tedavi Teknikeri 1, Biyolog 1, Fizyoterapist 2, Laboratuvar Teknikeri 2, belirtmemiş 19 kişi.

Kadın Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Dağılımlar Tablo 1’de gösterilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların %51,9’unun 20-29 yaş aralığında, %66,2’sinin lisans mezunu, %50,4’ünün bekar olduğu ve %34,6’sının çocuk sahibi olduğu, çocuk sahibi olanların %45’inin 1 çocuğu, %45’inin 2 çocuğu, %10’unun 3 ve üzeri çocuğu olduğu belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan sağlık çalışanı kadınların %7,4’ünün mesleğinin hekim, %76’sının hemşire, %10,4’ünün ebe olduğu, ayrıca %60,2’sinin Eğitim Araştırma Hastanesinde görev yaptığı, %33,6’sının 1-5 yıl arası hizmet süresinin olduğu, %50,1’inin ise gelir düzeyini orta olarak belirttiği belirlenmiştir.





**Tablo 2: Kadın Sağlık Çalışanlarının Kadın Sağlığı İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı (n:405)**

Değişkenler	n	%	
<b>Menstrüel Siklus Başlama Yaşı</b>	Hatırlamıyor	50	12,3
	7-11 Yaş	44	10,9
	12-13 Yaş	177	43,7
	>13 Yaş	134	33,1
<b>Halen Menstruasyon Görme Durumu</b>	Evet	361	89,1
	Hayır	44	10,9
<b>Menstrüel Siklus Bitiş Yaşı (n:44)</b>	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	20-54	40
	<i>Ort±Ss</i>	40,88±8,20	
<b>Menstrüel Siklus Bitiş Sebebi (n:44)</b>	Menopoz	34	77,3
	Diğer	10	22,7
<b>İlk Doğum Yaşı (n:140)</b>	<20 Yaş	6	4,3
	20-24 Yaş	36	25,7
	25-29 Yaş	75	53,6
	≥30 Yaş	23	16,4
<b>Doğum Kontrol Hapı Kullanımı</b>	Evet	99	24,4
	Hayır	306	75,6
<b>Doğum Kontrol Hapı Kullanım Süresi (n:99)</b>	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	1-15	2
	<i>Ort±Ss</i>	2,93±2,65	
	<i>1-3 Yıl</i>	61	61,6
	<i>3-5 Yıl</i>	14	14,1
	<i>≥5 Yıl</i>	24	24,2
<b>Hormonal Tedavi Alma</b>	Evet	62	15,3
	Hayır	343	84,7
<b>Hormonal Tedavi Alma Süresi (n:40)</b>	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	1-15	3
	<i>Ort±Ss</i>	3,78±3,19	
	<i>1-3 Yıl</i>	18	45,0
	<i>3-5 Yıl</i>	11	27,5
	<i>≥5 Yıl</i>	11	27,5
<b>Smear Testi Yaptırma</b>	Evet	167	41,2
	Hayır	238	58,8
<b>Son Smear Testi Yaptırma Zamanı (n:167)</b>	Son 0-6 Ay İçinde	44	26,3
	Son 6 ay -1 Yıl İçinde	40	24,0
	Son 1 yıl - 3 Yıl İçinde	54	32,3
	3 yıl ve üzeri	29	17,4
<b>HPV Aşısı Yaptırma Durumu</b>	Evet	18	4,4
	Hayır	387	95,6

•Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Kadın Sağlık Çalışanlarının Kadın Sağlığı İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı Tablo 2’de gösterilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların %43,7’sinin menstrüel siklusunun 12-13 yaşları arasında başladığı ve %89,1’inin menstrüel siklusunun devam ettiği belirlenmiş olup, menstrüel siklus bitiş yaşı ortalaması  $40,88 \pm 8,20$  yaş olarak saptanmıştır. Menstrüel siklusu biten kadınların %77,3’ünün bitiş sebebi menopoz, %22,7’sinin diğer sebepler olduğu gözlenmiştir.

Çalışmaya katılan kadınların %53,6’sının ilk doğum yaptıkları yaşın 25-29 yaş arasında iken, %24,4’ünün doğum kontrol hapı kullandığını belirtirken, doğum kontrol hapı kullanım süresi ortalaması  $2,93 \pm 2,65$  yıl olduğu ve kadınların %15,3’ünün ortalama  $3,78 \pm 3,19$  yıl süre ile hormon replasman tedavisi aldığı gözlenmiştir. Kadınların **%41,2’sinin smear testi yaptırdığı** gözlenirken, smear testi yaptıranların %26,3’ünün son 6 ay içinde, %24’ünün son 6 ay -1 yıl içinde, %32,3’ünün son 1 - 3 yıl içinde ve %17,4’ünün 3 yıldan uzun süre önce yaptırdığı gözlenmiştir.

**Tablo 3: Kadın Sağlık Çalışanlarının Serviks Kanseri ve Tanı Yöntemlerine İlişkin Bilgi Sahibi Olma Durumlarına Göre Dağılımı (n:405)**

Değişkenler	Toplam (n:405)		Hekim (n:30)		Hemşire (n:308)		Ebe (n:42)		Diğer (n:25)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Jinekolojik Kanser Eğitimi Alan</b>	317	78,3	27	90,0	245	79,5	35	83,3	10	40,0	
<b>Servikal Preinvazif Bilgisi Olan</b>	199	49,1	26	86,7	138	44,8	26	61,9	9	36,0	
<b>Serviks Kanseri Hakkında Bilgisi Olan</b>	391	96,5	28	93,3	298	96,8	42	100,0	23	92,0	
<b>Serviks Kanseri Riski Olan Bir Kadına Önerilebilecek Aile Planlaması Yönteminin Kondom Olduğunu Bilme</b>	249	68,0	23	85,2	180	64,5	28	71,8	18	72,0	
<b>Serviks Kanserin Belirtileri Bilen</b>	Anormal Kanamalar	301	77,0	23	82,1	232	77,9	32	76,2	14	56,0
	Cinsel İlişki Sırasında ve Sonrasında Kanama	275	70,3	23	82,1	208	69,8	30	71,4	14	56,0
	Pis Kokulu Sarı Akıntı	226	57,8	20	71,4	172	57,7	23	54,8	11	44,0
<b>Smear Aldırmanın Serviks Kanserin Erken Tanısında Kullanılan Yöntem Olduğunu Bilme</b>	353	87,2	30	100	267	86,7	39	92,9	17	68,0	
<b>Smear Testinden Önce Dikkat Edilmesi Gereken Hususları Bilen</b>	Kullanılıyorsa vajinal ovül veya kremlerin kullanımının sonlandırılması	281	69,4	18	60,0	217	70,5	33	78,6	13	52,0
	Smear testinden üç gün önce vajinal yıkama yapılmaması	271	66,9	19	63,3	207	67,2	34	81,0	11	44,0
	Cinsel ilişkiye girilmemesi	176	43,5	21	70,0	118	38,3	26	61,9	11	44,0
	Regl dönemlerinde smear testi uygulanması yapılmaması	176	43,5	17	56,7	122	39,6	25	59,5	12	48,0
<b>•Servikal Preinvazif Lezyonlar ve Serviks Kanseri İçin Risk Grupları Bilen</b>	Çok eşliler	306	75,6	25	83,3	233	75,6	33	78,6	15	60,0
	Erken yaşta cinsel ilişkiye başlayanlar	218	53,8	17	56,7	169	54,9	24	57,1	8	32,0
	Düşük sosyo-ekonomik düzeyli olanlar	104	25,7	9	30,0	75	24,4	13	31,0	7	28,0
	Human papilloma virüs (hpv) enfeksiyonu geçirenler	257	63,5	22	73,3	188	61,0	34	81,0	13	52,0

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Kadın Sağlık Çalışanlarının Serviks Kanserine ve Tanı Yöntemlerine İlişkin Bilgi Sahibi Olma Durumu Tablo 3'te gösterilmiştir. Çalışmaya katılan sağlık çalışanı kadınların %78,3'ünün jinekolojik kanser eğitimi aldığı gözlenmiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin %90'ı, hemşirelerin %79,5'i, ebelerin %83,3'ü, diğer sağlık çalışanlarının %36'sı jinekolojik kanser eğitimi aldıklarını belirtmişlerdir.

Kadınların %49,1'i servikal preinvazif lezyonlar hakkında bilgisi olduğunu, %96,5'i serviks kanser bilgisi olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmaya katılan hekimlerin %86,7'si, hemşirelerin %44,8'i, ebelerin %61,9'u ve diğer sağlık çalışanı kadınların %36'sı servikal preinvazif lezyonlar hakkında bilgileri olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmaya katılan hekimlerin %85,2'si, hemşirelerin %64,5'i ebelerin %71,8'i ve diğer sağlık çalışanı kadınların %72'si olmak üzere ve sağlık çalışanı kadınların toplamda %68' i serviks kanseri riski olan bir kadına önerilebilecek aile planlaması yönteminin kondom (prezervatif) olduğunu belirtmiştir.

Kadınların %57,8'i serviks kanserinin belirtisi olarak pis kokulu sarı akıntı cevabını verirken, %70,3'ü cinsel ilişki sırasında ve sonrasında kanama, %77'si anormal kanamalar ve %6,1'i diğer belirtiler cevabını vermiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin %82,1'i anormal kanamalar, %82,1'i cinsel ilişki sırasında ve sonrasında kanama, %71,4'ü pis kokulu sarı akıntı ve %3,6'sı diğer cevabını verirken, hemşirelerin %77,9'u anormal kanamalar, %69,8'i cinsel ilişki sırasında ve sonrasında kanama, %57,7'si pis kokulu sarı akıntı ve %4,7'si diğer cevabını, ebelerin %76,2'si anormal kanamalar, %71,4'ü (cinsel ilişki sırasında ve sonrasında kanama, %54,8'i pis kokulu sarı akıntı ve diğer sağlık çalışanlarının %56'sı anormal kanamalar, %56'sı cinsel ilişki sırasında ve sonrasında kanama, %44'ü ise pis kokulu sarı akıntı diğer cevabını vermişlerdir.

Kadınların %87,2'si smear aldirmayı servikal kanserin erken tanı yöntemi olarak belirtmiş olup; bu oranın kadın hekimlerde %100, hemşirelerde %86,7, ebelerde %92,9 ve diğer sağlık çalışanlarında ise %68 olduğu görülmüştür.

Kadınların %66,9'u smear testi ile ilgili; PAP smear testinden 3 gün önce vajina sabun vb. maddelerle yıkanmamalı cevabını verirken, %69,4'ü kullanılıyorsa vajinal ovül veya kremlerin kullanımı bırakılmalı, %43,5'i cinsel ilişkiye girilmemeli ve %43,5'i regl

dönemlerinde PAP test uygulanmamalı cevabını vermiştir. Hekimlerin %60'ı *kullanılıyorsa vajinal ovül veya kremlerin kullanımı bırakılmalı, %63,3'ü smear testinden 3 gün önce vajina sabun vb. maddelerle yıkanmamalı, %70'i cinsel ilişkiye girilmemeli ve %56,7'si regl dönemlerinde smear testi uygulanması yapılmamalı* cevabını verirken, *hemşirelerin %70,5'i kullanılıyorsa vajinal ovül veya kremlerin kullanımı bırakılmalı, %67,2'si smear testinden 3 gün önce vajina sabun vb. maddelerle yıkanmamalı, %38,3'ü cinsel ilişkiye girilmemeli ve %39,6'sı regl dönemlerinde smear testi uygulanması yapılmamalı* cevabını ve *ebelerin %78,6'sı kullanılıyorsa vajinal ovül veya kremlerin kullanımı bırakılmalı, %81'i smear testinden 3 gün önce vajina sabun vb. maddelerle yıkanmamalı, %61,9'u cinsel ilişkiye girilmemeli ve %59,5'i regl dönemlerinde smear testi uygulanması yapılmamalı* cevabını vermişlerdir.

Kadınların %53,8'i servikal preinvazif lezyonlar ve serviks kanseri için risk grupları olarak erken yaşta cinsel ilişkiye başlayanlar cevabını verirken, %75,6'sı çok eşliler, %25,7'si (n=104) düşük sosyo-ekonomik düzeyi olanlar ve %63,5'i human papilloma virüs (HPV) enfeksiyonu geçirenler cevabını vermişlerdir. Hekimlerin %83,3'ü *çok eşliler, %56,7'si erken yaşta cinsel ilişkiye başlayanlar, %30'u düşük sosyo-ekonomik düzeyi olanlar ve %73,3'ü HPV enfeksiyonu geçirenler* cevabını verirken, *hemşirelerin %75,6'sı çok eşliler, %54,9'u erken yaşta cinsel ilişkiye başlayanlar, %24,4'ü düşük sosyo-ekonomik düzeyi olanlar ve %61'i HPV enfeksiyonu geçirenler* cevabını, *ebelerin %78,6'sı çok eşliler, %57,1'i erken yaşta cinsel ilişkiye başlayanlar, %31'i düşük sosyo-ekonomik düzeyi olanlar ve %81'i HPV enfeksiyonu geçirenler* cevabını ve *diğer sağlık çalışanlarının ise %60'ı çok eşliler, %32'si erken yaşta cinsel ilişkiye başlayanlar, %28'i düşük sosyo-ekonomik düzeyi olanlar ve %52'si HPV enfeksiyonu geçirenler* cevabını vermiştir.

**Tablo 4: Kadın Sağlık Çalışanlarının Smear Aldırmadan Önce Dikkat Edilmesi Gerekenlerle İlgili Bilgi Puan Ortalamaları (n:405)**

	Toplam		Hekim		Hemşire		Ebe		Diğer	
	n	Ort.	n	Ort.	n	Ort.	n	Ort.	n	Ort.
<b>Smear Aldırmadan Önce Dikkat Edilmesi Gerekenlerle İlgili Bilgi Puan Ortalaması</b>	399	5,38	30	8.01	302	5.48	43	6.80	24	4.79

\* Min-Max: 0-10 puan

\* Bilgi sorularına 399 katılımcı cevap vermiş, 6 katılımcı boş bırakmıştır.

Kadın sağlık çalışanlarının smear aldırmadan önce dikkat edilmesi gerekenler ile ilgili bilgilerini değerlendirmek üzere hazırlanan sorular puanlanarak (Min:0 Max:10) ortalamaları hesaplanmıştır. Konu ile ilgili 4 soru hazırlanmış, her bir doğru cevap 2,5 puan verilmiş, bir katılımcının alabileceği en yüksek puan 10 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların aldığı puanlar üzerinden puan ortalamaları hesaplanmıştır. Hekimlerin smear aldırmadan önce dikkat edilmesi gerekenlerle ilgili bilgi puan ortalaması 8.01, hemşirelerin bilgi puan ortalaması 5.48, ebelerin bilgi puan ortalaması 6.80, diğer sağlık çalışanlarının bilgi puan ortalaması 4.79 ve tüm katılımcıların puan ortalaması 5,38 olarak hesaplanmıştır.

**Tablo 5: Kadın sağlık çalışanlarının servikal preinvazif lezyonlar ve serviks kanseri için risk grupları ile ilgili Bilgi Puan Ortalamaları (n:405)**

	Toplam		Hekim		Hemşire		Ebe		Diğer	
	n	Ort.	n	Ort.	n	Ort.	n	Ort.	n	Ort
<b>Servikal Preinvazif Lezyonlar Ve Serviks Kanseri İçin Risk Grupları İle İlgili Bilgi Puan Ortalamaları</b>	395	5,48	30	6,08	302	5,40	43	6,16	22	4.54

\* Min-Max: 0-10 puan

\* Bilgi sorularına 395 katılımcı cevap vermiş, 10 katılımcı boş bırakmıştır.

Kadın sağlık çalışanlarının servikal preinvazif lezyonlar ve serviks kanseri için risk grupları ile ilgili bilgilerini değerlendirmek üzere hazırlanan sorular puanlanarak (Min:0 Max:10) ortalamaları hesaplanmıştır. Konu ile ilgili 4 soru hazırlanmış, her bir doğru cevap 2,5 puan verilmiş, bir katılımcının alabileceği en yüksek puan 10 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların aldığı puanlar üzerinden puan ortalamaları hesaplanmıştır. Hekimlerin servikal preinvazif lezyonlar ve serviks kanseri için risk grupları ile ilgili bilgi puan ortalaması 6,08, hemşirelerin bilgi puan ortalaması 5,40, ebelerin bilgi puan ortalaması 6,16, diğer sağlık çalışanlarının bilgi puan ortalaması 4.54 ve tüm katılımcıların puan ortalaması 5,49 olarak hesaplanmıştır.

**Tablo 6: Kadın Sağlık Çalışanlarının HPV ve HPV Aşısı İle İlgili Bilgi Sahibi Olma Durumlarına Göre Dağılımı (n:405)**

Değişkenler	Toplam (n:405)		Hekim (n:30)		Hemşire (n:308)		Ebe (n:42)		Diğer (n:25)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>HPV Enfeksiyonunun Cinsel Yolla Bulaştığını Bilen</b>	387	95,6	27	90,0	298	96,8	40	95,2	22	88,0	
<b>HPV'nin Serviks Kanseri İçin Risk Faktörü Olduğunu Bilenler</b>	334	82,5	27	90,0	250	81,2	38	90,5	19	76,0	
<b>Serviks Kanserine Karşı Üretilen HPV Aşısı Hakkında Bilgisi Olanlar</b>	243	60,0	19	63,3	189	61,4	26	61,9	9	36,0	
•HPV Aşısı ile İlgili Doğru Uygulamalar	9-26 yaş grubu bayanlara yapılır	130	39,4	16	61,5	89	34,5	18	58,1	7	28,0
	Aynı yıl içerisinde üç doz uygulanır	114	34,5	5	19,2	98	38,0	10	32,3	1	4,0
	Hiç cinsel ilişkiye girmemiş kişilere yapılır	68	20,6	9	34,6	47	18,2	9	29,0	3	12,0
	Doktor muayenesine göre karar verilir	106	2,1	9	34,6	80	31,0	10	32,3	7	28,0
	Hastalık belirtisi olanlara 1 defa uygulanır	36	10,9	0	0,0	26	10,1	6	19,4	4	16,0
	Bütün kadınlara her yıl yapılır	11	3,3	1	3,8	9	3,5	1	3,2	0	0,0
<b>HPV Aşısı Yaptırdığını İfade Edenler</b>	18	4,4	1	3,3	17	5,5	0	0,0	0	0,0	
<b>HPV Aşısının Etkisi Hakkında Bilgisi Olduğunu İfade Edenler</b>	146	36,0	14	46,7	103	33,4	19	45,2	10	40,0	
<b>HPV Aşısının Yan Etkileri Hakkında Bilgisi Olduğunu İfade Edenler</b>	64	15,8	4	13,3	46	14,9	10	23,8	4	16,0	
<b>HPV Aşısını Yakınlarına ve/veya Çocuklarına Yaptırmak İsteyenler</b>	198	48,9	23	76,7	146	47,4	22	52,4	7	28,0	
<b>HPV Aşısı Uygulama Grubu</b>	Sadece Kadınlara	206	55,7	22	75,9	158	55,6	17	48,6	9	36,0
	Hem Erkeklerle hem Kadınlara	162	43,8	7	24,1	125	44,0	17	48,6	13	52,0
	Sadece Erkeklerle	2	0,5	0	0,0	1	0,4	1	2,9	0	0,0
<b>HPV Aşısı Ulusal Aşı Takviminde Yer Alması Gerektiğini İfade Edenler</b>	251	62,0	21	70,0	184	59,7	32	76,2	14	56,0	

•Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.



Kadın Sağlık Çalışanlarının HPV ve HPV Aşısı İle İlgili Bilgi Sahibi Olma Durumu Tablo 6'da gösterilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların %95,6'sı HPV enfeksiyonunun cinsel yolla bulaştığını belirtirken, hekimlerin **%90'ı hemşirelerin %96,8'i, ebelerin %95,2'si ve diğer sağlık çalışanlarının %88'i cinsel yolla** bulaştığını ifade etmiştir.

Kadın sağlık çalışanlarının %82,5'i HPV'nin serviks kanseri için risk faktörü olduğunu bildiğini belirtirken, hekimlerin **%90'ı hemşirelerin %81,2'si, ebelerin %90,5'i ve diğer çalışanların %76'sı risk faktörü olduğunu** bildiğini belirtmiştir.

Kadın sağlık çalışanlarının %60'ı serviks kanserine karşı üretilen HPV aşısı hakkında bilgisi bulunduğunu belirtirken, %40'ı aşı hakkında bilgisinin olmadığını belirtmiştir. Hekimlerin **%63,3'ü, hemşirelerin %61,4'ü, ebelerin %61,9'u ve diğer çalışanların %36'su** serviks kanserine karşı üretilen HPV aşısı hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir.

Sağlık çalışanı kadınların %3,3'ü HPV aşısı uygulamaları ile ilgili bütün kadınlara her yıl yapılır cevabını verirken, %39,4'ü 9-26 yaş grubu bayanlara yapıldığını, %20,6'sı hiç cinsel ilişkiye girmemiş kişilere yapıldığını, %34,5'i aynı yıl içerisinde 3 doz uygulandığını, %10,9'u hastalık belirtisi olanlara 1 defa uygulandığını ve %32,1'i doktor muayenesine göre karar verildiğini belirtmiştir. Hekimlerin **%61,5'i 9-26 yaş grubu kadınlara yapıldığını**, %19,2'si aynı yıl içerisinde üç doz uygulandığını, %34,6'sı hiç cinsel ilişkiye girmemiş kişilere yapıldığını, %34,6'sı doktor muayenesine göre karar verileceğini ve %3,8'i bütün kadınlara her yıl yapıldığını belirtirken, **hemşirelerin %34,5'i 9-26 yaş grubu kadınlara yapıldığını**, %38'i aynı yıl içerisinde üç doz uygulandığını, %18,2'si hiç cinsel ilişkiye girmemiş kişilere yapıldığını, %31'i doktor muayenesine göre karar verileceğini, %10,1'i hastalık belirtisi olanlara bir defa uygulandığını ve %3,5'i bütün kadınlara her yıl yapıldığını belirtirken, **ebelerin %58,1'i 9-26 yaş grubu kadınlara** yapıldığını, %32,3'ü aynı yıl içerisinde üç doz uygulandığını, %29'u hiç cinsel ilişkiye girmemiş kişilere yapıldığını, %32,3'ü doktor muayenesine göre karar verileceğini, %19,4'ü hastalık belirtisi olanlara bir defa uygulandığını ve %3,2'si bütün kadınlara her yıl yapıldığını belirtmişlerdir.

Kadınların %36'sı HPV aşısının etkisi hakkında bilgisi olduğunu belirtmiştir. **Hekimlerin %46,7'si HPV aşısının etkisi hakkında bilgiye sahip olduğunu** belirtirken, **hemşirelerin %33,4'ü**, ebelerin %45,2'si, **diğer çalışanların % 40'ı bilgi sahibi olduğunu** belirtmiştir.

Kadınların %4,4'ü HPV aşısı yaptırdığını, %95,6'sı ise aşı yaptırmadığını belirtmiştir. **Hekimlerin %3,3'ü HPV aşısı yaptırdığını** belirtirken, **hemşirelerin %5,5'i HPV aşısı yaptırdığını** belirtmiştir.

Kadınların %15,8'inin HPV aşısının yan etkileri hakkında bilgi sahibi olduğu gözlenmiştir. **Hekimlerin %13,3'ü HPV aşısının yan etkileri hakkında bilgi sahibi olduğunu** belirtirken, **hemşirelerin %14,9'u bilgi sahibi olduğunu**, ebelerin %23,8'i ve **diğer çalışanların % 16'sı bilgi sahibi olduğunu** belirtmiştir.

Sağlık çalışanı kadınların %48,9'u HPV aşısını yakınlarına ve/veya çocuklarına yaptırmayı istediğini belirtirken, %51,1'i yaptırmak istemediğini belirtmiştir. **Hekimlerin %76,7'si HPV aşısını yakınlarına ve/veya çocuklarına yaptırmayı istediğini** belirtirken, **hemşirelerin %47,4'ü**, ebelerin %52,4'ü ve **diğer çalışanların % 28'i** HPV aşısını yakınlarına ve/veya çocuklarına yaptırmayı istediğini belirtmiştir.

Kadınların %55,7'si HPV aşısının sadece kadınlara uygulandığını, %0,5'i sadece erkeklere uygulandığını ve %43,8'i hem erkeklere hem kadınlara uygulandığını belirtmiştir. **Hekimlerin %75,9'u sadece kadınlara**, %24,1'i **hem erkeklere hem kadınlara** HPV aşısı uygulanabileceğini, **hemşirelerin %55,6'sı sadece kadınlara**, %44'ü **hem erkeklere hem kadınlara**, %0,4'ü sadece erkeklere uygulanabileceğini, ebelerin %48,6'sı **sadece kadınlara**, %48,6'sı **hem erkeklere hem kadınlara** ve %2,9'u sadece erkeklere ve **diğer grubun %36 'sı sadece kadınlara**, %52'si **hem erkeklere hem kadınlara** uygulanabileceğini belirtmişlerdir.

Sağlık çalışanı kadınların %62'si HPV aşısının ulusal aşı takviminde yer alması gerektiğini belirtmiştir. **Hekimlerin %70'i HPV aşısının ulusal aşı takviminde yer alması** gerektiğini belirtirken, **hemşirelerin %59,7'si takvimde yer alması gerektiğini**

*ebelerin %76,2'si ve diğer çalışanların % 56'sı HPV aşısının ulusal aşı takviminde yer alması gerektiğini belirtmiştir.*

**Tablo 7: Kadın sağlık çalışanlarının HPV aşısı uygulamaları ile ilgili Bilgi Puan Ortalamaları (n:405)**

	Toplam		Hekim		Hemşire		Ebe		Diğer	
	n	Ort.	n	Ort.	n	Ort.	n	Ort.	n	Ort.
<b>Kadın Sağlık Çalışanlarının HPV aşısı uygulamaları İlgili Bilgi Puan Ortalaması</b>	397	1,90	30	2,21	302	1,87	43	2,12	22	1,45

\* Min-Max: 0-10 puan

\* Bilgi sorularına 397 katılımcı cevap vermiş, 8 katılımcı boş bırakmıştır.

Kadın sağlık çalışanlarının HPV Aşı uygulaması ile ilgili bilgilerini değerlendirmek üzere hazırlanan sorular puanlanarak (Min:0 Max:10) ortalamaları hesaplanmıştır. Konu ile ilgili 6 soru hazırlanmış, bir katılımcının alabileceği en yüksek puan 10 olacak şekilde her bir soru puanlanmıştır. Katılımcıların aldığı puanlar belirlenerek puan ortalamaları hesaplanmıştır. Hekimlerin HPV Aşı uygulaması ile ilgili bilgi puan ortalaması 2.21, hemşirelerin bilgi puan ortalaması 1.87, ebelerin bilgi puan ortalaması 2.12, diğer sağlık çalışanlarının bilgi puan ortalaması 1.45 ve tüm katılımcıların puan ortalaması 1.90 olarak hesaplanmıştır.

**Tablo 8: Kadın Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik, Mesleki ve Kadın Sağlığı İle İlgili Özelliklerine göre Smear Aldırma Durumlarının Dağılımı**

Değişkenler		Smear Aldırma Durumu				Test Değeri
		Smear Aldıran		Smear Aldırmayan		<i>p</i>
		n	%	n	%	
Yaş	20-29 Yaş	35	16,7	175	83,3	$\chi^2:120,094$ * <b>0,001</b> **
	30-39 Yaş	70	58,3	50	41,7	
	40-49 Yaş	43	81,1	10	18,9	
	≥50 Yaş	19	86,4	3	13,6	
Öğrenim Durumu	Doktora/ Tıpta Uzmanlık	7	53,8	6	46,2	$\chi^2:21,199$ * <b>0,001</b> **
	Yüksek Lisans	39	66,1	20	33,9	
	Lisans	96	35,8	172	64,2	
	Ön lisans	15	46,9	17	53,1	
	Lise	10	30,3	23	69,7	
Medeni Durum	Bekar	34	16,7	170	83,3	$\chi^2:102,386$ * <b>0,001</b> **
	Evli	133	66,2	68	33,8	
Çocuk	Var	111	79,3	29	20,7	$\chi^2:127,847$ * <b>0,001</b> **
	Yok	56	21,1	209	78,9	
Çocuk Sayısı (n:140)	1 Çocuk	45	71,4	18	28,6	$\chi^2:4,837$ * <b>0,089</b>
	2 Çocuk	53	84,1	10	15,9	
	≥3 Çocuk	13	92,9	1	7,1	
Sigara Kullanımı	Evet	42	46,7	48	53,3	$\chi^2:1,409$ * <b>0,235</b>
	Hayır	125	39,7	190	60,3	
Alkol Kullanımı	Evet	14	43,8	18	56,3	$\chi^2:0,091$ * <b>0,763</b>
	Hayır	153	41,0	220	59,0	
Meslek	Hemşire	120	39,0	188	61,0	$\chi^2:6,026$ * <b>0,110</b>
	Ebe	16	38,1	26	61,9	
	Hekim	17	56,7	13	43,3	
	Diğer*	14	56,0	11	44,0	
Çalışma Süresi	<1 Yıl	1	1,8	54	98,2	$\chi^2:95,020$ * <b>0,001</b> **
	1-5 Yıl	37	27,2	99	72,8	
	6-10 Yıl	38	43,7	49	56,3	
	>11 yıl	91	71,7	36	28,3	
Gelir Düzeyi	Çok İyi	7	70,0	3	30,0	$\chi^2:5,253$ * <b>0,262</b>
	İyi	48	44,9	59	55,1	
	Orta	76	37,4	127	62,6	
	Kötü	26	42,6	35	57,4	
	Çok Kötü	10	41,7	14	58,3	
Jinekolojik Kanser Eğitimi Alma	Evet	136	42,9	181	57,1	$\chi^2:1,674$ * <b>0,196</b>
	Hayır	31	35,2	57	64,8	
Servikal Preinvazif Lezyonlar Bilgisi	Var	95	47,7	104	52,3	$\chi^2:6,830$ * <b>0,009</b> **
	Yok	72	35,0	134	65,0	
Serviks Kanseri Bilgisi	Var	163	41,7	228	58,3	$\chi^2:0,960$ * <b>0,327</b>
	Yok	4	28,6	10	71,4	

\*Pearson Chi-Square Test

\*\* $p < 0,01$

Kadın sağlık alışanlarının Smear Aldırma Durumu ile Sosyodemografik, Mesleki zellikler ve Kadın Sağlığı İle İlgili zellikleri arasındaki ilişki Tablo 8’de gsterilmiştir. Sağlık alışanı kadınların yaş gruplarına gre smear aldırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). **Yaşı 20-29 arası olan kadınlarda smear aldırma** oranı, yaşı 30-39 arası, 40-49 arası, 50 ve üzeri olan kadınlara gre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). **Aynı şekilde yaşı 30-39 arası olan kadınlarda smear aldırma** oranı, yaşı 40-49 arası, 50 ve üzeri olan kadınlara gre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ( $p=0,004$ ;  $p=0,012$ ;  $p<0,05$ ).

Sağlık alışanı kadınların eğitim durumlarına gre smear aldırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). ğrenim durumu yüksek lisans olan kadınlarda smear aldırma oranı, öğrenim durumu lisans ve lise olan kadınlara gre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

**Evli sağlık çalışanı kadınların smear aldırma oranı**, bekar kadınlara gre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

**ocuk sahibi olan sağlık çalışanı kadınların smear aldırma oranı**, çocuksuz kadınlara gre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). ocuk sayılarına gre sağlık çalışanı kadınların smear aldırma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Sigara kullanma durumuna gre sağlık çalışanı kadınların smear aldırma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Alkol kullanma durumuna gre sağlık çalışanı kadınların smear aldırma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Mesleklere gre sağlık çalışanı kadınların smear aldırma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Sağlık alışanı kadınların çalışma sürelerine gre smear aldırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). **alışma süresi 1 yıl**

***altı olan kadınlarda smear aldırma oranı***, çalışma süresi 1-5 yıl arası, 6-10 yıl arası, 11 yıl ve üzeri olan kadınlara göre ***anlamli düzeyde düşük*** saptanmıştır (p=0,001; p=0,001; p=0,001; p<0,01). Çalışma süresi 1-5 yıl arası olan kadınlarda smear aldırma oranı, çalışma süresi 6-10 yıl arası, 11 yıl ve üzeri olan kadınlara göre anlamli düzeyde düşük saptanmıştır (p=0,011; p=0,001; p<0,05). Çalışma süresi 6-10 yıl arası olan kadınlarda smear aldırma oranı, çalışma süresi 11 yıl ve üzeri olan kadınlara göre anlamli düzeyde düşük saptanmıştır (p=0,001; p<0,01).

Gelir düzeylerine göre sağlık çalışanı kadınların smear aldırma oranları arasında istatistiksel olarak anlamli farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Jinekolojik kanser eğitimi alma durumuna göre sağlık çalışanı kadınların smear aldırma oranları arasında istatistiksel olarak anlamli farklılık saptanmamıştır (p>0,05). ***Servikal preinvazif lezyonlar hakkında bilgisi olan sağlık çalışanı kadınların smear aldırma oranı, bilgisi olmayan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamli düzeyde yüksek saptanmıştır*** (p=0,009; p<0,01). Serviks kanser bilgisi olma durumuna göre sağlık çalışanı kadınların smear aldırma oranları arasında istatistiksel olarak anlamli farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

**Tablo 9: Kadın Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik, Mesleki ve Kadın Sağlığı İle İlgili Özelliklerine göre HPV Aşısı Yaptırma Durumlarının Dağılımı**

Değişkenler	HPV Aşısı Yaptırma				Test Değeri	
	Yaptıran		Yaptırmayan		p	
	n	%	n	%		
Yaş	20-29 Yaş	9	4,3	201	95,7	$\chi^2:1,751$ <sup>f</sup> 0,622
	30-39 Yaş	5	4,2	115	95,8	
	40-49 Yaş	4	7,5	49	92,5	
	≥50 Yaş	0	0,0	22	100,0	
Öğrenim Durumu	Doktora/ Tıpta Uzmanlık	0	0,0	13	100,0	$\chi^2:1,429$ <sup>f</sup> 0,858
	Yüksek Lisans	3	5,1	56	94,9	
	Lisans	14	5,2	254	94,8	
	Ön lisans	0	0,0	32	100,0	
	Lise	1	3,0	32	97,0	
Medeni Durum	Bekar	7	3,4	197	96,6	$\chi^2:0,993$ <sup>e</sup> 0,319
	Evli	11	5,5	190	94,5	
Çocuk	Var	8	5,7	132	94,3	$\chi^2:0,812$ <sup>e</sup> 0,367
	Yok	10	3,8	255	96,2	
Çocuk Sayısı (n:140)	1 Çocuk	2	3,2	61	96,8	$\chi^2:2,862$ <sup>f</sup> 0,203
	2 Çocuk	4	6,3	59	93,7	
	≥3 Çocuk	2	14,3	12	85,7	
Sigara Kullanımı	Evet	4	4,4	86	95,6	$\chi^2:0,000$ <sup>g</sup> 1,000
	Hayır	14	4,4	301	95,6	
Alkol Kullanımı	Evet	1	3,1	31	96,9	$\chi^2:0,142$ <sup>g</sup> 1,000
	Hayır	17	4,6	356	95,4	
Meslek	Hemşire	17	5,5	291	94,5	$\chi^2:2,745$ <sup>f</sup> 0,376
	Ebe	0	0,0	42	100	
	Hekim	1	3,3	29	96,7	
	Diğer *	0	0,0	25	100	
Çalışma Süresi	<1 Yıl	0	0,0	55	100,	$\chi^2:4,119$ <sup>f</sup> 0,233
	1-5 Yıl	7	5,1	129	94,9	
	6-10 Yıl	6	6,9	81	93,1	
	>11 yıl	5	3,9	122	96,1	
Gelir Düzeyi	Çok İyi	3	30,0	7	70,0	$\chi^2:18,234$ <sup>f</sup> 0,001**
	İyi	7	6,5	100	93,5	
	Orta	3	1,5	200	98,5	
	Kötü	2	3,3	59	96,7	
	Çok Kötü	3	12,5	21	87,5	
Jinekolojik Ca Eğitimi Alma	Evet	16	5,0	301	95,0	$\chi^2:1,249$ <sup>g</sup> 0,384
	Hayır	2	2,3	86	97,7	
Servikal Preinvazif Bilgisi	Var	11	5,5	188	94,5	$\chi^2:1,081$ <sup>e</sup> 0,298
	Yok	7	3,4	199	96,6	
Serviks Ca Bilgisi	Var	18	4,6	373	95,4	$\chi^2:0,674$ <sup>g</sup> 1,000
	Yok	0	0,0	14	100	

<sup>e</sup>Pearson Chi-Square Test <sup>f</sup>Fisher Freeman Halton Tesi <sup>g</sup>Fisher's Exact Testi \*\*p<0,01

Kadın sağlık alışanlarının HPV Aşısı Yaptırma Durumu ile Sosyodemografik, Mesleki zellikler ve Kadın Sağlığı İle İlgili zellikleri arasındaki ilişki Tablo 9’da gsterilmiştir. Yaş, ğrenim durumu, medeni durum, ocuk sahibi olma, ocuk sayısı, sigara kullanımı, alkol kullanımı, meslek, çalışma süresi jinekolojik kanser eğitimi alma, servikal preinvazif lezyon bilgisi olma ve serviks kanser bilgisi sağlık çalışanı kadınların HPV aşısı yaptırma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Gelir durumlarına gre sağlık çalışanı kadınların HPV aşısı yaptırma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). ***Gelir düzeyi çok iyi olan sağlık çalışanı kadınların HPV aşısı yaptırma oranı, gelir düzeyi iyi, orta ve kt olan kadınlara gre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır*** ( $p=0,040$ ;  $p=0,001$ ;  $p=0,018$ ;  $p<0,05$ ). Gelir düzeyi orta olan sağlık çalışanı kadınların HPV aşısı yaptırma oranı, gelir düzeyi iyi ve çok kt olan kadınlara gre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ( $p=0,036$ ;  $p=0,017$ ;  $p<0,05$ ).

**Tablo 10: Kadın Sağlık alışanlarının Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum leği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

	Madde Sayısı	Min-Maks (Medyan)	Ort±SS	Cronbach’s Alpha
Algılanan Ciddiyet	8	8-40 (27)	26,78±5,10	0,699
Algılanan Yarar	6	10-30 (25)	24,79±3,70	0,588
Algılanan Duyarlılık	9	15-45 (30)	30,50±4,25	0,506
Algılanan Engel	7	11-35 (27)	26,57±4,24	0,613
<b>Toplam Puan</b>	<b>30</b>	<b>69-138 (109)</b>	<b>108,64±11,88</b>	<b>0,774</b>

Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum leği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Dağılımı ve İ Tutarlılıklarının Değerlendirilmesi Tablo 10’da gsterilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum leği “Algılanan Ciddiyet” alt boyutundan aldıkları puanlar 8 ile 40 arasında değişmekte olup, ortalama 26,78±5,10 olarak, “Algılanan Yarar” alt boyutundan aldıkları puanlar 10 ile 30 arasında değişmekte olup, ortalama 24,79±3,70 olarak, “Algılanan Duyarlılık” alt boyutundan aldıkları puanlar 15 ile 45 arasında değişmekte olup, ortalama 30,50±4,25 olarak, “Algılanan Engel” alt boyutundan aldıkları puanlar 11 ile 35 arasında değişmekte olup, ortalama 26,57±4,24 olarak ve ölçek toplamından aldıkları puanlar 69 ile 138



arasında değişmekte olup, ortalama  $108,64 \pm 11,88$  olarak saptanmıştır. Algılanan Ciddiyet alt boyutunun iç tutarlılığı  $\alpha=0,699$  olarak saptanırken, Algılanan Yarar alt boyutunun iç tutarlılığı  $\alpha=0,588$  olarak, Algılanan Duyarlılık alt boyutunun iç tutarlılığı  $\alpha=0,506$  olarak, Algılanan Engel alt boyutunun iç tutarlılığı  $\alpha=0,613$  olarak ve ölçek toplamının iç tutarlılığı  $\alpha=0,774$  olarak saptanmıştır. Ölçek toplam puanlarına ***göre sağlık çalışanlarının servikal kanser erken tanısına ilişkin tutumları yüksek bulunmuştur.***

**Tablo 11: Kadın Sağlık Çalışanlarının Yaş Gruplarına Göre Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

		Yaş				Test Değeri
		20-29 Yaş (n=210)	30-39 Yaş (n=120)	40-49 Yaş (n=53)	$\geq 50$ Yaş (n=22)	<i>p</i>
<b>Algılanan Ciddiyet</b>	<i>Min-</i>					F:0,891
	<i>Maks</i>					
	<i>(Medyan)</i>	8-40 (27)	14-38 (27)	16-35 (27)	14-36 (26,5)	
	<i>Ort±Ss</i>	26,97±5,42	26,83±4,87	26,58±4,09	25,14±5,31	<sup>a</sup> 0,446
<b>Algılanan Yarar</b>	<i>Min-</i>					$\chi^2$ :6,910
	<i>Maks</i>					
	<i>(Medyan)</i>	16-30 (26)	16-30 (24)	18-30 (24)	10-30 (26)	
	<i>Ort±Ss</i>	25,21±3,64	24,4±3,29	24,23±3,78	24,27±5,61	<sup>b</sup> 0,075
<b>Algılanan Duyarlılık</b>	<i>Min-</i>					F:0,345
	<i>Maks</i>					
	<i>(Medyan)</i>	19-41 (30,5)	20-45 (30)	23-39 (30)	15-36 (32)	
	<i>Ort±Ss</i>	30,68±4,23	30,34±4,37	30,09±3,49	30,59±5,48	<sup>a</sup> 0,793
<b>Algılanan Engel</b>	<i>Min-</i>					F:0,418
	<i>Maks</i>					
	<i>(Medyan)</i>	11-35 (27)	14-35 (27)	14-35 (27)	13-34 (28)	
	<i>Ort±Ss</i>	26,78±4,32	26,45±3,82	26,13±4,5	26,32±5,11	<sup>a</sup> 0,740
<b>Toplam Puan</b>	<i>Min-</i>					F:1,101
	<i>Maks</i>		79-138			
	<i>(Medyan)</i>	73-138 (109)	(107,5)	76-129 (109)	69-124 (111)	
	<i>Ort±Ss</i>	109,64±11,65	108,03±11,43	107,04±11,49	106,32±16,53	<sup>a</sup> 0,354

<sup>a</sup>Oneway ANOVA

<sup>b</sup>Kruskal Wallis Test

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeğine verdikleri cevapların yaşa göre dağılımı Tablo 11’de gösterilmiştir. Yaş gruplarına göre sağlık çalışanı kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği “Algılanan Ciddiyet”, “Algılanan Yarar”, “Algılanan Duyarlılık”, “Algılanan Engel” alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 12: Mesleklere Göre Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

	Ort±Ss	Medyan	Min-Maks	p
<b>Algılanan Ciddiyet</b>				
Hekim (n=30)	28,17±3,82	28	19-34	
Hemşire (n=308)	26,75±4,97	27	8-40	F:1,588
Ebe (n=42)	25,64±6,04	26	12-35	<sup>a</sup> 0,192
Diğer (n=25)	27,44±5,97	28	14-38	
<b>Algılanan Yarar</b>				
Hekim (n=30)	26,63±2,85	26	20-30	
Hemşire (n=308)	24,68±3,65	25	16-30	$\chi^2$ :9,474
Ebe (n=42)	24,95±3,79	24,5	10-30	<sup>b</sup> 0,024*
Diğer (n=25)	23,72±4,48	24	16-30	
<b>Algılanan Duyarlılık</b>				
Hekim (n=30)	29,13±3,05	30	23-33	
Hemşire (n=308)	30,6±4,21	30	19-41	F:2,508
Ebe (n=42)	31,45±4,53	31	24-45	<sup>a</sup> 0,059
Diğer (n=25)	29,28±5,06	30	15-40	
<b>Algılanan Engel</b>				
Hekim (n=30)	25,07±4,62	26	14-32	
Hemşire (n=308)	26,55±4,12	27	11-35	F:3,313
Ebe (n=42)	28,12±3,83	28	17-35	<sup>a</sup> 0,020*
Diğer (n=25)	26,04±5,2	27	13-34	
<b>Toplam Puan</b>				
Hekim (n=30)	109±8,84	111	84-124	
Hemşire (n=308)	108,57±12,08	108,5	73-138	F:0,517
Ebe (n=42)	110,17±11,81	107,5	76-138	<sup>a</sup> 0,671
Diğer (n=25)	106,48±12,96	110	69-125	

<sup>a</sup>Oneway ANOVA

<sup>b</sup>Kruskal Wallis Test

\* $p<0,05$

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeğine verdikleri cevapların mesleklere göre dağılımı Tablo 12’de gösterilmiştir. Meslek gruplarına göre tutum Ölçeği “Algılanan Ciddiyet” alt boyutundan ve ölçek toplamından aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir. ( $p>0,05$ ).

Meslek gruplarına göre kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği “Algılanan Yarar” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,024$ ;  $p<0,05$ ). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U Test sonuçlarına göre; ***mesleği hekim olan kadınların Algılanan Yarar alt boyutundan aldıkları puanlar, mesleği hemşire ve diğer branşlar olan kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır*** ( $p=0,027$ ;  $p=0,045$ ;  $p<0,05$ ).

Meslek gruplarına göre kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği “Algılanan Duyarlılık” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ( $p=0,059$ ;  $p>0,05$ ); ***mesleği hekim olan kadınların Algılanan Duyarlılık alt boyut puanı anlamlı olmamakla birlikte dikkat çekici düzeyde düşük saptanmıştır***.

Meslek gruplarına göre kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği “Algılanan Engel” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,020$ ;  $p<0,05$ ). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni Test sonuçlarına göre; ***mesleği hekim olan kadınların Algılanan Engel alt boyutundan aldıkları puanlar, mesleği ebe olan kadınlara göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır*** ( $p=0,015$ ;  $p<0,05$ ).

**Tablo 13: Eğitim Durumuna Göre Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

	Ort±SS	Medyan	Min-Maks	p
<b>Algılanan Ciddiyet</b>				
Lise (n=33)	24,79±6,31	25	8-36	$\chi^2:5,075$
Önlisans (n=32)	26,84±5,07	28	15-38	$^b0,280$
Lisans (n=268)	26,81±4,98	27	12-40	
Lisansüstü (n=59)	27,66±4,75	28	17-40	
Doktora/Tıpta Uzmanlık (n=13)	27,15±5,11	27	19-34	
<b>Algılanan Yarar</b>				
Lise (n=33)	21,88±4,82	22	10-29	$\chi^2:19,528$
Önlisans (n=32)	24,38±3,4	24	18-30	$^b0,001^{**}$
Lisans (n=268)	25,12±3,51	25	16-30	
Lisansüstü (n=59)	24,68±3,43	24	18-30	
Doktora/Tıpta Uzmanlık (n=13)	26,85±2,82	26	21-30	
<b>Algılanan Duyarlılık</b>				
Lise (n=33)	28,67±4,17	29	19-39	$\chi^2:10,723$
Önlisans (n=32)	29,63±4,21	30	23-40	$^b0,030^*$
Lisans (n=268)	30,8±4,12	31	15-45	
Lisansüstü (n=59)	31,08±4,53	31	23-41	
Doktora/Tıpta Uzmanlık (n=13)	28,46±4,45	29	20-36	
<b>Algılanan Engel</b>				
Lise (n=33)	24,58±5,38	25	11-33	$\chi^2:6,441$
Önlisans (n=32)	26,69±4,07	27,5	17-34	$^b0,169$
Lisans (n=268)	26,92±4,03	27	14-35	
Lisansüstü (n=59)	26,37±4,26	27	15-33	
Doktora/Tıpta Uzmanlık (n=13)	25,15±4,51	26	14-31	
<b>Toplam Puan</b>				
Lise (n=33)	99,91±13,66	101	73-130	$\chi^2:16,556$
Önlisans (n=32)	107,53±11,82	107	80-132	$^b0,002^{**}$
Lisans (n=268)	109,65±11,12	109	69-138	
Lisansüstü (n=59)	109,8±12,75	111	82-138	
Doktora/Tıpta Uzmanlık (n=13)	107,62±10,49	107	93-124	

<sup>b</sup>Kruskal Wallis

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeğine verdikleri cevapların eğitim durumuna göre dağılımı Tablo 13’de gösterilmiştir. Eğitim durumlarına göre sağlık çalışanı kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği “Algılanan Ciddiyet”, “Algılanan Engel” alt boyutlarından aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Eğitim durumlarına göre sağlık çalışanı kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği “Algılanan Yarar” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U test sonuçlarına göre; *eğitim durumu lise olan kadınların Algılanan Yarar alt boyut puanı, eğitim durumu lisans ve doktora/tıpta uzmanlık olan kadınlara göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır* ( $p=0,002$ ;  $p=0,003$ ;  $p<0,01$ ).

Eğitim durumlarına göre sağlık çalışanı kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği “Algılanan Duyarlılık” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,030$ ;  $p<0,05$ ). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U test sonuçlarına göre; *eğitim durumu lise olan kadınların Algılanan Duyarlılık alt boyut puanı, eğitim durumu lisans olan kadınlara göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır* ( $p=0,010$ ;  $p<0,05$ ).

Eğitim durumlarına göre sağlık çalışanı kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,002$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U test sonuçlarına göre; *eğitim durumu lise olan kadınların ölçek toplam puanı, eğitim durumu lisans ve lisansüstü olan kadınlara göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır* ( $p=0,001$ ;  $p=0,006$ ;  $p<0,01$ ).

**Tablo 14: Smear Testi Yaptırma Durumuna Göre Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

	Ort±SS	Medyan	Min-Maks	p
<b>Algılanan Ciddiyet</b>				
Smear Testi Yaptıran (n=167)	26,98±4,77	27	14-38	t:0,667
Smear Testi Yaptırmayan (n=238)	26,64±5,32	27	8-40	<sup>c</sup> 0,505
<b>Algılanan Yarar</b>				
Smear Testi Yaptıran (n=167)	24,92±3,81	24	10-30	Z:-0,662
Smear Testi Yaptırmayan (n=238)	24,7±3,63	25	16-30	<sup>d</sup> 0,508
<b>Algılanan Duyarlılık</b>				
Smear Testi Yaptıran (n=167)	31,11±4,45	31	15-45	t:2,454
Smear Testi Yaptırmayan (n=238)	30,07±4,06	30	19-41	<sup>c</sup> 0,015*
<b>Algılanan Engel</b>				
Smear Testi Yaptıran (n=167)	27,08±4,03	28	13-35	t:2,015
Smear Testi Yaptırmayan (n=238)	26,22±4,35	27	11-35	<sup>c</sup> 0,045*
<b>Toplam Puan</b>				
Smear Testi Yaptıran (n=167)	110,09±12,45	112	69-138	t:2,031
Smear Testi Yaptırmayan (n=238)	107,63±11,38	107,5	73-138	<sup>c</sup> 0,043*

<sup>c</sup>Student-t Test

<sup>d</sup>Mann Whitney U Test

\*p<0,05

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeğine verdikleri cevapların smear yaptırma durumuna göre dağılımı Tablo 14’de gösterilmiştir. Smear testi yaptırma durumuna göre kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği “Algılanan Ciddiyet”, “Algılanan Yarar” alt boyutlarından aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

*Smear testi yaptıran kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği “Algılanan Duyarlılık” alt boyutundan aldıkları puanlar, smear testi yaptırmayan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,015; p<0,05).*

*Smear testi yaptıran kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği “Algılanan Engel” alt boyutundan aldıkları puanlar, smear testi yaptırmayan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,045; p<0,05).*

*Smear testi yaptıran kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplamından aldıkları puanlar, smear testi yaptırmayan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,043; p<0,05).*

**Tablo 15: Jinekolojik Kanserlerin Riskleri, Erken Belirtileri ve Korunma Yolları Hakkında Eğitim Alma Durumuna Göre Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

	Ort±SS	Medya n	Min- Maks	p
<b>Algılanan Ciddiyet</b>				
Jinekolojik Kanserler Hakkında Eğitim Almış (n=317)	26,94±4,83	27	12-40	t:1,088
Jinekolojik Kanserler Hakkında Eğitim Almamış (n=88)	26,19±5,94	27	8-39	<sup>c</sup> 0,279
<b>Algılanan Yarar</b>				
Jinekolojik Kanserler Hakkında Eğitim Almış (n=317)	25,05±3,54	25	10-30	Z:-2,397
Jinekolojik Kanserler Hakkında Eğitim Almamış (n=88)	23,85±4,13	24	16-30	<sup>d</sup> 0,017*
<b>Algılanan Duyarlılık</b>				
Jinekolojik Kanserler Hakkında Eğitim Almış (n=317)	30,83±4,12	31	20-45	t:3,002
Jinekolojik Kanserler Hakkında Eğitim Almamış (n=88)	29,31±4,53	29	15-41	<sup>c</sup> 0,003**
<b>Algılanan Engel</b>				
Jinekolojik Kanserler Hakkında Eğitim Almış (n=317)	26,74±4,13	27	11-35	t:1,463
Jinekolojik Kanserler Hakkında Eğitim Almamış (n=88)	25,99±4,61	27	13-35	<sup>c</sup> 0,144
<b>Toplam Puan</b>				
Jinekolojik Kanserler Hakkında Eğitim Almış (n=317)	109,56±11,3	110	73-138	t:2,716
Jinekolojik Kanserler Hakkında Eğitim Almamış (n=88)	105,34±13,2	104	69-133	<sup>c</sup> 0,008**

<sup>c</sup>Student-t Test

<sup>d</sup>Mann Whitney U Test

\*p<0,05

\*\*p<0,01

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeğine verdikleri cevapların jinekolojik kanserlerin riskleri, erken belirtileri ve korunma yolları hakkında eğitim alma durumuna göre dağılımı Tablo 15’de gösterilmiştir. Eğitim sırasında jinekolojik kanserlerin riskleri, erken belirtileri ve korunma yolları hakkında eğitim alma durumuna göre Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği “Algılanan Ciddiyet” ve “Algılanan Engel” alt boyutlarından aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).



*Jinekolojik kanserlerin riskleri, erken belirtileri ve korunma yolları hakkında eğitim alan kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği “Algılanan Yarar” alt boyut puanı, eğitim almayan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,017; p<0,05).*

*Jinekolojik kanserlerin riskleri, erken belirtileri ve korunma yolları hakkında eğitim alan kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği “Algılanan Duyarlılık” alt boyut puanı, eğitim almayan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,003; p<0,01).*

*Jinekolojik kanserlerin riskleri, erken belirtileri ve korunma yolları hakkında eğitim alan kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeğinden aldıkları puan toplamları, eğitim almayan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,008; p<0,01).*

**Tablo 16: Servikal Preinvazif Lezyonlar Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumuna Göre Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı**

	Ort±SS	Medya n	Min- Maks	p
<b>Algılanan Ciddiyet</b>				
Servikal Preinvazif Lezyonlar Hakkında Bilgi Var (n=199)	26,57±4,83	27	12-40	t:-0,805
Servikal Preinvazif Lezyonlar Hakkında Bilgi Yok (n=206)	26,98±5,35	27,5	8-40	<sup>c</sup> 0,422
<b>Algılanan Yarar</b>				
Servikal Preinvazif Lezyonlar Hakkında Bilgi Var (n=199)	25,24±3,59	25	16-30	Z:- 2,234
Servikal Preinvazif Lezyonlar Hakkında Bilgi Yok (n=206)	24,36±3,76	24	10-30	<sup>d</sup> 0,025*
<b>Algılanan Duyarlılık</b>				
Servikal Preinvazif Lezyonlar Hakkında Bilgi Var (n=199)	31,06±4,12	31	23-41	t:2,632
Servikal Preinvazif Lezyonlar Hakkında Bilgi Yok (n=206)	29,96±4,31	30	15-45	<sup>c</sup> 0,009* *
<b>Algılanan Engel</b>				
Servikal Preinvazif Lezyonlar Hakkında Bilgi Var (n=199)	26,95±4,15	28	14-35	t:1,763
Servikal Preinvazif Lezyonlar Hakkında Bilgi Yok (n=206)	26,21±4,3	26	11-35	<sup>c</sup> 0,079
<b>Toplam Puan</b>				
Servikal Preinvazif Lezyonlar Hakkında Bilgi Var (n=199)	109,82±11,1 3	110	76-138	t:1,967
Servikal Preinvazif Lezyonlar Hakkında Bilgi Yok (n=206)	107,5±12,48	108	69-138	<sup>c</sup> 0,049*

<sup>c</sup>Student-t Test

<sup>d</sup>Mann Whitney U Test

\*p<0,05

\*\*p<0,01

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeğine verdikleri cevapların Servikal preinvazif lezyonlar hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre dağılımı Tablo 16’da gösterilmiştir.

Servikal preinvazif lezyonlar hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği “Algılanan Ciddiyet” ve “Algılanan Engel” alt boyutlarından aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

*Servikal preinvazif lezyonlar hakkında bilgi sahibi olan kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği “Algılanan Yarar” alt boyut puanı, bilgi sahibi olmayan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır* ( $p=0,025$ ;  $p<0,05$ ).

*Servikal preinvazif lezyonlar hakkında bilgi sahibi olan kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği “Algılanan Duyarlılık” alt boyut puanı, bilgi sahibi olmayan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır* ( $p=0,009$ ;  $p<0,01$ ).

*Servikal preinvazif lezyonlar hakkında bilgi sahibi olan kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeğinden aldıkları puan toplamları, bilgi sahibi olmayan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır* ( $p=0,049$ ;  $p<0,05$ ).

## 5. TARTIŞMA

### 5.1. Kadın Sağlık Çalışanlarının Serviks Kanserine ve Tanı Yöntemlerine İlişkin Bilgi Sahibi Olma

Çalışmaya katılan sağlık çalışanı kadınların %78,3'ü jinekolojik kanser eğitimi aldığını, %49,1'i servikal preinvazif lezyonlar hakkında bilgisi olduğunu, %96,5'i serviks kanser bilgisi olduğunu belirtmişlerdir. Pınar ve arkadaşları tarafından hemşirelerin serviks kanseri ve HPV aşısı hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla 2007 yılında yapılan çalışmada hemşirelerin %37,5'inin serviks kanseri, %26,1'inin HPV aşısı ile ilgili daha önce eğitim aldıkları belirlenmiştir (Pınar vd., 2007). Pınar ve arkadaşları tarafından 2010 da yapılan çalışmada katılımcıların %73,9'u smearin ne amaçla yapıldığını bildiklerini, %92,6'si serviks kanseri duyduklarını, %53,5'i daha önce serviks kanseri hakkında bilgi aldıklarını, ve %72,6'si bilgilerini yeterli bulmadıklarını belirtmişlerdir (Pınar vd., 2010).

Çalışmaya katılan hekimlerin %85,2'si, hemşirelerin %64,5'i, *ebelerin %71,8'i* ve diğer çalışanların %72'si olmak üzere ve sağlık çalışanı kadınların toplamda %68' i *serviks kanseri riski olan bir kadına önerilebilecek aile planlaması yönteminin kondom (prezervatif) olduğunu belirtmiştir.* HPV enfeksiyonunun cinsel yolla bulaşan hastalıklardan olduğu için cinsel aktif bireylerin korunma yöntemlerini bilmesi önemlidir (Yüksel vd., 2014). Pınar ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada katılımcıların %34,4'ünün serviks kanserinden korunmada prezervatif (kondom) kullanılması gerektiğini bildikleri ifade edilmiştir (Pınar vd., 2010).

Çalışmaya katılan sağlık çalışanı kadınların %57,8'i serviks kanserinin belirtisi olarak pis kokulu sarı akıntı cevabını verirken, %70,3'ü cinsel ilişki sırasında ve sonrasında kanama, %77'si anormal kanamalar cevabını vermişlerdir. Çalışmaya katılan hekimlerin %82,1'inin *anormal kanamalar, %82,1'i cinsel ilişki sırasında ve sonrasında kanama, %71,4'ü pis kokulu sarı akıntı* cevabını verirken, *hemşirelerin %77,9'u anormal kanamalar, %69,8'i cinsel ilişki sırasında ve sonrasında kanama, %57,7'si pis kokulu sarı akıntı, ebelerin %76,2'si anormal kanamalar, %71,4'ü cinsel*

***ilişki sırasında ve sonrasında kanama, %54,8'i pis kokulu sarı akıntı ve diğer sağlık çalışanlarının %56'sı anormal kanamalar, %56'sı cinsel ilişki sırasında ve sonrasında kanama, %44'ü ise pis kokulu sarı akıntı*** cevabını vermişlerdir.

Yüksel ve arkadaşları tarafından sağlık çalışanlarına yönelik yapılan çalışmada katılımcıların serviks kanseri ile ilgili bilgi sorularına hekimlerin % 54,3'ünün, hemşirelerin % 44,5'inin, yardımcı personelin % 22,5'inin doğru cevapladığı görülmüştür (Yüksel vd., 2014). Yüksel ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da bu çalışmayla benzer olarak hekimlerin bilgi düzeylerinin diğer sağlık personelinde daha yüksek olduğu görülmektedir.

Gökgöz ve Aktaş tarafından yapılan çalışmada kadınların %52.9'u smear testinin yapılma nedenini bildiğini ifade ederken, %61.9'unun serviks kanseri hakkında bilgisi olmadığı görülmüştür (Gökgöz ve Aktaş 2015).

***Kadınların %87,2'si smear aldirmayı servikal kanserin erken tanı yöntemi olarak belirtmiş olup; bu oranın kadın hekimlerde %100, hemşirelerde %86,7, ebelerde %92,9 ve diğer sağlık çalışanlarında ise %68 olduğu görülmüştür.*** Yüksel ve arkadaşları tarafından 2014 yılında sağlık çalışanlarına yönelik yapılan çalışmada hekimlerin % 47.1'i, hemşirelerin %38'i, personellerin de %66'sı başvurdukları kadın doğum hekimlerinin kendilerine smear testi önerdiğini ifade etmiştir (Yüksel vd.,2014). Bu durum sağlık çalışanlarının sahip olduğu bilgiyi alanda kullanmaya yönelik davranış geliştirmeye ilgili sorunlar yaşandığını düşündürmektedir.

Kadınların %66,9'u smear testi ile ilgili; PAP smear testinden 3 gün önce vajina sabun vb. maddelerle yıkanmamalı cevabını verirken, %69,4'ü kullanılıyorsa vajinal ovül veya kremlerin kullanımı bırakılmalı, %43,5'i cinsel ilişkiye girilmemeli ve %43,5'i regl dönemlerinde PAP test uygulanmamalı cevabını vermiştir. Hekimlerin ***%60'ı kullanılıyorsa vajinal ovül veya kremlerin kullanımı bırakılmalı, %63,3'ü smear testinden 3 gün önce vajina sabun vb. maddelerle yıkanmamalı, %70'i cinsel ilişkiye girilmemeli ve %56,7'si regl dönemlerinde smear testi uygulanması yapılmamalı*** cevabını verirken, ***hemşirelerin %70,5'i kullanılıyorsa vajinal ovül veya kremlerin kullanımı bırakılmalı, %67,2'si smear testinden 3 gün önce vajina sabun vb.***

*maddelerle yıkanmamalı, %38,3'ü cinsel ilişkiye girilmemeli ve %39,6'sı regl dönemlerinde smear testi uygulanması yapılmamalı* cevabını ve *ebelerin %78,6'sı kullanılıyorsa vajinal ovül veya kremlerin kullanımı bırakılmalı, %81'i smear testinden 3 gün önce vajina sabun vb. maddelerle yıkanmamalı, %61,9'u cinsel ilişkiye girilmemeli ve %59,5'i regl dönemlerinde smear testi uygulanması* yapılmamalı cevabını vermişlerdir. Kadın sağlık çalışanlarının smear aldırmadan önce dikkat edilmesi gerekenler ile ilgili bilgilerini değerlendirmek üzere hazırlanan sorular puanlanarak (Min:0 Max:10) ortalamaları hesaplanmıştır. Hekimlerin smear aldırmadan önce dikkat edilmesi gerekenlerle ilgili bilgi puan ortalaması 8.01, hemşirelerin bilgi puan ortalaması 5.48, ebelerin bilgi puan ortalaması 6.80, diğer sağlık çalışanlarının bilgi puan ortalaması 4.79 ve tüm katılımcıların puan ortalaması 5,38 olarak hesaplanmıştır. Smear aldırmadan önce dikkat edilmesi gerekenlerle ilgili bilgi puan ortalamasının 5'in üzerinde olması olumlu olarak görülse de örneklem grubunun sağlık çalışanı olması nedeniyle düşük olarak değerlendirilmiştir. Özellikle ebe ve hemşire grubunun toplum içerisinde rol model olma ve danışman rolleri düşünüldüğünde kendilerine danışacak kadınları doğru yönlendirmeleri bakımından bilgilendirilmeleri gerektiği düşünülmektedir.

Kadınların %53,8'i servikal preinvazif lezyonlar ve serviks kanseri için risk grupları olarak erken yaşta cinsel ilişkiye başlayanlar cevabını verirken, %75,6'sı çok eşliler, %25,7'si (n=104) düşük sosyo-ekonomik düzeyi olanlar ve %63,5'i human papilloma virüs (HPV) enfeksiyonu geçirenler cevabını vermiştir. Hekimlerin **%73,3'ü human papilloma virüs (HPV) hemşirelerin %61'i human papilloma virüs (HPV) enfeksiyonu, ebelerin %81'i ve diğer sağlık çalışanlarının ise %52'si human papilloma virüs (HPV) enfeksiyonu geçirenler** cevabını vermiştir. Kadın sağlık çalışanlarının servikal preinvazif lezyonlar ve serviks kanseri için risk grupları ile ilgili bilgilerini değerlendirmek üzere hazırlanan sorular puanlanarak (Min:0 Max:10) ortalamaları hesaplanmıştır. Hekimlerin servikal preinvazif lezyonlar ve serviks kanseri için risk grupları ile ilgili bilgi puan ortalaması 6.08, hemşirelerin bilgi puan ortalaması 5.40, ebelerin bilgi puan ortalaması 6.16 ve diğer sağlık çalışanlarının bilgi puan ortalaması 4.54, tüm katılımcıların puan ortalaması ise 5,49 olarak hesaplanmıştır. Bilgi puan ortalamasının 5 ve üzeri olması grubun bilgi sahibi olduğunu gösteriyor olsa da örneklem grubunun kadın sağlık çalışanı olması nedeniyle yetersiz değerlendirilmiştir. HPV

enfeksiyonunun serviks kanseri için risk faktörü olduğunu ebelerin daha yüksek oranda bildiği, konu ile ilgili hemşirelerin daha az bilgi sahibi olduğu görülmüştür.

Pınar ve arkadaşları tarafından polikliniğe başvuran kadınlara yönelik yapılan çalışmada katılımcılar serviks kanseri risk faktörlerini; %38'inin 30-55 yaşında olma, %38,2'sinin geçmiş tıbbi öyküde anormal pap smear, %61'inin tuvaletten önce ve %59,7'sinin tuvaletten sonra elleri yıkama, %57,7'sinin kendi ya da cinsel eşin genital organ hastalığı olması, %51,6'sının düzensiz adet kanamaları lekelenmeler, %48,4'ünün tek eşli olma, %61,4'ünün sigara (>10 adet/gün) kullanma ve %34,8'inin doğumu evde sağlık personeli yardımı olmadan yapma olarak belirtmişlerdir (Pınar vd., 2010).

Yüksel ve arkadaşları tarafından 2014 yılında sağlık çalışanlarına yönelik çalışmaya katılanların %99,3'ünün serviks kanserine HPV'nin neden olduğunu, %97,9'unun da ilk cinsel deneyim yaşının erken olmasının serviks kanseri riskini artırdığını, %98,6 katılımcının birden fazla cinsel partnerin serviks kanseri riskini artırdığını bildikleri saptanmıştır. Sağlık çalışanlarına yönelik yapılan her iki çalışma serviks kanseri risk faktörüne yönelik bilgilerin farklı olmasının sebebi sağlık çalışanlarının standart eğitimlere tabi tutulmaması olarak değerlendirilmiştir. Veriler göstermektedir ki serviks kanseri risk faktörleri bilgi düzeyi ile ilgili sağlık çalışanları arasında bilgi düzeyinde farklılar mevcuttur, ayrıca genel kadın popülasyonunun da bilgi düzeyi oldukça düşüktür.

## **5.2. Kadın Sağlık Çalışanlarının HPV ve HPV Aşısı İle İlgili Bilgi Sahibi Olma**

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının %95,6'sı HPV enfeksiyonunun cinsel yolla bulaştığını belirtirken, %82,5'i HPV'nin serviks kanseri için risk faktörü olduğunu bildiğini belirtmiştir.

Bozkurt ve arkadaşları tarafından hemşirelik öğrencilerine yönelik yapılan çalışmaya katılan öğrencilerin %90,4'ü HPV'nin bulaş yolunu ve %76,0'sı HPV'nin serviks kanserine neden olduğunu bildiği (Bozkurt vd., 2016); Yüksel ve arkadaşları tarafından sağlık çalışanlarına yönelik yapılan çalışmada katılımcıları HPV enfeksiyonu ile ilgili bilgi sorularına hekimlerin % 76,6 'sının, hemşirelerin % 74,4 ünün, yardımcı

personelin % 35,6'sının doğru cevapladığı (Yüksel vd., 2014); Pınar ve arkadaşları tarafından 2007 de yapılan çalışmada hemşirelerin %55.2'sinin HPV'nin kadın üreme organlarında kanser yaptığını bildiği (Pınar vd., 2007); Nergisli ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise yardımcı erkek sağlık çalışanlarının %72'sinin daha önce HPV'yi duydukları, %30'unun HPV bulaşma yolunu, %81'inin serviks kanserinin en önemli nedeni olduğunu, %69'u HPV'nin serviks kanseriyle ilişkisini doğru bildikleri belirlenmiştir (Nergisli vd., 2016). 2018 yılında Topçu ve arkadaşları tarafından kadın doğum hekimlerine ve aile hekimlerine yönelik HPV enfeksiyonu ve HPV aşısı hakkında genel bilgi düzeyini değerlendirmeyi yönelik yapılan çalışmada sorulan soruları kadın doğum hekimlerinin %82'si çocuk- aile hekimlerinin 76'sı doğru yanıtlamıştır (Topçu vd., 2018). Görkem ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada katılımcıların %29.9'unun HPV enfeksiyonunu duyduğu, %72.3'sinin ise HPV enfeksiyonun serviks kanserine neden olduğunu bilmediği görülmüştür. (Görkem vd 2015).

Geçmiş yıllarda yapılan çalışmalarda HPV enfeksiyonunu bilme düzeyinin daha az olduğu, günümüzde bu bilginin arttığı, ancak halen örnek grubu değiştikçe bilginin değişkenlik gösterdiği görülmektedir.

Kadın sağlık çalışanlarının %60'ı serviks kanserine karşı üretilen HPV aşısı hakkında bilgisi olduğu, %36'sı HPV aşısının etkisi hakkında bilgisi olduğunu ve %15,8'inin HPV aşısının yan etkileri hakkında bilgi sahibi olduğu gözlenmiştir.

Pınar ve arkadaşları tarafından 2010 yılında polikliniğe başvuran kadınlara yönelik çalışmaya katılan kadınların %57,7'si HPV aşısını duyduklarını, %84,9'u HPV aşısının üreme organlarında oluşabilecek enfeksiyonları ve lezyon oluşmasını engellediğini (Pınar vd., 2010); Özçam ve arkadaşları tarafından 2014 yılında yapılan çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının %72'si HPV aşısı ile ilgili bilgi sahibi olduğunu (Özçam vd., 2014); Pınar ve arkadaşları tarafından çalışmada hemşirelerin %26.1'inin HPV aşısı ile ilgili eğitim aldıkları (Pınar vd., 2007); Özasan ve arkadaşları tarafından 2011 yılında Ege Tıp Fakültesi 2. Sınıf öğrencilerine yönelik yapılan çalışmada öğrencilerin yaklaşık %25'inin HPV aşısı uygulamasından haberi olmadığı, bilgisi olan %75'lik grupta ise eksik veya yanlış bilgilenme olduğu (Özsaran vd., 2011); Nergisli ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise yardımcı erkek sağlık %53'ünün HPV aşısını duyduğu (Nergisli vd., 2016) belirlenmiştir.



Bozkurt ve arkadaşları tarafından 2015 yılında Ege ve Doğu Anadolu Bölgesi Hemşirelik Bölümü öğrencilerinin HPV enfeksiyonu ve aşısı ile ilgili görüşlerini belirlemek amacıyla yapılan araştırmaya katılan öğrenciler arasında HPV aşısının duyulma oranı %75.4'tür. Aşığı duyma oranı Ege bölgesinde eğitim gören öğrencilerinde daha yüksektir (%95.7). Aynı çalışmada Ege bölgesindeki öğrencilerde aşı olmayı isteme oranı (%61.4) yüksek iken, Doğu Anadolu bölgesindeki öğrencilerde aşı olmayı isteme oranı (%37.1) daha düşüktür (Bozkurt vd., 2015).

Yüksel ve arkadaşları tarafından sağlık çalışanlarına yönelik yapılan çalışmada katılımcıları HPV aşısı ile ilgili bilgi sorularına hekimlerin % 61,1'ünün, hemşirelerin % 50,0'inin, yardımcı personelin % 22,5'inin doğru cevapladığı görülmüştür (Yüksel vd., 2014). Yüksel ve arkadaşları tarafından yapılan çalışma katılanların % 68'si HPV aşısının yeterince uygulanmamasının en önemli nedeni yeterli bilgiye sahip olmamak şeklinde belirlenmiştir. (Yüksel vd., 2014)

Bu çalışmada ve diğer çalışmalarda elde edilen verilere göre sağlık çalışanlarının HPV aşısı hakkında bilgi sahibi yetersiz bilgi sahibi olduğu, hekimlerin bilgi düzeyi daha fazla iken hemşire, ebe ve yardımcı personelin bilgi düzeyinin daha düşük olduğu, mezun olunan okullara göre değişkenlik gösterdiği şeklinde değerlendirme yapılmaktadır. Hemşireler, toplumun tüm bireylerine rol model olma ve danışmanlık rolüne sahiptir. Bu sebeple lisans eğitiminden başlamak üzere HPV enfeksiyonu ve aşılması hakkında yeterli bilgiye sahip olmaları gerekmektedir (Bozkurt vd., 2016).

Sağlık çalışanı kadınların %3,3'ü HPV aşısı uygulamaları ile ilgili bütün kadınlara her yıl yapılır cevabını verirken, %39,4'ü 9-26 yaş grubu bayanlara yapıldığını, %20,6'sı hiç cinsel ilişkiye girmemiş kişilere yapıldığını, %34,5'i aynı yıl içerisinde 3 doz uygulandığını, %10,9'u hastalık belirtisi olanlara 1 defa uygulandığını ve %32,1'i doktor muayenesine göre karar verildiğini belirtmiştir. Hekimlerin **%61,5'i 9-26 yaş grubu kadınlara yapıldığını**, %19,2'si aynı yıl içerisinde üç doz uygulandığını, %34,6'sı hiç cinsel ilişkiye girmemiş kişilere yapıldığını, %34,6'sı doktor muayenesine göre karar verileceğini ve %3,8'i bütün kadınlara her yıl yapıldığını belirtirken, **hemşirelerin %34,5'i 9-26 yaş grubu kadınlara yapıldığını**, %38'i aynı yıl içerisinde üç doz uygulandığını, %18,2'si hiç cinsel ilişkiye girmemiş kişilere yapıldığını, %31'i doktor

muayenesine göre karar verileceğini, %10,1'i hastalık belirtisi olanlara bir defa uygulandığını ve %3,5'i bütün kadınlara her yıl yapıldığını belirtirken, **ebelerin %58,1'i 9-26 yaş grubu kadınlara** yapıldığını, %32,3'ü aynı yıl içerisinde üç doz uygulandığını, %29'u hiç cinsel ilişkiye girmemiş kişilere yapıldığını, %32,3'ü doktor muayenesine göre karar verileceğini, %19,4'ü hastalık belirtisi olanlara bir defa uygulandığını ve %3,2'si bütün kadınlara her yıl yapıldığını belirtmişlerdir. Kadın sağlık çalışanlarının HPV Aşı uygulaması ile ilgili bilgilerini değerlendirmek üzere hazırlanan sorular puanlanarak (Min:0 Max:10) ortalamaları hesaplanmıştır. Hekimlerin HPV Aşı uygulaması ile ilgili bilgi puan ortalaması 2.21, hemşirelerin bilgi puan ortalaması 1.87, ebelerin bilgi puan ortalaması 2.12 ve diğer sağlık çalışanlarının bilgi puan ortalaması 1.45 ve tüm katılımcıların puan ortalaması 1.90 olarak hesaplanmıştır. Benzer olarak Özaslan ve arkadaşları tarafından 2011 yılında Ege Tıp Fakültesinde yapılan çalışmada 2. Sınıf öğrencilerinin HPV aşısı uygulama şekli ve dozu konusunda da bilgi düzeyinin düşük (%42.7) olduğu saptanmış (Özsaran vd., 2011). Bozkurt ve arkadaşları tarafından 2015 yılında Ege ve Doğu Anadolu Bölgesi Hemşirelik Bölümü öğrencilerinin HPV enfeksiyonu ve aşısına yönelik görüşlerini belirlemek amacıyla yapılan araştırmaya katılan öğrencilere HPV aşısı bilgi düzeyleri ile ilgili yönetilen sorulara doğru yanıt verenlerin daha çok Ege bölgesindeki okulda eğitim gören öğrenciler olduğu görülmüştür (Bozkurt vd., 2016).

Akça ve arkadaşları tarafından Hemşirelerin HPV enfeksiyonu ve aşıları ile ilgili bilgilerini belirlemek amacıyla yapılan araştırmaya katılan hemşirelerin HPV enfeksiyonu bilgi puan ortalaması 7.34 ve HPV aşısı bilgi puan ortalaması 6.39. bulunmuştur. (Akça vd., 2016).

Bu çalışmadan ve diğer çalışmalardan kadın sağlık çalışanlarının HPV enfeksiyonunun serviks kanseri etkeni olduğunu bildiğini ancak HPV aşısı uygulamalarıyla bilgilerinin yetersiz olduğu sonucuna varılmaktadır.

Bu çalışmada kadın sağlık çalışanlarının HPV aşısı yaptırma oranı diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Sağlık çalışanı kadınların, erkeklerin ve öğrencilerin de aynı şekilde HPV aşısı yaptırmamış olmaları, üniversite eğitimim sırasında yeterli bilgi

aktarılmaması, verilen bilginin davranışa dönüştürülememesi konularında sıkıntılar olduğunu düşündürmektedir.

Sağlık çalışanı kadınların %48,9'u HPV aşısını yakınlarına ve/veya çocuklarına yaptırmayı istediğini belirtirken, %51,1'i yaptırmak istemediğini belirtmiştir. **Hekimlerin %76,7'si HPV aşısını yakınlarına ve/veya çocuklarına yaptırmayı istediğini** belirtirken, **hemşirelerin %47,4'ü, ebelerin %52,4'ü ve diğer çalışanların % 28'i** HPV aşısını yakınlarına ve/veya çocuklarına yaptırmayı istediğini belirtmiştir.

Yüksel ve arkadaşları tarafından sağlık çalışanlarına yönelik yapılan çalışmada hekimlerin % 84.9'unun, hemşirelerin % 64'ünün, personelin % 52'sinin kız çocuklarına; hekimlerin % 58.4'ünün, hemşirelerin % 46'sının, personelin % 46'sının erkek çocuklarına HPV aşısı yaptırmayı düşündüklerini (Yüksel vd., 2014), Nergisli ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise katılımcıların %33'ünün HPV aşısı yaptırmak istediğini, %72'si eşine, %73'ü kızına, %49'u ise oğluna HPV aşısı yaptırmak istediğini belirtmiştir (Nergisli vd., 2016). Bu çalışmada ve diğer çalışmalarda HPV aşısı yaptırmak isteme düzeylerinin sağlık çalışanlarında düşük olduğu görülmekte ve bunun bilgi eksikliği nedeniyle olduğu düşünülmektedir.

Kadınların %55,7'si HPV aşısının sadece kadınlara uygulandığını, %0,5'i sadece erkeklere uygulandığını ve %43,8'i hem erkeklere hem kadınlara uygulandığını belirtmiştir. **Hekimlerin %75,9'u sadece kadınlara, %24,1'i hem erkeklere hem kadınlara** HPV aşısı uygulanabileceğini, **hemşirelerin %55,6'sı sadece kadınlara, %44'ü hem erkeklere hem kadınlara**, %0,4'ü sadece erkeklere uygulanabileceğini ve **ebelerin %48,6'sı sadece kadınlara, %48,6'sı hem erkeklere hem kadınlara** ve %2,9'u sadece erkeklere uygulanabileceğini, **diğer grubun %36 'sı sadece kadınlara, %52'si hem erkeklere hem kadınlara uygulanabileceğini** belirtmiştir. 2007 de yapılan çalışmada hemşirelerin %70.4'ü HPV aşısının kadınlara (Pınar vd., 2007); Özasan ve arkadaşları tarafından 2011 yılında Ege Tıp Fakültesinde yapılan çalışmada 2. Sınıf öğrencilerinin %89.5'u aşının kızlara (Özsaran vd., 2011); Pınar ve arkadaşları tarafından 2010 yılında polikliniğe başvuran kadınlara yönelik yapılan çalışmada katılımcıların %69'u kadınlara yapılmasını (Pınar vd.,2007); 2016 yılında yardımcı erkek sağlık çalışanlarına yönelik yapılan çalışmada da katılımcıların sadece %27'sinin HPV aşısının erkeklere de

yapıldığını bildiği belirlenmiştir (Nergisli vd., 2016). Diğer çalışmalarda da bu çalışmada olduğu gibi HPV aşının kadınlara uygulanması gerektiği yönünde bir inanış oluşmuş olup, bunun değiştirilmesi için doğru bilgilendirme yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Sağlık çalışanı kadınların %62'si HPV aşısının ulusal aşı takviminde yer alması gerektiğini belirtmiştir. *Hekimlerin %70'i HPV aşısının ulusal aşı takviminde yer alması* gerektiğini belirtirken, *hemşirelerin %59,7'si takvimde yer alması gerektiğini ve ebelerin %76,2'si HPV aşısının ulusal aşı takviminde* ve *diğer çalışanların % 56'sı HPV aşısının ulusal aşı takviminde* yer alması gerektiğini belirtmiştir. Bozkurt tarafından yapılan çalışmada katılımcıların %71,4'ü ücretsiz olması halinde HPV aşısını yaptıracığını belirtmiştir (Bozkurt vd., 2016). Çeşmeci ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada HPV aşısı yapılmama nedeni olarak katılımcıların %41,8'i pahalı oluşunu, %28,4'ü sağlık sigortası kapsamında olmamasını neden olarak gösterirken (Çeşmeci vd., 2015), başka bir çalışmada da hekimlerin %72,0'nın maliyeti nedeniyle HPV aşısı yapılmadığını belirtmiştir (Kartal vd., 2011). Aynı şekilde Yüksel ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada katılımcıların % 12,4'ü ise aşı fiyatlarının yüksek olduğunu %73,9'u ulusal aşı takvimine girmesi gerektiğini söylemiştir (Yüksel vd.,2014).

Bu çalışmada ve diğer çalışmalarda HPV aşısının aşı takvimine girmesi konusunda benzerlik bulunmakta olup, sağlık çalışanlarının çoğunluğu HPV aşının aşı takvimine girmesi gerektiği görüşüne sahiptir.

### **5.3. Kadın Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik, Mesleki ve Kadın Sağlığı İle İlgili Özelliklerine Göre Smear Aldırma Durumları**

Çalışmaya katılan sağlık çalışanı kadınların %41,2'sinin smear testi yaptırdığı gözlenirken, smear testi yaptıranların %26,3'ünün son 6 ay içinde, %24'ünün son 6 ay - 1 yıl içinde gözlenmiştir. Literatürde Pap Smear testi yaptıрма oranları; İspanya'da %69, Vietnam'da %76, Kore'de %74, Amerika Birleşik Devletleri'nde %99, Sırbistan'da %83 olarak bulunmuştur (Bal, 2014).

2017 yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı verilerine göre Türkiye'de son bir yılda 15 yaş üstündeki kadınların son 1 yıl içinde smear aldırma oranı %10,9, 1 – 2 yıl arası smear

aldırma oranları %7,9 ve hiç %69,3 kadın ise hiç smear aldırılmamıştır (TUİK, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017). 2017 istatistiklerine göre kadınların smear aldırma oranının oldukça düşüktür. Sağlık çalışanlarının sağlıklarının korumanın yanında topluma rol model olmaları nedeniyle de smear testi yaptırmaya davranışları daha çok değer kazanmaktadır. Kendilerinin tarama yaptırmaları bile hastaların davranış geliştirmesini etkilemektedir. Hem hastalarına rol model olabilmek hem de kendi sağlıklarının sağlıklarını korumak için tarama testleri oldukça büyük bir öneme sahiptirler (Tekiner vd., 2015).

Karaoğlan tarafından 2016 yılında yapılan çalışmada kadınların %58,62'sinin daha önce smear testi yaptırdığı (Karaoğlan, 2016); Sönmez tarafından yapılan çalışmada kadınların %72,5 i smear aldırıldığını ifade etmiştir (Sönmez, 2011); Eke ve arkadaşları tarafından kadın hekimler üzerinde yapılan araştırmada, çalışmaya katılan kadınların %49,6'sının daha önce hiç smear testi yaptırmadığı, %29,8'i düzensiz ve %20,6'sı düzenli olarak yaptırdığı (Eke vd 2016); Nazilli tarafından ebe ve hemşirelerin katılımıyla yapılan çalışmada ebe ve hemşirelerin %38'inin şimdiye kadar smear testi yaptırmamış olduğu, %22,21sinin ise yılda bir kez test yaptırdığı (Nazilli, 2017); Pınar ve arkadaşları tarafından 2007 yılında 125 hemşireye yönelik yapılan çalışmada hemşirelerin %73,6'sının düzenli olarak jinekolojik muayeneye gitmedikleri, %70'inin daha önce smear testi yaptırmadıkları belirlenmiştir ( Pınar vd., 2007). Tekiner ve arkadaşları tarafından Ankara'da Aile Hekimleri ile yapılan çalışmada kadınların %87,3 şimdiye dek en az bir kez, %59 'unun son 5 yıl içinde smear testini yaptırdığı ve %14,7 şimdiye dek hiç smear testi yaptırmadığı (Tekiner vd., 2015); Yüksel ve arkadaşları tarafından kadın sağlık çalışanlarına yönelik yapılan çalışmada katılımcıların %71,9'unun hiç smear testi yaptırmadığı, ve ankete katılan hekimlerin % 86,7'sinin, hemşirelerin %74'ünün, personellerin %54'ünün smear aldırmadıkları (Yüksel vd. 2014); Özçam ve arkadaşları tarafından 2014 yılında yapılan çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının %56,5'sinin hiç smear yaptırmadığını (Özçam vd., 2014); Eke ve arkadaşları tarafından kadın hekimlere yönelik yapılan çalışmada katılımcıların %49,6'sının daha önce hiç Smear testi yaptırmadığı (Eke vd., 2016); Bal tarafından 2014 yılında 485 kadına uygulanan çalışmada ise kadınların sadece % 30 unun smear aldırıldığı görülmüştür (Bal, 2014).

Gökgöz ve Aktaş tarafından yapılan çalışmada kadınların %52.9'u smear testi yapılmasının sebebini bilirken, %51.6'sının smear yaptırdığı belirlenmiştir. Kadınların %27.1'inin en son smear testlerini ağrı, kanama, enfeksiyon gibi nedenlerle yaptırdıkları saptanmıştır. Serviks kanser taraması olarak smear aldırılan kadınların oranı yalnızca %6.5'tir ve katılımcıların %61.9'unun serviks kanseri hakkında bilgisi yoktur (Gökgöz ve Aktaş 2015). Benzer şekilde 2015 yılında Aydın ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da polikliniğe başvuran kadınların %75,7'sinin smear taramasını duyduğu ve %63,8'inin daha önce smear aldırıldığı saptanmıştır (Aydın vd., 2015).

Bu çalışmada sağlık çalışanı kadınların yaş gruplarına göre smear aldırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Yaş ilerledikçe smear aldırma oranı artmaktadır. Benzer olarak Sönmez tarafından yapılan çalışmada da 40 yaş ve üstü ve evli kadınların daha çok smear testi yaptırdığı saptanmıştır (Sönmez, 2011).

Sağlık çalışanı kadınların *eğitim durumlarına göre smear* aldırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Öğrenim durumu yüksek lisans olan kadınlarda smear aldırma oranı, öğrenim durumu lisans ve lise olan kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Karaoğlan tarafından yapılan çalışmada ilkokul mezunu kadınların %32,35'nin, lise mezunu kadınların %36,26'sının, üniversite mezunu kadınların ise %46,58'nin smear aldırma zamanını doğru olarak bildikleri, ayrıca smear aldırılan kadınlardan, üniversite mezunu kadınların %60,78'inin, ilkokul mezunu kadınların ise %28,57'sinin doğru zamandan smear aldırıldığı anlaşılmıştır (Karaoğlan, 2016). Gökgöz ve Aktaş tarafından yapılan çalışmada eğitim durumu okur-yazar olmayanların %27.8'inin, eğitim durumu ilköğretim düzeyinde olanların %60.5'inin, eğitim durumu lise olanların %51.3'ünün smear aldırıldığı görülmüştür. Çalışan kadınların %80'inin, çalışmayan kadınların ise %48.6'sının smear aldırıldığı tespit edilmiştir (Gökgöz ve Aktaş, 2015). Diğer çalışmalarda da bu çalışmada olduğu gibi eğitim düzeyi arttıkça smear testi yaptıran oranının da arttığı görülmektedir.

*Evli sağlık çalışanı kadınların smear aldırma oranı*, bekar kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Dönmez tarafından kadın sağlık çalışanlarına uygulanan çalışmada; evli çalışanların %63,2'ünün

smear yaptırdığı (Dönmez, 2017); Eke ve arkadaşları tarafından kadın hekimlere uygulanan çalışmada evli olan katılımcıların %29,3'ünün düzenli, %40,2'sinin düzensiz smear yaptırdığı ve bekar olan katılımcıların %95,4'ünün hiç smear testi yaptırmadığı (Eke vd., 2016); Gökğöz ve Aktaş tarafından yapılan çalışmada gebelik geçirmeyen kadınların %15,4'ünün gebelik sayısı üç olanların %63,6'sının ve gebelik sayısı dört ve üzerinde olanların %64,1'inin smear yaptırdığı tespit edilmiştir (Gökğöz ve Aktaş, 2015). Aydoğdu ve Bekâr tarafından kız üniversite öğrencilerine yönelik yapılan çalışmada cinsel yönden aktif kız öğrencilerin %28'inin smear yaptırdığı, smear aldırmayan öğrencilerin %38,89'unun sağlık sorunu olmadığı için smear aldırmadığı belirlenmiştir (Aydoğdu ve Bekar, 2015). Bu çalışmadan ve diğer çalışmalardan evli kadınların daha çok smear testi yaptırdığı anlaşılmaktadır. Ancak evli kelimesinin cinsel yönden aktif olarak toplumda düzeltilmesi gerektiği düşünülmektedir. Bekâr olsa da cinsel yönden aktif olan kadınların ihmal edilmesinin önlenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Sigara kullanma durumuna göre sağlık çalışanı kadınların smear aldırma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Alkol kullanma durumuna göre sağlık çalışanı kadınların smear aldırma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Eke ve arkadaşları tarafından kadın hekimlere uygulanan çalışmada; sigara kullanımı ile smear aldırma ve aldırmayanlar arasında farklılık saptanmamıştır (Eke vd., 2016).

Mesleklere göre sağlık çalışanı kadınların smear aldırma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Dönmez tarafından 2007 yılında yapılan çalışmada kadın sağlık çalışanlarından en yüksek smear yaptıran grubun %68,9'u hizmetliler olduğu, bu oranın hekimlerde %18,9 olduğu (Dönmez, 2007); Özçam ve arkadaşları tarafından 2014 yılında yapılan çalışmada asistan hekimlerin %81,3'nün, hemşirelerin %61,5'nin, hizmetlilerin %34,8'nin, uzman hekimlerin %25'nin, hiç smear yaptırmadıkları görülmüştür (Özçam vd 2014). Bu çalışma ve diğer çalışmalar arasında ki farklılığın örneklem grubundan kaynaklandığı, hastaneler arasında yapılan farkındalık eğitimleri, hizmet içi eğitimlerin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Sağlık çalışanı kadınların çalışma sürelerine göre smear aldırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). **Çalışma süresi 1 yıl**

**altı olan kadınlarda smear aldırma oranı**, çalışma süresi 1-5 yıl arası, 6-10 yıl arası, 11 yıl ve üzeri olan kadınlara göre **anlamli düzeyde düşük** saptanmıştır (p=0,001; p=0,001; p=0,001; p<0,01). Çalışma süresi 1-5 yıl arası olan kadınlarda smear aldırma oranı, çalışma süresi 6-10 yıl arası, 11 yıl ve üzeri olan kadınlara göre anlamli düzeyde düşük saptanmıştır (p=0,011; p=0,001; p<0,05). Çalışma süresi 6-10 yıl arası olan kadınlarda smear aldırma oranı, çalışma süresi 11 yıl ve üzeri olan kadınlara göre anlamli düzeyde düşük saptanmıştır (p=0,001; p<0,01).

Gelir düzeylerine göre sağlık çalışanı kadınların smear aldırma oranları arasında istatistiksel olarak anlamli farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Karaoğlan tarafından yapılan çalışmada da gelir düzeyi yüksek kadınların daha yüksek oranda smear aldırıldığı saptanmıştır (Karaoğlan, 2016).

Jinekolojik kanser eğitimi alma durumuna göre sağlık çalışanı kadınların smear aldırma oranları arasında istatistiksel olarak anlamli farklılık saptanmamıştır (p>0,05). **Servikal preinvazif lezyonlar hakkında bilgisi olan sağlık çalışanı kadınların smear aldırma oranı, bilgisi olmayan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamli düzeyde yüksek saptanmıştır** (p=0,009; p<0,01). Serviks kanser bilgisi olma durumuna göre sağlık çalışanı kadınların smear aldırma oranları arasında istatistiksel olarak anlamli farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

#### **5.4. Kadın Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik, Mesleki ve Kadın Sağlığı İle İlgili Özelliklerine göre HPV Aşısı Yaptırma Durumları**

Kadınların %4,4'ü HPV aşısı yaptırdığını, %95,6'sı ise aşı yaptırmadığını belirtmiştir. **Hekimlerin %3,3'ü HPV aşısı yaptırdığını** belirtirken, **hemşirelerin %5,5'i HPV aşısı yaptırdığını** belirtmiştir. Nergisli ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada yardımcı erkek sağlık çalışanlarının %1'i (Nergisli vd., 2016); Çeşmeci ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada intern hekimlerin %5,3'ü (Çeşmeci vd., 2015); Özşaran ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada 129 öğrenciden 5 tanesinin HPV yaptırdığı (Özşaran vd., 2011); Özçam ve arkadaşları tarafından 2014 yılında yapılan çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının %72'sinin HPV aşısını duyduklarını ifade ettiği ancak %6,5'nin HPV aşısı yaptırdığı (Özçam vd., 2014); Yüksel ve arkadaşları tarafından



çalışmada kadın sağlık çalışanlarının % 13.7' ünün yan etkilerinden korktuğu için aşı yaptırmadığı görülmüştür (Yüksel vd., 2014).

Çeşmeci ve arkadaşları tarafından 2015 yılında yapılan çalışmaya katılan 208 intern hekimlerin %5,3'ünün HPV aşısı yaptırdığı ve tamamının kadın olduğu (Çeşmeci vd., 2015); Sönmez tarafından kadınların serviks kanserine karşı bilgi tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmaya katılan kadınların %99'unun bu HPV aşısı yaptırmadığı görülmüştür (Sönmez, 2011). Topçu ve arkadaşları tarafından kadın doğum ve aile hekimlerine yönelik yapılan çalışmada katılımcıların yalnızca 208'inin HPV aşısı yaptırdığı ve sadece 1 tanesinin kadın doğum hekimi olduğu ayrıca aşığı yaptıranların tamamının kadın olduğu belirlenmiştir (Topçu vd., 2018).

Bu çalışmada ve literatürde yer alan diğer çalışmalarda toplumda HPV aşısı yaptıran kadınların ve sağlık çalışanı kadınların çok az olduğu görülmekte olup; bu durum bilgi sahibi olursa dahi bilginin davranışa geçirilemediği şeklinde değerlendirilmiştir.

Yaş, öğrenim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma, çocuk sayısı, sigara kullanımı, alkol kullanımı, meslek, çalışma süresi jinekolojik kanser eğitimi alma, servikal preinvazif lezyon bilgisi olma ve serviks kanser bilgisi sağlık çalışanı kadınların HPV aşısı yaptırma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Gelir durumlarına göre sağlık çalışanı kadınların HPV aşısı yaptırma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). ***Gelir düzeyi çok iyi olan sağlık çalışanı kadınların HPV aşısı yaptırma oranı, gelir düzeyi iyi, orta ve kötü olan kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır*** ( $p=0,040$ ;  $p=0,001$ ;  $p=0,018$ ;  $p<0,05$ ). Gelir düzeyi orta olan sağlık çalışanı kadınların HPV aşısı yaptırma oranı, gelir düzeyi iyi ve çok kötü olan kadınlara göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ( $p=0,036$ ;  $p=0,017$ ;  $p<0,05$ ). Bozkurt ve arkadaşları tarafından hemşirelik öğrencilerine yapılan çalışmada öğrencilerin %61.7'si aşının ücretsiz olması halinde yaptıracaklarını belirtmiştir (Bozkurt vd., 2016). Gelir düzeyi arttıkça aşı yaptırma oranının artmasıyla bu durum benzerlik göstermektedir. Çeşmeci ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada aşı pahalı olduğu için yaptırmayanların oranı, gelir düzeyini orta ve altı olarak

tanımlayanlarda %52; iyi ve üzeri olarak tanımlayanlarda ise %32,1'dir (Çeşmeci vd., 2015). Bu çalışma ve diğer çalışmalardan aşının maliyetinin yüksek olması nedeniyle yaptırılmamasının önemli etken olduğu anlaşılmaktadır.

### **5.5. Kadın Sağlık Çalışanlarının Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutumları**

Kadın sağlık çalışanlarının servikal kanser erken tanısına ilişkin tutum ölçeğinden aldıkları toplam puanları yüksek bulunmuştur. ( $\alpha=0,774$ )

#### **5.5.1. Yaş Gruplarına Göre Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi**

Yaş gruplarına göre sağlık çalışanı kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği "Algılanan Ciddiyet", "Algılanan Yarar", "Algılanan Duyarlılık", "Algılanan Engel" alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ). Nazilli tarafından 2017 yılında yapılan çalışmada da bu çalışmaya benzer olarak yaş gruplarına göre smear aldırma yarar motivasyon, smear aldırma engelleri, serviks kanserini önemseme / ciddiyet, serviks kanseri duyarlılık ve serviks kanseri sağlık motivasyonu puanı anlamlı farklılık göstermemiştir (Nazilli, 2017).

#### **5.5.2. Mesleklere Göre Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi**

Meslek gruplarına göre kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplamından aldıkları puanlar anlamlı farklılık göstermezken "Algılanan Yarar" alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,024$ ;  $p<0,05$ ). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U Test sonuçlarına göre; mesleği hekim olan kadınların Algılanan Yarar alt boyutundan aldıkları puanlar, mesleği hemşire ve diğer branşlar olan kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p=0,027$ ;  $p=0,045$ ;  $p<0,05$ ). ***Bu durum hekimlerde***

*serviks kanseri koruyucu önlemleri almanın hastalıktan korunmada yararlı olduğu düşüncesinin diğer sağlık çalışanlarına göre daha yüksek olduğu düşündürmektedir. Ayrıca hekimlerde smear aldırma ve HPV aşısı yaptırma oranlarının diğer çalışanlara göre daha yüksek olması da bu durumu desteklemektedir.*

Meslek gruplarına göre kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği “Algılanan Duyarlılık” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ( $p=0,059$ ;  $p>0,05$ ); mesleği hekim olan kadınların Algılanan Duyarlılık alt boyut puanı anlamlı olmamakla birlikte dikkat çekici düzeyde düşük saptanmıştır. *Bu durum servikal kanser ile ilgili tehditlerin ebe ve hemşireler tarafından hekimlere göre daha iyi algılandığını düşündürmektedir.*

Meslek gruplarına göre kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği “Algılanan Engel” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,020$ ;  $p<0,05$ ). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni Test sonuçlarına göre; mesleği hekim olan kadınların Algılanan Engel alt boyutundan aldıkları puanlar, mesleği ebe olan kadınlara göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ( $p=0,015$ ;  $p<0,05$ ). *Bu durum servikal kanser erken tanısına ilişkin davranışların hemşire ve ebelerde hekimlere göre daha çok zorlaştırıcı engel olarak algılandığını düşündürmektedir.*

Nazilli tarafından 2017 yılında ebe ve hemşirelerle yapılan çalışmada smear aldırma yarar motivasyonu, smear aldırma engelleri, serviks kanseri önemseme / ciddiyet, serviks kanseri duyarlılık ve serviks kanseri sağlık motivasyonu puanı ebe ve hemşireler arasında anlamlı farklılık göstermemiştir (Nazilli, 2017). *Bu çalışmada da ebe ve hemşireler arasında anlamlı farklılık bulunmamış, hekimler ile farklılıklar olduğu görülmüştür.*

### **5.5.3.Eğitim Durumuna Gore Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum leği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi**

Eğitim durumlarına gore sağlık çalışanı kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum leği “Algılanan Ciddiyet”, “Algılanan Engel” ( $p>0,05$ ) alt boyutlarından aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı farklılık gostermemekte olup; eğitim durumu lise olan kadınların Algılanan Yarar( $p=0,002$ ;  $p=0,003$ ;  $p<0,01$ ).. “Algılanan Duyarlılık” ( $p=0,010$ ;  $p<0,05$ ) alt boyut puanı ve kadınların lek toplam puanı ( $p=0,001$ ;  $p=0,006$ ;  $p<0,01$ ), eğitim durumu lisans ve doktora/tıpta uzmanlık olan kadınlara gore anlamlı duzeyde duşuk saptanmıştır

Nazilli tarafından 2017 yılında hemşire ve ebelerin katıldığı çalışmada katılımcıların smear aldırma engelleri puanı ile ğrenim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmış ( $p<0,05$ ); lise, n lisans, lisans eğitimi alanların puanları, yuksek lisans ve zeri ğrenim gorenlerin yuksek bulunmuştur.

***Bu veriler eğitim duzeyi arttıka algılanan duyarlılık, algılanan yarar alt boyutlarının arttığı, algılanan engellerin ise azaldığını duşündürmektedir.***

### **5.5.4.Smear Testi Yaptırma Durumuna Gore Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum leği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi**

Smear testi yaptıran kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum leği “Algılanan Ciddiyet”, “Algılanan Yarar” alt boyutlarından aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı farklılık gostermemekte olup ( $p>0,05$ ); “Algılanan Duyarlılık” ( $p=0,015$ ;  $p<0,05$ ), “Algılanan Engel” ( $p=0,045$ ;  $p<0,05$ ) ve toplamından aldıkları puanlar( $p=0,043$ ;  $p<0,05$ ), smear testi yaptırmayan kadınlara gore istatistiksel olarak anlamlı duzeyde yuksek saptanmıştır.

Nazilli tarafından 2017 yılında ebe ve hemşire katılımcılara yonelik yapılan çalışmada smear aldırma yarar motivasyon puanı, smear aldırma engelleri puanı, smear aldırma kanseri nemseme / ciddiyet puanı, serviks kanseri duyarlılık puanı ve serviks kanseri sağlık motivasyonu puanı ile smear aldırma durumu arasında farklılık

saptanmamışken; smear aldırma sıklığı ile smear yarar motivasyon puanı, smear engelleri puanı ve Rahim ağzı kanseri önemseme / ciddiyet puanı ile arasında anlamlı ilişki görülmüştür (Nazilli,2017).

*Bu verilere göre çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının servikal kansere ilişkin riskleri fark etme ve tehlikeye karşı duyarlılık algılarının yüksek olmasına rağmen ancak smear aldırmanın davranış geliştirmede engelleyici rolünün de yüksek olduğunu düşündürmektedir.*

#### **5.5.5. Bilgi Durumuna Göre Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi**

Jinekolojik kanserlerin riskleri, erken belirtileri ve korunma yolları hakkında eğitim alan kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği “Algılanan Ciddiyet” ve “Algılanan Engel” alt boyutlarından aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemekte olup; “Algılanan Yarar” alt boyut puanı( $p=0,017$ ;  $p<0,05$ ), “Algılanan Duyarlılık” alt boyut puanı( $p=0,003$ ;  $p<0,01$ ) ve Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeğinden aldıkları puan toplamları( $p=0,008$ ;  $p<0,01$ ), eğitim almayan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır.

Servikal preinvazif lezyonlar hakkında bilgi sahibi olan kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği Algılanan Ciddiyet” ve “Algılanan Engel” ( $p>0,05$ ). alt boyutlarından aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemekte olup; “Algılanan Yarar” ( $p=0,025$ ;  $p<0,05$ ), “Algılanan Duyarlılık” ( $p=0,009$ ;  $p<0,01$ ) ve puan toplamları, bilgi sahibi olmayan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p=0,049$ ;  $p<0,05$ ).

*Bu veriler servikal kanser ile ilgili bilgi arttıkça hastalıkla ilgili farkındalığın, koruyu sağlık davranışına karşı inancın ve uygulama sıklığının artacağını düşündürmektedir.*

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Kadın sağlık çalışanlarının servikal kanser erken tanısı ve HPV aşısı ile ilgili bilgi düzeylerini tanımlamak, Smear aldırma ve HPV aşısı yaptırma durumlarını tespit etmek, ayrıca servikal kanserlere ve HPV aşısına ilişkin sağlık inançlarını incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada ulaşılan sonuçlar şöyledir;

- Çalışmaya katılan sağlık çalışanı kadınların %7,4'ü hekim, %76'sı hemşire, %10,4'ü ebe ve % 6.2'si diğer sağlık çalışanlarıdır.
- Sağlık çalışanı kadınlar jinekolojik kanser eğitimi aldığını, servikal preinvazif lezyonlar ve serviks kanseri hakkında bilgileri olduğunu belirtmiş olup; % 87'si smear aldırmanın servikal kanserin erken tanı yöntemi olduğunu bildiğini ifade etmiş, ancak sadece %41,2'sinin smear testi yaptırmıştır.
- Kadın sağlık çalışanlarının smear aldirmeden önce dikkat edilmesi gerekenlerle ilgili bilgi puan ortalaması 5,38; servikal preinvazif lezyonlar ve serviks kanseri için risk grupları ile ilgili bilgi puan ortalaması 5,49 olduğu, katılımcıların sağlık çalışanı olması sebebiyle bilgilerinin yetersiz olduğu düşünülmüştür.
- Katılımcıların %95,6'sının HPV enfeksiyonunun cinsel yolla bulaştığını ve %82,5'nin HPV'nin serviks kanseri için risk faktörü olduğunu bildiği, %60'ının serviks kanserine karşı üretilen HPV aşısı hakkında bilgisi olduğu, %36'sının HPV aşısının etkisi hakkında bilgisi olduğunu ve %15,8'inin HPV aşısının yan etkileri hakkında bilgi sahibi olduğu; ancak sadece % 4.4'ünün HPV aşısı yaptırdığı görülmüştür. Ayrıca HPV Aşı uygulaması ile ilgili bilgi puan ortalamalarının çok düşük olduğu görülmüştür.
- Sağlık çalışanı kadınların %43,8'inin HPV aşınının hem erkeklere hem kadınlara uygulandığını bildiği, %62'si HPV aşısının ulusal aşı takviminde yer alması gerektiğini belirttiği görülmüştür.

- Bu çalışmada yaş ve çalışma süresi ilerledikçe smear aldırma oranının arttığı, evli sağlık çalışanı kadınların bekar kadınlara göre, lisans mezunlarının lise ve önlisans mezunlarına göre smear aldırma oranlarının arttığı görülmüş, eğitim durumlarına, sigara kullanma durumuna, mesleklere göre ve gelir düzeylerine smear aldırma durumları arasında farklılık olmadığı anlaşılmıştır.
- Yaş, öğrenim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma, çocuk sayısı, sigara kullanımı, alkol kullanımı, meslek, çalışma süresi jinekolojik kanser eğitimi alma, servikal preinvazif lezyon bilgisi olma ve serviks kanser bilgisi sağlık çalışanı kadınların HPV aşısı yaptırma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadığı, gelir düzeyi yüksek olanların HPV aşısı yaptırma oranlarının yüksek olduğu saptanmıştır.
- Sağlık çalışanı kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği toplam puanlarına göre tutumlarının yüksek olduğu gözlenmemiştir.
- Hekimlerin diğer gruplara göre servikal kanser erken tanısına ilişkin tutum ölçeği algılanan duyarlılık ve algılanan yarar alt boyutları yüksek, algılanan engel alt boyut puanları düşük bulunmuş olup; bu durumun servikal kanser ile ilgili tehditlerin ebe ve hemşireler tarafından hekimlere göre daha iyi algılandığını, servikal kanser erken tanısına ilişkin davranışların hemşire ve ebelerde hekimlere göre daha çok zorlaştırıcı engel olarak algılandığını düşündürmüştür.
- Eğitim düzeyi, jinekolojik kanser bilgisi ve servikal preinvazif lezyonlar hakkında bilgi düzeyi arttıkça algılanan duyarlılık, algılanan yarar alt boyut puanlarının arttığı, böylece *servikal kanser ile ilgili bilgi arttıkça hastalıkla ilgili farkındalığın, koruyucu sağlık davranışına karşı inancın ve uygulama sıklığının artacağını düşünülmektedir.*
- Smear testi yaptıran kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği “Algılanan Duyarlılık”, “Algılanan Engel”, smear testi yaptırmayan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. *Bu verilere göre çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının servikal kansere ilişkin riskleri fark etme ve tehlikeye karşı duyarlılık algılarının yüksek olmasına rağmen ancak smear aldırmanın davranış geliştirmede engelleyici rolünün de yüksek olduğunu düşündürmektedir.*

## 6.2. Öneriler

Çalışmada kadın sağlık çalışanlarının jinekolojik kanserler, servikal preinvazif lezyonlar, servikal kanser tarama yöntemi olan smear aldırma hakkında bilgilerinin olduğu ancak smear aldırma öncesi dikkat edilmesi gereken ve serviks kanseri risk grupları hakkında bilgilerinin yetersiz olduğu ve smear aldırma oranlarının düşük olduğu görülmektedir. Çalışmada ayrıca sağlık çalışanı kadınların HPV enfeksiyonunun cinsel yolla bulaştığını ve servikal kanser için risk faktörü olduğunu bildikleri, ancak HPV aşısı, aşı uygulaması, etkileri, yan etkileri, uygulama kriterleri gibi konularda bilgilerinin olmadığı anlaşılmaktadır. Bu nedenlerle çalışanlarda davranış değişikliği sağlanması, bilginin davranışa dönüştürülmesi için gerekli farkındalığın yaratılması gereklidir. Bunun için;

- Meslek gruplarına göre eğitim ve bilgi düzeylerinin farklı olması sebebiyle sağlık çalışanlarının lisans eğitimleri sırasında servikal kanser tarama programları ve HPV aşısı ile ilgili verilen eğitimin gözden geçirilmesi, konunun hassasiyeti göz önüne alınarak verilen önemin artırılması önerilir.
- Mesleki çalışma süresi ve yaş ilerledikçe smear aldırma davranışının artması nedeniyle yeni göreve başlayan kadın sağlık çalışanlarının oryantasyon eğitimi programlarına servikal kanser erken tanısına ve HPV aşısına yönelik eğitimlerin dahil edilmesi önerilir.
- Evli sağlık çalışanlarının bekar olanlara göre daha fazla smear aldırma davranışı gösterdiğinden genç ve bekar sağlık çalışanları eğitimlerde hedef kitle olmalı, bekar ancak cinsel yönden aktif kadınların taranması gerektiği bilgisi yerleştirilmelidir.
- Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının konu ile ilgili bilgilerinin olduğunu ifade etmelerine karşın, uygulama yöntemleri hakkında bilgilerinin ve uygulama durumlarının yetersiz olduğu ve eğitim ve bilgi düzeyi arttıkça tutumların yükseldiği anlaşıldığından hastanelerde servikal kanser ve HPV aşısı ile ilgili tekrarlı hizmet içi eğitimler verilmesi, bu eğitimlerde kişilerin davranış değişikliklerinin hedeflenmesi, olumlu davranışların pekiştirilmesi gerekmektedir.



- Araştırmada HPV aşısının hem erkek hem kadınlara uygulandığının bilinmediği anlaşıldığından erkek sağlık çalışanlarının bilgi ve uygulama durumlarını belirlemek ve farkındalıklarını arttırmak amacıyla erkek sağlık çalışanlarına yönelik benzer çalışmanın uygulanması önerilmektedir.
- Sağlık alışanlarının HPV aşısı yaptırmaya yönelik inançlarının değerlendirilmesine yönelik ayrı bir çalışma planlanmalıdır.
- Kadın sağlık çalışanlarının tutumları yüksek olmasına rağmen smear aldırma davranışlarının düşük olmasının nedenine yönelik niteliksel çalışmaların yapılarak, sağlık alışanlarında smear aldırma ve HPV aşısı yaptırma davranışının gerçekleşmemesinin asıl nedenlerine odaklanılması önerilir.
- Rahim ağzı kanseri farkındalık ayında kadın sağlık çalışanlarının toplumda yaşayan kadınlara eğitim verme konusunda ilgilerini arttıracak programlar düzenlenebilir. En çok smear aldırmaya hasta yönlendirdiği tespit edilen sağlık personeli ya da birim ödüllendirilebilir.
- Sosyal medya, sağlık çalışanları ve toplumun bilinçlendirilmesi için kullanılmalı, konu ile ilgili kamu spotları hazırlanmalı, özellikle HPV enfeksiyonu ve aşılamanın üzerinde durulmalıdır.
- Milli Eğitim Bakanlığı ile ortak aile bilinçlendirme toplantıları planlanmalı, 11-12 yaş erkek ve kız çocukların aşılanması için bilinç oluşturulmasına yönelik çalışmalar planlanmalıdır.

## 7. KAYNAKLAR

AKÇA, Ö., S., SELEN, F., BÜYÜKGÖNENÇ, L., 2016, Hemşirelerin Human Papilloma Virüs (HPV) Enfeksiyonu ve HPV Aşısı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği, Heşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi, 13 (2),116-121.

ALHAN, E., (2009), Human Papilomavirüs (HPV) Aşıları, Çocuk Enfeksiyon Dergisi 3(1), 12-16.

American College of Obstetricians and Gynecologists: Committee Opinion No.344. Human papilloma virus Vaccination, (2006), Obstet Gynecol, 108:699.

ATASÜ, T. , AYDINLI, K. , (1999), JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ, Logos Yayıncılık, İstanbul.

AYDIN, D. S., EKMEZ, M., GÖKSEDEF, B., P., HASANOVA , M., AŞIK, H., ÇETİN, A., 2015, Polikliniğe Başvuran Kadınlarda Smear Farkındalığı Ve Yaptırma Sıklığı, Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 2015(4), 127-130.

AYDOĞDU, G., N., BAHAR, Z., (2011), Yoksul Kadınlarda Sağlık İnanç Modeli Ve Sağlığı Geliştirme Modeli Kullanımının Meme Ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışlarındaki Değişime Etkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, DEUHYO, <http://www.deuhyoedergi.org>, 4(1), 34-40.

AYDOĞDU, M., G., S., BEKAR, M., (2015), Üniversite Kız Öğrencilerinin Jinekolojik Kanselerden Korunma İle İlgili Bilgi Ve Davranışlarının Belirlenmesi, Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 2015 (4), 25-32.

BAL, D., M., 2014, Kadınların Pap Smear Testi Yaptırma Durumlarının Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ile Değerlendirilmesi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 4(3), 133-138.

BALTAŞ, Z., (2000), SAĞLIK PSİKOLOJİSİ, HALK SAĞLIĞI DAVRANIŞ BİLİMLERİ, Remzi Kitapevi, İstanbul.

BAŞARAN, M., (2004), KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM, Alkım, Ankara.

BEREK, S.J., ADASHİ, E.Y., HİLLARD, A.P. (1998), NOVAK JİNEKOLOJİ, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul.

BERKMAN, S., TOPUZ, TÇ., (2008), JİNEONKOLOJİ, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul.

BOSCH, FX., (2003) “de Sanjose S Human Papillomavirus and cervical Cancer burden and assessment of causality”, J Natl Cancer Inst Monographs, 3(13).

BOSWELL, S., (2010), Serviks Kanseri Aşılmasıyla İlgili Türk Servikal Kanser Çalışma Grubunun Önerileri, Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 13(2), 51-54.

BOZKURT D., Ö., HADIMLI, A., ŞEN, E., ÖNER, İ.,Ö.,CAN, H., (2016), Hemşirelik Öğrencilerinin Human Papilloma Virüs (Hpv) Enfeksiyonu ve Aşısına Yönelik Bilgi ve Görüşleri: Bölgesel Farklılıklar, Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi, 5, 23-48.

CHAMPION, VL., (1984), İnsrument Development for Health Belief Model Constructs, Advanced in Nursing Research, 42, 139-143.

CHRİSTENSEN, ND., CLADEL, NM., REED, CA., BUDGEON, LR., EMBERS, ME., SKULSKY, DM., MCCLEMENTS, WL., LUDMERER, SW., JANSEN, KU. (2001) Hybrid papillomavirus L1 molecules assemble into virus-like particles that reconstitute conformational epitopes and induce neutralizing antibodies to distinct HPV types, Virology, 20(291) 34-324.

ÇEŞMECİ, Y., KÖYLÜ, B., SULAİMAN, J., SANCAK E., ŞENEL, S., BAKİ, H. E., KARATAŞ K., ZİK, S., 2015, İnternlerin Gözünden Hpv Enfeksiyonları Ve Hpv Aşısı, Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi,2015(3), 85-92.

ÇENESİZ, E., ATAK, N., (2007), Türkiye’de Sağlık İnanç Modeli ile Yapılmış Araştırmaların Değerlendirilmesi, SK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(6), 427-434.

DİKBAŞ, L., 2017, Human Papilloma Virüs Aşıları: Güncel Tartışmalar, Düzce Tıp Fakültesi Dergisi, 19(3) 81-85.

Dönmez, A.G., 2007, Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi’nde Çalışan Kadın Sağlık Personelinin Serviks Kanseri İlişkin Bilgi Düzeyinin Ve Farkındalığının Araştırılması, Uzmanlık Tezi.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2006 Yılı Kanser Raporu

EKE, R., N., ATSIZ, S., H.,ÖZEN , M., 2016, Serviks Kanseri; Kadın Hekimler Yeterince Farkında Mı?, Tepecik Eğitim. ve Araştırma. Hastanesi Dergisi, 26(1), 53-57

ERSİN, F., BAHAR, Z., (2011). Sağlığı Geliştirme Modelleri İle Yapılan Hemşirelik Girişimlerinin Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Yönelik Erken Tanı ve Davranışlarına Etkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Elektronik Dergisi, [ErişimTarihi: 20.04.2016].www. deuhyoedergi.org/index. php/ DEUHYOED/ article/ download/ 46/4, 5 (1), 28-38.

FERLAY, J., SOERJOMATARAM, I., ERVİK, M., DİKSHİT, R., ESER, S., MATHERS, C., REBELO, M., PARKİN, D.M., FORMAN, D., BRAY, F. (2013), "Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base" France: International Agency for Research on Cancer, GLOBOCAN v1.0, (11) Available on site <http://globocan.iarc.fr/Pages/references.aspx>.

GARATTİNİ, L., VOOREN, K., (2012), "HPV vaccination for boys? Talking economic sense", The Journal of Sexual Medicine, 2012(9) 2195-2196.

GAY., DİSAİA, CREASMAN, T. W.,(2003),KLİNİK JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ, Güneş Kitapevi, İstanbul.

GÖKGÖZ, N., AKTAŞ, D.(2015), Kadınların Serviks Kanseri Ve Pap Smear Testi Yaptırma Durumlarına Yönelik Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi, 3(2), 12-23.

GÖRKEM, Ü., ARSLAN, E., TOĞRUL, C., EFETÜRK, T., GÜNGÖR, T., 2015, Human Papilloma Virüs Enfeksiyonu Farkındalığı Açısından Kimler Hedef Kitle Olmalıdır? Anket Çalışması, Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi 2015(3), 93-98.

KANBUR, AYLA., ÇAPIK, C., 2011, Servikal Kanserden Korunma, Erken Tanı-Tarama Yöntemleri ve Ebe/Hemşirenin Rolü, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 61-72

KARAOĞLAN, D., (2016), Kadınların Serviks Kanseri Risk Faktörleri Ve Erken Tanı Yöntemlerine İlişkin Bilgi Ve Uygulamalarının Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi.

KARTAL, M., GÜNVAR, T., LİMNİLİ, G., HATİPOĞLU, Ş., & GÜLDAL, D., (2011). Birinci Basamak Hekimleri Serviks Kanseri ve HPV Aşısı İle İlgili Ne Biliyorlar?, Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 15, 1-6.

KORUK, İ., GÖZÜKARAB, F., YİĞİTBAY, E., KEKLİK, A., 2015, Şanlıurfa'da Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Ulusal Kanser Tarama Standartları İle İlgili Bilgi Düzeyi, Turk J Public Health,13(2), 127-136.

KUCUR, A., (2015), Aile Hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının kanser taramaları hakkındaki rolü ve önemi. Erişim: <http://kanser.gov.tr/bilgi-dokumanlar/sunum/1601-aile-hekimlerinin-ve-aile-sagliği> , 19.12.2016.

JANZ NK, CHAMPİON VL, STRECHER VJ. THE HEALTH BELİEF MODEL. EDS: GLANZ K, RİMER BK, LEWİS FM., 2002, Health Behavior and Health Education. 3rd edition. San Fransisco: Jossey-Boss, 45-66.

JEMAL, A., SIEGEL, R., WARD, E., MURRAY, T., XU, J., SMIGAL, C., THUN, MJ. (2006) Cancer statistics, CA Cancer J Clin, 56, 30-106.

LANCASTER, WD., OLSON, C., (1982) Animal papilloma viruses. Microbiol Rev, 46, 191-207.

NAZİLLİ, B., 2017, Hemşire Ve Ebelerin Rahim Ağzı Kanseri Ve Pap-Smear Testi İle İlgili Sağlık İnançları, Yüksek Lisans Tezi.

NAHCİVAN, N.Ö., SEÇGİNLİ, S., 2003, Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: Bir rehber olarak sağlık inanç modelinin kullanımı, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7 (1), 33- 38.

NERGİSLİ, C. K., TOĞRUL, C., GÖRKEM, Ü., DUMAN, N., (2016), Erkek Yardımcı Sağlık Personelinin Human Papilloma Virus Aşılama Hakkında Bilgi Ve Tutumu: Bir Anket Çalışması, Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, (2016-2), (39-44).

ÖZMEN, D., ÖZSOY, S., (2009), Sağlık İnançları Modeli Yaklaşımı İle Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği Geliştirilmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 25(1), 51-59.

ÖZCAM, H., ÇİMEN, G., UZUNÇAKMAK, C., AYDIN, S., ÖZCAN, BORAN, T.B. (2014), Kadın Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri, Serviks Kanseri ve Rutin Tarama Testlerini Yaptırmaya İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi, İstanbul Tıp Dergisi/İstanbul Medical Journal, 2014(15), 154-60.

ÖZSARAN, Z., DEMİRCİ, S., ARAS, B. A., 2011, Tıp Fakültesi Öğrencileri Arasında Hpv Aşısı Bilgi Düzeyini Değerlendiren Anket Çalışması, Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi 2011(2), 40-44.

PINAR, G., ALGIER, L., ÇOLAK, M., ABBASOĞLU, A., (2007), Hemşirelerin Serviks Kanseri Ve Hpv Aşısı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi, Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 10 (4), 94-98.

PINAR, G., TOPUZ, Ş., AN, Ş., DOĞAN, N., KAYA, N., ALGIER, L. (2010), Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınların Hpv Aşısı Ve Serviks Kanseri İle İlgili Bilgi Düzeyleri, Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 2010(1), 11-18.

SANKARANARAYANAN, R., RAMANİ, S., WESLEY, R. (2005), Servikal Neoplazilerde Gözle Tarama Pratik El Kitabı, Ankara.

Sağlık Bakanlığı Kanser İstatistikleri 2003. Erişim: <http://www.saglik.gov.tr/KSDB>

Sağlık Bakanlığı Kanser İstatistikleri 2015. Erişim:  
[https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/istatistik/Turkiye\\_Kanser\\_Istatistikleri\\_2015.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2015.pdf) STAN  
LEY, M., (2006) HPV Vaccine, Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 20, 93-279.

SÖNMEZ, E., (2009), Ege Üniversitesinde Çalışan Sağlık Personelinin Serviks Kanser Aşısı Hakkında Bilgi Düzeyi, Yüksek Lisans Tezi.

SÖNMEZ, Y.,2011, Meme Ve Serviks Kanseri Erken Tanı Yöntemlerinin Kullanımı Konusunda Kadınların Bilgi, Tutum Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi.

TAŞKIN, L. (2014) Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Özyurt Matbaacılık, Ankara.

TEKİNER, A.S.,LALE, G., PEKER.A.G.C. (2015), Ankara Merkezinde Çalışan 40 Yaş ve Üstü Aile Hekimlerinin Kanser Taramalarını Kendilerine Yaptırma Oranları, Konuralp Tıp Dergisi, 8(2),118-123.

TEMEL, H., (2008),Sivas İl Merkezinde Yaşayan 35 Yaş Ve Üzeri Kadınların Serviks Kanseri Ve Erken Teşhis Yöntemi Olan Pap Testi Hakkındaki Bilgi, Tutum Ve Davranışları, Tez (Uzmanlık), Cumhuriyet Üniversitesi

TOPÇU, S., ULUKOL, B., EMÜLER, D.,S., 2, TOPÇU, H., O., PEKER, G.,C., DÖKMECİ, F., BAŞKAN, S., 2018, Hekimlerin Human Papillomavirus Enfeksiyonu Ve Aşısı İle İlgili Farkındalıkları Ve Yaklaşımları, Çukurova Medical Journal, 43(2), 326-33.

TUİK, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017. Erişim:  
[https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/saglik\\_istatistikleri\\_yilligi\\_2017.pdf](https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/saglik_istatistikleri_yilligi_2017.pdf)

Türk J Public Health 2015;13(2) Available online at: <http://tjph.org/ojs/index.php/>

Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği HPV Aşısı Konsensus Metni, (2011),Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 14 (2), 64.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, (2017), Kanser İstatistikleri Yıllığı.

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Kanser Daire Başkanlığı, Erişim: <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-nedir/4-kanser-nedir.html>. 17.02.2017.

TÜRKOL, E., GÜNEŞ, G., ÖZEN, G., OMAÇ, M.(2009) “Kadınların Serviks Kanseri, Pap Smear Ve Hpv Aşısı Hakkında Bilgi Tutum Ve Davranışları”.e-Journal of New World Sciences Academy, 4 (3): 68-74.

YÜKSEL, B., ŞENCAN, H., KUCUR, S., GÖZÜKARA, İ., SEVEN, A., POLAT, M. KESKİN, N. (2014), “Human Papilloma Virus (HPV) Enfeksiyonu ve HPV Aşısı Hakkında Bilgi Düzeyi ve Genel Eğilimler;

Dumlupınar Üniversitesi - Evliya Çelebi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'ndeki Doktor, Hemşire ve Sağlık Personellerini İçeren Anket Taraması", Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi, 12(2), 64-67.

World Health Organization 2014, World cancer report 2014, International Agency for Research of Cancer, Lyon.



## EKLER

### Ek 1-ANKET FORMU

Sayın katılımcı bu anket çalışması; bilimsel bir araştırmada kullanılmak üzere oluşturulmuştur. Ankete verdiğiniz her cevap bizim için anlamlıdır. Araştırmaya katılan kişilerin bilgileri ve verileri ikinci şahıslar ile paylaşılmayacaktır.

Ankete katıldığınız için çok teşekkür ederim.

Özlem AYAZ

ozlemfayaz@gmail.com

1	Mesleğiniz	<input type="checkbox"/> Hekim	<input type="checkbox"/> Hemşire	<input type="checkbox"/> Ebe	<input type="checkbox"/> Diğer.....		
2	Yaşınız	<input type="checkbox"/> 20-29	<input type="checkbox"/> 30-39	<input type="checkbox"/> 40-49	<input type="checkbox"/> 50 ve üzeri		
3	Öğrenim Durumunuz	<input type="checkbox"/> Lise	<input type="checkbox"/> Ön lisans	<input type="checkbox"/> Lisans	<input type="checkbox"/> Lisansüstü	<input type="checkbox"/> Doktora/ Tıpta Uzmanlık	
4	Çalıştığınız Kurum	<input type="checkbox"/> EAH	<input type="checkbox"/> DH	<input type="checkbox"/> ADSM	<input type="checkbox"/> Dal Hastanesi		
5	Medeni Durum	<input type="checkbox"/> Evli	<input type="checkbox"/> Bekar				
6	Sağlık Alanında Çalışma Yılıınız:	<input type="checkbox"/> 1 yıldan az	<input type="checkbox"/> 1-5 yıl arası	<input type="checkbox"/> 5-10 yıl arası	<input type="checkbox"/> 10 yıldan çok		
7	Aylık gelir durumunuz?	<input type="checkbox"/> <2000	<input type="checkbox"/> 2001-3000	<input type="checkbox"/> 3001-4000	<input type="checkbox"/> 4001-5000	<input type="checkbox"/> >5001	
8	Aylık gelir durumunuzu göz önüne alarak ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?	<input type="checkbox"/> Çok iyi	<input type="checkbox"/> İyi	<input type="checkbox"/> Orta	<input type="checkbox"/> Kötü	<input type="checkbox"/> Çok kötü	
9	Sigara kullanıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet ise günde kaç tane .....	<input type="checkbox"/> Hayır				
10	Alkol kullanıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet ise ne sıklıkla.....	<input type="checkbox"/> Hayır				
11	Çocuğunuz var mı?	<input type="checkbox"/> Evet ise sayısı .....	<input type="checkbox"/> Hayır				
12	İlk menstrual siklusunuzun başladığı yaş	<input type="checkbox"/> Hatırlamıyorum	<input type="checkbox"/> 7-11 yaş	<input type="checkbox"/> 12- 13 yaş	<input type="checkbox"/> > 13 yaş		
13	Menstrual sikluslarınız devam ediyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır ise kaç yaşından beri .....				
		<input type="checkbox"/> Menopoz	<input type="checkbox"/> Histerektomi	<input type="checkbox"/> Diğer			
14	İlk doğumuzu kaç yaşında yaptınız?	<input type="checkbox"/> Hatırlamıyorum	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> <20	<input type="checkbox"/> 20-24	<input type="checkbox"/> 25-29	<input type="checkbox"/> ≥30
15	Doğum kontrol hapı kullandınız mı?	<input type="checkbox"/> Evet .....	.....yıl/ay	<input type="checkbox"/> Hayır			
16	Herhangi bir nedenle hormonal tedavi aldınız mı?	<input type="checkbox"/> Evet .....	.....yıl/ay	<input type="checkbox"/> Hayır			
17	Eğitiminiz sırasında jinekolojik kanserlerin riskleri erken belirtileri ve korunma yolları hakkında eğitim aldınız mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır				
18	Daha önce Smear testi yaptırdınız mı? Evet ise ne zaman?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet ise;	<input type="checkbox"/> Son 6 ay içinde	<input type="checkbox"/> Son 1 yıl içinde	<input type="checkbox"/> Son 3 yıl içinde	<input type="checkbox"/> ≥ 5 yılda uzun
19	Servikal preinvaazif lezyonlar hakkında bilginiz var mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır				
20	Serviks kanseri hakkında bilginiz var mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır				
21	Serviks kanseri riski olan bir kadına önerilebilecek aile planlaması yöntemi hangisidir?	<input type="checkbox"/> RİA	<input type="checkbox"/> Kondom (prezervatif)	<input type="checkbox"/> Cerrahi sterilizasyon	<input type="checkbox"/> Oral kontraseptifler		



22	Serviks kanserinin belirtileri nelerdir?	<input type="checkbox"/> Pis kokulu sarı akıntı, <input type="checkbox"/> Cinsel ilişki sırasında ve sonrasında kanama, <input type="checkbox"/> Anormal kanamalar <input type="checkbox"/> Diğer.....
23	Serviks kanserinin erken tanısı ile hangi yöntem kullanılır?	<input type="checkbox"/> Jinekolojik muayene <input type="checkbox"/> Smear aldırma <input type="checkbox"/> Biyopsi <input type="checkbox"/> Diğer
24	Smear testi ile ilgili hangileri doğrudur?	<input type="checkbox"/> Pap smear testinden 3 gün önce vajina sabun veya benzeri maddelerle yıkanmamalı. <input type="checkbox"/> Kullanılıyorsa vajinal ovül (fitil) veya kremlerin kullanımı bırakılmalı <input type="checkbox"/> Cinsel ilişkiye girilmemeli. <input type="checkbox"/> Mümkünse regl dönemlerinde pap test uygulanmamalı
25	Aşağıdaki gruplardan hangisi servikal preinvazif lezyonlar ve serviks kanseri için risk grubudur?	<input type="checkbox"/> Erken yaşta cinsel ilişkiye başlayanlar <input type="checkbox"/> Çok eşliler <input type="checkbox"/> Düşük sosyo-ekonomik düzeyi olanlar <input type="checkbox"/> Human Papilloma Virüs (HPV) enfeksiyonu geçirenler
26	HPV enfeksiyonu nasıl bulaşır?	<input type="checkbox"/> Cinsel yolla <input type="checkbox"/> Damlacık yolu <input type="checkbox"/> Solunum <input type="checkbox"/> Diğer
27	HPV'nin Serviks kanseri için risk faktörü olduğunu biliyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
28	Serviks kanserine karşı üretilen HPV aşısı hakkında bilginiz var mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
29	HPV aşısı uygulamaları ile ilgili hangileri doğrudur?	<input type="checkbox"/> Bütün kadınlara her yıl yapılır. <input type="checkbox"/> 9-26 yaş grubu bayanlara yapılır. <input type="checkbox"/> Hiç cinsel ilişkiye girmemiş kişilere yapılır. <input type="checkbox"/> Aynı yıl içerisinde 3 doz uygulanır. <input type="checkbox"/> Hastalık belirtisi olanlara 1 defa uygulanır. <input type="checkbox"/> Doktor muayenesine göre karar verilir.
30	HPV aşısının etkisi hakkında bilginiz var mı ?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
31	HPV aşısı yaptırdınız mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
32	HPV aşısının yan etkileri hakkında bilginiz var mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
33	HPV aşısını yakınlarınıza ve/veya çocuklarınıza yaptırmak ister misiniz?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
34	HPV aşısı kimlere uygulanmalıdır?	<input type="checkbox"/> Sadece kadınlara <input type="checkbox"/> Sadece erkeklere <input type="checkbox"/> Hem erkeklere, hem kadınlara
35	HPV aşısı ulusal aşı takviminde yer almalı mıdır?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır

## EK 2-SERVİKAL KANSERİN ERKENTANISINA İLİŞKİN TUTUM ÖLÇEĞİ

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

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

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Orta Derecede Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
17. Doktora tetkike gitsen, muhakkak bir hastalık bulurlar, o nedenle rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmem. (E)					
18. Çevremdeki insanların rahim ağzı kanserine yakalandıklarını duymak beni korkutuyor. (C)					
19. Bazen rahim ağzı kanseri olma düşüncesiyle huzursuz oluyorum. (D)					
20. Yapılacak tetkiklerin canımı acıtacağını düşünerek rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmem. (E)					
21. Hayatımın bir döneminde benim de rahim ağzı kanserine yakalanma riskim/olasılığım olduğunu düşünüyorum. (D)					
22. Radyo, televizyon ve gazetelerde rahim ağzı kanseri için uyarılar olması beni erken tanı muayenesine gitmeye teşvik eder. (Y)					
23. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayene ücretsiz olsa hiç düşünmem yaptırırm. (E)					
24. Rahim ağzı kanseri hakkında bir şeyler öğrenmek zaman kaybıdır. (D)					
25. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayene olacağım doktorun kadın olmasını tercih ederim. (E)					
26. Bir kadının rahim ağzı kanseri olması eşiyle ilişkilerini bozar. (C)					
27. Rahim ağzı kanserinden korunmaya çalışmanın bir faydası yoktur. (Y)					
28. Evli kadınların rahim ağzı kanseri olma riskinin/ihtimalinin yüksek olduğunu düşünüyorum. (D)					
29. Rahim ağzı kanseri olursam hayata küserim. (C)					
30. Mahrem yerimi göstereceğimden utanmışım için rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmekten kaçınıyorum. (E)					

### EK 3- ETİK KURUL ONAYI

#### ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Kadın Sağlık Çalışanlarının HPV Aşısı Hakkında Bilgi Düzeyleri ve Servikal Kanserlerin Erken Tanısına İlişkin Sağlık İnançlarının İncelenmesi ve Uygulama Durumu"
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. A. Aktuğ Ertekin
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Kadın Hastalıkları ve Doğum
	YARDIMCI ARAŞTIRMACILAR UNVANI/ADI/SOYADI	Özlem Ayaz

KARAR BİLGİLERİ	Toplantı No: 2017/04 Karar No: 2017/40	Tarih: 10.04.2017
	Yukarıda bilgileri verilen girişimsel olmayan araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkez/merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik açıdan sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.	

#### ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Doç. Dr. Cumhuri TAŞ					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Doç. Dr. Cumhuri TAŞ	Psikiyatri/Sinirbilim	Üsküdar Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Gökben HIZLI SAYAR	Psikiyatri	Özel NİSTANBUL Nöropsikiyatri Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Abulfaz SÜLEYMANOV	Sosyoloji	Üsküdar Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Barış BULUNMAZ	Medya Çalışmaları ve İletişim	Üsküdar Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Asil ÖZDOĞRU	Psikoloji	Üsküdar Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Çiğdem Yavuz GÜLER	Psikoloji	Üsküdar Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Fatma Duygu KAYA YERTUTANOL	Psikiyatri	Üsküdar Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Meltem NARTER	Psikoloji	Üsküdar Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Mesut KARAHAN	Biyokimya	Üsküdar Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının

\*:Toplantıda Bulunma

Unvanı/Adı/Soyadı:  
İmza:

## Ek-4 ÖZGEÇMİŞ

### KİŞİSEL BİLGİLER

Adı-Soyadı: Özlem Ayaz

Doğum Yeri / Tarihi: İstanbul / 11/10/1981

Medeni Durum: Evli

Adres: Esatpaşa Mah. Mehmet Katip Sok. No:40/4

Ataşehir İstanbul

E. Posta Adresi: ozlem.ayazftr@gmail.com

Telefon: 0 530 317 52 71



### EĞİTİM

2014- 2019: Üsküdar Üniversitesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Programı

2008- 2010: Beykent Üniversitesi Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisans Programı, Sağlık Kurumları Yönetimi

1999-2004: İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü

### İŞ DENEYİMİ

11.2018-Halen: İstanbul Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Erenköy Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, *Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü*

07.2017- 11.2017: Erenköy Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, *Ayaktan Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Birim Sorumlusu*

01.2015-07.2017: İstanbul Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Erenköy Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, *Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü*

01.2015-02.2014: İstanbul Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, *Eğitim ve Staj Birimi*

05.2006-02.2014: İstanbul Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, *Kat Sorumlu Hemşiresi (Üroloji, Kulak Burun*

**Boğaz, Plastik Cerrahi, Çocuk Cerrahisi, Göğüs Cerrahisi, Kalp ve Damar Cerrahisi ve Beyin Cerrahisi Kliniklerinin bulunduğu karma kat)**

**05.2006-07.2004:** Özel Göztepe Şafak Hastanesi, *Ameliyathane Hemşiresi (KVC ve Genel Cerrahi)*

**11.2002-12.2003:** Demirhayat Özel Sağlık Sigortası, *Provizyon Danışmanı*

**10. 2001-07.2002:** Darüşafakka Çetin Berkmen Spor Tesisleri, *İlk Yardım Hemşiresi*

## **KONGRE VE SEMPOZYUMLAR**

*“Erenköy Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi Standı”* 6.Uluslararası Cerebral Palsi ve Gelişim Bozuklukları Kongresi Türkiye Spastik Çocuklar Vakfı, 26-27 Şubat 2016.

VII. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi “Uluslararası Katılımlı” İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Eğitim Fakültesi, *“Hemşirelik Eğitiminin Alana Yansıması İstanbul Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliğine Bağlı Bir Hastane Örneği”* Poster Bildiri, 08-10 Nisan 2015.

Patient Experience Summit, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu – Cleveland Clinic, 6-7.Mart 2015

III. Hemşirelik Sempozyumu “ Nitelikli Hemşirelik Bakımı ve Maliyet Etkinliği” Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği 08 Mayıs 2015, *‘Düzenleme Kurulu’*

Hemşirelikte Yenilikçi Yaklaşımlar Sempozyumu, 14.08.2014, *Poster Bildiri.*

II. Hemşirelik Sempozyumu “ Hemşirelikte İnovasyon Sempozyumu” Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği, 23 Mayıs 2014, *‘Organizasyon ve Planlama Sorumlusu’.*

III. Hemşirelikte Etkililik Sempozyumu ‘Çalışan Hakları ve Güvenliği’, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul Anadolu Güney Kamu Hastaneleri Birliği, 27.11.2013.

I. Hemşirelik Sempozyumu, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul Anadolu Güney Kamu Hastaneleri Birliği, 16.05.2013.

*“Hekim, Hemşire ve Sağlık Yöneticilerinin Meslekleşme Düzeylerinin Değerlendirilmesi”*, Poster Bildiri, Uluslararası 7. STK’lar Kongresi, Çanakkale 18 Mart Üniversitesi, 3-5 Aralık 2010.

III. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Trakya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu 30.04.2004, Katılımcı.

6.AIDS Kongresi, AIDS Savaşım Derneği, 04.12.2003 , ‘Düzenleme görevlisi’.

II. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Dokuz Eylül Üniversitesi, 09.06.2003 *‘Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Sağlık Konusunda Bilgi Düzeyleri’ Poster Bildiri.*

## **EĞİTİM VE SERTİFİKA PROGRAMLARI**

Muhakkiklik Eğitimi, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü 24-25.12.2015

Sağlık Turizmi Hastane Yöneticisi Eğitimi, İstanbul Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği 13-14.06.2015

Hemşirelik Güven Altında mı?, Türk Hemşireler Derneği 14.05.2013

Cerrahi Hemşireliği Sertifika Programı , İl Sağlık Müdürlüğü, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 05-30 Ekim 2009 *‘Eğitimci’*.

Diyabet Eğitimi, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi 20.10.2006

Proses Yönetimi ve Etkileşimleri Eğitimi, Standart Kalite, 11-26.07.2007

ISO 9001:2000 Dokümantasyon Temel Eğitimi, Standart Kalite, 06.04.2007

ISO 9001:2000 Kalite Yönetimi Sistemi , Standart Kalite, 06.04.2007

Batin Travmalarında Ameliyathane Hemşireliği, Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 11.06.2005 - 11.06.2005

Sterilizasyon Medikal Sağlık Katılım S. WIPAK MEDICAL + FAMOS MEDIZINTECHNIK - 22.03.2005, Sterilizasyonda yeni yöntem ve yeni yaklaşımlar konulu seminer.

## **TEŞEKKÜR BELGELERİ**

2015 yılı İstanbul Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği “*III. Hemşirelik Sempozyumu*” Teşekkür Belgesi, 08. 06. 2015

2014 yılı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, “*Hemşirelikte Yenilikçi Yaklaşımlar Proje Yarışması ve Sempozyum Programı*”, Teşekkür Belgesi 2014

2014 yılı İstanbul Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği “*II. Hemşirelik Sempozyumu*”, Teşekkür Belgesi, 23.06.2014.

2013 yılı Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi C. Blok 3. Kat Hemşireleri, “*Hasta Hakları, SABİM ve BİMER*” yoluyla en çok teşekkür alan klinik, Teşekkür Belgesi, 31.12.2013.

2013 yılı Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, *Başarı ve Hizmete Katkı*, Teşekkür Belgesi, 31.12.2013.

Cerrahi Hemşireliği Sertifika Programı

İl Sağlık Müdürlüğü, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi;

05-30.10. 2009 ‘*Eğitimci Teşekkür Belgesi*’.