



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
ANKARA İLİ 2. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ  
GENEL SEKRETERLİĞİ  
ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KADIN  
PERSONELİNİN JİNEKOLOJİK ŞİKAYET SIKLIKLARI VE JİNEKOLOJİK  
MUAYENE İLE İLGİLİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞ DÜZEYİNİN  
ARAŞTIRILMASI**

AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK TEZİ

Dr. Şebnem EKER GÜVENÇ

Ankara, 2016

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
ANKARA İLİ 2. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ  
GENEL SEKRETERLİĞİ  
ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KADIN  
PERSONELİNİN JİNEKOLOJİK ŞİKAYET SIKLIKLARI VE JİNEKOLOJİK  
MUAYENE İLE İLGİLİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞ DÜZEYİNİN  
ARAŞTIRILMASI

AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK TEZİ

Dr. Şebnem EKER GÜVENÇ

TEZ DANIŞMANI

Yrd. Doç. Dr. Tuncer KILIÇ

Ankara, 2016

## ÖNSÖZ

Asistanlık sürem boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlanma olanağı bulduğum, her konuda ilgi ve desteğini bizlerden esirgemeyen, üzerimde büyük emekleri olan değerli hocalarım; Anabilim Dalı Başkanı Sayın Doç. Dr. Mehmet UĞURLU'ya ve Sayın Doç. Dr. Yusuf ÜSTÜ'ye saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Tezimin her aşamasında katkılarıyla bana destek olan, hoşgörü ve sabrını esirgemeyen tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Tuncer KILIÇ'a, uzmanlık eğitimim süresince destek ve katkılarından dolayı Sayın Uzm. Dr. İrep KARATAŞ ERAY, Sayın Uzm. Dr. Aylin BAYDAR ARTANTAŞ, Sayın Yrd. Doç. Dr. Ahmet KESKİN ve Sayın Yrd. Doç. Dr. Furkan DAĞCIOĞLU'ya teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Rotasyonlarım sırasında emeği geçen değerli hocalarıma, birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Bugünlere gelmemde hiç şüphesiz en büyük payı olan babama, anneme, kardeşime ve çok sevdiğim eşime sabır, destek ve güvenleri için teşekkür ederim.

Dr. Şebnem EKER GÜVENÇ

Ankara, 2016

## ÖZET

Jinekolojik şikâyetler aile hekimlerine başvurunun sık nedenlerinden birisidir. Kadınlarda başlıca görülen jinekolojik şikâyetler; kanama, adet düzensizlikleri, kaşıntı, akıntı, cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH), idrar yaparken ağrı ve yanma, idrar kaçıрма, karın ve kasık ağrıları, kısırlık ve koital problemlerdir.

Düzenli jinekolojik muayene başlangıç aşamasındaki hastalıklara tanı koymada önemli bir uygulamadır. Düzenli jinekolojik muayenenin en önemli basamağı da pap smear testidir. Serviks kanseri rutin pratiğimizde özellikle üreme çağındaki kadınların değerlendirilmesinde, koruyucu hekimlik uygulamalarında erken tanı konulma olasılığı olan hastalıklardan birisidir.

Çalışmamızda erken tanı ve tedavinin, rutin jinekolojik muayenenin önemi hakkında hastanemizde çalışan kadın personelin farkındalığını değerlendirmeyi, yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen yaygın görülen jinekolojik şikâyetlerin sıklığını tespit etmeyi amaçladık.

Bu çalışma, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan kadın personelinin jinekolojik şikâyet sıklıkları ve jinekolojik muayene ile ilgili bilgi düzeyinin, tutum ve davranışlarının araştırılması amacıyla planlanan kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırmada Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan tüm kadın personele ulaşılması hedeflenmiştir. Bu amaçla, anket formunu doldurmayı kabul eden 403 kadın personel çalışmaya dâhil edilmiştir.

Katılımcıların 122'si (%30,3) akıntı, 45'i (%11) kanama şikâyetiyle, 40'ı (%9,9) koital problemler, 106'sı (%26,3) adet düzensizliği, 1'i (%0,25) idrar kaçıрма, 61'i (%15) idrarda yanma, 88'i (%21,8) ağrı, 5'i (%1,2) kısırlık ve 17'si (%4,2) CYBH şikâyetleriyle kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvurduğunu ifade etmiştir.

Katılımcıların 318'i (%78,9) düzenli jinekolojik muayene olmadığını, 85'i (%21,1) düzenli jinekolojik muayene olduğunu ifade etmiştir.

Katılımcıların 124'ü (%43,2) daha önce HPV DNA veya pap smear testi yaptırmışken, 279 (%56,8) personel hiç HPV DNA veya pap smear testi yaptırmamıştır.

Katılımcılara HPV aşısı yaptırap yaptırmadıkları sorulduğunda 10'u (%2,5) HPV aşısı yaptırmışken, 393'ü (%97,5) yaptırmamıştır.

Katılımcıların bilgi düzeyi karşılaştırıldığında yaş grupları arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Meslek gruplarına göre değerlendirildiğinde asistan doktor, uzman doktor, ebe ve hemşireler arasında anlamlı fark bulunamamış fakat diğer kadın personel ile asistan doktor, uzman doktor, ebe ve hemşireler karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmuştur. Eğitim düzeyine göre karşılaştırma yapıldığında lisans mezunları ile ilk/ortaokul ve lise mezunlarının aldıkları puanlar karşılaştırılmış ve anlamlı fark bulunmuştur. Lisansüstü mezunları ile ilk/ortaokul mezunlarının ve lise mezunlarının aldıkları puanlar karşılaştırılmış ve anlamlı fark bulunmuştur.

Sonuç olarak aile hekimliği disiplinde koruyucu hekimliğin özel bir yeri vardır. Tarama testleri ile tanı konularak erken müdahale edilebilen az sayıda kanserden biri de serviks kanseri olması açısından birinci basamakta kadınların farkındalık durumunu arttıracak her türlü yaklaşım dikkate değer ve teşvik edilmesi gereklidir.

**Anahtar Kelimeler:** Jinekolojik şikayetler, Jinekolojik muayene, Koruyucu hekimlik, Aile Hekimliği

## ABSTRACT

Gynecological complaints are the common causes of consult to family physicians. The main common gynecological complaints in women are; bleeding, menstrual irregularities, vaginal discharge, itching, sexually transmitted diseases (STD), dysuria, abdominal and pelvic pain, urinary incontinence, infertility and coital disorders.

Periodic gynecological examination is very important for diagnosing diseases at early stage. Pap smear test is the most important part of the periodic gynecological examination. It is used to evaluate women especially in reproductive age and this is very important for preventive medicine. Cervical cancer is a disease that can be diagnosed early with pap smear test.

We aimed to evaluate awareness of women staffs in our hospital about the importance of periodic gynecological examination and the frequency of gynecological complaints.

The present cross-sectional study aims to investigate frequency of gynecological complaints and knowledge, attitude and behaviors of women staffs in Ankara Atatürk Training and Research Hospital towards gynecologic examination. Our study group comprised 403 women staffs who accepted to fill the questionnaire.

122 (%30.3) of participants consult gynecology department for vaginal discharge, 45 (%11) for bleeding, 40 (%9.9) of participants for coital disorders, 106 (%26.3) of participants for menstrual irregularities, 1 (%0.25) of participants for urinary incontinence, 61 (%15) of participants for dysuria, 88 (%21.8) of participants for abdominal/pelvic pain and 5 (%1.2) of participants consult gynecology department for infertility.

318 (%78.9) of participants don't have periodic gynecologic examination and 85 (%21.1) of participants have periodic gynecologic examination.

124 (%43.2) of participants have had HPV DNA or pap smear test whereas 279 (%56.8) of participants have never had HPV DNA or pap smear test.

10 (%2.5) of participants have received HPV vaccine and 393 (%97.5) of participants have not received HPV vaccine.

There is no statistically significant difference in standard of knowledge between age groups. There is no statistically significant difference in standard of knowledge

between specialists, assistant doctors, nurses and midwives, but there is difference between other women staffs and specialists, assistant doctors, nurses and midwives on behalf of latter. There is statistically significant difference between university degree holders and primary education and high school graduate on behalf of university degree holders. There is statistically significant difference between postgraduate and primary education and high school graduate on behalf of postgraduate.

As a result preventive medicine has a distinct position in the primary care. Cervical malignancy of the urogenital tract is one of the rare preventable cancers by screening tests. In the primary care set up every effort should be supported in order to improve the awareness of women particularly who are at the risk group.

**Key Words:** Gynecological Complaints, Gynecological Examination, Preventive Medicine, Family Medicine

## İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ .....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iv
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ .....	vii
TABLolar DİZİNİ .....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	ix
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1 Jinekolojik Şikâyetler .....	5
2.2. Jinekolojik Muayene .....	10
2.3. Genital Kanserler.....	10
2.4. Hpv Aşısı.....	13
3. MATERYAL VE METOT .....	14
4. BULGULAR.....	15
5. TARTIŞMA .....	23
6. SONUÇ.....	29
7. KAYNAKLAR .....	30
8. EKLER.....	42
<b>Ek-1. Etik Kurul Onayı .....</b>	<b>42</b>
<b>Ek-2. Araştırma Anketi .....</b>	<b>43</b>
9. ÖZGEÇMİŞ.....	49



## SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

<b>CYBH</b>	: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
<b>PSM</b>	: Periyodik Sağlık Muayenesi
<b>HPV</b>	: Human Papilloma Virüs
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>HIV</b>	: Human Immunodeficiency Virus
<b>CDC</b>	: Centers for Disease Control
<b>AUK</b>	: Anormal Uterin Kanama
<b>PKOS</b>	: Polikistik Over Sendromu
<b>AIDS</b>	: Edinilmiş Bağışıklık Yetersizliği Belirtisi
<b>Üİ</b>	: Üriner İnkontinans
<b>ÜSE</b>	: Üriner Sistem Enfeksiyonları
<b>CIN</b>	: Servikal Intraepitelial Neoplazi
<b>FDA</b>	: Amerikan Gıda ve İlaç Merkezi
<b>ACS</b>	: American Cancer Society
<b>VKİ</b>	: Vücut Kitle İndeksi
<b>RIA</b>	: Rahim İçi Araç

## TABLolar DİZİNİ

### Sayfa No

<b>Tablo 1.</b> Araştırma Grubunun Demografik Özellikleri .....	16
<b>Tablo 2.</b> Katılımcıların Düzenli Jinekolojik Muayene Olma Durumu.....	18
<b>Tablo 3.</b> Katılımcıların Düzenli jinekolojik Muayene Olma Aralıkları.....	18
<b>Tablo 4.</b> Katılımcıların Düzenli Jinekolojik Muayene Olunması Gerektiği Bilgisine Nereden Ulaştıkları.....	18
<b>Tablo 5.</b> Katılımcıların Jinekolojik Muayene İle İlgili Görüşleri.....	19
<b>Tablo 6.</b> Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde Alınan Tanılar.....	19
<b>Tablo 7.</b> Katılımcıların HPV DNA Veya Pap Smear Testi Yaptırma Durumları.....	20
<b>Tablo 8.</b> HPV DNA veya Pap Smear Yaptırmama Nedenleri.....	21
<b>Tablo 9.</b> Katılımcıların HPV Aşısı Yaptırma Durumları.....	21
<b>Tablo 10.</b> Yaş Gruplarına Göre Bilgi Düzeyleri .....	22
<b>Tablo 11.</b> Meslek Gruplarına Göre Bilgi Düzeyleri.....	22
<b>Tablo 12.</b> Eğitim Durumlarına Göre Bilgi Düzeyleri.....	23

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

**Şekil 1.** Katılımcıların Şikayet Sıklığı .....17



## 1. GİRİŞ

Birinci basamakta çalışan hekimler hastalarına sağlıklarını koruma ve geliştirme konusunda yardımcı olmada önemli bir role sahiptirler. Her bir hasta kayıtlı olduğu aile hekimini yılda ortalama 3-4 kez ziyaret etmektedir. Tekrarlayan görüşmeler sayesinde aile hekimleri sağlık danışmanlığı vermek ve hastalıkları erken tanımak açısından önemli fırsatlar elde ederler (1,2).

Jinekolojik şikâyetler aile hekimlerine başvurunun sık nedenlerinden birisidir. Kadınlarda başlıca görülen jinekolojik şikâyetler; kanama, adet düzensizlikleri, kaşıntı, akıntı, cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH), idrar yaparken ağrı ve yanma, idrar kaçırma, karın ve kasık ağrıları, kısırlık ve koital problemlerdir.

Günümüz sağlık bakımının temel amacı tedaviden çok, insanların sağlığını korumada onlara danışmanlık yapmak ve sağlık risklerinden kaçınmada yardımcı olmaktır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan koruyucu hizmetler; hastalık riski taşımayan bireylerin bu risklerden uzak tutulması, risk altındaki bireylerin risklerinin azaltılması, mevcut hastalıkların erken tanı ve tedavisi ile oturmuş kronik hastalıkların kalıcı hasar oluşturmalarının önlenmesini içerir. Bu temel amaçlara çeşitli ulusal ve uluslararası kuruluşlarca standartları belirlenmiş periyodik sağlık muayeneleri (PSM) yoluyla ulaşılır. Birincil bakımın temel özelliği kendilerine herhangi bir nedenle başvuran kişileri yakınmaları, genetik özellikleri, aile ve sosyal yaşantıları, çevreyle ilişkilerini dikkate alan bütüncül bir yaklaşım içinde değerlendiren hasta merkezli bir yaklaşım olmasıdır. PSM' de de bu yaklaşım biçimi geçerlidir.

PSM sağlıklı veya henüz bir hastalık belirtisi olmayan bireylerde; sağlık durumunun korunabilmesi ya da geliştirilebilmesi amacıyla bireye özgü, düzenli yapılan sağlık kontrolleridir. PSM; bireye ve içinde bulunduğu toplumun risk faktörlerine göre biçimlendirilmiş, kapsamlı bir anamnez ve muayeneyi içeren, tıbbi kanıtlara dayalı yapılandırılmış tarama testleri olan, aynı zamanda danışmanlık, sağlık eğitimi, immünizasyon ve kemoprofilaksi uygulamalarını da içeren bir izlem programıdır (3).

PSM bireye özgü yapılandırılmalı ve her birey için yaş, cinsiyet, aile öyküsü, kronik hastalığı gibi risk faktörleri de göz önüne alınarak belirlenen aralıklarla kişinin muayene ve takipleri yapılmalıdır. Fiziksel özellikleri, erkeklerden farklı ruhsal yapıları, morbidite ve mortalite nedenleri, hormonal faktörleri, menopoz, gebelik ve lohusalık gibi özel dönemleri ile kadınlar PSM yönünden bazı farklılıklar gösterir (4). Kadınlara özel tarama testlerinden biri pap smear testidir. Gelişmekte olan ülkelerde kadınlarda kansere bağlı ölümlerin %11'i servikal kansere bağlıdır. Servikal kanser tamamıyla enfeksiyona sekonder geliştiği düşünülen tek kanserdir. 20. yüzyıl ortalarında pap smear taramasının rutine girmesi yanı sıra serviks kanserinin uzun bir süreçte gelişmesi ve öncesinde prekanseröz lezyonların tanısının mümkün olması insidans ve mortalite oranlarını %90 azaltmıştır. 2004 yılından sonra serviks kanseri insidansında her yıl 50 yaş altı kadınlarda %2,1, 50 yaş üstü kadınlarda ise %3,1 azalma saptanmıştır (5).

2012'de serviks kanseri taramalarının daha geç yaşta (21 yaş) başlatılması ve tarama aralıklarının genişletilmesi ile ilgili rehberler yayınlanmıştır. Bu rehberlere göre 30 ile 65 yaş aralığında 5 yıllık periyodlarla, sitoloji ile beraber Human Papilloma Virüs (HPV) testinin (co-test) yapılması güncel, tercih edilen veya kabul edilebilen bir yöntem haline gelmiştir (6).

Türkiye'de kadın sağlığı sorunlarının temelinde eğitim eksikliği, aşırı doğurganlık, aile planlaması yöntemleri hakkındaki bilgi eksikliği, düzenli jinekolojik muayeneden kaçınma gibi unsurlar vardır. Kadınların kendi sağlıkları ile ilgili olarak bilgilendirilmeleri, sağlık hizmetlerinden yararlanmayı bir gereksinim olarak görmeleri ve sağlık kuruluşlarına rahatlıkla başvurabilir hale gelebilmeleri gerekmektedir. Hastanelerde çalışan personelin ise sağlık ile ilgili konularda daha bilinçli olması ve düzenli jinekolojik muayeneye yeterli önemi göstermesi beklenmektedir.

Çalışmamızda erken tanı ve tedavinin, rutin jinekolojik muayenenin önemi hakkında hastanemizde çalışan kadın personelin bilgi, tutum ve davranış düzeylerini değerlendirmeyi, yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen yaygın görülen jinekolojik şikâyetlerin sıklığını tespit etmeyi amaçladık.

## 2. GENEL BİLGİLER

Jinekolojik muayene kadın sağlığının korunması açısından oldukça önemli bir uygulamadır. Kadın sağlığının korunması, hastalıkların tanı ve tedavisi sürecinde önemli olan bu muayene şekli ve mahremiyet açısından özelliğidir. Jinekolojik kontrollerin düzenli yapılması halinde cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, genital kanserler, jinekolojik açıdan yolunda gitmeyen patolojik durumların erken dönemde teşhisi sağlanabilmektedir. Jinekolojik değerlendirme hastanın anamnezinin alınması, genel fizik muayene, pelvik muayene ve laboratuvar testlerini kapsayan bir uygulamadır.

Jinekolojik öykü alırken hasta şikâyetini hemen söylemeyebilir. Hastanın hekime geliş sebebi olan şikâyeti değerlendirilirken açık uçlu sorular tercih edilmelidir. Menstrüel siklusun sorgulanması jinekolojik hikayenin önemli bir parçasıdır. En son görülen menstruasyonun üzerinden bir yıl geçtikten sonra hastanın menopoza girdiği kabul edilir. Postmenopozal kanama ise bu dönemde meydana gelen vajinal kanamaları kapsar ve araştırma gerektirir. Dismenoreye sıklıkla rastlanır, genellikle kanamadan kısa süre önce ya da kanama ile birlikte başlar, kanamanın ikinci-üçüncü günü hafifler. Buradaki ağrı orta hatta, bel bölgesinde ve kasıklarda hissedilir. Menstrüel sikluslar arasındaki kanama ve bu kanamanın koitusla olan ilişkisi mutlaka sorgulanmalıdır. Bu tür kanamalar enfeksiyon, servikal polip ve erozyon, serviks ve endometrium kanseri gibi geniş spektrumda pek çok nedene bağlı olabilir.

Hasta başka bir şikâyetle başvurmuş olsa dahi jinekolojik yakınmalar kapsamında seksüel öykü de alınmalıdır. Seksüel öykü alırken hastaya cinsel temasla bulaşan hastalık geçirip geçirmediği, geçirdiyse ne zaman geçirdiği ve aldığı tedaviler sorulmalıdır. Hekim bu noktada koruyucu hekimlik kapsamında; cinsel yolla bulaşan hastalıklar, önlem yöntemleri ve güvenli ilişki ile ilgili hastayı bilgilendirmelidir. Hasta jinekolojik açıdan sorgulanırken, hastanın diğer sistemleri ile bir bütün olduğu unutulmamalıdır.

Jinekolojik muayene tam bir fizik muayenenin yanında abdominal ve pelvik muayeneyi kapsar. Pelvik muayene perinenin inspeksiyonu ve palpasyonunu, spekulum muayenesini, pap smear testini (servikste transformasyon zonunun örneklenmesi),

bimanuel muayene ile uterus ve adnekslerin muayenesini, rektovajinal muayeneyi kapsar.

Ülkemizde kadın hastalıkları ile ilgili bir şikâyeti olmadığı halde kontrol veya tarama amacıyla aile hekimliği ve jinekoloji polikliniklerine başvuran hasta sayısı oldukça azdır. Hastalar genellikle bir belirti olmadan doktora gitmemektedir. Ancak jinekolojik bir semptomun ortaya çıkmış olması genellikle hastalığın ileri bir safhaya geldiğini gösterir. Bu aşamaya gelindiğinde ise morbidite ve tedavi maliyetleri artmış, yaşam kalitesi düşmüştür. Bunun önlenmesi için herhangi bir şikâyet olmasa dahi belli aralıklarla jinekolojik muayene yaptırılması gerekir. Jinekolojik muayene, jinekolojik açıdan kadın hayatını tehdit eden bazı patolojik durumların aşikar duruma ve geri dönülmez safhaya gelmeden önce saptanması için tek yoldur. Örneğin; başlangıç dönemindeki çeşitli genital kanserler veya bunların öncü lezyonları tam bir pelvik muayene ve servikal smear ile saptanabilir (7).

Kadın genital sistem kanserleri arasında endometrium, serviks, over, vulva ve vajen kanseri yer alır. Türkiye’de en sık görülen jinekolojik kanser endometrium kanseridir. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Dairesi verilerine göre 2013 yılında Türkiye’de en sık görülen jinekolojik kanserler yüzbinde 9,9 ile endometrium kanseri, yüzbinde 7 ile over kanseri ve yüzbinde 4,6 ile serviks kanseridir (8).

Endometrium kanseri erken dönemde anormal vajinal kanama ile bulgu verdiği ve mortalitesi düşük olduğu için mortaliteyi azaltan, kabul edilebilir, uygun ve iyi maliyet etkinlik oranı bulunan bir tarama testi yoktur. Endometrium kanserinde popülasyon taramasının yararı gösterilememiştir (9).

Over kanseri tüm genital sistem kanserleri arasında en yüksek mortaliteye sahiptir. Hastalığın evresi ilerledikçe 5 yıllık sağkalım oranı ciddi olarak azalır (10). Spesifik kalıtsal genetik anomalisi olan kadınlarda over kanseri riski artar. BRCA mutasyonu olan kadınlarda over kanseri olma ihtimali %40’a kadar artmaktadır ve genel popülasyondaki kadınların %1,4’ü risk altındadır (11). Overlerin anatomik lokalizasyonunun zor ulaşılabilir olması, iyi belirlenmiş bir prekürsörünün bulunmaması nedeniyle tarama testi yoktur (12). Vulva kanseri kadın genital kanserleri arasında nadir görülen bir kanserdir. Tüm genital kanserlerin %5’ini, kadınlarda görülen kanserlerin %1’ini oluşturur (13).

Serviks kanseri risk faktörlerinin bir kısmının bireyin kendi kontrolünde olması, tarama testinin olması ve en yaygın HPV tiplerine karşı korunmayı sağlayan aşuların bulunması nedeniyle, kanserin en önlenebilir türlerinden birisidir.Çoğunluğu gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere, her yıl yaklaşık 500000 kadın servikal kanser tanısı almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), servikal kanser vakalarını önlemek amacıyla 2009 yılında HPV aşularını önermiştir. Centers for Disease Control (CDC) 2014 yılında HPV aşu takvimini 9-14 yaş grubu kız çocukları için iki doz,15 yaşından büyükler için ise üç doz olarak önermektedir. Birçok gelişmiş ülkede ulusal aşu programları uygulanmaktadır, ancak servikal kanser olgularının insidansının yüksek olduğu gelişmekte olan ülkelerin çok azı ulusal aşılama programını uygulamaktadır (14). 2010 verilerine göre dünyada 33 ülkede ulusal aşu programı uygulanmaktadır. Ancak servikal kanser insidansının yüksek olduğu gelişmekte olan ülkelerin çok azı ulusal aşılama programını uygulamaktadır (15). Serviks kanserinden ölüm riskinin en yüksek olan kadınların, HPV aşularına ulaşmanın en düşük oranda olanlar olduğu bildirilmiştir. Ülkenin gelişmişlik seviyesi ile serviks kanser insidansı arasında güçlü bir ilişki mevcuttur. Serviks kanseri olgularının yaklaşık %86'sı ve buna bağlı ölümlerin %88'i az gelişmiş ülkelerde izlenmektedir. Ülkemizde, HPV için ulusal bir aşılama programı bulunmamaktadır. Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği HPV aşısını önermektedir.

## **2.1 Jinekolojik Şikâyetler**

Kadınlarda sık görülen jinekolojik şikâyetler arasında kanama, adet düzensizlikleri, ağrı, kaşıntı, akıntı, CYBH, idrar yaparken ağrı ve yanma, idrar kaçırma, kısırlık, koital problemler sayılabilir.

### **2.1.1. Kanama**

Normal bir menstrüel siklus 21-35 gün sürmekte olup bunun 2-6 gününde kanama olmaktadır ve toplam kan kaybı 20-80 ml kadardır. Ancak normal şekilde adet gören çok sayıda kadının incelenmesi sonucunda yetişkin kadınların yalnızca üçte iki kadarında siklusların 21-35 gün sürdüğü görülmüştür (16).



Anormal uterin kanamalar (AUK) gebelik dışında uterin korpustan kaynaklanan anormal düzen, hacim, sıklık, ve süredeki kanamalardır. Jinekoloji polikliniğine yapılan başvuruların üçte birini oluşturur. Acil durumlar dışında malign ya da premalign lezyonlar dışlanmadan tedaviye başlanmamalıdır (17).

AUK nedenini belirlemek için öyküde kanamanın başlangıcı, süresi, sıklığı, miktarı ve kanama paternini belirlemek önemlidir. Üreme çağındaki kadınlarda seksüel ve kontraseptif hikaye olası bir gebeliğin akla gelmesinde önem taşır. Uygun hastalarda menopozal semptomlar sorgulanmalıdır. Postmenopozal kanama durumunda malignansi mutlaka düşünülmelidir. Kadınlarda kanamanın organik bir nedeni bulunamazsa disfonksiyonel uterin kanama tanısı konur.

AUK nedenleri:

i) Üreme organları bozuklukları

Ektopik gebelik, abortuslar, myom, adenomyozis, polip, enfeksiyon, endometrial hiperplazi, endometrium kanseri, serviks kanseri, over kanseri (18).

ii) Sistemik hastalıklar

Koagülasyon bozuklukları, karaciğer yetmezliği ve böbrek hastalıkları, endokrinopatiler (hipotiroidizm, hiperprolaktinemi), obezite (18).

iii) İatrojenik / farmakolojik sebepler

Antikoagülanlar, oral kontraseptifler, hormon replasman tedavisi, rahimiçi araçlar, psikotrop ilaçlar (18).

### **2.1.2. Adet Düzensizlikleri**

Menstrüel siklusu yöneten hipotalamus-hipofiz-gonad aksının herhangi bir basamağındaki yetersizlik anormal siklus kanamalarıyla ya da amenore ile sonuçlanır. Menstrüel bozukluklar özellikle menarşdan sonraki ilk 2-3 yıl olmak üzere ergenlik dönemi boyunca, menopoz öncesinde, doğum ve düşüklerden sonra sık görülür (19).

Düzensiz sikluslar şu başlıklar altında toplanır: Amenore, oligomenore, polimenore, hipomenore, menoraji, menometroraji.

Menarşın 16 yaşına kadar gerçekleşmemesi durumuna primer amenore, oligomenore olan bir kadında takip eden 3 siklus boyunca ya da düzenli adet gören bir kadında 6 ay boyunca kanama olmaması sekonder amenore olarak tanımlanır.

Primer amenore, reproduktif yaştaki kadınlarda %0,1-2 oranında görülür. Olguların etyolojilerinin %80'ini müllerian agenezi, gonadal disgenezi ve hipogonadotropik hipogonadizm oluşturmaktadır (20).

Sekonder amenore %1-%5 oranında görülür (21). Sekonder amenoreye sıklıkla gebelik, polikistik over sendromu (PKOS), hiperprolaktinemi, prematür ovaryan yetmezlik, menopoz ve hipotalamik nedenler sebep olmaktadır.

Sekonder amenorenin sık nedenlerinden biri de PKOS'dur. PKOS üreme çağındaki kadınlarda en yaygın görülen endokrin bozukluk olup klasik semptomları hiperandrojenizm ile birlikte anovulasyondur. Üreme çağındaki kadınların %5-%15'inde görülür (22). PKOS'da hastaların yaklaşık %75'inde anovuluar infertilite ve %80'inde hirsütizm vardır (23). İlk olarak 1935 yılında, Stein-Leventhal tarafından amenore, hirsütizm, obezite ve overlerde karakteristik polikistik görünümü olan yedi kadında tariflenmiştir ve hirsütizmin en sık sebebidir (24). Şu anda ise etyolojisi tam olarak bilinmeyen, kronik anovulasyon, menstrüel düzensizlik ve hiperandrojenizm bulgularıyla (hirsütizm, akne, erkek tipi saç dökülmesi) seyreden, cushing sendromu, hiperprolaktinemi, tiroid hastalığı ve androjen üreten tümörler gibi diğer nedenlerle ayırıcı tanısı yapılması gereken bir klinik tablo olarak tanımlanmaktadır (25).

Menometroraji, zamanı düzensiz, sık aralıklı, fazla miktarda, uzun süreli kanamalardır. %11,4 ile %13,2 oranında görülür ve yaşla insidansı artar. 40 yaş altı en sık nedeni uterin miyom, 40 yaş üstü en sık nedeni endometriyal poliptir (26).

### **2.1.3. Ağrı**

Pelvik ağrı acil veya elektif şartlarda başvuran hastalarda en sık görülen semptomların başında gelir. Dismenore en sık görülen jinekolojik ağrı nedenidir.

Akut pelvik ağrı 3 aydan daha az süren, yoğun, keskin ve genellikle batıcı karakterdedir. Üreme çağındaki kadınlarda gebelik mutlaka ekarte edilmelidir. Etiyolojide; pelvik inflamatuvar hastalık, endometrit, tuboovaryan apse, over kisti ve over kist rüptürü, hemorajik kist, ektopik gebelik, adneksiyal torsiyon, dismenore,

ovulasyon ağrısı (mittelschmerz), abortuslar vardır. Akut pelvik ağrının en sık nedeni over kisti rüptürüdür (27).

Jinekolojik olmayan akut pelvik ağrı nedenleri apandisit, divertikülit, bağırsak obstrüksiyonu, üreter taşları ve idrar yolu enfeksiyonlarıdır.

Kronik pelvik ağrı 6 aydan uzun süren, aynı bölgede devamlı olan ve fonksiyonel kayba sebep olan ağrılardır. Klinikte kronik pelvik ağrı sık görülmesine rağmen bu patolojinin kesin prevalansı bilinmemektedir. Ancak üreme çağındaki kadınlarda %14,7 ile %39 arasında değiştiği tahmin edilmektedir. En sık sebep endometriozis ve pelvik adezyonlardır. Diğer jinekolojik nedenler salpenjit, over tümörleri, pelvik vasküler konjesyon, pelvik relaksasyonlardır (28).

#### **2.1.4. Akıntı ve Kaşıntı**

Vajinal akıntı, vulvar kaşıntı ve vajinal koku kadınların tedavi için başvurduğu en sık jinekolojik problemdir (29). Her kadında görülebilen vajinal akıntının normal veya anormal olduğunu ayırt edilmelidir. Normal akıntının kokusuz, beyaz, akışkan özellikte olması, kaşıntı, irritasyon, kızarıklık ve şişkinlik gibi irritasyona neden olmaması gerekir ve pH'ı 4.5'ten küçüktür. Patolojik vajinal akıntıya ise başta enfeksiyonlar olmak üzere fiziksel travma, atrofik değişiklikler, kimyasal irritasyon, neoplaziler sebep olabilir (30).

Vajinal enfeksiyonlara neden olan pek çok etken vardır. Yapılan çeşitli araştırmalarda vajinit sıklığı ile ilgili %13,2 ile %49,5 arasında değişen oranlar verilmektedir (29). Üreme çağında, matür vajen epiteli nonspesifik bakterilere karşı dirençlidir. Nonspesifik bakteriler ve gonokoka bağlı vajinal enfeksiyonlar ancak prepubertal ve postmenopozal çağlarda görülür. Çünkü bu yaşlarda vajen epiteli çok ince ve dirençsizdir. Menstrüel çağlarda ise en sık görülen etkenler, trikomonas vajinalis, kandida tipi mantarlar, gardnerella vajinalistir. Bakteriyel vajinozis vajinitin en sık görülen nedenidir (31).

Vulvar kaşıntı ciddiye alınması gereken bir şikâyettir. Kadının sosyal yaşamını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler. Ayrıca vulva kanseri gibi ciddi bir hastalığın tek belirtisi olabilir. Bu nedenle önemle üzerinde durulması gerekir. Kadınlarda en sık kaşıntı nedeni kandidiazisdir. Vulvar kaşıntının diğer nedenleri; seboreik dermatit,

kontakt dermatit (tampon, pet, sabun, prezervatif, tüy dökücüler, kayganlaştırıcı kremler, spermisidler) ve liken planustur (32).

### **2.1.5. CYBH**

Genital akıntı, kızarıklık, kaşıntı, ülser, kötü koku, pelvik ağrı gibi şikâyetlerle kendini gösteren CYBH'lar, genellikle cinsel temas ile geçmekle beraber, sürtünme, oral, anal, kan yolu ile de geçebilirler. Anne yolu ile yenidoğana da geçebilen ve toplum sağlığı için önemli problem yaratan bu hastalıklar içinde trikomonas, klamidya, HPV, herpes genitalis, AIDS, molluskum contagiosum, sifiliz, gonore sayılabilir. Basit korunma tedbirleri ve tam doz tedavi ile bu hastalıkların tedavisi ve kronik pelvik ağrı, ektopik gebelik, infertilite, genital kanserler gibi komplikasyonlardan korunmak mümkündür (33).

### **2.1.6. Koital Problemler**

Vajinismus, vajina girişini çevreleyen pelvis kaslarının istem dışı kasılarak cinsel birleşmede acı ve ağrıya neden olması veya bu sebeple cinsel birleşmenin hiç gerçekleşememesi şeklinde tanımlanabilir (34,35). Kadınların %8-42'si etkilenmektedir (36).

Disparoni, cinsel ilişki esnasında ağrı duyulmasıdır. 18-59 yaş arası kadınların yaklaşık %14' etkilenir (36,37).

### **2.1.7. İdrar Kaçırma**

Üriner inkontinans (İ), Uluslararası Kontinans Birliği'nin tanımına göre, sosyal ya da hijyenik açıdan sorun oluşturan, objektif olarak gösterilebilir, istemsiz idrar kaçırma durumudur (38). Üriner inkontinans prevalansı farklı çalışmalarda değişik değerlerde tespit edilmiş olup, %14- %49 arasında değişmektedir. İnkontinans tipleri; urge üriner inkontinans, stres üriner inkontinans, miks üriner inkontinans, taşma tipi üriner inkontinans, fonksiyonel üriner inkontinanstır (39). Kadınlarda riner inkontinansın en sık görülen tipi öksürme, gülme, ağır kaldırma gibi karın içi basıncını arttıran durumlar sırasında oluşan, orta yaşlı ve doğum yapmış bayanlar arasında sık görülen stres üriner inkontinanstır (40).

### **2.1.8. İdrarda Yanma ve Ağrı**

İdrarda yanma ve ağrıya en sık üriner sistem enfeksiyonları (ÜSE) neden olur. Ağrılı idrar yapmanın diğer nedenleri mesane ve üreter taşları, üretrit, vajinit, travma, mesane tümörü, üriner sistem tüberkülozu, interstisyel sistit ve karsinoma in situ'dur (41). ÜSE sağlıklı insanlarda ve çoğunlukla kadınlarda sıkça morbiditeye yol açan bir hastalıktır (42). Kadınların %50'den fazlası hayatlarında en az bir kez bu enfeksiyonu geçirmişlerdir. Üretranın kısalığı ve rektuma yakın olması ÜSE gelişimini kolaylaştırır (43,44). ÜSE tedavisinde, antimikrobiyal ajanlar, yeterli sıvı alımı ve düzenli mesane boşaltımının yeri vardır.

### **2.1.9. Kısırlık**

İnfertilite, bir yıllık korunmasız cinsel ilişkiye rağmen gebelik oluşmaması halidir (45). Üreme çağındaki çiftlerin %10-15'i infertilite problemi ile karşılaşmaktadır (46). İnfertilite, DSÖ tarafından bir halk sağlığı sorunu olarak tanımlanmıştır. Dünya popülasyonunda mevcut infertil birey sayısı yaklaşık 72,4 milyondur ve bugünkü infertilite prevalansı yaklaşık %9 olarak tahmin edilmektedir (47).

## **2.2. Jinekolojik Muayene**

Kadınların çoğu, daha küçük bir kız olduğu dönemden başlayıp bütün yaşamı boyunca gizlemesi, koruması gereken genital organlarının muayenesi sırasında hafif anksiyete ve utanma hissinden, muayene olmaktan kaçınmaya kadar değişen reaksiyonlarla sonuçlanan travmatize etki yaşar (7). Bu anksiyete nedeniyle kadın hayatında önemli bir yer tutan düzenli jinekolojik muayeneden kaçınırlar.

Düzenli jinekolojik muayene, premalign lezyonların ve malign durumların erkenden teşhis edilmesi için tek yoldur. Düzenli jinekolojik muayene ile erken teşhis ve tedavisi yapılabilen en önemli hastalık serviks kanseridir.

## **2.3. Genital Kanserler**

Kadın genital sistem kanserleri; endometrium, over, serviks, vulva ve vajen kanserleridir. Endometrium, over ve serviks kanserleri daha sık görülmekte olup diğerleri nadirdir. Gelişmiş ülkelerde endometrium kanseri en sık jinekolojik kanserken

gelişmekte olan ülkelerde serviks kanseri en sıktır (48). T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Dairesi verilerine göre 2013 yılında Türkiye’de en sık görülen jinekolojik kanserler yüzbinde 9,9 ile endometrium kanseri, yüzbinde 7 ile over kanseri ve yüzbinde 4,6 ile serviks kanseridir (8).

### **2.3.1 Endometrium Kanseri:**

Endometrium kanseri gelişmiş ülkelerde en sık ve gelişmekte olan ülkelerde ise ikinci en sık görülen jinekolojik malignitedir. Esas olarak postmenopozal dönemde ve en sık da yaşamın beşinci ile altıncı dekatları arasında görülmektedir (49). T.C. Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye’de görülme oranı yüzbinde 9,9’dur.

Endometrium kanseri risk faktörleri arasında uzun süre karşılanmamış östrojene maruz kalma, obezite, erken menarş-geç menopoz, nulliparite, diyabet, PKOS vardır. Endometrium adenokarsinomu en sık görülen uterin kanser tipidir (50).

Endometrium kanseri için kabul edilebilir, uygun ve iyi maliyet-etkinlik oranı bulunan bir tarama testi yoktur (9).

### **2.3.2 Over Kanseri:**

Over kanseri yüzbinde 7 oranı ile Türkiye’de ikinci en sık görülen jinekolojik kanserdir. Over kanseri risk faktörleri arasında ailesel over kanser sendromları, meme ve/veya over kanseri aile hikayesi, ileri yaş, erken menarş-geç menopoz, infertilite nulliparite, obezite (VKİ>30) vardır (51).

Over kanseri için etkin bir tarama programı mevcut değildir.

### **2.3.3 Serviks kanseri:**

DSÖ yılda 530000 kadının serviks kanseri tanısı aldığını ve yaklaşık 275000 kadının bu nedenle öldüğünü tahmin etmektedir (52). Gelişmekte olan ülkelerde en sık görülen jinekolojik kanserken gelişmiş ülkelerde tarama programlarının başarısı nedeniyle 2. en sık görülen jinekolojik kanserdir (53). Son 30 yılda ABD’de ve İngiltere’de tarama programları ile serviks kanseri nedeniyle ölümleri %70 azaltmışlardır (52). Ülkemizde T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Dairesi’nin verilerine göre yüzbinde 4,5 ile 3. en sık görülen jinekolojik kanserdir (8).

Serviksin klinik değerlendirmeye açık bir internal genital organ olması sebebiyle servikal maligniteler gerek tarama yöntemleri ve gerekse anormal belirtilerin erken dönemde incelenmesi ile kolaylıkla tanınırlar. Erken tanı ve tedavi şansı başka hiçbir

kanserde serviks kanserinde olduğu kadar yüksek değildir (54). Predispozan faktörler ve risk faktörleri gayet iyi bilindiği için tedavisi de büyük ölçüde mümkündür. Serviks kanseri erken dönemde teşhis edilmediği takdirde mortalitesi çok yüksek bir kanserdir (55).

Serviksin en sık görülen kanseri skuamöz hücreli karsinomdur. Histolojik olarak büyük hücreli keratinize, büyük hücreli non-keratinize ve küçük hücreli tipleri vardır (56). Serviks kanseri gelişimi için en önemli risk faktörü HPV enfeksiyonudur (57). Diğer risk faktörleri; ilk cinsel ilişki yaşının küçük olması ya da birden fazla cinsel partnerinin olması, sünnet olmamış erkekle cinsel ilişki yaşanması, ilişki sırasında kondom kullanılmaması, sigara içilmesi, kadın hijyeninin kötü olması, immünsüpresif ilaç kullanımı, siyah ırk,AIDS hastalığının mevcut olması, klamidya enfeksiyonu, anne ya da kız kardeşinde serviks kanseri öyküsü olması, obezite, sebze ve meyveden fakir beslenme (vitamin A ve folik asit eksikliği), sosyoekonomik düzeyin düşük olması ve çok sayıda çocuk doğurmuş olmasıdır (58).

Servikal kanser, tarama testlerini kullanıp erken dönemde yakalamaya uygundur.Ulusal Kanser Kontrol Programı gereği her kadına 30 yaşından itibaren 5 yılda bir servikal kanser taraması yapılmalıdır. 65 yaşına geldiğinde son 2 tarama testi negatifse tarama programından çıkarılır. Servikal kanser taraması servikal sitoloji (pap smear) ya da HPV testi ile yapılabilir. Smear sonucu ASC-US, LSIL, HSIL, ACS-H gibi neoplazik değişiklikler gösterir nitelikteyse hasta ileri tetkik için kadın hastalıkları ve doğum uzmanına sevk edilmelidir. Tarama HPV testi ile yapıldıysa karsinojenik yüksek riskli HPV-DNA pozitif saptanan hastalar servikal smear alınarak ileri inceleme için sevk edilmelidir (59). Yüksek riskli HPV ile enfekte olmak servikal kanser gelişeceği anlamına gelmez. HPV prevalansı bölgelere göre değişmekle beraber dünya genelinde normal sitolojisi olan kadınlarda yaklaşık %8-%24 oranlarında bulunmuştur (60).Servikal tarama kadının yaşamı üzerine olumlu etkisi olduğu kanıtlanmış bir taramadır ve koruyucu hekimliğin içinde önemli bir yerdedir (61).

Servikal kanser taraması kadınlarda 30 yaşında başlayan ve 65 yaşında biten toplum tabanlı taramadır. HPV DNA veya pap smear testi geliştirilecek davet yöntemleriyle her beş yılda bir tekrarlanır. Son iki HPV veya pap smear testi negatif olan 65 yaşındaki kadınlarda tarama kesilmelidir. Benign jinekolojik nedenlerle total histerektomi yapılmış olguların takibi (CIN II ve III varlığı, benign kabul

edilmemektedir) gerekli değildir. CIN II ve III nedeniyle histerektomi yapılan olgularda; üçdökümante edilebilen, teknik olarak yeterli negatif sitoloji ve son 10 yılda anormal/pozitif sonuç yokluğunda tarama kesilmelidir (59).

HPV DNA'nın serviks kanseri ile ilişkisi artık kanıtlanmış olup, serviks kanserli hastaların %99,9'unda HPV DNA varlığı gösterilmiştir. HPV testinin negatif olması durumunda takip eden beş yıl içerisinde servikal kanser olma ihtimali çok düşüktür (59). Pap smear testi sadece tarama testi olup, mevcut hastalığın en son kanıtı değil, sadece diğer tekniklerle birlikte (kolposkopi ve histoloji) irdelenmesi gereken bir tanı yöntemidir. Viral enfeksiyonun varlığını gösteren sitolojik değişikliklerin papanicolau boyası ile saptanması servikovajinal hücrelerde tarama amacı ile bugün kullanılmaktadır. Bu test dökülen normal hücreler ve hastalık nedeniyle sitolojik olarak değişmiş hücrelerin incelenmesine dayanan bir testtir. Gecikmiş maturasyon nükleer atipi, parakeratozis, hiperkeratozisin yanı sıra yüksek dereceli sitolojik değişiklikleri yansıtması açısından invaziv serviks kanserlerinde tanı koydurucudur (62).

Prekanseroz lezyonlar olan Servikal Intraepitelial Neoplazilerin (CIN) klinik semptomuyoktur. CIN için ortalama yaş, serviks invazif kanseri yaşından (45-50 yaşları), yaklaşık 10 yıl daha öncedir (63). Hücrelerdeki bozukluklar, serviks ülserasyonuna yol açmadığından, hastalarda anormal uterin kanamalara genellikle rastlanmaz. Bazılarında ise, lezyonun, epiteli, temaslakanamaya yol açabilecek şekilde zayıflatması sonucunda, vajinal duş, muayene veya koitus sonrası lekelenme görülebilir. Karsinoma in situ vakalarının %60'ı tamamen asemptomatiktir verutin muayene sırasında lezyon sıklıkla gözlenmemektedir (63). İnvazif serviks kanseri belirtileri ise kanlı akıntı, postkoital kanama, bazen postmenapozal kanama; ileri evrelerde kötü kokulu vajinal akıntı, uyluk ağrısı (pelvik duvara yayılma), yan ağrısı (üreteral yayılma), kilo kaybı, obstrüktif üropati, rektal kanama, birveya iki ekstremitede birden ödem; preterminal dönemdeyse masif kanama ve üremi belirtileri şeklinde ortaya çıkar (64,65).

#### **2.4. Hpv Aşısı**

Bivalen ve kuadrivalen şeklinde FDA (Amerikan Gıda ve İlaç Merkezi) onaylı iki adet HPV aşısı bulunmaktadır. Kuadrivalen HPV aşısı tip 6, 11, 16 ve 18'e etkilidir. L1 kapsid protein bazlı virüs benzeri parçacıkları içerir. Bivalen HPV aşısı ise tip 16 ve 18'e karşı etkilidir (15). Birçok batı ülkesinde yaygın kullanılıyor olmasına rağmen, HPV aşısı Türkiye ulusal aşı programında ve ödeme kapsamında değildir (66). Aşı



sadece HPV tip 6, 11, 16 ve 18'den kaynaklanan hastalıklara karşı koruma sağlar. Bununla beraber aşı, rutin servikal taramanın yerini tutmayacağı için rutin servikal taramada önerilen takvime aşı uygulansın, uygulanmasın uyulması gerekmektedir. Yalnız HPV aşılmasına dayanan bir korunma stratejisi ile serviks kanseri olguları azaltılabilir ancak elimine edilemez. En iyi stratejinin preadölesanların aşılmasını izleyerek 30 yaşından başlayarak 5 yıllık aralarla 3 kez sitolojik tarama uygulanması olacağı öngörülmektedir (67). HPV aşuları 9-26 yaşları arasında yapılabilir. İlk doz için 11-12 yaşları uygun görünmektedir. Günümüzde aşı öncesi HPV-DNA testleri ve serolojik testler önerilmemektedir (68).

### **3. MATERYAL VE METOT**

Bu çalışma, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan kadın personelinin jinekolojik şikâyet sıklıkları ve jinekolojik muayene ile ilgili bilgi düzeyinin, tutum ve davranışlarının araştırılması amacıyla planlanan kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırmada Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan tüm kadın personele ulaşılması hedeflenmiştir. Bu amaçla, anket formunu doldurmayı kabul eden 403 kadın personel çalışmaya dâhil edilmiştir.

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından hazırlanan anket formlarının yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak doldurulmasıyla toplanmıştır. Çalışmada veri toplama aracı olarak, kadın personelinin jinekolojik şikâyet sıklığı ve jinekolojik muayene ile ilgili bilgi düzeyleri, tutum ve davranışlarının sorgulandığı; düzenli jinekolojik muayene ve pap smartesti yaptırma durumlarının değerlendirildiği bir anket formu kullanılmıştır (EK-1). Meme kanseri taramasını çalışmamızın dışında tuttuk.

Çalışmada kullanılan anket genel bilgiler, jinekolojik şikâyet sıklığı ve jinekolojik muayene serviks kanseri, serviks kanserinin risk faktörleri, serviks kanserinden korunma yöntemleri ve HPV aşısı, HPV DNA ve pap smear testi ile ilgili bilgi, tutum ve davranış olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Ankette toplam 49 soru soruldu. Anketin genel bilgiler bölümünde katılımcıların yaşı, mesleği, eğitim durumu, medeni durumu, menarş ve varsa menopozla ilgili bilgileri, menstruasyon düzeni ve varsa gebelik bilgileri sorgulandı. Ankette bu bilgileri değerlendirmeye yönelik 13 soru yer almaktadır. İkinci bölümde jinekolojik şikâyet sıklığını sorgulayan 24 soru sorulmuştur. Üçüncü bölümde ise katılımcıların serviks kanseri, serviks kanserinin risk faktörleri,

serviks kanseri belirtileri, serviks kanserinden korunma yöntemleri ve HPV aşısı ile ilgili bilgilerini sorgulamaya; düzenli jinekolojik muayene, HPV DNA ve pap smear testi yaptırma durumlarını irdelemeye yönelik 12 soru sorulmuştur.

Jinekoloji polikliniğine hangi şikâyetlerle ve ne sıklıkla gidilmesi gerektiği; jinekolojik muayene, serviks kanseri, HPV DNA ve pap smear testi, HPV aşısı ile ilgili bilgi düzeylerini ölçmeye yönelik sorulan sorulara verilen cevaplar yaşa, eğitim düzeyine ve meslek gruplarına göre karşılaştırılmıştır. Katılımcıların düzenli jinekolojik muayene, HPV DNA ve pap smear testi yaptırma oranları, HPV aşısı yaptırma oranları, jinekolojik şikâyet sıklıkları irdelenmiştir.

Bu çalışma Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 11/03/2015 tarihli ve 79 sayılı kararı ile etik kurul onayı alınarak yapılmıştır.

İstatistiksel analiz için SPSS for Windows 20.0 programı kullanıldı. Verilerin normal dağılım uygunlukları görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk testleri) kullanılarak incelendi. Parametrik koşulları taşıyan iki gruptaki karşılaştırmalar Student T testi, üç ve daha fazla sayıdaki gruplardaki karşılaştırmalar ise One Way Anova testi ile yapıldı. Veriler aritmetik ortalama  $\pm$  standart sapma olarak sunuldu. Normal dağılıma uymayan sayısal veriler ortanca olarak sunuldu. İstatistiksel anlamlılık için tip-1 hata düzeyi %5 olarak belirlendi.

#### **4. BULGULAR**

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan ve bu çalışmaya katılmayı kabul eden 403 kadın personelinin demografik bilgileri aşağıdaki Tablo-1'de verilmiştir.

**Tablo 1.** Araştırma Grubunun Demografik Özellikleri:

Demografik Özellikler	Sayı	Oran	
Yaş	20 yaş altı	13	3,3
	21-30 yaş	136	33,7
	31-40 yaş	140	34,7
	41-50 yaş	89	22,1
	50 yaş üstü	25	6,2
Meslek	asistan doktor	91	22,6
	uzman doktor	59	14,6
	ebe	22	5,4
	hemşire	97	24,1
	diğer	134	33,3
Eğitim Durumu	ilk/ortaokul mezunu	13	3,3
	lise mezunu	55	13,6
	önlisans mezunu	62	15,4
	lisans mezunu	144	35,7
	lisan üstü mezunu	129	32,0
Medeni Durum	evli	297	73,7
	bekâr	106	26,3

Çalışmaya katılanların yaş gruplarına göre dağılımı 20 yaş altında 13 kişi, 21-30 yaş grubunda 136 kişi, 31-40 yaş grubunda 140 kişi, 41-50 yaş grubunda 89 kişi, 50 yaş üstü 25 kişi şeklindedir. Katılımcıların meslek gruplarına göre dağılımı 91'i (%22,6) asistan doktor, 59'u (%14,6) uzman doktor, 22'si (%5,5) ebe, 97'si (%24,1) hemşire ve 134'ü (%33,3) diğer kadın personeli şeklindedir (Tablo 1).

Çalışmaya katılan 403 kadın personelden 13'ü (%3,2) ilkokul/ortaokul mezunu, 55'i (%13,6) lise mezunu, 62'si (%15,4) önlisans mezunu, 144'ü (%35,7) lisans mezunu, 129'u (%32) lisansüstü mezunu şeklindedir (Tablo 1).

Katılımcılardan 297'si (%73,7) evli, 106'sı (%26,3) bekârdı (Tablo 1).

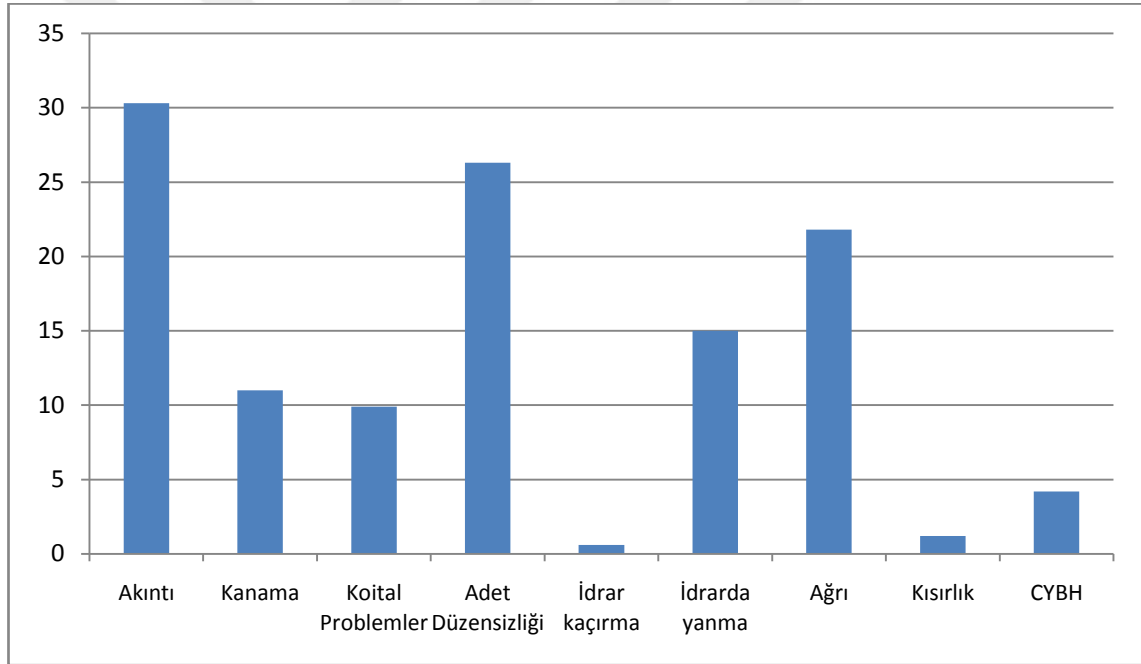
Katılımcıların menarş yaşları 10 ile 18 arasında değişirken, ortalama menarş yaşı  $13,2 \pm 1,29$  idi.

Katılımcıların adet düzeni sorgulandığında menopoza girmemiş olan 368 (%91,3)personelden 311'inin (%84,5) adetlerinin düzenli olduğu, 57 (%15,5) personelin ise adet düzensizliği problemi olduğu görülmüştür.

Katılımcıların sigara kullanma durumu sorgulandığında 88'inin (%21,8) sigara içtiği, 315'inin (%72,2) sigara içmediği saptanmıştır.

Katılımcıların 122'si (%30,3) akıntı, 45'i (%11) kanama şikâyetiyle, 40'ı (%9,9) koital problemler, 106'sı (%26,3) adet düzensizliği, 1'i (%0,25) idrar kaçırma, 61'i (%15) idrarda yanma, 88'i (%21,8) ağrı, 5'i (%1,2)kısırlık ve17'si(%4,2) CYBH şikâyetleriyle kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvurduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların şikâyet sıklıkları şekil 1'de gösterilmiştir.

**Şekil 1.** Katılımcıların Şikâyet Sıklığı



Katılımcıların 318'i (%78,9) düzenli jinekolojik muayene olmadığını, 85'i (%21,1) düzenli jinekolojik muayene olduğunu ifade etmiştir (Tablo 2). Düzenli jinekolojik muayene olduğunu söyleyenlerden 13'ü (%15,3) 6 ayda bir, 48'i (%56,5) yılda bir, 23'ü (%27) 3 yılda bir, 1'i (%1,2) 5 yılda bir muayene olduğunu ifade etmiştir (Tablo 3). Düzenli jinekolojik muayene olduğunu söyleyenlerden 3'ü (%3,5) arkadaş/komşuyu, 45'i (%53) doktoru, 10'u (%11,8) ebe/hemşireyi, 16'sı (%18,8) daha önce aldığı eğitim ve seminerleri, 4'ü (%4,7) görsel/yazılı basını, 7'si (%8,2) interneti bilgi kaynağı olarak göstermiştir (Tablo 4).

**Tablo 2.**Katılımcıların Düzenli Jinekolojik Muayene Olma Durumu

	Sayı	Oran
Düzenli jinekolojik muayene olmayanlar	318	78,9
Düzenli jinekolojik muayene olanlar	85	21,1

**Tablo 3.** Katılımcıların Düzenli jinekolojik Muayene Olma Aralıkları

	Sayı	Oran
6 ay	13	15,3
1 yıl	48	56,5
3 yıl	23	27
5 yıl	1	1,2

**Tablo 4.**Katılımcıların Düzenli Jinekolojik Muayene Olunması Gerektiği Bilgisine Nereden Ulaştıkları

	Sayı	Oran
Arkadaş/Komşu	3	3,5
Doktor	45	53
Ebe/Hemşire	10	11,8
Eğitim/Seminer	16	18,8
Görsel/Yazılı Basın	4	4,7
İnternet	7	8,2

Katılımcıların jinekolojik muayeneye gitme ile ilgili görüşleri incelendiğinde 100'ü (%24,8) jinekolojik muayeneden utanıyorum/korkuyorum, 227'si (%56,3) şikâyetim olursa muayene olurum, 60'ı (%14,9) şikâyetim olsun veya olmasın belli aralıklarla muayene olurum, 4'ü (%1) jinekolojik muayenenin gereksiz olduğunu düşünüyorum ve 12'si (%3)diğer şekilde cevap vermiştir (Tablo 5). Diğer cevabını verenler ise cinsel aktif olmadıkları için jinekolojik muayeneye gitmediklerini ifade etmişlerdir.

**Tablo 5.** Katılımcıların Jinekolojik Muayene İle İlgili Görüşleri

	Sayı	Oran
Utaniyorum/Korkuyorum	100	24,8
Şikâyetim olursa muayene olurum	227	56,3
Belli aralıklarla muayene olurum	60	14,9
Gereksiz olduğunu düşünüyorum	4	1
Diğer	12	3

Katılımcıların 17'si (%4,2) CYBH şüphesiyle doktora başvurmuş olup 8 tanesi medikal tedavi almıştır.

Katılımcıların 245'i (%60,8) herhangi bir şikâyetle kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvurmuştur. Alınan tanılar ve sıklıkları tablo 6'da verilmiştir.

**Tablo 6.** Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde Alınan Tanılar

Tanı	Sayı	Oran
Abortus	1	0,2
Adet düzensizliği	23	5,7
Bartolin kisti	3	0,7
Dismenore	9	2,2
Disparoni	2	0,5
Endometriozis	17	4,2
Erken menopoz	1	0,2
Hemorajik kist	1	0,2
Hpv siğil	2	0,5
İnfertilite	5	1,2
İnkontinans	1	0,2
Kayıp ria	1	0,2
Kondiloma aküminata	2	0,5
Menometroraji	3	0,7
Menopoz	2	0,5
Menoraji	8	2,0
Molluskum kontagiozum	1	0,2
Myoma uteri	20	5,0

Oligomenore	1	0,2
Over kisti	14	3,5
PKOS	22	5,5
PIH	3	0,7
Prematür ovaryan yetmezlik	1	0,2
Servikal yetmezlik	7	1,7
Servisit	1	0,2
Sistit	24	6,0
Uterin sineşi	1	0,2
Vajinismus	3	1,2
Vajinit	66	16,4

245 katılımcının 219'u tedavi almış, bunların 37'si cerrahi, 208'i medikal tedavi görmüş olup 87 katılımcının şikâyeti tekrarlamıştır.

Katılımcıların 73'ünün (%18,1) ailesinde kanser öyküsü olduğu saptanmıştır. Ailesinde kanser öyküsü olan katılımcıların 36'sında (%49,3) meme kanseri, 1'inde (%1,3) vulva kanseri, 20'sinde (%26,6) endometrium kanseri, 5'inde (%6,6) serviks kanseri, 11'inde (%14,6) over kanseri olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların 124'ü (%43,2) daha önce HPV DNA veya pap smear testi yaptırmışken, 279 (%56,8) personel hiç HPV DNA veya pap smear testi yaptırmamıştır (Tablo 7).

**Tablo 7.** Katılımcıların HPV DNA Veya Pap Smear Testi Yaptırma Durumları

	Sayı	Oran
<b>HPV DNA veya pap smear testi yaptıranlar</b>	124	43,2
<b>HPV DNA veya pap smear testi yaptırmayanlar</b>	279	56,8

HPV DNA veya pap smear testi yaptırmayanlara yaptırmama nedenleri sorulduğunda verilen cevaplar tablo 8'de verilmiştir.

**Tablo 8.** HPV DNA veya Pap Smear Testi Yaptırmama Nedenleri

Yaptırmama nedeni	Sayı	Oran
Yapılması gerektiğini bilmiyorum	38	16,8
Nasıl yaptırılacağını bilmiyorum	18	6,6
Gerekli olduğunu düşünmüyorum	90	39,6
Yaptırmaktan korkuyorum, çekiniyorum	74	32,6
Diğer	10	4,4

Diğer şikkını işaretleyen katılımcılar HPV DNA veya pap smear testi yaptırmama nedeni olarak bekâr olduklarını, cinsel aktif olmadıklarını ve HPV aşısı yaptırdıklarını ifade etmişlerdir.

Katılımcılara HPV aşısı yaptırap yaptırmadıkları sorulduğunda 10'u (%2,5) HPV aşısı yaptırmışken, 393'ü (%97,5) HPV aşısı yaptırmamıştı (Tablo 9).

**Tablo 9.** Katılımcıların HPV Aşısı Yaptırma Durumları

	Sayı	Oran
HPV aşısı yaptıranlar	10	2,5
HPV aşısı yaptırmayanlar	393	97,5

Katılımcılara jinekoloji polikliniğine hangi şikâyetlerle ve ne sıklıkla gidilmesi gerektiği; serviks kanseri, risk faktörleri, belirtileri, HPV DNA ve pap smear testi, HPV aşısı ile ilgili bilgilerini ölçmek için sorular sorulmuş ve alınan cevaplara eşit puanlar verilerek toplam 100 puan üzerinden değerlendirilmiştir. Yaş gruplarına göre alınan puanlar Tablo 10'da, meslek gruplarına göre alınan puanlar Tablo 11'de, eğitim durumuna göre alınan puanlar Tablo 12'de verilmiştir.

**Tablo 10.** Yaş Gruplarına Göre Bilgi Düzeyleri



Yaş grupları	Sayı	Puan
20 yaş altı	13	62,18
21-30 yaş	136	58,79
31-40 yaş	140	58,96
41-50 yaş	89	60,63
50 yaş üstü	25	54,67

Katılımcıların bilgi düzeyi açısından yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ( $p=0,405$ ).

**Tablo 11.** Meslek Gruplarına Göre Bilgi Düzeyleri

Meslek Grupları	Meslek Grupları	p
<b>Diğer</b> (n=134, puan=50,93)	Asistan Doktor (n=91, puan=63,28)	0,000
	Uzman Doktor (n=59, puan=62,50)	0,000
	Ebe (n=22, puan=63,26)	0,000
	Hemşire (n=97, puan=63,49)	0,000

Katılımcıların bilgi düzeyi meslek gruplarına göre değerlendirildiğinde asistan doktor, uzman doktor, ebe ve hemşireler arasında anlamlı fark bulunamamış fakat diğer kadın personel ile asistan doktor, uzman doktor, ebe ve hemşireler karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0,001$ ).

**Tablo 12.** Eğitim Durumlarına Göre Bilgi Düzeyleri

Eğitim Durumu	Eğitim Durumu	p
<b>İlk/Ortaokul Mezunu</b> (n=13, puan=39,42)	Lisans Mezunu (n=144, puan=60,73)	0,048
	Lisans Üstü Mezunu (n=129, puan=62,50)	0,028
<b>Lise Mezunu</b> (n=55, puan=51,44)	Lisans Mezunu (n=144, puan=60,73)	0,003
	Lisans Üstü Mezunu (n=129, puan=62,50)	0,000

Eğitim grubuna göre karşılaştırma yapıldığında lisans mezunları ile ilk/ortaokul ve lise mezunlarının aldıkları puanlar karşılaştırılmış ve anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla p=0,048 ve p=0,003). Lisansüstü mezunları ile ilk/ortaokul mezunlarının ve lise mezunlarının aldıkları puanlar karşılaştırılmış ve anlamlı fark bulunmuştur (p=0,028 ve p< 0,001). Önlisans mezunları ile ilk/ortaokul mezunları, lise mezunları, lisans ve lisans üstü mezunlarının aldıkları puanlar karşılaştırılmış ve anlamlı fark bulunmamıştır.

## 5. TARTIŞMA

Etkin, ulaşılabilir ve kaliteli bir sağlık sistemi, nitelikli bir toplum için vazgeçilmezdir. Çağdaş sağlık hizmeti anlayışı, öncelikle sağlığı korumaya ve geliştirmeye yöneliktir. Bu anlamda kadın sağlığı ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi yapılacak sağlık politikalarının ve uygulamalarının kanıt temelli, ihtiyaca yönelik olmasına katkı verecektir.

Jinekolojik muayene kadın sağlığının korunması açısından önemli bir uygulamadır. Jinekolojik muayene pozisyonu, kullanılan aletler, hastane ortamı, sağlık çalışanların yaklaşımı, muayene eden hekimin karşı cinsten olması, olumsuz muayene deneyimleri, hasta mahremiyetine dikkat edilmemesi gibi nedenlerle kadınlarda anksiyeteye ve düzenli muayene olmaktan kaçınmaya sebep olmaktadır.

2014 yılında yapılan Türkiye Kadın Sağlığı Araştırması'na göre kadınların %48,83'ü jinekolojik muayeneye hiç gitmediğini belirtmiştir. Muayeneye gidenlerin ise,

%55,98'i pap smear testi, %45,87'si mamografi yaptırdıklarını ifade etmişlerdir (69). Gakidou ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışma, 57 ülkeye ait verileri ve bulguları kullanarak 'En az bir kez jinekolojik muayene olmuş olma oranını' geliştirmekte olan ülkeler için % 44,7, gelişmiş ülkeler için %93,6 olarak bildirmiştir(70). Bu çalışmalarda jinekolojik muayene olma oranının yüksek bulunmasının nedeni en az bir kez jinekolojik muayeneye gitme durumunu sorgulamaları olarak düşünülmüştür. Sırbistan'da 2005 yılında 775 kadınla yapılan çalışmada kadınların yaklaşık %50'sinin düzenli olarak bir jinekoloğa gittikleri saptanmıştır (71).Çalışmamızda ise katılımcılara herhangi bir şikâyeti olmadan düzenli jinekolojik muayeneye gidilmeli midir diye sorulduğunda %86,4'ü evet cevabı vermiştir ancak düzenli jinekolojik muayene olup olmadıkları sorulduğunda %21,1'i düzenli jinekolojik muayene olduğunu ifade etmiştir. Düzenli jinekolojik muayene olmayan katılımcılara bunun nedeni sorulduğunda %27,1 si utandığını/korktuğunu söylemiştir. Jinekolojik muayene sırasında yaşanan anksiyete, kadınların muayeneden kaçmalarına ve ancak sıkıntıları arttığında doktora başvurmalarına neden olmaktadır. Jinekolojik muayene olma oranı, pap smear testi yaptırma durumu hakkında dolaylı bir bilgi niteliğinde olabilir. Ülkemizde kadınların bilgi eksikliği, sağlık sorunlarını önemsememe, utanma, parasal sorunlar gibi nedenlerle sağlık kuruluşlarına başvurmadıkları düşünülebilir. Bu nedenle kadınlar genelde kontroller yerine sağlık sorunları arttığında jinekoloğa gitmektedirler.

Kanama, genital kanserlerde de ilk bulgu olarak karşımıza çıkabilir, düşük prevalans hekimleri olarak aile hekimleri bu konuda dikkatli olmalıdır.Yapılan çalışmalarda AUK sıklığı %10-%30 arasında bulunmuştur (72-74). Bizim çalışmamızda AUK sıklığı literatüre benzer şekilde %11 olarak bulunmuştur.Adet düzensizlikleri jinekoloji polikliniğine sık başvuru nedenlerindedir. 2014 yılında yapılan Türkiye kadın sağlığı araştırmasında adet düzensizliği oranı %14,84 olarak bulunmuştur (69). Çalışmamızda adet düzensizliği sıklığı literatürden farklı olarak %26,3 bulunmuştur. Bunun nedenininkadınların normal menstrüel siklus düzenini bilmemelerinden kaynaklanıyor olabileceği düşünülmüştür.Yapılan çalışmalarda PKOS sıklığı %4-12 arasında değişen oranlarda bulunmuştur (75-77). Çalışmamızda PKOS sıklığı literatüre benzer şekilde %5,5 olarak bulunmuştur.PKOS'un tanı kriterleri konusunda günümüzde tam bir fikir birliği sağlanamamıştır. Bu nedenle PKOS sıklığının çalışma yapılan

popülasyon ve overlerin ultrasonografik görüntülenmesinin tanı kriterlerine dahil edilip edilmemesine göre değişebildiği düşünülmüştür.

Üreme çağındaki kadınlarda yapılan bir çalışmada hastaların %39'u, zaman zaman menstruasyon dışı pelvik ağrılarının olduğunu belirtmişlerdir (78). Acil servise akut pelvik ağrı nedeniyle başvuran hastaların, jinekolojik tanı alanların %24'ü PİH, %23'ü alt genital enfeksiyon (servisit, vajinal kandidiazis, bartholin bezi absesi), %12'si menstrel bozukluk, %12'si inflamatuvar olmayan ovaryan veya tubal patoloji (over kisti veya torsiyonu), %4,3'ü ektopik gebelik olarak belirlenmiştir (79). Çalışmamızda akut pelvik ağrı yapan patoloji sıklığı %8,2 olarak saptanmıştır. Kronik pelvik ağrı tanı ve tedavisi jinekologlar için oldukça zordur. KPA prevalansı %4-25 aralığında değişmektedir (80,81). Çalışmamızda kronik pelvik ağrıya neden olan patolojiye sahip katılımcı oranı literatüre benzer olarak %4,2 olarak saptanmıştır.

Vajinal akıntı hekimlerin en sık karşılaştığı klinik sorunlardandır. Vajinal akıntının en sık nedeni vajinittir. Literatürde vajinit sıklığı ile ilgili %13,2 ile %49,5 arasında değişen oranlar verilmektedir (29). Çalışmamızda vajinit sıklığı literatüre benzer şekilde %16,4 olarak bulunmuştur.

İdrada yanma ve ağrı, ÜSE'nin en belirgin başvuru şikâyetidir. Kadınların neredeyse yarısı yaşamları boyunca en az bir kez ÜSE geçirirler (82). Çalışmamızda literatürden farklı olarak idrarda yanma ve ağrı sıklığı %15 olarak bulunmuştur. Bunun nedeni, üriner şikâyetler nedeniyle farklı uzmanlık dallarına başvuru olması olarak düşünülmüştür.

Üİ, kadının fiziksel, psikolojik ve sosyal yönlerden iyiliğini ve yaşam kalitesini etkileyen yaygın şikâyetlerden biri olup sıklığı %10 ile %50 arasında değişmektedir (83). Literatürden farklı olarak çalışmamızda Üİ olan bir katılımcı vardı ve sıklığı %0,25 olarak bulunmuştur. Bunun nedeni çalışma grubumuzun yaş aralığı olabilir.

İnfertilite dünya sağlık örgütü tarafından bir halk sağlığı sorunu olarak tanımlanmıştır. Üreme çağındaki çiftlerin %10 ile %15'i infertilite problemi ile karşılaşmaktadır(46). Çalışmamızda literatürden farklı olarak infertilite sıklığı %1,2 olarak bulunmuştur. Bunun nedeni çalışma grubumuzda bekâr katılımcıların da olmasıdır. İnfertilite ile ilişkisi net olarak ortaya konmuş prematür ovaryan yetmezlik insidansı ise tam olarak tanımlanamamakla birlikte amenoreik kadınların %2-10'unda, genel kadın popülasyonunun ise %1-3'ünde görüldüğü tahmin edilmektedir (84).

Çalışmamızda prematür ovaryan yetmezlik sıklığı % 0.24 olarak saptanmıştır. Bu düşük oranlar çalışma grubumuzdaki kişi sayısının az olmasından kaynaklanıyor olabilir.

DSÖ 2006 Küresel Strateji Raporuna göre; her gün yaklaşık bir milyon kişi, HIV de dahil olmak üzere cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyon ile enfekte olmaktadır (85). Ülkemizde cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların prevalansını gösteren çalışma az sayıdadır. 2001 yılında yapılan bir çalışmada aile planlaması polikliniğine başvuran kadınlarda C.trachomatis prevalansı %1,9, T.vaginalis prevalansı %2,6 olarak bildirilirken, hiç N. gonorrhoeae saptanmamıştır (86). Çalışmamızda CYBH sıklığı %4,2 olarak bulunmuştur.

Koital problemlerden disparoni kadınlarda %4 ile %55 oranında görülür (87,88). Çalışmamızda literatürden farklı olarak disparoni sıklığı %0,5 olarak bulunmuştur. Batı kaynaklı genel epidemiyolojik çalışmalarda, vajinismus prevalansı %0,4 ile %17 arasında değişmektedir (88-91). Afrika ülkelerinde yapılan çalışmalarda, prevalans %6 olarak bildirilmiştir (92,93). Ülkemizde toplum temelli çalışmalar sınırlı ve yetersiz sayıda olmakla birlikte, Yılmaz ve arkadaşlarının Konya'da yaşayan 470 evli kadın üzerinde yaptıkları anket çalışmasında, %15,3 oranında vajinismus bildirilmiştir (94). Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği'nin 2006 yılında yürüttüğü çalışmada, ankete katılan kadınların %9,2'si ilk cinsel birleşme sırasında korku ve ağrı yaşadıklarını ve bunun bir dönem sürdüğünü bildirmişlerdir (95). Çalışmamızda vajinismus sıklığı %1,2 olarak bulunmuştur. Bu düşük oranların katılımcıların bilgi eksikliğinden kaynaklanabileceği ve gerçek şikayet sıklığının daha yüksek olduğu düşünülmüştür.

Amerikan Kanser Cemiyeti (American Cancer Society-ACS)'nin 2015 raporuna göre her yıl 12900 civarında yeni servikal kanser vakası saptanmıştır (96). Ülkemizde sorun henüz bu boyutta olmasa dahi jinekolojik muayene ve pap smear testinin düzenli aralıklarla yapılması gerekir. Amacımız kanser gibi morbidite ve mortalitesi yüksek olan klinik bir durumu prekanseröz dönemde ortaya çıkarmak ve hastanın yaşam kalitesini arttırmaktır. Bunun en ucuz ve sonuca en kısa zamanda ulaştırılan yolu düzenli jinekolojik muayenedir.

Jinekolojik kanserler içinde başlıca endometrium, serviks ve over kanseri yer almaktadır. Endometrium kanseri gelişmiş ülkelerde en sık görülen jinekolojik

kanserken gelişmekte olan ülkelerde serviks kanseri en sık görülen kanserdir (97). Ülkemizde sıklık sırasına göre jinekolojik kanserler endometrium kanseri, over ve serviks kanseridir. Çalışmamızda endometrium kanseri olan 1 katılımcı vardı, diğer kanser türleri olan katılımcı yoktu.

Serviks kanseri oluşuncaya kadar geçen süre uzun olduğu için tarama ile kanser ortaya çıkmadan önce serviksteeki değişiklikler saptanabilmektedir. Hastalığın erken dönemde belirtilerinin saptanması ile kanser gelişimi engellenebilmektedir. Birçok gelişmiş ülkede uygulanmakta olan tarama programları ile invaziv kanser insidansında önemli düşüş sağlanırken, gelişmekte olan ülkelerde başarılı tarama programları oldukça sınırlıdır (98). Yapılan çalışmalara göre kadınların her beş yılda bir pap smear testi yaptırması ve belirlenen displazilerin tedavi edilmesi durumunda serviks kanseri insidansının yaklaşık %84 oranında azalacağı belirtilmektedir (98,99). Ülkemizde Ulusal Kanser Kontrol Programı'nın önerisiyle her kadına 30 yaşından itibaren 5 yılda bir serviks kanseri taraması yapılmaktadır. ABD'de ACS'ne göre serviks kanseri taraması için 3 yılda bir pap smear testi veya 5 yılda bir pap smear ve HPV-DNA testi yapılması önerilmektedir (100). Yapılan çalışmalarda Türkiye'de pap smear testi yaptırma oranları %9,4-%51,3 arasında değişmektedir (101,102). Kalyoncu ve arkadaşları 2003 yılında yaptıkları çalışmada kadınların sadece %20'sinin daha önce pap smear testi yaptırdıklarını belirlemişlerdir (55). Oran ve arkadaşları 2003 yılında bayan akademisyenler arasında yaptıkları çalışmada bayan akademisyenlerin %71,8'inin pap smear testi yaptırmadıklarını belirlemişlerdir (103). Bu çalışmalarda pap smear testi yaptırma oranının düşük olması organize tarama programının olmamasından kaynaklanmaktadır. Bizim çalışmamızda literatüre benzer şekilde HPV-DNA ve pap smear testi yaptırma oranı %43,2 olarak bulunmuştur.

Kalyoncu ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada pap smear testini nereden duyduğunu sorusuna %95,2 oranında sağlık kuruluşu, %3,2 medya cevabı verildiğini bildirmişlerdir (55). Karaca ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada %55,6 oranında doktor ve %16 oranında diğer sağlık çalışanları bilgi kaynağı olarak bulunurken, medyadan duyanların oranı sadece %9,9'du (53). Çalışmamızda katılımcılar düzenli jinekolojik muayene olunması gerektiği bilgisine %52,9 doktoru ve %11,7 ebe/hemşireyi, %4,7 görsel/yazılı basını, %8,2 interneti bilgi kaynağı olarak

göstermiştir. Bu düşük oran, görsel/yazılı basın gibi iletişim araçlarının bu tür bilgilendirmeler konusunda yeterince iyi kullanılmadığının göstergesi olarak kabul edilebilir.

İlter ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada HPV aşısı yaptırma oranını %1,5 olarak bulmuşlardır (104). Çalışmamızda HPV aşısını duyan katılımcı oranı %76,4 iken HPV aşısı yaptırma oranı %2,5 olarak saptanmıştır. Aşılama konusunda hedef popülasyona hitap eden ve bu grupla en sık karşılaşan hastane çalışanlarının %23'ünden fazlası aşının varlığından habersizdi. Halkın eğitilmesi ve sağlığının korunması açısından önemli sorumlulukları olan hastane çalışanlarının bilgilendirilmesi için bu konuda daha fazla eğitimin verilmesi gereklidir.

Bir toplumdaki kadın popülasyonu içinde serviks kanseri hakkındaki bilgi düzeyi en yüksek kesimin hastane çalışanlarının olması beklenir. Tarwireyi ve arkadaşlarının 2003 yılında yaptıkları bir çalışmada sağlık çalışanlarının serviks kanseri hakkındaki bilgi, tutum ve pap smear testi yaptırma davranışları incelenmiş, sonuç olarak sağlık çalışanlarının serviks kanserleri ile ilgili risk faktörlerine yönelik bilgilerinin yetersiz olduğu ve çalışanların %86,6'sının HPV'nin serviks kanseri için risk faktörü olduğunu bilmedikleri saptanmıştır. Aynı çalışmada, sağlık çalışanlarının %81,7'sinin ise pap smear testi yaptırmadıkları belirlenmiştir (105). Yücel ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada hastaların serviks kanseri bilgi düzeyleri araştırılmış lise ve üzeri eğitim alanlarla okur-yazar olanlar arasında bilgi düzeyi farklı bulunmuştur (106). Çalışmamızda katılımcılara jinekoloji polikliniğine hangi şikâyetlerle ve ne sıklıkla gidilmesi gerektiği; serviks kanseri, serviks kanseri belirtileri ve risk faktörleri, HPV DNA ve pap smear testi, HPV aşısı ile ilgili bilgi düzeylerini ölçmek için sorular sorulmuş ve verilen cevaplar 100 puan üzerinden değerlendirilmiştir. Eğitim durumu arttıkça alınan puanların arttığı görülmüştür.

Çalışmamızın sonucuna göre toplumumuzun serviks kanseri ve HPV konusunda bilgi kaynağı olarak gördüğü kabul edilen grup olan hastane çalışanlarının bilgi düzeyleri oldukça yetersizdir. Hekim grubunun dahi bilgi düzeyi ve farkındalığı oldukça düşüktür. Saptanan yetersizliklerin sürekli tıp eğitimi etkinlikleri ile giderilmesi ve topluma kampanyalar yoluyla ulaşılarak tarama programlarının anlatılması birinci basamak koruyucu hekimlik gereklilikleri bakımından kaçınılmazdır. Benzer oranların pap smear testi yaptırma konusunda da görüldüğü dikkate alınır ise hastane çalışanlarının

sağlıkları konusunda ihmalkâr oldukları veya eldeki imkanları kullanma konusunda çekingen oldukları düşünülmüştür.

Katılımcılar HPV'nin serviks kanserine yol açabileceği konusunda bilgi sahibi olmalarına rağmen kendilerine pap smear testi ve HPV aşısı yaptırmadıkları saptanmıştır. Bu durum pap smear testi konusunda, mesleği ne olursa olsun, kişinin bilgi düzeyinden çok hekiminin bu testi istemesinin ve hastaya önermesinin etkin olduğu görüşünü düşündürmüştür. Hastanemiz kadın personelinin jinekolojik şikayet sıklıkları genel olarak literatürle benzerdir. Yine literatüre benzer olarak hastane çalışanları düzenli jinekolojik muayene olunması gerektiğini bildiği halde muayene olmamaktadır.

Kadınların Türk toplumundaki geleneksel yapıdan kaynaklanan değer yargıları nedeni ile sağlık kurumuna başvurmaktan çekinmeleri ve sağlıkla ilgili yanlış bilgi ve algılarının düzenli jinekolojik muayeneye gitmelerini engellemesi söz konusu olabilir. Ayrıca kadınların büyük çoğunluğunun jinekolojik muayeneyi utandırıcı, rahatsız edici ve gerekli olmayan bir işlem olarak algılamaları ile de açıklanabilir.

## 6. SONUÇ

Ülkemizdeki kadınlar bedenlerinin nasıl çalıştığı, sağlık sorunları, aile planlaması, cinsellik, düşük, gebelik, menopoz, CYBH ve bunların komplikasyonları gibi birçok konuda bilgiye ihtiyaç duymaktadır. Topluma düzenli jinekolojik muayenenin önemi ve gerekliliği, erken tanı ve tedaviye yardımcı olduğu, servikal pap smear taramasının basit ve kolay bir yöntem olduğu, kanserden koruyuculuğu anlatılmalı; birinci basamak sağlık hizmeti veren merkezler ile jinekologlar arasında uygun sevk zinciri kurulmalıdır.

Kadınlar düzenli jinekolojik muayene olunması gerektiği bilgisine kaynak olarak doktor ve ebe/hemşireyi göstermektedir, fakat çalışmamızda hastane personelinin bilgi düzeyinin yetersiz olduğu görülmektedir. Bu konuda hizmet içi eğitimlere ağırlık verilmesi gerekmektedir.

Kişilere hastalığın oluşmadığı dönemde, yani sağlıklı iken sağlığı korumak ve geliştirmek için davranış kazandırmak zordur. Genel sağlık kontrolü veya herhangi bir şikâyetle aile hekimliği ve kadındoğum polikliniklerine yapılan her başvuru fırsat olarak değerlendirilmeli, düzenli aralıklarla pelvik muayene ve pap smear testi yapılmalıdır.



Tarama programları kanser insidansının azaltılmasında etkin rol oynamaktadır. Pap smear, tüm gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de, pelvik muayenenin bir parçası olarak uygun teknikle yapılmalı ve birinci basamak taramaları arasındakullanılabilmelidir.

HPV aşısı 9-26 yaş grubu bireyleri ilgilendirdiği için pediatri uzmanları, aile hekimliği uzmanları ve kadın doğum uzmanları toplumu bilgilendirme konusunda iş birliği içinde çalışmalıdır.Aşılama stratejisinden bağımsız olarak kadınlarda servikal kanser tarama stratejilerinin geliştirilmesi ve devam ettirilmesi zorunludur.



## **7. KAYNAKLAR**

1. McWhinney IR, Freeman T eds. Sağlığın Geliştirilmesi ve Hastalıkların Önlenmesi. Güldal D, çeviri editörü. Aile Hekimliği. 3. Baskı. İstanbul: Medikal Akademi Yayıncılık ve Oxford University Pres; 2012. p. 193- 216.
2. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013, 2014.
3. Grimm KJ, Diebold MM. The periodic health examination. In: Rakel RE, ed. Textbook of Family Practice 7th ed. WB Saunders Company. Philadelphia 2007; p.139-158.
4. Toprak D. Erişkin Sağlık İzlemi (Kadın). Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2013;4(5):78-87.
5. Smith RA, Brooks D, Cokkinides V, Saslow D, Brawley OW. Cancer screening in the United States, 2013: a review of current American Cancer Society guidelines, current issues in cancer screening, and new guidance on cervical cancer screening and lung cancer screening. CA Cancer J Clin. 2013 Mar-Apr;63(2):88-105.
6. Massad LS, Einstein MH, Huh WK, Katki HA, Kinney WK, Schiffman M, Solomon D, Wentzensen N, Lawson HW; 2012 ASCCP Consensus Guidelines Conference. 2012 updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. J Low Genit Tract Dis. 2013 Apr;17(5 Suppl 1):S1-S27.
7. Aksakal OS. Jinekolojik Muayenenin Psikososyal-Medikal Yönü. T Klin Jinekolo Obst 2001, 11:62-67.
8. Sağlık Bakanlığı, Kanseri Dairesi Başkanlığı, Türkiye Kanseri İstatistikleri. 2016.
9. PDQ Screening and Prevention Editoria Board. Endometrial Cancer Screening (PDQ): Health Professional Version. PDQ Cancer Information Summaries [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute (US); 2002-. 2016 Mar 4.
10. Permuth-Wey J, Sellers TA. Epidemiology of ovarian cancer. Methods Mol Biol. 2009;472:413-37.

11. Hoskins LM, Werner-Lin A. A multicase report of the pathways to and through genetic testing and cancer risk management for BRCA mutation-positive women aged 18-25. *J Genet Couns.* 2013 Feb;22(1):27-38.
12. PDQ Screening and Prevention Editorial Board. Ovarian, Fallopian Tube, and Primary Peritoneal Cancer Screening (PDQ): Health Professional Version. PDQ Cancer Information Summaries [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute (US); 2002-.2015 Mar 27.
13. Berkmsn S., Topuz S. TJOD - Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler 2004;1:58-64.
14. Ulus B. Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics 2015;1(2):47-50.
15. Şahbaz A, Erol O. HPV vaccination practice. *J Turk Soc Obstet Gynecol* 2014;2:126-30
16. Berek JS. Novak Jinekoloji. In: Palter SF, Olive DL (eds), Üreme fizyolojisi. Nobel Tıp Kitabevleri, 2004, s.159-161.
17. Matthews ML. Abnormal uterin bleeding in reproductive-aged women. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2015 Mar;42(1):103-15.
18. Aydoğan Ü, Koç B. Temel Aile Hekimliği. Güneş Tıp Kitabevleri, 2016, s.526
19. Golden NH, Carlson JL. The pathophysiology of amenorrhea in the adolescent. *Ann N Y Acad Sci* 2008; 1135: 163-78.
20. Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, Hoffman BL, Bradshaw KD, Cunningham FG. Amenorrhea. In: Schorge JO, Schaffer JI, editors. *Williams Gynecology*. New York, NY: McGraw Hill; 2008. pp. p. 1112–1128.
21. Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Current evaluation of amenorrhea. *Fertil Steril.* 2008 Nov;90(5 Suppl):S219-25

22. Jalilian, M.D., Faezeh Kiani, M.Sc., Fatemeh Sayehmiri, M.Sc., Kourosh Sayehmiri, Ph.D., Zahra Khodaei, M.Sc., and Malihe Akbari, M.Sc. Prevalence of polycystic ovary syndrome and its associated complications in Iranian women: A meta-analysis. *Iran J Reprod Med.* 2015 Oct; 13(10): 591–604
23. Norman RJ, Dewailly D, Legro RS, Hickey TE. Polycystic ovary syndrome. *Lancet.* 2007;370:685–97.
24. Azziz R. The evaluation and management of hirsutism. *Obstet Gynecol* 2003; 101: 995–1007
25. Rotterdam ESHRE/ASRM Sponsored PCOS Consensus Workshop Group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril* 2004; 81: 19–25.
26. Huchon C, Fritel X. Epidemiology of menometrorrhagia. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2008 Dec;37 Suppl 8:S307-16.
27. Bhavsar AK, Gelner EJ, Shorma T. Common Questions About the Evaluation of Acute Pelvic Pain. *Am Fam Physician.* 2016 Jan 1;93(1):41-8.
28. Lambrou N, Morse A, Wallach E. Johns Hopkins Jinekoloji ve Obstetrik El Kitabı. In: Zipper R, Wallach E, (eds), Anormal uterin kanama. Atlas Kitapçılık, 2005, s.405-411.
29. Wondemagegn Mulu, Mulat Yimer, Yohannes Zenebe, and Bayeh Abera. Common causes of vaginal infections and antibiotic susceptibility of aerobic bacterial isolates in women of reproductive age attending at Felegehiwot referral Hospital, Ethiopia: a cross sectional study. *BMC Womens Health.* 2015; 15: 42.
30. Spence D, Melville C. Vaginal discharge. *BMJ.* 2007 December 1; 335(7630): 1147–1151.
31. Van Schalkwyk J, Yudin MH. Vulvovaginitis: screening for and management of trichomoniasis, vulvovaginal candidiasis, and bacterial vaginosis. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015 Mar;37(3):266-76.

32. Baksu B, Gökdemir G, Davas İ, Köşklü A, Özgül J, Ezen F, Akyol A. Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde Görülen Vulvar Lezyonların Analizi. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2006;16(5):170-3.
33. Özalp S, Tanır MH, Ilgın H, Karataş A, Ilgın B. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp ve Mühendislik Fakültesi Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar ve Aile Planlaması Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Düzce Tıp Dergisi* 2012; 14(3): 18-21.
34. Kat Macey, Angela Gregory, David Nunns, and Roshan das Nair. Women's experiences of using vaginal trainers (dilators) to treat vaginal penetration difficulties diagnosed as vaginismus: a qualitative interview study. *BMC Womens Health*. 2015; 15: 49.
35. Reissing ED, Binik YM, Khalifé S, Cohen D, Amsel R. Vaginal spasm, pain, and behavior: an empirical investigation of the diagnosis of vaginismus. *Arch Sex Behav*. 2004;33:5-17
36. Aydoğan Ü, Koç B. Temel Aile Hekimliği. Güneş Tıp Kitabevleri, 2016, s.770.
37. Frank JE, Mistretta P, Will J. Diagnosis and treatment of female sexual dysfunction. *Am Fam Physician*. 2008 Mar 1;77(5):635-42
38. Abrams P., Blavias JG., Stanton, SL., Andersen JT., The standardization of terminology of lower urinary tract dysfunction *Scand J. Urol Nephrol. Suppl* 114;5-19,1998.
39. Park J, Hong GR, Yang W. Factors Associated With Self-reported and Medically Diagnosed Urinary Incontinence Among Community-Dwelling Older Women In Korea. *Int Neurourol J*. 2015 Jun;19(2):99-106.
40. Ghafouri A, Alnaimi AR, Alhothi HM; Alroubi I, Alrayashi M, Molhim NA, Shokeir AA. Urinary incontinence in Qatar: A study of the prevalence. Risk factors and impact on quality of life. *Arab J Urol*. 2014 Dec; 12(4):269-74.

41. Dysuria: Evaluation and Differential Diagnosis in Adults. Michels TC, Sands JE. *Am Fam Physician*. 2015 Nov.
42. WE, Norrby SR. Urinary tract infections disease panorama and challenges. *J Infect Dis* 183:1-4, 2001.
43. Gales AC, Jones RN, Gordon KA. Activity and spectrum of 22 antimicrobial agents tested against urinary tract infection pathogens in hospitalized patients in Latin America: report from the second years of the sentry Antimicrobial Surveillance Program. *J Antimicrob Chemother* 45:295-303, 2000.
44. Kucheria R, Dasgupta P, Sacks SH, Khan MS, Sheerin NS. Urinary tract infections: new insights into a common problem. *Postgraduate Med J* 81(952):83-86, 2005.
45. Küçükdurmaz F, Taşkiran M. Sexual Functions in Infertile Women (During Diagnosis and Treatment Steps). *Türkiye Klinikleri J Urology-Special Topics* 2015;8(3):52-7
46. Karimi FZ, Taghipour A, Roudsari RL, Kimiaei SA, Mazlom SR, Amirian M. Cognitive emotional consequences of male infertility in their female partners: a qualitative content analysis. *Electron Physician*. 2015 Nov 20;7(7):1449-57
47. Boivin J. et al. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Hum Reprod*, 2007. 22(6): p. 1506-12.
48. Tonguc E, Gungor T, Var T, Kavak E, Yucel M, Uzunlar O. Knowledge about HPV, relation between HPV and cervix cancer and acceptance of HPV vaccine in women in eastern region of Turkey. *J Gynecol Oncol*. 2013 Jan;24(1):7-13.
49. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2013. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* 2013; 63:11.

50. Gong TT, Li D, Wu QJ, Wang YZ. Cholesterol consumption and risk of endometrial cancer: a systematic review and döşe-response meta-analysis of observational studies. *Oncotarget*, 2016 Mar 4.
51. Gharwan H, Bunch KP, Annunziata CM. The role of reproductive hormones in epithelial ovarian carcinogenesis. *Endocr Relat Cancer*. 2015 Dec;22(6):R339-63.
52. Shaniqua L McGraw and Jeanne M Ferrante. Update on prevention and screening of cervical cancer. *World J Clin Oncol*. 2014 Oct 10; 5(4): 744–752.
53. Karaca M, Palancı Y, Aksu SR. ‘Pap Smear’ Ne Kadar Biliniyor, Ne Kadar Uygulanıyor? *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2008, 18:22-28.
54. Kişnişçi H.A, Gökşin E. (eds). *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. Güneş Kitapevi, Ankara, 1996.
55. Kalyoncu C. ve ark. Osmangazi Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuranların Pap Smear Hakkında Bilgi Tutum ve Davranışları. *Sağlık ve Toplum*, 2003; 13: 60–8.
56. Turner TB, Huh WK. The role of human papillomavirus testing after treatment for high-grade cervical dysplasia. *J Gynecol Oncol*. 2016 Jan;27(1).
57. Kivistik A, Lang K, Baili P, Anttila A, Veerus P. Women’s knowledge about cervical cancer risk factors, screening and reasons for non-participation in cervical cancer screening programme in Estonia. *BMC Women’s Health*. 2011 Sep 28;11:43.
58. Capote Negrin LG. Epidemiology of cervical cancer in Latin America. *Ecancermedicalscience*. 2015; 9: 577.
59. Sağlık Bakanlığı, Kanser Dairesi Başkanlığı, Ulusal Kanser Tarama Standartları. 2012.
60. de Sanjosé S, Diaz M, Castellsagué X, et al. Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology: a meta-analysis. *Lancet Infect Dis* 2007; 7(7): 453-9.

61. Denny L, Herrero R, Levin C, Kim JJ. Cervical Cancer. *Cancer: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 3)*. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2015 Nov. Chapter 4.
62. Avcı G A, Bozdayı G. İnsan Papilloma Virüsü. *Kafkas J Med Sci* 2013; 3(3):136–144.
63. Ashrafian L, Sukhikh G, Kiselev V, Paltsev M, Drukh V, Kuznetsov I, Muyzhnek E, Apolikhina I, Andrianova E. Double-blind randomized placebo-controlled multicenter clinical trial (phase IIa) on diindolylmethane's efficacy and safety in the treatment of CIN: implications for cervical cancer prevention. *EPMA J*. 2015 Dec 21;6:25.
64. Bansal AB, Pakhare AP, Kapoor N, Mehrotra R, Kokane AM. Knowledge, attitude, and practices related to cervical cancer among adult women: A hospital-based cross-sectional study. *J Nat Sci Biol Med*. 2015 Jul-Dec;6(2):324-8.
65. Goklu MR, Seckin KD, Togrul C, Goklu Y, Tahaoglu AE, Oz M, Ertas IE. Effect of hydronephrosis on survival in advanced stage cervical cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2015;16(10):4219-22.
66. Görkem Ü, Toğrul C, İnal HA, Salman Özgü , Güngör T. Üniversite hastanesinde çalışan yardımcı sağlık personelinin Human Papilloma Virüs ve aşısı hakkında bilgi düzeyleri ve tutumları. *Türk Hij Den Biyol Derg*, 2015; 72(4): 303 - 310
67. Ayhan A, Dursun p. (eds) *Kadın Genital Kanseri Ve HPV Kitabı*. Akademi Yayınevi, Ankara, 2010.
68. Dede M. Profilaktik HPV aşısı: güncel yaklaşımlar. *Gülhane Tıp Dergisi* 2010; 52: 148-156.
69. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, *Kadın Sağlığı Araştırması*, 2014.
70. Gakidou E, Nordhagen S, Obermeyer Z. Coverage of cervical cancer screening in 57 countries: Low average levels and large inequalities. *PLOS Medicine*. 2008; 5: 863–868.



71. Kesic V, Markovic M, Matejic B, Topic L. Awareness of cervical cancer screening among women in Serbia. *Gynecol Oncol* 2005; 99: 222-5.
72. Mencaglia L, Perino A, Hamous J: Hysteroscopy in perimenopausal and postmenopausal women with abnormal uterine bleeding. *The Journal of Reproductive Medicine* 32:577- 82,1987.
73. Liu Z. Doan QV. Blumenthal P. Dubois RW. A systematic review evaluating health-related quality of life, work impairment, and health care costs and utilization in abnormal uterine bleeding. *Value Health*.2007;10:173–182.
74. Goodman A. Evaluation and management of abnormal uterine bleeding Up to Date 13.1.2012.
75. March WA, Moore VM, Willson KJ, Phillips DI, Norman RJ, Davies MJ. The prevalence of polycystic ovary syndrome in a community sample assessed under contrasting diagnostic criteria. *Hum Reprod* 2010; 25: 544-51.
76. Moran C, Tena G, Moran S, Ruiz P, Reyna R, Duque X. Prevalence of polycystic ovary syndrome and related disorders in mexican women. *Gynecol Obstet Invest*.2010;69(4):274-280.
77. Tehrani FR, Simbar M, Tohidi M, Hosseinpanah F, Azizi F. The prevalence of polycystic ovary syndrome in a community sample of Iranian population: Iranian PCOS prevalence study. *Reprod Biol Endocrinol*. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2011;9:39.
78. Lipsky A. Acute Pelvic Pain in Women. In: Marx JA, Hockberger RS, Walls RM et al, editors. *Rosen's Emergency Medicine: concepts and clinical practice*. 7th ed. Philadelphia: Elsevier 2010; 193-8.
79. Curtis KM. Visits to emergency departments for gynecologic disorders in the United States, 1992–1994. *Obstet Gynecol* 1998; 91: 1007.

80. Lippman SA, Warner M, Samuels S, Olive D, Vercellini P, Eskenazi B. Uterine fibroids and gynecologic pain symptoms in a population-based study. *Fertility and sterility* 2003;80:1488- 94.
81. Mathias SD, Kuppermann M, Liberman RF, Lipschutz RC, Steege JF. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstet Gynecol* 1996;87:321-7.
82. Foxman B. Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic costs. *Am J Med.* 2002 Jul 8;113.
83. Terzi H, Terzi R, Kale A. 18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörler. *Ege Tıp Dergisi* 2013;52(1):15-19.
84. Fenton AJ. Premature ovarian insufficiency: Pathogenesis and management. *J Midlife Health.* 2015 Oct-Dec;6(4):147-53.
85. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, Global Strategy For The Prevention And Control Of Sexually Transmitted infections: 2006-2015 Breaking the chain of transmission. WHO, Geneva 2007.
86. Ortayli N, Sahip Y, Amca B, Say L, Sahip N, Aydin D. Curable sexually transmitted infections among the clientele of a family planning clinic in Istanbul, Turkey. *Sex Transm Dis* 2001; 28: 58-61.
87. T.S. Sathyanarana Rao and Anil Kumar M. Nagaraj. Female sexuality. *Indian J Psychiatry.* 2015 Jul;
88. Ağrılı Genital Cinsel Aktivite ve Vajinismus Tanısında Yaşanan Güçlükler. Doğan S, Özkorumak E. *Klinik Psikiyatri* 2008;11:135-142.
89. Engman M. Partial vaginismus definition, symptoms and treatment. Linköping University Medical Dissertation, No. 1015, November 2007.

90. Christensen BS, Gronbæk M, Osler M, et al. Sexual dysfunctions and difficulties in Denmark: Prevalence and associated sociodemographic factors. *Arch Sex Behav* 2011;40(1):121-132.
91. Weijmar Schultz WCM, Van de Wiel HBM. Vaginismus:In Balon R, Segraves RT (editors). *The Handbook of Sexual Dysfunctions*, Boca Raton: Taylor&Francis, 2005, 273-292.
92. Kadri N, Alami KHM, Tahiri SM. Sexual dysfunction in women: population based epidemiological study. *Arch Womens Ment Health* 2002;5:59–63.
93. Amidu N, OwireduW, Woode E. Incidence of sexual dysfunction: a prospective survey in Ghanaian females. *Reprod Biol Endocrinol* 2010;8:106-112.
94. Yılmaz E, Zeytinci İE, Sarı S, et al. Investigation of sexual problems in married people living in the center of Konya. *Turk Psikiyatri Derg* 2010;21:126-134.
95. Yüksel Ş, Cindoğlu D (ed). CETAD, Cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanında ulusal ve yerel medya yoluyla savunuculuk projesi. Bilgilendirme dosyası 5: Kadın cinselliği, CETAD, 2006.
96. American Cancer Society, *Cancer Facts and Statistics*,2015.
97. Bezerra AL, Batista TP, Martins MR, Carneiro VC. Surgical treatment of clinically early-stage endometrial carcinoma without systematic lymphadenectomy. *Rev Assoc Med Bras*. 2014 Nov-Dec
98. World Health Organization. *Progress in Reproductive Health Research Cervical Cancer Prevention: Screening Still The Only Option*, Geneva, 2004;p:2-8.
99. World Health Organization. *Cervical Cancer Screening in Developing Countries*, Report of a WHO Consultation, Geneva, 2002;p:3-16.
100. Debbie Saslow, PhD, Diane Solomon, MD, Herschel W. Lawson, MD, Maureen Killackey, MD, Shalini Kulasingam, PhD, Joanna Cain, MD, FACOG, Francisco A. R. Garcia, MD, MPH, Ann Moriarty, MD, Alan Waxman, MD, MPH, David Wilbur, MD, Nicolas Wentzensen, MD, PhD, MS, Levi Downs, MD, Mark Spitzer, MD, Anna-

Barbara Moscicki, MD, Eduardo L. Franco, DrPH, Mark H. Stoler, MD, Mark Schiffman, MD, Philip E. Castle, PhD, MPH, and Evan R. Myers, MD, MPH. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology Screening Guidelines for the Prevention and Early Detection of Cervical Cancer. *CA Cancer J Clin.* 2012 May-Jun; 62(3): 147–172.

101. Akyuz A, Guvenc G, Yavan T, et al Evaluation of the Pap smear test status of women and of the factors affecting this status. *Gulhane Med J.* 2006;48(1):025-029.

102. Demirhindi H, Nazlican E, Akbaba M. Cervical cancer screening in Turkey: A community-based experience after 60 years of Pap smear usage. *Asian Pac J Cancer Prev.*2012; 13, 6497-500.

103. Oran N.T., Oztürk H., Ergün F.S. Mammography and Pap-Smear Behaviours Among Academicians, The First Regional Meeting of the APOCP, 2003;p:50.

104. Ilter E, Celik A, Haliloglu B, Unlugedik E, Midi A, Gunduz T, et al. Women's knowledge of Pap smear test and human papillomavirus: acceptance of HPV vaccination to themselves and their daughters in an Islamic society. *Int J Gynecol Cancer,* 2010; 20(6): 1058-62.

105. Tarwireyi F., Chirenje Z.M., Rusakaniko R. Cancer of the Cervix: Knowledge, Beliefs and Screening Behaviours of Health Workers in Mudzi District in Mashonaland East Province, Zimbabwe, *Cent Afr J Med,* 2003;49:83-6.

106. Yücel U, Çeber E, Özentürk G, 'Efficacy of a Training Course Given by Midwives Concerning Cervical Cancer Risk Factors and Prevention', *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention,* 2009, Vol:10:437-442.

## 8. EKLER

### Ek-1. Etik Kurul Onayı



T.C.  
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

SAYI : 26379996 / 80

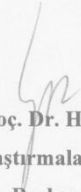
11./3./2015

KONU : 11.03.2015 Tarih ve 79 Sayılı Kurul Kararı

Sayın: Yrd. Doç. Dr. Tuncer KILIÇ  
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Aile Hekimliği Kliniği

Sorumlu Araştırmacılığını yapmış olduğunuz “Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Personelinin Jinekolojik Şikayet Sıklıkları ile Jinekolojik Muayene ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranış Düzeyinin Araştırılması” isimli Dr. Şebnem EKER GÜVENÇ’ in tez çalışması Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’nun 11/03/2015 tarih ve 79 sayılı kararı ile başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesi etik ve bilimsel açıdan uygun bulunmuştur

Bilgilerinize rica ederim.

  
Yrd. Doç. Dr. Halil KARA  
Klinik Araştırmalar Etik Kurul  
Başkanı

## **Ek-2. Araştırma Anketi**

### **Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Personelinin Jinekolojik Şikayet Sıklıkları ve Jinekolojik Muayene ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranış Düzeyinin Araştırılması**

Sayın Katılımcı,

Size 49 sorudan oluşan bir anket formu uygulayacağız. Ankette ad ve soyad yazılmayacaktır. Araştırmadan elde edilecek veriler bilimsel amaçla kullanılacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

**1) Yaşınız**

- a) 20 yaş altı   b) 20-30   c) 30-40   d) 40-50   e) 50 yaş üstü

**2) Mesleğiniz**

- a) Asistan doktor   b) Uzman doktor   c) Ebe   d) Hemşire   e) Diğer

(Belirtiniz.....)

**3) Eğitim durumunuz**

- a) İlkokul/ortaokul mezunu   b) Lise mezunu   c) Önlisans mezunu   d) Lisans mezunu   e) Lisans üstü mezunu

**4) Medeni durumunuz**

- a) Evli   b) Bekar

**5) İlk adeti kaç yaşında gördünüz? .....**

**6) Adetleriniz düzenli midir?**

- a) Evet   b) Hayır

**7) Sigara kullanıyor musunuz?**

a) Evet   günde ....paket ..... kullanıyorum

b) Bıraktım   günde ....paket ..... kullandım

c) Hiç kullanmadım

**8) Eğer daha önce gebe kaldıysanız şıklara cevap veriniz**

Gebelik sayısı:

Doğum sayısı:

Düşük sayısı:

Kürtaj sayısı:

Varsa ölü doğum sayısı:

**9)** Menopoza girdiniz mi? (cevabınız hayır ise 11. soruya geçiniz)

a) Evet b) Hayır

**10)** Evetse menopoza girme yaşınız nedir? .....

**11)** Herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz? (cevabınız hayır ise 14. soruya geçiniz)

a) Evet b) Hayır

**12)** Hangi aile planlaması yöntemiyle korunuyorsunuz?

a) RİA (spiral)

b) Kondom

c) Geri çekme

d) Doğum kontrol hapi

e) Diğer (Belirtiniz.....)

**13)** Ne kadar zamandan beri seçtiğiniz korunma yöntemini kullanıyorsunuz?

a) < 1 yıl b) 1-3 yıl c) 4-6 yıl d) 7-9 yıl e) 10 yıl ve üzeri

**14)** Sizce hangi şikayetler kadın hastalıkları ve doğum uzmanına gitmeyi gerektirir?

a) Adet düzensizliği b) Vajinal akıntı c) Cinsel ilişki esnasında ağrı

d) Kasık ağrısı e) Ara kanama f) Aşırı ve uzun süren kanama g) İdrarda yanma h) İdrar kaçıрма

**15)** Hangi şikayet/şikayetleriniz olursa doktora başvurursunuz?

a) Adet düzensizliği b) Vajinal akıntı c) Cinsel ilişki esnasında ağrı

d) Kasık ağrısı e) Ara kanama f) Aşırı ve uzun süren kanama g) İdrarda yanma h) İdrar kaçıрма

**16)** Sizce herhangi bir şikayet olmadan periyodik jinekolojik muayeneye gidilmeli midir?

a) Evet b) Hayır

**17)** Sizce ne sıklıkta periyodik jinekolojik muayeneye gidilmelidir?

a) 6 ay b) 1 yıl c) 3 yıl d) 5 yıl e) 10 yıl

**18)** Periyodik jinekolojik muayene oluyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

**19)** 18. soruya evet dediyseniz jinekolojik muayeneyi hangi sıklıkta yaptırıyorsunuz?

a) 6 ayda bir b) yılda bir c) 3 yılda bir d) 5 yılda bir e) 10 yılda bir

**20)** Jinekolojik muayeneye gitme ile ilgili düşünceleriniz aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Jinekolojik muayeneden utanıyorum/korkuyorum
- b) Şikayetim olursa muayene olurum
- c) Şikayetim olsun veya olmasın belli aralıklarla muayene olurum
- d) Jinekolojik muayenenin gereksiz olduğunu düşünüyorum
- e) Diğer lütfen belirtiniz (.....)

**21)** 18. soruya evet cevabı verdiyseniz periyodik jinekolojik muayene yaptırmanız gerektiği bilgisine nasıl ulaştınız?

- a) Görsel, yazılı basın b) Doktor c) Ebe-Hemşire d) İnternet
- e) Daha önceden alınan eğitim ve seminerler f) Arkadaş, komşu g) Diğer lütfen belirtiniz (.....)

**22)** 18. soruya hayır cevabı verdiyseniz nedenini belirtiniz?

- a) Jinekolojik muayeneden utanıyorum /korkuyorum
- b) Düzenli muayene olmam gerektiğini bilmiyorum
- c) Jinekolojik muayenenin gereksiz olduğunu düşünüyorum
- d) Gerekli olduğunu düşünüyorum fakat vakit bulamıyorum
- e) Diğer lütfen belirtiniz (.....)

**23)** Cinsel yolla bulaşan hastalık şüphesiyle doktora başvurduunuz mu?

- a) Evet b) Hayır

**24)** Cinsel yolla bulaşan bir hastalık nedeniyle tedavi gördünüz mü?

- a) Evet b) Hayır

**25)** Kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine herhangi bir şikayetle başvurunuz oldu mu?

- a) Evet b) Hayır

**26)** 25. soruya evet dediyseniz; Ne tanı aldığınızı yazınız? .....

**27)** Tedavi oldunuz mu?

- a) Evet b) Hayır

**28)** 27. soruya cevabınız evetse nasıl bir tedavi aldınız?

- a) İlaç tedavisi b) Cerrahi tedavi

**29)** Tedaviden fayda gördünüz mü?



a) Evet b) Hayır

**30)** Şikayetiniz tekrarladı mı? a) Evet b) Hayır

**31)** Kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine vajinal akıntı şikayeti nedeniyle başvurunuz oldu mu?

a) Evet b) Hayır

**32)** Kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine dispareni (ağrılı cinsel ilişki) şikayeti nedeniyle başvurunuz oldu mu?

a) Evet b) Hayır

**33)** Kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine adet düzensizliği şikayeti nedeniyle başvurunuz oldu mu?

a) Evet b) Hayır

**34)** Kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine idrar kaçırma şikayeti nedeniyle başvurunuz oldu mu?

a) Evet b) Hayır

**35)** Kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine idrarda yanma şikayeti nedeniyle başvurunuz oldu mu?

a) Evet b) Hayır

**36)** Kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine kasık ağrısı şikayeti nedeniyle başvurunuz oldu mu?

a) Evet b) Hayır

**37)** Ailenizde aşağıda belirtilen hastalıklardan hangisi veya hangileri mevcut?

a) Meme kanseri b) Vulva-vajina kanseri c) Rahim (Endometrium) Kanseri

d) Rahim ağzı (Serviks) Kanseri e) Yumurtalık (Over) Kanseri f) Hiçbiri

**38)** Rahim ağzı (Serviks) kanseri hakkında bilginiz var mı?

a) Hiç bilgim yok

b) Biraz bilgim var

c) Oldukça bilgim var

d) Çok bilgim var

e) Fazlasıyla bilgim var

**39)** Aşağıda rahim ağzı kanseri açısından risk altında olan kişiler ile ilgili ifadeler yer almaktadır.

Bu ifadelerden doğru olanlar için **Doğru** , yanlış olanlar için **Yanlış** seçeneğini işaretleyiniz

**Doğru**    **Yanlış**

Düşük sosyoekonomik düzey	( )	( )
Uzun süre doğum kontrol hapı kullanma	( )	( )
Erken yaşta cinsel ilişkide bulunma	( )	( )
Cinsel yolla bulaşan hastalık geçirmiş olma	( )	( )
HPV enfeksiyonu geçirmiş olma	( )	( )
HIV/AIDS enfeksiyonu	( )	( )
Çok sayıda cinsel partner	( )	( )
Fazla kilolu olma	( )	( )
Çok sayıda çocuk doğurmuş olma	( )	( )
Ailede serviks kanseri öyküsü olması	( )	( )
Sigara kullanımı	( )	( )

**40)** Sizce sigara içmek rahim ağzı kanseri riskini artırır mı?

- a) Evet    b) Hayır

**41)** Sizce rahim ağzı kanseri belirtilerinden olabilecek şıkları işaretleyiniz

- a) Geçmeyen vaginal akıntı  
b) Cinsel ilişki sonrası kanama  
c) Genital bölgede yara  
d) Normalden uzun ve fazla süren adet kanaması  
e) Menopoz sonrası kanama  
f) Cinsel ilişki esnasında ağrı hissedilmesi

**42)** Hiç HPV DNA ve smear testi (rahim ağzından sürüntü alınması) yaptırdınız mı?

- a) Evet    b) Hayır

**43)** 42. soruya hayır yanıtı verdiyseniz HPV DNA ve smear testi yaptırmama nedeniniz nedir?

- a) Yapılması gerektiğini bilmiyorum  
b) Nasıl yaptırılacağını bilmiyorum  
c) Gerekli olduğunu düşünmüyorum  
d) Yaptırmaktan korkuyorum, çekiniyorum  
e) Diğer lütfen belirtiniz (.....)

**44) HPV DNA ve smear testi yaptırmaya ne zaman başlanmalıdır?**

- a) Adet görmeye başladıktan sonra    b) Cinsel aktif olduktan sonra  
c) Menopoza girdikten sonra    d) Bilmiyorum

**45) Sizce HPV DNA ve smear testi ne sıklıkta yaptırılmalıdır?**

- a) 6 ayda bir    b) Yılda bir    c) 3 yılda bir    d) 5 yılda bir    e) Bilmiyorum

**46) Rahim ağzı Kanserine karşı geliştirilen aşıyı (HPV aşısı) duydunuz mu?**

- a) Evet    b) Hayır

**47) 46. soruya evet cevabı verdiyseniz HPV aşısını yaptırdınız mı?**

- a) Evet    b) Hayır

**48) HPV aşısını yaptırmama nedeniniz nedir?**

- a) Yapılması gerektiğini bilmiyorum  
b) Nasıl yaptırılacağını bilmiyorum  
c) Gerekli olduğunu düşünmüyorum  
d) Gerekli olduğunu düşünüyorum fakat vakit bulamıyorum  
e) Diğer lütfen belirtiniz (.....)

**49) Kadın hastalıkları kanserleri konusunda kadınlara yönelik tarama programlarının artırılması, eğitimler düzenlenmesi kadın hastalıkları kanserlerinin erken tanı ve tedavisinde etkili olur mu?**

- a) Hiç etkili olmaz  
b) Biraz etkili olur  
c) Oldukça etkili olur  
d) Çok etkili olur  
e) Fazlasıyla etkili olur

## 9. ÖZGEÇMİŞ

Şebnem Eker Güvenç, 1986 yılında Adana'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini Hatay'da, lise öğrenimini Gaziantep'te tamamladı. 2004 yılında girdiği Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi'nden 2010 yılında mezun oldu. Eylül 2010-Ocak 2013 yılları arasında pratisyen hekim olarak Niğde'nin Ulukışla ilçesinde ve Konya Beyhekim Devlet Hastanesi'nde acil hekimi olarak görev yaptı. 2013 yılından beri Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'nde asistan hekim olarak görev yapmaktadır. Evlidir ve bir çocuk annesidir.

