

Dr. Özge ÖZTÜRK

AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK TEZİ

2017-ANKARA



**T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

Eğitim sorumlusu: Doç. Dr. Cenk AYPAK

**DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KADIN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SERVİKS KANSERİ TARAMA
TESTLERİNİ YAPTIRMAYA İLİŞKİN BİLGİ VE DAVRANIŞLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Özge ÖZTÜRK

ANKARA - 2017



**T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

Eğitim sorumlusu: Doç. Dr. Cenk AYPAK

**DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KADIN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SERVİKS KANSERİ TARAMA
TESTLERİNİ YAPTIRMAYA İLİŞKİN BİLGİ VE DAVRANIŞLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ
Dr. Özge ÖZTÜRK**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Süleyman GÖRPELİOĞLU**

ANKARA - 2017

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca asistanı olmaktan gurur duyduğum, ilk tanıştığım günden beri varlığını hissettiren, tezimin her aşamasında ilgi ve desteğini esirgemeyen saygıdeğer hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Süleyman GÖRPELİOĞLU'na,

Aile Hekimliği asistanlığım süresince desteklerini esirgemeyen, klinik bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım hocalarım Doç. Dr. Cenk AYPAK'a ve Doç. Dr. Derya İREN AKBIYIK'a,

Kliniğimizde birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum uzmanlarımıza ve asistan arkadaşlarıma,

Eğitim hayatım boyunca maddi ve manevi emekler veren aileme,

Teşekkür ederim.

Dr. Özge ÖZTÜRK

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vii
TABLolar DİZİNİ.....	viii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Dünyada ve Türkiye’de Kanser.....	3
2.2. Serviks Kanseri.....	7
2.2.1. Risk Faktörleri.....	9
2.2.5. Klinik.....	10
2.2.6. Tanı ve Tarama Yöntemleri.....	10
2.2.7. Histopatolojik Sınıflama.....	13
2.2.8. Evreleme.....	13
2.2.9. Tedavi.....	14
2.2.10. Gebelik ve Serviks Kanseri.....	14
2.3. Human Papilloma Virüs (HPV).....	15
2.3.1. HPV Tanı Testleri.....	17
2.3.2. HPV’den Korunma ve Aşılama.....	18
2.4. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	21
2.5. Serviks Kanseri Epidemiyolojisi ve Tarama Programları.....	24
2.6. Türkiye’de Servikal Kanser Taraması.....	27

3. MATERYAL VE METOD	29
3.1. Araştırmanın Tipi	29
3.2. Araştırmanın Uygulama Yeri ve Süresi	29
3.3. Araştırmaya Kabul ve Red Kriterleri	29
3.4. Etik Kurul Onayı	30
3.5. Araştırmanın Veri Kaynakları ve Uygulama Şekli	30
3.6. İstatiksel Analiz	30
4. BULGULAR	31
5. TARTIŞMA	51
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	60
7. ÖZET	62
8. ABSTRACT	63
9. ÖZGEÇMİŞ	64
10.KAYNAKLAR	65
11. EKLER	73
11.1 Anket Formu	73
11.2 Etik Kurul Onayı	75

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- IARC:** Uluslararası Kanseri Ajansı
- GLOBOCAN:** Dünya Kanseri Bilgi Sistemi
- YSH:** Yaşı Göre Standardize Edilmiş Hız
- HPV:** Human Papilloma Virüs
- DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü
- ASM:** Aile Sağlığı Merkezi
- AHBS:** Aile Hekimliği Bilgi Sistemi
- TSM:** Toplum Sağlığı Merkezi
- KETEM:** Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
- TÜİK:** Türkiye İstatistik Kurumu
- AB:** Avrupa Birliği
- SCJ:** Skuamo-kolumnar bileşke
- ASC-US:** Önemi belirsiz atipik skuamöz hücreler
- ASC-H:** Ekarte edilemeyen HSIL
- LSIL:** Düşük grade intraepitelyal lezyon
- HSIL:** Yüksek grade intraepitelyal lezyon
- AGUS:** Önemi belirlenemeyen atipik glandüler hücreler
- CIN:** Servikal intraepitelyal neoplazi
- CDC:** Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri
- ACIP:** Hastalık Kontrol Merkezi Aşı Uygulamaları Danışma Komitesi
- FIGO:** Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu
- FDA:** Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi
- IFN:** İnterferon
- MHC:** Majör histokompatibilite kompleksi
- VİA/VİLİ:** Asetik asit/lübol sonrası vizüel inspeksiyon
- PKOS:** Polikistik over sendromu

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Kadınlarda En Sık Görülen 10 Kanserin Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hızları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2014) (Dünya Standart Nüfusu, 100.000 Kişide).....	5
Şekil 2. Tüm Yaş Gruplarındaki Kadınlarda En Sık Görülen Bazı Kanserlerin Bu Grup İçindeki Yüzde Dağılımları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2014).....	5
Şekil 3. Erkeklerde En Sık Görülen 10 Kanserin Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hızları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2014) (Dünya Standart Nüfusu, 100.000 Kişide).....	5
Şekil 4. Tüm Yaş Gruplarındaki Erkeklerde En Sık Görülen Bazı Kanserlerin Bu Grup İçindeki Yüzde Dağılımları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2014).....	5
Şekil 5. HPV ile İlişkili Kanserlerin Yaşa Standardize İnsidans Hızlarının Cinsiyete Göre 2010-2014 Yılları Arasındaki Dağılımı (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2010-2014) (Dünya Standart Nüfusu, 100.000 Kişide).....	6
Şekil 6. HPV enfeksiyonunun aşamaları.....	7
Şekil 7. HPV testlerinin uygulanmasına ilişkin algoritma.....	12

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Dünya çapında kadınlarda önde gelen ölüm nedenleri, 2012.....	3
Tablo 2. Servikal Kanserlerin Evrelemesi (FİGO).....	13
Tablo 3. FDA onaylı HPV aşılıları	20
Tablo 4. Araştırmaya katılan kadın sağlık çalışanların sosyodemografik özellikleri.....	32
Tablo 5. Kadın sağlık çalışanlarının mesleklerine göre bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı.....	33
Tablo 6. Kadın sağlık çalışanlarının doğum kontrol hapı kullanma durumu ve süresi ile son bir yıldaki adet düzeni, jinekolojik muayene ve smear testi yaptıırma durumu, smear testi yaptıırmamam nedenleri ve hangi sıklıkta yapılması gerektiğini düşünme durumu.....	35
Tablo 7. Kadın sağlık çalışanlarının jinekolojik hastalık öyküsü ve tanıları ile anne ya da kız kardeşlerde rahim ağzı kanseri öyküsü ve rahim ağzı kanseri ile ilgili bilgi kaynakları.....	36
Tablo 8. Kadın sağlık çalışanlarının mesleklerine göre rahim ağzı kanseri ile ilgili bilgi kaynaklarının dağılımı.....	37
Tablo 9. Kadın sağlık çalışanlarının mesleklerine göre doğum kontrol hapı kullanma durumunun, jinekolojik muayene ve smear testi yaptıırma durumunun, jinekolojik hastalık öyküsünün dağılımı.....	38
Tablo 10. Kadın sağlık çalışanlarının bazı tanımlayıcı özelliklerine göre jinekolojik muayene yaptıırma durumlarının dağılımı.....	39
Tablo 11. Kadın sağlık çalışanlarının bazı tanımlayıcı özelliklerine göre smear testi yaptıırma durumlarının dağılımı.....	40
Tablo 12. Kadın sağlık çalışanlarının HPV aşısı ile ilgili bilgi ve davranışları.....	42
Tablo 13. Kadın sağlık çalışanlarının mesleklerine göre HPV aşısı ile ilgili davranışlarının dağılımı.....	43
Tablo 14. Kadın sağlık çalışanlarının mesleğine ve HPV aşısı yaptıırma durumuna göre kız çocuğı olsa/varsı HPV aşısı yaptıırma durumunun dağılımı.....	43

Tablo 15. Kadın sağlık çalışanlarının mesleklerine, medeni durumlarına, OKS kullanma durumlarına, ailelerinde serviks kanseri öyküsü bulunma durumuna ve HPV aşısının creti devlet tarafından karşılanan bir aşı olması haline yaptırma durumuna göre HPV aşısı yaptırma durumunun dağılımı.....	44
Tablo 16. Kadın sağlık çalışanlarının bazı önermelere verdikleri yanıtlar.....	46
Tablo 17. Kadın sağlık çalışanların önermelere verdikleri doğru ve yanlış cevaplar.....	47
Tablo 18. Kadın sağlık çalışanlarının toplam bilgi puanı.....	48
Tablo 19. Kadın sağlık çalışanlarının mesleklerine göre toplam bilgi puanının dağılımı....	48
Tablo 20. Kadın sağlık çalışanlarının jinekolojik muayene, smear testi ve HPV aşısı ile ilgili davranışlarına göre toplam bilgi puanının dağılımı.....	49
Tablo 21. Kadın sağlık çalışanlarının mesleklerine göre bilgi düzeyinin dağılımı.....	50

1. GİRİŞ

2035 yılında tüm dünyada kanser nedeniyle ölecek insan sayısının 15 milyon olacağı öngörülmektedir (1). Dünyada olduğu gibi ülkemizde de kanser önemli bir sağlık problemidir. Türkiye’de ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra, ikinci sırada kanserler (%15,40) yer almaktadır (2).

Global Kanser İstatistikleri 2012 (GLOBOCAN) verilerine göre; 2012 yılında dünya genelinde serviks kanserinden ölen 266.000 kadın bulunmaktadır ve bu sayı kansere bağlı kadın ölümlerinin %7,5’ine denk gelmektedir. Serviks kanserine bağlı ölümlerin yaklaşık %90’ı da az gelişmiş ülkelerde olmaktadır (3).

2014 yılı Türkiye Birleşik Veri Tabanına göre; kadınlarda en sık görülen kanserler arasında serviks kanseri yaş standardize edildiğinde %4 oranında, tüm yaş gruplarındaki kadınlarda ise %2,4 oranında saptanmıştır (4).

Önemli bir toplum sağlığı sorunu haline gelen kanserlerin tarama yöntemleriyle erken tanısı mümkündür. Erken tanı morbidite ve mortalite oranlarını azaltmakta, erken evrede tedavi şansı sağlamaktadır (5). Kanserinin etkin kontrolü bilimsel, multidisipliner ve maliyet etkin tarama programları ile sağlanabilmektedir. Kansere karşı gerekli önlemler alınmadığı ve etkili bir tarama programı uygulanmadığı takdirde ileri evrede tanı alan vakalar yüksek mortalite oranlarına ve tedavi maliyetlerine yol açarak ülke ekonomisine ciddi maddi yük getirmektedir (6).

Aile hekimliği disipliniinde yer alan koruyucu hekimlik açısından tarama programlarının uygulanabilir hale getirilmesi ve desteklenmesi oldukça önemlidir. Ulusal kanser kontrol programında yer alan, tanı evresi ve mortalite oranları azaltılması amaçlanan üç kanserden biri serviks kanseridir (meme-kolorektal-serviks) (7).

Kanser farkındalığını oluşturmada sağlık çalışanlarının eğitimi önemli bir yer teşkil etmektedir. Sağlık çalışanlarının taranması ve aşılması hem hastalığın yayılmasının önlenmesi hem de hastalara tarama ve aşıyı önerme durumlarının artması açısından oldukça

önemlidir. Toplum için rol model konumunda olan sağlık personeli doğru bilgilendirildiği ölçüde hedef nüfusun farkındalığı ve bilinçlenmesi mümkündür.

Kadın sağlığının geliştirilmesi ve korunması yalnızca sağlık personelinin sorumluluğu değildir. Kadın sağlığına yönelik hedeflere ulaşabilmek için etkin ve kapsamlı hizmet sunumu amaçlanmalı, kadının kendi sağlığı üzerindeki kontrolü hedeflenmelidir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kapsamında birey aktif katılım göstererek kendi sağlığını korumaya yönelik gerekli davranış değişikliklerini oluşturmalıdır (8).

Çalışmamızın amacı kadın sağlık personelinin serviks kanseri, risk faktörleri ve korunma yöntemleri ile ilgili bilgi düzeylerinin tespit edilmesi, tarama testleri ve aşılama konusundaki tutumlarının değerlendirilmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Dünyada ve Türkiye’de Kanser

Kadınlar arasında dünya genelinde ikinci ölüm nedeni kanserdir ve ölümlerin tümünün %14’ünü oluşturmaktadır. Malign neoplaziler 2012 yılında önde gelen ölüm nedenleri arasında Amerika, Avrupa ve Batı Pasifik bölgelerinde 2. sırada, Doğu Akdeniz’de 3. sırada, Güneydoğu Asya’da 4. sırada iken, Afrika’da 6. sırada yer almaktadır (9).

Tablo.1. Dünya çapında kadınlarda önde gelen ölüm nedenleri ($\times 1000$), 2012 (9).

Kadınlarda ilk 10 ölüm nedeni (2012)	Sayı	%
1. Kardiyovasküler hastalıklar	8,820	34
2. Malign neoplaziler	3,544	14
3. İnfeksiyöz ve paraziter hastalıklar	3,016	12
4. Solunum yolu hastalıkları	1,756	7
5. Solunum yolu infeksiyonları	1,461	6
6. Kasıtlı olmayan yaralanmalar	1,328	5
7. Doğuma bağlı durumlar	1,097	4
8. Sindirim sistemi hastalıkları	929	4
9. Nörolojik hastalıklar	821	3
10. Diabetes mellitus	813	3
Tüm nedenler	26,023	

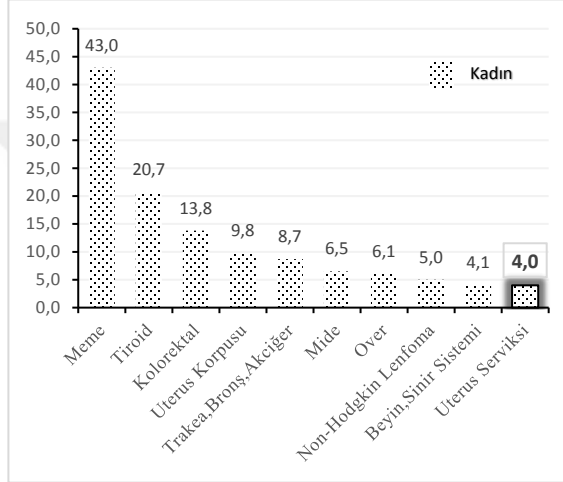
Dünya çapında kadınlarda kanser ölümünün önde gelen nedenleri; meme, akciğer ve kolorektal kanserleridir ancak göreceli sıralamaları az gelişmiş ülkelerde farklılık göstermektedir. Kanser ölümünün önde gelen nedenleri gelişmiş ülkelerde akciğer, meme ve kolorektal kanserler iken az gelişmiş ülkelerde meme, akciğer, serviks kanserleri olarak sıralanmaktadır (9).

Küresel kanser yükü üç hipoteze göre zaman geçtikçe artma eğiliminde olacaktır. İlk sebep dünya nüfusunun artışıdır. Birleşmiş Milletlerin Dünya Nüfus Tahminleri Raporu'na göre bugün için 7,6 milyar olan dünya nüfusunun 2030 yılında 8,6 milyara, 2050 yılında 9,8 milyara ve 2100 yılında 11,2 milyara ulaşması beklenmektedir. Bu durum nüfusun yaş oranları sabit tutulsa dahi kanser yükünde artışa neden olacaktır. İkinci olarak kanser riski yaşla arttığı için yaşlanan nüfusla kanser yükü artacaktır. Üçüncü sebep popülasyon büyüklüğü ve yaş dağılımı standardize edilse bile kanser insidansının göstereceği yıllık artıştır. 2030 yılında 26,4 milyon yeni malignite ve 17 milyon malignite nedenli mortalite gerçekleşeceği tahmin edilmektedir (6).

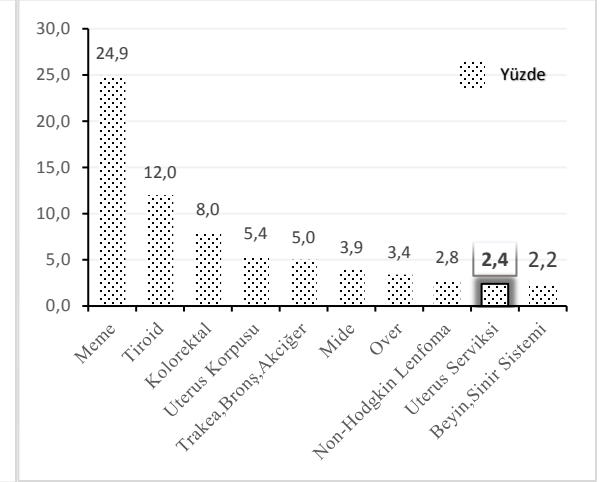
Türkiye'de 2014 yılında kanser insidansı yüz binde 210,2'dir ve 163.417 kişi yeni kanser tanısı almıştır. Yaşa standardize kanser hızı erkeklerde yüz binde 246,8, kadınlarda yüz binde 173,6'dır. Son 5 yıl verilerine göre hem kadınlarda hem de erkeklerde istatistiksel olarak kanser sıklığında artma ya da azalma olmamıştır. Türkiye'de görülen ilk 5 kanser türü dünya ve diğer gelişmiş ülkeler ile benzerlik göstermektedir. 2014 yılı Türkiye Birleşik Veri Tabanına göre erkeklerde en sık görülen kanser türleri; trakea, bronş ve akciğer (Yaşa Standardize Hız-YSH=52,5/100.000 kişi), kadınlarda ise meme kanseridir (YSH=43,0/100.000 kişi) (4).

Ölüm nedenleri incelendiğinde kanser tüm ölümlerin 2014 yılında %19,9'unu, 2015 yılında ise %19,6'sını oluşturmaktadır. Türkiye'deki her 5 ölümden biri kanserden kaynaklanmaktadır (10). Kanser 2015 yılında 49.946 erkek, 27.022 kadın ölümüne sebep olmuştur. En fazla ölüme neden olan kanser türü erkeklerde trakea, bronş ve akciğer maligniteleri (20.388 kişi) iken, kadınlarda ise meme kanseridir (3.853 kişi) (11).

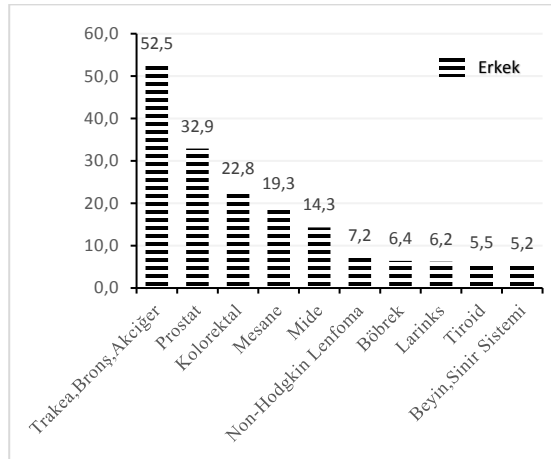
Kadınlarda en sık görülen kanserler arasında serviks kanseri 10. sıradadır. (YSH 4.0/100.000 kişi) Serviks kanseri ülkemizde tüm yaş gruplarındaki kadınlarda en sık görülen kanserler incelendiğinde; meme, tiroid, kolorektal, uterus korpusu, akciğer, mide, over, Non-Hodgkin lenfoma kanserlerinden sonra 9. sırada (%2,4) yer almaktadır (4).



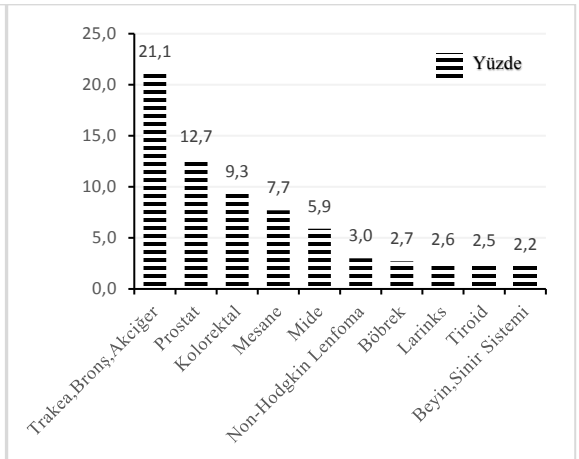
Şekil 1. Kadınlarda En Sık Görülen 10 Kanserın Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hızları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2014) (Dünya Standart Nüfusu, 100.000 Kişide) (4).



Şekil 2. Tüm Yaş Gruplarındaki Kadınlarda En Sık Görülen Bazı Kanserlerin Bu Grup İçindeki Yüzde Dağılımları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2014) (4).

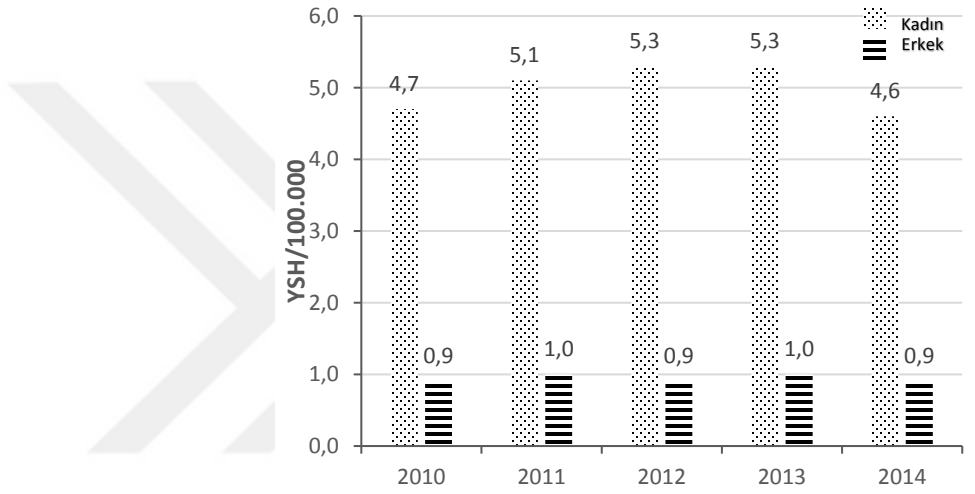


Şekil 3. Erkeklerde En Sık Görülen 10 Kanserın Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hızları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2014)(Dünya Standart Nüfusu, 100.000 Kişide)



Şekil 4. Tüm Yaş Gruplarındaki Erkeklerde En Sık Görülen Bazı Kanserlerin Bu Grup İçindeki Yüzde Dağılımları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2014)

Etkeni HPV olan kanserlerin cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde kadınlar için serviks, ağız, farinks, vulva, vajen; erkekler içinse ağız, farinks, anüs ve penis kanserleri değerlendirilmiştir. HPV kaynaklı kanserler Türkiye’de düşük sıklıkta görülmekle birlikte kadınları erkeklerden yaklaşık 5 kat daha fazla etkilemektedir. Türkiye Birleşik veri tabanı 2014 yılı verilerine göre HPV ilişkili kanserlerin yaşa standardize insidans hızları erkeklerde 0,9 iken kadınlarda 4,6 düzeyindedir (4).



Şekil 5. HPV ile İlişkili Kanserlerin Yaşa Standardize İnsidans Hızlarının Cinsiyete Göre 2010-2014 Yılları Arasındaki Dağılımı (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2010-2014) (Dünya Standart Nüfusu, 100.000 Kişide) (4).

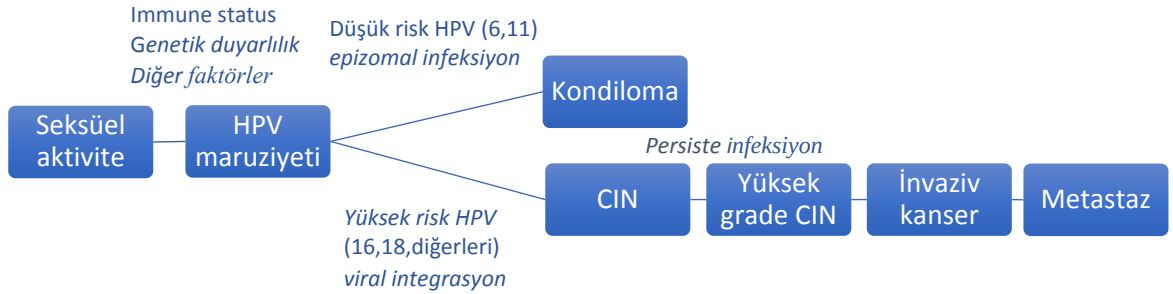
DSÖ’nün önerisiyle ülkemizde toplum tabanlı tarama programları meme, kolorektal ve serviks kanseri için yürütülmektedir. 2016 yılında; 2.017.128 kişi meme kanseri, 2.898.424 kişi serviks kanseri, 1.708.025 kişi ise kolon kanseri tarama programlarına katılmıştır. Tüm kadın kanserleri içinde taranan kadın kanserlerinin payı %35’tir (11).

Ulusal Kanser Kontrol programının 5 yıllık ilk fazı 2008-2013 yılları arasında gerçekleştirilmiş olup, DSÖ, IARC, Avrupa Birliği Bilimsel Komisyonu gibi çok sayıda uluslararası kurum ve kuruluşlarla iş birliği yapılarak programın 2. fazı oluşturulmuştur (2013-2018). 2014 yılı itibari ile 28 AB ülkesinin sadece 25’inin kanser kontrol programı bulunmaktadır (7).

2.2. Serviks Kanseri

Serviksin vajinaya yakın olan tarafı squamöz epitelle döşelidir. Endoserviks mukus salgılayan hücrelerin üzerinde yer alan kolumnar epitelle kaplıdır. İki farklı epitel yapısı squamo-kolumnar bileşke (SCJ) adı verilen dinamik bir noktada buluşur. Kadının üreme hayatı boyunca bu bileşkenin konumu değişir. Ergenlik döneminde kolumnar epitel vajenin asit salgısından etkilenecek metaplaziye uğrar, squamöz epitele dönüşür. Metaplazik epitelin üst sınırı yeni bileşke haline gelir. Orjinal squamo-kolumnar bileşke ile yeni oluşan bileşke arasındaki alan transformasyon zonudur. Transformasyon zonundaki metaplastik squamöz epitel servikal neoplazi gelişimi için kritik bir noktadır (12).

Papanicolaou (sitolojik) tekniğin yaygınlaşmasıyla invaziv serviks kanseri insidansı dramatik şekilde azalmıştır. Ancak prekürsör lezyon olan servikal intraepitelyal neoplazi (CIN) (squamöz intraepitelyal lezyon, SIL) sıklığı artmıştır. Bu fark erken evrede pap smear ile CIN'ların tanı alınmış olmasına bağlıdır. CIN tanılarının bir kısmı gerilerken, bir kısmı invaziv kansere ilerler (13).



Şekil 6. HPV enfeksiyonunun aşamaları (13).

Makroskobik bulgu olmaksızın sitolojik olarak CIN saptanabilmektedir. Transformasyon zonundaki HPV tipine, enfeksiyonunun lokalizasyonuna ve diğer faktörlere bağlı olarak düşük ya da yüksek dereceli olarak başlayabilir. Prekanseröz lezyonlardan malignite gelişimi için gereken süre yaklaşık 20 yıldır. Prekanseröz lezyonlar aşağıdaki gibi derecelendirilirler (13):

İngiliz Klinik Sitoloji Derneği sınıflaması

CIN I (hafif displazi): Epitelin 1/3 alt kısmında hafif displastik değişiklikler vardır.

CIN II (orta displazi): Epitelin 2/3 alt kısmında displastik değişiklikler vardır.

CIN III (şiddetli displazi ve karsinoma in situ): Epitelin tamamında belirgin atipik değişiklikler vardır, maturasyon tamamen kaybolmuştur.

Displazi varlığındaki histolojik değişiklikler; matürasyon bozukluğu, nükleer hiperkromatizm, nükleus stoplazma oranında artış, pleomorfizm, diskeratozis ve anormal mitozlardır (14).

CIN I kendini sınırlayan HPV enfeksiyonuna bağlı gelişebilirken, CIN II/III serviks malignitesinin öncülü olabilir. CIN I lezyonlarının %50-60 kadarı geriler, %30'u devam eder, %20'si CIN III'e ilerler ve sadece %1-5'i maligniteye dönüşür. CIN III'lerde regresyon oranı %33, progresyon oranı ise %6-74 arasında değişmektedir. Lezyon derecesi arttıkça progresyon oranı da doğru orantılı olarak artmaktadır. Fakat yüksek dereceli olguların çoğunda kansere dönüşüm tespit edilmemektedir (13).

Bethesda sistemi (14) (15)

1. Atipik squamöz intraepitelyal hücreler (ASC):

ASC-US (Önemi belirlenemeyen grup) : Hücreler tam olarak normal görünümde değildir, fakat bu değişim anlamlı değildir. Borderline terimi ASC-US'a karşılık gelir.

ASC-H (Yüksek riskli grup): Hücreler anormal görünümündedir, anlamı belirsizdir. Prekanseroz lezyon olma riski ASC-US'dan daha fazladır.

2. Low grade intraepitelyal lezyonlar (LSIL): HPV ile uyumlu sitolojik değişiklikler ve koilositoz vardır, CIN I'e karşılık gelir.

3. High grade intraepitelyal lezyonlar (HSIL): CIN II ve III'e karşılık gelen sitolojik bulguları içerir. Smear sonucu HSIL gelenlere kolposkopi ve kolposkopi eşliğinde biyopsi yapılmalıdır.

4. Atipik glandüler hücreler (AGC)

5. Endoservikal adenokarsinoma in situ

2.2.1. Risk Faktörleri

Servikal intraepitelyal neoplazi ve invaziv kanser gelişiminde önemli risk faktörleri şunlardır:

A. Human papilloma virüs (HPV) enfeksiyonu: Servikal displazi ve karsinogezindeki başlangıç olayı olası HPV enfeksiyonudur (16). Servikal karsinomlu olgularda %80-100'ünde HPV DNA'sı (en sık olarak 16,18 ve 31) saptanmıştır (14).

B. Seksüel ve reproduktif öykü: İlk cinsel ilişkinin 16 yaşından önce olması, multiple seksüel partner varlığı, multiparite ile risk artmaktadır (14).

C. Sigara kullanımı: Aktif sigara kullananlarda ya da kullanmış olanlarda servikal kanser riski 2-3 kat artmıştır (17).

D. Kontrasepsiyon: Bariyer yöntemlerin kullanımıyla servikal kanser riski azalmaktadır (14). OKS kullanımı ile olan ilişki tartışma konusudur. Bazı araştırmalarda oral kontraseptif kullanımının servikal glandüler patolojileri artırdığı saptanmıştır ancak netlik kazanmamıştır (16).

E. Erkek partner faktörü: Serviks kanserli kadınların erkek partnerlerinin venereal enfeksiyon öyküsü, erken seksüel deneyimlerinin olması, poligamik davranış sergilemiş olmaları önem taşımaktadır (14).

F. Düşük sosyoekonomik düzey: Sosyoekonomik durum, kültürel nedenler ve eğitim seviyesi bireylerin tarama programlarına erişimlerini belirlemektedir (17).

G. İmmüsupresyon: İmmüsupresif kadınlarda hastalık oluşumu ve preinvaziv lezyonların invaziv evreye progresyonu daha hızlı olmaktadır. Serviks kanserinde HIV'nin rolü CD4 sayısındaki düşüşle ve buna bağlı olarak gelişen bağışıklık sistemi defektiyle ilişkilidir. HIV pozitiflerde negatiflere oranla serviks kanseri riski yaklaşık olarak 5 kat daha fazladır (13) (14) (16).

2.2.2. Klinik

Serviks klinik değerlendirmeye uygun bir genital organ olduğu için erken dönemde tanı ve tedavi şansı başka hiçbir kanserde serviks kanserinde olduğu kadar yüksek değildir. Uzun bir preinvaziv dönemi olan serviks kanserinin ortalama görülme yaşı 52,2 olup, 35-39 ve 60-64 yaş aralığı olmak üzere iki pik dönemi vardır (14).

Prekanseröz lezyonlar olan servikal intraepitelyal neoplaziler serviks kanserinden 15-20 yıl daha önce görülmektedir. Prekanseröz evrede patoloji hücre düzeyinde olduğundan klinik semptom genellikle yoktur. İnvaziv serviks kanseri vakalarında en yaygın belirti; anormal vajinal kanama veya akıntıdır. En sık postkoital kanama olmakla birlikte irregüler vajinal kanama gözlenebilir. İlerlemiş vakalarda kötü kokulu vajinal akıntı, kilo kaybı, üremi, ekstremitelerde dem, üriner ve rektal semptomlar gözlenebilir. Serviks kanserinde en sık ölüm nedeni remidir. İliak ve paraaortik lenf nodlarının metastatik tutulumuyla lumbosakral sırt ağrısı, pelvik yan duvar tutulumuyla siyatik ağrısı ortaya çıkabilir. En sık tutulan lenf nodu paraservikallerdir. Uzak metastaz ise en sık karaciğere olmaktadır (14) (16).

Genelde fizik muayene normaldir. İleri evre olgularda supraklaviküler veya inguinal lenfadenopati, alt ekstremitte demi, batında asit, akciğer metastazına bağlı azalmış solunum sesleri saptanabilir. Pelvik muayenede spekulum ile şüpheli alanlara bakılmalıdır. İnvaziv kanser varlığında bimanuel muayenede serviks sert, fıkse ve sıklıkla geniştir. Rektal muayene özellikle endoservikal karsinom varlığında servikal tutulumun saptanması açısından önem taşımaktadır. Parametrial dokuya veya pelvik yan duvara yayılım en iyi rektovajinal muayene ile tespit edilir (16).

2.2.3. Tanı ve Tarama Yöntemleri

Serviks kanserinin tanı ve taramasında ülkenin maddi koşullarına göre sitoloji, VIA/VILI, HPV DNA testi kullanılabilir. Her ülkeye uygun net bir tarama stratejisi bulunmamakla birlikte, 3 yılda bir smear ve HPV testi ile co-testing en çok önerilen modeldir (7).

- **Servikal Sitoloji (Pap-Smear)**

Serviks ve vajen epitelinden dökülen normal hücreler ile atipik hücrelerin değişimi incelenir. Materyal vajinal forniks, ektoserviks ve endoserviksten alınmalıdır. Pap-smear konvansiyonel ya da sıvı bazlı yapılabilir. Sıvı bazlı yöntem CIN'leri saptamada konvansiyonel yöntemden daha duyarlıdır ancak her iki yöntemin özgüllüğü eşittir. Ektoserviksten örnek almak için spatula eksternal osa yerleştirilerek 360 derece çevrilir. Endoserviksi örneklemek için ise fırça eksternal ostan içeri itilerek kendi etrafında çevrilir. Spatula ve fırça aracılığıyla alınan örnek lama yayılır, fiksatif uygulanır (14) (18).

Smear bir tarama testidir, tanı koydurmaz. İnflamasyon, enfeksiyon, rejeneratif değişiklikler ve radyasyon anormal pap-smear ile sonuçlanabilir. Testin yanlış negatiflik oranı (%15-30) oldukça yüksektir. Normal smearli kadınların %15'i yüksek riskli HPV taşıyıcısıdır. Duyarlılık oranı %50 düzeyinde olduğu için tarama aralıkları uzun tutulmamalıdır. Smear sonucunun art arda 2 kez negatif çıkması halinde tarama aralığı uzatılabilir. 'Yetersiz materyal' olarak sonuçlanan smear mutlaka tekrar edilmelidir. Sitoloji raporları İngiliz Klinik Sitoloji Derneği sınıflaması ve Bethesda sistemine göre değerlendirilmektedir (7) (12) (13) (14).

- **VIA/VILI (Asetik asit sonrası vizüel inspeksiyon)**

VIA ve VILI %5'lik asetik asit ya da lugol uygulaması sonrası serviksin gözlenmesine dayanan yöntemlerdir. Özgüllüğü ve pozitif prediktif değeri smeare kıyasla yüksektir (%95,4'e 77,1-%93,5'e 58). Daha ekonomik olması nedeniyle smeare alternatif bir metod olarak kanser taramasında kullanılabilir (7) (19).

- **Kolposkopi**

Tarama testleri ile preinvaziv lezyon saptanması durumunda pozitif sitolojik bölgenin belirlenmesi için uygulanır. Kolposkop serviksi 6-40 kez büyütürken incelenmesini sağlayan bir mikroskoptur. Anormal smear sonucu olan hastalara kolposkopi eşliğinde alınan biyopsi ile tanı konulmaktadır. Servikse uygulanan asetik asit (%3-5) ile mukus uzaklaştırılır, hücrelerdeki proteinler koagülasyona uğratarak opaklaştırılır. Hücrelerin içerdiği protein miktarıyla beyazlaşma doğru orantılıdır. Displazik hücreler kolposkopik muayenede opak

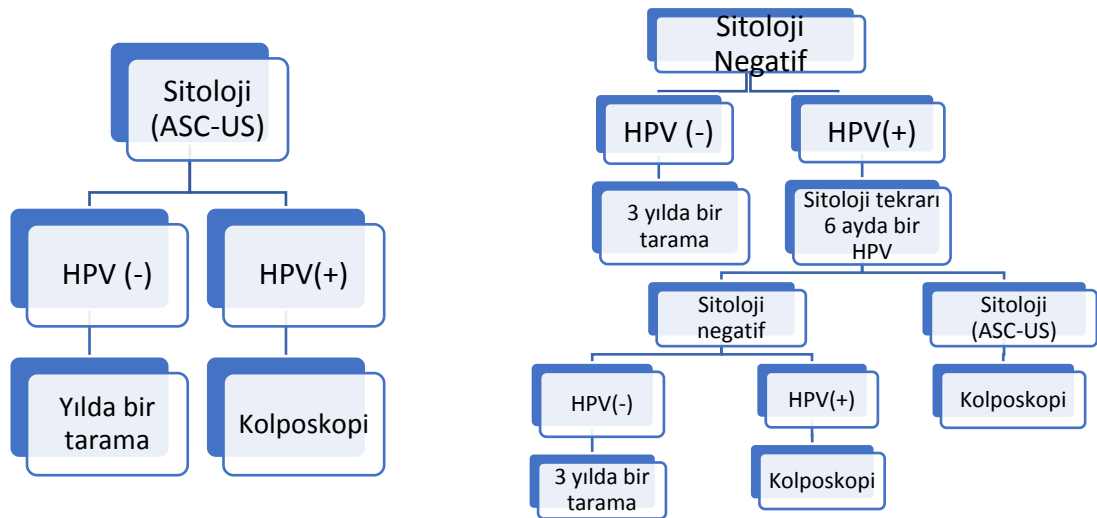
görüntü oluşturur. Ancak endoservikal kanal patolojileri kolposkopiyle saptanamaz, endoservikal küretaj (ECC) yapılmalıdır (14).

Anormal kolposkopik bulgular; asetobeyaz epitel, lökoplaki, punktuasyon, mozaizm, atipik damarlanma olarak sıralanabilir. İnflamasyon gibi pek çok olay asetobeyaz değişime neden olabilir. Anormal alanlardan mutlaka biyopsi alınmalıdır (14).

- **HPV DNA Testi**

Sitoloji testlerine kıyasla oldukça duyarlıdır, özgülüğü de benzer oranlardadır. Negatif prediktif değeri oldukça yüksektir. Negatif HPV DNA sonucu, sitolojiden bağımsız olarak malignite riskini ekarte ettirir. 30-65 yaş kadınlarda taramada HPV testinin kullanılmasının maliyet etkin olduğu saptanmıştır (7).

Farklı uygulamalara rağmen genel kabul gören yaklaşım, HPV DNA testlerinin 30 yaşından sonra smear ile beraber primer olarak uygulanmasıdır. 30 yaşın sınır seçilme nedeni, daha erken dönemdeki HPV varlığının 20'li yaşlardan sonraki yüksek regresyon oranıdır. Sitoloji negatifliğine rağmen HPV pozitifliği bulunan vaka sayısının fazla olması nedeniyle sitolojinin tek başına yetersiz olacağı tespit edilmiştir. Bu nedenle 30 yaş üstünde moleküler yöntemlerin primer test olarak uygulanması kabul edilmiştir. Ayrıca sitolojide ASC-US saptanması halinde HPV testi 6-12 ayda bir tekrarlanmalı ve HPV pozitifliği durumunda kolposkopi yapılmalıdır (20).



Şekil 7. HPV testlerinin uygulanmasına ilişkin algoritma (20).

2.2.4. Histopatolojik Sınıflama

Serviks kanserinin en sık histolojik tipi squamöz hücreli karsinomlardır (%75-90). Adenokarsinom ve adenoskuamöz karsinomlar %20 oranında gözlenir. Adenokarsinomun prognozu squamöz hücreli karsinoma göre daha kötüdür, overlere metastaz riski daha yüksektir. Dietilstilbestrol (DES) maruziyeti olanlarda berrak hücreli adenokarsinom, gebelerde ve OKS kullananlarda ise villoglandüler papiller adenokarsinom gözlenmektedir. Agresif seyirli nöroendokrin tümörler ise %5'den az oranda saptanmaktadır (13) (14) (16).

2.2.5. Evreleme

Serviks kanserinde evreleme klinik bulgulara dayanmaktadır. Yalnızca evre IA alt sınıflaması (Ia1,Ia2) patolojik tanı gerektirmektedir. Konizasyon ile saptanan mikroinvaziv lezyonlar IA olarak sınıflandırılır (Tablo 2). Lenf nodu tutulumu ve endometriyal yayılım evreleme kriterlerinden değildir (14).

Tablo 2. Servikal Kanserlerin Evrelemesi (FİGO) (21).

FİGO Servikal Kanserlerin Evrelemesi	
EVRE I	Tamamen serviksde sınırlı karsinom
IA	Mikroinvaziv (preklinik) kanser (Sadece mikroskopik olarak saptanan lezyon)
Ia1	Stromal invazyon derinliği <3mm, horizontal yayılım<7mm
Ia2	Stromal invazyon derinliği 3-5mm, horizontal yayılım<7mm
IB	Serviksde sınırlı lezyonlar, invazyon derinliği >5mm, horizontal yayılım > 7mm
Ib1	Lezyon büyüklüğü ≤ 4cm
Ib2	Lezyon büyüklüğü > 4cm
EVRE II	Tümör vajenin 1/3 alt kısmına veya pelvik yan duvarlara yayılmıştır. Hidronefroz olgularını kapsar.
IIA	Parametrial invazyon yoktur.
Ila1	Lezyon büyüklüğü ≤ 4 cm
Ila2	Lezyon büyüklüğü > 4 cm
IIB	Parametrial invazyon vardır.
EVRE III	Tümör vajenin 1/3 alt kısmına veya pelvik yan duvarlara yayılmıştır. Hidronefroz olgularını kapsar.
IIIA	Pelvik yan duvarlara yayılım yoktur, vajenin 1/3 alt kısmı tutulmuştur.
IIIB	Pelvik yan duvarlara yayılım veya hidronefroz/nonfonksiyone böbrek vardır.
EVRE IV	Ekstra pelvik yayılım vardır.
IVA	Mesane ve/veya rektum mukozası gibi komşu pelvik organlara invazyon
IVB	Uzak organ metastazları

2.2.6.Tedavi

Hastalığın tanı anındaki evresi en önemli prognostik göstergedir. Erken evrede tanı alan serviks kanserinde beş yıllık sağ kalım oranı %92 gibi yüksek düzeylerde dir. Beş yıllık sağ kalım oranları evre IA'dan evre IV'e gidildikçe azalmaktadır (14) (22).

Hastalığın evresine göre tedavi değışiklik göstermektedir. Sadece I ve IIA evresindeki vakalara cerrahi yapılmaktadır. Uygulanacak cerrahi yöntemin seçilebilmesi için operasyon öncesi konizasyon yapılması gerekmektedir. Evre IIB ve üzerinde radyoterapi, kemoterapi ve/veya kemoradyoterapi tercih edilmektedir. Radyoterapi hastalığın bütün evrelerinde kullanılabilmeyle birlikte Evre IIB ve üzerindeki vakalar için primer tedavi seçeneğidir. Eş zamanlı uygulanan kemoterapinin tek başına radyoterapiye göre hastaların sağ kalımını artırdığı saptanmıştır. Klinik yanıt oranı en iyi ajan sisplatin olduğundan, kemoterapi protokolleri sıklıkla sisplatin ve kombinasyonlarından oluşmaktadır (14) (23).

2.2.7. Gebelik ve Serviks Kanseri

Gebelikte en sık görülen malignite serviks kanseridir. Gebelerden ilk antenatal kontrolleri sırasında mutlaka smear alınmalı ve şüpheli lezyonlardan kolposkopik biyopsi yapılmalıdır. Biyopside mikroinvaziv lezyon saptanırsa, invaziv hastalık ekartasyonu için konizasyon gerekmektedir. Konizasyon ilk trimesterde perioperatif kanama ve abortus riskini artıracığından 2. trimesterde planlanmalıdır (24).

Evre IA tanılı olguların vajinal doğum yapması mümkündür ve tedavileri doğum sonrasına ertelenmektedir. İnvaziv kanser varlığında gebelik 24 haftadan küçükse fetüs düşünülmeden evreye uygun tedavi uygulanır. Tanı gebeliğin 24. haftasından sonra konmuşsa 34. haftaya kadar akciğer maturasyonu için beklenir, takiben doğum sezeryanla yaptırılarak postoperatif tedavi planlanır. İnvaziv kanserlerde vajinal doğum rekürrens riskini artırır bu nedenle sezeryan tercih edilmelidir (24) (25).

2.3. Human Papillomavirüs

HPV; çift sarmallı, dairesel, 8000 baz çifti içeren, 45-55 nm büyüklüğünde zarfsız bir DNA virüsü olup Papillomavirüs ailesinin üyesidir. Papillomavirüsler, epitelyotrofik ve 12 cinsten oluşmaktadır (26) (27). HPV tipleri alfa, beta, gama, mü ve nü cinslerinde yer almaktadır. Genital ve mukozal kanserlerle ilgili olanlar genelde alfa cinsinin üyeleridir. Kutanöz genital siğil etkeni olan HPV tip 6 ve 11 alfa-PV cinsinin 10 numaralı türüne; HPV 16 ve 31 alfa-PV cinsinin 9 numaralı türüne; HPV tip 18 ve 45 ise alfa-PV cinsinin 7 numaralı türüne aittir (27).

İnsan papilloma virüsleri diğer birçok virüsten farklı olarak, antijenik yapılarından çok DNA yapısına göre sınıflandırılmakta, keşfedildikleri sıraya göre numaralandırılmaktadır. Günümüzde 200'den fazla HPV tipi bulunmaktadır. Papilloma virüslerin filogenetik sınıflaması DNA sekanslarına göre yapıldığı için viral genomlar arasındaki benzerlik derecesi önemlidir (28).

HPV tipleri klinik olarak üçe ayrılmaktadır. Yüksek riskli grup tip 16 başta olmak üzere, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, 82 iken; olası yüksek riskli olanlar tip 26, 53, 66; düşük riskliler ise tip 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81'dir. HPV tip 16 en onkojenik tiptir, tip 18 ise ikinci sıradadır. HPV tip 16 ve 18 vakaların %70'inden sorumludur. Aseptomatik bir HPV enfeksiyonu 10 yıl takip edildiğinde; tip 16 ve 18 pozitifliğinin progresyon oranı diğer tiplere göre daha yüksektir (29).

HPV genomu fonksiyonel olarak erken bölge (Early region, E bölgesi), geç bölge (Late region, L bölgesi), uzun kontrol bölgesi (Long Control Region, LCR veya Uncoiding Regulatuar Region, URR) olmak üzere 3 bölgeden oluşur. Erken bölge ORF'leri (open reading frame-açık okuma bölgesi) DNA replikasyonunu başlatan proteinleri kodlarken, geç bölge ORF'leri çoğalan enfekte hücrelerde eksprese olur. Viral genomun erken bölgesinde E1'den E7'ye kadar 7, geç bölgesinde L2'ye kadar 2 ORF bulunur. LCR; ORF içermez, DNA replikasyon orijinini içerir (28) (30).

Geç bölgenin L1 geni, viral protein kılıfının majör kapsid proteinini oluştururken, L2 geni minör kapsid proteinini oluşturur. L1 bölgesindeki DNA dizisinin farklılık düzeyi %10'dan fazlaysa yeni bir papilloma virüs tipi olarak tanımlanmaktadır (28).

HPV tiplerinin bazılarının yüksek riskli olup onkojenik potansiyel taşıması, E6 ve E7 proteinlerinden kaynaklanmaktadır. E6 P53 proteinine; E7 ise Rb proteinine bağlanarak onkojenik özellik gösterir. E6 tümör supresör p53 proteininin parçalanmasını uyararak hücre proliferasyonuna neden olur. E6 ile aktive olan parçalanma sonucunda hücre siklusu bozulur, tümöral hücre gelişimi artar. E7 ise replikasyonda görevli enzim genlerinin ekspresyonunu inhibe eden Rb proteinine bağlanır, viral transkripsiyonu aktive eder (28) (31).

Papillomavirüsler yassı epiteldeki bazal hücrelere afinite gösterirler. Bazal hücrelere membranda bulunan alfa-6 integrin, heparan ve hücre yüzey glikozaminoglikanları ile tutunur, kltrin bağımlı endositoz ile hücre içine alınırlar. Virüsler ilk olarak bazal keratinositleri enfekte eder, keratinositlerde viral genlerini sentezletirler. Viral proteinlerin sentezlenip, toplanması sadece skuamöz epitelin stratum spinosum ve granulosum tabakalarında gerçekleşir. Viral replikasyon ile başlangıçtaki düşük viral yük gittikçe artar. Papillomavirüsler DNA sentez mekanizmalarını aktifler, apoptozisi inhibe eder, enfekte keratinositlerin farklılaşmasını geciktirirler (28) (32).

HPV konak immünitesini baskılayabilmek için birçok mekanizma geliştirmiştir. Bunlardan en önemlisi replikasyon döngüsüdür. Viremi fazı olmayan, epitel hücrelerinin lizisine yol açmayan HPV viral protein ekspresyonunu immün sistem hücrelerinden uzakta epitelin üst tabakasında gerçekleştirir. Böylece doğal immün yanıtı geciktirir. Keratinositlerin iyi antijen sunamıyor olması da edinsel immün cevabı azaltır. Ayrıca E6 ve E7 proteinleri hücre yüzeyinde MHC 1 ekspresyonunu ve tip 1 interferon (IFN) üretimini baskılar, sinyal iletimini bozar. Tüm bu nedenlerle HPV'ye karşı immün yanıt, diğer viral enfeksiyonlara kıyasla daha geç gelişir (20).

Papillomaviruslar skuamöz epiteli enfekte ettiğinde karakteristik sitoplazmik vakuoller yapar ve buna koilositoz denir. Koilositler bu virusların oluşturduğu enfeksiyonun temel işaretidir (13).

HPV'nin oluşturduğu klinik tablolar bazen asemptomatik ve benign seyirli iken; bazen de dirençli, proliferatif ve malign bir seyir gösterebilir. Bu durum virüs tipine, lezyon bölgesine, defektif epitel varlığına ve bireyin immünitesine bağı olarak değışmektedir (33).

Düşük riskli HPV tipleri cilt, oral kavite, larinks, vulva, vajina, penis ve perianal bölge olmak üzere pek çok yerde kondiloma yol açabilir. HPV'nin rol oynadığı en sık benign tablo kondilom iken, en sık malign tablo serviks kanseridir. Serviks kanseri haricinde vulvar, vajinal, anal ve penil kanserler gibi diğerk anogenital tümörlerde de HPV pozitifliği saptanmaktadır (34). Tonsiller karsinom başta olmak üzere baş-boyun kanserlerinin HPV ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Kalp ve böbrek dışında araştırılan çoğu organda virüs saptanabilmektedir. Prostat, mesane, özofagus, mide, kolon, karaciğerk, endometriyum, over, meme ve akciğerkler gibi pek çok organda HPV varlığını gösteren çalışmalar mevcuttur (35).

2.3.1. HPV Tanı Testleri

HPV tiplerinin hücre kültürlerinde üretilmesi mümkün değıldir. Serolojik testler, immünohistokimyasal yöntemler, sitolojik inceleme ise yeterince duyarlı değıldir. Bu nedenle, HPV tanısında altın standart olarak moleküler yöntemler kullanılmaktadır. Moleküler yöntemler ile HPV tiplendirmesi yapılabilmekte; hastanın yönetimi, takibi sağlanabilmektedir. Moleküler yöntemler üç başlık altında incelenebilir (36) (37).

- 1) **Direkt prob yöntemleri:** '*In situ* hibridizasyon' (ISH), '*Southern blot* hibridizasyon' (SBH), '*Dot blot* hibridizasyon' (DBH), '*Floresans in situ* hibridizasyon' (FISH) gibi amplifikasyon gerektirmeyen bu testler, özgüllükleri ve duyarlılıkları düşük olduğundan araştırma amaçlı kullanılırlar ancak rutinde tercih edilmezler (20).
- 2) **Sinyal amplifikasyon yöntemleri:** '*Hybrid capture*' (HC) yöntemi ile örnekteki HPV DNA'nın düşük veya yüksek risk grubunda olduğuk saptanabilir ancak özgül HPV genotipi belirlenemez. En iyi bilinen ve yaygın olarak kullanılan '*Digene HC2 HPV DNA test*' (Qiagen, USA) FDA onaylıdır (20).
- 3) **Nükleik asit amplifikasyon yöntemleri:** '*Polimeraz zincir reaksiyonu*' (PCR) ve '*In-situ PCR*' bu grupta yer alır. Standardizasyon sağlandığı ölçüde oldukça duyarlı ve özgüldürler (20).

HC testi, HPV çalışmalarında en sık ve yaygın olarak kullanılan yöntem olmasına rağmen; HPV DNA saptamaya yönelik testler içerisinde en duyarlı olan PCR'dır. HC testinin duyarlılığı PCR kökenli yöntemlere kıyasla düşük, direkt hibridizasyon testlerine kıyasla ise oldukça yüksektir (20).

2.3.2. HPV'den Korunma ve Aşılanma

Serviks kanseri ve HPV arasındaki güçlü ilişki nedeniyle aşı çalışmaları üzerine yoğunlaşılmıştır. Çoğu virüs aşısında canlı attenüe ya da aktif virionlar kullanılırken, HPV'nin oğaltılmasındaki zorluklar ve virüsün onkoprotein içeriği nedeniyle HPV aşıları subunitler kullanılarak hazırlanmıştır. HPV aşıları; oluşabilecek yeni enfeksiyonlara karşı bireyi koruyan profilaktik aşılar, mevcut enfeksiyon veya neoplazi varlığında tedavi amaçlı kullanılan terapötik aşılar olmak üzere iki tiptir (38).

Profilaktik aşı L1/L2 viral kapsid proteinlerinden oluşan virüs benzeri partiküller (VLP) içermektedir. HPV L1 VLP'lerin morfolojik ve antijenik olarak doğal virionlarla oldukça benzer olması aşı üretimi için kullanılmıştır. VLP'lerin en büyük avantajı onkojenik viral genom iermemeleridir. VLP'ler humoral yanıt oluşturmasının yanı sıra, hücresel immün cevabı da aktive etmektedir. İlk HPV aşıları HPV 16 VLP'si ile yapılmıştır. L1 VLP'ler tarafından üretilen antikrlar tipe spesifiktir, çapraz nötralizan değildir. Sadece HPV 16 ile 31, 33, 58 ve HPV 18 ile 45 arasında ortak epitop kullanımına bağlı çapraz koruma olmaktadır. Aşı ile en az 48 ay boyunca doğal enfeksiyonların oluşturabileceğinden 10 kat daha fazla antikör titresi oluşmaktadır (39) (40).

Mevcut enfeksiyon veya neoplazi varlığında kullanılan terapötik HPV aşılarının antijenik hedefi karsinogenik etkiye yol açtığı bilinen; E6 ve E7'dir. Terapötik aşılamada amaç, hücresel immüniteyi uyarmaktır. CD4+ ve CD8+ T hücreleri uyarılır, sitotoksisite ve sitokinler aracılığıyla viral DNA'ya entegre olarak E6-E7 proteinlerini üreten enfekte hücreler yok edilir (41).

HPV aşı uygulamasına 2006 yılında 1 ülkede(Avusturya), 2007 yılında 7 ülkede (Belçika, Fransa, Almanya, İtalya, Portekiz, İspanya ve İngiltere), 2008 yılında 7 ülkede (Danimarka, Yunanistan, İrlanda, Lüksemburg, Norveç, Romanya ve İsveç), 2009 yılında 3

ülkede (Letonya, Slovenya ve Hollanda) başlanmıştır. ABD, Kanada, Avustralya, Almanya, Fransa, İsrail olmak üzere birçok ülkede HPV aşısı rutin aşı takvimine girmiştir (42).

Temmuz 2010 itibariyle, 18 ülkede HPV aşısı ulusal bağışıklama programlarına entegre edilmiştir. Henüz aşılamaı başlatmamış olan ülkelerin önündeki en büyük engel ise finansal kısıtlamalardır. İlgili 11 ülkeden 9'unda aşılama için ödenek eksikliği söz konusudur. Kalan 2 ülke aşının koruyuculuk süresini ve mevcut tarama programının ötesinde beklenen etkisini yetersiz bulmuştur. HPV aşısının yapıldığı 18 ülkeden 13'ünde aşı takip sistemi bulunmasına rağmen, sadece 7 ülkede kapsamlı aşılama verisi elde edilmektedir. HPV aşısının uygulandığı 18 ülkenin %50'sinde toplama kampanyaları (catch up programme) gerçekleştirilmiştir. Adolesanlar hedef nüfus olarak seçilmiştir, fakat yaş aralığı ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Ülkelerin çoğu HPV aşısına tamamen mali destek sağlamıştır ve hedef nüfusa ulaşmak için ülkelerin üçte ikisi halk sağlığı alt yapısını ya da okul sağlığı hizmetlerini kullanmaktadır (42).

2006 yılında ABD Gıda ve İlaç İdaresi (FDA), HPV tip 6,11,16,18'e karşı geliştirilmiş olan Gardasil'i (Kuadrivalan-HPV4; Merck&Co. Inc) onaylamıştır. 2009 yılında ise HPV 16 ve 18'i hedef alan ikinci bir HPV aşısı (Bivalan-HPV2; Glaxo Smith Kleine, Cervarix) FDA tarafından onaylanmıştır. Gardasil 0, 2 ve 6. aylarda, Cervarix ise 0, 1 ve 6. aylarda olmak üzere 3 doz halinde 6 ay boyunca uygulanmaktadır (Tablo 3). Ülkemizde Gardasil 2007'de, Cervarix 2008'de ruhsat alıp satışa sunulmuştur. Ancak ulusal aşı takviminde yer almamaktadır (43) (44).

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC-Center for Disease Control) bünyesindeki aşı uygulamaları danışma komitesinin (ACIP) oluşturduğu klinik yönergeler 2006'dan beri geliştirilmiştir. Güncel yönergeler; 9-26 yaş aralığındaki adolesanların, erişkin erkeklerin ve kadınların aşılmasını önermektedir. İmmünsüprese ve eşcinsel erkekler gibi özel popülasyonlar için, aşılama 26 yaşına kadar yapılabilir (43). Ayrıca HPV aşıları tüm suşları içermediğinden, aşılanmış kadınların rutin taramalarına devam etmeleri gerekmektedir (45).

2003 yılında CDC, anal kanserlerin kadınlarda (1,6/100.000) erkeklerden (1,3/100.000) daha yaygın olduğunu bildirmiştir. Birleşik Devletlerdeki HPV'ye bağlı anal kanser vaka sayısının erkeklerde 900, kadınlarda 1600 olduğu tahmin edilmektedir. 2010 yılında, FDA erkek ve kadınlarda anal kanserin önlenmesini HPV4 aşısının kullanımı için yeni bir endikasyon olarak göstermiştir (43). 2011 yılında HPV2 aşısı üzerinde yapılan faz III etkinlik çalışmalarından biri olan Kosta Rika aşı araştırmasında, aşılardan anal HPV enfeksiyonunu önlemede etkili olabileceği belirtilmiştir (46). İki değerli aşı, anüsde yaygın HPV 16/18 enfeksiyonuna karşı %62 oranında etkinlik göstermiştir. HPV kohort çalışmasında, aşının anal (%83,6) ve servikal HPV 16/18 enfeksiyonunu (%87,9) önleme etkinliği benzer şekilde saptanmıştır. Ancak iki değerli aşının anal HPV enfeksiyonuna karşı kullanımı henüz onaylanmamıştır (43).

Tablo 3. FDA onaylı HPV aşıları (43).

	GARDASİL	CERVARİX
Tipleri	Kuadrivalan (tip 6,11,16,18)	Bivalan (tip 16 ve 18)
Üretici firma	Merck & Co.	GlaxoSmithKline
VLP tipleri	6,11,16,18	16,18
Adjuvan	225 µg alüminyum hidroksifosfat sülfat	500 µg alüminyum hidroksid, 50 µg 3-O-4 deasitillenmiş 4 monofosforil lipid A
Aşı aralığı	0, 2, 6. aylarda	0, 1, 6. aylarda
Endikasyonlar	9-26 yaş arası kadınlarda HPV 6/11/16/18'in yol açtığı hastalıkların önlenmesi için: Serviks kanseri Genital siğiller Servikal karsinoma in situ CIN I, II, III Vulvar/Vajinal intraepitelyal neoplazi Vulvar ve vajinal kanserin önlenmesinde 9-26 yaş arasındaki erkeklerde HPV 6 ve 11'in neden olduğu genital siğillerin önlenmesinde 9-26 yaş aralığında HPV'nin neden olduğu anal kanser ve ilişkili kanser öncesi lezyonların önlenmesinde	9-25 yaş arası kadınlarda HPV 16/18'in yol açtığı hastalıkların önlenmesi için: Serviks Kanseri CIN I, II, III Servikal adenokarsinoma in situ

HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58 olmak üzere 9 HPV tipine karşı koruyucu olan Gardasil 9'un (Nanovalean) kullanımı, FDA tarafından Aralık 2014'de, ACIP tarafından 2015'de onaylanmıştır. Nanovalean aşının servikal, vulvar, vajinal, anal kanserlerden veya öncül lezyonlarından %90 oranında koruma sağlayacağı iddia edilmektedir (47).

HPV aşısının en sık yan etkileri; enjeksiyon bölgesinde ağrı, şişme, eritem ve baş ağrısıdır. Aşı nadiren tonik-klonik nöbete, senkopa neden olabilmektedir. Aşının içeriğindeki maddelerden birine karşı duyarlılık olması ya da aşının bir dozunun yapılmasını takiben alerji gelişmesi durumunda aşı kontrendikedir. Tüm aşılarla olduğu gibi aşılama sonrası her bireyde koruma oluşmayabilir. Aşının gebelerdeki güvenliği kanıtlanmamıştır (45) (47).

Günümüze kadar çok az oranda aşı başarısızlığı olduğu için koruma ile bağışıklık ilişkisi net olarak kurulamamıştır. HPV aşılarının gelecekteki kanser insidansı üzerine etkisi takip sonrası bilinebilir. Ayrıca, HPV aşısının önerildiği yaş grubu olan adolesanların takibi pediatristler tarafından yapıldığından aşının etkinliğini ve uygulanabilirliğini değerlendirmede pediatristlerin konuyla ilgili tutumu ve katılımı önem taşımaktadır (48).

2.4. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyon hizmetlerinin tamamı sağlık hizmetleri olarak tanımlanmaktadır. Hastalıklar oluşmadan insanları korumak için verilen hizmetler ise koruyucu sağlık hizmetleri başlığı altında yer almaktadır. Her geçen gün koruyucu sağlık hizmetleri mevcut hastalığın tedavi edilmesinden daha öncelikli hale gelmektedir (49).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir bileşenini taramalar oluşturmaktadır. Taramalar ile semptomsuz dönemdeki kişilerin erken tanı ve tedavi amacıyla muayene edilip, incelenmesi büyük önem taşımaktadır. **Toplum tabanlı tarama;** hastalık açısından riski yüksek kişilerin düzenli aralıklarla, aktif olarak, planlı bir program kapsamında araştırılmasıdır. Kişisel farkındalık veya çevresel faktörler tarafından yönlendirilme sonucu başvuranların taranması ise **fırsatçı tarama** olarak tanımlanmaktadır. Fırsatçı tarama bilinçlendirme açısından yararlı olsa da, periyodik değildir ve tüm popülasyonu kapsamaz.

Fırsatçı tarama yüksek risk grubunda olanları kapsamamış olabileceği için toplum taramalarına kıyasla etkinliği kısıtlıdır (50) (51).

Tarama programları ile kesin tanı konmaz, test sonucu pozitif veya şüpheli olan olası olgulara ulaşmak amaçlanır. Etkin tarama programları oluşturup, hedef toplumu kapsayabilmek için DSÖ tarafından oluşturulan tarama ilkeleri dikkate alınmalıdır.

- Taranan hastalık, toplum için önemli bir sağlık problemi olmalıdır.
- Hastalığın latent veya erken semptomatik dönemi olmalıdır.
- Hastalığın klinik seyri bilinmeli, tanısı doğrulandığında tedavi edilebilmelidir.
- Tanı ve tedavi için gerekli alt yapı olanakları bulunmalıdır.
- Hastalığın prevelans, mortalite ve morbiditesi yüksek olmalı; tarama ile azalmalıdır.
- Taranan popülasyon yeterli tıbbi bakıma ulaşabilmeli, önerilecek ileri tetkik ve tedaviyi kabul edebilmelidir.
- Tarama testi hedef popülasyona uygun olmalı, kolaylıkla uygulanabilmelidir.
- Tarama sürekli bir işlem olmalı, etkin olunabileceği zamanda hedef gruba uygulanmalıdır.
- Seçilen stratejiyle toplumun hastalık yükünün azaltılabileceği kanıtlanmış olmalıdır.
- Taramalarda kullanılacak test; maliyet etkin, pratik ve non-invaziv olmalıdır.
- Tarama testinin yalancı pozitiflik düzeyinin düşük olması, yalancı negatifliğinin olmaması, duyarlılık ve özgüllüğünün yüksek olması beklenir (52) (7).

Koruyucu sağlık hizmetleri sayesinde yüksek morbidite ve mortalite nedeni olan kanser, erken evrede önlenerek tedavi edilebilmektedir. Kanserden korunmanın üç aşaması bulunmaktadır.

I) Birincil korunma; bireyler sağlıklıyken değiştirilmesi mümkün olan risk faktörleriyle karşılaşma olasılığının olabildiğince azaltılması ya da risk faktörlerine dirençlerinin artırılmasıdır (aşılama, kemoprevensiyon). Birincil korunma yöntemleri maliyet etkin olmasının yanı sıra daha geniş kitleleri korumaktadır (5) (50).

II) İkincil korunma; bireylerin risk faktörleriyle karşılaştıktan sonra, kanserin hücresel düzeyde olduğu ancak asemptomatik olduğu erken evrede tanı koymayı kapsar. Bu aşamada tarama programları ile preklitik lezyonlar, olası-şüpheli vakalar saptanabilmektedir (50).

III) Üçüncül korunma; kanser tanısı konduktan sonra uygun tedavi ve iyileştirme yöntemleri ile olumsuz sonuçların azaltılması, mümkün olabildiğince yaşam kalitesinin artırılmasıdır (50). Ekonomik olarak ülke ekonomisine ciddi yük getiren bir yaklaşımdır (5).

IV) Dördüncül korunma; hastaya gerekli olmayan ilaçların verilmesini ya da tıbbi müdahalelerin uygulanmasını engellemek için yapılır (53).

Ülkemizde kanser tarama programı Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM), Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM), Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) tarafından yürütülmektedir. Kanser taramalarının toplum tabanlı olabilmesi için, hedef kitlenin en az %70'inin katılımı sağlanmalıdır. Aile hekimleri, tarama programlarının hedef nüfusa ulaşmasında kilit fonksiyona sahiptir. Aile hekimleri multidisipliner bir yaklaşımla kişilerin risklerini, sağlık durumunu göz önünde bulundurarak, tarama sürecinde kişilerin mevcut sağlık durumunu olumsuz etkilemeksizin koruyucu sağlık uygulamalarını topluma aktarmakla yükümlüdür. Tüm bu nedenlerle; etkin bir aile hekimliği sistemine entegrasyon sağlandığı ölçüde, ulusal kanser kontrol programı hedeflerine ulaşılacaktır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kaliteli hale getirilmesi kanser taramalarına uyumu artırmada gittikçe önem kazanmaktadır (7).

Etkili kanser tarama programlarının oluşturulabilmesi ve uygulanabilmesi için, veri temsil gücü yüksek bir kayıt sistemi oluşturulmalıdır. Kanser türlerinin insidans hızları ve topluma dağılım paterni saptanarak hedef kitle doğru bir şekilde belirlenebilir. Kanser verileri; toplumda hedeflenen bireylere ilişkin bilgileri, mevcut risk faktörlerini, tarama muayene/test sonuçlarını mutlaka içermelidir. Kanser kontrol altına alınabilmesinde; aktif bir kanser kayıtçılık sistemi anahtar bileşendir (7) (50).

2.5. Serviks Kanseri Epidemiyolojisi ve Tarama Programları

DSÖ verilerine göre kadınlar arasında en sık görülen 4. kanser türü serviks kanseridir. 2012 yılında serviks kanserli 530.000 yeni olgu bulunmaktadır ve bu sayı tüm kadın kanserlerinin % 7,9'unu temsil etmektedir (54).

Dünya genelinde serviks kanserinden ölen kadın sayısı 2012 yılı için 266.000'dir. Her iki dakikada bir kadın serviks kanseri nedeniyle yaşamını yitirmektedir. Serviks kanseri kansere bağlı ölüm nedenleri arasında 4. sırada yer almaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde serviks kanseri memeden sonra en sık teşhis edilen ikinci kanser iken, kansere bağlı ölüm nedenleri arasında meme ve akciğerden sonra üçüncü sırada yer almaktadır (9) (55).

Serviks kanserine bağlı gerçekleşen ölümlerin yaklaşık %90'ı düşük ve orta gelirli ülkelerde olmaktadır ve tek başına Hindistan vakaların %25'ini oluşturmaktadır. Serviks kanseri insidans ve mortalite oranları; Sahra altı Afrika, Orta ve Güney Amerika, Güneydoğu Asya, Orta ve Doğu Avrupa'da en yüksektir. Serviks kanseri oranlarındaki bu coğrafi farklılık tarama programlarına ulaşılabilirlik düzeyi ile ilişkilidir. HIV varlığı prekanseröz lezyonların progresyonunu hızlandırmaktadır, bu yüzden HIV prevalansının yüksek olduğu Sahra altı Afrika gibi bölgelerde serviks kanseri yükü artmaktadır (9).

Tarama programının uygulandığı birkaç gelişmiş ülkede serviks kanseri insidans oranları son 40 yılda %80 oranında azalmıştır. Kolombiya, Filipinler ve Hindistan gibi bazı gelişmekte olan ülkelerde muhtemelen tarama faaliyetleri ve iyileştirilmiş sosyoekonomik koşullar nedeniyle oranlar düşmüştür. Ancak Uganda, Zimbab ve Orta-Doğu Avrupa'nın bazı ülkelerinde ise; yetersiz taramalar ve genç kadınların değişen cinsellik alışkanlıkları nedeniyle HPV prevalansının artması, serviks kanseri oranlarını da artırmıştır (9).

Servikal taramanın yaygın olarak kullanıldığı gelişmiş ülkelerde, insidans ve ölüm oranları %50'den fazla düşüş göstermiştir. Servikal sitolojinin taramalarla saptanması yüz binlerce insanın hayatını kurtarmıştır ancak fakir ülkelerdeki kadınlar için bu şans söz konusu değildir. Serviks kanserine bağlı ölümlerin %90'ı tarama çalışmalarının yaygın ve düzenli olarak yapılamadığı gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. HPV aşılması ve

prekanseröz lezyonların taranması ile serviks kanserine bağlı ölümlerin neredeyse tamamının önlenileceği saptanmıştır. Bu veriler tarama çalışmalarının hem başarısını hem de önemini kanıtlamıştır (55) (56).

Amerikan Kanser Birliği'ne göre, serviks kanseri taramasına 21 yaşında başlanmalıdır. Adolesanlarda ve genç kadınlarda serviks kanseri nadir olarak görülmektedir ve insidans oranı taramayla değişmemektedir. Ayrıca bu yaş grubunda taramayla regresyon olasılığı yüksek olan öncül lezyonların saptanması, olası müdahaleler ile uzun vadede üreme sağlığı sorunlarına neden olabilmektedir. Tüm bu nedenlerle 21 yaş altındaki kadınlara koitus yaşı veya diğer risk faktörleri göz önüne alınmaksızın tarama yapılmamalıdır. Serviks kanseri önleme programları adölesanlarda HPV aşısı, kontrasepsiyon, cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesi konularına odaklanmalıdır (57).

Amerikan Kanser Birliği 21-29 yaş grubu kadınlarda her 3 yılda bir sitoloji taramasını önermektedir. 21-29 yaş arasındaki kadınlar için 2 veya daha fazla negatif sitoloji varlığında tarama aralığını (>>3 yıl) uzatmayı destekleyen kanıt bulunmamaktadır. 30 yaş altındaki kadınlarda HPV sıklığı yüksek olduğundan bu yaş grubundaki kadınlarda HPV testi tarama için kullanılmamalıdır. 30-65 yaş arasındaki kadınların 5 yılda bir sitoloji ve HPV testi ile taranması veya her 3 yılda bir yalnız sitoloji bakılması önerilmektedir. Ardışık negatif sitoloji sonuçları olan 30 yaş ve üstü kadınlarda mevcut kanıtlar 3 yıldan daha uzun tarama aralıklarını desteklememektedir. 65 yaşından gelişen HPV enfeksiyonlarının ve yeni tespit edilen CIN 3'ün kadının kalan yaşamı süresince invaziv kansere ilerlemesi muhtemel değildir. Bu nedenle, yeterli negatif ön taraması olan son 20 yılda CIN 2 pozitifliği olmayan 65 yaş üstü kadınlara herhangi bir yöntemle tarama yapılması gerekmemektedir (57).

Primer tarama için tek başına yapılan HPV testi yanlış pozitif sonuçlara neden olmaktadır ve sitolojiye kıyasla özgüllüğü düşüktür. HPV testi ile sitolojiye alternatif olarak tarama yapılmamalıdır. Ayrıca HPV aşılama durumuna göre önerilen tarama uygulamaları değişmemelidir. Aşı yaptırmış kadınların tarama aralığının değişmesini destekleyen herhangi bir veri literatürde bulunmamaktadır (57).

Kanada'nın serviks kanseri tarama programına göre; 25 yaş altındaki kadınlara rutin olarak tarama önerilmemektedir. 25-69 yaş arası kadınlar için 3 yıllık aralıklarla tarama programı uygulanmaktadır. Sitoloji taramasının, özellikle 30-69 yaş arası kadınlarda mortalite ve morbiditeyi azalttığını gösteren yüksek kalitede kanıtlar bulunduğundan, bu yaş grubundaki kadınların 3 yılda bir taranması şiddetle tavsiye edilmektedir. 70 yaş ve üzeri kadınlar için yeterli tarama uygulanmış olanlarda tarama durdurulabilir iken yeterli taramaya maruz kalmamış kadınlarda 3 negatif sitoloji saptanana kadar taramaya devam edilmelidir. HPV'ye karşı aşılanan kadınlar ise, kendi yaş gruplarına yönelik öneriler doğrultusunda taramaya devam etmelidir (58).

Avrupa Birliği'nin önerisi toplum tabanlı tarama olmasına rağmen, üye ülkelerde farklı uygulamalar mevcuttur. Avrupa Birliğine üye olan 27 ülke incelendiğinde; Danimarka, Estonya, Finlandiya, İrlanda, İtalya, Hollanda, Portekiz, Romanya, Slovenya, İsveç ve İngiltere olmak üzere bazı ülkelerde toplum tabanlı tarama yapılmaktadır. Hedeflenen yaş ve tarama aralığı ülkeye göre farklılık göstermektedir (59).

Avusturya, Lüksemburg, Slovak Cumhuriyeti ve İspanyada diğer ülkelerden farklı olarak; 20 yaşından önce taramaya başlanmaktadır. Tarama programları genelde 20-30 yaş arasında başlayıp, 60-70 yaşlarında durdurulmaktadır. İngiltere 25-49 yaş aralığında 3 yılda bir ve 50-64 yaş aralığında 5 yılda bir, Kuzey İrlanda 20-64 yaş aralığında 5 yılda bir, İskoçya'da 20-60 yaş aralığında 3 yılda bir, Galler 20-64 yaş aralığında 3 yılda bir tarama önermektedir. 4 ülkede (Estonya, Finlandiya, Hollanda ve Romanya) 5 yıllık, 14 ülkede 3 yıllık veya 3-5 yıllık aralıklarla kombinasyon şeklinde tarama aralığı belirlenmiştir. Geriye kalan 9 ülkede ise tarama aralığı 3 yıldan azdır veya belirtilmemiştir (59).

Fırsatçı tarama politikası uygulayan ülkelerde (Avusturya, Bulgaristan, Kıbrıs, Çek Cumhuriyeti, Almanya, Lüksemburg, Malta, Slovak Cumhuriyeti) kadınlara ömür boyu uygulanan test sayısında büyük farklılıklar gözlenmektedir. Bu ülkelerdeki öneri genelde negatif sitoloji sonuçları arasında 1 yıllık süre olması yönündedir. Uygulama farklılıklarına rağmen, tarama koşulları birçok üye ülkede tatmin edici düzeydedir ancak bazı ülkelerde hala hedef nüfusun taranmasına ulaşacak seviyeden uzaktır (59).

2.6. Türkiye’de Servikal Kanser Taraması

Serviks kanseri yüksek prevalanslı, etyopatogenezi bilinen, karsinogenez süresi uzun (10-20 yıl), erken tanı konulduğunda tam kür sağlanabilen bir kanser olduğundan servikal kanser taraması büyük önem taşımaktadır. Tarama çalışmaları dikkate alındığında koruyucu hekimliğin başarılarından biri serviks kanserinin kontrolüdür (7).

DSÖ önerilerine uygun olarak, Türkiye’de 1992 yılından beri servikal smear taraması uygulanmaktadır. 20 yıldan uzun süre smear tabanlı yapılan taramalar hedeflenen kapsayıcılık düzeyine ulaşamamıştır. Aralık 2012’de gerekli değişiklikler yapılarak, günümüzde geçerli olan program oluşturulmuştur. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Dairesi Başkanlığı tarafından yürütülen programın amacı hedef popülasyona serviks kanseri taramasını uygulamak, servikal patolojileri erken evrede yakalamak ve kanser sıklığını azaltmaktır (7).

Yenilenen ulusal kanser tarama standartlarına göre; 30-65 yaş aralığındaki her kadının primer olarak 5 yılda bir HPV testi ile taranması, pozitif saptanan olgulara smear yapılması kararlaştırılmıştır. Primer HPV testi, tarama kapsayıcılığını artıran maliyet etkin bir yöntemdir. HPV testinin negatif prediktif değeri ve duyarlılığı yüksektir. HPV negatif olan bir kadının takip eden 10 yılda kanser veya prekanseröz lezyon taşıma riski oldukça azdır. HPV pozitifliği saptanan olgular sayesinde Türkiye’deki HPV tipleri saptanacak, geliştirilmesi muhtemel aşı programı için data sağlanmış olacaktır (7).

Tedavi sonrası rezidüel veya rekürren CIN2 varlığını öngörmek için HPV DNA testi ve sitolojinin doğruluğuyla ilgili yapılan çalışmalarda; HPV testi sitolojiye göre daha duyarlı (%93-%72) ancak daha az özgül (%81-%84) olarak bulunmuştur. Sitoloji ve HPV ile yapılan kombine testler, tek başına HPV testinden daha özgüldür, fakat daha duyarlı değildir. HPV testlerinin farklı sitoloji sonuçları olan kadınların triajında ve prekanseröz lezyonların takibinde avantaj sağlamaktadır. LSIL triajında yüksek risk altındaki kadınları tanımlamak için HPV DNA veya RNA genotiplendirmesi gibi daha spesifik testler tercih edilmektedir. Kanıta dayalı veriler klinik olarak geçerli bir testle yapılan HPV DNA testinin 30 yaş ve üzeri kadınların primer taramasında servikal sitolojiden daha etkili olduğunu ve HPV negatif

kadınların tarama aralıklarının en az 5 yıl uzatılabileceğini göstermektedir. HPV pozitif kadınların triajı için; HPV 16-18 genotiplemesi yapılabilir (60).

Ulusal serviks kanseri tarama programına göre aile hekimliğine kayıtlı 30-65 yaş aralığındaki kadınlara HPV testi veya smear her 5 yılda bir uygulanmalıdır. HPV pozitif olanlara konvansiyonel yöntemle smear uygulanır. HPV testi negatif veya smear sonucu normal olsa da düzenli olarak 5 yılda bir testler tekrarlanmalıdır. Son iki test sonucu negatif olan 65 yaş üstü kadınlar programdan çıkarılmalıdır. Malignite varlığı olmaksızın histerektomi yapılan kadınlara tarama yapılmasına gerek yoktur. Ancak CIN2 ve CIN3 nedeniyle histerektomi yapılmış kadınlarda, 3 negatif sitoloji varlığında veya son 10 yılda pozitif sonuç bulunmadığında tarama sonlandırılmalıdır. HPV testi pozitifliğinde, smearde anormal hücre varlığında (ASCUS, ASC-H, LSIL, HSIL, AGUS) ayrıntılı muayene ve kolposkopi için hastalar ileri merkezlere sevk edilmelidir (18).

HPV DNA testinin, smear malzemelerinin temini Türkiye Halk Sağlığı Kurumu veya Halk Sağlığı Müdürlüğü tarafından sağlanır. HPV testlerinin FDA onayının bulunması, İn Vitro Diagnostik (İVD) direktifiyle uyumlu olması, Avrupa yönergelerini karşılaması gerekmektedir. Patoloji raporu negatif olan lamlar 5 yıl, pozitif olanlar ise 20 yıl süresince saklanmaktadır. Taramayı kendi isteği ile reddeden bireylerin imzalı beyanları alınır, sisteme işlenir ve 1 yıl sonra yeniden taramaya çağrılırlar (18).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu veya Halk Sağlığı Müdürlüğü merkezlerine gönderilen materyallerin sonuç takibi ASM'lerde aile hekimlerince, TSM'lerde sorumlu hekimlerce yapılmaktadır. Raporlanan sonuçlar Aile Hekimliği Bilgi Sistemine (AHBS) ve hasta dosyalarına kaydedilerek arşiv oluşturulur. Serviks kanseri taraması, koruyucu hekimliğin dolayısıyla aile hekimliğinin önemli bir bileşenidir (18).

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışmamız; Kadın Sağlık Çalışanlarının Serviks Kanseri Tarama Testlerini Yaptırmaya İlişkin Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesini hedefleyen tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırma olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Uygulama Yeri ve Süresi

Çalışma, Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi kadın sağlık çalışanlarında 1 Mart 2017-31 Mayıs 2017 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmanın evreni; 353 hekim, 555 hemşire, 153 diğer sağlık çalışanının yer aldığı 1061 kadın sağlık çalışanından oluşmaktadır. Çalışmaya katılanlara herhangi bir yaş sınırlaması getirilmemiştir. Hastanede aktif olarak çalışmakta olan kadın profesör, doçent, uzman doktor, yan dal asistanı, asistan doktor, hemşire, ebe ve yardımcı sağlık personeli çalışmamıza dâhil edilmiştir. Profesör, doçent, eğitim görevlisi, uzman doktor, başasistan, yan dal asistanı ve asistanlar doktor olarak tek grup halinde değerlendirilmiştir. 0,05 hata payı, %95 güven aralığı ile 1061 kişilik evreni temsil eden uygun örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır. Rastgele olarak seçilen 536 kadın sağlık çalışanının gönüllü olarak çalışmaya katılımı sağlanmıştır. 1061 kadın sağlık çalışanının %50,5'i (536/1061) anketi doldurmuş olup, 36 anket eksik doldurulduğu için değerlendirme dışı bırakılmıştır. Anket formlarını eksiksiz dolduran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 500 kadın sağlık personelinden elde edilen veriler incelenmiştir.

3.3. Araştırmaya Kabul ve Red Kriterleri

Çalışmaya, Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesinde kadın sağlık çalışanı olarak görev yapan ve çalışmaya katılmayı kabul eden kişiler dâhil edilmiştir. Anketin uygulandığı günlerde ulaşılmayan, anketi doldurmak istemeyen ya da anketi eksik bilgi içeren kadın sağlık çalışanları çalışmaya dâhil edilmemişlerdir.

3.4. Etik Kurul Onayı

Çalışma için, Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik kurulundan 27.02.2017 tarih ve 35/07 karar numarasıyla onay alınmıştır (Ek 1).

3.5. Araştırmanın Veri Kaynakları ve Uygulama Şekli

Çalışmanın amacı ve protokolü ile ilgili bilgi verildikten sonra katılımcıların sözlü onamları alınmıştır. Yüz yüze görüşme tekniği ile her bir katılımcıya hazırlanan anket formu (Ek 2) uygulanmıştır. Katılımcıların kişisel bilgileri gizli tutulmuştur.

Hazırlanan anketin birinci bölümünde sosyodemografik veriler yer almaktadır. Sağlık personeline jinekolojik muayene, smear, HPV aşısı davranışlarına yönelik sorular sorulmuştur. Anketin ikinci bölümünde sağlık personelinin smear taraması, serviks kanseri, HPV ve aşılamaya ile ilgili bilgilerinin ölçüldüğü 20 adet önerme yer almaktadır. Bilgi sorularına verilen yanıtlarda doğru cevaplar bir, yanlış ve fikrim yok cevapları sıfır puan olarak değerlendirilmiştir. Bu çerçevede toplam bilgi puanı en düşük sıfır ve en yüksek yirmi olabilmektedir. Katılımcıların bilgi düzeyleri puan toplamıyla hesaplanmıştır. Bağımlı değişken olarak katılımcıların bilgi puanı ortalaması kesim noktası olarak kullanılmış ve etkileyen faktörler bağımsız değişken olarak incelenmiştir.

3.6. İstatiksel Analiz

Çalışmadan elde edilen tüm veriler 'SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows 22.0 (SPSS Inc, Chicago, IL) ile bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra tanımlayıcı istatistiksel analizler yapıldı. İstatistikler ortalama $\pm$ standart sapma (minimum-maksimum), frekans dağılımı ve yüzde olarak belirtildi. Kategorik değişkenlerin değerlendirilmesinde Pearson Ki-Kare Testi uygulandı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemlerle (Kolmogorov-Smirnov) saptandı. Normal dağılıma uymadığı belirlenen değişkenler için; iki bağımsız grup arasındaki karşılaştırmalarda Mann-Whitney U Testi, üç bağımsız grup arasındaki karşılaştırmalarda Kruskal-Wallis Testi kullanıldı. Üç bağımsız grup arasında anlamlı fark bulunduğu, farkın kaynağını saptamak amacıyla Post-hoc ikili karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltmesi uygulandı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Araştırma kapsamında Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışmakta olan 500 kadın sağlık çalışanı değerlendirilmiştir.

Kadın sağlık çalışanlarının %38'i (n=190) doktor, %44'ü (n=220) hemşire, %18'i (n=90) ise diğer sağlık çalışanlarıdır. Kadınların yaşları 17-63 arasında olup, ortalaması $34,1 \pm 9,05$ yıldır. Katılımcıların %32,4'ü (n=162) 25-29 yaş grubunda, %27,2'si (n=136) 40 yaş ve üstü grubundadır (Tablo 4).

Medeni duruma bakıldığında katılımcıların; %31,8'i (n=159) bekar, %63,4'ü (n=317) evli, %4,8'i (n=24) boşanmış ya da duldu. Araştırmaya katılanların ilk evlilik yaş ortalaması $25,42 \pm 3,3$ olup yaş aralığı 18-41 arasında değişmektedir (Tablo 4).

Gebelik sayısı ortalaması $1,1 \pm 1,3$, çocuk sayısı ortalaması $0,8 \pm 0,9$ 'dir. Araştırmaya katılan kadınların %44,2'si gebelik geçirmemiş olup; %19,2'si 1 kez, %24'ü 2 kez, %12,6'sı 3 ve daha fazla gebelik geçirmiştir. Çocuk sahibi olmayan kadın sayısı 236 (%47,2) iken, çocuk sahibi olan kadın sayısı 264 (%43,2) dır (Tablo 4).

Sigara kullanan kadın sayısı 128 (%25,6), sigara kullanmayan kadın sayısı 344 (%68,8), sigara kullanıp bırakmış olan kadın sayısı ise 28 (%5,6) idi. Sigara kullanıp bırakan kadınların (n=28) sigara içme sürelerinin ortalaması $9,7 \pm 7,6$ yıldır (Tablo 4).

Tablo 4. Araştırmaya katılan kadın sağlık çalışanların sosyodemografik özellikleri

<i>n=500</i>		n (%)
Yaş	24 yaş ve altı	46 (9,2)
	25-29 yaş	162 (32,4)
	30-34 yaş	75 (15,0)
	35-39 yaş	81 (16,2)
	40 yaş ve üstü	136 (27,2)
	$\bar{X} \pm SS$ (alt-üst)	34,1 $\pm$ 9,0 (17-63)
Meslek	Doktor	190 (38,0)
	Hemşire	220 (44,0)
	Diğer	90 (18,0)
Medeni durum	Bekar	159 (31,8)
	Evli	317 (63,4)
	Boşanmış/Dul	24 (4,8)
İlk evlilik yaşı (n=342)	$\bar{X} \pm SS$ (alt-üst)	25,4 $\pm$ 3,3 (18-41)
Gebelik sayısı	0	221 (44,2)
	1	96 (19,2)
	2	120 (24,0)
	3 ve üzeri	63 (12,6)
	Ortanca (alt-üst)	1 (0-10)
Çocuk sayısı	Yok	236 (47,2)
	1	113 (22,6)
	2	137 (27,4)
	3 ve üzeri	14 (2,8)
	Ortanca (alt-üst)	1 (0-4)
Sigara kullanma durumu	Evet	128 (25,6)
	Hayır	344 (68,8)
	Kullanıp bıraktı	28 (5,6)
Kullanıp bırakanların kullanım süresi (n=28)	$\bar{X} \pm SS$ (alt-üst) yıl	9,7 $\pm$ 7,6 (2-30)

n: Hasta sayısı; %: Sütun yüzdesi $\bar{X}$: Ortalama; SS: Standart sapma

Katılımcılarının mesleklerine göre yaş dağılımı araştırıldığında doktorların %57,4'ü (n=109) 25-29 yaş aralığında iken, hemşirelerin %36,8'i (n=81), diğer sağlık çalışanlarının %28,9'u (n=26) 40 yaş ve üstündedir (Tablo 5). Doktorların %56,3'ü (n=107), hemşirelerin %66,4'ü (n=146), diğer sağlık çalışanlarının ise %71,1'i (n=64) evlidir. İlk evlilik yaşı ortalaması doktorlarda 26,9±2,7 (min-maks=21-41), hemşirelerde 24,5±3,4 (min-maks=18-37), diğer sağlık çalışanlarında 24,8±3,1 (min-maks=20-35) olarak bulunmuştur. Mesleklere göre ilk evlilik yaşı istatistiksel olarak farklı saptanmıştır (p<0,05). Gebelik ve çocuk sayısı ortanca değeri doktorlar için sıfır olup, hemşire ve diğer sağlık çalışanları için 1'dir. Mesleklere göre gebelik ve çocuk sayısı istatistiksel olarak farklı saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 5).

Tablo 5. Kadın sağlık çalışanlarının mesleklerine göre bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı

(n=500)		Doktor	Hemşire	Diğer	p
		n (%)	n (%)	n (%)	
Yaş	24 yaş ve altı	3 (1,6)	29 (13,2)	14 (15,6)	<0,001
	25-29 yaş	109 (57,4)	36 (16,4)	17 (18,9)	
	30-34 yaş	36 (18,9)	23 (10,5)	16 (17,8)	
	35-39 yaş	13 (6,8)	51 (23,2)	17 (18,9)	
	40 yaş ve üstü	29 (15,3)	81 (36,8)	26 (28,9)	
Medeni durum	Bekar	79 (41,6)	57 (25,9)	23 (25,6)	0,001
	Evli	107 (56,3)	146 (66,4)	64 (71,1)	
	Boşanmış/Dul	4 (2,1)	17 (7,7)	3 (3,3)	
İlk evlilik yaşı	$\bar{X} \pm SS$ (alt-üst)	26,9±2,7 (21-41)	24,5±3,4 (18-37)	24,8±3,1 (20-35)	<0,001
Gebelik sayısı	Ortanca (alt-üst)	0 (0-5)	1 (0-10)	1 (0-5)	<0,001
Çocuk sayısı	Ortanca (alt-üst)	0 (0-3)	1 (0-4)	1 (0-3)	<0,001

n: Hasta sayısı; %: Sütun yüzdesi $\bar{X}$: Ortalama; SS: Standart sapma

Herhangi bir nedenle oral kontraseptif (OKS) kullanan kadın oranı %39 (n=195) iken, OKS kullanmayan kadın oranı %61 (n=305) idi. OKS kullananların kullanım sürelerinin ortalaması 21,4 ay olarak saptanmıştır. Son 1 yıllık adet düzeni sorulduğunda kadınların; %75,2'si (n=376) düzenli, % 18'i (n=90) düzensiz adet görmekte iken %6,8'i (n=34) menopoza girmişti (Tablo 6).

Katılımcıların %17,8'i (n=89) düzenli jinekolojik muayene yaptırmakta iken, % 82,2'si (n=411) düzenli jinekolojik muayene yaptırmamaktadır (Tablo 6).

Smear testi yaptıran kadınların oranı %37,2 (n=186), yaptırmayan kadınların oranı %62,8'dir (n=314). Smear testi yaptırmayan 314 kadının test yaptırmama nedenleri sorgulandığında; kadınların %24,5'i (n=77) risk grubunda olmadığını, % 23,6'sı (n=74) şikayetinin olmadığını, %23,2'si (n=73) ileride yaptırmayı düşündüğünü, %21'i (n=66) uygun zaman bulamadığını, %14'ü (n=44) genital muayeneden çekindiğini, %4,5'i (n=14) ise konuyla ilgili bilgisinin olmadığını belirtmiştir (Tablo 6).

Smear testinin hangi sıklıkta yapılması gerektiği sorulduğunda kadınların; %60'ı (n=300) yılda bir, %20' si (n=95) 3 yılda bir, %7,6'sı (n=38) 5 yılda bir, %4'ü (n=20) şikayet olunca, %0,6'sı (n=3) sadece bir kez, %8,8'i (n=44) bilmiyorum şeklinde yanıt vermiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Kadın sağlık çalışanlarının doğum kontrol hapı kullanma durumu ve süresi ile son bir yıldaki adet düzeni, jinekolojik muayene ve smear testi yaptıırma durumu, smear testi yaptıırmamam nedenleri ve hangi sıklıkta yapılması gerektiğini düşünme durumu

<i>n=500</i>		n (%)
Doğum kontrol hapı kullanma durumu	Kullanıyor	195 (39)
	Kullanmıyor	305 (61)
Doğum kontrol hapı kullanma süresi (n=195)	$\bar{X} \pm SS$ (alt-üst) ay	21,4 $\pm$ 26,8 (1-120)
Son bir yıldaki adet durumu	Düzenli	376 (75,2)
	Düzensiz	90 (18,0)
	Menopoza girmiş	34 (6,8)
Jinekolojik muayene yaptıırma durumu	Yaptırıyor	89 (17,8)
	Yaptırmıyor	411 (82,2)
Smear testi yaptıırma durumu	Yaptırıyor	186 (37,2)
	Yaptırmıyor	314 (62,8)
Smear testi yaptıırmama nedenleri (n=314)*	Risk grubunda değil	77 (24,5)
	Şikayeti yok	74 (23,6)
	İleride yaptıırmayı düşünüyor	73 (23,2)
	Uygun zaman bulamıyor	66 (21,0)
	Genital muayeneden çekiniyor	44 (14,0)
	Konuyla ilgili bilgisi yok	14 (4,5)
Smear testi hangi sıklıkta yapılmalıdır	Yılda bir	300 (60)
	Üç yılda bir	95 (19)
	Beş yılda bir	38 (7,6)
	Şikayet olunca	20 (4,0)
	Sadece bir kez	3 (0,6)
	Bilmiyor	44 (8,8)

n: Hasta sayısı; %: Sütun yüzdesi $\bar{X}$: Ortalama; SS: Standart sapma; *Birden fazla cevap verilmiştir, yüzde cevap veren kişi sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Tanısı konmuş jinekolojik hastalığı olan katılımcı sayısı 60'dır (%12). Jinekolojik hastalığı olan 60 katılımcıdan ikisinin myoma uteriye ek olarak endometrium patolojisi, birinin ise over kisti vardı. 22 myoma uteri, 18 PKOS, 11 endometrium patolojisi, 7 over kisti, 1 servisit, 1 over kanseri, 1 Turner sendromu, 1 Bartholin kisti, 1 Asherman sendromu tanısı bulunmaktadır. Anne ya da kız kardeşlerinde serviks kanseri öyküsü olan kadın sağlık çalışanı oranı %1'dir (n=5) (Tablo 7).

Katılımcıların serviks kanseri ile ilgili bilgi kaynağı sorulduğunda; %61,8'i (n=309) mezun olduğu okul, %42,6'sı (n=213) meslektaşları, %38,2'si (n=190) internet, %20,4'ü (n=102) seminerler, %14,2'si (n=71) gazete ve dergiler şeklinde yanıtlamıştır (Tablo 7).

Tablo 7. Kadın sağlık çalışanlarının jinekolojik hastalık öyküsü ve tanıları ile anne ya da kız kardeşlerde rahim ağzı kanseri öyküsü ve rahim ağzı kanseri ile ilgili bilgi kaynakları

<i>n=500</i>		n (%)
Jinekolojik hastalık öyküsü	Var	60 (12)
	Yok	440 (88)
Jinekolojik hastalık tanıları (n=63)*	Myoma uteri	22 (34,9)
	PKOS	18 (28,5)
	Endometrium patolojisi	11 (17,4)
	Over kisti	7 (11,1)
	Asherman sendromu	1 (1,6)
	Bartholin kisti	1 (1,6)
	Over kanseri	1 (1,6)
	Servisit	1 (1,6)
	Turner sendromu	1 (1,6)
Anne ya da kız kardeşlerde rahim ağzı (serviks) kanseri öyküsü	Var	5 (1,0)
	Yok	495 (99,0)
Rahim ağzı kanseri ile ilgili bilgi kaynakları*	Mezun olduğu okul	309 (61,8)
	Meslektaşları	213 (42,6)
	İnternet	191 (38,2)
	Seminerler	102 (20,4)
	Gazete ve dergiler	71 (14,2)

n: Hasta sayısı; %: Sütun yüzdesi; PKOS: Polikistik over sendromu; *Birden fazla yanıt verilmiştir, yüzde cevap veren kişi sayısı üzerinden hesaplanmıştır

Araştırmaya katılanların bilgi kaynakları sorgulandığında doktorların %84,7'si, hemşirelerin %55,5'i mezun olduğu okul yanıtını verirken, diğer sağlık çalışanları %55,6 oranında internet yanıtını vermiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Kadın sağlık çalışanlarının mesleklerine göre rahim ağzı kanseri ile ilgili bilgi kaynaklarının dağılımı

		Doktor	Hemşire	Diğer
		n(%)	n(%)	n(%)
Rahim ağzı kanseri ile ilgili bilgi kaynakları	Mezun olduğu okul	161 (84,7)	122 (55,5)	26 (28,9)
	Meslektaşları	59 (31,1)	120 (54,5)	34 (37,8)
	Seminerler	43 (22,6)	43 (19,5)	16 (17,8)
	İnternet	33 (17,4)	108 (49,1)	50 (55,6)
	Gazete ve dergiler	8 (4,2)	36 (16,4)	27 (30,0)

n: Hasta sayısı; %: Sütun yüzdesi

*Birden fazla yanıt verilmiştir, yüzdelere cevap veren kişi üzerinden hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılanların mesleklerine göre doğum kontrol hapı kullanma durumu, jinekolojik muayene ve smear yaptırma durumu Tablo 9'da gösterilmiştir. Doğum kontrol hapı kullanımı en çok (%43,7) doktor grubunda görülmektedir. Doktorların jinekolojik muayene ve smear testi yaptırma oranları hemşire ve diğer sağlık çalışanlarına göre düşük bulunmuştur. Jinekolojik muayene ve smear testi yaptırma durumuna göre meslek grupları istatistiksel olarak farklı saptanmıştır ($p<0,05$). Jinekolojik hastalığı olan doktor sayısı 27, hemşire sayısı 17, diğer sağlık çalışanı sayısı ise 16'dır.

Tablo 9. Kadın sağlık çalışanlarının mesleklerine göre doğum kontrol hapı kullanma durumunun, jinekolojik muayene ve smear testi yaptırma durumunun, jinekolojik hastalık öyküsünün dağılımı

		Doktor	Hemşire	Diğer	p
		n (%)	n (%)	n (%)	
Doğum kontrol hapı kullanma durumu	Kullanıyor	83 (43,7)	75 (34,1)	37 (41,1)	0,104
	Kullanmıyor	107 (56,3)	145 (65,9)	53 (58,9)	
Jinekolojik muayene yaptırma durumu	Yaptırıyor	22 (11,6)	41 (18,6)	26 (28,9)	0,002
	Yaptırmıyor	168 (88,4)	179 (81,4)	64 (71,1)	
Smear testi yaptırma durumu	Yaptırıyor	46 (24,2)	101 (45,9)	39 (43,3)	<0,001
	Yaptırmıyor	144 (75,8)	119 (54,1)	51 (56,7)	
Jinekolojik hastalık öyküsü	Var	27 (14,3)	17 (7,7)	16 (17,8)	0,031
	Yok	163 (85,7)	203 (92,3)	74 (82,2)	

n: Hasta sayısı; %: Sütun yüzdesi

Kadın sağlık çalışanlarının tanımlayıcı özelliklerine göre jinekolojik muayene ve smear yaptırma durumları Tablo 10 ve 11’de görülmektedir. Jinekolojik muayene yaptırmış olan 89 kadının yaklaşık olarak yarısı (44/89) 40 yaş ve üzerinde olmakla birlikte neredeyse tamamı evli veya boşanmıştır (83/89). Gebelik sayısı 3 ve üzerinde olan kadınların çoğunluğu (%71,4) düzenli jinekolojik muayene yaptırmamaktadır. Adetleri düzensiz olanların %80’i, menopoza girmiş olanların %61,8’i jinekolojik muayene yaptırmamaktadır. Yaşa, medeni duruma, gebelik sayısına, adet durumuna göre jinekolojik muayene yaptırma durumu istatistiksel olarak farklı saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 10).

Smear yaptırmış olan kadınların çoğunluğu (92/186) 40 yaş ve üstünde iken, smear yaptırmamış olan kadınların çoğunluğu (143/314) 25-29 yaş aralığındadır. Evli olanların %53,6’sı, bekarların ise sadece %3,1’i smear yaptırmaktadır. Gebelik sayısı 3’den az olanların %33,2’si, 3 ve üzerinde olanların %65,1’i smear yaptırmaktadır. Adetleri düzenli olan kadınların %33,2’si, düzensiz olanların %42,2’si, menopoza girmiş olanların % 67,6’sı smear yaptırmaktadır. Sigara içenlerin %46,1’i, içmeyenlerin %32,8’i smear yaptırmaktadır.

Yaşı, medeni duruma, gebelik sayısına, adet düzenine ve sigara kullanma durumuna göre smear yaptırmaya davranışı istatistiksel olarak farklı saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 11).

Tablo 10. Kadın sağlık çalışanlarının bazı tanımlayıcı özelliklerine göre jinekolojik muayene yaptırmaya durumlarının dağılımı

(n=500)	Jinekolojik muayene yaptırmaya durumu		p
	Yaptırmış	Yaptırmamış	
	n(%)	n(%)	
Yaş			
24 yaş ve altı	4 (8,7)	42 (91,3)	<0,001
25-29 yaş	11 (6,8)	151 (93,2)	
30-34 yaş	12 (16,0)	63 (84,0)	
35-39 yaş	18 (22,2)	63 (77,8)	
40 yaş ve üstü	44 (32,4)	92 (67,6)	
Medeni durum			
Bekar	6 (3,8)	153 (96,2)	<0,001
Evli	79 (24,9)	238 (75,1)	
Boşanmış/Dul	4 (16,7)	20 (83,3)	
İlk evlilik yaşı			
25 ve altı	48 (27,1)	129 (72,9)	0,203
25 üstü	35 (21,2)	130 (78,8)	
Gebelik sayısı			
3 altı	71 (16,2)	366 (83,8)	0,017
3 ve üzeri	18 (28,6)	45 (71,4)	
Son bir yıldaki adet durumu			
Düzenli	58 (15,4)	318 (84,6)	0,003
Düzensiz	18 (20,0)	72 (80,0)	
Menopoza girdi	13 (38,2)	21 (61,8)	
Sigara kullanma durumu			
Kullanıyor	19 (14,8)	109 (85,2)	0,403
Kullanmıyor	63 (18,3)	281 (81,7)	
Kullanıp bırakmış	7 (25,0)	21 (75,0)	

n: Hasta sayısı; %: Satır yüzdesi

Tablo 11. Kadın sağlık çalışanlarının bazı tanımlayıcı özelliklerine göre smear testi yaptırmama durumlarının dağılımı

(n=500)	Smear testi yaptırmama durumu		P
	Yaptırmış	Yaptırmamış	
	n(%)	n(%)	
Yaş			
24 yaş ve altı	1 (2,2)	45 (97,8)	<0,001
25-29 yaş	19 (11,7)	143 (88,3)	
30-34 yaş	31 (41,3)	44 (58,7)	
35-39 yaş	43 (53,1)	38 (46,9)	
40 yaş ve üstü	92 (67,6)	44 (32,4)	
Medeni durum			
Bekar	5 (3,1)	154 (96,9)	<0,001
Evli	170 (53,6)	147 (46,4)	
Boşanmış/Dul	11 (45,8)	13 (54,2)	
İlk evlilik yaşı			
25 ve altı	101 (57,1)	76 (42,9)	0,112
25 üstü	80 (48,5)	85 (51,5)	
Gebelik sayısı			
3 altı	145 (33,2)	292 (66,8)	<0,001
3 ve üzeri	41 (65,1)	22 (34,9)	
Son bir yılda adet durumu			
Düzenli	125 (33,2)	251 (66,8)	<0,001
Düzensiz	38 (42,2)	52 (57,8)	
Menopoza girdi	23 (67,6)	11 (32,4)	
Sigara kullanma durumu			
Kullanıyor	59 (46,1)	69 (53,9)	0,011
Kullanmıyor	113 (32,8)	231 (67,2)	
Kullanıp bırakmış	14 (50,0)	14 (50,0)	

n: Hasta sayısı; %: Satır yüzdesi

Kadın sağlık alışanlarının HPV aşısı ile ilgili bilgi ve davranışları Tablo 12’de sunulmuştur. HPV aşısı yaptıran kadınların sayısı 20 (%4) olup, aşı yaptırmayan kadın sayısı 480 (%96) olarak saptanmıştır. Aşı yaptıran 20 kadının 13 tanesi doktor, 3 tanesi hemşire, 4 tanesi diğer sağlık çalışanı grubundandır. HPV aşısı yaptırma durumuna göre meslek grupları istatistiksel olarak farklı saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 13).

HPV aşısı yaptırmayan 480 kadının aşı yaptırmama nedenlerine bakıldığında; %35,6’sı ($n=171$) aşı hakkında bilgisi olmadığı için, %27,2’si ($n=131$) nerilen yaş grubunda olmadığı için, %11,8’i ($n=57$) doktoru önermediği için, %6,8’i ($n=33$) olası yan etkiler nedeniyle, %5’i ($n=24$) fiyatı nedeniyle, %17,5’i ($n=84$) diğer nedenlerle aşı yaptırmamıştır (Tablo 12).

HPV aşısının kimlere ve ne zaman yapılması gerektiği sorulduğunda; kadınların %35’i ($n=175$) 26 yaşına kadar kızlara, %25,8’i ($n=129$) HPV testine göre kadınlara, %19,4’ ($n=97$) 43 yaşa kadar kadınlara, %16,8’i ($n=84$) cinsel aktif olmayanlara, %16,4’ ($n=82$) 11-12 yaş kızlara ve erkeklere, %7,8’i ($n=39$) 13-26 yaş arası erkeklere şeklinde cevap vermiştir (Tablo 12).

HPV aşısını yakınlarına öneren kadınların oranı %67,4 ($n=337$) iken, önermeyen kadınların oranı %32,6’dır ($n=163$) (Tablo 12). Doktorların %79,5’i, hemşirelerin %59,5’i, diğer sağlık çalışanlarının %61,1’i HPV aşısını yakınlarına önermektedir HPV aşısını yakınlarına önerme durumuna göre meslek grupları istatistiksel olarak farklı saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 13).

Kız ocuğunuz olsa/varsa kızınıza HPV aşısı yaptırır mısınız/yaptırdınız mı sorusuna kadınların %62,4’ ($n=312$) evet yanıtı verirken, %37,6’sı ($n=188$) hayır yanıtı vermiştir (Tablo 12). ‘Evet’ yanıtı veren 312 kişinin; 149’u doktor, 113’ hemşire, 50’si diğer sağlık çalışanları grubunda yer almaktadır. Her üç meslek grubunda da ‘kız çocuğuma aşı yaptırırım’ en çok verilen cevap olmuştur. Kız ocuğuna HPV aşısı yaptırma durumuna göre meslek grupları istatistiksel olarak farklı saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 13).

HPV aşı creti devlet tarafından karşılansa aşı yaptırırım diyen kadınların oranı %72,6 ($n=363$) iken, aşı yaptırmam diyenlerin oranı %27,4 ($n=137$) idi (Tablo 12). Doktorların %82,1’i, hemşirelerin %65,5’i, diğer sağlık çalışanlarının %70’i HPV aşı creti

karşılandığında aşı yaptıracığını belirtmiştir. HPV aşı ücreti devlet tarafından karşılanması halinde aşı yaptırma durumuna göre meslek grupları istatistiksel olarak farklı saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 13).

Tablo 12. Kadın sağlık çalışanlarının HPV aşısı ile ilgili bilgi ve davranışları

<i>n=500</i>		n (%)
HPV aşısı yaptırma durumu	Yaptırmış	20 (4,0)
	Yaptırmamış	480 (96,0)
HPV aşısı yaptırmama nedenleri* (n=480)	Aşı hakkında bilgisi olmadığı için	171 (35,6)
	Önerilen yaş grubunda olmadığı için	131 (27,2)
	Doktoru önermediği için	57 (11,8)
	Olası yan etkiler nedeniyle	33 (6,8)
	Fiyatı nedeniyle	24 (5,0)
	Diğer	84 (17,5)
HPV aşısı kimlere yapılmalı*	26 yaşına kadar kızlara	175 (35,0)
	HPV testine göre kadınlara	129 (25,8)
	43 yaşa kadar kadınlara	97 (19,4)
	Cinsel aktif olmayanlara	84 (16,8)
	11-12 yaş kızlara ve erkeklere	82 (16,4)
	13-26 yaş arası erkeklere	39 (7,8)
HPV aşısını yakınlarına önerme durumu	Öneriyor	337 (67,4)
	Önermiyor	163 (32,6)
Kız çocuğu olsa/varsın kızına HPV aşısı yaptırma durumu	Yaptırır	312 (62,4)
	Yaptırmaz	188 (37,6)
HPV aşısının ücreti devlet tarafından karşılanan bir aşı olması halinde yaptırma durumu	Yaptırır	363 (72,6)
	Yaptırmaz	137 (27,4)

n: Hasta sayısı; %: Sütun yüzdesi * :Birden fazla yanıt verilmiştir, yüzdelere cevap veren kişi üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 13. Kadın sağlık çalışanlarının mesleklerine göre HPV aşısı ile ilgili davranışlarının dağılımı

				Doktor	Hemşire	Diğer	p
				n(%)	n(%)	n(%)	
HPV aşısı yaptırma durumu	Yaptırmış	Yaptırmamış		13 (6,8)	3 (1,4)	4 (4,4)	0,018
				177 (93,2)	217 (98,6)	86 (95,6)	
HPV aşısını yakınlarla önerme durumu	Öneriyor	Önermiyor		151 (79,5)	131 (59,5)	55 (61,1)	<0,001
				39 (20,5)	89 (40,5)	35 (38,9)	
Kız çocuğu olsa/varsakızına HPV aşısı yaptırma durumu	Yaptırır	Yaptırmaz		149 (78,4)	113 (51,4)	50 (55,6)	<0,001
				41 (21,6)	107 (48,6)	40 (44,4)	
HPV aşısının ücreti devlet tarafından karşılanan bir aşı olması halinde yaptırma durumu	Yaptırır	Yaptırmaz		156 (82,1)	144 (65,5)	63 (70,0)	0,001
				34 (17,9)	76 (34,5)	27 (30,0)	

n: Hasta sayısı; %: Sütun yüzdesi

HPV aşısı yaptırmış olan 20 kadından 17'si 'Kız çocuğuma HPV aşısı yaptırırım' derken 3'ü kızına HPV aşısı yaptırmayacağını belirtmiştir. HPV aşısı yaptırmamış 480 kadının %61,5'i (n=295) kız çocuğuma aşı yaptırırım şeklinde yanıt vermiştir (Tablo 14).

Tablo 14. Kadın sağlık çalışanlarının mesleğine ve HPV aşısı yaptırma durumuna göre kız çocuğu olsa/varsakızına HPV aşısı yaptırma durumunun dağılımı

		Kız çocuğu olsa/varsakızına HPV aşısı yaptırma durumu		p
		Yaptırır n(%)	Yaptırmaz n(%)	
Meslek	Doktor	149 (78,4)	41 (21,6)	<0,001
	Hemşire	113 (51,4)	107 (48,6)	
	Diğer sağlık çalışanı	50 (55,6)	40 (44,4)	
HPV aşısı yaptırma durumu	Yaptırmış	17 (85,0)	3 (15,0)	0,058
	Yaptırmamış	295 (61,5)	185 (38,5)	

n: Hasta sayısı; %: Satır yüzdesi

Araştırmaya alınan personellerin evli olmaları, OKS kullanmaları aşı yaptırma durumunu etkilememiştir. Ailesinde serviks kanseri öyküsü olan 5 katılımcı aşı yaptırmamıştır. Medeni durum, OKS kullanımı ve ailede serviks kanseri varlığına göre HPV aşısı yaptırma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. HPV aşısı yaptırmamış olan 480 kişinin 344'ü HPV aşı ücreti devlet tarafından karşılanması halinde aşı yaptıracaklarını belirtmiştir. Aşı ücretinin devlet tarafından karşılanması halinde aşı yaptırma durumuna göre HPV aşısı yaptırma davranışı istatistiksel olarak farklı saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 15).

Tablo 15. Kadın sağlık çalışanlarının mesleklerine, medeni durumlarına, OKS kullanma durumlarına, ailelerinde serviks kanseri öyküsü bulunma durumuna ve HPV aşısının ücreti devlet tarafından karşılanan bir aşı olması haline yaptırma durumuna göre HPV aşısı yaptırma durumunun dağılımı

		HPV Aşısı Yaptırma Durumu		P
		Yaptırmış n(%)	Yaptırmamış n(%)	
Meslek	Doktor	13 (6,8)	177 (93,2)	0,018
	Hemşire	3 (1,4)	217 (98,6)	
	Diğer sağlık çalışanı	4 (4,4)	86 (95,6)	
Medeni Durum	Bekar	6 (3,8)	153 (96,2)	0,559
	Evli	14 (4,4)	303 (95,6)	
	Boşanmış/Dul	-	24 (100)	
OKS Kullanma Durumu	Kullanıyor	11 (5,6)	184 (93,9)	0,095
	Kullanmıyor	9 (2,9)	296 (97,1)	
Ailede Serviks Kanser Öyküsü	Var	-	5 (100)	0,646
	Yok	20 (4,0)	475 (96,0)	
HPV aşısının ücreti devlet tarafından karşılanan bir aşı olması halinde yaptırma durumu	Yaptırır	19 (5,2)	344 (94,8)	0,042
	Yaptırmaz	1 (0,7)	136 (99,3)	

n: Hasta sayısı; %: Satır yüzdesi

Araştırmaya katılanların serviks kanseri ve HPV aşısıyla ilgili önermelere verdikleri cevapların dağılımı Tablo 16’da sunulmuştur. İncelenenlerin %65,6’sı ‘Serviks kanserinin en sık belirtisi anormal vajinal kanamadır’ önermesinin; %49,0’u ‘HPV sadece cinsel ilişki ile bulaşır’ önermesinin; %64,2’si ‘HPV 16 ve 18 tipleri serviks kanserlerinin %70’inden sorumludur’ önermesinin; %22’si ‘Gebelik sayısının fazla olması serviks kanseri riskini azaltır’ önermesinin; %90,4’ü ‘Sigara kullanımı, erken yaşta (<16 yaş) cinsel ilişki, birden fazla cinsel partner, prezervatif kullanmamak serviks kanseri riskini arttırmaktadır’ önermesinin; %25,6’sı ‘Kombine özellikte doğum kontrol hapı kullanımı serviks kanseri riskini azaltır’ önermesinin; %42,8’i ‘Geçirilmiş klamidyia infeksiyonu olan kadınlarda serviks kanseri riski artar’ önermesinin; %56’sı ‘Pap smear düzenli aralıklarla tekrarlandığında rahim ağzı (serviks) kanseri sıklığını azaltır’ önermesinin; %52’si ‘Pap smear taramasına menopoza kadar devam edilmelidir’ önermesinin; %38’i ‘Pap smear taramasına 21 yaşında başlanmalıdır’ önermesinin; %53,8’i ‘Servikal tarama başladıktan sonra üç yılda bir pap smear tekrarlanmalıdır’ önermesinin; %34’ü ‘Pap smear taraması HPV testinden daha duyarlıdır’ önermesinin; %18,2’si ‘Pap smear sonucu normal geldiyse rahim ağzı (serviks) kanseri olasılığı yoktur’ önermesinin; %20,4’ü ‘30-65 yaş kadınlar için Pap smear tek başına yeterlidir, HPV testinin eşzamanlı olarak yapılmasına gerek yoktur’ önermesinin; %70,2’si ‘Pap smear testinden 48 saat önce vajinal kontraseptif yöntem (krem, köpük) kullanılmamalı, cinsel ilişkide bulunulmamalıdır’ önermesinin; %18,2’si ‘HPV aşıları rahim ağzı (serviks) kanserine ve genital siğillere karşı %100 koruyucudur’ önermesinin; %17’si ‘Cinsel yaşamı başlamış olan kadınlarda aşı koruyucu değildir’ önermesinin; %39,6’sı ‘İkili ve dörtlü olmak üzere 2 tip HPV aşısı vardır, her ikisi de 6 aylık süre içerisinde 3 doz halinde I.M. yapılmalıdır’ önermesinin; %8,4’ü ‘HPV aşısından sonra smear taramasına ara verilmelidir’ önermesinin; %51,8’i ‘HPV aşısının mevcut prekanseröz lezyonları veya genital siğilleri tedavi edici özelliği yoktur’ önermesinin doğru olduğunu ifade etmiştir (Tablo 16).

Tablo 16. Kadın sağlık çalışanlarının bazı önermelere verdikleri yanıtlar

(n=500)	Doğru	Yanlış	Fikri yok
	n(%)	n(%)	n(%)
Serviks kanserinin en sık belirtisi anormal vajinal kanamadır	328 (65,6)	90 (18,0)	82 (16,4)
HPV sadece cinsel ilişki ile bulaşır	245 (49,0)	194 (38,8)	61 (12,2)
HPV 16 ve 18 tipleri serviks kanserlerinin %70'inden sorumludur	321 (64,2)	12 (2,4)	167 (33,4)
Gebelik sayısının fazla olması serviks kanseri riskini azaltır	110 (22,0)	224 (44,8)	166 (33,2)
Sigara kullanımı, erken yaşta (<16 yaş) cinsel ilişki, birden fazla cinsel partner, prezervatif kullanmamak serviks kanseri riskini <u>arttırmaktadır</u>	452 (90,4)	18 (3,6)	30 (6,0)
Kombine özellikle doğum kontrol hapı kullanımı serviks kanseri riskini <u>azaltır</u>	128 (25,6)	196 (39,2)	176 (35,3)
Geçirilmiş klamidy enfeksiyonu olan kadınlarda serviks kanseri riski <u>artar</u>	214 (42,8)	67 (13,4)	219 (43,8)
Pap smear düzenli aralıklarla tekrarlandığında rahim ağzı (serviks) kanseri sıklığını azaltır	280 (56,0)	150 (30,0)	70 (14,0)
Pap smear taramasına menopoza kadar devam edilmelidir	260 (52,0)	165 (33,0)	75 (15,0)
Pap smear taramasına 21 yaşında başlanmalıdır	190 (38,0)	166 (33,2)	144 (28,8)
Servikal tarama başladıktan sonra üç yılda bir pap smear tekrarlanmalıdır	269 (53,8)	117 (23,4)	114 (22,8)
Pap smear taraması HPV testinden daha duyarlıdır	170 (34,0)	108 (21,6)	222 (44,4)
Pap smear sonucu normal geldiyse rahim ağzı (serviks) kanseri olasılığı yoktur	91 (18,2)	297 (59,4)	112 (22,4)
30-65 yaş kadınlar için Pap smear tek başına yeterlidir, HPV testinin eşzamanlı olarak yapılmasına gerek yoktur	102 (20,4)	207 (41,4)	191 (38,2)
Pap smear testinden 48 saat önce vajinal kontraseptif yöntem (krem, köpük) kullanılmamalı, cinsel ilişkide bulunulmamalıdır	351 (70,2)	27 (5,4)	122 (24,4)
HPV aşılı rahim ağzı (serviks) kanserine ve genital siğillere karşı %100 koruyucudur	91 (18,2)	245 (49,0)	164 (32,8)
Cinsel yaşamı başlamış olan kadınlarda aşı koruyucu değildir	85 (17,0)	265 (53,0)	150 (30,0)
İkili ve dörtlülük olmak üzere 2 tip HPV aşısı vardır, her ikisi de 6 aylık süre içerisinde 3 doz halinde I.M. yapılmalıdır	198 (39,6)	18 (3,6)	284 (56,8)
HPV aşısından sonra smear taramasına ara verilmelidir	42 (8,4)	212 (42,4)	246 (49,2)
HPV aşısının mevcut prekanseröz lezyonları veya genital siğilleri tedavi edici özelliği yoktur	259 (51,8)	50 (10,0)	191 (38,2)

n: Hasta sayısı; %: Satır yüzdesi

Tablo 17. Kadın sağlık çalışanların önermelere verdikleri doğru ve yanlış cevaplar

(n=500)	Doğru	Yanlış
	n(%)	n(%)
Serviks kanserinin en sık belirtisi anormal vajinal kanamadır	328 (65,6)	172 (34,4)
HPV sadece cinsel ilişki ile bulaşır	194 (38,8)	306 (61,2)
HPV 16 ve 18 tipleri serviks kanserlerinin %70'inden sorumludur	321 (64,2)	179 (35,8)
Gebelik sayısının fazla olması serviks kanseri riskini azaltır	224 (44,8)	276 (55,2)
Sigara kullanımı, erken yaşta (<16 yaş) cinsel ilişki, birden fazla cinsel partner, prezervatif kullanmamak serviks kanseri riskini arttırmaktadır	452 (90,4)	48 (9,6)
Kombine özellikte doğum kontrol hapı kullanımı serviks kanseri riskini azaltır	196 (39,2)	304 (60,8)
Geçirilmiş klamidy enfeksiyonu olan kadınlarda serviks kanseri riski artar	214 (42,8)	286 (57,2)
Pap smear düzenli aralıklarla tekrarlandığında rahim ağzı (serviks) kanseri sıklığını azaltır	280 (56,0)	220 (44,0)
Pap smear taramasına menopoza kadar devam edilmelidir	165 (33,0)	335 (67,0)
Pap smear taramasına 21 yaşında başlanmalıdır	190 (38,0)	310 (62,0)
Servikal tarama başladıktan sonra üç yılda bir pap smear tekrarlanmalıdır	269 (53,8)	231 (46,2)
Pap smear taraması HPV testinden daha duyarlıdır	108 (21,6)	392 (78,4)
Pap smear sonucu normal geldiyse rahim ağzı (serviks) kanseri olasılığı yoktur	297 (59,4)	203 (40,6)
30-65 yaş kadınlar için Pap smear tek başına yeterlidir, HPV testinin eşzamanlı olarak yapılmasına gerek yoktur	207 (41,4)	293 (58,6)
Pap smear testinden 48 saat önce vajinal kontraseptif yöntem (krem, köpük) kullanılmamalı, cinsel ilişkide bulunulmamalıdır	351 (70,2)	149 (29,8)
HPV aşısı rahim ağzı (serviks) kanserine ve genital siğillere karşı %100 koruyucudur	245 (49,0)	255 (51,0)
Cinsel yaşamı başlamış olan kadınlarda aşı koruyucu değildir	265 (53,0)	235 (47,0)
İkili ve dörtlü olmak üzere 2 tip HPV aşısı vardır, her ikisi de 6 aylık süre içerisinde 3 doz halinde I.M. yapılmalıdır	18 (3,6)	482 (96,4)
HPV aşısından sonra smear taramasına ara verilmelidir	212 (42,4)	288 (57,6)
HPV aşısının mevcut prekanseröz lezyonları veya genital siğilleri tedavi edici özelliği yoktur	259 (51,8)	241 (48,2)

n: Hasta sayısı; %: Satır yüzdesi

Araştırmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının, bilgi düzeyini ölçmeye yönelik hazırlanan sorulara her doğru cevap için bir puan, her yanlış ve fikrim yok cevabı için sıfır puan verilmiştir. Sonuçta, her bir katılımcı en yüksek yirmi, en düşük sıfır puan alabilmektedir. 500 kadın sağlık çalışanının toplam bilgi puanı incelendiğinde; en düşük puan sıfır iken, en yüksek puan 19 olarak saptanmıştır. Kadın sağlık çalışanlarının doğru cevap ortalaması ise 9,5'dur. Toplam puanın median değeri ise 10'dur (Tablo 18).

Tablo 18. Kadın sağlık çalışanlarının toplam bilgi puanı

Toplam Puan (n=500)			
Ortalama	Standart sapma	Ortanca	(min-maks)
9,5	3,8	10	0-19

Kadın sağlık çalışanlarının mesleklerine göre toplam bilgi puanının dağılımı Tablo 19'da sunulmuştur. Puan ortalaması doktorlarda $12,0 \pm 2,7$, hemşirelerde $8,4 \pm 3,3$, diğer sağlık çalışanlarında $7,1 \pm 4,0$ olarak hesaplanmıştır. Doktorlar, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarına göre daha fazla oranda soruya doğru yanıt vermiştir. Meslek gruplarına göre bilgi puanı istatistiksel olarak farklı saptanmıştır ($p < 0,05$) (Tablo 19).

Tablo 19. Kadın sağlık çalışanlarının mesleklerine göre toplam bilgi puanının dağılımı

		Toplam Puan		p*
		$\bar{X} \pm SS$	Ortanca (min-maks)	
Meslek	Doktor (n=190)	$12,0 \pm 2,7$	12,5 (3-19)	<0,001
	Hemşire (n=220)	$8,4 \pm 3,3$	9 (0-17)	
	Diğer (n=90)	$7,1 \pm 4,0$	7 (0-15)	

* Kruskal Wallis testi; Post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu anlamlı farkın "doktor"lardan kaynaklandığı saptandı.

Kadın sağlık çalışanlarının jinekolojik muayene, smear testi ve HPV aşısı ile ilgili davranışlarının toplam bilgi puanına dağılımı incelenmiştir (Tablo 20). Jinekolojik muayene ve smear yaptırma durumuna göre bilgi puanı istatiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. HPV aşısı yaptırmış olan araştırma kapsamındaki 20 kadının puan ortalaması $11,6\pm4,4$ olup, aşı yaptırmayan 480 kadının puan ortalamasından yüksektir. HPV aşısını yaptıırma durumuna göre bilgi puanı istatiksel olarak farklı saptanmıştır ($p<0,05$). HPV aşısını yakınlarına önerenlerin ($n=337$) puan ortalaması $10,2\pm3,5$ iken, nermeyenlerin ($n=163$) puan ortalaması $8,2\pm4,0$ 'dir. HPV aşısını yakınlarına önerme durumuna göre bilgi puanı istatiksel olarak farklı saptanmıştır ($p<0,05$). Kız çocuğu olsa/varsa kızına HPV aşısı yaptıranların puan ortalaması $10,2\pm3,6$ iken yaptırmayanların puan ortalaması $8,5\pm3,8$ olarak bulunmuştur. Kız çocuğu olsa/varsa kızına HPV aşısı yaptıırma durumuna göre bilgi puanı istatiksel olarak farklı saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 20. Kadın sağlık çalışanlarının jinekolojik muayene, smear testi ve HPV aşısı ile ilgili davranışlarına göre toplam bilgi puanının dağılımı

			Toplam Puan		p*
			$\bar{X}\pm SS$	Ortanca (min-maks)	
Jinekolojik muayene yaptırma durumu	Yaptırıyor ($n=89$)		$9,6\pm3,6$	10 (2-18)	0,972
	Yaptırmıyor ($n=411$)		$9,5\pm3,8$	10 (0-19)	
Smear testi yaptıırma durumu	Yaptırıyor ($n=186$)		$9,1\pm3,9$	9 (0-18)	0,070
	Yaptırmıyor ($n=314$)		$9,8\pm3,7$	10 (0-19)	
HPV aşısı yaptıırma durumu	Yaptırıyor ($n=20$)		$11,6\pm4,4$	13 (3-18)	0,018
	Yaptırmıyor ($n=480$)		$9,5\pm3,7$	10 (0-19)	
HPV aşısını yakınlarına önerme durumu	öneriyor ($n=337$)		$10,2\pm3,5$	11 (1-19)	<0,001
	önermiyor ($n=163$)		$8,2\pm4,0$	9 (0-18)	
Kız çocuğu olsa/varsa kızına HPV aşısı yaptıırma durumu	Yaptırır ($n=312$)		$10,2\pm3,6$	11 (1-19)	<0,001
	Yaptırmaz ($n=188$)		$8,5\pm3,8$	9 (0-17)	

* Mann Whitney U Testi

Katılımcıların mesleklerine göre bilgi düzeyleri incelendiğinde; 10'dan fazla soruya doğru cevap veren doktor sayısı 137 (%72,1), hemşire sayısı 64 (%29,1), diğer sağlık çalışanı sayısı 21'dir (%23,4). Kadın sağlık çalışanlarının mesleklerine göre bilgi düzeyi istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 21).

Tablo 21. Kadın sağlık çalışanlarının mesleklerine göre bilgi düzeyinin dağılımı

		Toplam Puan		p
		≤10	>10	
		n (%)	n (%)	
Meslek	Doktor	53 (27,9)	137 (72,1)	<0,001
	Hemşire	156 (70,9)	64 (29,1)	
	Diğer	69 (76,6)	21 (23,4)	

5.TARTIŞMA

Sağlık çalışanlarının serviks kanseri tarama testlerini yaptırmaya ilişkin bilgi ve davranışlarının değerlendirildiği pek çok çalışma yapılmıştır. Tarama testlerini yaptıрма davranışı yaş, eğitim, kültürel özellikler, sosyoekonomik durum gibi çeşitli faktörlere bağlıdır. Yapılan çalışmaların çoğunda sağlık personeli dâhil tüm kadınların tarama testlerini yeterince bilmediği ya da bilenlerin yaptıрма davranışının bilgi düzeyi ile uyumlu olmadığı saptanmıştır. Konuyla ilgili bilgi sahibi olmak şüphesiz ki gereklidir ancak bireysel davranışları değiştirmek için tek başına yeterli değildir.

Çalışmamızda sosyokültürel nedenlerden dolayı ilk cinsel ilişki yaşı, multiple partner varlığı sorgulanamamıştır. Cinsel aktivite açısından evli olup olmadıkları ve ilk evlilik yaşı dikkate alındığında katılımcıların %63,4'ü evliydi. Evli ve dul olan 341 kadının %8,5'i 20 yaş ve altında, %37,5'i 24 yaş ve altında evlenmişti. Çalışmaya katılanların %38'inin eğitim süresi uzun bir meslek olan doktorlardan oluşması muhtemelen çalışma grubunda ilk evlilik yaşının artmasına neden olmuştur. Araştırma kapsamındaki doktor oranı ve katılımcıların yaş ortalaması daha düşük olsaydı daha farklı sonuçlar elde edebilirdik.

Örneklem seçimindeki farklılıklar, çalışmanın yapıldığı ülkenin tarama stratejisi, sosyoekonomik durumları, çalışmanın yapıldığı kadınların sosyodemografik özellikleri ve dini inançları gibi birçok faktör düzenli jinekolojik muayene ve smear yaptıрма oranlarının farklı olmasına sebep olmaktadır. Çalışmamıza katılan 190 kadın doktorun; %17,8'i düzenli jinekolojik muayene, %37,2'si smear yaptırmaktadır. Türkiye'de yapılan çalışmalarda kadın sağlık çalışanlarının düzenli jinekolojik muayene oranları %8,7 (61), %23,1 (62), %30,3 (63), %23,5 (64) olarak bulunmuştur. Aynı çalışmalardaki smear yaptıрма oranları ise sırasıyla; %32,8 (61), %34,8 (62), %45,2 (63), %33 (64) şeklinde olup oldukça düşük seviyelerdedir. Literatürde yer alan söz konusu jinekolojik muayene ve smear yaptıрма oranları gelişmiş ülkelerin hedeflediği rakamlardan çok uzaktır.

Serviks kanseri taramasına yönelik farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının %18,4 (65), %14,1 (66), %17,2 (67) olmak üzere düşük katılım oranları bildirilmiştir. Tarama yaptıran hemşirelerin oranları da beklenildiği gibi düşük

bulunmaktadır. Bu oranlar; Tanzanya’da %15,4 (68), Nijerya’da %5,5 (69), Hindistan’da %7 (70) ve %16,6 (71) şeklindedir.

Araştırmamız kapsamında doktorların hemşire ve diğer sağlık çalışanlarına göre OKS kullanma oranı yüksek olmasına rağmen düzenli jinekolojik muayene ve smear yaptırma oranları düşük bulunmuştur. Çalışmamızdaki doktorların düzenli jinekolojik muayene yaptırma oranı %11,6 iken smear yaptırma oranı % 24,2’dir. Farklı çalışmalarda bu oranlar değişebilmektedir. Işık ve arkadaşlarının kadın doktorlara yönelik yaptığı araştırmada düzenli jinekolojik muayene oranı %53,8, smear yaptırma oranı %33’dür (72). Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde kadın hekimlerin serviks kanseri farkındalığını ölçen bir çalışmada ise hekimlerin %20,6’sının düzenli smear yaptırdığı bulunmuştur (73). Dönmez ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada smear yaptırma oranı en yüksek grup olan hizmetlilerin %68,9’u, doktorların ise yalnızca %18,9’u smear yaptırdığı tespit edilmiştir (61). Eğitim seviyesindeki artış bireyin farkındalığını artırarak, serviks kanserine yol açabilecek riskli davranışlardan daha çok kaçınmaya neden olabilir ve buna bağlı olarak tarama yöntemlerine olan yönelimi azaltabilir. Çalışma koşulları, genital muayeneden çekinme, bekâret, tek eşlilik, bariyer yöntemlerin kullanımı, riskli davranışlardan kaçınma, taramanın gereksiz olduğunu düşünme gibi nedenlerle konu ile bilgileri olmasına rağmen kadın doktorların kendi sağlıklarını korumaya yönelik davranışlarını yönlendiremedikleri kanaatindeyiz. Ayrıca serviks kanserinin akla gelmemesi ve semptomlarının olmaması taramanın işlevsellik kazanmasına engel olmaktadır. Tüm bu nedenlerle çoğu katılımcıda yüksek bilgi ve tutum düzeyleri pratikte davranışa dönüşmemiştir.

Çalışmamızda düzenli jinekolojik muayene ve smear yaptırmış olanların yarısından fazlası evli veya boşanmış olup, yaklaşık olarak yarısı 40 yaş ve üzerindedir. Yapılan çalışmalarda; evli ve yaşlı kadınların daha fazla tarama yaptırmakta oldukları dikkat çekmektedir (61) (71). Evlilik dışı ilişki kültürel olarak bazı toplumlarda kabul görmediğinden evli olmayan cinsel aktif kadınların toplum baskısından çekinerek smear yaptıramıyor olmalarının etken olduğu düşünülmektedir. Muhtemelen kanserin ileri yaşlarda olabileceğine dair yaygın inanış nedeniyle de ileri yaştaki kadınlar daha düzenli jinekolojik muayene ve smear yaptırmaya yönlenebilirler (74) (75).

Gebelik sayısı, adet düzensizliği, menopoz varlığı ile paralel olarak jinekolojik muayene sıklığının artması beklenir ancak çalışma verilerimiz bu durumu desteklememektedir. Gebelik sayısı 3 ve üzerinde olanların %71,4'ü, adetleri düzensiz olanların %80'i, menopoza girmiş olanların %61,8'i jinekolojik muayene yaptırmamaktadır.

Çalışmamız kapsamındaki evli olan kadınların %53,6'sı, bekarların ise sadece %3,1'i smear yaptırmaktadır. Adetleri düzenli olan kadınların %33,2'si, düzensiz olanların %42,2'si smear yaptırmaktadır. Menopoza girmiş olanların %67,6'sı smear yaptırmaktadır. Anya ve arkadaşlarının kadın sağlık çalışanlarına yönelik yaptığı çalışmada boşanmış/dul kadınların daha fazla smear yaptırma eğilimi olduğu bulunmuştur (76). Cinsel aktif olmak, adet düzensizliği ve menopoz varlığı ile smear yaptırma davranışı arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Bu oranlar diğer çalışmalarla da uyumludur (61).

Çalışmamızdaki kadınların çoğu (%32,4) 25-29 yaş aralığında olmakla birlikte, smear yaptırmamış olan kadınların yarısından fazlası da (%88,3) bu yaş aralığındadır. Kadınların ilk evlilik yaşı ortalaması ise $25,4 \pm 3,3$ 'dür. Bu yaş aralığındaki kadınların henüz cinsel aktif olmadıkları için kendini risk altında görmeme, bekaret gibi nedenlerle smear yaptırmadıkları düşünülebilir.

Serviks kanseri sıklığı gebelik sayısı, parite, ilk doğumun erken yaşta olması ve sigara kullanımı ile doğru orantılı olarak artmaktadır. Gebelik sayısı 3 ve üzerinde olanların sadece %28,6'sı düzenli jinekolojik muayene yaptırmakta iken, %65,1'i smear yaptırdığını belirtmiştir. Gebelik sayısı fazla olan kadınların daha fazla kadın doğum poliklinik başvurusu yapacağı göz önünde bulundurulursa, 3 ve üzerinde gebeliği olan kadınların jinekolojik muayene ve smear oranları tutarlı bulunmamıştır. Ancak Dönmez ve arkadaşlarının araştırmasında 4 ve daha fazla gebeliği olanların smear yaptırma oranı (%95,5) oldukça yüksek bulunmuştur (61). Çalışmamızda sigara içenlerin %46,1'i, içmeyenlerin %32,8'i smear yaptırmaktadır. Sigara kullananların kullanmayanlara göre daha fazla oranda smear yaptırmış olmaları, katılımcıların sigaranın serviks kanseri için risk faktörü olduğunu bildiklerini düşündürülebilir. Çalışmamızdan farklı olarak Dönmez ve arkadaşlarının araştırmasında sigara kullanmayanlara (%39,6) kıyasla sigara kullanıcılarının daha az oranda (%25,3) smear yaptırdıkları saptanmıştır (61).

Çalışmamızda smear yaptırmayan 314 kadının yaptırmama nedenleri sorgulandığında; %24,5'i risk grubunda olmadığını, %23,6'sı şikayeti olmadığını, %23,2'si ileride yaptırmayı düşündüğünü, %21'i uygun zaman bulamadığını, %14'ü genital muayeneden çekindiğini belirtmiştir. Tarama yaptırmama nedenleri literatürde sıklıkla benzer başlıklarda ve yakın oranlarda saptanmış olup, çalışmamız verileri ile uyumludur. Kadın sağlık çalışanlarına yönelik yapılan bir çalışmada tarama yaptırmamanın en yaygın nedenleri konuyla ilgili fikrinin olmaması (%20,7), semptomun olmaması (%18,2), zaman kısıtlılığı (%11,5), risk faktörü olmaması (%11,5), genital muayeneden çekinme (%10,3) olarak sıralanmaktadır (65). Başka bir çalışmadaki nedenler de gerekli olmadığına inanmaları (%47), semptomun olmaması (%23,2), işlemden korkma/hoşlanmama (%17,3) şeklinde olup benzerlik göstermektedir (67).

Çalışmamızda doktor, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının smear yaptırmama nedenleri genel olarak incelenmiştir, literatürde izole olarak meslek gruplarının smear yaptırmama sebeplerini ortaya koyan çalışmalar mevcuttur. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki kadın doktorların smear yaptırmama nedenlerini oluşturan en sık 3 cevap ileride yaptırmayı düşünüyorum (%17), şikayetim yok (%14,9), genital muayeneden çekiniyorum (%12,1) şeklindedir (73). Işık ve arkadaşlarının kadın doktorlara yönelik yaptığı araştırmada smear yaptırmama nedenlerine bakıldığında %26,4'ü ihmal ettiğini, %26,4'ü risk grubunda olmadığını, %5,6'sı bakire olduğunu belirtmiştir (72).

Hemşirelere yönelik bir çalışmadaki smear yaptırmama nedenleri sorgulandığında; %54,7'si test yaptırmak için nereye gideceğini bilmediğini, %13,1'i gerek duymadığını, %9,5'i prosedürden çekindiğini, %7,3'ü kötü sonuç çıkmasından korktuğunu söylemiştir (68). Hemşirelerin başka bir çalışmadaki smear yaptırmama nedenleri ise; %41 risk grubunda olmadığından, %25 pelvik muayenenin zorluğundan, %16,6 kötü sonuç çıkmasından endişe duyması şeklindedir (71). Hemşirelere yönelik yapılan çalışmalarda smear yaptırmama nedenleri diğer çalışmalarla genel olarak benzerdir ancak nereye başvuracağını bilmeme ve kötü sonuç çıkmasından endişe duyma gibi iki farklı neden dikkat çekmektedir.

Çalışmamızla uyumlu olmakta birlikte yapılan araştırmalar genital muayeneden çekinme ya da korkmanın smear yaptırmama nedenlerinin önemli bir kısmını oluşturduğunu

göstermiştir (65) (67) (68) (71) (73). Kültürel engeller nedeniyle jinekolojik muayene ve smear prosedürü kadınlar tarafından utanç verici, korkutucu bir durum olarak algılanmaktadır. Uganda’da yapılan bir çalışmada kadın sağlık çalışanlarının sadece %25’inin bir kadın tarafından yapılan vajinal muayeneyi kabul ettiği ortaya çıkmıştır (77). Kanada’da ikamet eden Çinli kadınlarda yapılan başka bir çalışmada ise bilgi düzeyinin kadının eğitim düzeyi ve muayene olunan doktorun cinsiyeti ile ilişkili olduğu saptanmıştır (78). Doktoru kadın olanlar ile erkek olanlar karşılaştırıldığında; kadın doktoru olan kadınların bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu ve bu bilgi düzeyinin smear yaptırma sıklığı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (78).

Bizim çalışmamızda smear yaptırma sıklığına önerildiği gibi yılda bir diyerek doğru cevap verenlerin oranı %60’dır. Bu oran yapılan diğer çalışmalara kıyasla daha yüksektir. Her yıl tarama yapılması gerektiğini bilen kadın sağlık çalışanlarının oranı: %41,1’dir (62), %29,9 şeklindedir (63). Özçam ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yılda bir tarama yaptıran kadın sağlık çalışanlarının oranı ise %31,5’dir (79). Kadın hekimlere yönelik yapılan çalışmalardaki oranlar %64 (72), %90,1’dir (73) şeklinde olup kadın sağlık çalışanlarının genelini değerlendiren çalışmalara göre beklenildiği gibi daha yüksektir.

Çalışmamızdaki kadın sağlık çalışanlarının serviks kanseri ile ilgili bilgi kaynakları; mezun oldukları okul, meslektaşları ve internet şeklinde sıralanmaktadır. Çalışmamızdaki doktor ve hemşirelerin temel bilgi kaynağı mezun olunan okul iken, diğer sağlık çalışanları %55,6 gibi yüksek bir oranla interneti bilgi kaynağı olarak seçmişlerdir. Bu durum, diğer sağlık çalışanlarının temel eğitim programında konunun yer almaması ve medyanın etkisi ile ilişkilendirilebilir.

Serviks kanserine ilişkin sağlık çalışanlarının bilgi kaynağı inceleyen diğer araştırmalarda çalışmamızla uyumlu olarak mezun olunan okul ve medya ön plandadır. Hemşirelere yönelik yapılan bir çalışmada serviks kanseri ile ilgili bilgi kaynakları sorgulandığında; %53,3 hemşirelik okulu, % 47,4 medya, %18,2 meslektaşlar ve bireysel çalışmaları olup, eğitimlere ve seminerlere katılım düzeyleri %8 ve %2,9 olmak üzere oldukça azdır (68).

Araştırmamız kapsamında HPV aşısı yaptırmış kadınların oranı %4'dür. Bu oran Özçam ve arkadaşlarının çalışma verisi ile (%6,5) benzer olmakla birlikte oldukça düşüktür (79). Aşı yaptıranların %65'inin doktor, %70'inin evli olduğu düşünülürse sosyoekonomik durumun, eğitim seviyesinin ve aktif cinsel hayatın aşı yaptırma davranışını olumlu yönde etkilediği söylenebilir. Tanzania'da yapılan bir çalışmada HPV aşısını bilen hemşirelerin oranı %22,6'dır (68). Tayland'daki hemşirelerin %33,8'i aşı olmak istemediğini söylemiştir. Aşı istememe nedenleri sorgulandığında; %55,6 oranında aşının etkinliğinden emin olmama, %44,4 oranında risk taşımadıklarını düşünmeleri, %28,9 oranından yan etkilerinden korkma şeklinde yanıt alınmıştır (80). HPV aşısının yeni bir aşı olması, aşının kabulüyle ilgili olarak yeterince uzun süre kullanılmadığı, olası yan etkilerin henüz gözlenemediği gibi düşüncelerle çekince yaşanabilmektedir.

Jinekolojik hastalığı olan 60 kadının 57'si, ailesinde serviks kanseri olan 5 kadının hiçbirisi HPV aşısı yaptırmamıştır. Jinekolojik hastalık varlığı, ailede malignite öyküsü ile aşı davranışı arasında tutarlılık saptanmamıştır. Çalışmamızda aşı yaptırmış kadın sayısı daha fazla olsaydı, anlamlı sonuçlar ortaya çıkabilirdi. Konuyla ilişkili literatürde çalışma bulunamamıştır.

Çalışmamızdaki HPV aşısı yaptırmamış olan 480 kadının %94,8'i aşı ücreti devlet tarafından karşılanırsa aşığı yaptıracaklarını belirtmiştir. Literatürde de çalışmamızla benzer olarak aşının ücretsiz olması halinde aşı olma isteği oldukça yüksek saptanmıştır (81) (82) (83). HPV aşısının maliyeti aşı karşısındaki en önemli engel olarak gösterilmiştir (84). Sosyal güvencenin olmamasının çocuklardaki aşılama oranlarını azalttığına dair yayınlar da mevcuttur (85) (86). Bu konuda yapılacak düzenlemelere ihtiyaç duyulmaktadır.

HPV aşısı yaptırmamış olan 480 kadının çoğu (%61,5) kız çocuğu olsa/varsın kızına HPV aşısı yaptıracaklarını söylemiştir. Doktorların %78,4'ü, hemşirelerin %51,4'ü, diğer sağlık çalışanlarının %55,6'sı kız çocuğuna aşı yaptıracaklarını belirtmiştir. Doktorların aşı kararı açısından diğer meslek gruplarına göre daha net olması ve kızına HPV aşısı yaptıranların puan ortalamasının ($10,2 \pm 3,6$) yaptırmayanlara ($8,5 \pm 3,8$) kıyasla daha yüksek saptanması annenin eğitim düzeyinin aşılama durumunu olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Bu durum mevcut çalışmalarda da saptanmıştır (87). Annelerin serviks kanseri tarama

programına katılımlarının, kızlarının HPV aşısı yaptırma durumunu etkilediği yapılan çalışmalarda bulunmuştur (88).

2015 yılında Avrupa’da aşı kararsızlığı hakkında yapılan çalışmada; aşılama için algılanan bir ihtiyacın olmaması, ulaşım, maliyet, sağlık çalışanları tarafından bilgilendirilme ve yönlendirme eksikliği, aşının yeni olması aşı kabulünü etkileyen faktörler olarak saptanmıştır (89). HPV aşılması ele alındığında ise; ebeveyn tutumları, düşük olarak algılanan HPV enfeksiyonu riski, sadece cinsel aktif ergenlerin aşı ihtiyacı olduğu düşüncesi, ilaç endüstrisine olan güvensizlik ve aşı maliyeti potansiyel engeller olarak görülmektedir. Yapılan araştırmalarda sağlık çalışanlarının aşı yapma kararının kendi kontrollerinde olmadığı, ebeveyn tutumlarının engel teşkil ettiği saptanmıştır. Ebeveynler ise çocuklarını aşılamaya karar vermelerinde en önemli faktör olarak sağlık çalışanlarının önerilerini göstermişlerdir (90) (91) (92).

Ebeveynlerin bağışıklama ile ilgili yanlış inanışları sırasıyla; yan etkiden korkma, aşı sonrası cinsel algnın artması, aşının etkinliğine olan güvensizlik, aşının riskli olduğuna inanma olarak saptanmıştır. HPV aşısının ergenler arasında çok sayıda cinsel eşe sahip olma eğilimine olan etkisinin sorgulandığı bir çalışmada katılımcıların; %37,6’sı aşı ile eğilimin artacağını belirtmiştir (80). Aileler tarafından dile getirilen çekinceler, aşılama konusundaki bilinç düzeyinin artırılması ile aşılabılır. Aşılamaya ilişkin engellerin ele alınması aşı uygulamalarının güçlenmesini sağlamakla birlikte HPV aşısının kabulünü de şüphesiz olumlu yönde etkileyecektir (91) (93).

Çalışmamızda HPV’nin serviks kanserinden sorumlu olduğunu bilenlerin oranı %64,2 olarak bulunmuştur. HPV’nin serviks kanserine yol açtığını bilen sağlık çalışanlarının oranı çeşitli çalışmalarda; %76,8 (61), %74 (62), %77,7 (63), %84,9 (64) olarak tespit edilmiştir. Bazı çalışmalarda HPV’nin serviks kanserine yol açtığını bilen kadın hekimlerin oranı %99,3 gibi oldukça yüksek bir oranda iken (73), hemşirelerin oranı %23,4 (70), %43,1 (68) şeklinde değişmektedir. Konuya dair bilgi düzeyinin genel olarak yüksek olması sağlık çalışanlarının katılmış oldukları eğitimlere, kitlesel medya aracılığıyla serviks kanserine yönelik reklamlara atfedilebilir.

Çalışmamızda serviks kanseri riskinin sigara kullanımıyla, erken yaşta cinsel ilişkiyle, birden fazla cinsel partner varlığıyla, prezervatif kullanmamakla arttığı tek bir önermeyle sorgulanmıştır. Önermeyi doğru cevaplayanların oranı %90,4'dür. Yapılan diğer çalışmalarda serviks kanseri riskinin birden fazla partner varlığı ile arttığını bilenlerin oranı %80,3 (62), %79,6 (63), %92,2 (64); sigara kullanımı ile arttığını bilenlerin oranı %73,1 (62), %77 (63), %86,4 (64); erken yaşta cinsel ilişki ile arttığını bilenlerin oranı %56 (62), %72,4 (63), %65,1 (64) şeklindedir.

Eke ve arkadaşlarının kadın hekimlere yönelik yaptığı çalışmada serviks kanseri riskinin birden fazla cinsel partner ile arttığını bilenlerin oranı %98,6, sigara kullanımı ile arttığını bilenlerin oranı %94,3, erken yaşta cinsel ilişki ile arttığını bilenlerin oranı %97,9'dur (73). Tayland'daki hemşirelerde yapılmış bir çalışmada aynı üç risk faktörünü sırasıyla bilenlerin oranı; %85,6, %40,5, %81,8 şeklindedir. Prezervatif kullanımı ile riskin azaldığını bilen hemşirelerin oranı ise sadece %58,6'dır (80). Hindistan'da hemşirelerin değerlendirildiği bir başka çalışmada serviks kanseri risk faktörlerini bilenlerin oranları; birden fazla cinsel partner varlığı için %52, multiparite için %24, erken yaşta cinsel ilişki için %35'dir (71). Bu sonuçlarla serviks kanseri risk faktörlerine ilişkin hemşirelerin bilgi düzeyinin değişkenlik gösterdiği, hekimlere göre düşük olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda katılımcıların bilgi düzeyini değerlendirmek için 20 adet önerme cümlesi kullanılmıştır. Soru ve önerme dizisi rastgele düzenlenmiş olmasına rağmen; katılımcılar geri çağırma ve tanıma yöntemiyle emin olmadıkları bilgiye doğru yanıt vermiş olabilirler. Hatırlatıcı etkinin ortadan kaldırılamayacağı akılda tutulmalıdır.

Çalışmamızda doktorların bilgi puanı ortalaması, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarından yüksektir ve 10'dan fazla puan alan katılımcıların (137/222) çoğunu (%61,7) doktorlar oluşturmaktadır. Çalışmamız verileri, serviks kanserine ilişkin bilgi düzeyinin eğitim düzeyinden etkilendiğini gösteren mevcut çalışmaları desteklemektedir (83) (94). Ancak doktorların hemşire ve diğer sağlık çalışanlarına göre düzenli jinekolojik muayene, smear yaptırma oranları düşük, OKS kullanma ve HPV aşısı yaptırma oranları ise yüksektir. Kadın hekimlerin serviks kanseri ve taramasına ilişkin tatmin edici bilgi düzeyleri olsa da, tarama hizmet alımının çok az olduğu fark edilmiştir. Bir başka çalışmada da serviks

kanserinden taramayla korunma bilgisine rağmen, tarama yönündeki tutum ve uygulamalar negatif olarak bulunmuştur (77).

Hastanemiz hemşirelerinin %70,9'u, diğer sağlık çalışanlarının %76,6'sı bilgi sorularından 10'un altında puan almıştır. Benzer çalışmalarda servikal kanser ve taramaları hakkındaki bilgileri değerlendiren sorulardan hemşirelerin sadece %26,7'si yeterli puan almıştır (70). Hemşirelerin servikal kanser ve taramaları konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığını gösteren pek çok çalışma vardır (68) (70) (71) (77) (95) (96). Serviks kanseri şüphesi bulunan ya da tanısı konulan hastaların çoğunun takip ve tedavisi kadın hastalıkları ve doğum bölümü olan merkezlerde yapılmaktadır. Bu merkezlerde görev yapmamış hemşirelerin serviks kanseri yönetimini gözlemleyemedikleri ihtimali akla gelmektedir.

Doktorlara kıyasla hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının yetersiz bilgi düzeyi muhtemelen eğitim eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Hemşirelerin serviks kanseri hakkındaki bilgi eksikliği hemşirelik yüksekokulu eğitiminde konunun yer almaması ile açıklanabilir. Servikal kanser ve önleme konularının eğitim programına entegre edilmesine, tarama yöntemlerinin uygulamalı öğrenilmesi için oryantasyon kurslarına ihtiyaç vardır.

Bizim çalışmamızda jinekolojik muayene ve smear yaptıranların yaptırmayanlara kıyasla bilgi puanları benzerdir. Jinekolojik muayene/smea yaptıranların yaptırmayanlara göre daha çok kadın doğum muayene başvurusu olması ve bu bağlamda farkındalıklarının artması beklenir. Fakat beklenenin aksine çalışmamızda bilgi düzeyinde farklılık gösterilmemiştir. Çalışmamızla uyumlu olarak Işık ve arkadaşlarının kadın doktorlara yönelik yaptığı araştırmada smear yaptıranlarla yaptırmayanların bilgi puanı aynı düzeylerde tespit edilmiştir (72). Ancak kadınların bilgi düzeyi ile tarama yaptırma davranışı arasında pozitif yönde korelasyon saptayan çalışmalar da literatürde yer almaktadır (62) (70) (97).

Çalışmamızda kendine/kızına aşı yaptıran (11,6/10,2), aşığı yakınlarına öneren (10,2) grubun bilgi puanı; kendine/kızına aşı yaptırmayan (9,5/8,5), aşığı yakınlarına önermeyen (8,2) gruba kıyasla rölatif olarak yüksek bulunmuştur. Aşı önerisi ve uygulaması amacıyla çeşitli kaynaklara başvurmuş olmanın, kadınların konuyla ilgili bilgi düzeyini pozitif yönde etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ulusal kanser kontrol programında yer alan, tanı evresi ve mortalite oranları azaltılması amaçlanan kanser türlerinden biri serviks kanseridir. HPV aşılması ve prekanseröz lezyonların taranması koruyucu hekimlik anlamında büyük önem taşımaktadır.

Çalışmamıza katılan 500 kadın sağlık çalışanının %38'i doktor, %62'si yardımcı sağlık personeli. %17,8'i jinekolojik muayene, %37,2'si smear yaptırmıştır. Çalışmamızda olduğu gibi kadınlarda servikal kanser tarama oranları hala beklenen düzeylerde değildir. Serviks kanseri taramasına ilişkin negatif tutumu değiştirmenin yolu; tarama testine ulaşılabilirliğin sağlanması, kadınların konuya ilişkin farkındalığının artırılması, tarama yaptırmamaya neden olan psikososyal ve çevresel faktörlerin saptanması ile mümkün olabilir.

Araştırmamıza katılan kadınların sadece %4'ü HPV aşısı yaptırmıştır. Katılımcıların %67,4'ü HPV aşısını önermekte, %62,4'ü ise çocuğuna aşı yaptırmayı düşünmektedir. Daha önce yapılan çalışmalarda elde edilen veriler çalışmamızı destekler nitelikte olup aşı yaptırmama oranları oldukça düşüktür. Cinsel yolla bulaşan virüs için yapılan bir aşının, cinsel algıyı artıracak yönündeki önyargılar, aşı hakkında bilgi sahibi olunmaması, maliyet ve olası yan etkilerinden korkulması aşı yaptırmayı engellemektedir.

Katılımcıların bilgi düzeyini değerlendirmek için hazırlanan anket formu verilerine göre; ortalama puan 9,5'dir. Kadın sağlık çalışanlarının %55,6'sı (n=278) çalışmamızın median değeri olan 10'un altında kalmıştır. Bu veriler sağlık çalışanlarının servikal kanser taraması ve HPV aşısı hakkındaki bilgi düzeylerinin yeterli olmadığını düşündürmüştür.

Çalışmamız kapsamındaki doktorların hemşire ve diğer sağlık çalışanlarına göre tarama yaptırmama oranları düşük olmasına rağmen, serviks kanseri ve taramasına ilişkin bilgi düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Meslek gruplarına göre bilgi puanı istatistiksel olarak farklı saptanmıştır ($p<0,05$). Eğitim düzeyi yükseldikçe tarama yaptırmama oranında görülen belirgin düşüşün, risk faktörlerine yönelik göreceli yüksek farkındalık düzeyine bağlı olarak

özgüveni arttırması ve bireyin kendini korumak adına risk faktörlerinden uzak durmanın yeterli olduğuna inanması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Bütün bu bulgular, sağlık çalışanlarının hedeflenen servikal kanser tarama ve aşılama oranlarına ulaşabilmek için farkındalık düzeylerinin artırılması gerektiğini göstermiştir. Bu araştırmanın öncelikli önerileri; kadın sağlık çalışanlarının epidemiyolojik çalışmalarla bilgi eksiklerinin belirlenmesi, kapsamlı olarak bilgilendirilmeleri, sertifikasyon programlarına ve hizmet içi eğitimlere katılımlarının sağlanmasıdır.

Sağlık çalışanlarının farkındalık düzeylerinin artırılması, şüphesiz toplumun sağlık algısını olumlu yönde etkileyecektir. Serviks kanserinin önlenabilir bir kanser olduğu, smear testinin kolay uygulanabilir olduğu, tarama programlarıyla erken tanının sağlanabileceği ve koruyucu bir aşının varlığı topluma aktarılması gereken mesajlardır. Yazılı ve görsel broşürlerin dağıtılması, eğitici reklamların hazırlanması kadınların farkındalık kazanmalarında oldukça fayda sağlayacaktır.

Sağlık birimlerinin mevcut tarama olanaklarına rağmen, tarama faaliyetlerinin beklenen düzeylerde olmaması sağlık çalışanlarının sorumluluğundadır. Birinci basamak sağlık çalışanları başta olmak üzere bu konuda tüm hekimler ve sağlık çalışanlarına görev düşmektedir. Çalışmamız bulgularının konuyla ilgili yapılacak düzenlemelerde, etkin politikalar izlenmesinde yararlı olabileceği umulmaktadır.

7. ÖZET

Amaç: Yaptığımız çalışmada hastanemiz kadın sağlık çalışanlarının serviks kanseri tarama testlerini yaptırmaya ilişkin bilgi ve davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu çalışma, 1 Mart 2017-31 Mayıs 2017 tarihleri arasında hastanemiz kadın sağlık çalışanları ile yapılmıştır. Çalışmaya 500 katılımcı dâhil edilmiştir. Sağlık personeline; sosyodemografik özellikler, servikal kanser taraması, HPV ve aşılama ile ilgili bilgi ve davranışlarını ölçmek amacıyla hazırlanan anket formu yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır.

Bulgular: Kadın sağlık çalışanlarının düzenli jinekolojik muayene yaptırma oranı %17,8, smear yaptırma oranı %37,2, HPV aşısı yaptırma oranı ise sadece %4'dür. Smear yaptırma sıklığına önerildiği gibi yılda bir diyenler %60 oranındadır. Servikal kanser bilgi kaynağı sıklıkla mezun olunan okul (%61,8) ve meslektaşların (%42,6) olarak cevaplanmıştır. Serviks kanseri bilgi puanı ortalaması 9,5 olarak değerlendirilmiş olup; doktorların puan ortalaması (12,0±2,7), hemşire (8,4±3,3) ve diğer sağlık çalışanlarından (7,1±4,0) yüksek hesaplanmıştır. Jinekolojik muayene/smear yaptıranlarla, yaptırmayanlar arasında bilgi puanlarında farklılık saptanmamıştır. Aşı yaptırmama nedeni olarak; katılımcıların %35,6'sı aşı hakkında bilgisinin olmadığını, %27,2'si önerilen yaş grubunda olmadığını, %11,8'i doktorunun önermediğini belirtmiştir. Kadın sağlık çalışanlarının düşük aşı yaptırma oranına rağmen çoğunluğu aşığı yakınlarına önermektedir (%67,4). HPV aşısı ücreti devlet tarafından ödenirse aşı yaptırmam diyenlerin oranı (%72,6) ise oldukça yüksektir.

Sonuç: Kadın sağlık çalışanı bir sağlık eğitimcisi ve destekleyicisi olarak önemli role sahiptir. Sağlık çalışanlarında yetersiz bilgi ve tarama önerilerine uyumun düşük olması toplum üzerinde olumsuz etkilere neden olabilir. Başta sağlık çalışanları olmak üzere toplumun geneline serviks kanseri ve tarama yöntemleri konusunda yeterli eğitimin verilmesine ve ulusal çapta tarama programının efektif olarak uygulanmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Serviks Kanseri, Kadın sağlık çalışanları, Smear, HPV, HPV aşısı

8.ABSTRACT

Objective: The aim of the study was to evaluate the knowledge and attitudes of women health care workers about having cervical cancer screening tests.

Methods: This descriptive study was conducted between March 1, 2017 and May 31, 2017 with our health care workers in our hospital. 500 participants were included in the study. The questionnaire form was applied with face to face interview technique and was used to evaluate the socio demographic characteristics, cervical cancer screening, HPV and vaccination information and behaviors of the health care personnel.

Results: Regular gynecological screening rate of female health workers is %17,8, smear rate is %37,2, HPV vaccination rate is only 4%. As suggested by the frequency of smear, the annual turnover rate is %60. The cervical cancer information source was frequently answered as the school graduated (%61,8) and colleagues (%42,6). The mean score of cervical cancer knowledge score was 9,5 and the average score of doctors ($12,0 \pm 2,7$) was higher than that of nurses ($8,4 \pm 3,3$) and other health workers ($7,1 \pm 4,0$). There was no difference in knowledge scores among those who had gynecological examination/smear and who didn't. As the reason for not having the vaccine; %35,6 of the participants stated that they did not know about the vaccine, %27,2 stated that they were not in the recommended age group and %11,8 stated that it wasn't recommended by a doctor. Despite the low vaccination rate of women health workers, the majority of them suggest vaccination to their relatives (%67,4). If the HPV vaccination fee is paid by the government, the rate of immunization (%72,6) is quite high.

Conclusion: Women's health worker has an important role as a health educator and supporter. Inadequate information on health workers and poor compliance with screening recommendations may cause adverse effects on society. There is a need for adequate training of cervical cancer and screening methods in general, especially for health professionals, and effective implementation of the national screening program.

Keywords: *Cervical Cancer, Women health workers, Smear, HPV, HPV vaccination*

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Özge ÖZTÜRK

Doğum Tarihi: 03.08.1986

Adres: Şehit Mustafa Baş Caddesi No:35/5 Altındağ/ANKARA

E-Mail: ozgeozturk03@yahoo.com

Öğrenim Durumu:

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lisans	TIP FAKÜLTESİ	UFUK ÜNİVERSİTESİ	2012

Görevler:

Görev Unvanı	Görev Yeri	Yıl
Pratisyen Dr.	ORDU AKKUŞ DEVLET HASTANESİ ACİL SERVİS	2012-2013
Dr. Arş. Gör.	ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ABD	2014-2015
Dr. Arş. Gör.	BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ABD	2015-2015
Dr. Arş. Gör.	DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EAH AİLE HEKİMLİĞİ	2015-2017

Yabancı Diller: İngilizce, Almanca

Projelerde Yaptığı Görevler:

İdari Görevler:

Bilimsel Kuruluşlara Üyelikler:

Ödüller:

Eserler: 1. Özge Öztürk, Süleyman Görpelioğlu, Cenk Aypak, Özlem Suvak, Derya Akbıyık. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Sağlık Çalışanlarının Serviks Kanseri Tarama Testlerini Yaptırmaya İlişkin Bilgi ve Davranışları. 16. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi 2017 Ankara. Bildiri no:12

10. KAYNAKLAR

1. Costa AR, Silva S, Moura-Ferreira P, Villaverde-Cabral M, et al. *Cancer screening in Portugal:sex differences in prevalence, awareness of organized programmes and perception of benefits and adverse effects*. Health Expect,2017 Apr; 20(2):211-220.
2. *Türkiye'de Kanser Kayıtcılığı*. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserele Savaş Dairesi Başkanlığı., Ankara, 2011. [Alıntı Tarihi: 10 04 2017.] <http://kanser.gov.tr/Dosya/turkiyede-kanser-kayitci.pdf>.
3. *GLOBOCAN Cancer Fact Sheets:Cervical cancer*. GLOBOCAN 2012. [Alıntı Tarihi: 10 04 2017.] <http://globocan.iarc.fr/old/FactSheets/cancers/cervix-nem.asp>.
4. *Türkiye Kansere İstatistikleri*. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2017 [Alıntı Tarihi:24 4 2017.] http://kanser.gov.tr/Dosya/2017Haberler/2014-RAPOR._uzun.pdf.
5. Tuncer M. *Kansere Ülkemiz ve Dünyada Önemi, Hastalık Yüğü ve Kansere Kontrol Politikaları*. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye'de Kansere Kontrolü. Ankara, 2007.
6. *World Cancer Report*. World Health Organization, 2008. [Alıntı Tarihi: 15 08 17.] http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/wcr_2008.pdf.
7. *Ulusal Kansere Kontrol Planı 2013-2018*. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. [Alıntı Tarihi: 20 04 2017.] http://kanser.gov.tr/Dosya/NCCP_2013-2018.pdf
8. *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları Global Konferanslardan Bildiriler*. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara, 2011.
9. *Global Burden of Cancer in Women Current status, trends, and interventions*. American Cancer Society, Chapter 2, p.24-35 [Alıntı Tarihi: 23 04 2017.] <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/global-cancer-facts-and-figures/global-burden-of-cancer-in-women.pdf>
10. *Ölüm Nedeni İstatistikleri*. Türkiye İstatistik Kurumu, 2015. [Alıntı Tarihi: 24 04 2017.] http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1060
11. *Türkiye Kansere İnsidansları*. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014 [Alıntı Tarihi: 24 4 2017.] http://kanser.gov.tr/Dosya/2017Haberler/2017_4_subat.pdf.
12. Dim CC. *Towards improving cervical cancer screening in Nigeria: A review of the basics of cervical neoplasm and cytology*. Nigerian Journal of Clinical Practice, 2012; 15(3):247-252
13. Cotran, Robbins Kumar. *Serviks Tümörleri*. Robbins Temel Patoloji 7.edisyon. 2003.
14. Bankowski BJ, Hearne AE, Lambrou NC, Fox HE, Wallach EE. *Johns Hopkins Jinekoloji ve Obstetrik El Kitabı*. Atlas Kitapçılık, Ankara 2005; s.443-471.

15. *Anormal sitolojinin raporlanmasında kılavuzlar*. Eurocytology, 2014. [Alıntı Tarihi: 19 07 2017.] <http://www.eurocytology.eu/tr/course/1144>.
16. Berek JS. *Novak's Gynecology*. Lippincott Williams & Wilkins, 2002; Chapter 16-31.
17. Hoffman, Schorge, Schaffer, Halvorson, Bradshaw, Cunningham. *Williams Jinekoloji*. Nobel Tıp Kitapevi, 2009.
18. *Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları*. Kanser Daire Başkanlığı. [Alıntı Tarihi: 20 07 2017.] <http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/serviks.pdf>.
19. Uyanıkoğlu H, Numanoğlu C, Gülkılık A. *Servikal Kanser Taramasında Asetikasıit Sonrası İnspeksiyon ile Servikal Smearin Karşılaştırılması*. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2016; 13:1
20. 6. Ulusal Tanısal ve Moleküler Mikrobiyoloji Kongresi. *İnsan Papillomavirüs Enfeksiyonlarında Güncel Durum*. Ankara Mikrobiyoloji Derneği, 2010; Panel 6, s.71.
21. Sobin LH, Gospodarowicz MK, Wittekind C. *TNM Classification of Malignant Tumours, Seventh Edition*. UICC International Union Against Cancer, 2009. [Alıntı Tarihi: 25 08 2017.]
22. Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği. *Rahim Ağzı (Serviks) Kanseri*. [Alıntı Tarihi: 25 08 2017.] <http://www.trsgo.org/menu/152/rahim-agzi-serviks-kanseri>.
23. Öztürker C, Sönmez G. *Endometrium ve Serviks Kanserlerinde Görüntüleme*. Türk Radyoloji Derneği, Türk Radyoloji Seminerleri 2015 Sem; 3:1-11.
24. Jonathan S. Berek, Neville F. Hacker. *Berek-Hacker Jinekolojik Onkoloji*. Güneş Tıp Kitabevi, 2016.
25. Amant F, Halaska MJ, Fumagalli M, Dahl Steffensen K, Lok C, Van Calsteren K, Han SN et al. *Gynecologic cancers in pregnancy: guidelines of a second international consensus meeting*. International Journal of Gynecological Cancer, 2014 Mar; 24(3):394-403.
26. Murray PR, Baron EJ, Jorgensen JH, Landry ML, Pfaller MA. *Manual of Clinical Microbiology*, 2007; 9(2):1601.
27. Munoz N, Bosch FX, de Sanjose S, Herrero R, Castellsague X, Shah KV, Snijders PJ, Meijer CJ. *Epidemiologic Classification of Human Papillomavirus Types Associated with Cervical Cancer*. The New England Journal of Medicine, 2003; 348:518-527.
28. Avcı GA, Bozdayı G. *İnsan Papilloma Virüsü*. Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi, 2013; 3(3):136-144.
29. Jacobs MV, de Roda Husman AM, van den Brule AJC, Snijders PJF, Meijer CJLM, Walboomers JMM. *Group-specific differentiation between high-and low risk human*

papillomavirus genotypes by general primermediated PCR and two cocktails of oligonucleotide probes. Journal of Clinical Microbiology, 1995; 33(4): 901-905.

30. Baker CC, Howley PM. *Differential promoter utilization by the bovine papillomavirus in transformed cells and productively infected wart tissues.* The Embo Journal, 1987 April; 6(4):1027–1035.

31. Yim EK, Park JS. *The Role of HPV E6 and E7 Oncoproteins in HPV-associated Cervical Carcinogenesis.* Cancer Research and Treatment, 2005; 37(6): 319–324.

32. Evander M, Frazer IH, Payne E, Qi YM, Hengst K, McMillan NAJ. *Identification of the alpha6 integrin as a candidate receptor for papillomaviruses.* Journal of virology, Mar 1997; 71(3): 2449–2456.

33. Tuncer S, Ustaçelebi Ş, Mutlu G, İmir T, Cengiz AT, Tümbay E, Mete Ö. *İnsan Papillomavirüsleri.* Temel ve Klinik Mikrobiyoloji Güneş Kitabevi, 1999;s.797-802.

34. Şahiner F, Gümral R. *Human Papillomavirüs İnfeksiyonları ve İlişkili Kanserler.* Flora İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Dergisi, 2012;17(3):093-102.

35. Petersen I, Klein F. *HPV in non-gynecological tumors.* Pathologe 2008; 29(2):118-22.

36. Molijn A, Kleter B, Quint W, van Doorn LJ. *Molecular diagnosis of human papillomavirus (HPV) infections.* Journal of Clinical Virology, 2005; 32(1):43-51.

37. Abreu ALP, Souza RP, Gimenes F, Consolaro MEL. *A review of methods for detect human Papillomavirus infection.* Virology Journal, 2012; 9:262.

38. Tjalma WA, Arbyn M, Paavonen J, van Waes TR, Bogers JJ. *Prophylactic human papillomavirus vaccines:the beginning of the end of cervical cancer.* Int J Gynecol Cancer, 2004; 14:751-761.

39. Stanley M, Lowy DR, Frazer I. *Chapter 12:Prophylactic HPV vaccines:Underlying mechanisms.* Vaccine 2006; 24(3):106-113.

40. Laura A, Koutsky, Ph.D., Kevin A. Ault, Cosette M. Wheeler et al. *A controlled trial of a human papillomavirus type 16 vaccine.* The New England Journal of Medicine, 2002; 347:1645-1651.

41. Welters MJ, de Jong A, van den Eeden SJ et al. *Frequent display of human papillomavirus type-16 E6-specific memory T-helper cells in the healthy population as witness of previous viral encounter.* Cancer Res, 2003; 63(3):636-41.

42. Dorleans F, Giambi C, Dematte L, Cotter S, et al. *The current state of introduction of human papillomavirus vaccination into national immunisation schedules in Europe: first results of the VENICE2 2010 survey.* Eurosurveillance, 2010; 15:47, s. 1-4. [Alıntı Tarihi: 25 08 2017.] <http://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/es.e15.47.19730-en>

43. Gattoc L, Nair N, Ault K. *Human Papillomavirus Vaccination*. Obstetrics Gynecology Clinics of North America, 2013; 40(2): 177-197.
44. Kanbur A, Çapık C. *Servikal Kanserden Korunma, Erken Tanı-Tarama Yöntemleri ve Ebe/Hemşirenin Rolü*. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2011; 18:1, s. 61-72.
45. Koutsky LA, Harper DM. *Chapter 13:Current Findings from prophylactic HPV vaccine trials*. Vaccine 24S3(2006), S3/114-S3/121.
46. Kreimer AR, Gonzalez P, Katki HA, Porras C, Schiffman M. *Efficacy of a bivalent HPV 16/18 vaccine against anal HPV 16/18 infection among young women: a nested analysis within the Costa Rica Vaccine Trial*. The Lancet Oncology, 2011;12(9):862-870.
47. *Gardasil9 HumanPapillomavirus9-valentVaccine,Recombinant*. MerckVaccines.com. [Alıntı Tarihi:10 08 2017.] <https://www.merckvaccines.com/Products/Gardasil9>.
48. Esposito S, Bosis S, Pelucchi C, et al. *Pediatrician knowledge and attitudes regarding human papillomavirus disease and its prevention*. Vaccine 2007 Aug 29, s. 25(35):6437-6446.
49. Akdur R. *Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması*. Ankara,1999 (Güncelleme 2005).
50. Baskan S, Atahan K, Arıbal E, Özaydın N, Balcı P, Yavuz E. *Meme Kanseri Tarama ve Tanı (İstanbul Meme Kanseri Konsensus Konferansı 2010)*. Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health, 2012; 8:3.
51. Kozan R, Tokgöz VK. *Türkiye'de Meme Kanseri Farkındalığı ve Tarama Programı*. ACU Sağlık Bil Derg, 2016(4):185-188.
52. Kayhan A, Arıbal E. *Meme Kanseri Taraması: Neden Yapıyoruz? Ne Zaman? Değerlendirmede Yaşanan Sorunlar*. Türk Radyoloji Derneği, Türk Radyoloji Seminerleri, 2014; 2:230-40.
53. Öztürk A, Özenç S, Canmemiş S, Bozoğlu E. *Preventive Health Measurements in Geriatric Period*. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 2015; 9(1) 10-15.
54. *Cervical Cancer*. World Health Organization. [Alıntı Tarihi: 21 04 2017.] <http://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/cervical-cancer/en/>.
55. World Health Organization 2016. *UN Joint Global Programme on Cervical Cancer Prevention and Control*. November 2016. [Alıntı Tarihi: 23 04 2017.] <http://www.who.int/ncds/un-task-force/un-joint-action-cervical-cancer-leaflet.pdf>.
56. Henry C. Kitchener, Philip E. Castle, J. Thomas Cox. *Achievements and limitations of cervical cytology*. Vaccine 2006 Aug 21; 3:24, S63–S70.

57. Saslow D, Solomon D, Lawson HW, Killackey M, et. al. *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 Journal for Clinicians, 2012 May-Jun; 62(3):147-172.
58. Canadian Task Force on Preventive Health Care. *Recommendations on screening for cervical cancer*. CMAJ, 2013 Jan 8; 185(1): 35-45.
59. Anttila A, von Karsa L, Aasmaa A, Fender M et al. *Cervical cancer screening policies and coverage in Europe*. European Journal of Cancer, 2009 Oct; 45(15):2649-58.
60. Arbyn M, Ronco G, Anttila A, Meijer CLJM, et al. *Evidence Regarding Human Papillomavirus Testing in Secondary Prevention of Cervical Cancer*. Vaccine 30 (2012), s. F88-89.
61. Dönmez AG. *Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Kadın Sağlık Personelinin Serviks Kanseri İlişkin Bilgi Düzeyinin ve Farkındalığının Araştırılması*. Tıpta Uzmanlık Tezi. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği 2007.
62. Can H, Öztürk YK, Güçlü YA, Öztürk F, Demir Ş. *Kadın Sağlık Çalışanlarının Serviks Kanseri Farkındalığı*. Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi, 2010;20:2.
63. Coskun S, Can H, Turan S. *Knowledge about Cervical Cancer Risk Factors and Pap Smear Testing Behavior among Female Primary Health Care Workers: A Study from South Turkey*. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 2013;14:11.
64. Can H, Erdem Ö, Öztekin C, Çelik SB, Önde M, Celepkolu T, Öngel K. *Are Primary Health Care Workers Aware of Cervical Cancer Risk?* Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 2014;15(16):6669-71.
65. Anantharaman VV, Sudharshini S, Chitra A. *A cross-sectional study on knowledge, attitude, and practice on cervical cancer and screening among female health care providers of Chennai corporation, 2013*. Journal of Academy of Medical Sciences, 2012;2(4):124-128.
66. Gharoro EP, Ikeanyi EN. *An appraisal of the level of awareness and utilization of the Pap smear as a cervical cancer screening test among female health care workers in a tertiary health institution*. International Journal of Gynecological Cancer, 2006; 16(3):1063-8.
67. RIW Nilaweera, S Perera, N Paranagama, AS Anushyanthan. *Knowledge and practices on Breast and Cervical Cancer Screening Methods among Female Health Care Workers: A Sri Lankan Experience*. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 2012; 13(4):1193-6.
68. Urasa M, Darj E. *Knowledge of cervical cancer and screening practices of nurses at a regional hospital in Tanzania*. African Health Sciences, 2011; 11(1): 48-57.

69. Udigwe GO. *Knowledge, attitude and practice of cervical cancer screening (pap smear) among female nurses in Nnewi, South Eastern Nigeria*. Niger J Clin Pract., 2006; 9 (1):40-43.
70. Shekhar S, Sharma C, Thakur S, Raina N. *Cervical Cancer Screening: Knowledge, Attitude and Practices among Nursing Staff in a Tertiary Level Teaching Institution of Rural India*. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 2013; 14(6):3641-5.
71. Rahman H, Kar S. *Knowledge, attitudes and practice toward cervical cancer screening among Sikkimese nursing staff in India*. Indian Journal Medical and Paediatric Oncology, 2015; 36(2):105-110.
72. Işık O, Çelik M, Ketten HS, Dalgacı AF, Yıldırım F. *Kadın doktorların Pap smear testi konusunda bilgi tutum ve davranışlarının belirlenmesi*. Çukurova Medical Journal, 2016; 41:2.
73. Eke RN, Sezik HA, Özen M. *Serviks kanseri; kadın hekimler yeterince farkında mı? Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 2016; 26:1 s.53-57.
74. Sankaranarayanan R, Rajkumar R, Arrossi S, Theresa R, Esmy PO, Mahé C, Muwonge R, Parkin DM, Cherian J. *Determinants of participation of women in a cervical cancer visual screening trial in rural south India*. Cancer Detect Prev., 2003; 27:6.
75. Siahpush M, Singh GK. *Sociodemographic predictors of pap test receipt, currency and knowledge among Australian women*. Prev Med., 2002; 35(4):362-8.
76. Anya SE, Oshi DC, Nwosu SO, Anya AE. *Knowledge, attitude, and practice of female health professionals regarding cervical cancer and Pap smear*. Niger J Med., 2005; 14(3):283-6.
77. Mutyaba T, Mmiro FA, Weiderpass E. *Knowledge, attitudes and practices on cervical cancer screening among the medical workers of Mulago Hospital, Uganda*. BMC Med Educ, 2006; 6:13.
78. Hislop TG, Teh C, Lai A, Ralston JD, Shu J, Taylor VM. *Pap screening and knowledge of risk factors for cervical cancer in Chinese women in British Columbia, Canada*. Ethn Health, 2004; 9(3):267-81.
79. Özçam H, Çimen G, Uzunçakmak C, Aydın S, Özcan T, Boran B. *Kadın Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri, Serviks Kanseri ve Rutin Tarama Testlerini Yaptırmaya İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi*. İstanbul Medical Journal, 2014; 15:154-60.
80. Nganwai P, Truadpon P, Inpa C, Sangpetngam B, Mekjarasnapa M, Apirakarn M, Chumworathayi B. *Knowledge, Attitudes and Practices vis-a-vis Cervical Cancer Among*

Registered Nurses at the Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Thailand. Asian Pasific Journal of Cancer Prevention, 2008; 9(1):15-8.

81. Young AM, Crosby RA, Jagger KS, Richardson MB, Kloha RA, Safarian V. *HPV Vaccine Acceptability among Women in the Philippines*. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 2011; 11(6):1781-7.

82. Sauvageau C, Duval B, Gilca V, Lavoie F, Ouakki M. *Human Papilloma Virus vaccine and cervical cancer screening acceptability among adults in Quebec, Canada*. BMC Public Health, 2007; 7:304.

83. Önder Ö. *15-49 Yaş Arası Kadınların Serviks Kanseri, Pap-smear Testi, Human Papillomavirus ve Humanpapillomavirus Aşısı Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Farkındalık Düzeyleri*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, 2013.

84. Wong LP. *Issues surrounding HPV vaccine delivery in a multi-ethnic country in Asia: the physician's perspective*. Journal of Community Health, 2011; 36(1):14-22.

85. Ayçiçek A. *Şanlıurfa kırsal alanında 2-23 aylık çocukların aşılanma hızları*. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2004; 47:183-8.

86. Babadağlı F, Gökçay G, Ertem H, Bulut A. *Yalova Devlet hastanesine başvuran 12-36 ay arası çocuklarda aşı eksiklikleri ve bunu etkileyen faktörler*. İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü, 2007; 7:4.

87. Gust DA, Strine TW, Maurice E, Smith P, et. al. *Underimmunization among children: Effects of vaccine safety concerns on immunization status*. Journal of the American Academy of Pediatrics, 2004 July; 114:1.

88. Spencer AM (nee Pilkington), Brabin L, Verma A, Roberts SA. *Mothers' screening histories influence daughters' vaccination uptake: an analysis of linked cervical screening and human papillomavirus vaccination records in the North West of England*. Eur J Cancer, 2013; 49(6):1264-72.

89. *Rapid literature review on motivating hesitant population groups in Europe to vaccinate*. European Centre for Disease Prevention and Control, Technical Report, 2015. [Alıntı Tarihi:10 08 2017.] www.ecdc.europa.eu.

90. Holman DM, Benard V, Roland KB, Watson M, Liddon N, Stokley S. *Barriers to human papillomavirus vaccination among US adolescents: a systematic review of the literature*. JAMA Pediatrics, 2014; 168(1):76-82.

91. Argüt N, Yetim A, Gökçay G. *Aşı Kabulünü Etkileyen Faktörler*. Çocuk Dergisi (J Child), 2016; 16(1-2):16-24.

92. Gellin BG, Maibach EW, Marcuse EK. *Do parents understand immunizations? A national telephone survey*. Pediatrics, 2000; 106(5):1097-102.

93. Özkan Ö, Çatıker A. *Bolu İl Merkezindeki Çocukların Aşıluluk Durumları ve Engelleri*. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), 2006; 15:10.
94. Al-Meer FM, Aseel MT, Al-Khalaf J, Al-Kuwari MG, Ismail MF. *Knowledge, attitude and practices regarding cervical cancer and screening among women visiting primary health care in Qatar*. Eastern Mediterranean Health Journal, 2011; 17(11):855-61.
95. Yaren A, Ozkilinc G, Guler A, Oztop I. *Awareness of breast and cervical cancer risk factors and screening behaviours among nurses in rural region of Turkey*. Eur J Cancer Care (Engl), 2008; 17(3):278-84
96. Ayinde OA, Omigbodun AO. *Knowledge, attitude and practices related to prevention of cancer of the cervix among female health workers in Ibadan*. J Obstet Gynaecol, 2003; 23(1):59-62
97. Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. *Kadınların Kansere Konusunda Bilgi ve Tutumları ile Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Davranışları*. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi (Deu Med J.), 2011; 25(3):145-154.

11. EKLER

11.1 Anket Formu

Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Sağlık Çalışanlarının Serviks Kanseri Tarama Testlerini Yaptırmaya İlişkin Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi Anket Soruları

Katılımcıların bilgileri yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgileriyle ilişkilendirilemeyecek, gizli tutulacaktır. Ankete katılım zorunlu değildir. Lütfen her soruyu okuyup, yanıtlayınız. Ayırdığınız zaman için teşekkür ederiz.

1. Yaşınız?
2. Göreviniz? ☐ Doktor ☐ Hemşire ☐ Diğer (lütfen belirtiniz.....)
3. Medeni durumunuz / evlendiyseniz ilk evlilik yaşıınız?
☐ Bekar (5. soruya geçiniz) ☐ Evli ☐ Boşanmış/Dul (İlk evlilik yaşıınız?)
4. Gebelik sayınız / yaşayan çocuk sayınız? /
5. Herhangi bir nedenle doğum kontrol hapi kullandınız mı?
☐ Evet (ne kadar süreyle?) ☐ Hayır
6. Sigara kullanıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ süreyle kullanıp bıraktım
7. Son 1 yıldır adetleriniz nasıldır? ☐ Düzenli ☐ Düzensiz ☐ Menopoza girdim (..... yıl önce)
8. Tanısı konmuş jinekolojik bir hastalığınız var mı? ☐ Evet (.....) ☐ Hayır
9. Anne ya da kız kardeşlerinizde rahim ağzı (serviks) kanseri var mı? ☐ Evet ☐ Hayır
10. Düzenli olarak jinekolojik muayene yaptırıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır
11. Smear testi yaptırdınız mı? ☐ Evet (13.soruya geçiniz) ☐ Hayır
12. Smear testi yaptırmıyorsanız, yaptırmama nedeniniz hangisidir?
☐ Genital muayeneden çekiniyorum ☐ Risk grubunda değilim ☐ Konuyla ilgili bilgim yok
☐ Uygun zaman bulamıyorum ☐ İleride yaptırmayı düşünüyorum ☐ Şikayetim yok
13. Sizce smear testi hangi sıklıkta yapılmalıdır?
☐ Sadece bir kez ☐ Şikayet olunca ☐ Yılda bir ☐ 3 yılda bir ☐ 5 yılda bir ☐ Bilmiyorum
14. HPV aşısı yaptırdınız mı? ☐ Evet (16.soruya geçiniz) ☐ Hayır
15. HPV aşısı yaptırmadıysanız, yaptırmama nedeniniz hangisidir?
☐ Aşı hakkında bilgim yok ☐ Fiyatı nedeniyle ☐ Önerilen yaş grubunda olmadığım için
☐ Doktorum önermedi ☐ Olası yan etkiler nedeniyle ☐ Diğer (.....)
16. Sizce HPV aşısı kimlere ve ne zaman yapılmalıdır? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
☐ 11-12 yaş kızlara ve erkeklere ☐ 26 yaşına kadar kızlara ☐ 13-26 yaş arası erkeklere
☐ HPV testine göre kadınlara ☐ Cinsel aktif olmayanlara ☐ 43 yaşa kadar kadınlara
17. HPV aşısını yakınlarınıza önerir misiniz? ☐ Evet ☐ Hayır
18. Kız çocuğunuz olsa/varsa kızıınıza HPV aşısı yaptırır mısınız/ yaptırdınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır
19. HPV aşı ücreti devlet tarafından karşılanan bir aşı olsa yaptırır mısınız? ☐ Evet ☐ Hayır
20. Rahim ağzı kanseri ile ilgili bilgi kaynağınız hangisidir? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
☐ Mezun olduğum okul ☐ Meslektaşlarım ☐ Seminerler ☐ İnternet ☐ Gazete ve dergiler

	<i>Lütfen size en uygun olanı işaretleyiniz.</i>	DOĞRU	YANLIŞ	FİKRİM YOK
1.	Serviks kanserinin en sık belirtisi anormal vajinal kanamadır.			
2.	HPV sadece cinsel ilişki ile bulaşır.			
3.	HPV 16 ve 18 tipleri serviks kanserlerinin %70'inden sorumludur.			
4.	Gebelik sayısının fazla olması serviks kanseri riskini <u>azaltır</u> .			
5.	Sigara kullanımı, erken yaşta (<16 yaş) cinsel ilişki, birden fazla cinsel partner, prezervatif kullanmamak serviks kanseri riskini <u>arttırmaktadır</u> .			
6.	Kombine özellikte doğum kontrol hapı kullanımı serviks kanseri riskini <u>azaltır</u> .			
7.	Geçirilmiş klamidya enfeksiyonu olan kadınlarda serviks kanseri riski <u>artar</u> .			
8.	Pap smear düzenli aralıklarla tekrarlandığında rahim ağzı (serviks) kanseri sıklığını <u>azaltır</u> .			
9.	Pap smear taramasına menopoza kadar devam edilmelidir.			
10.	Pap smear taramasına 21 yaşında başlanmalıdır.			
11.	Servikal tarama başladıktan sonra üç yılda bir pap smear tekrarlanmalıdır.			
12.	Pap smear taraması HPV testinden daha duyarlıdır.			
13.	Pap smear sonucu normal geldiyse rahim ağzı (serviks) kanseri olasılığı yoktur.			
14.	30-65 yaş kadınlar için Pap smear tek başına yeterlidir, HPV testinin eşzamanlı olarak yapılmasına gerek yoktur.			
15.	Pap smear testinden 48 saat önce vajinal kontraseptif yöntem (krem, köpük) kullanılmamalı, cinsel ilişkide bulunulmamalıdır.			
16.	HPV aşısı rahim ağzı (serviks) kanserine ve genital siğillere karşı %100 koruyucudur.			
17.	Cinsel yaşamı başlamış olan kadınlarda aşı koruyucu değildir.			
18.	İkili ve dörtlü olmak üzere 2 tip HPV aşısı vardır, her ikisi de 6 aylık süre içerisinde 3 doz halinde I.M. yapılmalıdır.			
19.	HPV aşısından sonra smear taramasına ara verilmelidir.			
20.	HPV aşısının mevcut prekanseröz lezyonları veya genital siğilleri tedavi edici özelliği yoktur.			

11.2.ETİK KURUL ONAYI

	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU Ankara 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi	
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		
KARAR TARİHİ: 27.02.2017 KARAR NO : 35/07		
Aile Hekimliği Kliniğinden Dr. Özge ÖZTÜRK' e ait “ Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Sağlık Çalışanlarının Serviks Kanseri Tarama Testlerini Yaptırmaya İlişkin Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi” konulu tez çalışması amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.		
Doç. Dr. Güleser SAYLAM Başkan		
Prof. Dr. S.İbrahim AKDAĞ Başkan Yard.		Uz. Dr. S. Dincer YETİŞ Üye
Prof. Dr. Bahadır KÜLAH Üye		Uz. Dr. Ali YALCINDAĞ Üye
Yrd. Doç. Dr. Burcu KÜÇÜK BİÇER Üye		Prof. Dr. Sibel ÖRSEL Üye
Doç. Dr. Jülide ERGİL Üye		Prof. Dr. E. Pelin KEMİCEN UĞUR Üye
Av. Harun KOZAN Üye		Dr. Ferda ALBASLAN PINARLI Üye
Hülya BALA Üye		Biyom. Müh. Burcu DEMİR Üye