T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Ülfiye ÇELİKKALP

KADIN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ HUMAN PAPİLLOMA VİRÜSÜ HAKKINDA BİLGİ DÜZEYLERİ VE SERVİKS KANSERİ ERKEN TANI YÖNTEMLERİ İLE İLGİLİ UYGULAMALARI

(Yüksek Lisans Tezi)

Ebru AKKOYUN

Referans no: 10384681

EDİRNE -2023

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Ülfiye ÇELİKKALP

KADIN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ HUMAN PAPİLLOMA VİRÜSÜ HAKKINDA BİLGİ DÜZEYLERİ VE SERVİKS KANSERİ ERKEN TANI YÖNTEMLERİ İLE İLGİLİ UYGULAMALARI

(Yüksek Lisans Tezi)

Ebru AKKOYUN

EDİRNE -2023

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca her zaman bilgi ve tecrübeleriyle bana ışık tutan saygıdeğer hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Ülfiye ÇELİKKALP'e, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Faruk YORULMAZ başta olmak üzere çok değerli hocalarım Prof. Dr. Galip EKUKLU ve Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK'a emekleri için sonsuz teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ..... 1

GENEL BİLGİLER..... 3

HUMAN PAPİLLOMA VİRÜS…….....3

SERVİKS KANSERİ.....7

GEREÇ VE YÖNTEMLER.....17

BULGULAR.....22

TARTIŞMA.....52

SONUÇLAR.....63

ÖZET.....67

SUMMARY.....69

KAYNAKLAR.....71

ŞEKİLLER LİSTESİ.....82

TABLOLAR LİSTESİ.....83

ÖZGEÇMİŞ.....87

EKLER.....88

SİMGE VE KISALTMALAR

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GLOBOCAN: Global Cancer Obervatory

HIV: Human Immunodeficiency Virus

HPV: Human Papilloma Virüs

HPV-BÖ: Human Papilloma Virüsü Bilgi Ölçeği

IARC: The International Agency for Research on Cancer

KETEM: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi

SKETİTÖ: Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği

TSM: Toplum Sağlığı Merkezi

GİRİŞ VE AMAÇ

Serviks kanseri, dünyada kadınlarda en sık teşhis edilen dördüncü kanser ve kanser ölümlerinin en sık görülen dördüncü nedenidir. Serviks kanserinin ana risk faktörü kalıcı Human Papilloma Virüs (HPV) enfeksiyonudur. Serviks kanserlerinin %99.7'si HPV enfeksiyonu ile ilişkilidir (1). Dünya çapında yaklaşık 290 milyon kadın HPV enfeksiyonu ile yaşamaktadır ve 45 yaşında kadar cinsel yönden aktif kadın ve erkeklerin %80'inden fazlasının HPV ile enfekte olacağı tahmin edilmektedir (2). 200'den fazla tipi tanımlanan HPV'nin yaklaşık 40 tipi anogenital hastalıklarla ilgili olup, yüksek riskli HPV'ler içinde sınıflanan HPV 16 ve 18 dünya çapında görülen servikal kanserlerin üçte ikisinden sorumludur (1,3).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Genel Direktörü, Mayıs 2018'de halk sağlığı sorunu olan serviks kanserinin ortadan kaldırılmasına yönelik küresel bir eylem çağrısında bulundu. 2020 yılında Dünya Sağlık Asamblesi Kararı ile rahim ağzı kanserinin ortadan kaldırılması için hedefler belirlemiştir. DSÖ serviks kanseri eliminasyon programı kapsamında, Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri 1'de; yoksulluğu her yerde sona erdirmek, Hedef 3.4'de; bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan erken ölümleri üçte bir oranında azaltmak, Hedef 3.7'de: cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine evrensel erişimin sağlanması, Hedef 3.8'de; kaliteli temel sağlık hizmetlerine erişim ve Hedef 5'te; toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin azaltılması hedeflerine katkıda bulunacağını belirtmiştir. Bununla birlikte serviks kanseri eliminasyon programı kapsamında aşılama, tarama ve uygun tedaviye erişimin sağlanması ile tüm ülkelerde insidansın 4/100.000'ün altına indirilmesi hedeflenmiştir. Söz konusu hedefe ulaşılması ile 2030 yılında 300.000, 2070 yılında 14 milyonun üzerinde ölümün önleneceği tahmin edilmektedir (4).

Serviks kanserinin etiyolojik risk faktörlerinin biliniyor olması, invazyon sürecinin uzun olması, etkinliğinin kanıtlandığı tarama testlerinin varlığı ile erken teşhis ve tedavi edilebilen bir hastalık olması nedeniyle serviks kanseri tarama programları önem kazanmaktadır (5,6). Serviks kanseri, yavaş progresyon gösterdiği için tarama programlarına olan katılımın artması sağlanır ise semptom göstermeden erken evrede yakalanabilmektedir. Bu amaçla ülkeler sağlık sistemleri ve serviks kanseri örüntülerine göre serviks kanseri tarama programlarını planlamakta ve uygulamaktadır. Ülkemizde 1992 yılında fırsatçı tarama ile başlayan servikal kanser tarama programı, Aile Sağlığı Merkezleri ve Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) tarafından yürütülmektedir. Ücretsiz olarak yürütülen serviks kanseri tarama programına göre 30-65 yaş aralığında yer alan kadınların 5 yılda bir HPV testi ile taranması, pozitif çıkan olguların smear ile tekrar değerlendirilmesi istenmektedir (6). Ulusal ve uluslararası literatürde çeşitli çalışmalarda pap-smear yaptırma oranı %5.33-%80.5 oranında değişmektedir (7-17). Literatürde, serviks kanseri hakkında verilecek eğitimlerin farkındalığı artırarak, kadınların serviks kanseri tarama programlarına katılımlarıyla ilgili inanç, tutum ve davranışlarını etkileyebileceği belirtilmektedir. Ayrıca kadınların serviks kanseri erken tanı ile ilgili davranışlarının çeşitli faktörlerden etkilendiği bildirilmiştir (10,11,18).

Halkın erken taramalar ile ilgili farkındalığının arttırılması gerekmekte olup verilecek eğitimle erken tanının önemi toplum bilincine entegre edilmelidir (19). Bu nedenle halkın farkındalığının arttırılması için öncelikle sağlık çalışanlarının serviks kanseri ile ilgili yeterli bilgiye sahip olması ayrı bir önem arz etmektedir.

Bu çalışmada Kırklareli İl Merkezinde çalışan kadın sağlık çalışanlarının HPV hakkında bilgi düzeylerini belirlemek ve serviks kanserinden korunma ve erken tanıya yönelik bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

HUMAN PAPİLLOMA VİRÜS

Human Papilloma Virüs Tarihi

Human Papilloma Virüs enfeksiyonunun yol açtığı siğillerin varlığı Antik Yunan ve Roma zamanından itibaren araştırılmaya başlanmıştır. İtalyan hekim Domenico Rigoni-Stern, Verona şehrinde 1760-1839 yılları arasında serviks kanserinden ölen kadınların incelendiği bir rapor yayınlamıştır. 1842 tarihli raporunda; bekar ve rahibeler ile evli ve dul olan kadınların kıyaslanması sonucunda evli ve dul olan kadınlarda serviks kanserinin daha sık görüldüğünü tespit etmiştir (20,21). Bu çalışmanın sonuçlarına göre cinsel ilişki ve serviks kanseri arasında bir bağlantı olabileceği düşünülmüş ancak söz konusu raporda korpus ve serviks kanseri arasında ayrım yapılmadığı için rahibelerin servikal taramadan dışlanmaması gerektiği vurgulanmıştır (22, 23).

Ciuffo 1907 yılında siğillerin bulaş yolunu incelediği çalışmasında, bakteri ve mantarları dışarıda tutacak kadar küçük gözenekli bir filtreden süzülen siğil özütünün sağlam ciltte hastalık oluşturduğu ve böylece siğillere neden olan ajanın virüs olabileceği gösterilmiştir. Dr. Shope 1933 yılında pamuk kuyruklu tavşanlarda yaptığı çalışmasında tavşanlarda bulunan papillom parçalarından sağlıklı tavşanlara verdiğinde hastalık oluştuğunu gözlemlemiş ve hastalığın bulaşıcı olduğunu tanımlamıştır. Shope'un çalışmasının devamında Rous ve Beard tarafından 1935 yılında pamuk kuyruklu tavşanlarda oluşan papillomların, maling deri lezyonlarına sebep olduğu gösterilmiş ve ilk kez papillomavirus ile kanser arasında bir ilişki tanımlanmıştır. Elektron mikroskobunun yaygın kullanılmaya başlanması ile birlikte, Strauss

1949 yılında ilk kez insan deri papillomlarında kristale benzer virüs parçacıklarını tespit etmiştirler (23,24).

HPV ve genital kanserler arasında ilişki olduğu ilk kez Dr. Hausen tarafından ileri sürülmüş ve Dr. Hausen ve ekibi 1983 yılında servikal ve anogenital kanser lezyonlarından HPV tip 16'yı ve 1984 yılında HPV tip 18'i izole etmişlerdir. Servikal kanser biyopsilerinin %50 sinde HPV tip 16, yaklaşık %20'sinde HPV tip 18 bulunduğunu tespit etmişlerdir. Serviks kanserine neden olan insan papilloma virüslerini keşfi nedeniyle Dr. Hausen 2008 yılında Nobel Tıp Ödülüne layık görülmüştür (25).

Human Papilloma Virüs Yapısı ve Özellikleri

Papillomavirüsler, skuamöz epiteli enfekte edebilen ve proliferatif lezyonları indükleyebilen Papillomaviridae ailesinde bulunan küçük çift sarmallı zarfsız deoksiribo nükleik asit (DNA) virüsleri olarak bilinmektedir (26). Boyutları küçük olmasına rağmen moleküler yapıları karmaşıktır. Fonksiyonel açıdan erken bölge "early: E", geç bölge "late: L" ve uzun kontrol bölgesi "long control region: LCR" olacak şekilde üç bölgesi bulunur. E6 ve E7 onkoproteinleri kanser gelişimi açısından önem taşımaktadır. E6 ile başlatılan parçalanma sonucunda hücre siklusunun ilerlemesi bozulur ve tümöral hücreler gelişmeye başlar (27). Bunun dışında lipid zarfları bulunmadığı için kuru ortama ve sıcaklığa dirençlidirler. Bu nedenle hücre dışındaki ortamlarda bir haftadan fazla kalabilirler ve bu sürede bulaşıcılıklarına devam edebilirler (28).

Human papilloma virusler mukozal ve kutanöz keratinositleri enfekte etmesine göre sınıflandırılmaktadır. Mukozaları enfekte edenler ise kanserle ilişkisine göre düşük riskli ve yüksek riskli olarak ikiye ayrılmaktadır. Düşük riskli HPV tipleri anogenital bölgedeki siğiller, kondilom ile ilişkiliyken yüksek riskli HPV servikal, anal, penil, vajinal, vulvar ve orofaringeal kanser için risk faktörüdür (29). Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC, The International Agency for Research on Cancer) tarafından 27 HPV tipi kanserojen olarak sınıflandırılmıştır, IARC tarafından sınıflandırılan HPV tipleri Tablo 1'de verilmiştir (30). Yaklaşık 200 civarında HPV subtipi olmasına karşın servikal kanser gelişmesinden %70 sorumlu olan HPV subtipleri HPV 16 ve 18'dir. Genital siğillerin ise %90'ından HPV 6 ve 11 sorumludur (31).

Tablo 1. HPV tiplerinin IARC tarafından sınıflandırılması (30)

Kategori	HPV Tipleri
Grup 1	16,18, 31, 33,35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 ve 59
Grup 2 A	68
Grup 2 B	5, 8, 26,30, 34, 53 66, 67, 69, 70, 73, 82, 85 ve 97
Grup 3	6, 11, gamma ve beta cinsi üyeleri (tip 5 ve 8 hariç)

Human Papilloma Virüs Bulaş Yolu

Human papilloma virüsün en sık bulaş yolu cinsel yoldur. Bulaşın gerçekleşmesi için kişiler arasında penetratif sekse gerek olmadığı ve düşük oranda olsa genital-oral yol ile bulaşabileceği bilinmektedir (32). Cinsel ilişki HPV'nin bulaşmasında büyük role sahip olmakla birlikte, bakire bireylerde, lezbiyenlerde, yeni doğanlarda HPV'nin tespit edilmesi cinsel olmayan bulaşma yollarının da olabileceğini düşündürmektedir (33). Hücre dışında uzun süre yaşayan ve dirençli olan HPV'nin fomitle bulaşı olasıdır. Uygun dezenfeksiyon yöntemlerinin kullanılsa da tıbbi ekipmanlarda ve yüzeylerde HPV saptandığı bildirilmiştir (28,34).

HPV plasental numunelerde, amniyotik sıvıda, fetal membranlarda ve anne sütünde tespit edilmiştir (35,36). Yapılan bir çalışmada histerektomi ve salpingo-ooferektomi geçirmiş invaziv serviks kanserli hastalarda endometriyum, fallop tüplerinin mukozası, yumurtalık epiteli ve germinal epitelyal inklüzyonlar dahil üst genital organlarda HPV tespit edilmiştir (37). Başka bir çalışmada ise semende HPV'nin tespit edilmiş olması nedeniyle hem anneden hem babadan dikey geçiş ile bulaş olabileceği düşünülmektedir (38). HPV'nin perinatal bulaşı ise Juvenil respiratuar papillomatöz için kesin olarak gösterilmiştir (39)

Human Papilloma Virüs İle İlişkili Hastalıklar

Human papilloma virüs cinsel yol ile bulaşan hastalıkların en yaygın görülenidir (33). Virüs deri ve mukozal yüzeylerde bulunan bazal epitelyal tabaka hücrelerini enfekte edip servikal kanser ve anogenital kanserlere yol açmaktadır. Yapılan çalışmalar sonucunda HPV serviks kanserlerinin %100'ünde, anal kanserin %75.8'inde, penis kanserinin %49.1'inde, vajinal kanserlerinin %73.3'ünde ve vulva kanserlerinin %40.5'ide etken olarak bildirilmiştir (40). Virüs ile enfekte olan kişilerde semptomlar direkt olarak başlamayabilir. Semptomu ve

lezyonu olmasa da bile kişi HPV bulaşına maruz kalmış olabilir. HPV'nin ortalama olarak inkübasyon süresi 2-3 ay olarak bilinmekte olup 10-15 yıl boyunca belirti göstermeden sinsice ilerleyerek serviks kanserine neden olabilirler. Genital siğiller ise birkaç ay içerisinde oluşmaktadır (32).

Human Papilloma Virüs Aşısı

Profilaktik HPV aşı uygulaması, primer korunma sağlamak amacıyla ile uygulanmaktadır. Yüksek kapsamlı aşılama toplum için koruyucu etkiyi daha da arttırmaktadır. Ergenlerde profilaktik amaçlı kullanım için 3 adet HPV aşısı bulunmaktadır;

- Cervarix; HPV 16 ve 18'e karşı geliştirilen bivalan aşı,
- Gardasil; HPV 6,11,16 ve 18 karşı koruma sağlayan quadrivalan aşı,
- Gardasil 9; HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 ve 58 tiplerine karşı geliştirilen nanovalan aşıdır.

Aşılamanın 9-14 yaşları arasında uygulanması önerilmektedir. Üç aşıda 0 ve 6. Aylarda 2 doz şeklinde uygulanmaktadır. İlk dozdan sonra herhangi bir aşı bileşenine karşı şiddetli alerjik reaksiyon gelişenlere, şiddetli ateşli hasta olanlara ve hamilelere aşı yapılması önerilmemektedir. 15 yaşından büyüklere immunosuprese veya Human Immunodeficiency Virus (HIV) ile enfekte kişilere 0, 1. veya 2. ve 6. aylarda olmak üzere 3 doz aşı önerilmektedir (41).

Mevcut 3 aşı HPV 16 ve 18'e karşı koruma sağlamaktadır. 2018 yılı HPV'ye atfedilen kanser kadınlarda %56.1, erkeklerde % 6.2'dir (42). Kadınların HPV'e atfedilebilen kanserlere karşı erkeklerden yaklaşık on kat daha fazla risk altında olduğu bilgisine dayanarak, DSÖ aşılamada önceliğin genç kızların kapsamlı ve zamanında aşılanmasına verilmesi gerektiğini bildirmekte, özellikle kısıtlı kaynakları olan ülkelerde erkeklere aşı önermemektedir (4,42).

HPV aşı çalışmaları sonucu Merck firması tarafından geliştirilen quadrivalan Gardasil ve Glaxo Smith Kline Biologicals tarafından üretilen bivalan Cervarix 2006 yılında ruhsatlandırılarak kullanılmasına onay vermiştir. Şubat 2015'de 9 valanlı (6,11,16,18,31,33,45,52,58) Gardasil'e onay verilmiştir (43). Türkiye'de quadrivalan ve bivalan aşı ruhsat almasına rağmen Sağlık Bakanlığı Ulusal Aşı Takviminde bulunmamaktadır (21). Tablo 2'de HPV aşılarıyla ilgili bilgi verilmiştir (41).

Tablo 2. HPV aşıları ve özellikleri (41)

Nitelikler	Bivalan HPV Aşısı	Quadrivalan HPV Aşısı	9 Valanlı HPV Aşısı
Aşı İçeriği	Rekombinant L1-kapsid virüs like partikülleri	Rekombinant L1-kapsid virüs like partikülleri	Rekombinant L1-kapsid virüs like partikülleri
HPV Tipi	16, 18	6, 11, 16, 18	6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58
Uygulama Yöntemi	IM	IM	IM
Raf Ömrü	1 doz flakon için 2-8 ˚C'de 48 ay, 2 doz flakon için 2-8 ˚C'de 36 ay, aşı donmaya duyarlı	2-8 ˚C'de 36 ay, aşı donmaya duyarlı	2-8 ˚C'de 36 ay, aşı donmaya duyarlı
Kontrendikasyon	İlk dozun ardından herhangi bir aşı bileşenine karşı şiddetli reaksiyon, şiddetli ateşli hastalık, hamilelik	İlk dozun ardından herhangi bir aşı bileşenine karşı şiddetli reaksiyon, şiddetli ateşli hastalık, hamilelik	İlk dozun ardından herhangi bir aşı bileşenine karşı şiddetli reaksiyon, şiddetli ateşli hastalık, hamilelik

IM: İntra müsküler

Aşılama ile güçlü bir bağışıklık tepkisi elde edilmektedir. HPV aşılamasından sonra üretilen antikor, enfeksiyonun doğal bağışıklık tepkisinden daha fazladır (44). Aşılı anneden doğan bebeklerde HPV antikorları tespit edilmiştir ve plasentadan fetüse taşınan antikorların potansiyel olarak enfeksiyonu önleme yeteneğine sahip olabileceği düşünülmektedir (45, 46).

2009'dan bu yana DSÖ, HPV aşısının ulusal bağışıklama programlarına dahil edilmesini tavsiye etmektedir (47). Mart 2022 itibariyle, 117 ülke HPV aşısını ulusal bağışıklama programlarına dahil etmiştir. (48). HPV aşıları yüksek etkili ve immünojeniktir. Tek doz HPV aşısı, iki veya üç doz ile karşılaştırıldığında HPV enfeksiyonuna ve servikal prekanserlere karşı benzer koruma sağlamaktadır. DSÖ Bağışıklama Stratejik Danışma Grubu, Nisan 2022'de 20 yaşın altındaki kızlar için tek doz veya iki doz HPV aşısı önermiştir. DSÖ, HPV aşısına erişimi geliştirerek serviks kanseri üzerinde büyük bir etkiye sahip olması açısından, ülkelerin iki doz veya tek doz HPV aşı programını kullanmayı seçebileceklerini tavsiye etmektedir (49,50).

SERVİKS KANSERİ

Serviks kanseri uzun preinvaziv döneme sahip olması, etkin tarama yöntemlerinin bulunması, preinvaziv lezyonların etkin bir şekilde tedavi edilebilmesi ve aşısının olması nedeniyle önlenebilir kanser türlerinden biri olarak kabul edilir. Serviks kolaylıkla

görüntülenebilen ve örnek alınabilen bir internal genital organ olması nedeniyle tarama yöntemleri kolaylıkla uygulanabilmektedir (4).

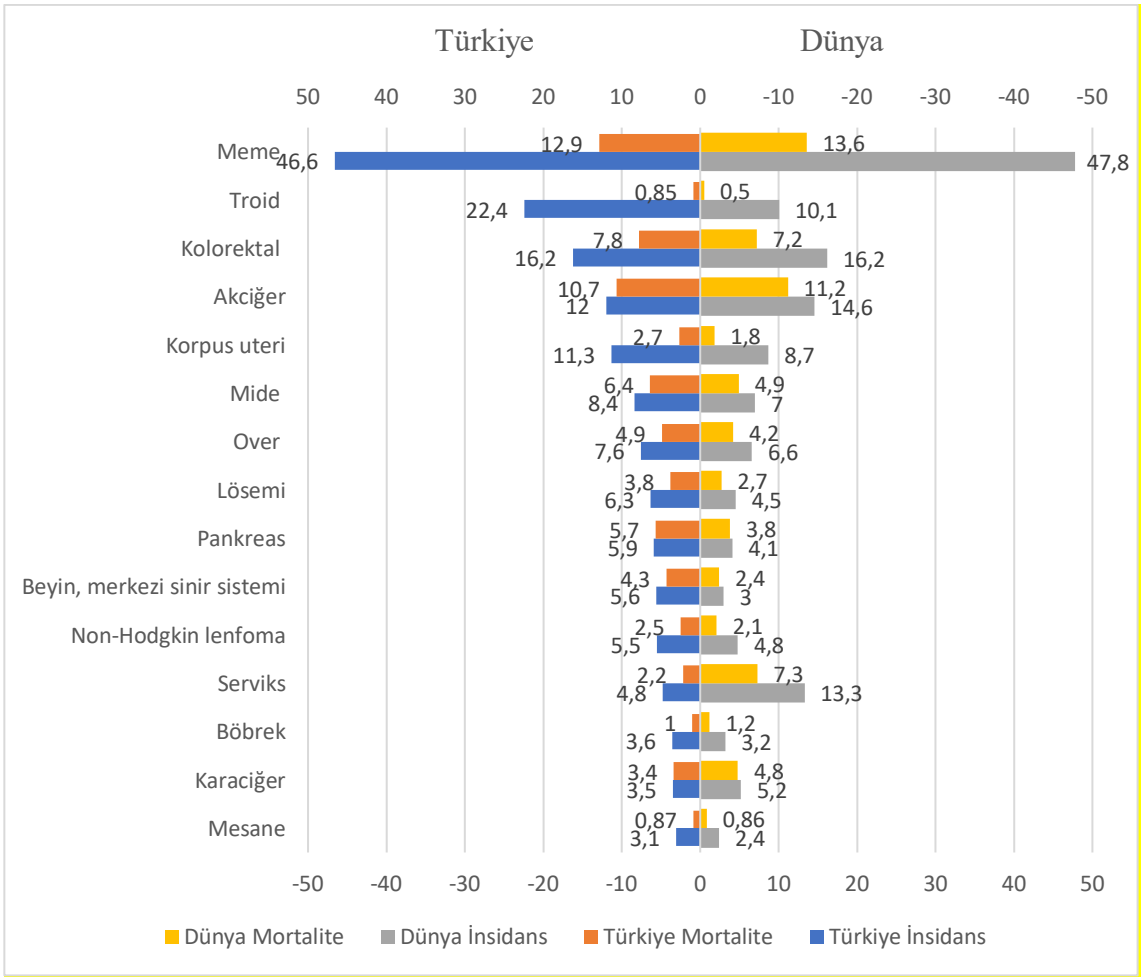
Uterusun 1/3 alt kısmı olan serviks, dar ve silindirik yapıdadır. İç kısımda bulunan endoserviks kolumnar epitel ile spekulum muayenesinde görülen ektoserviks skuamöz epitel ile döşelidir. Bu iki hücre tipinin birleştiği transformasyon zonu neredeyse tüm servikal kanserlerin geliştiği bölgedir (51).

Serviks Kanserinin Epidemiyolojisi

Serviks kanseri önlenebilir ve erken evrede tespit edildiğinde tedavi edilebilir bir hastalık olmasına rağmen kadınlarda görülen kanser ölümlerinin önde gelen nedeni olmaya devam etmektedir. Dünya çapında serviks kanseri kadınlarda en sık teşhis edilen dördüncü kanser ve kanser ölümlerinin en sık görülen dördüncü nedenidir. 2020 yılında dünya çapında tahmini 604.000 kadın serviks kanseri tanısı almış ve yaklaşık 342.000 kadın serviks kanseri nedeniyle hayatını kaybetmiştir (52).

Serviks kanseri vakalarının yaklaşık %90'ı, aşılama ve tarama programlarının uygulanmadığı düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir. 185 ülkenin verilerinin incelendiği raporda serviks kanseri 23 ülkede en sık görülen kanser ve 36 ülkede kanser ölümlerinin ilk nedenidir (53). Tarama ve aşılama programlarının uygulandığı yüksek gelirli ülkelerde son 30 yılda serviks kanseri insidans ve mortalite oranlarında yarıdan fazla azalma olmuştur (54).

Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı Sağlık İstatistikleri Yıllığına göre ülkemizde 2017 yılı serviks kanseri insidansı 100.000'de 4.3 olup, kadınlarda görülen kanserler arasında 9. sırada yer almaktadır (55). Ülkemizde tanı alan serviks kanserlerinin %55'i lokalizedir ve tedavi şansı yüksektir (56). GLOBOCAN (Global Cancer Observatory) 2020 yılı verilerine göre, ülkemizde serviks kanseri 100.000'de 4.8 insidans oranı ile kadınlarda görülen kanserler arasında 12. sırada yer almaktadır ve mortalite oranı 100.000'de 2.2 olarak bildirilmektedir. 2020 yılı tahmini Dünyada ve Türkiye'de kadınlar arasında görülen kanserlerin yaşa göre standardize edilmiş insidans ve mortalite oranları Şekil 1'de gösterilmiştir (57).



Şekil 1. 2020 yılı Dünyada ve Türkiye'de kadınlar arasında görülen kanserlerin yaşa göre standardize edilmiş insidans ve mortalite oranları (57)

Serviks Kanserinin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Kanser dünya genelinde en sık görülen ikinci ölüm nedenidir (58). 2018 yılındaki HPV'ye atfedilen 690.000 kanser vakasının %85'ini serviks kanseri, diğer kısmını anal, vulva, vajina, penil, orafaringeal ve oral kanserler oluşturmaktadır (59). Serviks kanserlerinin %99'undan fazlası, yüksek riskli HPV tipleri ile ilişkilendirilmiş ve HPV enfeksiyonu serviks kanserinin ana neden olarak kabul edilmiştir (60).

IARC tarafından 27 HPV tipi kanserojen olarak sınıflandırılmıştır. HPV tip 16,18, 31, 33,35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 ve 59 grup 1 (yüksek riskli), HPV tip 68 grup 2A ve HPV tip 5, 8, 26,30, 34, 53 66, 67, 69, 70, 73, 82, 85 ve 97 grup 2B içinde sınıflandırılmıştır (30). Karşı

cinsten partneri olan bir kadının yaşam boyu HPV edinme olasılığı %84'tür. Kadınların büyük çoğunluğu hayat boyu en az bir kez HPV ile enfekte olacaktır (61).

HPV enfeksiyonları konakçının bağışıklık sistemi ile 1-2 yıl içinde %90 oranında temizlenmektedir (62). Kalıcı HPV enfeksiyonu nispeten nadir olmakla birlikte serviks kanserine ilerleme riskini oluşturur. Serviks kanseri risk faktörleri HPV'ye maruz kalma ile ilişkilidir (3,63).

Erkek partnerin sünnetli olması ve ilişki sırasında düzenli kondom kullanılmasının HPV enfeksiyonu riskinde önemli azalma sağladığı ve dolayısıyla kadınlar arasında invazif servikal kanser riskinde azalma ile bağlantılı olduğu ortaya konmuştur (64-66)

Oral kontraseptiflerin uzun süre kullanımının, serviks kanseri gelişimi riskini artırdığı tespit edilmiştir. Risk oral kontraseptif kullanım süresi arttıkça artmaktadır (65,67). Artan gebelik sayısı HPV enfeksiyonu için risk faktörüdür. Hamilelik sırasında yüksek östrojen ve progesteron seviyeleri gibi hormonal değişikliklerin HPV'ye karşı yüksek hassasiyetin nedeni olduğu düşünülmektedir (65,68)

Yapılan çalışmalar; folat, tiamin, albümin, B_2, A ve E vitamininin düşük düzeyde olduğu kişilerde HPV ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Düşük değerli kişilerde yüksek riskli HPV enfeksiyonu daha sık görülmüştür (69-71).

HIV ile enfekte kişilerde servikal prekanseröz lezyonlar ve yüksek riskli HPV enfeksiyonu daha sık görülmektedir. HIV ile yaşayan kişilerde oluşan immünosupresyon HPV edinimi, kalıcılığı ve serviks kanserine ilerleme için risk faktörüdür (72). Ayrıca CYBE (Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon)'lerin varlığı, birden çok HPV enfeksiyonu ve kalıcı HPV enfeksiyonu riskini arttırmaktadır (73).

Tütün kullanımı kanser yükünün büyük bir kısmına katkıda bulunmaktadır. Tütün kullanımı HPV enfeksiyonu için büyük bir risk faktörüdür ve sigara içmek serviks kanserine katkıda bulunan bir faktör olarak görülmektedir (65,66,74). Serviks kanseri ve HPV enfeksiyonu için risk faktörleri arasında ilk ilişki yaşı, cinsel partner sayısı, yüksek parite gibi çok sayıda başka risk faktörü de (üreme ve cinsel faktörler, davranışsal faktörler vb.) vardır (63,75).

Belirtiler

Serviks kanserinin ana nedeni olarak kabul edilen HPV enfeksiyonlarının %90'ı konakçının bağışıklık sistemi aracılığı ile temizlenmektedir (62). Devam eden enfeksiyonlar prekanseröz lezyonlara neden olabilir. Genellikle asemptomatik seyreden prekanseröz lezyonlar, tarama programları ile tespit edilip tedavi edilebilir. Kanserin ilerlemesiyle birlikte en yaygın olarak aşağıdaki belirtiler görülmeye başlar.

- Menstrüasyon dönemleri arasında, cinsel ilişki sırasında veya sonrasında, menopoz sonrasında kanama,
- Cinsel ilişki sırasında ağrı,
- Normalden daha uzun süre ve miktarda mens,
- Vajinal akıntıda değişiklik,
- Pelvis ve belde ağrı,
- Yorgunluk, iştahsızlık, kilo kaybı şeklindedir (76-78).

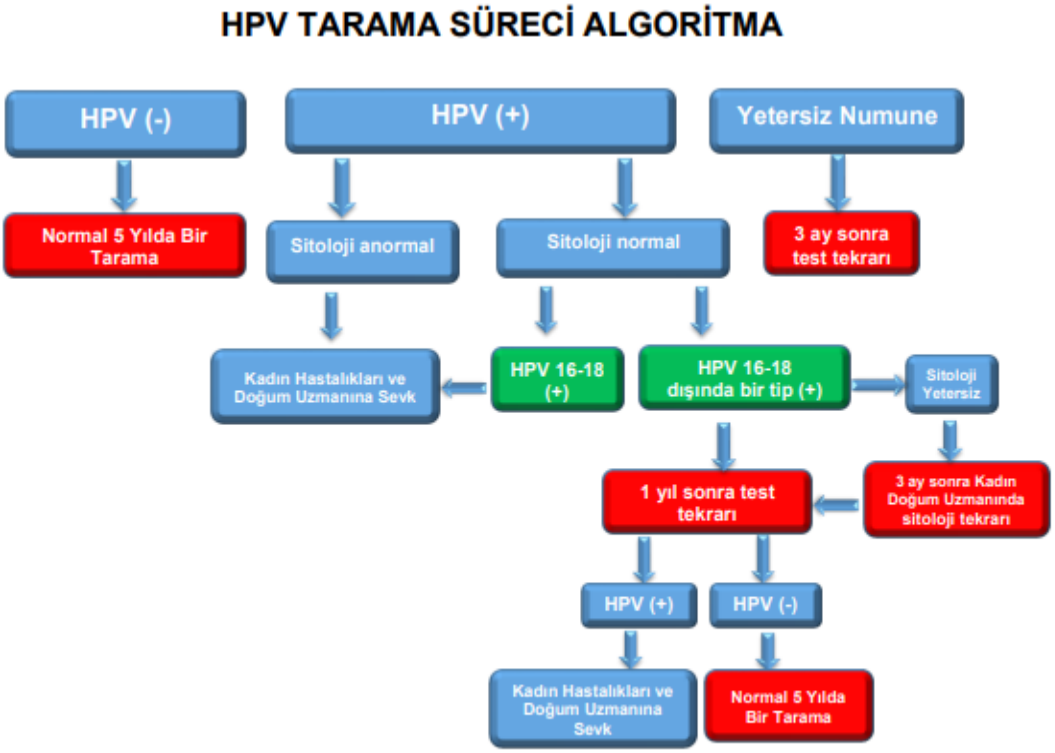
Ülkemizde Serviks Kanseri Tarama Programı

Kanser hem dünyada hem de ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Kanser birey, ailesi ve toplum için fiziksel, duygusal ve mali zorluklar yaratan bir hastalıktır (79). Kanser kontrolünde risk faktörlerinden kaçınma ve erken tanı en önemli faktörlerdir. Sağlık taramaları, hastalığı erken teşhis etmek, morbidite ve mortaliteyi azaltmak için sağlıklı kişilere düzenli aralıklarla uygulanan programlardır. Her ülke kendi kanser örüntüsüne ve sağlık sistemine göre taramayı planlamaktadır. Türkiye Kanser Kontrol Programı kapsamında meme kanseri, serviks kanseri ve kolorektal kanser tarama programları uygulanmaktadır. Ulusal toplum tabanlı tarama programları Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) bünyesindeki Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) tarafından yürütülmektedir (6).

Ülkemizde serviks kanseri taraması 1992 de DSÖ önerileri uyarınca servikal smear ile başlamıştır. 30-65 yaş arasındaki kadınların %70'inin her 5 yılda bir servikal smear yaptırmalarını hedeflenmiştir. Sağlık Bakanlığı ve Avrupa Birliği MEDA (Mediterranean Development and Aid Programme) iş birliğiyle 2004 yılında 11 KETEM açılmış ve toplum tabanlı taramalar yapılmaya başlanmıştır. 20 yıldan fazla uygulanan smear tabanlı taramanın kapsayıcılığı çok düşük olmuş ve hedef nüfusun %20'sine ulaşılmıştır (6).

HPV ile serviks kanseri arasında ilişki kurulması ile taramalarda HPV tabanlı testler önem kazanmıştır. DSÖ'nün de önerileri doğrultusunda 01.08.2014 itibari ile hedef nüfusun 5 yılda bir primer HPV testi ile taranmasına başlanmıştır. HPV testi ile taramaya başlandığı tarihten 10.01.2019 tarihine kadar 4 228 616 kadın taranmış ve 187 312 (%4.43) kadının HPV testi pozitif gelmiştir. Testi pozitif çıkan kadınların %30.09'unda HPV tip 16, HPV tip 18 veya her iki tip bulunmaktadır (6,80).

Tarama için aynı anda hem Pap smear için hem de HPV testi için materyal alınır ve Ulusal HPV Laboratuvarına gönderilir. Alınan örnekte 13 yüksek riskli HPV tipine bakılmaktadır ve HPV testi (+) ise refleks sitoloji yapılmaktadır. Smear sonucu anormal olan kişiler ileri merkezlere sevk edilir. Normal smear sonucu olan kişilerde HPV 16-18 pozitifliği varsa ileri merkeze sevk edilir. HPV 16-18 haricindeki HPV tiplerinden birisi çıkarsa bir yıl sonra tarama yapılması istenir. Ülkemizde uygulanan serviks kanseri tarama programı algoritması yenilenmiş olup Şekil 2'de verilmiştir (6,81).



Şekil 2. Ülkemizde uygulanan serviks kanseri tarama programı algoritması (6)

Ülkemizde serviks kanseri tarama programında kullanılan tarama testleri; pap-smear ve HPV DNA testleridir (81).

HPV DNA testi: HPV DNA testi 1990'lı yıllardan bu yana kullanılan ve servikal hücrelerde HPV genetik materyalinin saptanması ilkesine dayanan bir testtir (82). Gelişmiş laboratuvar araçları gerektirmesi, maliyetinin yüksek olması, sonucun hızlı alınamaması ve HPV enfeksiyonlarının çoğunluğunun 1-2 yıl içinde temizlenmesi sebebiyle kullanılabilirliğinin az olması testin önemli sınırlılıklarıdır.

Bir kadın HPV tarama testi negatif ise takip eden tarama testine kadar servikal kanser olmayacağı yüksek bir kesinlikte söylenebilmektedir. DSÖ serviks kanseri tarama programlarında HPV tesrinin birinci tarama testi olarak kullanılmasını önermektedir. DSÖ kadınların evlerinde ya da klinikte sağlık görevlisinin rehberliğinde kendi kendilerine test alabileceklerini, serviksten örnek alınması gereken sitoloji testlerinin aksine kendi kendine alınan vaginal bir sürüntüden HPV testi uygulanabileceğini ve böylece kabul edilebilirliğe ve hizmetlere erişime katkıda bulunacağını bildirmektedir (83).

Pap-smear testi: Yunan hekim George Papanicolaou tarafından tanımlanan papsmear testi, enfeksiyonların değerlendirilmesinde, servikste meydana gelen hücresel değişikliklerin değerlendirilmesinde kullanılır. Smear testi oldukça basit ve ağrısız bir işlemdir. Pelvik muayene sırasında bir fırça yardımı ile skuamokolumnar bileşkeden sürüntü alınır. Servikste oluşan anormal hücresel değişimlerin erken tespiti için kullanılmaktadır (84).

Pap smear testi yüksek eğitimli teknisyenler ve önemli miktarda laboratuvar ekipmanı gerektirir ve sonuçların alınması birkaç gün ila haftalar alabilir ayrıca örneğin doğru yerden, yeterli miktarda alınması gerekmektedir (6,83,84).

Serviks Kanseri Eliminasyon Programı

Serviks kanseri önlenebilir ve erken teşhis edilirse tedavi edilebilir bir hastalıktır (4). Küresel Kanser Gözlemevi 2040 yılında 798.000 kadın serviks kanserine yakalanacak ve 481.000 kadının serviks kanserinden hayatını kaybedeceği tahmin edilmektedir (85). DSÖ Genel Direktörü, Mayıs 2018'de halk sağlığı sorunu olan serviks kanserinin ortadan kaldırılmasına yönelik küresel bir eylem çağrısında bulundu. Bu eylem, bir kanserin halk sağlığı sorunu olarak ortadan kaldırılmasına yönelik ilk küresel sağlık stratejisidir (4).

Serviks kanserini ortadan kaldırmak için 2030 yılına kadar; kız çocuklarının 15 yaşına kadar %90 oranında tam olarak aşılanması, kadınların %70'inin 35 ve 45 yaşlarında yüksek

performanslı bir test ile taranması ve serviks kanseri tanısı alan kadınların %90 oranında tedavi görmesi hedeflenmektedir (4).

Serviks kanseri eliminasyon programı ile tüm ülkelerde insidansın 4/100.000 ün altına indirilmesi hedeflenmektedir. Bu amaca ulaşmak için, HPV aşılaması, kanser öncesi lezyonların taranması, tedavisi ve kanser yönetimi için belirlenen 90-70-90 hedeflerine 2030 yılına kadar ulaşılmalı ve bu yüksek seviyede onlarca yıl sürdürülmelidir. Söz konusu hedeflere ulaşılması halinde 2030 yılında 300 000, 2070 yılında 14 milyonun üzerinde ve 2120 yılında 62 milyonun üzerinde serviks kanserinden ölümün önleneceği tahmin edilmektedir (4). Serviks kanserini ortadan kaldırmak için primordial koruma, birincil koruma, ikincil koruma ve üçüncül koruma basamakları uygulanmaktadır.

Primordial koruma: Bireylerin sağlığını olumsuz yönde etkileyecek tüm etmenlerin yok edilmesidir. Bu amaçla risk faktörlerinin oluşumunu önlemeye yönelik çalışmalar yapılır. Bireylerin ve toplumun sağlıklı yaşam için gerekli olan tüm ihtiyaçlarının karşılamasını kapsamaktadır. Bu kapsamda; yoksullukla mücadele edilerek ekonomik düzeyin yükseltilmesi, bağımlılıkla mücadele edilmesi, sağlıklı beslenme, egzersiz, kişisel hijyen, yeterli ve düzenli uyku, güvenli cinsel yaşam, sağlık eğitim gibi sağlığı geliştirici davranışların teşviki ile toplumun genel sağlık düzeyinin yükseltilmesi hedeflenmektedir. Ayrıca kondom kullanımı, tek eşlilik, cinsel sağlık eğitimi HPV ve serviks kanseri ile ilgili risk oluşumunu azaltmada önemli rol oynamaktadır (86,87).

Birincil koruma: Bu korunma basamağı serviks kanseri oluşmadan önce alınacak olan önlemleri kapsar. Serviks kanseri gelişme riskini azaltmak için adölesan kızların aşılanması, en etkili uzun vadeli müdahaledir. Aşının diğer HPV tiplerine karşı çapraz koruma sağlaması ve aşılanmamış bireylerin toplum bağışıklığı yoluyla korunması ile toplum için koruyucu etki yüksek olması beklenmektedir (4). Erkeklerin aşılanması kadınlara dolaylı koruma sağlar, toplumdaki enfeksiyon bulaşını azaltır, erkeklerde görülen HPV ile ilişkili hastalıkları önler ve cinsiyetten bağımsız aşılama aşının kabul edilebilirliğini arttırır (50).

Kapsamlı birincil koruma, aşıya ek olarak, sağlığın geliştirilmesi amacıyla yapılan uygulamaları içerir. Risk faktörlerinin önüne geçilmesi, yaşa ve kültüre uygun, kaliteli ve kapsamlı cinsel ve üreme sağlığı hakkında bilgilendirme, cinsel sağlık hizmetlerine erişim, güvenli cinsel uygulanmaların desteklenmesini kapsar. Ayrıca tütün kontrolü, kondom kullanımı gibi sağlıklı yaşam davranışlarının teşvikini de içermektedir (4).

- Aşılama (HPV),
- Serviks kanseri ve Pap smear taramasına yönelik sağlık eğitimi,
- Adölesanlara ve kadınlara yönelik cinsel sağlık eğitimi,
- Yüksek riskli seksüel davranışlardan kaçınma,
- Genital hijyen kurallarına dikkat etme,
- Paritenin ≤ 4 olması,
- Sigaradan ve diğer risk faktörlerinden uzak durma,
- Yeterli ve dengeli beslenme.

İkincil koruma: Serviks kanseri eliminasyon programında birincil koruma hastalığın önlenmesine odaklanırken, ikincil koruma şikayeti olmayan sağlıklı kadınların taranması ile kanser öncesi lezyonların saptanmasına odaklanır (83). İkincil korumada amaç, kanser öncesi lezyonları olan kadınların taranması, tespit edilmesi ve tedavi edilmesi ile serviks kanseri insidans ve mortalitesini azaltmaktır (4).

Dünya Sağlık Örgütü tüm ülkelerin servikal tarama yöntemi olarak HPV testini kullanmasını önermektedir. 30-49 yaş arası aşılanmış veya aşılanmamış tüm kadınların her 5 ila 10 yılda bir, HIV pozitif kadınların ise 25 yaşından itibaren her üç ila beş yılda bir taranmasını önermektedir. 50 yaşından sonra ardışık negatif sonucu olan kadınların taramalarının durdurulabilir (88).

DSÖ, serviks kanseri taramasına erişilebilirliği arttırmak için kendi kendine örneklemeyi önermektedir. Kadının kendisi tarafından toplanan vajinal örneklerden HPV testi, güvenli ve kolay bir yaklaşımdır (89).

Prekanseröz lezyonların gelişmesi uzun yıllar aldığından nüfus temelli tarama programlarının uygulanması prekanseröz lezyonların erken tespit edilmesini sağlamaktadır. Erken evrede tespit edilen prekanseröz lezyonlar, tedavi için yüksek potansiyele sahiptir ve kansere ilerlemesi önlenebilmektedir. (88).

Üçüncül koruma: Serviks kanseri olan kadınların erken dönemde değerlendirilmesi ve uygun kanser tedavi hizmetlerine yönlendirilmesi önem kazanmaktadır (90).

Bir kadının serviks kanserinden ölme riski, Orta Asya'da Batı Avrupa'dakinden 3,5 kat daha fazladır. Bu fark, tanı almada gecikme ve tedaviye erişimdeki eşitsizlikten kaynaklanmaktadır. Erken dönemde tespit edilen serviks kanserinde beş yıllık sağ kalım,

kaliteli ve uygun tedavi alan hastalarda %80'in üzerindedir (50,90). Bu amaçla tam teşekküllü bir sağlık merkezinde serviks kanserinin tedavisinin yapılması ve hastaların rehabilitasyonu için uygun ortamın oluşturulması gereklidir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma 06 Ekim 2021-30 Nisan 2022 tarihleri arasında Kırklareli İl Merkezinde görev yapan kadın sağlık çalışanlarının HPV hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek ve serviks kanseri erken tanı yöntemleri ile ilgili uygulamalarını değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Çalışmanın evrenini Kırklareli ili Merkez ilçede çalışan tüm kadın sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Kırklareli ili merkez ilçedeki kadın sağlık çalışanı sayısı 562 olarak belirlenmiştir. Çalışmada örneklem seçimine gidilmemiş olup evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışma katılmaya gönüllü olan 268 (evrenin %47.6'sı) kadın sağlık çalışanı ile yürütülmüştür.

ARAŞTIRMANIN TİPİ

Çalışma, tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir alan araştırmadır.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışmanın verileri üç bölümden oluşan anket formu ile toplanmıştır. Anket formu sırasıyla, araştırmacılar tarafından literatür taranarak geliştirilen 32 soru ile Tanımlayıcı Soru Formu, Human Papilloma Virüsü Bilgi Ölçeğine ait 33 soru ve Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeğine ait 30 soru olmak üzere toplam 95 sorudan oluşmaktadır.

Tanımlayıcı Soru Formu

Araştırmacılar tarafından literatürden yararlanılarak geliştirilen Tanımlayıcı Soru Formu 2 bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm katılımcıların, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma yılı gibi demografik bilgilerden oluşur. İkinci bölüm de ise katılımcıların menarş yaşı, smear yaptırma durumu, kaç yılda bir yaptırdığı, HPV aşısı varlığı ve HPV aşısı ile ilgili bilgi durumları sorgulanmıştır.

Human Papilloma Virüsü Bilgi Ölçeği (HPV-BÖ)

Human Papilloma Virüsü Bilgi Ölçeği, bireylerin HPV, HPV aşısı ve tarama testleri hakkındaki bilgi seviyelerini ölçmek amacıyla, 2013 yılında Waller ve ark. (91) tarafından geliştirilmiştir. Ölçekte bireylerin HPV, HPV aşısı ve HPV tarama testlerini daha önce duyup duymadıkları ve bu konular hakkında ne derece bilgi sahibi oldukları araştırılmaktadır. Toplam 35 madde olan HPV-BÖ'de; 29 maddelik üç alt boyut ve altı maddelik bağımsız bir alt boyut yer almaktadır. HPV-BÖ'nün ilk alt boyutu 16 maddedir ve katılımcıların HPV hakkında genel bilgisini sorgulamaktadır. HPV-BÖ'nün ikinci alt boyutu altı maddedir ve HPV tarama testleri ile ilgilidir. HPV-BÖ'nün üçüncü alt boyutu yedi maddeden oluşmaktadır ve katılımcıların HPV aşısıyla ilgili maddeleri yanıtlamaları istenmektedir. HPV-BÖ bağımsız alt boyutu, ölçeğin uygulandığı üç farklı ülkede yürütülen HPV aşısı programına yönelik olarak üç farklı biçimde geliştirilmiştir. Bağımsız boyutta yer alan altı madde; ülkelerin HPV aşısına erişim ve aşılanma zamanlarıyla ilgili mevcut aşılama programına ilişkin bilgi durumunu sorgulamaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2019 yılında Demir (92) tarafından yapılmış olup ölçeğin, madde sayısı 33 olarak düzenlemiştir. Cronbach α değeri 0.96 olarak hesaplanmıştır. Likert tipi derecelendirme yapılan ölçekte katılımcılardan evet, hayır veya bilmiyorum seçeneklerinden birini işaretlemesi istenmektedir. Her doğru cevap 1 puan, yanlış ve bilmiyorum şeklindeki cevaplar 0 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten alınacak en yüksek puan 33, en düşük puan ise 0'dır. Ölçekten alınan yüksek puan bireyin HPV, testleri ve aşıları hakkında bilgisinin yüksek olduğunu göstermektedir (91,92).

Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği (SKETİTÖ)

Kadınların, serviks kanserinin erken tanısına ilişkin tutumlarını değerlendirmek amacıyla, Özmen (93) tarafından 2004 yılında geliştirilmiştir. Sağlık İnanç Modeli'ne

dayandırılarak geliştirilen ölçeğin dört alt boyutu vardır. Algılanan duyarlılık alt boyutu dokuz maddeden, algılanan ciddiyet alt boyutu sekiz maddeden, algılanan engel alt boyutu yedi maddeden, algılanan yarar alt boyutu ise altı maddeden oluşmaktadır. Ölçek ve alt boyutları için Cronbach alfa katsayısı 0.89'dur. 30 maddeden oluşan ölçek sorularının 19 tanesi olumlu, 11 tanesi olumsuz ifadelerden (3, 6, 8, 13, 15, 17, 20, 24, 25, 27, 30 numaralı ifadeler) oluşmaktadır. Likert tipi derecelendirme yapılan ölçeğin puanlaması 'kesinlikle katılmıyorum' 1 puan, 'katılmıyorum' 2 puan, 'kararsızım' 3 puan, 'kısmen katılıyorum' 4 puan, 'tamamen katılıyorum' 5 puan şeklinde değerlendirilmektedir. Olumsuz ifadeler için puanlama tersten yapılır. Ölçekten alınacak en yüksek puan 150, en düşük puan ise 30'dur. Ölçekten alınan puanın yüksek olması bireylerin serviks kanseri erken tanısına ilişkin olumlu tutumların yüksek olduğunu göstermektedir (93,94).

Araştırmanın Ön Uygulaması

Veri toplama formunun uygulanabilirliğinin belirlenmesi amacıyla anket formu 10 sağlık çalışanına uygulanmış, geri dönüşler sonucu 3 soruda düzenleme yapılmıştır.

Verilerin Toplanması

Kırklareli il merkezindeki sağlık kurumlarında çalışan kadın sağlık çalışanları iş yerlerinde ziyaret edilerek anket hakkında bilgi verilmiş, kimlik bilgilerinin istenmediği, araştırma sonuçlarının sadece bilimsel amaçlarla kullanılacağı, araştırmaya katılımın zorunlu olmadığı ifade edilmiştir. Anket uygulamasının 15 ila 20 dk. arasında sürdüğü gözlenmiştir.

ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı Değişkenler:

- HPV Bilgi Ölçeğinden elde edilen puanlar
- HPV Bilgi Ölçeği alt boyutlarından elde edilen puanlar
- SKETİT- Ölçeğinden elde edilen puanlar
- SKETİTÖ alt boyutlarından elde edilen puanlar

Bağımsız Değişkenler:

- Yaş
- Medeni durumu

- Eğitim durumu
- Meslek
- Çalıştığı kurum/ servis/birim
- Çalışma süresi
- Gelir durumu
- Hayatının çoğunu geçirdiği yer
- Çocuk sahibi olma durumu
- Sigara kullanma durumu
- Alkol kullanma durumu
- Kronik hastalık varlığı
- Ailesinde veya kendisinde kanser öyküsü
- Pap-smear HPV testi yaptırma durumu
- HPV ile ilgili daha önce bilgi alma durumu
- HPV aşısı önerme durumu
- Periyodik jinekolojik muayene durumu

VERİLERİN İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRMESİ

Araştırma sonucunda toplanan veriler IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 23.0 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, ortalama, ortanca (medyan), standart sapma, minimum ve maksimum değerler ile sunulmuştur.

Verilerin normal dağılıma uyup uymadığını belirlemek için Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmış ve değerlendirme sonu verilerin normal dağılmadığı kabul edilmiştir. Değişkenlerin iki grup ortalama karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi, üç ve daha fazla grup karşılaştırılmalarında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. İstatistiksel olarak önemlilik düzeyi $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

HİPOTEZLER

H0A Kadın sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri ile HPV-Bilgi Ölçeğinden veya HPV-Bilgi Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında ilişki yoktur.

H0B Kadın sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri ile SKETİT-Ölçeğinden veya SKETİT-Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında ilişki yoktur.

H0C Kadın sağlık çalışanlarının HPV- Bilgi Ölçeğinden veya HPV-Bilgi Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar ile SKETİT Ölçeği veya alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında ilişki yoktur.

H1A Kadın sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri ile HPV- Bilgi Ölçeğinden veya HPV-Bilgi Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında ilişki vardır.

H1B Kadın sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri ile SKETİT-Ölçeğinden veya SKETİT-Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında ilişki vardır.

H1C Kadın sağlık çalışanlarının HPV-Bilgi Ölçeğinden veya HPV-Bilgi Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar ile SKETİT Ölçeği veya alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında ilişki vardır.

ARAŞTIRMANIN İZİNLERİ VE ETİK KURULU ONAYI

Araştırmanın yürütülebilmesi için, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 31.05.2021 tarihinde 12/16 Karar No:29 ile gerekli izinler alınmış olup; onay yazısı (Ek-2) ekte sunulmuştur.

Çalışmanın Kırklareli il merkezindeki kadın sağlık çalışanlarında yürütülebilmesi için Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmış, onay yazıları (Ek-3) ekte sunulmuştur.

KISITLILIKLAR

- Araştırma verilerinin doğruluğu, katılımcıların verdikleri cevaplarla sınırlıdır.
- Araştırma Kırklareli il merkezindeki kadın sağlık çalışanları ile yapılmış olup sonuçları sadece kendi evrenine genellenebilir.

BULGULAR

Çalışma, Kırklareli İli Merkez ilçede görev yapan 268 kadın sağlık çalışanı ile yürütülmüştür. Çalışmanın bulguları aşağıda belirtilen başlıklar halinde sunulmuştur:

1- Sosyodemografik özellikler, sağlık sorunları ve HPV ile ilgili bazı tanımlayıcı bulgular.
2- Human Papilloma Virüsü Bilgi Ölçeği ile ilgili bulgular.
3- Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği ile ilgili bulgular.

1- SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER, SAĞLIK SORUNLARI VE HPV İLE İLGİLİ BAZI TANIMLAYICI BULGULAR

Katılımcıların yaş ortalaması 37.09±8.71 (min:20, maks:59, medyan:37) yıldır. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının medeni durumları incelendiğinde %71.3'ünün evli olduğu, %76.9'unun en uzun süre yaşadığı yerin il merkezi olduğu ve %54.9'unun gelirinin giderine denk olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların çocuk sayısı ortalaması 2.01±0.87 olup, %35.1'inin çocuğu yoktur. Bulgular Tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3. Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının tanımlayıcı özellikleri (n=268)

Değişkenler	**Sayı**	**%**
Yaş	37.09±8.71 (min:20; maks:59)	
20-29 yaş	67	25.0
30-39 yaş	90	33.6
40-49 yaş	90	33.6
50 yaş ve üstü	21	7.8
Medeni durum		
Evli	191	71.3
Bekar /ayrı	77	28.7
Çocuk sayısı		
Çocuk yok	94	35.1
1 çocuk	82	30.6
2 çocuk	86	32.1
3 ve üzeri çocuk	6	2.2
En uzun yaşanılan yer		
İl merkezi	206	76.9
İlçe	46	17.1
Köy, Bucak	16	6.0
Gelir		
Gelir Giderden Az	86	32.1
Gelir Gidere Denk	147	54.9
Gelir Giderden Fazla	35	13.0

Araştırma grubumuzdaki kadın sağlık çalışanlarının mesleklerine göre dağılımı incelendiğinde; %8.6'sı hekim, %51.1'i hemşire/ebe, %5.2'si eczacı/diyetisyen/psikolog/fizyoterapist, %13.4'ü idari personel, %10.1'i tekniker (ATT, Lab, Radyoloji) ve %11.6'sını personel çalışanlar oluşmaktadır.

Sağlık çalışanlarının %57.2'si lisans, % 14.9'u lisansüstü % 14.1'i lise ve altı bir eğitime sahiptir.

Katılımcıların % 39.6'sı hastanede, % 11.9'u Aile Sağlığı Merkezinde, % 16'sı Toplum Sağlığı Merkezinde ve %32.5'i Sağlık Müdürlüğü'nde görev yapmaktadır.

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanları en az 1 yıllık, en çok 34 yıllık, ortalama 13.80±9.33 yıllık mesleki deneyime sahiptir.

Katılımcıların meslek, eğitim düzeyi ve görev yaptıkları kurum bilgileri Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 4. Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının meslekleri ve çalıştıkları kurum (n=268)

Değişkenler	Sayı	%
Meslek		
Hekim	23	8.6
Hemşire/Ebe	137	51.1
Eczacı/Diyetisten/Psikolog/FTR	14	5.2
Teknikerler (ATT, Lab, Radyoloji)	27	10.1
İdari Personel	36	13.4
Personel	31	11.6
Eğitim durumu		
Lise ve altı eğitim	38	14.1
Ön lisans	37	13.8
Lisans	153	57.2
Lisansüstü	40	14.9
Kurum		
Kırklareli Eğitim Araştırma Hastanesi	106	39.6
Aile Sağlığı Merkezi	32	11.9
Toplum Sağlığı Merkezi	43	16.0
Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü	87	32.5
Çalışma Yılı	13.80±9.33 (min:1; maks:34)	
0-10 yıl arası	114	42.5
11-20 yıl arası	86	32.1
21 yıl ve üzeri	68	25.4

FTR: Fizyoterapist, **ATT:** Acil tıp teknisyeni

Katılımcıların kronik hastalık durumları sorgulandığında % 24.6'sı bir veya birden fazla kronik bir hastalığının olduğu ve en fazla görülen kronik hastalığın astım hastalığı olduğu bildirilmiştir.

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının ilk menarj yaşı ortalaması 13.70±1.24 (min:9; maks:17) ve %9.7'si menopoz dönemindedir. Katılımcıların %16'sının kadın hastalıkları ile ilgili bir hastalık tanısının olduğu belirtmiştir.

Kadın sağlık çalışanlarının kendisinde ve/veya ailesinde kanser öyküsü incelendiğinde %26.9'unun ailesinde kanser tanısı alan olduğu ve %4.9'unun serviks kanseri tanısı olduğu belirlenmiştir. Sonuçlar Tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5. Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının sağlık sorunları ile ilgili özellikleri (n=268)

Değişkenler	Sayı	%
Hekim tanılı herhangi bir kronik hastalık		
Var	66	24.6
Yok	202	75.4
Kadın hastalıkları tanısı		
Var	43	16.0
Yok	225	84.0
Kendisinde meme ve serviks ca		
Var	1	0.4
Yok	267	99.6
Ailesinde kanser tanısı alan		
Var	72	26.9
Yok	196	73.1
Ailesinde serviks ca		
Var	13	4.9
Yok	255	95.1
İlk menarş yaş ortalaması	13.70±1.24	

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %35.4'ünün sigara, %44.4'ü alkol kullandığı belirlenmiştir. Katılımcıların sigara ve alkol kullanım durumları ile ilgili bulgular Tablo 6'da sunulmuştur.

Tablo 6. Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının sigara ve alkol kullanma durumları (n=268)

Değişkenler	Sayı	%
Sigara kullanma durumu		
Kullanmıyorum	173	64.6
Kullanıyorum	95	35.4
Alkol kullanma durumu		
Kullanıyorum	119	44.4
Kullanmıyorum	149	55.6

Kadın sağlık çalışanlarının %24.3'ü düzenli olarak jinekolojik muayene yatırdığını, %75.7'si ise yaptırmadığını belirtmiştir. Periyodik jinekolojik muayeneye gitmeme nedenleri; %42.9' herhangi bir hastalık belirtisine sahip olmama, %21.6'sı ihmal ve %3.7'si utanma olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların periyodik jinekolojik muayene yaptırma durumları ve yaptırmama nedenleri Tablo 7'de sunulmuştur.

Tablo 7. Katılımcıların periyodik jinekolojik muayene yaptırma durumları (n=268)

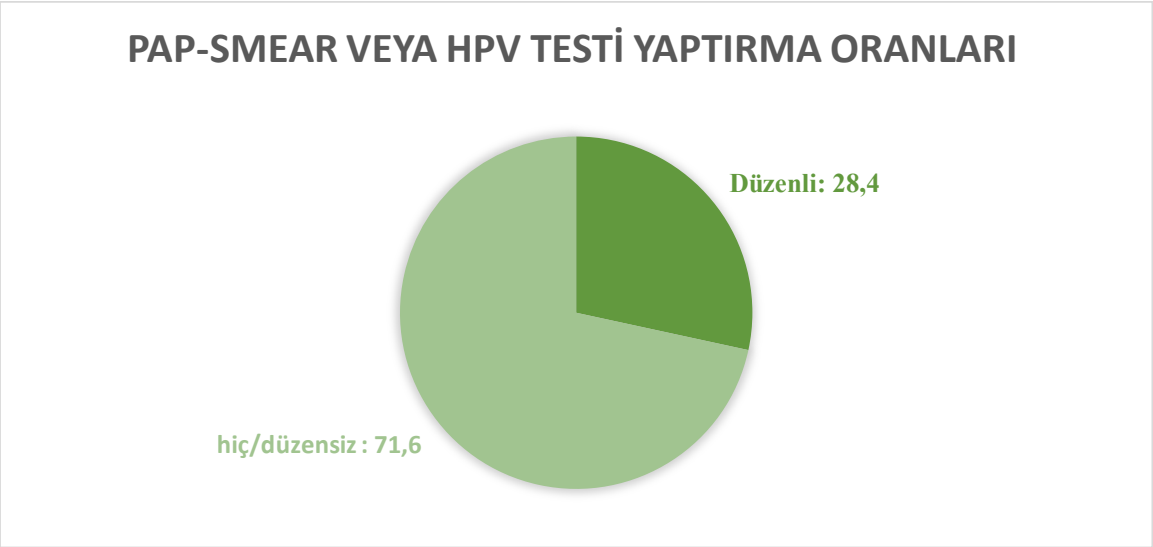
Değişkenler	**Sayı**	**%**
Periyodik jinekolojik muayene		
Evet	65	24.3
Hayır	203	75.7
Toplam	**268**	**100.0**
Periyodik jinekolojik muayeneye gitmeme nedenleri		
Herhangi bir hastalık belirtisine sahip olmama	115	42.9
İhmal	58	21.6
Utanma	10	3.7
Diğer	20	7.5
Toplam	**203**	**75.7**

Kadın sağlık çalışanlarının %3'ü HPV aşısı olmuş ve %78'i HPV aşısı olmayı önermekte ve %92.2'si de HPV aşısının Ulusal Bağışıklama Programına eklenmesini istediğini bildirmektedir. HPV aşısı olma, önerme ve ulusal aşı takvimine eklenmesini isteme durumları Tablo 8'de sunulmuştur.

Tablo 8. Katılımcıların HPV aşısı olma ve önerme durumları (n=268)

Değişkenler	**Sayı**	**%**
Aşı olma durumu		
Evet	8	3.0
Hayır	260	97.0
Aşı önerme durumu		
Evet	209	78.0
Hayır	59	22.0
HPV aşısının ulusal aşı takvimine eklenmesini isteme		
Evet	247	92.2
Hayır	19	7.1
Kararsız	2	0.7

Katılımcıların pap-smear testi veya HPV testi yaptırma durumları Şekil 2'de sunulmuştur. Veriler incelendiğinde %28.4'ü düzenli tarama yaptırdığı, %71.6'sının hiç yaptırmadığı veya düzensiz yaptırdığı belirlenmiştir.



Şekil 3. Çalışmamıza katılan kadın sağlık çalışanlarının pap-smear veya HPV testi yaptırma oranları

Pap-smear veya HPV testi yaptıran kadınların %9'u yaşadıkları servikal sorunlardan dolayı test yaptırdıklarını bildirmişlerdir. Pap-smear veya HPV testi yaptırmayan katılımcıların %33.2'si herhangi bir hastalık belirtileri olmadığı için test yaptırmadıklarını belirtmiştir.

DSÖ'nün önerdiği kendi kendine alınan HPV testlerinin, serviks kanseri taramalarında kullanılması halinde taramalara katılıma etkisi sorulduğunda %84.7'si katılımı arttıracağını, %15.3'ü etkisiz olacağını belirtmiştir. Katılımcıların pap-smear veya HPV testi yaptırma ve yaptırmama nedenleri Tablo 9'da sunulmuştur.

Tablo 9. Katılımcıların pap-smear veya HPV testi yaptırma ve yaptırmama nedenleri (n=268)

Değişkenler	Sayı	%
Pap-smear veya HPV testi yaptırma durumu		
Hiç yaptırmayan/düzensiz yaptıran	192	71.6
Düzenli	76	28.4
Pap-smear veya HPV testi yaptırma nedenleri		
Servikal sorunlardan dolayı doktor kararı ile	24	9.0
Servikal kanser taraması nedeniyle	47	17.5
Düzenli sağlık kontrolü nedeniyle	76	28.4
Pap-smear veya HPV testi yaptırmama nedenleri		
Herhangi bir hastalık belirtisine sahip olmama	89	33.2
İhmal	48	17.9
HPV veya Pap-smear testi hakkında bilgi yokluğu	5	1.9
Utanma	9	3.4
Korku	1	0.4
Zaman bulamama / çok meşgul olma	6	2.2
Diğer	22	8.2
Kendi kendine alınan HPV testleri katılımı artırır mı?		
Hayır	41	15.3
Evet	227	84.7

Kadın sağlık çalışanlarının 'Sağlık Bakanlığı Ulusal Kanser Programı 2009'a göre 35-40 yaş aralığındaki tüm kadınlardan en az bir kez smear alınmalıdır' ifadesinin doğru olup olmadığı sorulduğunda %57.5'i ifadenin doğru, %26.5'i yanlış ve %16'sı bilmediğini belirtmiştir.

Katılımcıların HPV ile ilgili bilgileri incelendiğinde, %54.9'u serviks kanseri hakkında yeterli bilgisinin olduğunu belirtmişlerdir. %13.4'ü HPV kavramı ile hiç karşılaşmadığını, %34'ü HPV ile ilgili eğitim aldığını belirtmiştir.

Çalışmaya katılanların %76.5'i HPV taramasının 30-65 yaş arasındaki kadınlara yapıldığı ve %49.3'ü 5 yılda bir HPV testi yapılması gerektiğini belirtmiştir (Tablo 10).

Tablo 10. Katılımcıların HPV ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların dağılımı (n=268)

Değişkenler	Sayı	%
Serviks kanseri hakkında yeterli bilginiz var mı		
Evet	147	54.9
Hayır	121	45.1
HPV kavramı ile ilk karşılaştığı yer		
Karşılaşmadım	36	13.4
Seminer, kitap, broşür	111	41.4
Televizyon, internet	42	15.7
Ekip üyelerinden	79	29.5
HPV ile ilgili eğitim alma durumu		
Evet	91	34.0
Hayır	177	66.0
HPV ile ilgili eğitim aldığı yer		
Hizmet içi	44	16.4
Üniversite	47	17.5
HPV testi hangi yaş aralığındaki kadınlara yapılmalıdır		
30-65 yaş aralığındaki kadınlar	205	76.5
40 yaş ve üzeri tüm yaş grubundaki kadınlar	30	11.2
Kararsız	33	12.3
Pap-smear/HPV testi kaç yılda bir yapılmalıdır		
Yılda bir	65	24.3
2 yılda bir	43	16.0
3 yılda bir	27	10.1
5 yılda bir	132	49.3
10 yılda bir	1	0.4

2- HUMAN PAPİLLOMA VİRÜSÜ BİLGİ ÖLÇEĞİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Katılımcıların HPV Bilgi Ölçeği sorularına verdikleri her bir doğru cevap "1", yanlış cevaplar ile "Bilmiyorum" ifadeleri "0" ile puanlanarak toplam skor ve alt boyut skor puanları oluşturulmuştur. Ters puanlanan maddeler Tablo 12'de yer almaktadır.

Katılımcıların HPV-BÖ'de verdikleri doğru yanıt oranının en yüksek olduğu ilk 3 madde incelendiğinde; 'Mevcut olan her iki HPV aşısı da (Gardasil ve Cervarix) hem cinsel bölge siğillerine hem de serviks kanserine karşı koruma sağlar' ifadesinin bulunduğu 32. maddeye %97,8 oranında, 'Birden fazla cinsel eşe sahip olmak HPV bulaşma riskini arttırır' ifadesinin bulunduğu ve 3. maddeye %90,7 oranında, 'HPV aşısı 30-45 yaşlarındaki kadınlar

için lisanslıdır (ruhsatlıdır-izinlidir).' ifadesinin bulunduğu 31. Maddeye %89,6 oranında doğru cevap verilmiştir.

Kadın sağlık çalışanlarının HPV-BÖ'yi oluşturan 33 maddeye verdikleri cevapların dağılımı Tablo 11 ve 12'de verilmiştir.

Tablo 11. Katılımcıların HPV-BÖ'ye Verdikleri Doğru ve Yanlış Yanıtların Dağılımı

No	**HPV-BÖ** *(Evet yanıtının doğru olduğu ve 1 puan aldığı maddeler)*	**EVET** *1puan*	**HAYIR BİLMİYORUM** *0 puan*
		%	**%**
1	HPV, rahim ağzı kanserine neden olabilir.	83.6	16.4
2	Bir kişi, kendisinde HPV olduğunu bilmeden, yıllarca yaşayabilir.	20.1	79.9
3	Birden fazla cinsel eşe sahip olmak HPV bulaşma riskini arttırır.	90,7	9.3
5	HPV cinsel ilişki sırasında bulaşabilir.	85.8	14.2
7	Prezervatif kullanmak HPV bulaşma riskini azaltır.	81.3	18.7
9	HPV cinsel bölgedeki ciltten- cilde, temas ile bulaşabilir.	75.7	24.3
11	Erken yaşta cinsel ilişkiye girmek, HPV bulaşma riskini arttırır.	61.6	38.4
12	HPV'nin birçok tipi vardır.	71.6	28.4
13	HPV cinsel bölgede siğillere neden olabilir.	79.5	20.5
15	Cinsel açıdan aktif olan kişilerin çoğuna, yaşamlarının bir döneminde HPV bulaşacaktır.	27.2	72.8
16	HPV'de genellikle herhangi bir tedaviye gerek yoktur.	9.3	90.7
18	HPV testi, simir (Pap-smear) testi ile aynı anda yapılabilir.	68.7	31.3
22	HPV testi bir kadında HPV olmadığını gösteriyorsa, o kadının rahim ağzı kanserine yakalanma riski düşüktür.	43.7	56.3
24	HPV aşılarından birisi cinsel bölgedeki siğillere karşı koruma sağlar.	44.4	55.6
27	HPV aşıları, rahim ağzı kanseri türlerinin birçoğundan korur.	61.9	38.1
28	HPV aşısının üç doz yapılması gerekir.	38.1	61.9
29	HPV aşılarının en etkili olduğu bireyler hiç cinsel ilişkide bulunmamış olanlardır.	47.8	52.2
30	HPV aşısı 11-26 yaşlar arasındaki tüm kadınlara önerilir.	55.6	44.4
33	HPV aşısının 11-26 yaşlar arasındaki erkeklere yapılmasına izin verilmiştir.	20.1	79.9

Katılımcıların HPV-BÖ'de verdikleri yanlış yanıt oranının en yüksek olduğu maddeler incelendiğinde; 'HPV'de genellikle herhangi bir tedaviye gerek yoktur.' ifadesinin bulunduğu 16. soruya %90,7'si, 'Bir kişi, kendisinde HPV olduğunu bilmeden, yıllarca yaşayabilir.' bilgisinin sorulduğu 2. soruya %79.9 oranında ve 'HPV aşısı olan kızların ileri yaşlarında simir testi yaptırmasına gerek yoktur' ifadesinin bulunduğu 33. soruya %79.9 oranında yanlış cevap verdiği tespit edilmiştir.

Tablo 12. Katılımcıların HPV-BÖ'ye verdikleri doğru ve yanlış yanıtların dağılımı

No	**HPV-BÖ** *(Hayır yanıtının doğru olduğu ve 1 puan aldığı ters maddeler)*	**EVET-BİLMİYORUM** *0 puan*	**HAYIR** *1 puan*
		%	**%**
4	HPV çok nadir görülür.	64.2	35.8
6	HPV'nin her zaman gözle görülür belirti ve bulguları vardır.	59	41
8	HPV, HIV/AIDS'e neden olabilir.	41.8	58.2
10	HPV erkeklere bulaşmaz.	65.7	34.3
14	HPV antibiyotiklerle tedavi edilebilir.	51.1	48.9
17	Eğer bir kadının HPV testi pozitifse kesinlikle rahim ağzı kanserine yakalanacaktır.	63.1	36.9
19	HPV testi size ne kadar zamandan beridir, HPV enfeksiyonunuz olduğunu söyler.	38.4	61.6
20	HPV testi, HPV aşısının gerekli olup olmadığını belirlemek için kullanılır.	57.1	42.9
21	HPV testi yaptırdığınız zaman sonuçlarınızı aynı gün içinde alabilirsiniz.	52.6	47.4
23	HPV aşısı olan kızların ileri yaşlarında simir testi yaptırmasına gerek yoktur.	74.3	25.7
25	HPV aşıları cinsel yolla bulaşan tüm enfeksiyonlara karşı koruma sağlar.	63.4	36.6
26	HPV aşısı yapılmış olan bir kişi rahim ağzı kanserine yakalanmaz.	52.6	47.4
31	HPV aşısı 30-45 yaşlarındaki kadınlar için lisanslıdır (ruhsatlıdır-izinlidir).	10.4	89.6
32	Mevcut olan her iki HPV aşısı da (Gardasil ve Cervarix) hem cinsel bölge siğillerine hem de rahim ağzı kanserine karşı koruma sağlar.	2.2	97.8

Kadın sağlık çalışanlarının HPV-BÖ bilgi puan ölçeğinden aldıkları toplam puan ve alt boyut bilgi puan ortalamalarının dağılımları incelendiğinde; genel HPV bilgi alt boyut puan ortalaması 10.26±3.91, HPV tarama testleri ile ilgili bilgi alt boyut puan ortalaması 3.23±1.92,

genel HPV aşı bilgisi alt boyut puan ortalaması 2.96±1.61 ve mevcut HPV aşılama programına yönelik bilgi alt boyut puan ortalaması 1.74±1.3 olarak hesaplanmıştır. Toplam ölçek puan ortalaması ise 18.97±8.09 olarak bulunmuştur (Tablo 13).

Tablo 13. Sağlık çalışanlarının HPV-BÖ toplam bilgi puanı ve alt boyutlarından aldıkları toplam puan ortalamaları

Ölçek	**Madde Sayısı**	**Ort±SS (Min.- Med.-Mak.)**	**Min.**	**Mak.**
HPV BÖ Toplam ölçek puanı	33	18.97±8.09	0	33
Genel HPV bilgisi alt boyutu	16	10.26±3.91	0	16
HPV tarama testi bilgisi alt boyutu	6	3.23±1.92	0	6
Genel HPV aşı bilgisi alt boyutu	5	2.96±1.61	0	5
Mevcut HPV aşılama programına yönelik bilgi alt boyutu	6	1.74±1.3	0	5

Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma.

HPV-BÖ ve alt boyut puan ortalamaları katılımcıların yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında sadece HPV tarama testi bilgi puanının 40-49 yaş grubunda olan katılımcılarda anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Yaş gruplarına göre puan dağılımları Tablo 14'te verilmiştir.

Tablo 14. Katılımcıların HPV-BÖ toplam bilgi puanı ve alt boyutlarının yaş gruplarına göre değerlendirilmesi

Ölçek	**Yaş grup**				***Test*; p***
	20-29 yaş Ort±SS (Min.-Med.-Mak.)	**30-39 yaş** Ort±SS (Min.-Med.-Mak.)	**40-49 yaş** Ort±SS (Min.-Med.-Mak.)	**50 yaş üzeri** Ort±SS (Min.-Med.-Mak.)	
Genel HPV bilgisi	9.76±4.01 (0-10-15)	10.26±4.07 (0-11-16)	10.56±3.78 0-11-16	10.62±3.51 (0-12-15)	2.027; 0.567
HPV tarama testi bilgisi	3.02±1.90 (0-3-6)	2.86±2.11 (0-3-6)	3.68±1.68 (0-4-6)	3.52±1.83 (0-4-6)	8.689; **0.034**
Genel HPV aşı bilgisi	3.17±1.67 (0-4-5)	2.83±1.73 (0-3-5)	2.96±1.47 (0-3-5)	2.85±1.38 (0-3-5)	2.160; 0.540
Mevcut HPV aşılama programına yönelik bilgi	1.58±1.63 (0-1-5)	1.57±1.41 (0-2-5)	2.05±1.50 (0-2-5)	1.61±1.68 (0-1-4)	6.029; 0.110
Toplam	18.32±8.21 (0-18-31)	18.35±8.60 (0-20-32)	19.97±7.60 (0-22-31)	19.38±7.59 (0-21-29)	2.352; 0.503

*Kruskal-Wallis test.

Kadın sağlık çalışanlarının medeni durumlarına göre HPV-BÖ ve alt boyutları olan genel HPV bilgisi, HPV tarama testi bilgisi, genel HPV aşı bilgisi ve mevcut HPV aşılama programına yönelik bilgi puanları karşılaştırıldığında puanların medeni duruma göre

farklılaşmadığı saptanmıştır (p>0.05). Medeni duruma göre HPV-BÖ ve alt boyut puan ortalamaları Tablo 15'te gösterilmektedir.

Tablo 15. Katılımcıların HPV-BÖ toplam bilgi puanı ve alt boyutlarının medeni duruma göre değerlendirilmesi

Ölçek	Medeni durum		*Test*; p*
	Evli Ort±SS (Min.-Med.-Mak.)	**Bekar** Ort±SS (Min.-Med.-Mak.)	
Genel HPV bilgisi	10.53±3.71 (0-11-16)	0.60±4.31 (0-10-16)	8.131; 0.151
HPV tarama testi bilgisi	3.32±1.91 (0-4-6)	3.01±1.93 (0-3-6)	8.014; 0.244
Genel HPV aşı bilgisi	2.93±1.54 (0-3-5)	3.03±1.77 (0-3-5)	6.924; 0.446
Mevcut HPV aşılama programına yönelik bilgi	1.81±1.55 (0-2-5)	1.55±1.48 (0-1-5)	8.036; 0.222
Toplam	19.93±7.76 (0-20-31)	17.93±8.82 (0-20-32)	7.879; 0.323*

*Mann-Whitney U test.

Katılımcıların çocuk sayılarına göre HPV-BÖ ve alt boyutları olan genel HPV bilgisi, genel HPV aşı bilgisi ve toplam ölçek puanları karşılaştırıldığında puanların farklılaşmadığı saptanmıştır (p>0.05). 2 çocuğu olan katılımcıların HPV tarama testi bilgisi ve mevcut HPV aşılama programına yönelik bilgi puan ortalamaları çocuğu olmayan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p<0.05). Katılımcıların çocuk sayılarına göre HPV-BÖ ve alt boyut puan ortalamaları Tablo 16'da sunulmuştur.

Tablo 16. Katılımcıların HPV-BÖ toplam bilgi puanı ve alt boyutlarının çocuk sayılarına göre değerlendirilmesi

Ölçek	Çocuk sayısı				*Test*; p*
	Çocuk yok Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	**1 çocuk** Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	**2 çocuk** Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	**3 ve üzeri çocuk** Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	
Genel HPV bilgisi	9.54±4.19 (0-10-16)	10.29±4.20 (0-11-16)	11.00±3.22 (2-11-16)	10.67±2.87 (7-13-15)	5.313; 0.150
HPV tarama testi bilgisi	2.82±1.94 (0-3-6)	3.15±2.01 (0-3-6)	3.70±1.73 (0-4-6)	3.83±1.83 (1-3-6)	9.594; **0.022**
Genel HPV aşı bilgisi	2.96±1.73 (0-3-5)	2.84±1.57 (0-3-5)	3.09±1.52 (0-3-5)	2.83±1.47 (1-4-5)	1.265; 0.737
Mevcut HPV aşılama programına yönelik bilgi	1.53±1.59 (0-1-5)	1.57±1.35 (0-1-4)	2.13±1.59 (0-2-5)	1.66±1.03 (1-2-3)	8.282; **0.041**
Toplam	17.59±8.58 (0-19-32)	18.65±8.38 (0-20-30)	20.72±7.10 (2-22-32)	19.83±6.49 (12-26-27)	6.298; 0.098

*Kruskal-Wallis test.

Çalışmamıza katılan kadın sağlık çalışanlarının HPV-BÖ ve alt boyut puanları hayatlarının en uzun süre geçtiği yerleşim yerine göre değerlendirildiğinde puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p>0.05). (Tablo 17).

Tablo 17. Katılımcıların HPV-BÖ toplam bilgi puanı ve alt boyutlarının en uzun süre yaşanılan yer duruma göre değerlendirmesi

Ölçek	**En uzun süre yaşanan yer**			***Test*, p***
	İl merkezi Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	**İlçe** Ort±SS (Min.-Med.-Mak)	**Kasaba-belde** Ort±SS (Min.-Med.-Mak)	
Genel HPV bilgisi	10.11±3.95 (0-10-16)	10.84±3.94 (0-10-16)	10.43±3.26 (0-12-14)	1.939; 0.379
HPV tarama testi bilgisi	3.17±1.92 (0-3-6)	3.32±2.03 (0-3-6)	3.68±1.66 (0-4-6)	1.081; 0.582
Genel HPV aşı bilgisi	2.89±1.67 (0-3-5)	3.28±1.82 (0-3-5)	3.00±1.46 (0-3-5)	3.300; 0.192
Mevcut HPV aşılama programına yönelik bilgi	1.72±1.52 (0-1-5)	1.80±1.60 (0-2-5)	1.81±1.55 (0-2-4)	0.140; 0.932
Toplam	18.66±8.02 (0-19-32)	20.06±8.66 (0-22-32)	19.75±7.48 (4-23-30)	2.186 0.335

*Kruskal-Wallis test.

Katılımcıların gelir durumlarına göre HPV bilgi ölçeği toplam ve alt boyut puan dağılımları incelenmiş olup Tablo 18'de yer almaktadır. Tablo değerlendirildiğinde geliri giderden daha fazla olan kadın sağlık çalışanlarının HPV-BÖ toplamından aldıkları puanlar, geliri gidere denk ve az olan katılımcılara göre anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur (p<0.05), (Tablo 18).

Tablo 18. Katılımcıların HPV-BÖ toplam bilgi puanı ve alt boyutlarının gelir durumuna göre değerlendirmesi

Ölçek	**Gelir durumu**			***Test*, p***
	Gelir giderden az Ort±SS (Min.-Med.-Mak)	**Gelir gidere denk** Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	**Gelir giderden fazla** Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	
Genel HPV bilgisi	10.00±3.89 (0-10-16)	10.08±4.00 (0-10-16)	11.62±3.34 (0-12-16)	5.350; 0.069
HPV tarama testi bilgisi	3.04±1.86 (0-3-6)	3.25±1.99 (0-3-6)	3.62±1.73 (0-4-6)	2.243; 0.326
Genel HPV aşı bilgisi	2.81±1.61 (0-3-5)	2.91±1.64 (0-3-5)	3.54±1.37 (0-4-5)	5.444; 0.066
Mevcut HPV aşılama programına yönelik bilgi	1.56±1.52 (0-1-5)	1.72±1.49 (0-1-5)	2.25±1.65 (0-2-5)	4.600; 0.100
Toplam	18.08±7.89 (0-19-32)	18.77±8.33 (0-20-31)	21.94±7.02 (0-24-32)	6.472; **0.039**

*Kruskal-Wallis test.

Kadın çalışanların mesleklerine göre HPV Bilgi Ölçeği ve tüm alt ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Hekimlerin toplam ölçek puanı ve tüm alt ölçek puanlarının diğer mesleklere göre anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. En düşük bilgi puanına idari çalışan grubunun olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların mesleklerine göre HPV Bilgi Ölçeği Toplam ve alt boyut puanlarının dağılımları Tablo 19'da sunulmuştur.

Tablo 19.Katılımcıların HPV-BÖ toplam bilgi puanı ve alt boyutlarının mesleğe göre değerlendirmesi

Meslek	**Genel HPV bilgisi**	**HPV tarama testi bilgisi**	**Genel HPV aşı bilgisi**	**Mevcut HPV aşılaması**	**HPV BÖ Toplam**
	Ort±SS (Min.- Med.- Mak)	**Ort±SS** (Min.- Med.- Mak)	**Ort±SS** (Min.- Med.- Mak)	**Ort±SS** (Min.- Med.- Mak)	**Ort±SS** (Min.- Med.-Mak)
Hekim	14.26±1.17 (12-14-16)	5.13±0.81 (3-5-6)	4.43±0.78 (2-4-5)	3.30±1.01 (1-3-5)	28.13±2.32 (21-29-32)
Hemşire/ebe	11.41±2.65 (1-11-16)	3.89 ±1.62 (0-4-6)	3.34±1.37 (0-3-5)	2.01±1.49 (0-2-5)	21.53±5.80 (1-22-32)
Eczacı/Diyetisyen/ FTR/Psikolog	9.92±3.47 (2-11-15)	2.78±1.25 (1-3-5)	3.14±1.35 (1-3-5)	1.35±1.33 (0-2-4)	18.00±6.13 (6-21-29)
Teknikerler (ATT, Lab, Radyoloji)	9.00±4.08 (0-10-15)	2.00±1.77 (0-2-6)	2.25±1.67 (0-2-5)	0.92±1.14 (0-1-4)	14.92±7.97 (0-18-29)
İdari Personel	6.22±3.88 (0-7-15)	1.50±1.63 (0-2-5)	1.86±1.65 (0-2-5)	0.91±1.18 (0-1-4)	10.88±7.81 (0-13-29)
Personel	8.16±4.67 (0-9-15)	2.19±1.75 (0-2-6)	2.03±1.55 (0-2-5)	1.22±1.58 (0-1-5)	14.25±8.49 (0-17-28
Test*, p	84.391; **0.000**	87.348; **0.000**	57.681; **0.000**	50.987; **0.000**	99.071; **0.000***

FTR: Fizyoterapist, **ATT:** Acil tıp teknisyeni.
*Kruskal-Wallis test.

Katılımcıların meslekte toplam çalışma yıllarına göre HPV bilgi ölçeği toplam ve alt boyut puan dağılımları incelenmiş olup Tablo 20'de yer almaktadır.

Tablo değerlendirildiğinde 20 yıl ve üzeri çalışanlarda HPV tarama testi bilgisi, mevcut HPV aşılama programlarına yönelik bilgi ve toplam ölçek puan ortalamaları anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 20. Katılımcıların HPV-BÖ toplam bilgi puanı ve alt boyutlarının çalışma yıllarına göre değerlendirmesi

Ölçek	Çalışma yılı			*Test*, p*
	0-10 yıl Ort±SS (Min.-Med.-Mak)	**11-20 yıl** Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	**20 yıl ve üzeri** Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	
Genel HPV bilgisi	9.90±3.93 (0-10-16)	10.11±4.24 (0-11-16)	11.06±3.35 (0-11-16)	4.039; 0.133
HPV tarama testi bilgisi	2.87±1.88 (0-3-6)	3.18±2.12 (0-3-6)	3.89±1.53 (0-4-6)	11.641; **0.003**
Genel HPV aşı bilgisi	2.97±1.66 (0-3-5)	2.89±1.67 (0-3-5)	3.04±1.43 (0-3-5)	0.234; 0.889
Mevcut HPV aşılama programına yönelik bilgi	1.49±1.50 (0-1-5)	1.77±1.52 (0-2-5)	2.11±1.53 (0-2-5)	7.352; **0.025**
Toplam	18.04±8.03 (0-19-32)	18.62±8.84 (0-20-32)	20.95±6.90 (0-22-31)	6.177; **0.046**

*Kruskal-Wallis test.

Tablo 21'de katılımcıların eğitim durumlarına göre HPV Bilgi Ölçeği Toplam ve alt boyut puanlarının dağılımları verilmiştir. Eğitim durumlarına ile toplam HPV Bilgi puanı ve tüm alt boyutlar bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Lisansüstü eğitime sahip katılımcıların ortalama puanları diğer eğitim durumlarına göre anlamlı biçimde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 21. Katılımcıların HPV-BÖ toplam bilgi puanı ve alt boyutlarının eğitim duruma göre değerlendirmesi

Ölçek	Eğitim				
	Lise ve altı Ort±SS (Min.-Med.-Mak)	**Ön lisans** Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	**Lisans** Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	**Lisansüstü** Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	*Test*, p*
Genel HPV bilgisi	7.42±4.52 (0-8-16)	9.78±4.07 (0-11-15)	10.52±3.45 (0-11-16)	12.43±3.24 (2-13-16)	34.468; **0.000**
HPV tarama testi bilgisi	2.10±2.02 (0-2-6)	2.86±1.87 (0-3-6)	3.40±1.82 (0-4-6)	4.00±1.79 (0-5-6)	20.999; **0.000**
Genel HPV aşı bilgisi	2.26±1.71 (0-2-5)	2.70±1.69 (0-3-5)	2.99±1.56 (0-3-5)	3.77±1.25 (0-4-5)	17.300; **0.001**
Mevcut HPV aşılama programına	1.31±1.59 (0-1-5)	1.64±1.63 (0-1-5)	1.71±1.46 (0-2-5)	2.35±1.49 (0-2-5)	9.882; **0.020**
Toplam	13.57±8.96 (0-13-31)	17.78±8.36 (0-18-29)	19.41±7.30 (0-21-32)	23.5±6.94 (3-25-32)	30.584; **0.000**

*Kruskal-Wallis test.

Kadın sağlık çalışanlarının çalıştıkları kuruma göre HPV Bilgi Ölçeği ve alt boyut puanları değerlendirildiğinde birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışanlarda HPV-BÖ ve tüm alt boyutlarında ortalama değer anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 22).

Tablo 22. Katılımcıların HPVBÖ toplam bilgi puanı ve alt boyutlarının çalışılan kuruma göre değerlendirilmesi

Ölçek	**Çalışılan Kurum**		***Test*, p***
	1. basamak Ort±SS (Min.- Med.-Mak.)	**2. veya 3. basamak** Ort±SS (Min.- Med.-Mak.)	
Genel HPV bilgisi	10.80±3.65 (0-12-16)	9.45±4.16 (0-10-16)	6.877; **0 .007**
HPV tarama testi bilgisi	3.67±1.84 (0-4-6)	2.56±1.86 (0-2-6)	5.754; **0.000**
Genel HPV aşı bilgisi	3.160±1.55 (0-3-5	2.66±1.66 (0-3-5)	7.131 **0.017**
Mevcut HPV aşılama programına yönelik bilgi	2.03±1.49 (0-2-5)	1.29±1.48 (0-1-5)	6.147; **0.000**
Toplam	20.43±7.60 (0-22-32)	16.74±8.34 (0-17.5-31)	24.719; **0.000**

*Mann-Whitney U testi.

Katılımcıların kronik hastalık durumlarına göre HPV Bilgi Ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları Tablo 23'da yer almaktadır. Mevcut HPV aşılama programına yönelik bilgi alt boyutu puan ortalaması kronik hastalığı olan katılımcılarda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$).

Tablo 23. Katılımcıların HPV-BÖ Toplam Bilgi Puanı ve alt boyutlarının kronik hastalık duruma göre değerlendirmesi

Ölçek	**Kronik hastalık**		***Test*, p***
	Var Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	**Yok** Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	
Genel HPV bilgisi	10.58±3.70 (0-11-16)	10.15±3.98 (0-10-16)	6.202; 0.501
HPV tarama testi bilgisi	3.48±1.83 (0-3-6)	3.15±1.95 (0-3-6)	6.052; 0.256
Genel HPV aşı bilgisi	3.06±1.49 (0-3-5)	2.93±1.64 (0-3-5)	6.459; 0.700
Mevcut HPV aşılama programına yönelik bilgi	2.07±1.59 (0-2-5)	1.63±1.50 (0-1-5)	5.618; **0.049**
Toplam	19.89±7.71 (0-21-31)	18.67±8.21 (0-19-32)	6.007; 0.302

*Mann-Whitney U testi.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının pap-smear ve HPV testi yaptırma durumlarına göre HPV bilgi ölçeği toplam ve alt boyut puan dağılımları incelenmiş olup Tablo 24'te yer almaktadır. Düzenli pap-smear ve HPV testi yaptıran katılımcıların genel HPV aşı bilgisi ve mevcut HPV aşılama programına yönelik bilgi alt boyutları puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$), (Tablo24).

Tablo 24. Katılımcıların HPV-BÖ Toplam Bilgi Puanı ve alt boyutlarının Pap-smear veya HPV testi yaptırma durumlarına göre değerlendirmesi

Ölçek	**Pap-smear veya HPV testi yaptırma**		***Test*, p***
	Düzenli Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	**Düzensiz/Hiç** Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	
Genel HPV bilgisi	11.30±3.53 (0-12-16	9.84±3.98 (0-10-16)	5.565; **0.003**
HPV tarama testi bilgisi	3.82±1.64 (0-4-6)	3.00±1.98 (0-3-6)	5.541; **0.002**
Genel HPV aşı bilgisi	3.18±1.45 (0-3-5)	2.88±1.66 (0-3-5)	6.598; 0.214
Mevcut HPV aşılama programına yönelik bilgi	1.98±1.57 (0-2-5)	1.64±1.50 (0-1-5)	6.388; 0.103
Toplam	21.14±7.32 (0-22-32)	18.10±8.24 (0-19-32)	5.616; **0.004**

*Mann-Whitney U testi.

Periyodik jinekolojik muayene yaptıran katılımcıların genel HPV aşı bilgisi alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Katılımcıların periyodik jinekolojik muayene yaptırma durumlarına göre HPV bilgi ölçeği toplam ve alt boyut puan dağılımları Tablo 25'te yer almaktadır.

Tablo 25. Katılımcıların HPV-BÖ toplam bilgi puanı ve alt boyutlarının periyodik jinekolojik muayene yaptırma durumlarına göre değerlendirmesi

Ölçek	**Periyodik jinekolojik muayene yaptırma**		***Test*, p***
	Evet Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	**Hayır** Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	
Genel HPV bilgisi	11.09±3.53 (2-11-15)	10.00±4.00 (0-10-16)	**7.717;** **0.033**
HPV tarama testi bilgisi	3.38±1.83 (0-3-6)	3.18 ±1.95 (0-3-6)	6.948; 0.514
Genel HPV aşı bilgisi	3.07±1.46 (0-3-5)	2.93±1.65 (0-3-5)	6.845; 0.642
Mevcut HPV aşılama programına yönelik bilgi	1.89±1.48 (0-2-5)	1.69±1.54 (0-1-5)	7.136; 0.309
Toplam	20.26±7.30 (2-22-32)	18.55±8.31 (0-19-32)	7.330; 0.157

*Mann-Whitney U testi.

Kadın sağlık çalışanlarının HPV ile ilgili eğitim alma durumlarına göre HPV-BÖ ve alt boyut puan dağılımları Tablo 26'da yer almaktadır. HPV ile ilgili eğitim alanların HPV-BÖ toplam puan ve alt ölçek puan ortalamaları bilgi almayanlara göre anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 26. Katılımcıların HPV-BÖ toplam bilgi puanı ve alt boyutlarının HPV ile ilgili eğitim alma durumuna göre değerlendirmesi

Ölçek	**HPV ile ilgili eğitim alma durumu**		***Test*, p***
	Evet Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	**Hayır** Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	
Genel HPV bilgisi	12.06±2.34 (5-12-16)	9.35±4.23 (0-9-15)	5.055; **0.000**
HPV tarama testi bilgisi	4.29±1.53 (0-4-6)	2.68±1.87 (0-2-6)	4.173; **0.000**
Genel HPV aşı bilgisi	3.64±1.31 (0-3-5)	2.61±1.64 (0-3-5)	5.139; **0.000**
Mevcut HPV aşılama programına yönelik bilgi	2.34±1.47 (0-2-5)	1.43±1.47 (0-1-5)	5.377; **0.000**
Toplam	23.20±5.59 (6-24-32)	16.81±8.33 (0-18-31)	4.302; **0.000**

*Mann-Whitney U testi.

Serviks kanseri hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünen katılımcıların HPV Bilgi Ölçeği Toplam ve alt boyut puan dağılımları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$). Serviks kanseri hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumlarına göre HPV Bilgi Ölçeği Toplam ve alt boyut puan dağılımları Tablo 27'te yer almaktadır.

Tablo 27. Katılımcıların HPV-BÖ toplam bilgi puanı ve alt boyutlarının serviks kanseri hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumlarına göre değerlendirmesi

Ölçek	**Serviks kanseri hakkında yeterli bilgi**		***Test*, p***
	Var Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	**Yok** Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	
Genel HPV bilgisi	11.67±2.75 (0-12-16)	8.56±4.41 (0-9-16)	5.128; **0.000**
HPV tarama testi bilgisi	4.07±1.56 (0-4-6)	2.21±1.83 (0-2-6)	4.045; **0.000**
Genel HPV aşı bilgisi	3.52±1.34 (0-3-5)	2.28±1.65 (0-2-5)	5.103; **0.000**
Mevcut HPV aşılama programına yönelik bilgi	2.17±1.54 (0-2-5)	1.22±1.35 (0-1-5)	5.791; **0.000**
Toplam	22.30±5.90 (0-23-32)	14.94±8.56 (0-16-31)	4.347; **0.000**

*Mann-Whitney U testi.

3- SERVİKAL KANSERİN ERKEN TANISINA İLİŞKİN TUTUM ÖLÇEĞİ (SKETİTÖ) İLE İLGİLİ BULGULAR

Kadın sağlık çalışanlarının SKETİTÖ ve alt boyutlarından aldıkları toplam puan ve alt boyut bilgi puan ortalamalarının dağılımları incelendiğinde; Duyarlılık alt boyut puan ortalaması 30.10±4.09, Algılanan ciddiyet alt boyut puan ortalaması 27.98±4.66, Algılanan engel alt boyut puan ortalaması 26.93±4.58, Algılanan yarar alt boyut puan ortalaması 24.50±3.60 olarak hesaplanmıştır. Toplam ölçek puan ortalaması ise 109.40±11.53 olarak bulunmuştur. Kadın sağlık çalışanlarının SKETİTÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar Tablo 28'de gösterilmiştir.

Tablo 28. Sağlık çalışanlarının SKETİTÖ ve alt boyutları puan ortalamaları

Ölçekler	Madde Sayısı	Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	Min	Maks
Duyarlılık	9	30.10±4.09 (18-30-43)	9	45
Algılanan ciddiyet	8	27.98±4.66 (16-28-40)	8	40
Algılanan engel	7	26.93±4.58 (11-35-27)	7	35
Algılanan yarar	6	24.50±3.60 (14-24.5-30)	6	30
Toplam ölçek puanı	30	109.40±11.53 (80-108-140)	30	150

Çalışmamıza katılan kadın sağlık çalışanlarının yaş gruplarına göre SKETİTÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar Tablo 29'da gösterilmiştir. Kadın sağlık çalışanlarının yaş gruplarına göre SKETİTÖ ve alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak farklılaşmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 29. Katılımcıların SKETİTÖ ve alt boyutlarının yaş gruplarına göre değerlendirilmesi

Ölçek	Yaş grup				*Test*, p*
	20-29 yaş Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	**30-39 yaş** Ort±SS (Min.-Med.-Mak)	**40-49 yaş** Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	**50 yaş üstü** Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	
Duyarlılık	29.86±3.78 (20-30-36)	30.08±4.27 (18-30-41)	30.31±4,32 (20-31-43)	30.04±3.36 (23-31-39)	0.567 0.904
Algılanan ciddiyet	28.55-4.71 (19-29-40)	27.66±3.95 (17-28-36)	28.00±5.16 (16-29+40)	27.52±5.22 (17-29-37)	1.165 0.761
Algılanan engel	27.49±4.89 (15-28-35)	26.54±4.10 (17-27-35)	27.00±4.71 (11-27-35)	26.57±5.07 (16-28-34)	2.726 0.436
Algılanan yarar	25.28±3.50 (17-26-30)	24.21±3.51 (16-24-30)	23.96±3.55 (17-24-30)	23.09±4.01 (14-24-30)	7.822 0.050
Toplam ölçek	111.19±11.40 (90-113-134)	108.40±11.60 (80-110-140)	109.27±11.62 (81-111-139)	107.23±10.91 (82-112-128)	2.984 0.394

*Kruskal-Wallis test.

Kadın sağlık çalışanlarının medeni duruma göre SKETİTÖ ve alt boyutları olan genel duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan engel, algılanan yarar puanları karşılaştırıldığında puanların medeni duruma göre farklılaşmadığı saptanmıştır (p>0.05). Medeni duruma göre SKETİTÖ ve alt boyut puan ortalamaları Tablo 30'da sunulmuştur.

Tablo 30. Katılımcıların SKETİTÖ ve alt ölçek puanlarının medeni duruma göre değerlendirilmesi

Ölçek	Medeni durum		*Test*, p*
	Evli Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	**Bekar** Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	
Duyarlılık	30.29±4.23 (18-30-43)	29.63±3.70 (20-30-38)	8.235 0.123
Algılanan ciddiyet	28.15±4.52 (17-28-40)	27.58±5.01 (16-28-40)	7.836 0.399
Algılanan engel	26.61±4.73 (11-27-35)	27.72±4.12 (17-28-34)	6.400 0.096
Algılanan yarar	24.14±3.53 (14-24-30)	24.72±3.74 (18-25-30)	6.689 0.246
Toplam ölçek	109.15±11.32 (80-110-140)	109.67±12.11 (81-112-136)	7.146 0.718

*Mann-Whitney U testi.

Katılımcıların çocuk sayılarına göre SKETİTÖ ve alt boyut puanları karşılaştırıldığında puanların farklılaşmadığı saptanmıştır (p>0.05). Katılımcıların çocuk sayılarına göre SKETİTÖ ve alt boyut puan ortalamaları Tablo 31'de sunulmuştur.

Tablo 31. Katılımcıların SKETİTÖ ve alt boyutlarının çocuk sayılarına göre değerlendirilmesi

Ölçek	Çocuk sayısı				*Test*, p*
	Çocuk yok Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	**1 çocuk** Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	**2 çocuk** Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	**3 ve üzeri çocuk** Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	
Duyarlılık	29.62±3.70 (20-30-36)	30.79±4.36 (20-31-41)	30.01±4.23 (18-30-43)	29.50±3.61 (26-33-35)	3.454; 0.327
Algılanan ciddiyet	28.23±4.34 (19-29-40)	28.60±5.04 (16-29-39)	27.22±4.49 (17-28-40)	26.66±6.05 (19-33-37)	5.065; 0.167
Algılanan engel	26.78±4.75 (15-27-34)	27.43±4.33 (16-28-35)	26.50±4.68 (11-27-35)	28.66±3.77 (24-32-34)	1.869; 0.600
Algılanan yarar	24.64±3.51 (17-25-30)	24.60±3.73 (14-25-30)	23.56±3.58 (16-24-30)	25.50±1.87 (23-27-28)	5.523; 0.137
Toplam ölçek	109.29±10.81 (90-111-134)	111.32±13.35 (82-114-140)	107.30±10.33 (80-109-128)	110.33±9.11 (80-110-140)	3.923; 0.270

*Kruskal-Wallis test.

Çalışmamıza katılan kadın sağlık çalışanlarının SKETİTÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanlar hayatlarının en uzun süre geçtiği yerleşim yerine göre değerlendirildiğinde genel duyarlılık, algılanan yarar, algılanan engel ve toplam ölçek alt boyutları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Kasaba ve belde gibi küçük yerleşim yerinde yaşayan katılımcıların algılanan ciddiyet alt boyut puan ortalaması il merkezinde yaşayan katılımcılara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 32).

Tablo 32. Katılımcıların SKETİTÖ ve alt boyutlarının en uzun yaşanılan yer durumuna göre değerlendirilmesi

Ölçek	En uzun süre yaşanan yer			*Test*, p*
	İl Ort±SS (Min.-Med.-Mak)	**İlçe** Ort±SS (Min.-Med.-Mak)	**Kasaba-belde** Ort±SS (Min.-Med.-Mak)	
Duyarlılık	30.09±3.97 (18-30-43)	30.52±4.76 (20-31-41)	29.06±3.45 (22-30-35)	1.370 0.504;
Algılanan ciddiyet	28.39±4.74 (16-29-40)	27.08±4.03 (18-28-36)	25.37±4.36 (17-27-31)	8.248; **0.016**
Algılanan engel	26.78±4.65 (11-27-35)	27.41±4.56 17-28-35	27.56±3.84 (18-29-32)	1.161; 0.560
Algılanan yarar	24.41±3.63 (14-24-30)	24.43±3.31 (16-25-30)	22.62±3.81 (17-24-30	3.463; 0.177
Toplam ölçek	109.67±11.45 (81-111-139)	109.45±11.87 (80-112-140)	104.00±10.93 (84-109-124)	3.011; 0.222

*Kruskal-Wallis test.

Katılımcıların gelir durumlarına göre SKETİTÖ ve alt boyut puan dağılımları incelenmiş olup istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p>0.05). Puan dağılımları Tablo 33'te yer almaktadır.

Tablo 33. Katılımcıların SKETİTÖ ve alt boyutlarının gelir duruma göre değerlendirmesi

Ölçek	Gelir durumu			*Test*, p*
	Gelir giderden az Ort±SS (Min.-Med.-Mak)	**Gelir gidere denk** Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	**Gelir giderden fazla** Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	
Duyarlılık	30.19±3.66 (21-30-40)	29.93±4.31 (20-30-43)	30.60±4.19 (18-32-37)	1.363; 0.506
Algılanan ciddiyet	28.19±4.70 (16-29-40)	27.63±4.63 (17-28-37)	28.97±4.68 (18-30-40)	1.596; 0.450
Algılanan engel	27.29±4.41 (16-28-35)	26.64±4.60 (11-27-35)	27.28±4.96 (16-28-34)	2.040; 0.361
Algılanan yarar	24.37±3.44 (17-25-30)	23.98±3.63 (14-24-30)	25.51±3.69 (17-26-30)	5.756; 0.056
Toplam ölçek	110.05±10.65 (84-112-136)	108.12±12.26 (80-110-140)	112.00±9.87 (95-115-134)	5.220; 0.074

*Kruskal-Wallis test.

Çalışmamıza katılan kadın sağlık çalışanlarının SKETİTÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanlar mesleklerine göre değerlendirildiğinde genel duyarlılık ve algılanan ciddiyet alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p>0.05). Algılanan engel alt boyutunda, hekim, ebe ve hemşirelerin puan ortalamaları personellerden anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Algılanan yarar alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında hekimlerin puan ortalamaları, personel ve idari personellere ait değerden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p<0.05). Hekimlerin toplam ölçek puan ortalamaları, ebe, hemşire, idari personel ve personellerden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p<0.05). Puan ortalamaları Tablo 34'te sunulmuştur.

Tablo 34. Katılımcıların SKETİTÖ ve alt boyutlarının mesleklerine göre değerlendirilmesi

Meslek	**Duyarlılık** Ort±SS (Min.- Med.- Mak)	**Algılanan ciddiyet** Ort±SS (Min.- Med.- Mak)	**Algılanan engel** Ort±SS (Min.- Med.- Mak)	**Algılanan yarar** Ort±SS (Min.- Med.- Mak)	**Toplam** Ort±SS (Min.- Med.- Mak)
Hekim	31.43±4.81 (22-33-41)	28.95±3.57 (23-30-35)	28.91±4.80 (21-30-35)	26.39±3.39 (18-27-30)	115.69±11.79 (95-120-140)
Hemşire/Ebe	30.19±3.89 (18-30-40)	28.00±4.78 (17-28-39)	27.27±4.58 (16-28-35)	26.69±3.65 (17-25-30)	110.16±11.64 (84-112-139)
Eczacı/ Diyetisyen/Psk.	30.14±3.39 (25-32-35)	28.14±4.24 (19-30-35)	26.78±6.09 (16-30-35)	24.85±4.40 (17-27-29)	109.92±13.93 (90-117-131)
Teknikerler (ATT, Lab, Radyoloji)	30.70±4.57 (20-32-43)	27.11±3.85 (20-28-34)	27.14±4.31 (15-28-34)	24.77±2.27 (21-25-29)	109.40±10.35 (88-113-128)
İdari Personel	28.50±4.31 (20-29-39)	26.94±5.11 (16-28-37)	25.91±3.89 (11-27-32)	22.55±3.58 (14-23-28)	103.91±10.79 (80-107-119)
Personel	30.03±3.67 (23-31-39)	29.06±5.07 (17-30-40)	25.06±4.09 (16-26-33)	22.45±2.64 (17-23-27)	106.61±8.78 (90-109-129)
Test*, p	7.197; 0.206	4.095; 0.536	12.131; **0.033**	26.619; **0.000**	14.669; **0.012**

*Kruskal-Wallis test.

Çalışmamıza katılan kadın sağlık çalışanlarının SKETİTÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar çalışma yıllarına göre değerlendirildiğinde puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Puan ortalamaları Tablo 35'te sunulmuştur.

Tablo 35. Katılımcıların SKETİTÖ ve alt boyutlarının çalışma yıllarına göre değerlendirilmesi

Ölçek	**Çalışma yılı**			***Test*, p***
	0-10 yıl Ort±SS (Min.-Med.-Mak)	**11-20 yıl** Ort±SS (Min.-Med.-Mak)	**21 yıl ve üstü** Ort±SS (Min.-Med.-Mak)	
Duyarlılık	30.10±4.08 (20-30-41)	29.77±3.92 (18-30-40)	30.51±4.32 (20-31-43)	1.352; 0.509
Algılanan ciddiyet	28.30±4.49 (16-29-40)	27.82±4.54 (17-28-40)	27.66±5.12 (17-28-37)	1.046; 0.593
Algılanan engel	27.26±4.66 (15-28-35)	26.52±4.27 18-27-35	26.91±4.85 (11-28-35)	2.163; 0.339
Algılanan yarar	24.87±3.46 (17-25-30)	24.08±3.68 (16-24-30)	23.64±3.63 (14-24-30)	5.144; 0.076
Toplam ölçek	110.46±12.09 (88-112-140)	108.20±11.01 (80-110-139)	108.73±11.19 (82-111-136)	2.099; 0.352

*Kruskal-Wallis test.

SKETİTÖ ve alt boyut puan ortalamaları eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında yalnızca algılanan yarar alt boyut puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Katılımcıların SKETİTÖ ve alt boyut puan ortalamaları eğitim duruma göre dağılımı Tablo 36'da sunulmuştur.

Tablo 36. Katılımcıların SKETİTÖ ve alt boyutlarının eğitim duruma göre değerlendirilmesi

Ölçek	Eğitim Durumu				*Test*, p*
	Lise ve altı Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	**Ön lisans** Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	**Lisans** Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	**Lisansüstü** Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	
Duyarlılık	28.89 ±387 (20-30-39)	29.54±4.27 (20-30-38)	30.39±3.76 (20-30-43)	30.67±5.09 (18-32-41)	5.963; 0.113
Algılanan ciddiyet	27.65±5.69 (16-29-40)	27.59±5.48 (17-29-40)	28.01±4.17 (18-28-37)	28.57±4.70 (18-30-39)	573; 0.903
Algılanan engel	26.68±4.08 (16-28-33)	26.35±4.10 (18-27-33)	26.93±4.77 (11-27-35)	27.72±4.76 (17-29-35)	1.798; 0.615
Algılanan yarar	23.07±3.72 (14-24-30)	23.18±3.45 (17-24-30)	24.68±3.44 (16-25-30)	25.07±3.79 (18-26-30)	**11.801; 0.008**
Toplam ölçek	106.31±11.52 (81-110-129)	106.67±12.32 (84-110-136)	109.96±10.39 (80-111-134)	112.05±14.09 (91-116-140)	5.791; 0.122*

*Kruskal-Wallis test.

Çalışmamıza katılan kadın sağlık çalışanlarının görev yaptıkları kuruma göre SKETİTÖ ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, aile sağlığı merkezinde görev yapan katılımcıların algılanan ciddiyet, algılanan engel ve toplam ölçek puan ortalamaları anlamlı ölçüde yüksek olduğu anlaşılmıştır ($p<0.05$). Sağlık çalışanlarının görev yaptıkları kuruma göre SKETİTÖ ve alt boyut puan ortalamaları Tablo 37'de sunulmuştur.

Tablo 37. Katılımcıların SKETİTÖ ve alt boyutlarının çalışılan kuruma göre değerlendirilmesi

Ölçek	Çalıştığı Kurum				*Test*, p*
	ASM Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	**TSM** Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	**İSM** Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	**Hastane** Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	
Duyarlılık	31.71±3.49 (25-32-39)	29.62±4.88 (18-31-41)	29.55±3.79 (21-30-39)	30.26±4.05 (20-31-43)	7.159; 0.067
Algılanan ciddiyet	30.46±4.77 (21-32-37)	27.60±4.97 (17-29-40)	27.06±4.96 (16-28-40)	28.15±3.98 (17-28-39)	11.220; **0.011**
Algılanan engel	28.68±5.33 (16-30-34)	27.06±5.21 (11-28-35)	26.54±4.07 (17-27-35)	26.67±4.41 (15-27-35)	8.580; **0.035**
Algılanan yarar	24.93±4.55 (17-26-30)	24.69±3.68 (17-25-30)	23.54±3.29 (16-24-30)	24.59±3.43 (14-25-30)	6.504; 0.089
Toplam ölçek	109.68±10.92 (94-120-136)	109.00±13.35 (81-113-140)	106.58±10.04 (80-108-128)	109.68±10.92 (82-111-139)	13.390; **0.004**

*Kruskal-Wallis test.

Kronik hastalığı olan katılımcıların algılanan ciddiyet alt puan ortalamaları, olmayan katılımcılara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmamıza katılan kadın sağlık çalışanlarının SKETİTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları Tablo 38'de verilmiştir.

Tablo 38. Katılımcıların SKETİTÖ ve alt boyutlarının kronik hastalık durumuna göre değerlendirilmesi

Ölçek	Kronik hastalık		*Test*, p*
	Evet Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	**Hayır** Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	
Duyarlılık	30.77±4.16 (21-31-41)	29.88±4.05 (18-30-43)	5.772 0.101
Algılanan ciddiyet	29.03±4.59 (16-30-40)	27.64±4.64 (17-28-40)	5.464 **0.027**
Algılanan engel	26.72±2.83 (16-27-35)	27.00±4.46 (11-27-35)	6.877 0.698
Algılanan yarar	24.30±3.45 (16-25-30)	24.31±3.65 (14-24-30)	6.757 0.867
Toplam ölçek	110.83±11.82 (80-113-140)	108.80±11.42 (81-110-140)	6.019 0.236

*Mann-Whitney U testi.

Kadın hastalığı tanısı olan katılımcıların SKETİTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları Tablo 39'da verilmiştir. Duyarlılık ve algılanan ciddiyet puan ortalamaları kadın hastalıkları ile ilgili tanısı olan katılımcılarda anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 39. Katılımcıların SKETİTÖ ve alt boyutlarının kadın hastalıkları tanısı alma durumuna göre değerlendirilmesi

Ölçek	Kadın hastalıkları tanısı		*Test*, p*
	Var Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	**Yok** Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	
Duyarlılık	31.67±4.611 (21-33-41)	29.80±3.92 (18-30-43)	**6.151** **0.005**
Algılanan ciddiyet	29.39±5.70 (16-31-39)	27.72±4.40 (17-28-40)	5.858 **0.028**
Algılanan engel	26.97±5.52 (16-28-35)	26.92±4.40 (11-27-35)	4.967 0.780
Algılanan yarar	24.93±3.96 (16-26-30)	24.19±3.52 (14-26-30)	5.435 0.198
Toplam ölçek	112.97±14.70 (80-117-140)	108.60±10.72 (81-110-140)	5.617 0.094

*Mann-Whitney U testi.

SKETİTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları sigara kullanma durumuna göre Tablo 40'ta verilmiştir. Algılanan ciddiyet ve toplam ölçek puan ortalamaları sigara kullanan katılımcılarda anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 40. Katılımcıların SKETİTÖ ve alt boyutlarının sigara kullanma durumuna göre değerlendirilmesi

Ölçek	**Sigara kullanımı**		***Test*, p***
	Kullanıyor Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	**Kullanmıyor** Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	
Duyarlılık	30.63±4.16 (20-31-43)	29.81±4.03 (18-30-40)	9.008; 0.191
Algılanan ciddiyet	28.96±4.75 (16-29-40)	27.45±4.54 (17-28-39)	**9.747; 0.012**
Algılanan engel	27.60±4.94 (16-28-35)	26.57±4.35 (11-27-30)	27.249; 0.089
Algılanan yarar	24.83±3.55 (17-25-30)	24.02±3.60 (14-24-30)	9.322 0.068
Toplam ölçek	112.03±11.69 (86-114-140)	107.80±11.19 (80-109-136)	**9.951 0.004**

*Mann-Whitney U testi.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının alkol kullanma durumuna göre SKETİTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları Tablo 41'de verilmiştir. Algılanan engel ve toplam ölçek puan ortalamaları alkol kullanan katılımcılarda anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 41. Katılımcıların SKETİTÖ ve alt boyutlarının alkol kullanma durumuna göre değerlendirilmesi

Ölçek	**Alkol kullanımı**		***Test*, p***
	Kullanıyor Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	**Kullanmıyor** Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	
Duyarlılık	30.26±4.15 (20-31-41)	29.97±4.04 (18-30-43)	9.167; 0.631
Algılanan ciddiyet	28.47±4.91 (16-29-40)	27.59±4.43 (18-28-40)	9.909; 0.097
Algılanan engel	27.62±4.87 (15-28-35)	26.38±4.28 (11-27-35)	10.275; **0.025**
Algılanan yarar	24.50±3.70 (14-25-30)	24.15±3.52 (16-24-30)	9.463 0.341
Toplam ölçek	110.78±12.53 (81-113-140)	108.12±10.56 (80-109-139)	10.109 **0.048**

*Mann-Whitney U testi.

Çalışmamıza katılan kadın sağlık çalışanlarının jinekolojik muayene yaptırma durumlarına göre SKETİTÖ ve alt boyut puanları karşılaştırıldığında duyarlılık, algılanan engel, algılanan yarar ve toplam puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Katılımcıların SKETİTÖ ve alt boyut puan ortalamaları Tablo 42'de sunulmuştur.

Tablo 42. Katılımcıların SKETİTÖ ve alt boyutlarının düzenli jinekolojik muayene durumuna göre değerlendirilmesi

Ölçek	**Jinekolojik Muayene Yaptırma**		***Test*, p***
	Evet Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	**Hayır** Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	
Duyarlılık	31.61±4.19 (21-32-41)	29.62±3.94 (18-30-43)	8.206; **0.003**
Algılanan ciddiyet	27.70±4.85 (18-28-37)	28.07±4.61 (16-28-40)	6.286; 0.566
Algılanan engel	28.90±4.32 (16-29-35)	26.30±4.50 (11-29-35)	8.765; **0.000**
Algılanan yarar	25.20±3.34 (16-26-30)	24.02±3.64 (14-24-30)	7.863; **0.020**
Toplam ölçek	113.27±12.27 (80-116-140)	108.02±11.01 (81-109-136)	8.230; **0.003**

*Mann-Whitney U testi.

Çalışmamıza katılan kadın sağlık çalışanlarının düzenli pap-smear veya HPV testi yaptırma durumlarına göre SKETİTÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında duyarlılık algılanan engel ve toplam ölçek boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Puan ortalamaları Tablo 43'te sunulmuştur.

Tablo 43. Katılımcıların SKETİTÖ ve alt boyutlarının düzenli pap-smear veya HPV testi yaptırma durumuna göre değerlendirilmesi

Ölçek	**Pap-smear veya HPV testi yaptırma**		***Test*, p***
	Düzenli Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	**Düzensiz/Hiç** Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	
Duyarlılık	30.84±4.01 (18-31-43)	29.81±4.09 (20-30-41)	8.489; **0.036**
Algılanan ciddiyet	27.77±4.30 (18-28-37)	28.07±4.81 (16-28-40)	7.042; 0.656
Algılanan engel	28.51±4.09 (20-29-35)	26.31±4.63 (11-26-35)	9.160; **0.001**
Algılanan yarar	24.43±3.64 (14-25-30)	24.26±3.59 (17-24-30)	7.494; 0.728
Toplam ölçek	111.56±11.24 (80-114-140)	108.40±11.55 (81-110-140)	8.549; **0.028**

*Mann-Whitney U testi.

Tablo 44'te katılımcıların HPV eğitimi alma durumları ile SKETİTÖ ve alt boyut puanları karşılaştırılmış olup, eğitim alma durumuna göre puanların farklılaşmadığı saptanmıştır (p>0.05).

Tablo 44. Katılımcıların SKETİTÖ ve alt boyutlarının HPV ile ilgili eğitim alma durumuna göre değerlendirilmesi

Ölçek	HPV ile ilgili eğitim alma durumu		*Test*, p*
	Evet Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	**Hayır** Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	
Duyarlılık	30.35±3.86 (18-31-41)	29.97±4.20 (20-30-43)	8.468; 0.488
Algılanan ciddiyet	28.56±4.69 (17-29-37)	27.69±4.63 (16-28-40)	9.002; 0.113
Algılanan engel	27.58±4.36 (17-28-35)	26.60±4.67 (11-27-35)	9.071; 0.090
Algılanan yarar	24.78±3.80 (17-25-30)	24.06±3.47 (14-24-30)	8.948; 0.135
Toplam ölçek	111.27±11.73 (89-113-140)	108.28±11.32 (80-109-140)	9.122; 0.075

*Mann-Whitney U testi.

SKETİTÖ ve alt boyut puanları katılımcının serviks kanseri hakkında yeterli bilgisi olma durumuna göre karşılaştırıldığında, algılanan engel ve algılanan yarar puanları anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Katılımcıların serviks kanseri hakkında bilgi durumlarına göre SKETİTÖ ve alt boyut puan ortalamaları Tablo 45'te sunulmuştur.

Tablo 45. Katılımcıların SKETİTÖ ve alt boyutlarının serviks kanseri hakkındaki bilgi durumuna göre değerlendirilmesi

Ölçek	Seviks CA hakkında bilgi durumu		*Test*, p*
	Evet Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	**Hayır** Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	
Duyarlılık	30.22±4.11 (18-30-43)	29.95±4.08 (20-30-40)	8.509; 0.542
Algılanan ciddiyet	27.57±4.53 (18-28-37)	28.49±4.79 (16-29-40)	10.118; 0.052
Algılanan engel	27.55±4.25 (16-28-35)	26.18±4.87 (11-27-35)	7.370; **0.016**
Algılanan yarar	24.76±3.54 (17-25-30)	23.76±3.60 (14-24-30)	7.570; **0.036**
Toplam ölçek	110.11±11.09 (84-111-140)	108.31±12.02 (80-110-139)	8.276; 0.328

*Mann-Whitney U test.

Katılımcıların HPV aşısı önerme durumları ile SKETİTÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar Tablo 46'da karşılaştırılmıştır. HPV aşısını öneren sağlık çalışanlarının duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yarar ve toplam ölçek puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 46. Katılımcıların SKETİTÖ ve alt boyutlarının HPV aşısı önerme durumuna göre değerlendirilmesi

Ölçek	**HPV aşısı önerme**		***Test*, p***
	Öneririm Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	**Önermem** Ort±SS (Min.- Med.-Mak)	
Duyarlılık	30.47±3.97 (18-31-43)	28.77±4.24 (20-29-39)	4.505 **0.002**
Algılanan ciddiyet	28.45±4.50 (17-29-40)	26.32±4.88 (16-27-40)	4.565 **0.002**
Algılanan engel	27.08±4.73 (11-27-35)	26.40±4.01 (15-27-34)	5.507 0.209
Algılanan yarar	24.73±3.47 (17-25-30)	22.81±3.66 (14-23-29)	4.445 **0.001**
Toplam ölçek	110.70±11.04 (86-112-140)	104.32±11.95 (80-107-129)	4.419 **0.001**

*Mann-Whitney U testi.

Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği ve HPV Bilgi Ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p=0.001; r=0,204). Ayrıca Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği algılanan yarar alt boyutu ile HPV BÖ toplam puan ve tüm alt boyutları arasında da pozitif yönde, zayıf düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği ve HPV Bilgi Ölçeği arasındaki ilişkiye ait korelasyon testi sonuçları tablo 47'de sunulmuştur.

Tablo 47. HPV Bilgi Ölçeği ve Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği puanları arasındaki ilişkiye ait korelasyon testi sonuçları

HPV-BÖ		SKETİTÖ				
		Duyarlılık	Algılanan ciddiyet	Algılanan engel	Algılanan yarar	SKETİTÖ Toplam
Genel HPV bilgisi	r	**0.122***	0.045	**0.204****	**0.214****	**0.208****
	p	**0.047**	0.459	**0.001**	**0.000**	**0.001**
HPV tarama testi bilgisi	r	0.077	-0.019	**0.145***	**0.205****	**0.013***
	p	0.206	0.762	**0.018**	**0.001**	**0.034**
Genel HPV aşı bilgisi	r	**0.128***	0.073	**0.253****	**0.278****	**0.245****
	p	**0.037**	0.231	**0.000**	**0.000**	**0.000**
Mevcut HPV aşılama programına yönelik bilgi	r	0.087	0.040	0.094	**0.135***	0.115
	p	0.156	0.516	0.124	**0.027**	0.059
HPV-BÖ Toplam	r	0.116	0.039	**0.210****	**0.231****	**0.204****
	p	0.058	0.522	**0.001**	**0.000**	**0.001** [a]

a: Spearman's kolerasyon

TARTIŞMA

Human papilloma virüs en yaygın görülen cinsel yolla bulaşan hastalıktır. Kadınlarda görülen enfeksiyon kaynaklı kanserlerde %56.1 ile HPV ilk sırada gelmektedir (42). HPV serviks kanserinin ana nedeni olarak kabul edilmekte olup, serviks kanseri aşılama ve öncü lezyonların taranması, uygun takip ve tedavi ile büyük ölçüde önlenebilir bir hastalıktır (60). Ancak bu durum toplumun bilinçlendirilmesi ile sağlanabilir.

Kadınların HPV ve serviks kanseri hakkındaki bilgi düzeyi tarama ve aşı programlarına katılım oranlarını etkilemektedir. Bu nedenle toplumun HPV ve serviks kanseri hakkında farkındalığının arttırılması için öncelikle sağlık çalışanlarının HPV hakkında bilgi düzeylerini belirlemek ve serviks kanseri erken tanı yöntemleri ile ilgili uygulamalarını değerlendirmek önem arz etmektedir. Bu amaçla yürütülen bu çalışmada Kırklareli ili Merkez ilçede bulunan sağlık kurumlarında görev yapan 268 kadın sağlık çalışanından elde edilen buldular literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının eğitim durumlarına bakıldığında %85.9'unun yüksekokul-üniversite ve lisansüstü eğitimi bitirmiş olduğu görülmüştür. Güder ve arkadaşlarının 2022 yılında sağlık çalışanları ile yaptıkları çalışmalarında üniversite mezunu %87.1 olduğu bildirilmiştir (95). Kırklareli Merkez ilçede kadın sağlık çalışanlarının diğer çalışmalara benzer şekilde eğitimli oldukları görülmektedir.

Çalışma grubumuzun medeni durumlarına bakıldığında %71.3'ünün evli olduğu görülmektedir. Bekar ve ark. (96) tarafından akademisyen kadınlar üzerinde yapılan benzer bir çalışmada kadınların %71.6'sı evli olarak tespit etmişlerdir. Özer'in (97) kadın sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmasında kadınların %69'u evlidir. Ayan'ın (8) ebe ve hemşirelerle

yaptığı araştırmasında katılımcıların %68.8'i evlidir. Sonuçların çalışmamız ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının yaş ortalaması 37.09±8.71 olduğu görülmüştür. Sağlık çalışanları ile yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmaktadır (95). Köseoğlu'nun (98) üniversite hastanesinde kadın sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmasında yaş ortalaması 31.1±6.8 bulunmuştur.

Ayan'ın (8) ebe ve hemşirelerle yaptığı araştırmasında katılımcıların ilk adet yaş ortalaması 12.9±1.3 olarak bulunmuştur. Sönmez ve ark. (99) araştırmasında kadınların ilk adet yaş ortalaması 13.31±1.44 olarak bulunmuştur. Çalışmamızdaki kadınların ilk adet yaş ortalaması diğer çalışmalar benzer olarak 13.70±1.24 tespit edilmiştir.

Tütün ve tütün ürünlerinin kullanımı pek çok kanser türünde olduğu gibi serviks kanseri içinde önemli bir risk faktörüdür. Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının halen sigara içmekte olanların oranı diğer çalışmalarla benzer olarak %35.4 olarak belirlenmiştir. Türkiye Tütün Araştırması–2016 raporuna göre kadınlarda sigara kullanımı %20.8'dir (100). Yıldız ve ark. (101) çalışmasında sağlık çalışanlarında sigara kullanma oranı %36.2, Üzer'in (102) 2018 yılında yaptığı çalışmasında %30.04 olarak bildirilmiştir. Sağlık çalışanlarındaki bu oran Türkiye'deki kadınların tütün kullanım oranlarının çok üstündedir.

HPV aşısı serviks kanserinden korunmada en etkili birincil korunma yöntemidir. Çalışmamıza katılan kadın sağlık çalışanlarına HPV aşı olma durumları sorulmuş olup sadece %3'ü aşı olduğunu belirtmiştir. Doğan'ın (24) 2021 yılında akademik hemşireler ile yaptığı çalışmada aşılanma oranı %9.5'tir. Ayaz'ın (103) 2019 yılında kadın sağlık çalışanları ile yaptığı bir çalışmada %4.4 olarak bulunmuştur. Guder ve Güder'in (95) 2022 yılında yaptığı diğer bir çalışmada sağlık çalışanlarının aşı yaptırma oranları %7.7 bulunmuştur. Güven'in (104) İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapmakta olan kadın sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada aşı yaptırma oranı %17.3'tür. Bu çalışmalardan farklı olarak hiç aşı yaptırılmadığını bildiren çalışmalarda mevcuttur (105). Ülke çapında ergen kızlarda %95'ten fazla aşılanma oranı elde eden Bhutan'da, aşı ile hedeflenen HPV türleri prevalansında; aşılananlarda %93, aşılanmayanlarda %88 azalma tespit edilmiştir. Toplumda HPV prevalansının azalması serviks ve HPV ilişkili hastalıklarda azalma sağlayacaktır. DSÖ serviks kanseri eliminasyon programı ile %90 aşılanmayı hedeflemektedir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde aşılanma oranı çok düşük olduğu görülmektedir.

DSÖ Aşı Güvenliği Danışma Komitesi, HPV aşılarının güvenlik profilinin, güven verici düzeyde olmaya devam ettiğini bildirmiştir (106). DSÖ 2009'dan bu yana, HPV aşısının ulusal

bağışıklama programlarına dahil edilmesini tavsiye etmekte olup şu ana kadar toplam 117 ülke HPV aşısını ulusal bağışıklama programlarına dahil etmiştir (48). Ülkemizde son günlerde ilgili tartışma gündeme gelmiş fakat lisanslı 2 HPV aşısı henüz ulusal bağışıklama programına dahil edilmemiştir. Katılımcıların %92.2'si HPV aşısının Ulusal Bağışıklama Programına eklenmesini istediğini bildirmektedir. HPV aşısının DSÖ'nün önerdiği gibi ülkemizin ulusal bağışıklama programına dahil edilmesi, aşıya erişimi, kabul edilirliği arttırarak aşılanma oranlarını arttırabilir. Kadın sağlık çalışanlarının %78'i HPV aşısı olmayı önermektedir. Birleşik Krallık'ta sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada aşı önerme oranı %98,3'ü olarak bulunmuştur. (107). Çin'de sağlık çalışanları ile yapılan araştırmada başkalarına HPV aşını önerme oranı %74.8'dir (108). Özdemir'in (109) tıp fakültesi öğrencileri ile yaptığı araştırmada öğrencilerin %71.8'i HPV aşılarından birini gelecekte çevresine ve hastalara önereceğini belirtmiştir. Yapılan çalışmalar genel olarak HPV aşının aşı takvimine eklenmesini destekler niteliktedir.

Ulusal Serviks Kanseri Tarama Programı standartlarına göre 5 yılda 1 HPV ve Pap-smear testi ile yapılan taramanın sıklığı ile ilgili sorumuza, çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının %49.3'ü doğru yanıt vermiştir. Özer'in (97) sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada ise %12.9 olarak tespit edilmiştir. Ülkemizde 30 yıldır, 5 yılda 1 yapılan serviks kanseri tarama sıklığına sağlık çalışanların doğru yanıt oranı çok düşük bulunmuştur.

Düzenli tarama serviks kanseri için etkili bir önleme yaklaşımıdır (110). Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının %71.6'sı hiç yada düzensiz olarak tarama testi yaptırdığını, %28.4'ü düzenli tarama yaptırdığını belirtmiştir. Güven'in (104) sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmasında düzenli pap-smear testi yaptırma oranı %15.8'dir. Doğan'ın (24) çalışmasına katılan akademisyen hemşirelerin %36,3'ünün düzenli olarak pap smear testi yaptırdığı belirlenmiştir. Ayan'ın (8) sağlık çalışanları ile yürüttüğü çalışmasında %35.6'sı pap-smear/HPV testi yaptırdığı tespit edilmiştir. Hindistan'da toplum sağlığı çalışanları arasında yapılan çalışmada %10'undan azı geçmişte serviks kanseri taraması yaptırdığı belirlenmiş (111). Çalışmamızda tarama yaptırmayan katılımcılara tarama yaptırmama nedenleri sorulmuştur %33.2'si herhangi bir hastalık belirtisine sahip olmadığı için tarama yaptırmadığını belirtmiştir. Yine ülkemizde sağlık çalışanları ile yapılan çalışmada %44.7'si, Hindistan'da sağlık çalışanları ile yapılan çalışmada %35.7'si herhangi bir hastalık belirtisine sahip olmadığı için tarama yaptırmadığını belirtmiştir (8,111). Sonuçlar bize konunun en önemli parçasını oluşturan sağlık çalışanlarında bile düzenli "Pap smear" yaptırma durumunun çok düşük olduğunu göstermektedir.

Çalışmamıza katılan kadın sağlık çalışanlarının %24.3'ünün düzenli jinekolojik muayene yaptırdığı saptanmıştır. Katılımcıların %42.9'u herhangi bir hastalık belirtisinin olmaması, % 21.6'sı ihmal, %3.7'si utanma, %7.5'i diğer nedenlerle periyodik jinekolojik muayeneye gitmediğini belirtmiştir. Gürler'in (112) çalışında düzenli jinekolojik muayene oranı %16.8 bulunmuştur. 2019 yılında Öz ve ark. (113) sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada düzenli jinekolojik muayene %35 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada düzenli servikal sitoloji sıklığı %24.7'dir. Sonuçlar kadınların düzenli jinekolojik muayene olma durumlarının yetersiz olduğu göstermektedir.

DSÖ'nün önerdiği kendi kendine alınan HPV testlerinin, serviks kanseri taramalarında kullanılması halinde taramalara katılıma etkisi sorulduğunda %84.7'si katılımı arttıracağını, %15.3'ü etkisiz olacağını belirtmiştir. Brezilya'da yapılan araştırmada kadınların %76.70'i HPV testi için numuneyi kendisinin toplamasını tercih ettiğini belirtmiş (114). Kanada'da birinci basamak sağlık çalışanları ile yapılan çalışmada katılımcıların %98.2'si kendi kendine örneklemenin hastalar tarafından kabul edilebilir olduğu görüşündedir. Kendi kendine örnekleme seçeneğinin olması tarama öneren aile hekimi sayısını arttırabilir ve hastalar tarafından tercih edilebilir (115).

Çalışmamıza katılan kadın sağlık çalışanlarının Human Papilloma Virüsü Bilgi Ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 18.97±8.09 olarak bulunmuştur. Hemşireler de yapılan bir çalışmada HPV-BÖ toplam puan ortalaması 17.36±7.21 olarak saptanmıştır (116). Farklı veri toplama aracı ile yürütülen diğer çalışmalarda ebe ve hemşirelerin kısmen yeterli bilgiye sahip oldukları saptanmıştır (117,118). HPV bilgi durumunun alt başlıklarını araştıran çalışmalarda sağlık personelinin HPV aşısı ile ilgili bilgi düzeylerinin yeterli olduğu bildirilirken, Işık ve ark çalışmasında katılımcıların çoğunluğunun Pap smear testi konusundaki bilgilerinin eksik olduğu bildirilmektedir (119). Hastalara ve topluma sağlık eğitimi vermede çok önemli bir yere sahip olan sağlık çalışanlarının başarılı tarama programları için tüm sağlık çalışanlarının HPV ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmaları önemlidir.

Araştırmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının HPV-BÖ yönelik sorulara verdikleri cevaplar incelendiğinde en çok doğru yanıtlanan HPV aşısı ve cinsel yolla bulaş durumu ile ilgili soru olmuştur. Ülkemizde Yiğitalp (117) tarafından yapılan çalışmada benzer şekilde HPV enfeksiyonunun cinsel yolla bulaşan bir hastalık olduğu en iyi bilinen konu olarak belirlenmiştir. Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda İngiltere'de %94.7'si, Tanzanya'da %60.6'sı, Kamerun'da ise hemşire ve ebelerin %57'si ve Güney Afrika'da yapılan çalışmada

hemşirelerin %38.3'ü tarafından bilinmektedir. (120-122). Ülkemizde bu bilginin az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere göre önemli derecede yüksek olduğu görülmektedir.

Çalışmamıza katılan kadın sağlık çalışanlarının yaş gruplarına göre HPV-BÖ ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında sadece HPV tarama testi bilgi puanının 40-49 yaş grubunda olan katılımcılarda daha küçük yaş gruplarından anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir. Yıldız'ın (124) araştırmasında katılımcıların yaşları ile HPV-BÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarında arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Çalışmamızdan farklı olarak 250 hemşire ile yapılan bir araştırmada, genç yaş grubunda ileri yaş grubuna göre genel HPV bilgisi ve HPV tarama testi bilgisi daha düşük bulunmuştur. Aynı çalışmada Mevcut HPV Aşılama Programına Yönelik Bilgi puanı 36-45 yaş grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer daha küçük yaş gruplarından anlamlı derecede yüksektir. 25-35 yaş grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama HPV Bilgi Ölçeği Toplam puanı diğer yaş gruplarına göre anlamlı derecede yüksektir olarak bulunmuştur (116).

Kadın sağlık çalışanlarının medeni durumlarına göre HPV-BÖ ve alt boyut puanları karşılaştırıldığında medeni duruma göre farklılaşmadığı saptanmıştır. Yıldırım'ın (125) araştırmasında çalışmamızdan farklı olarak evli katılımcıların daha yüksek bilgi düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Tıp öğrencileri ile yapılan çalışmada bekar katılımcıların bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (126). Yıldız'ın (124) çalışmasında bekar katılımcıların genel HPV bilgisi ve genel HPV aşı bilgi puan ortalamaları evli katılımcılardan anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Hemşirelerle yapılan çalışmada evlilerin HPV-BÖ toplam puan ortalaması bekarlardan anlamlı derecede düşük bulunmuştur (116).

Katılımcıların çocuk sayılarına göre genel HPV bilgisi, genel HPV aşı bilgisi ve HPV-BÖ toplam ölçek puanları karşılaştırıldığında puanların farklılaşmadığı saptanmıştır. 2 çocuğu olan katılımcıların HPV tarama testi bilgisi ve mevcut HPV aşılama programına yönelik bilgi puan ortalamaları çocuğu olmayan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Hemşirelerle yapılan bir çalışmada çocuğu olan hemşirelerin olmayanlara göre HPV enfeksiyonu ve HPV aşısı bilgi ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (118).

Çalışmamıza katılan kadın sağlık çalışanlarının HPV-BÖ ve alt boyut puanları hayatlarının en uzun süre geçtiği yerleşim yerine göre değerlendirildiğinde puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Yıldırım'ın araştırmasında

çalışmamızla benzer şekilde yaşadıkları yere göre HPV-BÖ puanları farklılaşmamaktadır (125).

Katılımcıların gelir durumlarına göre HPV bilgi ölçeği toplam ve alt boyut puan dağılımları incelendiğinde; geliri giderden daha fazla olan kadın sağlık çalışanlarının HPV-BÖ toplamından aldıkları puanlar, geliri gidere denk ve az olan katılımcılara göre anlamlı biçimde yüksek bulunmuştur. Yıldız'ın (124) çalışmasında çalışmamıza benzer şekilde gelir durumunu iyi/çok iyi olarak ifade edenlerde, orta olarak ifade edenlere göre genel HPV bilgisi alt boyut puanı ve HPV-BÖ puan ortalaması anlamlı olarak yüksek saptanmıştır.

Kadın çalışanların mesleklerine göre HPV Bilgi Ölçeği ve tüm alt ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Hekimlerin toplam ölçek puanı ve tüm alt ölçek puanlarının diğer mesleklere göre anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. En düşük bilgi puanına idari çalışan grubunun olduğu belirlenmiştir. Çin'de sağlık çalışanları ile yapılan bir araştırmada çalışmamıza benzer şekilde HPV ve HPV aşısı farkındalığı mesleklere göre anlamlı farklılık göstermiştir (108). Hekim grubunda puan ortalamasının yüksek olması beklenen bir bulgudur.

Meslekte toplam çalışma yıllarına göre HPV bilgi ölçeği toplam ve alt boyut puan dağılımları incelendiğinde 20 yıl ve üzeri çalışanlarda HPV tarama testi bilgisi, mevcut HPV aşılama programlarına yönelik bilgi ve toplam ölçek puan ortalamaları anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur. 222 hemşire ile yapılan araştırmada çalışmamızla benzer şekilde çalışma yılı ile HPV enfeksiyonu ve HPV aşısı ile ilgili bilgi puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (118).

Katılımcıların eğitim durumlarına göre HPV Bilgi Ölçeği Toplam ve alt boyut puanlarının dağılımları incelendiğinde, lisansüstü eğitime sahip katılımcıların ortalama puanları diğer eğitim durumlarına göre anlamlı biçimde yüksek olduğu bulunmuştur. Eğitim seviyesi arttıkça tüm alt boyut ve toplam ölçek puan ortalamaları artmaktadır. Çalışmamızla benzer şekilde Arı'nın (116) çalışmasında da eğitim seviyesi arttıkça HPV-BÖ puan ortalamaları artmaktadır.

Literatürde kişilerin öyküsünde kronik hastalık ya da birinci derece yakınlarında kanser öyküsü gibi sağlık sorunlarının varlığında sağlıkla ilgili tarama davranışlarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (125). Çalışma grubumuzdaki kadınların yaklaşık dörtte birinin kronik hastalığa sahip olduğu ve ailesinde kanser öyküsünün olduğu belirlenmiştir. Çalışmada kronik hastalığı olanların Mevcut HPV aşılama programına yönelik bilgi düzeylerinin kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek bilgi puanına sahip olduğu saptanmıştır.

HPV bilgi ölçeği toplam ve alt boyut puan dağılımları katılımcıların pap-smear ve HPV testi yaptırma durumlarına göre incelendiğinde; düzenli pap-smear ve HPV testi yaptıran katılımcıların genel HPV bilgisi, HPV tarama testi bilgisi ve toplam ölçek puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Hindistan'da yapılan bir çalışmada pap-smear testi hakkında bilgi sahibi olan hemşirelerin %83,4'ü hiç tarama testi yaptırmadığı tespit edilmiştir (127). Sağlık çalışanı dışındaki kadınlarda yapılan çalışmalarda pap-smear testi hakkında bilgisi olan kadınların istatistiksel olarak daha fazla pap-smear testini yaptırdıkları tespit edilmiştir (99,128). HPV hakkındaki bilgi düzeyi tarama programlarına katılım oranlarını etkilemektedir.

Çalışmamızda düzenli jinekolojik muayene yaptıranların genel HPV bilgi alt boyut puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalar incelendiğinde çalışma sonuçları ile benzer şekilde çalışmalarda fark olduğunu belirten çalışmalar olduğu gibi, fark olmadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (117,128).

HPV ile ilgili eğitim alanların HPV-BÖ toplam puan ve alt ölçek puan ortalamaları bilgi almayanlara göre anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur. Serviks kanseri hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünen katılımcıların HPV Bilgi Ölçeği Toplam ve alt boyut puan dağılımları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Yapılan çalışmalarda bilgi konu ile ilgili eğitim alanların bilgi puanlarının yüksek olması beklenen bir durumdur. Yapılan çalışmalar ile bizim sonuçlarımızın uyumlu olduğu belirlenmiştir (128).

Çalışmamıza katılan kadın sağlık çalışanlarının Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 109.40±11.53 bulunmuştur. Sağlık çalışanları ile yürütülen Devrim (17), Ayaz (103) ve Ayan (8)'ın çalışmalarında SKETİTÖ toplam ölçek ortalama puanları (sırasıyla 110.55±11.25, 108,64±11,88 ve 104,9±8,9) çalışmamızla benzer değerlerdedir. Fakat 15-49 yaş arası kadınlarda yapılan bir çalışmada SKETİTÖ toplam puan ortalaması 103.6±8.8, diğer bir çalışmada ise 77.49±11.2 gibi oldukça düşük bulunmuştur (129, 130). Sağlığın korunması ve geliştirilmesi sürecinde bireylerin algıları oldukça önemli bir durumdur. Çalışmada kadınların ölçek alt boyutlarından duyarlılık algısı puan ortalaması (30.10±4.09), yarar algısı puan ortalaması (24.50±3.60), algılanan engel algısı (26.93±4.58) ve ciddiyet algısı puan ortalaması (27.98±4.66) diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında daha yüksek olarak bulunmuştur (129). Fakat çalışmada yarar algısının engel algısının göre daha düşük olması kadınların serviks kanseri erken tanı davranışlarının gerçekleştirilmesini olumsuz yönde etkileyebilir.

Çalışmamıza katılan kadın sağlık çalışanlarının SKETİTÖ ve alt boyut puanlarından aldıkları puanlar yaş, medeni durum, gelir durumu ve çocuk sayısı değişkenlerine göre karşılaştırdığımızda anlamlı fark bulunmamıştır.

Çalışmamızla benzer şekilde Ayaz, Altıntaş ve Korkmaz'ın (103,131) çalışmalarında da yaş ile SKETİTÖ ölçek puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Ayan'ın (8) araştırmasında çalışmamızdan farklı olarak yaş ilerledikçe SKETİTÖ toplam puanlarının anlamlı olarak arttığı tespit edilmiştir. Bu durum kadınların yaşları ilerledikçe daha eğitimli ve bilinçli olmaları ile açıklanmakta olup bu çalışmada fark olmaması araştırma grubumuzun sağlık çalışanları olması dolayısıyla konu ile ilgili eğitim almış olmalarından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Doğan, Altıntaş ve Gürler, (112,131,132) çalışmamızla benzer şekilde medeni durum ile anlamlı fark tespit etmemişlerdir. Çalışmamızdan farklı olarak Ayan (8)'ın çalışmasında evli olanların ölçek puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Tüzün (84) araştırmasında evlilerin algılanan ciddiyet, Demir (128) ise bekarların algılanan engel alt boyut puan ortalamalarını yüksek bulmuştur. Bazı çalışmalarda çalışmamız ile benzer sonuçlar içerirken diğerleri çalışmamız ile uyumsuzdur.

Kulakçı ve Korkmaz (131) araştırmalarında çalışmamızla benzer şekilde çocuk sahibi olma durumuna göre SKETİTÖ ölçek puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Ayan (8) ve Akbulut (133) yaptıkları araştırmalarında çalışmamızla aynı şekilde gelir durumlarına göre katılımcıların SKETİTÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlarda anlamlı farklılık olmamıştır. Kulakçı ve Korkmaz (131) araştırmasında, gelir durumuna göre algılanan engel ve toplam ölçek puanlarında anlamlı fark saptanmıştır. Bu çalışmada anlamlı farkın bulunmaması yine örneklem grubumuzdan kaynakladığı düşünülebilir.

SKETİTÖ ölçek puanları eğitim durumları ile karşılaştırıldığında lisansüstü ve lisans eğitime sahip katılımcıların algılanan yarar alt boyut puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Diğer alt boyut puanlarında anlamlı fark saptanmamıştır. Çalışmamızda eğitim seviyesi arttıkça algılanan yarar alt boyut puan ortalamaları artmıştır. Eğitim seviyesi arttıkça serviks kanseri erken tanı yöntemlerinin korunmada yarar sağladığını düşüncesinin arttığını göstermektedir. Ayaz'ın (103) sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmasında algılanan yarar, algılanan duyarlılık ve toplam ölçek puan ortalamaları eğitim durumuna göre anlamlı şekilde farklılaşmıştır. Demir (128) yaptığı çalışmada algılanan engel ve algılanan yarar alt boyut

puanlarında anlamlı fark saptanmıştır. Bu sonuçlar servikal kanserden korunmak için gösterilen tutuma eğitim düzeyinin önemli etkisinin olduğunu göstermektedir.

Mesleklere göre SKETİTÖ ölçek puanları karşılaştırıldığında algılanan engel, algılanan yarar ve toplam ölçek puan ortalamaları anlamlı fark tespit edilmiştir. Genel duyarlılık ve algılanan ciddiyet alt boyut puan ortalamalarında ise istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir. Algılanan engel alt boyutunda, hekim, ebe ve hemşirelerin puan ortalamaları personellerden anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Algılanan yarar alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında hekimlerin puan ortalamaları, personel ve idari personellere ait değerden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Hekimlerin toplam ölçek puan ortalamaları, ebe, hemşire, idari personel ve personellerden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Elif Ayan'ın (8) ebe ve hemşirelerle yaptığı çalışmada meslek gruplarına göre SKETİTÖ ölçek puanlarının farklılaşmadığı tespit edilmiştir. Hekim, ebe, hemşire ve diğer sağlık personelleri ile yapılan çalışmada algılanan ciddiyet, duyarlılık ve toplam ölçek puan ortalamalarında farklılık bulunmazken, algılanan engel ve algılanan yarar puan ortalamaları anlamlı fark tespit edilmiştir (103). Özellikle hekim, ebe ve hemşire grubunda puan ortalamalarının daha yüksek olması ilgili konuların lisans eğitiminde yer alması ve topluma konu ile sağlık eğitiminde aktif görev almaları ile ilişkilendirilebilir.

Çalışmamıza katılan kadın sağlık çalışanlarının düzenli pap-smear veya HPV testi yaptırma durumlarına göre SKETİTÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında düzenli pap-smear veya HPV testi yaptıran katılımcıların duyarlılık, algılanan engel ve toplam ölçek boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Ayaz'ın (103) yaptığı araştırmada çalışmamızla benzer şekilde pap-smear testi yaptıran katılımcıların duyarlılık, algılanan engel ve toplam ölçek boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Ayan'ın (8) sağlık çalışanları ile yapılan çalışmasında çalışmamızla benzer şekilde pap-smear/HPV testi yaptırmış olanların yaptırmayanlara göre SKETİTÖ toplam puanları yüksek bulunmuştur. Kadınların pap-smear testinin yararına ilişkin pozitif yönde algıları arttıkça; duyarlılık ve ciddiyet algıları da benzer şekilde artmaktadır. Yapılan çalışmalarda algılanan duyarlılığın artması ile serviks kanseri riskini azaltmaya yönelik tutum olasılığının da arttığı bildirilmektedir (129).

Çalışmamıza katılan kadın sağlık çalışanlarının düzenli jinekolojik muayene yaptırma durumlarına göre SKETİTÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında düzenli jinekolojik muayene yaptıran katılımcıların duyarlılık, algılanan engel, algılanan yarar ve

toplam ölçek boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Önal (134) tarafından yapılan araştırmada çalışmamıza benzer sonuçlar elde edilmiştir. Gürler'in (112) çalışmasında düzenli jinekolojik muayene yaptıran ve pap-smear yaptıran kadınların duyarlılık, algılanan yarar ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulmuş olup çalışmamız ile uyumludur.

Serviks kanseri hakkında yeterli bilgisi olduğunu düşünen katılımcıların SKETİTÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında algılanan engel ve algılanan yarar alt boyut puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ayrıca HPV ile ilgili eğitim alma durumlarına göre SKETİTÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında anlamlı fark görülmemiştir. Ayaz'ın (103) çalışmasında jinekolojik kanserlerle ilgili eğitim alanların algılanan yarar, duyarlılık ve toplam ölçek puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ayan'ın (8) çalışmasında katılımcıların servikal kanser ve erken tanı yöntemleri konusunda mesleki eğitim veya hizmet içi eğitim alıp almamalarına göre SKETİTÖ toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir. Bazı çalışmaların çalışmamız ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Tütün ve alkol kullanımı dünya çapında en yüksek kanserden ölüm oranını nedeni olarak kabul edilmektedir (135). Özellikle sigara kullanımı serviks kanserine katkıda bulunan bir faktör olarak görülmektedir (65). Çalışmamıza katılan kadın sağlık çalışanlarının sigara ve alkol kullanım durumlarına göre SKETİTÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; sigara kullananların algılanan ciddiyet ve toplam ölçek puan ortalamaları, alkol kullananların algılanan engel ve toplam ölçek puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Ayan'ın (8) ebe ve hemşirelerle yaptığı çalışmasında ve Doğan'ın (132) keteme başvuran kadınlarla yaptığı çalışmasında sigara kullanımı ile SKETİTÖ ölçek puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Tüzün'ün (84) 1017 kadınla yaptığı çalışmasında algılanan engel alt boyutunda sigara içmeyenlerin, algılanan yarar alt boyutunda ise sigara içenlerin daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu bulunmuş olup sonuçlar çalışma sonuçlarımız ile benzerdir.

Çalışmamızda kronik hastalığı olan kadınların algılanan ciddiyet puan ortalamaları kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Kadın hastalıkları ile ilgili tanısı olan katılımcıların ise duyarlılık ve algılanan ciddiyet puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Elif Ayan'ın (8) çalışmasında kronik hastalık durumuna göre SKETİTÖ ölçek puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu sonuçlar bireylerin

kendilerini riskli grupta görmelerinin sağlıklı davranışlara yönelmelerine neden olan bir faktör olduğunu söylenebilir. Sağlığı koruma ve geliştirme alanında çok kullanılan modellerden biri olan ‘Sağlık İnanç Modeli’ne göre de davranış değişikliğinin önemli belirleyicilerinden biri algılanan bireysel risk olarak belirtilmektedir (130).

SONUÇLAR

Kırklareli İli Merkez ilçede görev yapan kadın sağlık çalışanlarının HPV hakkında bilgi düzeyleri ve serviks kanseri erken tanı yöntemleri ile ilgili uygulamaları belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmamızın sonuçları şöyledir;

- Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının yaş ortalaması 37.09±8.71 (min:20, maks:59, medyan:37) yıldır.
- Sağlık çalışanlarının % 85.9 yüksekokul ve lisansüstü eğitime sahiptir.
- Katılımcıların %24.6'sının bir veya birden fazla kronik bir hastalığı olduğu saptanmıştır. Ayrıca kadın sağlık çalışanlarının %26.9'sinin ailesinde kanser tanısı alan ve %4.9'unun ailesinde serviks kanseri tanısı alan olduğu belirlenmiştir.
- Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %35.4'ünün sigara, %44.4'ünün alkol kullandığı tespit edilmiştir.
- Kadın sağlık çalışanlarının %24.3'i düzenli olarak jinekolojik muayene yatırdığını belirtmiştir. Periyodik jinekolojik muayeneye gitmeme nedenlerinin; %42.9'u herhangi bir hastalık belirtisine sahip olmama olduğu tespit edilmiştir.
- Kadın sağlık çalışanlarının %3'ü HPV aşısı olmuş ve %78'i HPV aşısı olmayı önermekte ve %92.2'si de HPV aşısının Ulusal Bağışıklama Programına eklenmesini istediği tespit edilmiştir.
- Katılımcıların %28.4'ü düzenli Pap-smear veya HPV testi yaptırdığı, %71.6'sının hiç yaptırmadığı veya düzensiz yaptırdığı belirlenmiştir.
- Katılımcıların HPV-BÖ toplam puan ortalaması 18.97±8.09 olarak orta düzeyde olduğu saptanmıştır. HPV-BÖ toplam puanlarında yaş, medeni durum, çocuk sayısı, en uzun

süre yaşanan yer, kronik hastalığının varlığı, düzenli jinekolojik muayene yaptırma durumları ile istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

- Hekimlerin, 20 yıl ve üzeri mesleki deneyimi olanların, birinci basamakta görev yapan, geliri giderden fazla olanların, düzenli pap-smear veya HPV testi yaptıran, HPV ile ilgili eğitim alan ve serviks kanseri hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünen katılımcıların HPV-BÖ toplam puan ortalaması anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.
- Eğitim durumlarına ile toplam HPV Bilgi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Eğitim seviyesi arttıkça bilgi puan ortalamaları artmaktadır.
- HPV-BÖ genel HPV bilgisi alt boyut puanları incelendiğinde yaş, medeni durum, çocuk sayısı, en uzun süre yaşanan yer, gelir durumu, çalışma yılı, kronik hastalık durumları ile istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir değişim saptanmamıştır.
- HPV-BÖ HPV tarama testi bilgisi alt boyut puanları incelendiğinde medeni durum, en uzun süre yaşanan yer, gelir durumu, kronik hastalık ve periyodik jinekolojik muayene yaptırma durumları ile istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.
- Katılımcıların SKETİTÖ toplam puan ortalaması 109.40±11.53 olarak orta düzeyde bulunmuştur.
- SKETİTÖ toplam puanları, yaş, medeni durum, çocuk sayısı, en uzun süre yaşanan yer, gelir durumu, çalışma yılı, eğitim durumu, kronik hastalığının varlığı, kadın hastalıkları ile ilgili tanı, HPV ile ilgili eğitim alma ve serviks kanseri hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumları ile istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir fark saptanmamıştır.
- Aile sağlığı merkezinde çalışanların, sigara ve alkol kullananların, düzenli jinekolojik muayene olanların, düzenli pap-smear veya HPV testi yaptıran, HPV aşısını öneren katılımcıların SKETİTÖ toplam puan ortalaması anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.
- SKETİTÖ toplam puan ortalaması; hekimlerin, ebe ve hemşireler, idari personel ve personellerden, ebe ve hemşirelerin; idari personellerden, anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.
- SKETİTÖ duyarlılık alt boyut puanları incelendiğinde yaş, medeni durum, çocuk sayısı, en uzun süre yaşanan yer, gelir durumu, meslek, çalışma yılı, eğitim durumu, çalıştığı kurum, kronik hastalık, sigara, alkol kullanımı HPV ile ilgili eğitim alma ve serviks kanseri hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumları ile istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmamıştır.

- Düzenli jinekolojik muayene yaptıranların, düzenli pap-smear veya HPV testi yaptıranların, HPV aşısı öneren sağlık çalışanlarının SKETİTÖ duyarlılık alt boyut puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.
- Aile sağlığı merkezinde çalışanların, kronik hastalığı olanların, kadın hastalıkları ile ilgili tanısı olanların, il merkezinde yaşayanların, köy/kasabada yaşayanlara göre, sigara kullananların, düzenli pap-smear veya HPV testi yaptıranların, HPV aşısını öneren sağlık çalışanlarının SKETİTÖ algılanan ciddiyet alt boyut puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.
- SKETİTÖ algılanan engel alt boyut puanları incelendiğinde yaş, medeni durum, çocuk sayısı, en uzun süre yaşanan yer, gelir durumu, çalışma yılı, eğitim durumu, kronik hastalık, kadın hastalıkları tanısı, sigara kullanımı, HPV ile ilgili eğitim alma durumları ile istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmamıştır.
- Mesleklere göre algılanan engel alt boyut puan ortalaması; hekimlerin, idari personel ve personellerden, SKETİTÖ ebe ve hemşirelerin, personellerden, aile sağlığı merkezinde çalışanların, hastanede ve sağlık müdürlüğünde çalışanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.
- Periyodik jinekolojik muayene yaptıranların, serviks kanseri hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünenlerin, HPV aşısı öneren sağlık çalışanlarının SKETİTÖ algılanan yarar alt boyut puanları anlamlı derecede yüksektir.
- Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği ve HPV Bilgi Ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.
- Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği algılanan yarar alt boyutu ile HPV BÖ toplam puan ve tüm alt boyutları arasında da pozitif yönde, zayıf düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

ÖNERİLER

- Kadın sağlık çalışanlarının HPV bilgi düzeyleri ve serviks kanserinin erken tanısına yönelik olumlu tutum geliştirmek için hem kendi sağlıklarının korunması hem de toplum sağlığının korunmasındaki anahtar role sahip olmaları nedeniyle konu ile ilgili farkındalıklarını arttırmak için eğitim programları mezuniyet öncesi lisans eğitiminde mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir. Yapılacak olan eğitim

programları katılımcıların sağlık inançları dikkate alınarak yapılandırılması, engel algılarının azaltılması ve yarar algısının arttırılmasına yönelik yapılması önerilmektedir. Ayrıca bu eğitimler özellikle doğru sağlık eğitimi becerileri kazandıracak hizmet içi eğitimler şeklinde düzenlenmelidir.

- Çalışmamızda kadın sağlık çalışanlarının taramalara katılımdaki yetersizlik dikkat çekmektedir. Bu kapsamda sağlık çalışanlarının düzenli HPV tarama testi ve jinekolojik muayene için teşvik edilmesi gerekir. Yaptırmayan kadınların olumlu sağlık davranışı geliştirme konusunda desteklenmesi ve cesaretlendirilmesi sağlanmalıdır.
- Çalışmamızda katılımcılar tarafından da yüksek oranda HPV aşısısın ulusal aşı takvimine eklenmesi önerilmektedir.

ÖZET

Human papilloma virüs cinsel yol ile bulaşan hastalıkların en yaygın görülenidir ve serviks kanserinin ana nedeni olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmada; Kırklareli Merkez ilçede görev yapan kadın sağlık çalışanlarının human papilloma virüs, aşısı ve testleri konularında bilgi seviyelerinin ölçülmesi, serviks kanseri hakkında bilgi düzeylerinin belirlenmesi ve serviks kanserinin erken tanısına ilişkin tutumlarının ölçülmesi amaçlanmıştır.

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan çalışma Kırklareli Merkez ilçede görev yapan 268 kadın sağlık çalışanı ile yürütülmüştür. Kadınların demografik özellikleri, sağlık bilgileri, human papilloma virüs ve serviks kanseri tarama ile ilgili bilgilerini sorgulayan 32 soruluk tanımlayıcı soru formu, human papilloma virüs, aşısı ve testleri konularında bilgi seviyelerinin ölçen 33 soruluk Human Papilloma Virüsü Bilgi Ölçeği ve serviks kanserinin erken tanısına yönelik tutumlarını sorgulayan 30 soruluk Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği kullanılmıştır. Anket yüz yüze görüşme tekniği ile katılımcılara uygulanmıştır.

Kadın sağlık çalışanlarının %28.4'ü düzenli pap-smear veya human papilloma virüs testi yaptırdığı ve %24.3'ünün de düzenli jinekolojik muayeneye gittiği belirlenmiştir. Human papilloma virüs testi ve jinekolojik muayeneye gitmeme nedeni en yüksek oranda herhangi bir hastalık belirtisi yaşamama olarak belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının eğitim seviyesi, çalıştığı kurum, yaş, kronik hastalık varlığı, pap-smear yaptırma ve daha önce human papilloma virüs ile ilgili eğitim alma durumuna göre Human Papilloma Virüsü Bilgi Ölçeği puan ortalamaları ve servikal kanserin erken tanısına yönelik bilgi puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Sağlık çalışanlarının çoğunun human pailloma virüs enfeksiyonları, aşısı hakkında yeterli bilgiye sahip olamadığı, serviks kanseri erken tanı ve tedavisine yönelik tutum ve uygulamalarının orta düzeyde olduğu görülmüştür. Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği ve Human Papilloma Virüsü Bilgi Ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir.

Serviks kanseri için tarama testleri elzemdir. Kadın sağlık çalışanları hem kendi hem de toplum sağlığı için bu konuda duyarlı davranmalıdır. Katılımcılara yalnızca human papilloma virüs, servikal kanser ve erken tanısı ile ilgili eğitimler yerine sağlık çalışanlarının pap-smear testine karşı tutumlarını farklılaştıracak eğitim programları düzenlenmelidir.

Anahtar kelimeler: Kırklareli, halk sağlığı, serviks kanseri, human papilloma virüs, tarama

KNOWLEDGE LEVELS OF FEMALE HEALTH CARE WORKERS ABOUT HUMAN PAPILLOMA VIRUS AND PRACTICES ON EARLY DIAGNOSIS OF CERVICAL CANCER

SUMMARY

Human papilloma virus is the most common sexually transmitted disease and is considered the main cause of cervical cancer.

In this study; It was aimed to measure the knowledge level of female health workers working in Kırklareli Central district about human papilloma virus, vaccine and tests, to determine their level of knowledge about cervical cancer and to measure their attitudes towards early diagnosis of cervical cancer.

This descriptive and cross-sectional study was conducted with 268 female health workers working in the central district of Kırklareli. A 32-question descriptive questionnaire questioning women's demographic characteristics, health information, information about human papilloma virus and cervical cancer screening, a 33-question Human Papilloma Virus Knowledge Scale that measures their knowledge level on human papilloma virus, human papilloma virus vaccine and tests, and a 30-question Cervical Questionnaire that questions their attitudes towards early diagnosis of cervical cancer. Attitude Scale for Early Diagnosis of Cancer was used. The questionnaire was applied to the participants by face-to-face interview technique.

It was determined that 28.4% of the female health workers had regular pap-smear or human papilloma virus tests and 24.3% of them went to regular gynecological examinations. The reason for not going to human papilloma virus test and gynecological examination was

determined as not having any disease symptoms at the highest rate. A significant difference was found between the mean scores and the mean scores of knowledge on early diagnosis of cervical cancer.

It has been observed that most of the healthcare professionals do not have sufficient knowledge about human papilloma virus infections and vaccines, and their attitudes and practices towards early diagnosis and treatment of cervical cancer are at a moderate level. A positive, weak and statistically significant relationship was found between the total scores of the Attitude Scale for Early Diagnosis of Cervical Cancer and the Human Papilloma Virus Knowledge Scale.

Screening tests for cervical cancer are essential. Women health workers should be sensitive about this issue for both their own and public health. Instead of only trainings on human papilloma virus, cervical cancer and early diagnosis, training programs should be organized to differentiate the attitudes of healthcare professionals towards the pap-smear test.

Keywords: Kırklareli, public health, cervical cancer, human papilloma virus, screening

KAYNAKLAR

1. Wilailak S, Kengsakul M, Kehoe S. Worldwide initiatives to eliminate cervical cancer. Obstet Gynecol Int J 2021;155:102-6.

2. Matoga M, Hosseinipour MC, Jewett S, Hoffman IF, Chasela C. Effects of HIV voluntary medical male circumcision programs on sexually transmitted infections. Curr Opin Infect Dis 2021;34(1):50-5.

3. Carvalho NSd, Silva RJdCd, Val ICd, Bazzo ML, Silveira MFd. Brazilian protocol for sexually transmitted infections 2020: human papillomavirus (HPV) infection. Rev Soc Bras Med Trop 2021;54.

4. WHO. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: World Health Organization;2020 https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107. 2020.

5. Karabulutlu Ö, Pasinlioglu T. The effect of training and consultancy on the knowledge level and health belief regarding the cervical cancer screenings, and participation in screenings. Open J Obstet Gynecol 2016;6(13):818.

6. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Kanser Kontrol Programı. Ankara;2021.

7. Bihter A, Aksoy YE, Karakuş Ö. Kadınların pap smear testi yaptırma durumu, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve servikal kanserin erken tanısına yönelik tutumları. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2022;9(2):273-82.

8. Ayan E. Ebe ve hemşirelerin serviks kanserinin erken tanısına yönelik tutumları ve etkileyen faktörler (tez). Aydın:Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2022.

9. Nõmm O, Veerus P, Innos K. Pap-smear and cervical cancer in Estonia: a population-based case-control study. Eur J Public Health 2021;31(Supplement_3):ckab165. 246.

10. Heidari Sarvestani M, Khani Jeihooni A, Moradi Z, Dehghan A. Evaluating the effect of an educational program on increasing cervical cancer screening behavior among women in Fasa, Iran. BMC Women's Health 2021;21(1):1-8.

11. Okunade KS, John-Olabode S, Adejimi AA, Oshodi YA, Osunwusi B, Ugwu AO, et al. Predictors of Pap smear testing uptake among women in Lagos, Nigeria. ecancermedicalscience 2022;16.

12. Agarwal M, Sinha S, Singh G, Singh S, Ahmad S. Attitude and perceived barriers among highly educated women towards cervical cancer screening by pap smear: an online survey. Cureus 2022;14(8).

13. Samami E, Seyedi-Andi SJ, Bayat B, Shojaeizadeh D, Tori NA. The effect of educational intervention based on the health belief model on knowledge, attitude, and function of women about Pap smear test at Iranian health centers: a randomized controlled clinical trial. J Educ Health Promot 2021;10.

14. Sumarmi S, Hsu Y-Y, Cheng Y-M, Lee S-H. Factors associated with the intention to undergo Pap smear testing in the rural areas of Indonesia: a health belief model. Reprod Health 2021;18(1):1-10.

15. Romli R, Saddki N, Mokhtar N. Effectiveness of a health education program to improve knowledge and attitude towards cervical cancer and pap smear: a controlled community trial in Malaysia. Asian Pac J Cancer Prev 2020;21(3):853.

16. Kızılırmak A. Bir üniversitedeki kadınların serviks kanseri ve pap smear testine ilişkin sağlık inançlarını etkileyen faktörler. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2018;27(3):165-75.

17. Batkın Devrim S. Çankaya ilçesi birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki sağlık çalışanlarının ve hastaların serviks kanserinin erken tanısına yönelik bilgi ve tutumlarının araştırılması (tez) Ankara: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.

18. Eghbal SB, Karimy M, Kasmaei P, Roshan ZA, Valipour R, Attari SM. Evaluating the effect of an educational program on increasing cervical cancer screening behavior among rural women in Guilan, Iran. BMC women's health 2020;20(1):1-9.

19. Sönmez Y, Nayir T, Köse S, Gökçe B, Kişioğlu A. Bir sağlik ocaği bölgesi'nde 20 yaş ve üzeri kadinlarin meme ve serviks kanseri erken tanisina ilişkin davranişlari. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2012;19(4):124-30.

20. Haile EL. Evaluation of cervical cancer screening uptake, HPV genotyping and self-sampling collection techniques in Ethiopia (Doctoral dissertation). University of Antwerp; 2022.

21. Erkan S. Hpv Aşilarinda 0-18 yaş çocuk sahibi ebeveynlerin bilgi, tutum ve davranışları (tez). Ankara: Sağlik Bilimleri Üniversitesi Aile Hekimliği Kliniği; 2022.

22. Löwy I. Un cancer infectieux? Comment la mise en évidence du lien entre HPV et cancer du col a changé la perception de ce cancer et les pratiques de santé publique. Sci Soc Sante 2021;39(4):69-74.

23. de Oliveira GG, Junior JE, Passos MRL. The extraordinary trajectory of the Papillomavirus through human history. 2019; 3-6.

24. Doğan Y. Akademisyen hemşirelerin hpv enfeksiyonu ve aşilanmasina ilişkin sağlik inanci ve etkileyen faktörler (tez). İstanbul Okan Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dali; 2021.

25. The official website of the Nobel Prize.https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/2008/hausen/facts/ (Erişim Tarihi:15.09.2022)

26. Stanley M. Pathology and epidemiology of HPV infection in females. Gynecol Oncol 2010;117(2):S5-S10.

27. De Sanjose S, Bosch F, Tafur L, Nascimento C, Izarzugaza I, Izquierdo A, et al. Clearance of HPV infection in middle aged men and women after 9 years' follow up. Sex Transm Infect 2003;79(4):348-.

28. Casalegno J-s, Le Bail Carval K, Eibach D, Valdeyron M-L, Lamblin G, Jacquemoud H, et al. High risk HPV contamination of endocavity vaginal ultrasound probes: an underestimated route of nosocomial infection? PloS one 2012;7(10):e48137.

29. Dunne EF, Park IU. HPV and HPV-associated diseases. Infectious Disease Clinics 2013;27(4):765-78.

30. IARC, The International Agency for Research on Cancer. Agents Classified by the IARC Monographs 2022 https://monographs.iarc.who.int/agents-classified-by-the-iarc/ (Erişim Tarihi:13.09.2022).

31. Savaş Çimke V. Farklı meslek gruplarındaki kadınların HPV, servikal kanser ve pap smear testi bilgi düzeyi ile davranışlarının belirlenmesi (tez). Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2016.

32. Zan T. Pap-Smear Testi Yapılan Kadınların Human Papilloma Virüs (HPV) Bilgi Düzeyleri ve Kaygı Durumları (tez). İzmir:Ege Üniversitesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı; 2019.

33. Ardekani A, Taherifard E, Mollalo A, Hemadi E, Roshanshad A, Fereidooni R, et al. Human papillomavirus infection during pregnancy and childhood: a comprehensive review. Microorganisms 2022;10(10):1932.

34. Gallay C, Miranda E, Schaefer S, Catarino R, Jacot-Guillarmod M, Menoud P-A, et al. Human papillomavirus (HPV) contamination of gynaecological equipment. Sex Transm Infect 2016;92(1):19-23.

35. Ardekani A, Sepidarkish M, Mollalo A, Afradiasbagharani P, Rouholamin S, Rezaeinejad M, et al. Worldwide prevalence of human papillomavirus among pregnant women: A systematic review and meta-analysis. Rev Med Virol 2022:e2374.

36. Tuominen H, Rautava S, Collado MC, Syrjänen S, Rautava J. HPV infection and bacterial microbiota in breast milk and infant oral mucosa. PLoS One 2018;13(11):e0207016.

37. Giordano G, D'adda T, Gnetti L, Froio E, Merisio C, Melpignano M. Detection of human papillomavirus in organs of upper genital tract in women with cervical cancer. Int J Gynecol Cancer 2006;16(4).

38. Lyu Z, Feng X, Li N, Zhao W, Wei L, Chen Y, et al. Human papillomavirus in semen and the risk for male infertility: a systematic review and meta-analysis. BMC Infect Dis 2017;17(1):1-9.

39. Gazia F, Galletti B, Freni F, Bruno R, Sireci F, Galletti C, et al. Use of intralesional cidofovir in the recurrent respiratory papillomatosis: a review of the literature. Eur Rev Med Pharmacol Sci 2020;24(2):956-62.

40. Ebu NI, Abotsi-Foli GE, Gakpo DF. Nurses' and midwives' knowledge, attitudes, and acceptance regarding human papillomavirus vaccination in Ghana: a cross-sectional study. BMC nursing. 2021;20(1):1-10.

41. WHO. Guide to introducing HPV vaccine into national immunization programmes. Geneva: World Health Organization; 2016.

42. IARC. The International Agency for Research on Cancer. Causes/infections 2018 (https://gco.iarc.fr/causes/infections/tools-pie?mode=2&sex=0&population=who&continent=0&country=0&population_group=0&cancer=0&key=attr_cases&lock_scale=0&pie_mode=1&nb_results=5) (Erişim Tarihi:13.09.2022).

43. FDA. Food and Drug Administration (https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines/cervarix). (Erişim Tarihi:11.09.2022)

44. Scherpenisse M, Schepp RM, Mollers M, Meijer CJ, Berbers GA, van der Klis FR. Characteristics of HPV-specific antibody responses induced by infection and vaccination: cross-reactivity, neutralizing activity, avidity and IgG subclasses. PloS one 2013;8(9):e74797.

45. Zahreddine M, Mayrand M-H, Therrien C, Trevisan A, Dagenais C, Monnier P, et al. Antibodies to human papillomavirus types 6, 11, 16 and 18: Vertical transmission and clearance in children up to two years of age. EClinicalMedicine 2020;21:100334.

46. Matys K, Mallary S, Bautista O, Vuocolo S, Manalastas R, Pitisuttithum P, et al. Mother-infant transfer of anti-human papillomavirus (HPV) antibodies following vaccination with the quadrivalent HPV (type 6/11/16/18) virus-like particle vaccine. Clinical and vaccine immunology 2012;19(6):881-5.

47. WHO. Human papillomavirus (HPV) vaccine coverage monitoring manual. Geneva: World Health Organization; 2016. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/331807)

48. WHO. Global market study HPV working document; march 2022 (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/mi4a/who-hpv-vaccine-global-market-study-april-2022.pdf?sfvrsn=6acb4c98_1&download=true)

49. Quang C, Chung AW, Frazer IH, Toh ZQ, Licciardi PV. Single-dose HPV vaccine immunity: is there a role for non-neutralizing antibodies? Trends Immunol 2022;43(10):815-25.

50. WHO. Regional Committee for Europe. Roadmap to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem in the WHO European Region 2022–2030. Tel Aviv,Israel;2022.

51. Bhatla N, Aoki D, Sharma DN, Sankaranarayanan R. Cancer of the cervix uteri. Int J Gynaecol Obstet 2018;143:22-36.

52. IARC. The International Agency for Research on Cancer. Cancer today; 2020 (https://gco.iarc.fr/today/home) (Erişim Tarihi:13.09.2022).

53. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin 2021;71(3):209-49.

54. Cohen PA, Jhingran A, Oaknin A, Denny L. Cervical cancer. The Lancet 2019;393(10167):169-82.

55. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık istatistikleri yıllığı. 2020.

56. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Kanser Dairesi Başkanlığı. Türkiye kanser istatistikleri; 2017.

57. The International Agency for Research on Cancer. Globocan Turkey 2020.

58. WHO. who cancer. (https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1). (Erişim Tarihi:10.09.2022).

59. Muñoz-Bello JO, Carrillo-García A, Lizano M. Epidemiology and Molecular Biology of HPV Variants in Cervical Cancer: The State of the Art in Mexico. Int J Mol Sci 2022;23(15):8566.

60. Yuan Y, Cai X, Shen F, Ma F. HPV post-infection microenvironment and cervical cancer. Cancer Lett 2021;497:243-54.

61. Chesson HW, Dunne EF, Hariri S, Markowitz LE. The estimated lifetime probability of acquiring human papillomavirus in the United States. Sex Transm Dis 2014;41(11):660.

62. WHO. Who Cervical cancer (https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer). (Erişim Tarihi:09.09.2022).

63. Zhang S, Xu H, Zhang L, Qiao Y. Cervical cancer: Epidemiology, risk factors and screening. Chin J Cancer Res 2020;32(6):720

64. Grund JM, Bryant TS, Jackson I, Curran K, Bock N, Toledo C, et al. Association between male circumcision and women's biomedical health outcomes: a systematic review. Lancet Glob Health 2017;5(11):e1113-e22.

65. Pourmohsen M, Simbar M, Nahidi F, Fakor F, Majd HA. HPV Risk Factors and Prevention Behaviours: A Review. Journal of Clinical & Diagnostic Research 2018;12(12).

66. Hebnes JB, Munk C, Frederiksen K, Joergensen HO, Iftner T, Kjaer SK. The role of circumcision, tobacco, and alcohol use in genital human papillomavirus infection among men from Denmark. Int J STD AIDS 2021;32(11):1028-35.

67. Asthana S, Busa V, Labani S. Oral contraceptives use and risk of cervical cancer—A systematic review & meta-analysis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2020;247:163-75.

68. Çolak M, Demir MK. Aile sağlığı merkezine başvuran kadınlarda human papillomavirüs (hpv) sıklığının, genotip dağılımının ve olası risk faktörlerinin araştırılması. Gevher nesibe journal of medical and health sciences 2021;6(11):12-9.

69. Zhou Y-x, Zhu F-f, Chen C, Zhang Y-x, Lv X-l, Li J-w, et al. Association of thiamine intake with human papillomavirus (HPV) infection in American women: a secondary data analysis based on the National Health and Nutrition Examination Survey from 2003 to 2016. Med Sci Monit 2020;26:e924932-1.

70. Wang W, Yang A, Zhang H, Li Y, Yang J, Zhao W, et al. Associations of RBC and serum folate concentrations with cervical intraepithelial neoplasia and high-risk human papillomavirus genotypes in female chinese adults. J Nutr 2022;152(2):466-74.

71. Lin H-Y, Fu Q, Kao Y-H, Tseng T-s, Reiss K, Cameron JE, et al. Antioxidants Associated With Oncogenic Human Papillomavirus Infection in Women. J Infect Dis 2021;224(9):1520-8.

72. Gupta R, Hussain S, Hariprasad R, Dhanasekaran K, Verma S, Agarwal V, et al. High prevalence of cervical high-grade lesions and high-risk human papillomavirus infections in women living with hiv: a case for prioritizing cervical screening in this vulnerable group. Acta Cytologica 2022;66(6):496-506.

73. Alotaibi H, Almajhdi F, Alsaleh A, Obeid D, Khayat H, Al-Muammer T, et al. Association of sexually transmitted infections and human papillomavirus co-infection

with abnormal cervical cytology among women in Saudi Arabia. Saudi J Biol Sci 2020;27(6):1587-95.

74. Al-Zalabani AH. Cancer incidence attributable to tobacco smoking in GCC countries in 2018. Tob Induc Dis 2020;18.

75. Fowler JR, Maani EV, Jack BW, Miller JL. Cervical Cancer (Nursing) 2021.

76. HSGM. Rahim ağzı kanseri (https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/ocak-ayi-rahim-agzi-serviks-kanseri-farkindalik-ayi.html). (Erişim Tarihi:19.09.2022).

77. Cancercouncil. Cervical cancer. (https://www.cancer.org.au/cancer-information/types-of-cancer/cervical-cancer). (Erişim Tarihi:19.09.2022).

78. UKNHS. UK National Health Service cervical cancer (https://www.nhs.uk/conditions/cervical-cancer/symptoms/). (Erişim Tarihi:19.09.2022).

79. Yılmaz M, Yazgı ZG. Onkoloji hastalarının yaşadığı psikososyal sorunlarla baş etmesinde hemşirenin rolü. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2019;4(1), 60-70.

80. Özgül N. (https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/sunular/Servikal_Patoloji_ve_Kolposkopi_Egitimi_18.01.2019/Nejat_izmir_Tarama_2019.pdf). (Erişim Tarihi:19.09.2022).

81. HSGM. Serviks kanser tarama. (https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/serviks-kanseri-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html). (Erişim Tarihi:19.09.2022).

82. Sağlık Bakanlığı. Türkiye kanser kontrol programi. Ankara;2016.

83. WHO. Screening and treatment of pre-cancerous lesions for secondary prevention of cervical cancer. Technology landscape;2019. (https://unitaid.org/assets/Cervical_Cancer_Technology-landscape-2019.pdf).

84. TÜZÜN H. Kadınların HPV ve serviks kanseri hakkındaki bilgi düzeyi, erken tanı yöntemlerine ilişkin davranışları ve tarama sonuçlarının incelenmesi (tez). Çanakkale: Onsekiz Mart Üniversitesi; 2021.

85. Global Cancer Observatory Globocan. Cancer Tomorrow. (https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/dataviz/isotype?sexes=2&single_unit=50000&cancers=23). (Erişim Tarihi:19.09.2022).

86. Çelikkalp Ü. Tekirdağ ilinde görev yapan hamile ebe ve hemşirelerin mesleki risk etmenleri ile bu etmenlerin gebelik süreci ve yenidoğan bebeklerine etkilerinin değerlendirilmesi (tez). Edirne:trakya Üviversitesi Tıp Fakültesi;2015.

87. Akın A, Topal E. Dünyada ve Türkiye'de servikal kanserlerin eliminasyonu hayal mi, gerçekleşebilir mi? Başkent Üniversitesi: BÜKÇAM;2021. s.24-26.

88. WHO. Guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention: use of mRNA tests for human papillomavirus (HPV). World Health Organization; 2021. (https://www.who.int/publications/i/item/9789240040434)

89. WHO. Guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision. Geneva: World Health Organization; 2022 (https://www.who.int/publications/i/item/9789240052192)

90. UNPF. United Nations Population Fund, Preventing Cervical Cancer in Eastern Europe and Central Asia. İstanbul;2020.

91. Waller J, Ostini R, Marlow LA, McCaffery K, Zimet G. Validation of a measure of knowledge about human papillomavirus (HPV) using item response theory and classical test theory. Prev Med 2013;56(1):35-40.

92. Demir F. Human papilloma virüsü (hpv) bilgi ölçeği'nin türkçe geçerlik ve güvenirliği (tez). İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2019.

93. Özmen D. Sağlık inanç modeliyaklaşımı ile servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutumlara yönelik ölçek çalışması (tez). İzmir: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2004.

94. Özmen D, Özsoy S. Sağlık inanç modeli yaklaşımı ile servikal kanserin erken tanısına yönelik tutum ölçeği geliştirilmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009;25(1):51-69.

95. Guder S, Güder H. Sağlık personelinin hpv aşısı ile ilgili bilgi ve inanç düzeyinin araştırılması: kesitsel bir araştırma. Turkiye Klinikleri J Dermatol 2022;32(1):37-46.

96. Bekar M, Güler G, Doğaner G, Yilmaz M, Güler N, Güler H, et al. Akademisyenlerin serviks kanseri konusundaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi 2011;14(4):102-9.

97. Özer M. Bir üniversite hastanesinde çalışan hekim dışı sağlık personellerinin kanser taramaları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi (tez). Denizli: Pamukkale Üniversitesi; 2021.

98. Köseoğlu H. Aydin Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi kadın çalışanlarının serviks kanseri ve hpv aşısı bilgi düzeyleri ve tutumları (tez). Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi; 2021.

99. Sönmez Y. Meme ve serviks kanserinde erken tanı yöntemlerinin kullanımı konusunda kadınların bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi (tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2011.

100. Tütün kontrolü strateji belgesi ve eylem planı tütünle mücadelede raporu 2018. (https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/tutun-mucadele-bagimlilik-db/tutun/Tutun_Faaliyet_Raporu_2018_20.08.2019.pdf). (Erişim Tarihi:19.11.2022).

101. Yıldız A, Çiçek İ, Şanlı ME. Sağlık çalışanlarında tükenmişliğin belirleyicileri: sigara ve alkol kullanımına etkisinin incelenmesi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2018;5(3):126-32.

102. Üzer F. Devlet hastanesi çalışanlarının sigara kullanma alışkanlıklarına bakış. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2018;22(2):92-9.

103. Ayaz Ö. Kadin sağlik çalişanlarinin serviks kanseri erken tanisina ve HPV aşisina ilişkin bilgi, uygulama durumlari ve tutumlarinin belirlenmesi (tez). İstanbul: Üsküdar Üniversitesi Sağlik Bilimleri Enstitüsü; 2019.

104. Güven SE. Bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan kadin sağlık çalışanlarının human papillomavirus (hpv) ve hpv aşısı hakkındaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi (tez). İstanbul: İstanbul Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi; 2020.

105. Şahin D. Kırklareli Devlet Hastanesi'nde çalışan sağlık personelinin ve hastaneye başvuran kadınların jinekolojik kanserler hakkında bilgi, tutum ve davranışları (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi; 2009.

106. Vorsters A, Arbyn M, Baay M, Bosch X, de Sanjosé S, Hanley S, et al. Overcoming barriers in HPV vaccination and screening programs. Papillomavirus Res 2017;4:45-53.

107. Sherman SM, Cohen CR, Denison HJ, Bromhead C, Patel H. A survey of knowledge, attitudes and awareness of the human papillomavirus among healthcare professionals across the UK. Eur J Public Health 2020;30(1):10-6.

108. Xu X, Wang Y, Liu Y, Yu Y, Yang C, Zhang Y, et al. A nationwide post-marketing survey of knowledge, attitudes and recommendations towards human papillomavirus vaccines among healthcare providers in China. Prev Med 2021;146:106484.

109. Özdemir G. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin human papilloma virüs ve aşıları hakkındaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi (tez). Ankara: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2018.

110. Niyonsenga G, Gishoma D, Sego R, Uwayezu MG, Nikuze B, Fitch M, et al. Knowledge, utilization and barriers of cervical cancer screening among women attending selected district hospitals in Kigali-Rwanda. Can Oncol Nurs J 2021;31(3):266.

111. Khanna D, Khargekar N, Budukh A. Knowledge, attitude, and practice about cervical cancer and its screening among community healthcare workers of Varanasi district, Uttar Pradesh, India. J Family Med Prim Care 2019;8(5):1715.

112. Gürler H. Kentsel bir bölgede yaşayan kadınların serviks kanseri erken tanı tutumları ve jinekolojik muayene algıları (tez). Manisa: Celal Bayar Üniversitesi; 2019.

113. Öz M, Özel Ş, Engin-Üstün Y. Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşu Çalışanlarının Serviks Kanseri Taraması Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 2019;16(4):220-4.

114. Lorenzi NPC, Termini L, Longatto Filho A, Tacla M, de Aguiar LM, Beldi MC, et al. Age-related acceptability of vaginal self-sampling in cervical cancer screening at two university hospitals: a pilot cross-sectional study. BMC Public Health 2019;19(1):1-11.

115. Zelli J, Hum S, Lofters A, Dunn S. Clinician acceptability of self-collected human papillomavirus swabs as a primary cervical cancer screening method. Can Fam Physician 2022;68(2):e31-e8.

116. Arı H. Hemşirelerin human papilloma virüs hakkındaki bilgileri, inançları ve aşılanma durumları (tez). Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2021.

117. Yiğitalp G. Ebe ve hemşirelerin serviks kanseri, human papilloma virüs enfeksiyonu ve aşısı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları-Diyarbakır örneği. 2019.

118. Özakar Akça S, Selen F, Büyükgönenç L. Hemşirelerin human papilloma virüs (HPV) enfeksiyonu ve hpv aşısı hakkındaki bilgi düzeyleri: eğitim ve araştırma hastanesi örneği? Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma 2016;13(2):116-21.

119. Oğuz I, Çelik M, Keten H, Dalgacı A, Yıldırım F. Kadın doktorların pap smear testi konusunda bilgi tutum ve davranışlarının belirlenmesi. Cukurova Medical Journal 2016;41(2):291-8.

120. 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).

121. Patel H, Austin-Smith K, Sherman S, Tincello D, Moss E. Knowledge, attitudes and awareness of the human papillomavirus amongst primary care practice nurses: an evaluation of current training in England. J Public Health 2017;39(3):601-8.

122. McCarey C, Pirek D, Tebeu PM, Boulvain M, Doh AS, Petignat P. Awareness of HPV and cervical cancer prevention among Cameroonian healthcare workers. BMC women's health 2011;11(1):1-7.

123. Hoque M, Monokoane S, Van Hal G. Knowledge of and attitude towards human papillomavirus infection and vaccines among nurses at a tertiary hospital in South Africa. J Obstet Gynaecol 2014;34(2):182-6.

124. Yıldız Alper B. Üniversite öğrencilerinin human papillomavirus (hpv) ve hpv aşısı hakkındaki bilgi düzeyleri ve tutumları (tez). Antalya: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2021.

125. Yıldırım C. Bir Vakıf Üniversitesi sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin human papilloma virüs farkındalığı (tez). İstanbul:Biruni Üniversitesi; 2022.

126. Dane Kocasaraç R. Ondokuz Mayıs Üniversitesi tıpta uzmanlık öğrencilerinin serviks kanseri ve HPV aşısı hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi (tez). Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2018.

127. Rahman H, Kar S. Knowledge, attitudes and practice toward cervical cancer screening among Sikkimese nursing staff in India. Indian Journal of Medical and Paediatric Oncology 2015;36(02):105-10.

128. Demir F. Edirne'de kadınların serviks kanseri riski ve serviks kanseri taramaları konusunda bilgi, tutum ve inançları (tez) Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.

129. Ersin F, Kıssal A, Polat P, Koca BD, Erdoğan M. Kadın sağlık personelinin servikal kansere yönelik algıları ve bunu etkileyen faktörler. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2016;18(2/3):31-43.

130. Gözüyeşil E, Düzgün AA, Aslan KSÜ. Kadınların serviks kanserinden korunma ve erken tanıya yönelik tutumlarının değerlendirilmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2019;28(4):229-38.

131. Kulakçi Altıntaş H, Korkmaz Aslan G. Kadınların Meme ve Serviks Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Sağlık İnançlarının Değerlendirilmesi. Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing 2020;7(3).

132. Doğan MN. HPV ve DNA testi yaptırmak için başvuran kadınların benlik saygısı ve utangaçlıkları ile serviks kanserinin erken tanısına yönelik tutumları arasındaki ilişki (tez). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi; 2020.

133. Akbulut E. 21 yaş ve üzeri kadınların serviks kanseri taraması hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi (tez). Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi ;2019.

134. Önal B. Kadınların sağlık sorumluluğu ile serviks kanseri erken tanısına yönelik tutumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi (tez). Yozgat: Bozok Üniversitesi ; 2018.

135. Sarfati D, Gurney J. Preventing cancer: the only way forward. The Lancet 2022;400(10352):540-1.

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Dünyada ve Türkiye'de kadınlar arasında görülen kanserlerin yaşa göre standardize edilmiş insidans ve mortalite oranları (2020)……..……9

Şekil 2. Ülkemizde uygulanan serviks kanseri tarama programı algoritması……12

Şekil 3. Çalışmamıza katılan kadın sağlık çalışanlarının pap-smear veya HPV testi yaptırma oranları…….27

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. IARC tarafından sınıflandırılan HPV tipleri……..….5

Tablo 2. HPV aşıları ve özellikleri……..……..7

Tablo 3. Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının tanımlayıcı özellikleri……....23

Tablo 4. Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının meslekleri ve çalıştıkları kurum……24

Tablo 5. Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının sağlık sorunları ile ilgili Özellikleri…….……...….25

Tablo 6. Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının sigara ve alkol kullanma Durumları…….…25

Tablo 7. Katılımcıların periyodik jinekolojik muayene yaptırma durumları……...26

Tablo 8. Katılımcıların HPV aşısı olma ve önerme durumları……26

Tablo 9. Katılımcıların pap-smear veya HPV testi yaptırma ve yaptırmama nedenleri……...28

Tablo 10. Katılımcıların HPV ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların dağılımı……...29

Tablo 11. Katılımcıların HPV-BÖ'ye Verdikleri Doğru ve Yanlış Yanıtların Dağılımı…….30

Tablo 12. Katılımcıların HPV-BÖ'ye Verdikleri Doğru ve Yanlış Yanıtların Dağılımı…….31

Tablo 13. Sağlık çalışanlarının HPV-BÖ toplam bilgi puanı ve alt boyutlarından aldıkları toplam puan ortalamaları……32

Tablo 14. Katılımcıların HPV-BÖ toplam bilgi puanı ve alt boyutlarının yaş gruplarına göre değerlendirilmesi……..32

Tablo 15. Katılımcıların HPV-BÖ toplam bilgi puanı ve alt boyutlarının medeni duruma göre değerlendirilmesi…….33

Tablo 16. Katılımcıların HPV-BÖ toplam bilgi puanı ve alt boyutlarının çocuk sayılarına göre değerlendirilmesi…….33

Tablo 17. Katılımcıların HPV-BÖ toplam bilgi puanı ve alt boyutlarının en uzun süre yaşanılan yer duruma göre değerlendirmesi……34

Tablo 18. Katılımcıların HPV-BÖ toplam bilgi puanı ve alt boyutlarının gelir durumuna göre değerlendirmesi……...34

Tablo 19.Katılımcıların HPV-BÖ toplam bilgi puanı ve alt boyutlarının mesleğe göre değerlendirmesi……35

Tablo 20. Katılımcıların HPV-BÖ toplam bilgi puanı ve alt boyutlarının çalışma yıllarına göre değerlendirmesi…….36

Tablo 21. Katılımcıların HPV-BÖ toplam bilgi puanı ve alt boyutlarının eğitim duruma göre değerlendirmesi……..36

Tablo 22. Katılımcıların HPVBÖ toplam bilgi puanı ve alt boyutlarının çalışılan Kuruma göre değerlendirilmesi……...37

Tablo 23. Katılımcıların HPV-BÖ Toplam Bilgi Puanı ve alt boyutlarının kronik hastalık duruma göre değerlendirmesi……..37

Tablo 24. Katılımcıların HPV-BÖ Toplam Bilgi Puanı ve alt boyutlarının Pap-smear veya HPV testi yaptırma durumlarına göre değerlendirmesi……38

Tablo 25. Katılımcıların HPV-BÖ toplam bilgi puanı ve alt boyutlarının periyodik jinekolojik muayene yaptırma durumlarına göre değerlendirmesi……38

Tablo 26. Katılımcıların HPV-BÖ toplam bilgi puanı ve alt boyutlarının HPV ile ilgili eğitim alma durumuna göre değerlendirmesi……...39

Tablo 27. Katılımcıların HPV-BÖ toplam bilgi puanı ve alt boyutlarının serviks kanseri hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumlarına göre değerlendirmesi……..39

Tablo 28. Sağlık çalışanlarının SKETİTÖ ve alt boyutları puan ortalamaları…….40

Tablo 29. Katılımcıların SKETİTÖ ve alt boyutlarının yaş gruplarına göre

Değerlendirilmesi……..….41

Tablo 30. Katılımcıların SKETİTÖ ve alt ölçek puanlarının medeni duruma göre değerlendirilmesi……..….41

Tablo 31. Katılımcıların SKETİTÖ ve alt boyutlarının çocuk sayılarına göre Değerlendirilmesi…….....42

Tablo 32. Katılımcıların SKETİTÖ ve alt boyutlarının en uzun yaşanılan yer durumuna göre değerlendirilmesi……..42

Tablo 33. Katılımcıların SKETİTÖ ve alt boyutlarının gelir duruma göre değerlendirmesi…43

Tablo 34. Katılımcıların SKETİTÖ ve alt boyutlarının mesleklerine göre değerlendirilmesi……...44

Tablo 35. Katılımcıların SKETİTÖ ve alt boyutlarının çalışma yıllarına göre Değerlendirilmesi……..44

Tablo 36. Katılımcıların SKETİTÖ ve alt boyutlarının eğitim duruma göre Değerlendirilmesi……..45

Tablo 37. Katılımcıların SKETİTÖ ve alt boyutlarının çalışılan kuruma göre değerlendirilmesi……...45

Tablo 38. Katılımcıların SKETİTÖ ve alt boyutlarının kronik hastalık durumuna göre değerlendirilmesi…….46

Tablo 39. Katılımcıların SKETİTÖ ve alt boyutlarının kadın hastalıkları tanısı alma durumuna göre değerlendirilmesi…….46

Tablo 40. Katılımcıların SKETİTÖ ve alt boyutlarının sigara kullanma durumuna göre değerlendirilmesi…….47

Tablo 41. Katılımcıların SKETİTÖ ve alt boyutlarının alkol kullanma durumuna göre değerlendirilmesi…….47

Tablo 42. Katılımcıların SKETİTÖ ve alt boyutlarının düzenli jinekolojik muayene durumuna göre değerlendirilmesi……48

Tablo 43. Katılımcıların SKETİTÖ ve alt boyutlarının düzenli pap-smear veya HPV testi yaptırma durumuna göre değerlendirilmesi……48

Tablo 44. Katılımcıların SKETİTÖ ve alt boyutlarının HPV ile ilgili eğitim alma durumuna göre değerlendirilmesi……49

Tablo 45. Katılımcıların SKETİTÖ ve alt boyutlarının serviks kanseri hakkındaki bilgi durumuna göre değerlendirilmesi……49

Tablo 46. Katılımcıların SKETİTÖ ve alt boyutlarının HPV aşısı önerme durumuna göre değerlendirilmesi……..…..50

Tablo 47. HPV Bilgi Ölçeği ve Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği puanları arasındaki ilişkiye ait korelasyon testi sonuçları……..…….51

ÖZGEÇMİŞ

EKLER

EK-I

Kadın Sağlık Çalışanlarının Human Papilloma Virüsü Hakkında Bilgi Düzeyleri ve Serviks Kanseri Erken Tanı Yöntemleri İle İlgili Uygulamaları

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma da kadın sağlık çalışanlarının HPV hakkında bilgi düzeylerini belirlemek ve serviks kanseri erken tanı yöntemleri ile ilgili uygulamalarını değerlendirmek amaçlanmıştır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına göre olup veriler bilimsel amaç dışında kullanılmayacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Dr. Öğretim Üyesi Ülfiye Çelikkalp Hemşire: Ebru Akkoyun

Anket form:

<table>
<tr><td>Çalıştığınız Kurum:
( ) 1. Basamak Sağlık Kuruluşu
( ) 2. Basamak Sağlık Kuruluşu</td><td>Yaşınız:</td></tr>
<tr><td>Medeni Durum:
1) Bekar 2) Evli 3) Boşanmış</td><td>Çocuk sayınız: ……</td></tr>
<tr><td>Meleğiniz:

1) Doktor a) pratisyen b) Uzman Doktor
2) Hemşire
3) Ebe
4) Laborant
5) Diyetisyen
6) Eczacı
7) Personel
8) diğer …….</td><td>Eğitim durumu:

1)Sağlık meslek lisesi
2)Sağlık Hizmetleri MYO (ön lisans)
3)Üniversite mezunu/ Lisans
4)Lisansüstü eğitim /yüksek lisans -doktora</td></tr>
<tr><td>Görev yaptığınız birim: …</td><td>Meslekte toplam çalışma yılınız:</td></tr>
<tr><td>Gelir durumunuz:
1) Gelir giderden az
2) Gelir gidere denk
3) Gelir giderden fazla</td><td>Hayatınızın en uzun bölümünün geçtiği yer:
1) İl merkezi
2) İlçe
3) Daha küçük yerleşim alanı</td></tr>
<tr><td>Kronik bir hastalığınız var mı?
1)Evet ise …….
2)Hayır</td><td>İlk menarj Yaşınız: ……..
Menapoz durumu var mı?
1) Evet
2) Hayır</td></tr>
<tr><td>Bugüne kadar kadın hastalıkları ile ilgili tanı konulmuş bir rahatsızlığınız/hastalığınız oldu mu?
1) Hayır
2) Evet ise …..</td><td>Özgeçmişinizde meme, serviks kanseri varlığı
1)Hayır
2)Evet ise ……..</td></tr>
<tr><td colspan="2">Birinci derece yakınlarınızda kanser hastası öyküsü var mı?

1) Hayır
2) Evet</td></tr>
</table>

Evet ise ……..…yakınınızda ……kanseri	
Ailenizde (anne, abla, teyze, kız kardeş, anneanne vb.) rahim ağzı kanseri geçiren var mı? 1) Yok 2) Var	**Serviks kanseri hakkında yeterli bilginiz var mı?** 1) Evet 2) Hayır
HPV Kavramı ile İlk Nerede Karşılaştınız? 1) Karşılaşmadım 2) Kitap, seminer, broşür 3) Televizyon, internet 4) Hastaneden ekip üyelerinden	**HPV ile İlgili Eğitim Aldınız mı?** **1**) Hayır 2) Evet ise nerede …….
HPV Aşınız var mı? 1) Hayır **2)** Evet	**HPV Aşısı Önerme Durumunuz** 1) Öneririm 2) Önermem
Pap- Smear Testi yaptırdınız mı? 1) Hiç Yaptırmadım 2) Sadece 1 kez yaptırdım 3) 1 yıldan az süre önce yaptırdım 4) 1-5 yıl arası 5) 5 yıldan fazla **6)** 5 yılda bir düzenli yaptırıyorum	**Pap Smear Testini Yaptırma Nedeni** 1) Servikal sorunlardan dolayı doktor kararı ile 2) Servikal kanser taraması nedeniyle 3) Düzenli sağlık kontrolü nedeniyle
Pap-smear testi yaptırmama nedeni ( ) Herhangi bir hastalık belirtisine sahip olmama ( ) İhmal ( ) Pap-smear testi hakkında bilgi yokluğu ( ) Utanma ( ) Korku (sonucun pozitif çıkmasına ilişkin) ( ) Zaman bulamama / çok meşgul olma ( ) Diğer ……	**T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Kanser Programı 2009'a göre aşağıdaki ifade doğru mu yanlış mı belirtiniz?** (……) Pap test uygulaması ise 35-40 yaş aralığındaki tüm kadınlara en az bir kez önerilmektedir.
Pap smear testi hangi yaş grubundaki kadınlara yapılmaktadır? ( ) 30–65 yaş aralığındaki kadınlar ( ) 40 yaş ve üzeri tüm yaş grubundaki kadınlar ( ) 50 yaş ve üzeri tüm yaş grubundaki kadınlar ( ) Kararsızım	**PAP smear testi kaç yılda bir yapılmalıdır?** ( ) Her yıl ( ) 2 yılda bir ( ) 3 yılda bir ( ) 5 yılda bir kez ( ) 10 yılda bir
Kontrol amaçlı /periyodik olarak Jinekolojik muayeneye yaptırıyor musunuz? 1)Hayır 2)Evet Evet ise ……..ayda/yılda bir	**Jinekolojik muayeneye gitmeme nedeniniz?** ( ) Herhangi bir hastalık belirtisine sahip olmama ( ) İhmal ( ) Utanma ( ) Diğer…..
Sigara kullanma durumunuzu belirtiniz 1)Hiç kullanmadım 2)Daha önce kullanıyordum şimdi bıraktım 3)Kullanıyorum	**Alkol kullanma durumunuzu belirtiniz.** ( ) Alkol kullanmıyorum /hiç kullanmadım ( ) Çok nadiren ( ) Ayda en fazla bir kez ( ) Diğer…..

	Lütfen Human Papilloma Virüsü ile ilgili soruları lütfen yanıtlayınız	EVET	HAYIR	BİLMİYORUM
1	HPV, rahim ağzı kanserine neden olabilir.			
2	Bir kişi, kendisinde HPV olduğunu bilmeden, yıllarca yaşayabilir.			
3	Birden fazla cinsel eşe sahip olmak HPV bulaşma riskini arttırır.			
4	HPV çok nadir görülür.			
5	HPV cinsel ilişki sırasında bulaşabilir.			
6	HPV'nin her zaman gözle görülür belirti ve bulguları vardır.			
7	Prezervatif kullanmak HPV bulaşma riskini azaltır.			
8	HPV, HIV/AIDS'e neden olabilir.			
9	HPV cinsel bölgedeki ciltten- cilde, temas ile bulaşabilir.			
10	HPV erkeklere bulaşmaz.			
11	Erken yaşta cinsel ilişkiye girmek, HPV bulaşma riskini arttırır.			
12	HPV'nin birçok tipi vardır.			
13	HPV cinsel bölgede siğillere neden olabilir.			
14	HPV antibiyotiklerle tedavi edilebilir.			
15	Cinsel açıdan aktif olan kişilerin çoğuna, yaşamlarının bir döneminde HPV bulaşacaktır.			
16	HPV'de genellikle herhangi bir tedaviye gerek yoktur.			
17	Eğer bir kadının HPV testi pozitifse kesinlikle rahim ağzı kanserine yakalanacaktır.			
18	HPV testi, simir (Pap-smear) testi ile aynı anda yapılabilir.			
19	HPV testi size ne kadar zamandan beridir, HPV enfeksiyonunuz olduğunu söyler.			
20	HPV testi, HPV aşısının gerekli olup olmadığını belirlemek için kullanılır.			
21	HPV testi yaptırdığınız zaman sonuçlarınızı aynı gün içinde alabilirsiniz.			
22	HPV testi bir kadında HPV olmadığını gösteriyorsa, o kadının rahim ağzı kanserine yakalanma riski düşüktür.			
23	HPV aşısı olan kızların ileri yaşlarında simir testi yaptırmasına gerek yoktur			
24	HPV aşılarından birisi cinsel bölgedeki siğillere karşı koruma sağlar.			
25	HPV aşıları cinsel yolla bulaşan tüm enfeksiyonlara karşı koruma sağlar.			
26	HPV aşısı yapılmış olan bir kişi rahim ağzı kanserine yakalanmaz.			
27	HPV aşıları, rahim ağzı kanseri türlerinin birçoğundan korur.			
28	HPV aşısının üç doz yapılması gerekir.			
29	HPV aşılarının en etkili olduğu bireyler hiç cinsel ilişkide bulunmamış olanlardır.			
30	HPV aşısı 11-26 yaşlar arasındaki tüm kadınlara önerilir.			
31	HPV aşısı 30-45 yaşlarındaki kadınlar için lisanslıdır (ruhsatlıdır-izinlidir).			
32	Mevcut olan her iki HPV aşısı da (Gardasil ve Cervarix) hem cinsel bölge siğillerine hem de rahim ağzı kanserine karşı koruma sağlar			
33	HPV aşısının 11-26 yaşlar arasındaki erkeklere yapılmasına izin verilmiştir.			

	Servikal Kanser İle İlgili Soruları Lütfen Yanıtlayınız	Tamamen katılıyoru	Katılıyoru	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyor
1	Rahim ağzı kanseri olmaktan korkuyorum.					
2	Rahim ağzı kanseri hakkında bilgi edinmeye değer.					
3	Rahim ağzı kanseri erken tanısı için düzenli muayene yaptırmak gerektiğine inanmıyorum.					
4	Eşim izin verse de vermese de, rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye giderim.					
5	Rahim ağzı kanseri olursam fazla yaşayamam.					
6	Rahim ağzı kanserinin erken tanısı için muayeneye gitmek gereksiz bir zahmettir.					
7	Ailemden biri rahim ağzı kanserine yakalanırsa kendim için de endişelenirim.					
8	Rahim ağzı kanseri hakkında pek fazla düşünmüyorum.					
9	Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmeye zaman yaratırım.					
10	Rahim ağzı kanseri olursam cinsel hayatım olumsuz etkilenir.					
11	Sağlık güvencesi olması rahim ağzı kanseri erken tanısı için düzenli muayeneye gitmeyi kolaylaştırır.					
12	Hatırlatılırsa, şikayetim olmasa da rahim ağzı kanseri erken tanısı için düzenli olarak muayene olurum.					
13	Rahim ağzı kanseri erken tanısı için tek başıma muayeneye gitmekten kaçınırım.					
14	Rahim ağzı kanseri olma düşüncesi aklıma sık sık geliyor.					
15	Kaderimde varsa ne yaparsam yapayım rahim ağzı kanseri olurum.					
16	Sağlık kuruluşları, rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye davet ederlerse giderim.					
17	Doktora tetkike gitsen, muhakkak bir hastalık bulurlar, o nedenle rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmem.					
18	Çevremdeki insanların rahim ağzı kanserine yakalandıklarını duymak beni korkutuyor.					
19	Bazen rahim ağzı kanseri olma düşüncesiyle huzursuz oluyorum.					
20	Yapılacak tetkiklerin canımı acıtacağını düşünerek rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmem.					
21	Hayatımın bir döneminde benim de rahim ağzı kanserine yakalanma riskim/olasılığım olduğunu düşünüyorum.					
22	Radyo, televizyon ve gazetelerde rahim ağzı kanseri için uyarılar olması beni erken tanı muayenesine gitmeye teşvik eder.					
23	Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayene ücretsiz olsa hiç düşünmem yaptırırım.					
24	Rahim ağzı kanseri hakkında bir şeyler öğrenmek zaman kaybıdır.					
25	Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayene olacağım doktorun kadın olmasını tercih ederim.					
26	Bir kadının rahim ağzı kanseri olması eşiyle ilişkilerini bozar.					
27	Rahim ağzı kanserinden korunmaya çalışmanın bir faydası yoktur.					
28	Evli kadınların rahim ağzı kanseri olma riskinin/ihtimalinin yüksek olduğunu düşüyorum.					
29	Rahim ağzı kanseri olursam hayata küserim.					
30	Mahrem yerimi göstereceğimden utandığım için rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmekten kaçınırım.					

EK-2
ETİK İZİN

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2021/29	
	PROTOKOL ADI	Kırklareli İlinde 2013-2017 Yılları Arasındaki Kanser Kayıtlarının Epidemiyolojik Özellikleri ile Kanser Olgularının Kronik Hastalık Yönetimi ve Yaşam Doyumu Düzeyleri	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Dr. Öğr. Üyesi Ülfiye ÇELİKKALP	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez: Ulusal	Çok Merkez: Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:02/11**	**Tarih:18.01.2021**	
	Fakültemiz Halk Sağlığı Anabilim Dalı Dr. Öğr. Üyesi Ülfiye ÇELİKKALP'in sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Ebru AKKOYUN'un tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülsüm ÖNAL Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Başkan Yardımcısı	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Işık GÖRKER Üye	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk ve Ergen Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.U.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Filiz TÜTÜNCÜLER KÖKENLİ Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E H	E H	
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Serhat OĞUZ Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Avukat Emine NURLU Üye		T.U. Rektörlüğü	K	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a.
Dekan Yrd

EK-3
KURUM İZNİ

KIRKLARELİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ. - KIRKLARELİ SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ
23/09/2021 10:24 - E-50992381 - 799 - 1866
00148566049

T.C.
KIRKLARELİ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-50992381-799
Konu : Ebru AKKOYUN'nun Araştırma Başvurusu

DAĞITIM YERLERİNE

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Ebru AKKOYUN' nun dilekçesinde belirtilen, "Kadın Sağlık Çalışanlarının Human Papilloma Virüsü Hakkında Bilgi Düzeyleri ve Serviks Kanseri Erken Tanı Yöntemleri ile ilgili Uygulamaları" konulu araştırmasını yapmasının uygun görüldüğüne dair 23/09/2021 tarihli 27 Nolu Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma Başvuruları İnceleme ve Değerlendirme Komisyon Kararı ve Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü yazımız ekinde gönderilmiştir.Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolünde belirtildiği üzere; araştırmacı tarafından, çalışmanın yayın/tez haline getirilmeden önce verilerin analizini değerlendirmek üzere Müdürlüğümüze gönderilmesi ve çalışma Üniversite veya kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshasının kitapçık halinde Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerekmektedir. Kırklareli Merkez Toplum Sağlığı Merkezi tarafından komisyon kararı ve protokolün adı geçene teslim edilmesi ayrıca araştırma çalışmasını kendi imkanlarıyla yapacağı hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem CERİT
İl Sağlık Müdürü

EK: Ek: Komisyon Kararı, Protokol ve Anket

Dağıtım:

Gereği :
Kırklareli Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü
Kırklareli Merkez Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimleri

Bilgi:
Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enst. Halk Sağ.A.D

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu: [illegible] Belge Doğrulama Adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

Kırklareli Millet Hastane Cad.No:9 C Blok Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği -KIRKLARELİ
Telefon: Faks No: 02882120985
e-Posta: muhibe.gurleyik@saglik.gov.tr İnternet Adresi: m.gürleyik-238
Bilgi için: MÜHİBE GÜRLEYİK
EBE
Telefon No: (0 288) 214 10 76