T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNE BAŞVURAN EBEVEYNLERİN HPV AŞISI İLE İLGİLİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Arş. Gör. Dr. Nurçiçek MUTLU

UZMANLIK TEZİ

Danışman
Prof. Dr. Yasemin ÇAYIR

ERZURUM-2021

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimi aldığım süre boyunca deneyimleri ve bilgileri ile bana rehberlik eden, desteğini ve yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen, birlikte çalışma fırsatı bulduğum içim mutlu olduğum, her türlü konuda en güzel yol göstericim değerli tez hocam, anabilim dalı başkanımız sayın Prof. Dr. Yasemin ÇAYIR'a,

Aile hekimliği uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübeleriye bana yol gösteren, eğitim asmlerde günün her saati olağanüstü bir çabayla bizlerden bilgi ve desteğini asla esirgemeyen, tez çalışmalarımda yine aynı şekilde yardımını asla esirgemeyen değerli hocam Dr. Öğretim Üyesi Mustafa BAYRAKTAR'a,

Aile hekimliği uzmanlık eğitimimde bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren değerli hocalarım Doç. Dr. Kenan TAŞTAN, Dr. Öğretim Üyesi Suat SİNCAN'a

Uzmanlık eğitimim boyunca çok güzel dostluklar kurduğum,her zaman destek ve yardımlarını gördüğüm tüm asistan arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca her zaman yanımda olan, hiç bir zaman sevgi ve desteklerini benden esirgemeyen değerli annem Hürriyet KIZILARSLAN, babam Cemal KIZILARSLAN ve kardeşim Nurseli KIZILARSLAN'a

Hayatımın anne olduktan sonraki her döneminde yanımda olup sevgi ve desteğini her zaman hissettiğim değerli kardeşim Nursena KIZILARSLAN'a

Tanıdığım ilk günden beri bana yaşam enerjisi veren her konuda destekçim olan sevgi ve desteğini her zaman hissettiğim, arkadaşım, değerli eşim Onur MUTLU'ya

Ve bana anneliği öğreten varlığına şükrettiğim biricik kızım Öykü MUTLU'ya

Sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Nurçiçek MUTLU

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR ..... **I**
İÇİNDEKİLER ..... **II**
SİMGELER ve KISALTMALAR ..... **IV**
TABLOLAR DİZİNİ ..... **V**
ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **VII**
ÖZET ..... **IX**
ABSTRACT ..... **XI**
1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**
2. GENEL BİLGİLER **3**
2.1. HUMAN PAPİLLOMA VİRÜS 3
2.1.1. Tarihçe 3
2.1.2. Virüsün Yapısı ve Genel Özellikleri 3
2.1.3. Sınıflama 4
2.1.4. Patogenez ve İmmünite 5
2.1.5. Epidemiyoloji 6
2.1.6. Bulaş Yolları 7
2.1.7. Klinik 7
2.1.8. Tanı 10
2.1.9. Tedavi 11
2.2. SERVİKS KANSERİ 12
2.2.1.Epidemiyoloji 12
2.2.2.Histopatoloji 12
2.2.3.Risk Faktörleri 13
2.2.4.Belirtileri 15
2.2.5.Evreleri 15
2.2.6.Erken Tanı ve Tarama 15
2.3. HPV AŞILARI 17
3. GEREÇ VE YÖNTEM **21**
4. BULGULAR **24**
5. TARTIŞMA **43**

6. SONUÇLAR **48**
KAYNAKLAR **49**
EKLER **56**
EK 1-BİREYSEL GÖRÜŞME FORMU 56
EK 2-KAROLİNE HPV AŞILAMA TUTUMLARI VE İNANÇLARI ÖLÇEĞİ (KHATİÖ) 57
EK 3-AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU 60

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

ACUS : Önemi Belli Olmayan Atipik Glandüler Hücreler

ASCUS : Önemi Belli Olmayan Atipik Skuamoz Hücreler

CIN : Servikal İntraepitelyal Neoplazi

DNA : Deoksiribo nükleik asit

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

EASM : Eğitim Aile Sağlığı Merkezi

FDA : Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi

HIV : Human Immunodeficiency Virus

HPV : Human Papilloma Virüs

HSIL : Yüksek Dereceli Skuamoz Epitelyal Lezyonlar

KHATİÖ : Karoline HPV Aşılama Tutumları ve İnançları Ölçeği

LSIL : Düşük Dereceli Skuamoz Epitelyal Lezyonlar

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Risk gruplarına göre HPV tipleri 5

Tablo 2. HPV tipleri ve sebep olduğu klinik tablolar.....8

Tablo 3. Serviksin prekanseröz lezyonlarında terminoloji.....13

Tablo 4. HPV Bazlı Tarama Stratejisi Türkiye 17

Tablo 5. HPV aşı tipleri ve pozoloji.....18

Tablo 6. Kadınlarda HPV aşılarının etkinliği.....19

Tablo 7. Çalışmaya katılan kişilerin cinsiyet dağılımları.....24

Tablo 8. Çalışmaya katılan kişilerin medeni durumları 24

Tablo 9. Çalışmaya katılan kişilerin meslek dağılımları.....25

Tablo 10. Çalışmaya katılan kişilerin eğitim durumları.....25

Tablo 11. HPV aşısı hakkında farkındalık düzeyi.....26

Tablo 12. HPV aşısı hakkında bilgi sahibi olma ile eğitim durumunun karşılaştırılması.....26

Tablo 13. Aile bireylerinde HPV aşısı yaptıran ve yaptırmayan kişilerin sayı ve yüzdeleri…..27

Tablo 14. Çevresinde HPV aşısı yaptıran ve yaptırmayan kişilerin sayı ve yüzdeleri.....27

Tablo 15. Aşı takvimi dışında aşı yaptıran ve yaptırmayan kişilerin eğitim durumlarının karşılaştırılması.....28

Tablo 16. Birinci derece akrabalarında serviks kanseri olan kişilerin sayı ve yüzdeleri.....28

Tablo 17. Daha önce aşı yan etkisi ile karşılaşan kişilerin sayı ve yüzdeleri.....29

Tablo 18. Yaş, gelir, çocuk sayısı, total puan verileri.....37

Tablo 19. Total Puan ve Cinsiyet.....38

Tablo 20. Total Puan ve Medeni durum.....38

Tablo 21. Total Puan ve Eğitim durumu 39

Tablo 22. Total Puan ve Meslek.....39

Tablo 23. Total Puan ile Sağlıkçı- Diğer Meslek Gruplarının Karşılaştırılması.....40

Tablo 24. Total Puan ve HPV aşısı hakkında bilgisi olan-olmayan grupların karşılaştırması. 40

Tablo 25. Total Puan ve Aile Hekimi HPV hakkında bilgi veren-vermeyen grupların karşılaştırması 41

Tablo 26. Total Puan ve Aile bireyleri HPV aşısı yaptıran-yaptırmayan grupların karşılaştırması 41

Tablo 27. Total Puan ve Çevresinde HPV aşısı yaptıran-yaptırmayan grupların karşılaştırması 41

Tablo 28. Total Puan ve Aşı takvimi dışında aşı yaptıran-yaptırmayan grupların karşılaştırması 42

Tablo 29. Total Puan ve Aşı yan etkisi yaşayan-yaşamayan grupların karşılaştırması 42

Tablo 30. Total Puan ve Birinci derece akrabalarında serviks kanseri olan-olmayan gruplarınkarşılaştırması 42

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Madde: HPV aşısı ateş veya rahatsızlık hissi gibi kısa süreli sorunlara neden olabilir 29

Şekil 2. 2.Madde: HPV aşısı. ilaç şirketlerine para kazandırmak içindir 30

Şekil 3. 3.Madde: HPV aşısı kalıcı sağlık sorunlarına neden olabilir 30

Şekil 4. 4.Madde: Eğer ergenlik dönemindeki bir kız HPV aşısı olursa cinsel ilişkiye girmesidaha erken olabilir 31

Şekil 5. 5.Madde: HPV aşısının güvenli olduğunu düşünmüyorum 31

Şekil 6. 6.Madde: HPV gibi cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyona karşı aşı olmak için kızımın çok küçük olduğunu düşünüyorum 32

Şekil 7. 7.Madde: Aşıya finansal destek sağlayabilecek bir klinik ya da destekleyici bulmanınne kadar zor olduğunu düşünüyorsunuz 32

Şekil 8. 8.Madde: Aşıya kolayca ulaşılabilecek bir klinik ya da destekleyici bulmanın nekadar zor olduğunu düşünüyorsunuz? 33

Şekil 9. 9.Madde: Elinde hazır aşı bulunan bir klinik ya da destekleyici bulmanın ne kadar zor olduğunu düşünüyorsunuz? 33

Şekil 10. 10.Madde: HPV aşısının maliyetinin ödeyebileceğimden daha fazla olmasından endişe duyuyorum 34

Şekil 11. 11.Madde: Randevu almak için uzun süre beklemek zorunda kalmayacağınız bir klinik ya da destekleyici bulmanın ne kadar zor olduğunu düşünüyorsunuz? 34

Şekil 12. 12.Madde: HPV aşısının genital siğilleri önlemede ne kadar etkili olduğunu düşünüyorsunuz.....35

Şekil 13. 13.Madde: HPV aşısının rahim ağzı (serviks) kanserini önlemede ne kadar etkili olduğunu düşünüyorsunuz.....35

Şekil 14. 14.Madde: HPV aşısının kızına yapılıp yapılmaması konusunda karar verebilecek yeterli bilgiye sahip değilim.....36

Şekil 15. 15.Madde: HPV aşısı o kadar yeni ki. kızıma yapılıp yapılmaması konusunda kararvermeden önce bir süre beklemek istiyorum 36

Şekil 16. 16.Madde: Çevremdeki diğer anne-babalar kızlarına HPV aşısı yaptırıyorlar.....37

ÖZET

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Başvuran Ebeveynlerin Hpv Aşısı İle İlgili Tutum Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi

Giriş ve Amaç: Serviks kanseri ülkemizde kadınlarda en sık görülen kanserler arasında yer almakta olup önlenebilir kanser gruplarının başında gelir. Serviks kanserlerinin etiyolojisindeki %70 sebep HPV-16 ve HPV-18 olup bunlara karşı etkinliği yüksek, güven aralığı geniş aşılar geliştirilmiştir. Fakat buna rağmen ülkemizde HPV aşısı yaptıranların sayıları oldukça düşük seyretmektedir. Bu çalışmamız ile kişilerin HPV aşısı ile ilgili tutum ve davranışlarını ortaya koyup aşı önündeki engelleri ortaya çıkarmayı amaçladık.

Yöntem: Bu çalışma Ocak-Mayıs 2021 tarihlerinde Atatürk Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 9-15 yaş aralığında kız çocuğu bulunan 227 ebeveyn ile yapılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik verilerinin yanısıra Karoline HPV Aşılama Tutumları ve İnançları Ölçeği uygulanmıştır. Veriler SPSS 22 ile analiz edilip, anlamlılık düzeyi $p<0,05$ kabul edilmişitir.

Bulgular: Katılımıcıların %75,8'i (n=172) kadın, %24,2'si (n=55) ise erkekti. Ebeveynlerin %95,2'si evli (n=216) olup %4,8'i bekar (n=11) idi. Çalışmamıza katılan kişilerin %20,3'ü (n=46) ilköğretim, %30,8'i (n=70) lise, %37.9'u (n=86) lisans, %11'i (n=25) yüksek lisans/doktora mezunuydu.

Kişilerin yaş ortalaması 37,7±6,8 yıl iken; Karoline HPV Aşılama Tutumları ve İnançları Ölçeği total puan ortalaması 37±6,5 idi. Total puan ortalamaları katılımcıların eğitim durumlarına gore karşılaştırıldığında eğitim seviyesi yüksek olanlarda total puanortalamasının anlamlı derece yüksek olduğu görüldü ($p<0,001$). Aynı şekilde meslek grupları arasında da sağlık sektörü çalışanlarının total puan ortalamasının diğer meslek gruplarına oranla anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü ($p<0,001$).

Çalışmamızda aile hekiminden HPV hakkında bilgi alan kişilerin oranının %16,7 (n=38) olduğu görüldü. HPV aşısı hakkında bilgisi olanların bilgi kaynakları incelendiğinde en yüksek oran (%20) medyaydı, %10'u komşu ve akraba çevresi, %7'si ailehekimi, %4'ü kadın doğum doktoruydu. HPV aşısı hakkında bilgisi olanların %59'u ise sağlık çalışanıydı.

Karoline HPV Aşılama Tutumları ve İnançları Ölçeği total puan ortalaması düşük olanlarda en önemli engellerin finansalyetersizlik, ulaşım zorluğu, aşı hakkında yetersiz bilgi ve kızlarının

yaşının uygun olmadığının düşünülmesi olduğu görülmüştür.

Sonuç: Çalışmamızdan elde ettiğimiz verilere göre katılımcıların çoğunluğunun HPV aşısı hakkında bilgisi yoktu. Sağlık çalışanları dışında HPV aşını bilen kişilerin en önemli bilgi kaynağı medyaydı. Aile hekimlerinin HPV aşısı hakkında bilgi verme oranları oldukça düşüktü. Aynı şekilde sağlık çalışanlarının da aşılanma oranları diğer gruplardan çok farklı olmayıp oldukça düşük bir orandaydı. Aşı önündeki en büyük engeller ise finansal yetersizlik, aşıya ulaşım zorluğu, aşı hakkındaki yetersiz bilgi düzeyi, ebeveynlerin kız çocuklarının yaşının aşı için uygun olmadığının düşünmesi ve çevresindekilerin genelde aşı yaptırmamış olmasıydı. Serviks kanserine karşı koruyuculuğu olan HPV aşılarına karşı ebeveynlerin tutumlarının geliştirilmesi ve aşı önündeki engellerin ortadan kaldırılması için özellikle HPV aşısının ulusal aşı takvimine eklenip sigorta kapsamına alınması yerinde olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Aşı, HPV, Karoline HPV Aşılama Tutumları ve İnançları Ölçeği, aile hekimliği

ABSTRACT

Evaluation of Attitudes and Behaviors of Parents Applying to Primary Health Care Services Regarding HPV Vaccine

Background and Aim: Cervical cancer is among the most common cancers in women in our country and is one of the leading cancer groups that can be prevented. 70% of the etiology of cervical cancers is HPV16 and 18, and vaccines with high efficacy and wide confidence intervals have been developed against them. Nevertheless, the number of people who have been vaccinated against HPV in our country is quite low. In this study, it was aimed to reveal the attitudes and behaviors of people regarding the HPV vaccine and to reveal the obstacles in front of the vaccine.

Material and Methods: A voluntary survey was conducted with 217 parents who have girls between the ages of 9-15, registered to the Education Family Health Center of Atatürk University between January-May 2021. Our survey data consists of individual interview form and Karoline HPV Vaccination Attitudes and Beliefs Scale. The data were analyzed with SPSS 22 and the significance level was accepted as $p<0.05$.

Results: A total of 227 female children between the ages of 9-15, admitted to the Education Family Health Center, included in our study. Of the participants, 75.8% (n=172) were female and 24.2% (n=55) were male, 95.2% were married (n=216) and 4.8% were single (n=11).

20.3% (n=46) were graduated from primary school, whereas 30.8% (n=70) were high school, 37.9% (n=86) undergraduate, and 11% (n=25) doctorate graduates.

The mean age of the participants was 37.7 ± 6.8years. The average total score of the questionnaire was 37 ± 6.5. When the total score was compared with the education level, it was seen that the score increased significantly as the education level increased ($p<0.001$). Likewise, it was observed that the total score of health sector workers among occupational groups was significantly higher than other occupational groups ($p<0.001$).

The proportion of people whose family physicians gave information about HPV was 16.7%; whereas, the rest of the people (83.3%) did not provide information about HPV by their family physician. The source of information for those who knew about the HPV vaccine was the media

in 20%; 10% were neighbors and relatives, 7% were family physicians and 4% were obstetricians. 59% had knowledge about vaccination due to their profession.

When the data of the group with a low questionnaire score were examined, it was seen that the most important factors were financial inadequacy, difficulty in accessing the vaccine, insufficient information about the vaccine, and the young age of their daughters.

Discussion and Conclusion: According to the data we obtained in our study, the majority of the participants did not have knowledge about the HPV vaccine. Apart from healthcare professionals, the most important source of information for people who knew about the HPV vaccine was the media. The rate of informing family physicians about HPV vaccine was quite low. Likewise, vaccination rates of healthcare workers were not much different from other groups and were in a rather low range.

The biggest obstacles to HPV vaccination were the financial situation related to the vaccine, the difficulty of accessing the vaccine, insufficient knowledge about the vaccine, the thought of girls being too young for the vaccine, and the fact that the people around them generally didnot have the vaccine.

Among them, it has been seen that one of the most important obstacles is financial insufficiency. Therefore, the most important step that can be taken will undoubtedly be to include the HPV vaccine in the vaccination calendar and to be covered by insurance. When all the data we have obtained from our study are examined separately, it is clearly seen that the biggest obstacles to vaccination will be removed and a big step towards community immunity will be taken by providing sufficient information, trust and financial support that they are all interconnected.

Key Words: Vaccine, HPV, Karoline HPV Immunization Attitudes and Belifs Scale, family medicine

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Human Papilloma Virus (HPV) zarfsız çift sarmallı DNA virüsü olup, seksüel-horizontal-vertikal yol ile geçiş österen en sık görülen bulaşıcı hastalıklardan birisidir. En sık bilinen bulaşma yolu cinsel yolla bulaş olmasına karşın, kontamine yüzeylerle bulaş, deriden deriye temasla bulaş, doğum kanalı yoluyla fetal bulaş nadir görülen bulaşma yollarıdır. Virüs deri ve anogenital bölgedeki mukozaları tutarak bazalmembrana invazyon yaparak enfeksiyona sebep olur. HPV'nin 200'den fazla tipibulunup bunlardan HPV 6 ,11 düşük riskli olup, HPV 16, 18, 45, 31, 33, 52, 58, 35, 59, 56, 51, 39, 68, 73, 82 ise yüksek riskli grupta yer almaktadır. Düşük riskli HPV tipleri anogenital siğil, papillomatozis gibi bir çok genital bölge enfeksiyonlarına sebep olurken, yüksek riskli HPV tipleri ise erkek ve kadında serviks, anal, penil, vajinal, vulvar ve orofaringeal kanserlerin oluşumuna sebep olmaktadır (1,2).

HPV enfeksiyonu asemptomatik olup uzun bir süre semptom vermez. Enfeksiyonun süreci 3 evreden oluşup bunlar latent dönem, subklinik dönem, klinik dönemdir. Latent dönemde virüs sadece PCR ile saptanabilirken, subklinik evrede ise kolposkopi ile virüsün yaptığı sitolojik ve mikroskobik değişimler görülebilir. Gözle görülebilen genital kondilom, invaziv kanser gibi bulgular ancak son evre olan klinik evrede tespit edilebilir (3). Ülkemizde HPV virüsüne yönelik 30-65 yaş arası kadınlarda 5 yılda bir pap smear veya HPV-DNA taraması yapılmakta ve serviks kanserinin erkenevrede yakalanması amaçlanmaktadır.

Serviks kanseri ülkemizde görülen kadın kanserlerinin içerisinde ilk 11'de yeralmaktadır, tüm dünyada ise 4. sıradadır. Ülkemizdeki her 100.00 kişiden 4.3'ü serviks kanseri olup her sene 100.00 kişinin 1.7'si kanser sebebiyle kaybedilmektedir (4). Serviks kanseri sebebi belirlenmiş olup önlenebilir bir hastalıktır. Serviks kanserinin sebep olan etkenler arasında ilk sırada HPV enfeksiyonu yer almaktadır. Diğer nedenlerarasında çoklu cinsel partner, erken yaşta(16 yaşından önce) cinsel hayata başlama, sigara kullanımı, çok doğum yapma, uzun süre oral kontraseptif kullanım öyküsü, kötübeslenme gibi bir çok faktör bulunmaktadır. Yapılan çalışmalara göre serviks kanseri tanısı alan hastaların %70'inde HPV pozitif olup, HPV ile 15-24 yaş arasında cinsel temas öyküsü mevcuttur (3).

HPV ile servikal kanser arasındaki ilişkinin fark edilmesiyle HPV virüsüne yönelik aşı geliştirilmiştir, bunlardan üç tip HPV aşısı lisans almıştır. Aşıların HPV'ye bağlı oluşan enfeksiyon tablosunu engellediği ispatlanmıştır. Günümüzde lisans almış üç tip HPV aşısı bulunmaktatır. Bunlar Cervarix (16,18), Gardasil quadrivalent (6,11,16,18) ve Gardasil nona-valent (6,11,16,18,31,33,45,52,58)'dir. Yapılan araştırmaların sonuçlarına göre her iki HPV

aşısı da kişiler tarafından kolay tolere edilebilmekte, yüksek oranda bağışıklık sağlanmakta, dirençli HPV enfeksiyonu ve HPV enfeksiyonları ile ilişkili hastalığın azaltılmasında etkili olmaktadır (5).

Cervarix yalnızca serviks kanserine karşı koruma sağlarken, Quadrivalan HPV aşısı (Gardasil) hem serviks kanserine karşı hem de genital siğillere karşı koruma sağlamaktadır. Gardasil, HPV 6, 11, 16 ve 18'in sebep olduğu CINII ve CINIIIlezyonlarına karşı %100 koruma sağlar. Aynı şekilde siğil oluşumuna karşıda %100 koruma sağlamaktadır (5).

HPV aşısı 9-15 yaş arasındaki adölesan kız çocuklarına önerilmektedir. Ülkemizde uygulanması ücretli olup, aşı takvimimizde yer almamaktadır. (3). Dolayısıyla HPV aşısı hakkında yeterince bilgilendirilmeyen ya da aşının etkinliği, maliyeti gibi konularda endişeleri olan ve olumsuz tutum içinde olan ebeveynler aşılanma oranlarını etkilemektedir.

Bu çalışmadaki amaç birinci basamağa başvuran ve adölesan kız çocuğu olan ebeveynlerin HPV aşısı ile ilgili tutum ve davranışlarının araştırılmasıdır. Araştırmamızda Karolina HPV Aşılama Tutumları ve İnançları Ölçeği (KHATİÖ) kullanılacaktır. KHATİÖ puanı ile ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri ve aşı uygulama durumu açısından ilişki olup olmadığı analiz edilecektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Human Papilloma Virüs

2.1.1. Tarihçe

Eski Yunan ve romalılarda siğillerden hatta cinsel yolla bulaştığından bahsedilse de siğillere bir virüsün sebep olabileceği hatta bu virüsün kansere yol açabileceğinin anlaşılması çok uzun yıllar almıştır.

Siğillere yönelik ilk çalışma 1842 yılında İtalyan bir hekim tarafından yapılmıştır. Siğillerin cinsel yolla bulaşan bir etkenden kaynaklanabileceğini ileri sürmüştür.

1907 yılında Dr.Giuseppe Ciuffo da cilt ve genital siğillerin sebebinin virüs olduğunu savunmuş fakat bu hipotezini teknik imkansızlıklar sebebiyle ispatlayamamıştır.

Richard Shope ve E.Weston Hurst 1933'te siğillerin bulaşıcı olduğundan bahsetmişler ve bunu tavşanların üzerinde ispatlamışlardır. Takibinde 1935'te Peyton Rous ve Joseph Beard bu virüsün kanserojen olduğunu savunmuş ve virüse pamuk kuyruklu tavşan papilloma virüsü(CRPV- cottontail rabbit papilloma virüs) adını vermiştir. Virüs kaynaklı olan cilt kanserini tanımlaması Francis Peyton Rous 'a 1966 yılında Nobel Tıp ödülünü getirmiştir.

1949'da elektron mikroskobuyla siğillerin etkeninin virüsler olduğu netleştirilmiştir. 1970 yılında ise serviks kanseri olan kadınlarda genital herpes virüsünün bulunması ikisi arasında ilişki olabileceğini düşündürmüştür

1974 yılında Dr.Herald Zur Hausen ilkkez serviks kanserinin nedeninin serviks kanseri olduğunu açıklamıştır.

2006 yılında rahim ağzı kanserlerini engellemek amacıyla HPV'ye karşı ilk aşı üretimi başlamıştır. 2008 yılında ''Serviks kanserinin nedeni HPV'dir '' diyen Dr. Hausen 2008 yılında Nobel Tıp Ödülüne layık görülmüştür (6).

2.1.2. Virüsün Yapısı ve Genel Özellikleri

Human papilloma virüs papillomaviridae ailesinden, zarfsız, çift sarmallı küçük DNA virüsüdür. Papillomaviridae ailesinde 12 cins yer almaktadır bu cinslerin içerisinde alfa

papilloma cinsi en büyük grup olup, bu grup mukozayı enfekte ederek deride yaygın siğillere sebep olur.

Papilloma virüslerin moleküler yapıları 3 bölgeye ayrılır bunlar;

Erken bölge(early:E)

Geç bölge(late:L)

Uzun kontrol bölgesi(long control region:LCR)dir.

Early region viral replikasyon, onkogenezis, transkripsiyon ve transformasyondan sorumludur. Late region L1 ve L2 kapsid proteinlerini kodlar bunlardan L1 major kapsid proteinini, L2 ise minör kapsid proteinin kodlar. Long kontrol region ise replikasyonun başlangıç aşamasıdır (1).

2.1.3. Sınıflandırma

Papilloma virüsler antijenik yapılarına göre değil DNA yapılarına göre sınıflandırılır bu sebeple serotipler yerine genotipler sınıflandırılır ve keşfedilme sıralarına göre numaralandırılırlar. HPV'lerin sınıflandırılmasında; tür orjini ve virüs genomları arasındaki homolojinin derecesi önemlidir. Virüs genomları arasındaki homoloji ise DNA hibridizasyonuyla tespit edilir. Papilloma virüslerin filogenetik sınıflandırması DNA sekanslarına göre yapılmaktadır. Papilloma virüslerin tiplerinin, alt tiplerinin ve varyantlarının taksonomik sınıflandırılmasında ise major viral protein L1 gen bölgesinin homolojisi göz önünde bulundurulmuştur. Birbirinden en uzak olan tiplerde bile %40 benzerlik görülmektedir (1).

Farklı genotipler farklı doku tropizmi gösterirler.HPV tip 1,4,5,8,41,48,60,63,65 kutaneotropik tipler olup kutanöz ve plantar siğillerden elde edilmiştir. HPV tip 6,11,13,16,18,26,30,31,32,33,34,35,39,42,44,45,51,52,53,54,55,56,58,59,64,66,67,68,69,70, 73 ise mukozatropik tipler olup anogenital bölgede bening ve maling lezyonlarda saptanmıştır (7,8,9).

Günümüzde 200den fazla HPV tipi bulunup, HPV tipleri klinik olarak 3 kategoriye ayrılmaktadır (1).

Tablo 1. Risk gruplarına göre HPV tipleri

RİSK GRUBU	HPV TİPLERİ
Düşük riskli olanlar	6,11,40,42,43,44,54,55,62
Olası yüksek riskli olanlar	26,53,66
Yüksek riskli olanlar	16,18,31,33,35,39,45,51,56,58,59,68,73,82

Yüksek riskli genotipler vajinal, vulvar, anal, penil, servikal, oral ve baş boyun kanserlerinin gelişimine sebep olurken; düşük riskli grup genellikle anogenital bölge siğillerinden sorumludur.Dünyada en sık rastlanan HPV tipleri 16 ve 18 olup yüksek riskli grupta yer almaktadırlar.HPV 16 serviksi en sık enfekte eden virüs olup intraepitelyal neoplazi ve invaziv kanserlere sebep olur.HPV 18 ise nonskuamoz kanserlerle ilişkisi daha güçlüdür bunun yanında skuamoz lezyonlara sıklıkla sebep olmaktadır (7,10,11).

2.1.4. Patogenez Ve İmmünite

Human papilloma virüsün genomu çift sarmallı DNA'dan oluşmaktadır. Viral proteinleri kodlayan bütün dizinler aynı DNA üzerinde olduğundan tüm papillomavirüsler genetik olarak birbirine çok benzerdir. Viral genomda erken ve geç proteinleri kodlayan bölgeler bulunur.

HPV'ler replikasyonları için epitel hücrelerinin farklılaşmalarını kullanırlar. İnfeksiyon bazal tabakadaki kök hücrede başlar. Viral çoğalma ile beraber bazal tabakanın dışındaki tüm epidermal tabaklarda anormal bir proliferasyon olur sonuç olarak akantaz, parakeratoz, hiperkeratoz ortaya çıkar.E1,E2,E6,E7 proteinlerinin etkisiyle siklusun durması gecikir.Hücreler replikasyon yapamayan keratinositlere dönüşürken virüsün yapısal proteinleri sentezlenir(L1,L2).HPV enfeksiyonlarında virüs DNA'sı her zaman konak hücrenin çekirdeğinde yer alır.Virüs DNA'sının infekte hücrenin kromozomuyla birleşmesiyle ağır displazi,maling bulgular gelişirken , virüs DNA'sının infekte hücrenin kromozomuyla birleşmeyip çekirdek içinde epizomal olarak bulunmasıyla bening bulgular gelişir.Erken proteinlerde E6 ve E7 kanserli hücrelerce sentezlenir ve HPV virüsünü transforme edici nitelikte olup Rb ve p53 proteinleriyle kompleksler oluşturabilir.

HPV virüslerine başlangıçta olan yanıt daha sonra kaybolmaktadır. Erken dönemde çift

sarmallı DNA'sı olmadığından uyarı olmaz, nükleoproteinler salgılanmaz ve yanıt yetersizliği olur. Geç dönemde E6 ve E7 düşük düzeylerde seyrettiği için hücre lizisi, sitoliz, inflamasyon olmamakta, hücre proliferasyonu devam etmektedir. E6 ve E7nin interferon yanıtının aksamasıyla tolerans gelişmektedir. MHC1 yolu aksadığı için sitotoksik T lenfositler devreye giremez ve yeterli tanıma oluşamaz.Dolayısıyla HPV iyi bir immunojen değildir.(12,13)

HPV'lerin enfekte doku üzerinde 3 farklı etkisi görülmektedir. Bunlar; nonprodüktif, prodüktif ve latent enfeksiyonlardır. Latent enfeksiyon döneminde enfekte hücreler histolojik olarak tespit edilemez.bu aşamada virüs genomu hücre içinde epizom (ayrı bir DNA fragmanı) olarak bulunmaktadır.

HPV'lerin inkübasyon periyodu birkaç hafta ile yıllar arasında değişkenlik gösterebilir.İnkübasyon periyodu sonrasında viral replikasyon başlar ve karakteristlik koilositoz lezyonu ortaya çıkarken papillomatöz çıkıntılar kondilomları meydana getirir.Kondilomlar bazen sadece kolposkopi ile görülen subklinik enfeksiyonlar oluşturabileceği gibi çıplak gözle görülebilen lezyonlarda oluşturabilir.Kondilom lezyonlarında genellikle HPV6 ve 11 tespit edilir.Bazen dev boyutlara ulaşıp vulva ,vajen,servikse yerleşebilir (Buscke-Lowenstein tümörü)

HPV enfeksiyonlarının çoğu asemptomatik olup belirti vermeden %70'i 1 yıl içinde ve %90'ı 2 yıl içinde kaybolur. Tüm HPV enfeksiyonlarının yanlızca % 10'u kondiloma dönüşürken, %1'den azı neoplastik değişiklere sebep olur (10,14).

2.1.5. Epidemiyoloji

Prevalans belli bir zaman dilimi içerisinde, belli bir nüfusta, çalışma kapsamındayer alan, enfeksiyona sahip kişilerin risk altında olan kişi sayısına oranıdır. Human papillomavirüslerin klinik belirtiler açısından prevalansı düşük olmasına karşın, PCR testi pozitifliği ile bakılan prevalans değeri oldukça yüksektir (15). İnsidans belirli bir zaman dilimi içerisinde , belirli bir nüfusta , enfeksiyona yeni yakalanmış kişilerin oranını temsil eder. Human papillovirüsün insidansı ise ilk cinsel ilişkiden sonraki ilk on yıl içinde pik yapmaktadır. Doğal enfeksiyon koruyuculuk sağlamadığı için kişi defalarca kez enfekte olabilmektedir (16).

HPV dünyada en sık cinsel yolla bulaşan hastalıklardan birisidir. Erkek ve Kadındaaynı oranlarda bulunmasına karşın kadınlarda çok daha fazla klinik bulgu verir (17). Yapılan çalışmalara göre serviks kanseri tanısı alan hastaların %70'inde HPV pozitif olup, HPV ile 15-24 yaş arasında cinsel temas öyküsü mevcuttur (1). Cinsel aktif kadın ve erkeğin en az bir kez yaşam boyu HPV ile maruziyet oranı %80 olarak tahmin edilmektedir.Fakat genelde asemptomatik seyreden bu virüsün oranının çok daha yüksek olduğu düşünülmektedir (16).

Serviks kanserine sebep olan diğer etkenler arasında çoklu cinsel partner, erken yaşta (16 yaşından önce) cinsel hayata başlama, sigara kullanımı, çok doğum yapma, uzun süre oral kontraseptif kullanım öyküsü, kötü beslenme gibi bir çok faktör bulunmaktadır (1).

2.1.6. Bulaş Yolları

Cinsel temas: En sık görülen bulaşma şeklidir .Yapılan çalışmalarda cinsel aktif kadınların %75'inde HPV pozitif gelmektedir. HPV pozitif gelen bayanların cinsel partnerlerinde de %60-66 HPV pozitifliği saptanmaktadır. Cinsel yolla bulaşta en önemli faktör HPV ile karşılaşma yaşı ve partner sayısıdır. Özellikle maling lezyonların oluşumda cinsel hayata başlama yaşının erken olması en önemli faktörler arasındadır (1,17).

Vertikal geçiş: HPV pozitif anneden doğan bebeklere geçiş şeklidir. 3 yaşına kadar respiratuvar papillomatozu olan çocuklarda vertikal geçiş olduğu düşünülmektedir. Bazı çalışmalarda servikal HPV'si pozitif olan kadınlardan doğan çocukların nazofarinks sekresyonlarında %4–87 oranında HPV DNA pozitifliği belirlenmiştir

Horizontal geçiş: Deriden deriye temasla bulaş şeklidir. HPV nadirde olsa bilinenin aksine sadece cinsel yolla bulaşmayıp kontamine yüzeye temasla veya el ile anogenital bölgede lezyonlara sebep olabilmektedir

Nazokomiyal geçiş: Nadir görülen bulaş şeklidir. Tedavi sırasında lazer ve elekterokoterizasyon gibi aletlerlerin yeterince sterilize edilememesi sebebiyle kontamine yüzeyden temas şekliyle bulaşma şeklidir (1,17).

2.1.7. Klinik

HPV ile bulaş sonrası çoğu kişide klinik tablo oluşmaz. HPV pozitif kişilerin %90'ında ortalama 2yıl içerisinde bağışıklık sistemi sayesinde klinik oluşmadan pozitiflik ortadan kalkar. HPV'nin bening veya maling lezyonlara hangi mekanizma ile sebep olduğu veya asemtomatik tablonun mekanizması tam olarak bilinmemektedir (17). Klinik belirtilerin farklılığı; HPV'nin tipine, lezyon lokalizasyonuna, bireyin immünolojik durumuna ve epitelin doğasına bağlıdır

Tablo 2. HPV tipleri ve sebep olduğu klinik tablolar (18)

Servikal kanser	**HPV Tipi**
Kuvvetli ilişki	16,18
Orta derecede ilişki	31,33,35,45,51,52,56,58,59,65,66
Zayıf ilişki	6,11,30,40,42,43,44,54,62,66,67,68,74,75
Vajinal kanser	16,18,74
Vulvar kanser	
Kuvvetli ilişki	16
Zayıf ilişki	6,11,61,62,64,67,68,70
Oral kavite ve baş-boyun tümörler	
Oralpapilloma	6,7,11,32,34,55,59,69,72,73
Oral, fokal epitelyal hiperplazi	13,32
Dudakta verruka	2,57
Konjunktival papilloma	11
Larengeal papillom	6,11
Larengeal karsinom	30
Ösefagial papilloma	45
Ösefagial skuamöz hücreli kanser	73
Anogenital	

Bowenoid papullosis	16,34,55
Flat condyloma	6,11,16,18,31,54,70
Exofitic condyloma	6,11
Condylomata accuminatum	6,111
Deri	
Epidermodysplasia verruciformis	5,8,9,12,14,15,17,19,25,36,46,47,50
Plantar verruka	1,49,60
Flat verruka	3,10,26,29,41
Kutanöz skuamöz hücreli kanser	41,48
Comman verruka	2,4
Butcher’s verruka	7

Genital papillomatöz lezyonlar

HPV tiplerinden 6 ve 11 genital bölgede en sık papillomatöz lezyona sebep olan tiplerdir. Kadınlarda labia majör, minör, klitoris, vajina, anüs, serviks, üretrada lezyonlar oluştururken; Erkeklerde ise skrotum, perineum, pubik bölgede lezyon oluşumuna sebep olurlar. Genital lezyonlar %10-20 sponton remisyon gösterir ve 3-4 ay içerisinde kendiliğindenkaybolur.

Respiratuvar papillomatöz lezyonlar

Genital bölgedeki HPV 6 ve 11 vertikal yolla bulaş sonucu çocuklarda acil cerrahi gerektiren solunum yollarını kapatan papillomatöz lezyonlara sebep olabilirler.

Kanser Gelişimi

HPV kadınlarda cinsel temas ile hasar görmüş mukozadan içeriye girerek serviksin epitelyal bazal hücrelerini enfekte eder. Hücre döngüsü bozarak servikal displaziye daha sonra invaziv servikal neoplaziye sebep olurlar

Serviksin sitolojik anormalliklerini tanımlanamk için Bethesda sistemi kullanılmaktadır

-ASCUS: Önemi Belli Olmayan Atipik Skuamoz Hücreler

-ACUS: Önemi Belli Olmayan Atipik Glandüler Hücreler

-LSIL: Düşük Dereceli Skuamoz Epitelyal Lezyonlar

-HSIL:Yüksek Dereceli Skuamoz Epitelyal Lezyonlar

LSIL tedaviye gerek olmadan normal sitolojiye gerilerken, HSIL serviks kanserinin prekanseröz lezyonlarıdır ve tedavi edilmediği durumda %3-10 oranında invaziv kansere dönüşürler (17).

2.1.8. Tanı

2.1.8.1. Moleküler Olmayan Teknikler

Moleküler teknikler dışında HPV tanısı için çıplak gözle muayene, kolposkopi, sitoloji ve histoloji gibi tekniklerde kullanılabilir.Özellikle sitolojinin kullanımı servikal kanser için oldukça önem arzetmektedir.

Çıplak gözle muayene; Çıplak gözle muayene ışık altında belirli çözeltiler kullanılarak serviksin incelenmesidir.

Kolposkopi; Kolposkopi serviksin ışık ve mikroskop ile görüntülenme işlemine verilen addır. Kolposkopinin amacı, transformasyon zonunda, serviks üzerinde ya

da servikal kanalda bulunan prekanseröz lezyonların tanımlanması ve biyopsi alınacak odakların belirlenmesidir. Kolposkopiden önce servikse %3-5'lik asetik asit uygulanır. Bening neoplastik veya maling bölgeler bu sayede pembe yerine beyaz olarak görülürler. Nükleer yoğunluğun fazla olduğu yüksek dereceli CIN patolojilerinde epitel diğer bölgelerden daha opak olarak gözlenir

Sitoloji ve Histoloji; Sitoloji bir tarama testi olup değerlendirilebilmesi için diğer tekniklerle birlikte çalışılması gerekir. Pap smear bir sitolojik inceleme olup viral enfeksiyon varlığını

gösteren hücresel farklılıkların papanicolau boyası ile boyanması ile yapılmaktadır. Özetle Pap smear, sitolojik olarak değişmiş hücreler ile dökülen normal hücrelerin incelenmesine dayanan bir testtir Dr. Papanicolau tarafından bulunan bu yöntem ile nükleer atipi, parakeratozis, hiperkeratozisin, yüksek dereceli sitolojik değişiklikler saptanır. Histolojik incelemeler de kesin tanı koyabilmek için alınan örneklerin patolojik olarak incelenmesidir. Patolojik örneklerin alınması bölgeden konizasyon, Loop elektrocerrahi eksizyon prosedürü (LEEP), endoservikal küretaj, LETZ (Large Excision
of the Transformation Zone), punc biyopsi gibi birçok şekilde yapılabilir. Ancak bu yöntemlerin duyarlılığı çok düşük olduğundan günümüzde immunolojik veya nükleik asit tanı yöntemleri kullanılmaktadır (1).

2.1.8.2. Moleküler Teknikler

HPV pozitifliğinin gösterilebilmes için iki temel teknik bulunmaktadır. Bunlar PCR ve hibrid yakalama teknikleridir.

Polimeraz Zincir Reaksiyonu (PCR) ; nükleik asitlerin in-vitro koşullarda replikasyonu için geliştirilmiş bir tekniktir.Hedef DNA'nın amplifikasyonunu sağlayarak hedef DNA'nın artmasına dayalı oluşturulan bir tekniktir.

Hybrid Capture Testi; İki çeşidi vardır. Bunlar birinci jenerasyon hibrid yakalama tüp testi (HCT) ve yeni olan hibrid yakalama II (HCII) testidir.Yüksek riskli HPV tipleri her iki testle saptanabilmektedir

HPV mRNA'sının Belirlenmesi ; Yüksek riskli HPV tiplerinde E6/E7 mRNA tespitinin, HPV DNA testinden daha duyarlı olduğu bilinmektedir. Onkojenik aktivitenin tespiti ve servikal lezyonun prognozunun belirlenmesinde öncelikli olarak E6/E7 mRNA'nın kullanılması oldukça faydalı sonuçlar vermiştir (1).

2.1.9. Tedavi

HPV tedavisi birçok faktöre göre farklılık göstermektedir. Hastanın yaşı, çocuk isteği,yaygınlığı tedaviyi etkileyen faktörlerden birkaçıdır. Genel olarak tedavi şeçenekleri

arasında elektokoterizasyon, kriyoterapi, lazer vaporizasyonu veya konizasyonu, sıcak-soğuk konizasyon,LEEP ve histerektomi bulunmaktadır.

Lezyon yaygın olmadığında serviks koterize edilebilir. Kriyoterapi ile dondurularak ısının düşmesiyle hücre membranı ve organeller parçalanarak tedavi uygulanabilir. Konizasyon lezyonun sınırlarından lazer ışını ile konik şekilde çıkarılmasıdır. Bu işlem elektokoterin özel tel ucu ile yapılınca sıcak konizasyon, bistüri yardımıyla yapılınca soğuk konizasyon adını alır. Soğuk konizasyon işlem sonrası serviks anatomisinin korunması ve daha az kanama yapması sebebiyle daha çok tercih edilir. Lazer vaporizasyonu ise lezyonun sınırlardan silindir şeklinde vaporize edilmesidir.

LEEP ise, lokal anestezi altında tüm transformasyon zonunun görülerek, düşük voltaj diatermi loop'u ile eksize edilmesine verilen işlemdir. Bu teknik ile inceleme için doku elde edebilmekte bu sayede tanı ve tedavi aynı seansta yapılabilmektedir. Ancak serviksin çoğunun alınması sebebiyle çocuk isteyen genç hastalarda kullanılmaz

Histerektomi ise tüm tedavi yöntemleri arasında en yüksek başarı oranına sahiptir. Çocuk sahibi olmayı düşünmeyen, düzenli takip edilemeyen hasta grubunda uygun bir tedavi şeklidir (1).

2.2. Serviks Kanseri

2.2.1. Epidemiyoloji

Serviks kanseri tüm dünya genelinde kadınlardaki kadınlara özel kanserler arasında 2.sırada yer almaktadır.Her yıl dünyada 274.000 kadın serviks kanseri sebebiyle hayatını kaybetmektedir (19)

Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2016 verilerine göre serviks kanseri ülkemizde en sık kadın kanserleri sıralamasında ise 10. sıradadır (20,21).

2.2.2. Histopatoloji

.

Serviks karsinomlarının %85', skuamoz hücreli kanserlerdir Skuamöz hücreli kanserlerin %50'sinde HPV 16, %20'sinde HPV 18'e rastlannmaktadır. Skuamöz hücreli olmayan serviks kanserlerine ise HPV 18 daha sık sebep olmaktadır ve daha kötü prognoza sahiptir. Serviks kanserlerinde Pap smear yönteminin kullanıma geçmesiyle morbidite ve

mortalite oranı ciddi bir şekilde azalmıştır (22).

HPV skuamöz epitelde tutulum yaparak hücre proliferasyonunu uyarır. Epiteldeki tutulumun evresine göre CIN I-II-III olarak evrelere ayrılır. Bazal membranında tutulmasıyla invaziv kanser adını alır. CIN 1 de bazaloid hücreler epitelin 1/3 alt kısmını, CIN 2 de alt 1/3-2/3'ünü, CIN 3 de 2/3'den fazlasını kaplamaktadır. CIN 1'de regresyon oranı %2, persistans %22 ve progresyon 'dır. CIN 2'de regresyon %28, progresyon %50'dir. CIN 3'de ise progresyon oranı çok daha yüksektir (23).

Bethesda sisteminde bu evreleme HSIL ve LSIL olmak üzere 2 gruba ayrılmaktadır. H-SIL'da nükleer pleomorfizm ve nükleus/sitoplazma oranı artışı L-SIL'a göre daha belirgindir ve kromatin daha kabadır (23).

Tablo 3. Serviksin prekanseröz lezyonlarında terminoloji (23)

Hafif Displazi	CIN1	LSIL
Orta Displazi	CIN2	HSIL
Ağır Displazi	CIN3	HSIL

2.2.3. Risk Faktörleri

Serviks kanseri netlik kazanmış için risk faktörleri (24);

- İlk cinsel ilişki yaşının erken yaşta olması (<16 yaş)
- Birden fazla cinsel partner,
- Birden fazla cinsel partneri olan kişi ile cinsel temas,
- İlk gebelik yaşının 20 ve altında olması,
- İlk doğum yaşının 20 ve altında olması,
- Doğum sayısının üç ve üzerinde olması,
- CYBH sahibi olma
- Sigara
- Yaş
- Siyah Irk
- Tedavi edilmemiş diğer vajinal enfeksiyonların olması
- İmmun supresyon

Serviks kanseri için muhtemel risk faktörleri (24);

- Menarşın erken yaşta başlaması(15 yaş)

- Birinci derece akrablarda servikal kanser öyküsünün olması,
- Sebze-meyveden fakir beslenmesi (vitamin c, beta-karoten ve folat eksikliği),
- Kötü hijyen
- Düşük sosyo ekonomik düzey
- Uzun süreli OKS kullanımı (5 yıl) (24,25,26,27).

Cinsel ilişkiye erken yaşta başlama serviks kanseri etyolojisinde önemli faktördür. Yapılan çalışmalara göre cinsel aktiviteye 15 yaşından önce başlama serviks kanseri riskini 10 kat artırırken (28)(29); 16 yaşından önce başlayanlarda 20 yaşından sonra başlayanlara göre serviks kanseri riskinin 2 kat arttığı saptanmıştır (30). Bunun nedeninin olarak squamokolumnar kavşağın gelişimini tam tamamlayamaması olduğu düşünülmektedir (24).

Gebelik sayısının üçten fazla olması, ilk gebeliğin 20 yaşından erken yaşta olması, ilk doğumun erken yaşta olması önemli risk faktörü olarak gösterilmektedir. Çoklu doğum ile servikal kanser arasındaki ilişkinin kürtaj ve doğum esnasındaki servikal travma ile ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür (24).

Herpes simplex virüs (HSV) ve Human papilloma virüsün (HPV) serviks kanseri etyolojinde önemli bir role sahip olduğu bilinmektedir. Özellikle HPV'in serviksin epitel hücrelerini enfekte ederek transformasyon zonunda (vajina ve serviks epitel hücrelerinin birleştiği yer) metaplastik epitelin kalıcı enfeksiyonuna yol açtığı sonuçta serviks kanserine sebep olduğu belirlenmiştir (24,25).

Servikal kanser özellikle 30-55 yaş kadın bireylerde görülürken siyah ırkın beyaz ırka oranla serviks kanserinden 3 kat daha fazla öldüğü saptanmıştır (24).

Tedavi edilmemiş vajinal enfeksiyonların varlığının da serviks kanseri için risk faktörü olduğu kabul edilmiştir. Madeleine ve ark.'nın yaptığı çalışmada C. trachomatis saptanan hastalarda skuamöz hücreli kanser riskinin 1.6 kat artırdığı kanıtlanmıştır (31).

Servikal kanser gelişiminde bir diğer riskte immun supresyondur. HIV pozitif kadınlarda invaziv servikal kanser gelişme riski üç kat fazladır. HIV'nin HPV ile birlikteliğinde HIV, immun cevabı bozarak ve HPV'nin neden olduğu önemli genetik değişikliklere yeterli zamanı sağlamaktadır (24).

Birçok çalışma sonucu OKS kullanımının servikal lezyonlar ve kansere karşı riski arttırdığı yönündedir. Fakat aynı zamanda bunun diğer faktörlerle ilgili olabileceği de düşünülmektedir. Örneğin; OKS kullananların çok partnerli veya erken yaşta ilişkiye başlamış olabileceği, bariyer yöntemler ile korunmuyor olabileceği ve bu sebeple kanser riskini

artırabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır. Aynı zamanda OKS kullananlarda düzenli muayene alışkanlığı ve pap smear tarama oranı daha yüksektir. Buda OKS kullananlarda servikal kanserin kontrollerde yakalanma oranının artmasına neden olabileceğini de akıllara getirmektedir (24).

2.2.4. Belirtileri

Serviks kanserinin belirtileri arasında en tipik olanı ağrısız kanama ve et suyu renginde vajinal akıntıdır. Onun dışında Anormal vajinal kanama, mens kanamalarının uzun sürmesi, cinsel ilişki sonrası kanama, disparoni, periyod arası kanamalar, bel ve kasık ağrısı, genital bölgede karnabahar görünümlü lezyonlar, kansızlık, kilo kaybı vs görülebilir. Bimanual muayenede doku pürtüklü ve sert hissedilir (3).

2.2.5. Evreleri

Evre I: Kanser servikste sınırlıdır.

Evre II: Serviks dışına yayılarak serviksin yakınındaki yumuşak dokuya ya da vajina kubbesine yayılmıştır.

Evre III: Kanser serviksin dışına yayılarak, pelvik yan duvarları tutmuş ya da, pelvik veya paraortik lenf ndolarını tutmuş ya da idrara kanalını tutmuş ve böbreklerde genişleme olmuş ya da alt vajinayı tutmuştur.

Evre IV: Kanser serviks ya da yukarıda bahsi geçen herhangi bir bölgenin dışına yayılarak idrar torbası, rektum ya da karaciğer ve akciğer gibi uzak organ yayılımı yapmıştır (32).

2.2.6. Erken Tanı Ve Tarama

Serviks kanserleri preinvaziv lezyon veya servikal intraepiteiyal neoplazi döneminden sonra ortaya çıkar. Preinvaziv dönemden kansere kadar geçen süre ortalama 6 yıldır. Her preinvaziv dönem kanserle sonuçlanmaz ve bu dönemde kişinin herhangi bir şikayeti olmaz. Pap test (smear) veya HPV testleri ile yapılan taramalarda tesadüfen saptanır. Bu sebeple Pap smear ve HPV testi serviks kanserinin görülme sıklığında önemli bir azalma sağlamıştır. Çünkü hastalık erken dönemde yakalanarak uygulanan tedavi yöntemleriyle kansere gidişat engellenmiş olur (32).

Tarama Yöntemleri

-Sitoloji (servikal smear)

-HPV Testi

-Sitoloji/HPV co-testing (5 yılda bir her iki test beraber)

-Asetik asit ya da Lugol ile gözlemsel muayene)

-Gör ve Tedavi Et (LEEP gibi bir metodla servikste şüpheli görülen alanın eksizyonel tedavisi) (33).

Amerikan Kanser Derneği (ACS) Servikal Neoplazi Tarama Programı:

- Cinsel hayat başladıktan üç yıl sonra veya en geç 21 yaşında olmalıdır. Tarama konvansiyonel Pap testi ile yılda bir, sıvı bazlı Pap testi ile 2 yılda bir yapılmalıdır.
- 3 kez normal Pap testi incelemesi olan kadınlar, 30 yaşından itibaren 2-3 yılda bir konvansiyonel veya sıvı bazlı Pap testi ile taranabilir
- 70 yaşın üzerinde, son 10 yılda anormal Pap testi sonucu olmayan, 3 veya daha fazla normal Pap testi sonucu olan kadınlar servikal kanser tarama programından çıkartılabilir.
- HIV infeksiyonu tanısı alan ve-veya immünsupresif tedavi alan olgularda ilk yıl iki kez, sonuçları negatif ise yılda bir alınmalıdır (34).

Türkiye'de Servikal Kanser Tarama Programı

Ülkemizde serviks kanseri taramaları; ilk 1992 yılında başlamış olup 20 yıllık süre içerisinde yanlızca kadın nüfusunun %20'si taramaya dahil edilebilmiştir.2012 yılında tarama programında değişikliğe gidilip tarama programının yüksek sensivite ve daha çabuk sonuç elde edilmesi sebebiyle HPV ile yapılmasına karar verilmiştir.

Ülkemizde serviks kanseri taramaları 30-65 yaş aralığında, 5 yılda bir, HPV testi ile, Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri'nde (KETEM) ve Aile Sağlığı Merkezleri'nde (ASM), ücretsiz olarak yapılmaktadır. Test sonucu pozitif çıkan olgular pap-smear ile değerlendirilmektedir (33).

Tablo 4. HPV Bazlı Tarama Stratejisi-Türkiye

HPV (-)	5 yılda 1 tarama programına devam	
HPV (+)	SİTOLOJİ ANORMAL	Kadın doğum uzmanına sevk
	SİTOLOJİ NORMAL	Hpv16 ve18 pozitif ise Kadın Doğum Uzmanına sevk HPV 16 ve 18 dışı pozitif ise testi 1 yıl sonra tekrarla
Yetersiz numune	3 ay sonra testi tekrarla	

2.3. HPV Aşıları

HPV aşıları tedavi edici ve koruyucu aşılar olmak üzere 2 gruba ayrılırlar, günümüzde yapılan aşı çalışmalarının büyük bir kısmı koruyucu(profilaktif) aşılardır. Günümüzde 3 çeşit HPV aşısı mevcuttur bunlar bivalen, kuadrivalen ve 9 valanlı HPV aşılarıdır. Bivalen HPV aşısı (cervarix) HPV 16 ve 18'e karşı olup; Kuadrivalen aşı(gardasil) HPV 6,11,16 ve 18'e karşı etkilidir. 9 Valanlı aşı ise HPV 6,11,16,18,31,33,45,52,58'e karşı etkilidir. Her üç aşıda virüs DNA'sı içermeyip rekombinant aşılardır. İçerdikleri VLP(virüs benzeri parçacıklar) sayesinde konakta humoral immun yanıtın gelişmesine sebep olurlar (35,36,37).

HPV aşıları bilinenin aksine doğal enfeksiyonla üretilen antikorlardan daha fazla antikor üretimi sağlayıp koruyucu daha yüksektir. Bunun sebebi HPV'ün enfekte kişi üzerindeyeterli immun yanıt oluşturmamasıdır.sonuç olarak HPV enfeksiyonu geçiren kişiler bu virüsekarşı bağışıklık kazanmaz ve ömür boyunca defalarca tekrar enfekte olabilirler (35).

Cervarix bivalan aşı olup HPV 16 ve 18'e karşı etkilidir. Adjuvan olarak alüminyum hidroksit ve 3-deasile monofosforil lipid A (ASO4) içermektedir. Bu adjuvan sistemi ile daha yüksek antikor seviyesine erişilip doğal enfeksiyondan daha güçlü bir immün yanıt gelişmesine katkı sağlanmıştır.6 ay içerisinde 0-1-6. Aylarda 3 doz şeklinde IM olarak uygulanmaktadır.

Gardasil Kuadrivalan aşı olup, HPV 6, 11, 16 ve 18'e karşı etkilidir. Ülkemizde 15.01.2007 tarihinde ruhsat alıp satışı başlamıştır. Amorf alüminyum-hidroksifosfat sülfat (AAHS) içeren bir adjuvana absorbe edilmiştir. Bu sayede aynı bivalan aşı gibi daha yüksek titrede antikor üretimine olanak sağlanmıştır.6 ay içerisinde 0-2-6. aylarda 3 doz şeklinde IM olarak uygulanmaktadır (36,38).

9 Valanlı aşı HPV 6,11,16,18,31,33,45,52,58'e karşıdır ve 2014 aralık ayında ABD FDA Bağışıklama Uygulamaları Danışma Komitesi tarafından tavsiye edilmiştir (39).

HPV Aşısı Uygulama Şekilleri

Tablo 5. HPV aşı tipleri ve pozoloji (40)

AŞI TİPİ	FDA	EMA	TÜRKİYE
Cervarix	Onaylanmıştı firma geri çekildi	**9-14yaş:** İlk aşılamadan 5-13.ay arasındaolmak üzere 2doz **+15 yaş:** 3 doz (0,1,6 aylar)	**9-14yaş:**İlk aşılamadan 5-13.ay arasında olmak üzere 2doz **+15 yaş**: 3 doz (0,1,6 aylar)
Gardasil	**9-13 yaş**:2doz (0,6 aylar **+14 yaş**:3 doz (0,2,6 aylar)	**9-13 yaş**:2doz (0,6 aylar **+14 yaş**:3 doz (0,2,6 aylar)	**9-13 yaş**:2doz (0,6 aylar **+14 yaş**:3 doz (0,2,6 aylar)
9V	**9-14 yaş**: İlk aşılamadan 5- 13.ay arasında olmak üzere 2doz **+15 yaş**: 3 doz (0,2,6 aylar)	**9-14 yaş:** ilk aşılamadan 5-13.ay arasındaolmak üzere 2doz **+15 yaş**: 3 doz (0,2,6 aylar)	

HPV aşıları her iki cinsiyet içinde 9 yaşından itibaren uygulanabilir olup; en ideal aşı yaş aralığı 11-12 yaşlarıdır.13 yaşından önce tablonun tamamlanması önerilmektedir. Daha önce aşılanmayan ve aşı dozlarını tamamlamayanlarda 13-26, erkeklerde13-21 yaş aralığında catch_up aşılaması önerilir.İmmunsupresif erkeklerde bu aralık 26 yaşa kadar çıkarılabilir (41,42,43).

Tablo 6. Kadınlarda HPV aşılarının etkinliği (5)

AŞI TİPİ	AZALTTIĞI HASTALIK GRUBU	ETKİNLİĞİ
Kuadrivalan	-HPV tip 6, 11, 16, 18 ile oluşan servikal, vulvar ve vaginal kanser -CIN 1, CIN 2/3 ve adenokarsinoma in situ -VIN 2/3 ve kadınlardaki VIN'lerin 2/3'si -Genital siğil, anal intraepitelyal neoplazi ve anal ca	%100
9 Valan	-HPV tip 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58 ile oluşan servikal, vulvar ve vaginal kanser -CIN 2/3, adenokarsinoma in situ -VIN 2/3 ve kadınlardaki VIN'lerin 2/3'si -Genital siğil, anal intraepitelyal neoplazi ve anal ca	HPV tip 6, 11, 16, 18'e karşı %99 HPV tip 31, 33, 45, 52, 58'e karşı %96.7
Bivalan	-HPV tip 16,18 ile oluşan servikal kanser -CIN 1, CIN 2/3 ve adenokarsinoma in situ	% 98.1

Aşı Kontrendikasyonları

- Kuadrivalan aşı maya içeriğinden dolayı maya alerjisi olan kişilere yapılmamalı
- Bİvalan aşının üretim tekniği sebebiyle lateks alerjisi olan kişilere yapılmamalı
- Gebelerde HPV aşılarının yapılması uygun olmayıp aşılanmış annelerin bebeklerinde olumsuz bir etki bildirilmemiştir (44,45).

HPV Aşı Standartları (46)

- HPV aşı bilgilendirmelerinde asıl sorumluluk KETEM, Sağlık Ocağı Aile hekimleri ile çocuk hekimlerine aittir.
- Aşılama öncesi HPV testi veya smear gereksizdir
- Gebe kadınlarda HPV aşısı yapılmamalıdır fakat gebe olduğu bilinmeden aşı yapılmışsa terapotik abortusun yeri yoktur
- Oluşacak tüm yanetkiler T.C. Sağlık Bakanlığı'na bildirilmelidir
- Şu anda kullanımda bulunan aşılar hasta bireyleri tedavi etmeyip sağlıklı bireyleri korumaya yöneliktir
- Kanserle Savaş Daire Başkanlığı halkın doğru bilgilendirilmesi için ilgili derneklerle

işbirliği içinde aktif rol oynamalı ve basını bilgilendirmelidir

- Aşılanmış kişilerde tarama programlarında değişiklik söz konusu değildir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tasarımı

Araştırmamız kesitsel tanımlayıcı bir çalışma olarak tasarlanmıştır.Çalışmamız 01.01.2020-24.05.2021 tarihleri arasında Erzurum ilinde Atatürk Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı toplam 5 birim Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinde yapılmıştır.

3.2. Örnek Sayısı ve Örnek Seçim Tekniği

Çalışmamızın evrenini Atatürk Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı toplam 5 birimde Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı 9-15 yaş arası kız çocuklarının birer ebeveynleri oluşturmuştur. Kayıtlı 9-15 yaş arası kız çocuğu sayısı 470 olarak belirlendi. Evreni bilinen örneklem hesaplama yöntemi ile örneklem sayısı 217 olarak belirlendi. Çalışmaya alınma kriterlerimiz; Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı EASM'lere kayıtlı olmak**,** 9-15 yaş arasında kız çocuk sahibi olmak ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmak ve onam vermekti. Çalışmadan dışlama kriterlerimiz ise Türkçe bilmemek**,** kooperasyon sorunu olmaktı. Kayıplar da dikkate alınarak çalışmamıza 227 kişi dahil edildi.

3.3. Etik Kurul ve İzinler

Bu tez çalışması için Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik kurulundan (Sayı: B.30.2.ATA.0.01.00/541 Tarih: 17.12.2020) (Ek-1)) izin alınmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

Çalışmanın verileri 01.01.2020' de toplanmaya başlandı ve 24.05.2021 tarihinde yeterli sayıya ulaşılması ile veri toplanmasına son verildi. Çalışmaya alınan kişilere çalışma hakkında bilgi verilip gönüllü onam formu okutularak onayları alındı. Çalışma yapılırken İyi Klinik Uygulamalar Rehberi ve Helsinki Bildirgesi'ndeki ilkelere uygun davranıldı. Katılımcılar gönüllülük esasıyla çalışmaya katılmış olup, çalışma kriterlerine uymayan kişiler çalışmadan çıkarıldı.

3.5. Veri Toplama Aracı

Çalışmamıza katılan kişilerin tanıtıcı bilgileri alındıktan sonra HPV aşısına karşı tutumlarını belirlemek üzere Karolina HPV Aşılama Tutumları ve İnançları Ölçeği (KHATİÖ) uygulandı.

Karolina HPV Aşılama Tutumları ve İnançları Ölçeği (KHATİÖ): Orjinal ölçek 2010 yılında McRee ve arkadaşları tarafından adölesan çağında çocukları olan ailelerin HPV aşılanmasıyla ilgili tutum ve inançlarını değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Sunar ve arkadaşları tarafından 2018'de yapılmıştır. Ölçek 4 faktörlü olup 16 maddeden oluşmaktadır (47).

1.Faktör: "Zararlar", aşıdan kaynaklanabilecek zararlar ve cinsellik yaşının erkene çekilmesi ile ilgili 6 maddeden oluşmaktadır.

2.Faktör: "Engeller", aşının maliyeti ve aşıya ulaşım gibi engeller hakkında 5 madde içermektedir.

3.Faktör: "Etkiler", HPV aşısının rahim ağzı kanseri ve siğillere karşı etkinliğine ilişkin 2 maddeyi içermektedir.

4.Faktör: "Belirsizlik", HPV aşısı hakkında farkındalığı sorgulayan, aşı hakkındaki belirsizlikleri içeren 3 maddeden oluşmaktadır.

Orijinal ölçek ile bu çalışmada kullanılan ölçeğin madde sıralamaları aynı olup;

1.Faktör olan "Zararlar" 1., 2., 3., 4., 5., 6. maddelerini içermekte olup 4'lü likert özelliği taşımaktadır (1=Kesinlikle katılmıyorum, 2= Kısmen Katılmıyorum, 3=Kısmen katılıyorum, 4= Kesinlikle katılıyorum).

2.Faktör olan "Engeller" 7., 8., 9.,10., 11. maddeleri içermekte olup 3'lü likert özelliği taşımaktadır (1=Hiç zor değil, 2= Kısmen zor, 3= Çok zor).

3.Faktör olan "Etkiler" 12., 13. maddeleri içermekte olup 4'lü likert özelliği taşımaktadır (1=Çok az etkili, 2= Orta düzeyde etkili, 3=Çok etkili, 4=Fazlasıyla etkili).

4.Faktör olan "Belirsizlik" 14., 15., 16. maddeleri içermekte olup 4'lü likert özelliği taşımaktadır (1=Kesinlikle katılmıyorum, 2= Kısmen katılmıyorum, 3=Kısmen katılıyorum, 4= Kesinlikle katılıyorum).

3.6. Verilerin Analizi ve İstatistiksel Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesinde “Statistical Package for Social Sciences (SPSS 22.0)” paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma, yüzde ve n değeri şeklinde verilmiştir. İki grup aarsında KHATİÖ total puan ortalamaları student T testi ile karşılaştırıldı. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Çalışmaya Katılan Ebeveynlerin Sosyodemografik Özellikleri ve Bireysel Görüşme Formu Verileri

Çalışmamıza Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı 9-15 yaş aralığında kız çocuğu olan 227 kişi katıldı. Bunların % 75,8'i (n=172) kadın, %24,2'si (n=55) ise erkekti. %95.2'si evli (n=216) olup %4.8'i bekar (n=11) dı. (Tablo 7 ve 8'de gösterilmiştir).

Tablo 7. Çalışmaya katılan kişilerin cinsiyet dağılımları

CİNSİYET	n	%
Kadın	172	75,8
Erkek	55	24,2
Total	227	100

Tablo 8. Çalışmaya katılan kişilerin medeni durumları

MEDENİ DURUM	n	%
Evli	216	%95,2
Bekar	11	%4.8
Total	227	%100

Çalışmamıza katılan kişilerin %25.1'i (n=57) sağlıkçı, %35.2'si (n=80) ev hanımı, %22.5'u (n=51) memur, %14.5'u (n=33) işçi olup, %2.6'sı (n=6) diğer meslek grubundaydı. (tablo 9'da gösterilmiştir)

Tablo 9. Çalışmaya katılan kişilerin meslek dağılımları

MESLEK	n	%
Sağlıkçı	57	25.1
Ev hanımı	80	35,2
Memur	51	22.5
İşçi	33	14,5
Diğer	6	2.6
Total	227	100

Çalışmamıza katılan kişilerin %20.3'ü (n=46) ilköğretim, %30.8'i (n=70) lise, %37.9'u (n=86)lisans, %11'i (n=25) yüksek lisans/doktora mezunuydu (Tablo 10'da gösterilmiştir)

Tablo 10. Çalışmaya katılan kişilerin eğitim durumları

EĞİTİM DURUMU	**n**	**%**
İlköğretim	46	20.3
Lise	70	30.8
Lisans	86	37.9
Yükseklisans/doktora	25	11
Toplam	227	100

Çalışmamıza katılan 227 kişiden %44,5'unun (n=101) HPV aşısı hakkında bilgisi vardı ,%55.5'unun (n=126) ise bilgisi yoktu.(tablo 11'de gösterilmişir)

Katılımcıların %16.7'sinin (n=38) aile hekimlerinin HPV aşısı hakkında bilgi verdiği, %83,3'ünün (n=189) aile hekimlerinin HPV aşısından bahsetmediği görüldü.

Tablo 11. HPV aşısı hakkında farkındalık düzeyi

HPV aşısı hakkkında bilginiz var mı?	n	%
Evet	101	44,5
Hayır	126	55,5
Toplam	227	100

HPV aşısını bilenlerin içerisinde bilgi kaynağı olarak %20'sinin medyadan, %10 'unun komşu ve akraba çevresinden, % 7sinin aile hekiminden, %4'ünün kadın doğum doktorundan bilgi aldığı görüldü. %59'u ise meslekleri sebebiyle aşı hakkında bilgi sahibi olduklarını belirttiler. Çalışmamıza katılan kişilerin eğitim durumlarıyla HPV aşısı hakkında bilgi sahibi olma durumu karşılaştırıldığında eğitim durumlarına göre HPV aşısı hakkında bilgi sahibi olmanın istatiksel olarak anlamlı bir şekilde farklı olduğu görüldü ($p<0,001$). Çalışmamızın örneklemini oluşturan bireylere bakıldığında ilköğretim mezunlarının %23,9'unun (n=11), lise mezunlarının % 28,6'sının (n=20), lisans mezunlarının % 59,3'ünün (n=51), yüksek lisans/doktoramezunlarının ise % 44,5'inin (n=19) HPV aşısı hakkında bilgi sahibi olduğu görüldü. (tablo 12'de gösterilmişir). Buna göre yüksek lisans/doktora mezunlarının HPV aşısı hakkında bilgi sahibi olma oranları diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksekti ($p<0,001$).

Tablo 12. HPV aşısı hakkında bilgi sahibi olma ile eğitim durumunun karşılaştırılması

Eğitim Durumu	HPV Aşısı Hakkında Bilgi Sahibi Olma		p
	Evet n,(%)	Hayır n,(%)	
İlköğretim	11(%23,9)	35(%76,1)	*0,000*
Lise	20 (%28,6)	50(%71,4)	
Lisans	51(%59,3)	35(%40,7)	
Yüksek Lisans/Doktora	19(%76)	6(%24)	
Total	101 (%44,5)	126(%55,5)	

Aile bireylerinde HPV aşısı yaptıranların oranı %11.9 (n=27) iken ,yaptırmayanların oranı %88.1(n=200)idi. (tablo 13'te gösterilmişir)

Çevresinde HPV aşısı yaptıranların oranı %18.1 (n=41) iken yaptırmayanların oranı %81.9 (n=186)idi. (tablo 14'te gösterilmişir)

Aşılanma durumu ile meslek gruplarını karşılaştırdığımızda örneklemi oluşturan sağlık çalışanlarının aile bireylerinin aşılanma oranının %14, diğer meslek gruplarının aile bireylerinin aşılanma oranlarının ise %11 olduğu görüldü.

Tablo 13. Aile bireylerinde HPV aşısı yaptıran ve yaptırmayan kişilerin sayı ve yüzdeleri

Aile Bireylerinde HPV Aşısı Yaptıran Var mı?	n	%
Evet	27	11,9
Hayır	200	88,1
Toplam	227	100

Tablo 14. Çevresinde HPV aşısı yaptıran ve yaptırmayan kişilerin sayı ve yüzdeleri

Çevrenizde HPV Aşısı Yaptıran Var mı?	n	%
Evet	41	18,1
Hayır	186	81,9
Toplam	227	100

Çalışmaya katılan kişilerde aşı takvimi dışında aşı yaptırma oranı % 17.6 (n=40) iken, yaptırmayanların oranı % 82.4 (n=187) idi. Aşı takvimi dışında aşı yaptırma durumu ile eğitim durumu istatiksel açıdan karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunuyordu ($p<0,001$). Örneklemi oluşturan yüksek lisans mezunlarının %40'ı (n=10), lisansmezunlarının %29,1'i (n:25), lise mezunlarının %4,3'ü (n=3), ilköğretim mezunlarının ise %4,3'ü (n=2) aşı takvimi dışında aşı yaptırmıştı. (tablo 15'te gösterilmişir)

Tablo 15. Aşı takvimi dışında aşı yaptıran ve yaptırmayan kişilerin eğitim durumlarının karşılaştırılması

Eğitim Durumu	Aşı Takvimi Dışında Aşı Yaptıranlar		p
	Evet	Hayır	
	n,(%)	n,(%)	
İlköğretim	2(%4,5)	44(%95,7)	*0,000*
Lise	3(%4,3)	67(%95,7)	
Lisans	25(%29,1)	61(%70,9)	
Yüksek Lisans/Doktora	10(%40)	15(%60)	
Total	40(%17,6)	187(%82,4)	

Aşı takvimi dışında aşı yaptırma durumu ile meslek grupları karşılaştırıldığında sağlık çalışanlarının %36,8'inin (n=21), diğer meslek gruplarının ise %11,2'sinin (n=19) aşı takvimi dışında aşı yaptırdığı görüldü. İstatiksel açıdan değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmaktaydı (p<0,001) Çalışmamızda birinci derece akrabalarında serviks kanseri öyküsü olanların oranı %12.8'idi (n=29). Birinci derece akrabalarında serviks kanseri bulunmayanların oranı ise %87.2'ydi (n=198). (tablo 16'da gösterilmişir)

Tablo 16. Birinci derece akrabalarında serviks kanseri olan kişilerin sayı ve yüzdeleri

Birinci Derece Akrabalarda serviks kanseri var mı?	n	%
Evet	29	12,8
Hayır	198	87,2
Toplam	227	100

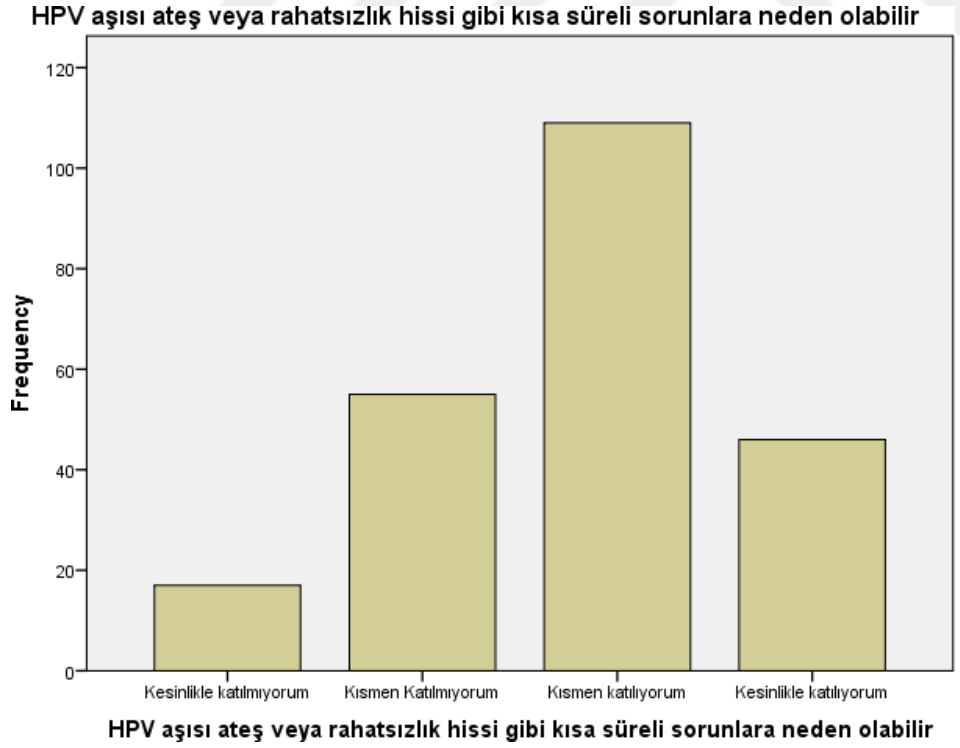
Ayrıca çalışmamız katılan kişilerde aşı yan etkisi görülme oranı % 12.8'idi (n=29) ve aşı yan etkisi ile karşılaşmayanların oranı ise %87'ydi (n=198). (tablo 17'de gösterilmişir)

Tablo 17. Daha önce aşı yan etkisi ile karşılaşan kişilerin sayı ve yüzdeleri

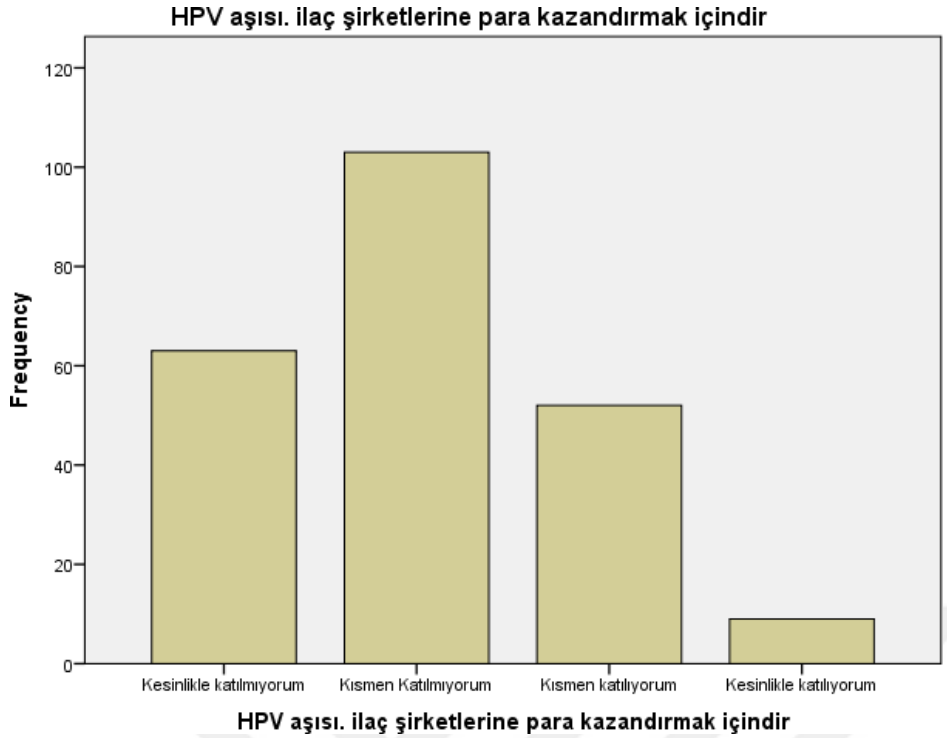
Hiç Aşı Yan Etkisi İle Karşılaştınız mı?	n	%
Evet	29	12,8
Hayır	198	87,2
Toplam	227	100

4.1. Karolina HPV Aşılama Tutumları ve İnançları Ölçeği Sonuçlarının Değerlendirilmesi

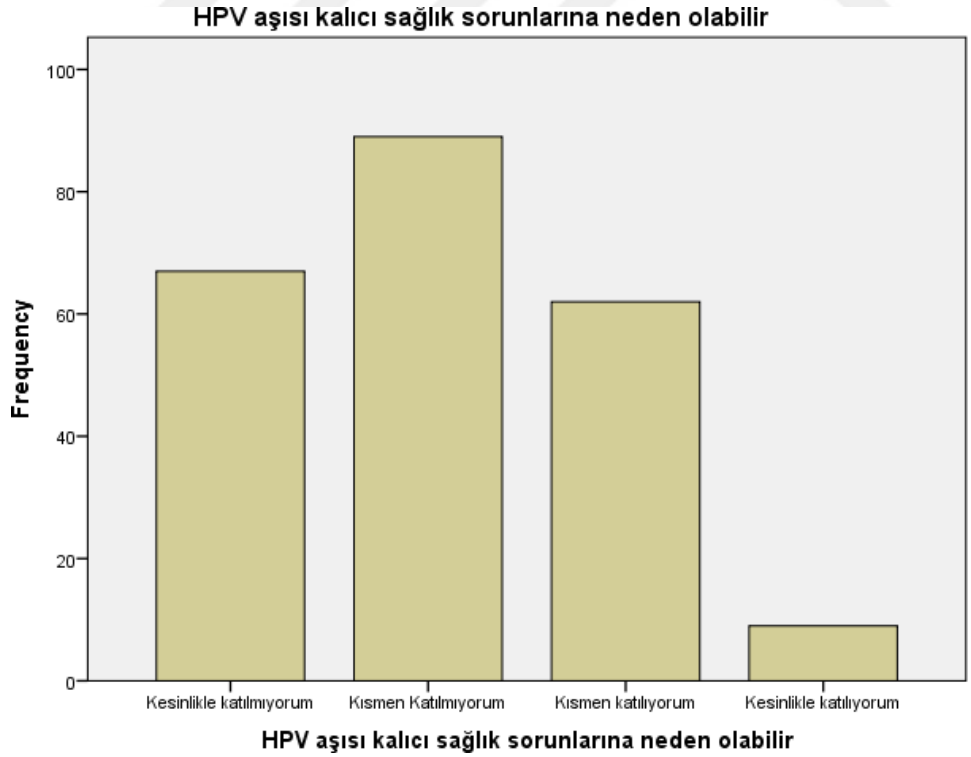
Katılımcıların Karolina HPV Aşılama Tutumları ve İnançları Ölçeği sorularına verdiği cevapların dağılımı aşağıdaki şiekillerde sunulmuştur.



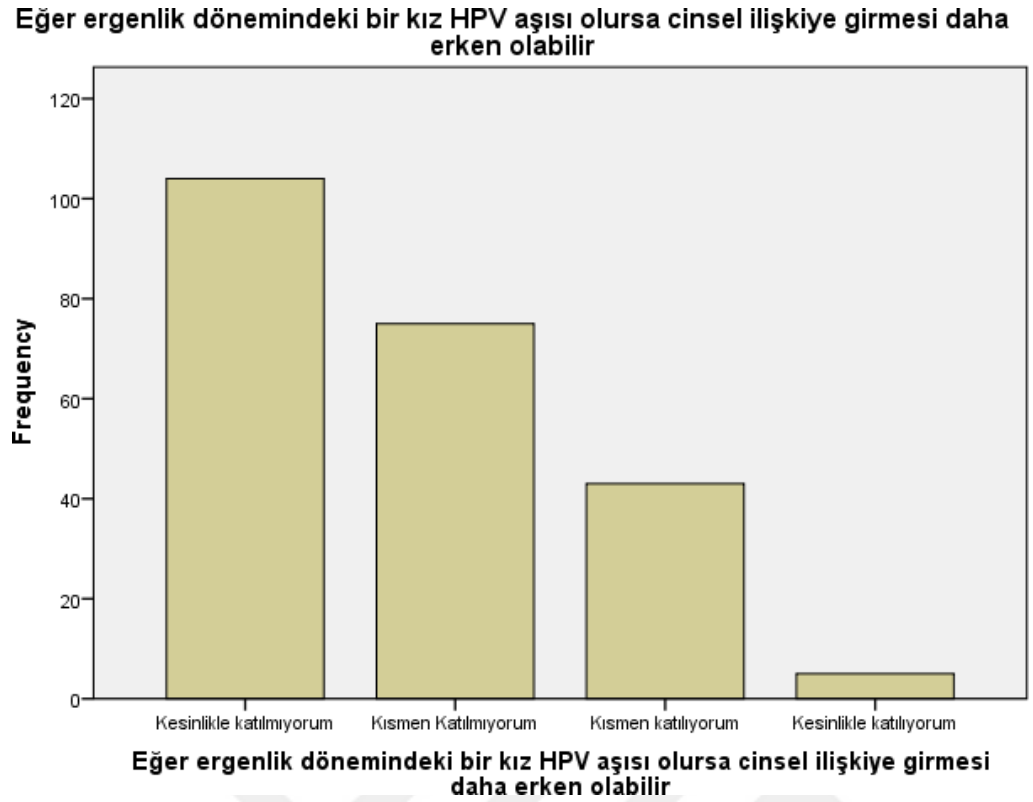
Şekil 1. Madde1 Zararlar



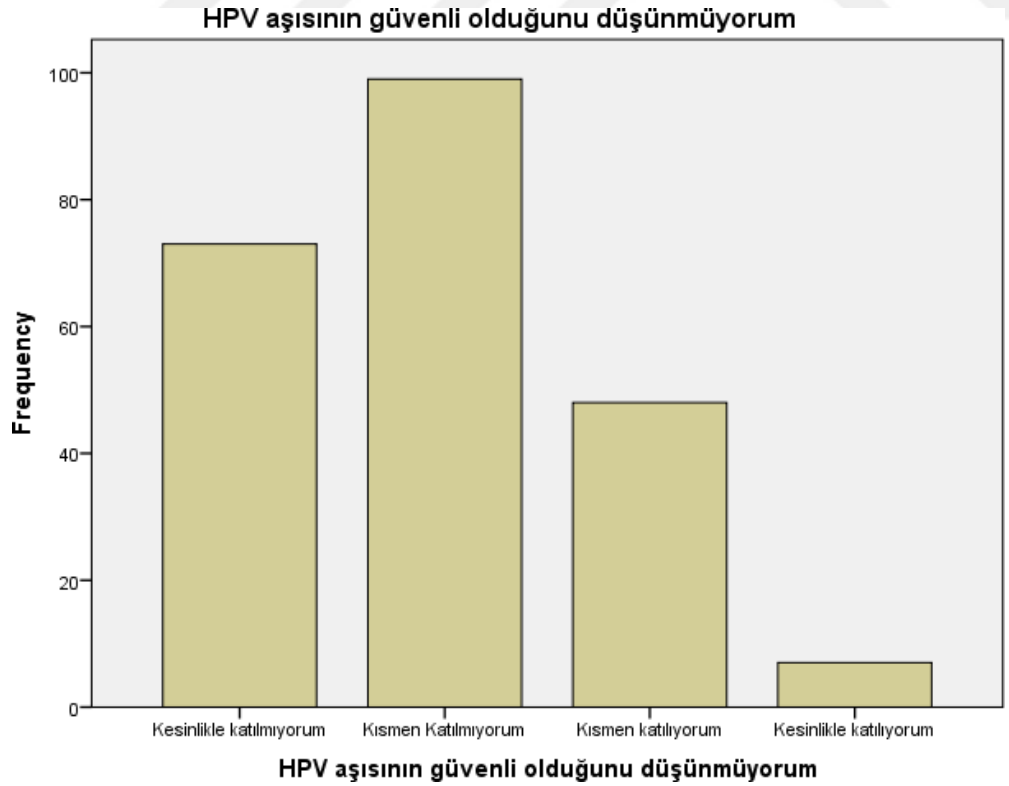
Şekil2. Madde2 Zararlar



Şekil 3. Madde3 Zararlar



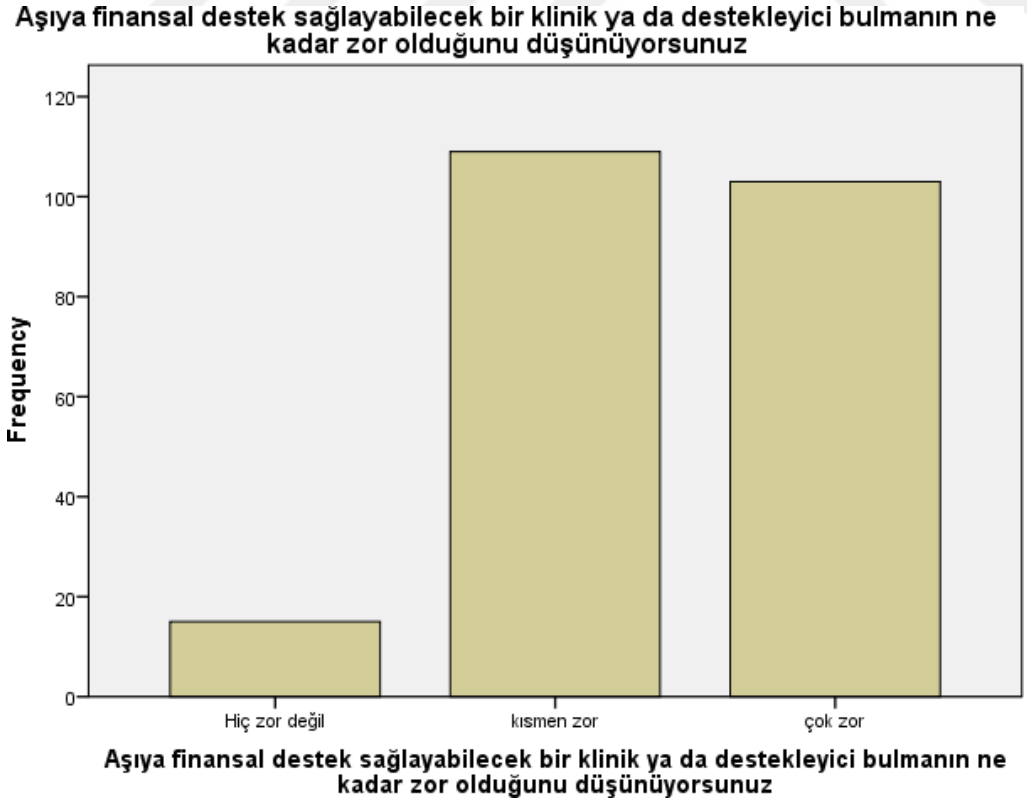
Şekil 4. Madde4 Zararlar



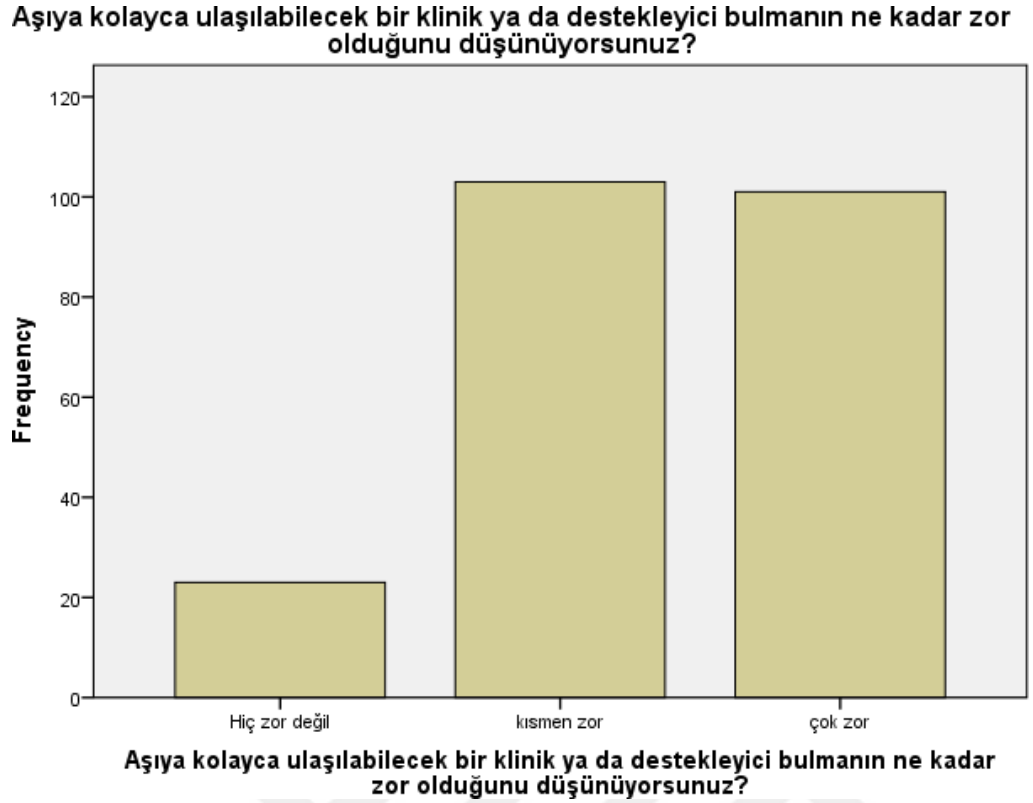
Şekil 5. Madde5 Zararlar



Şekil 6. Madde 6 Zararlar



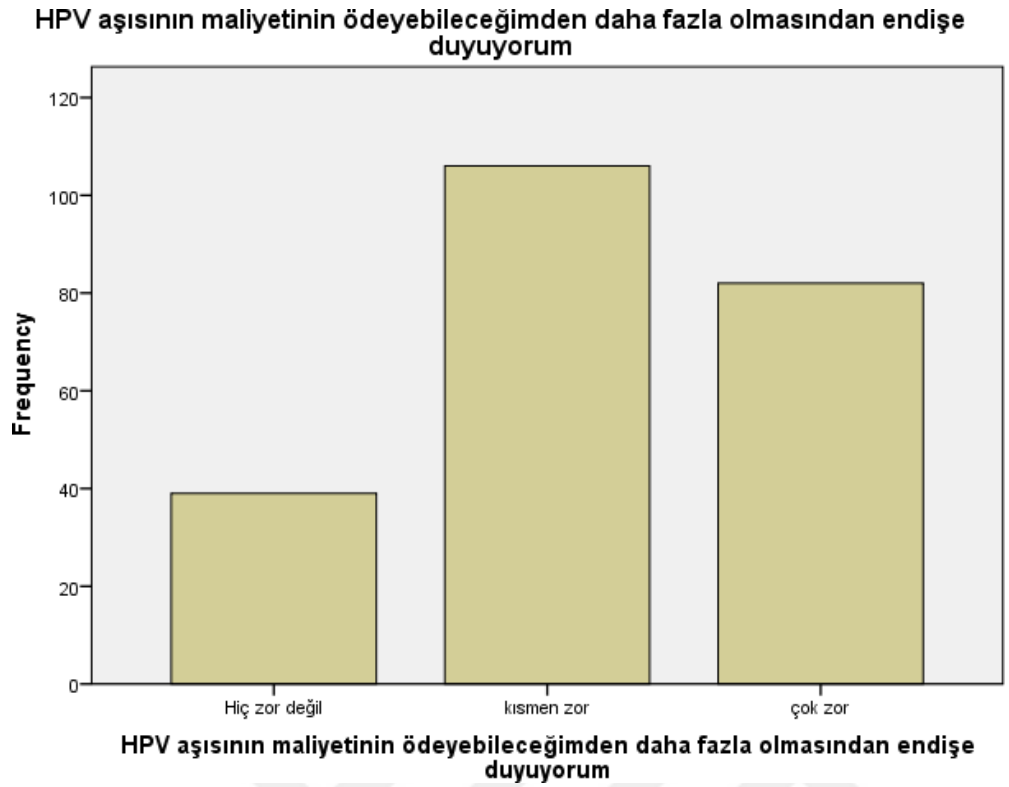
Şekil 7. Madde 7 Engeller



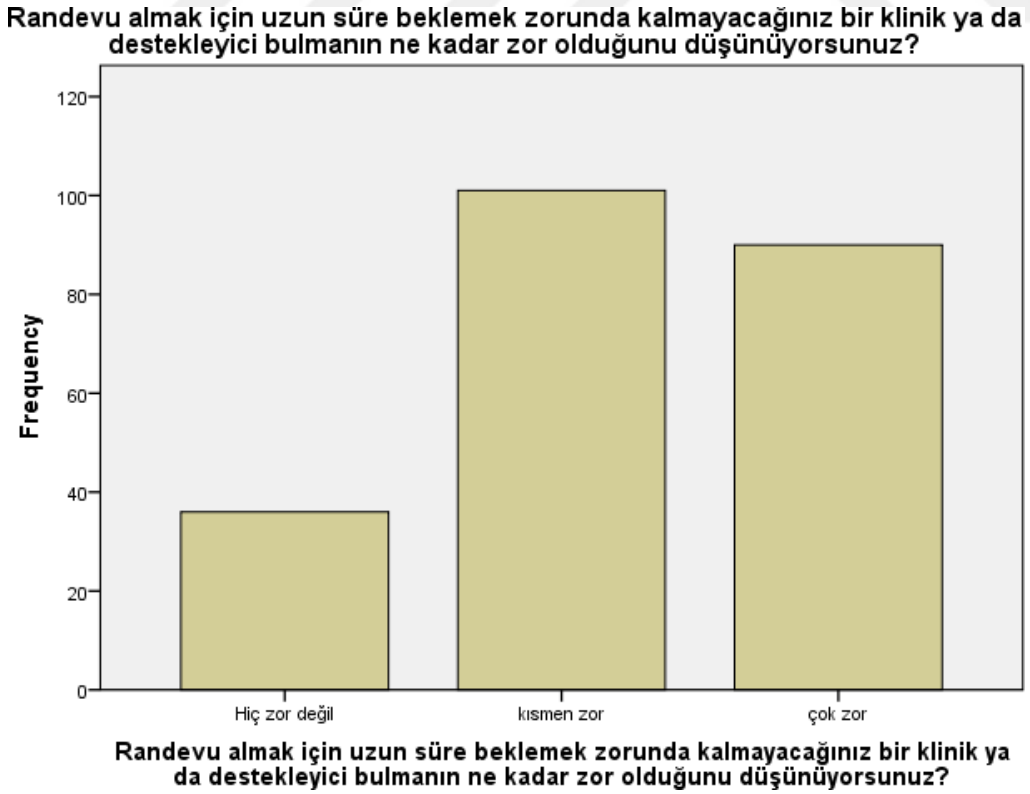
Şekil 8. Madde 8 Engeller



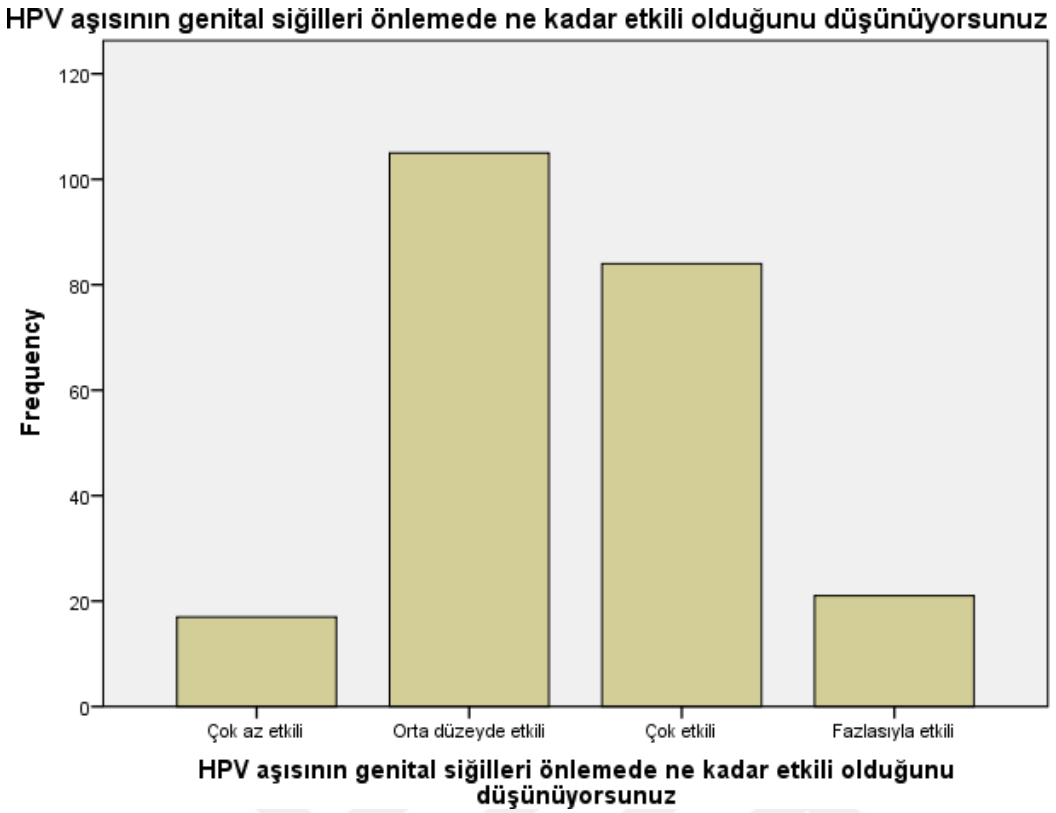
Şekil 9. Madde 9 Engeller



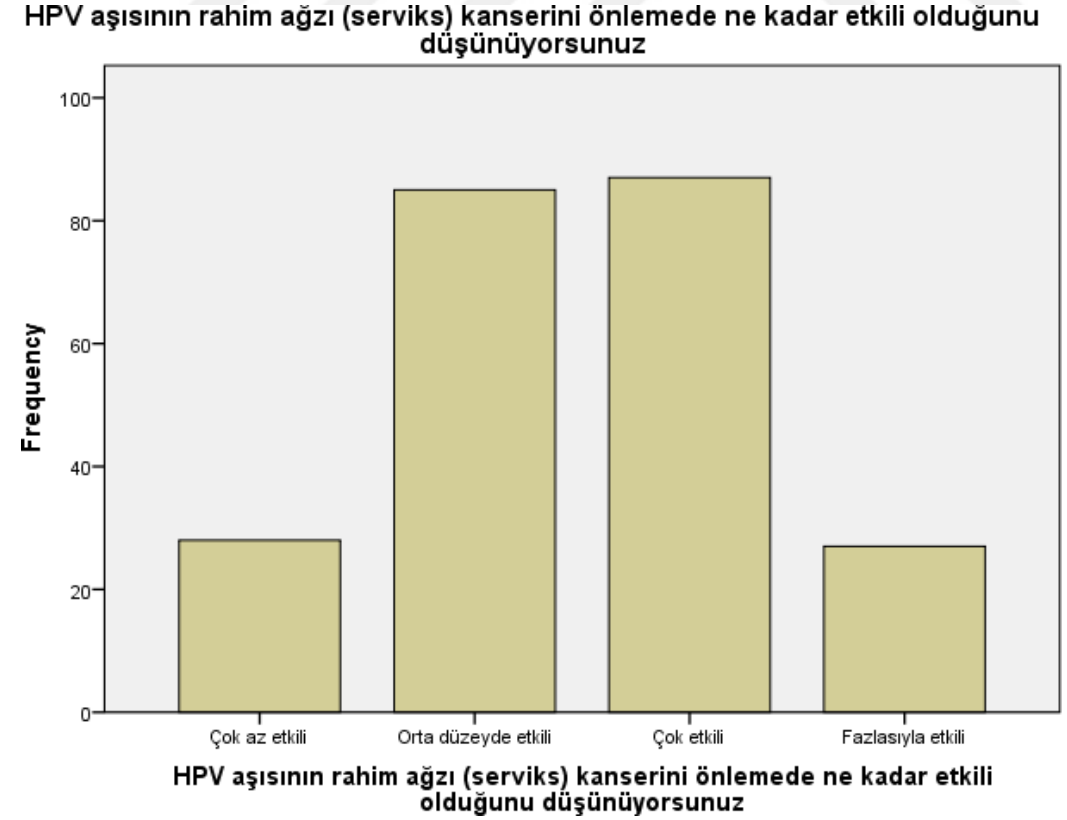
Şekil 10. Madde 10 Engeller



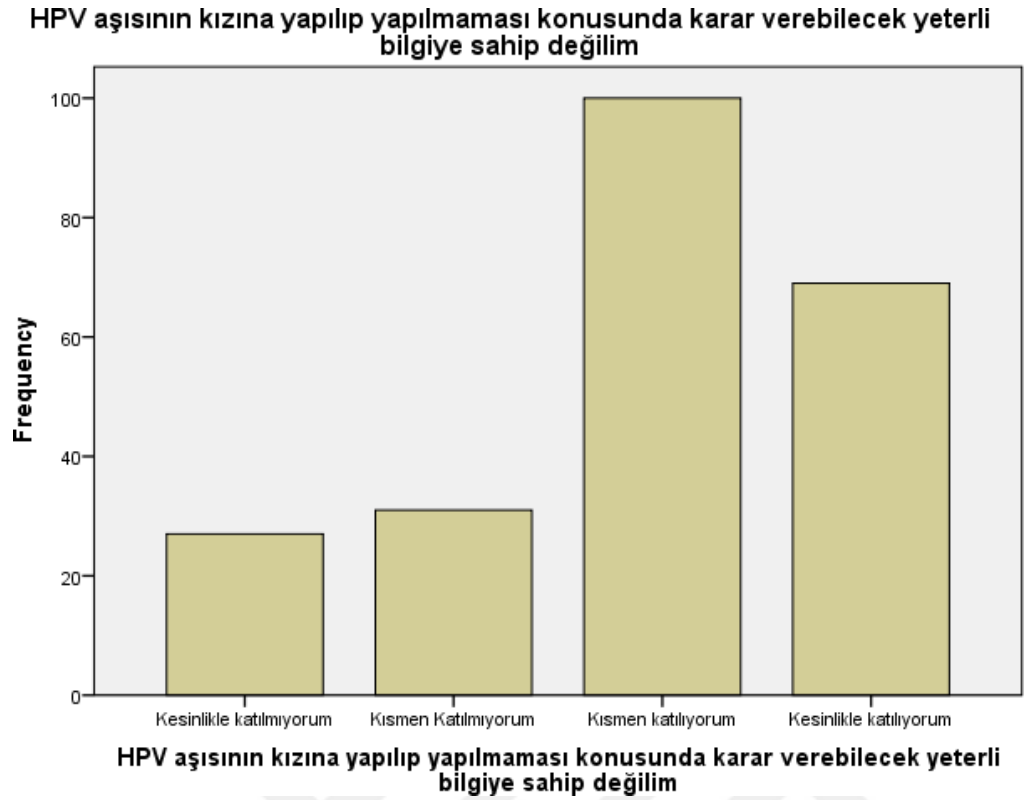
Şekil 11. Madde 11 Engeller



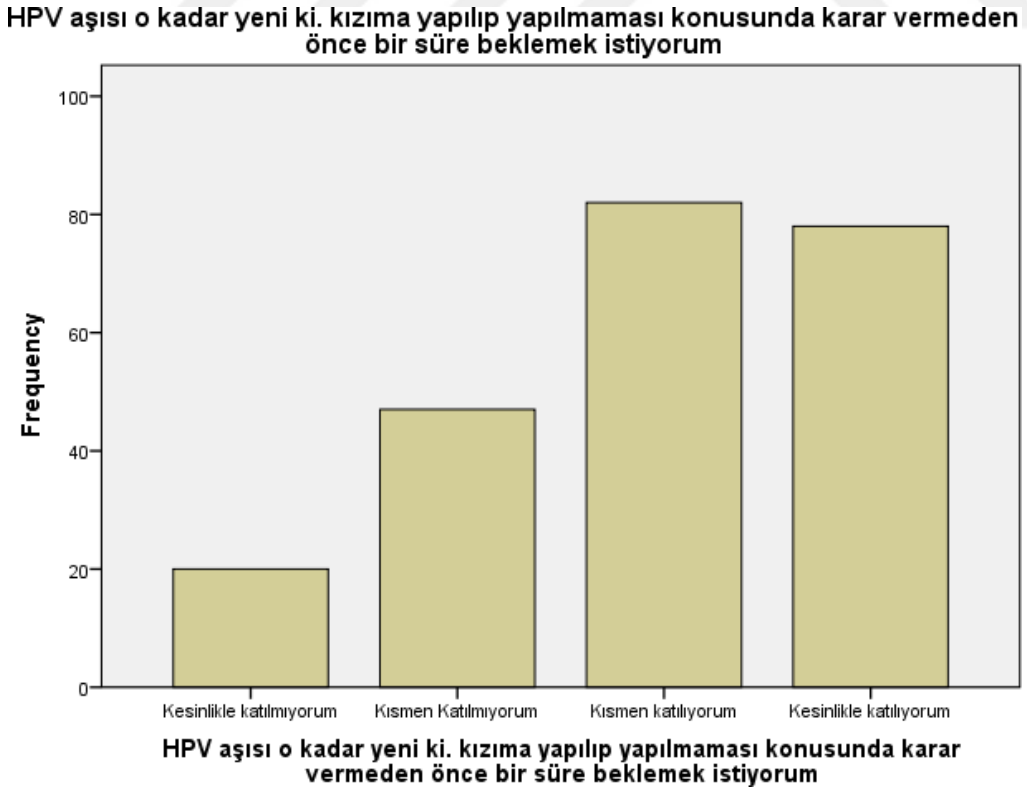
Şekil 12. Madde 12 Etkiler



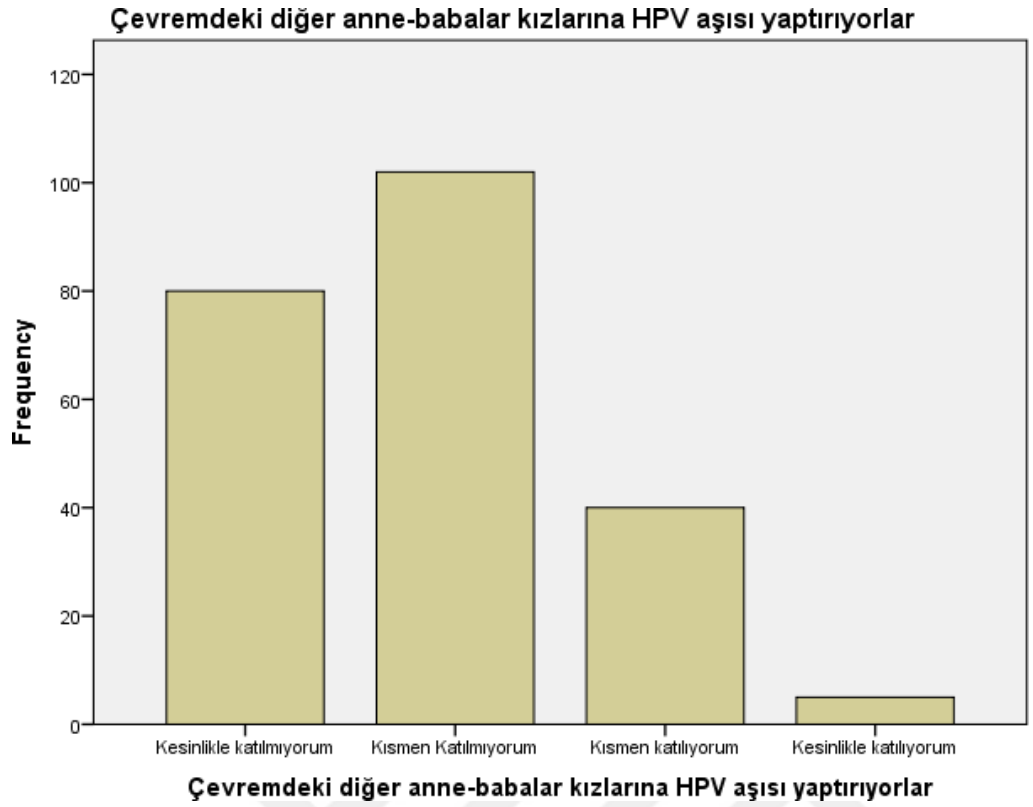
Şekil 13. Madde 13 Etkiler



Şekil 14. Madde 14 Belirsizlik



Şekil 15. Madde 15 Belirsizlik



Şekil 16. Madde 16 Belirsizlik

Katılımcıların yaş ortalaması 37,7±6,8 yıl idi. Çalışmaya katılan ebeveynlerin çocuk sayısı en az 1, en çok 5 olup ortalama çocuk sayısı 2,33±0,86 idi. HPV aşı ölçeğimizin total puanı en az 23, en çok 55 ile sonuçlanmış olup ortalama total puan değeri 37,07±6,52'ydi. (tablo 18'de gösterilmişir)

Tablo 18. Yaş, gelir, çocuk sayısı, total puan verileri

	Minimum	Maximum	Mean±SS
Yaş	27	57	37,7±6,8
Aylık gelir	0	16000 tl	5254 ±2829
Çocuk sayısı	1	5	2,33±0,86
Total puan	23	55	37,01±6,52

Örneklemimizi oluşturan kişilerin KHATİÖ total puanı ortalamaları ile cinsiyetleri karşılaştırıldığında sonucunda her iki cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmadı. (p>0,05). Çalışmamıza katılan kadınların ortalama total puanı 37,19±6,4'idi. Erkeklerin ise ortalama total puan değeri 36,45±6,6'idi. İstatiksel analiz tablo 19'da gösterilmişir)

Tablo 19. Total Puan ve Cinsiyet

Cinsiyet	n	ortalama±SS	p
Kadın	172	37,1±6,4	0,467
Erkek	55	36,4±6,6	

Aynı şekilde ortalama total puan değeri ile medeni durum karşılaştırıldığında bu iki grup arasında da anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05) Örneklemimizi oluşturan evli birey sayısı 216 olup ortalama total puanı 37,0±6,5'idi. Bekar birey sayısı ise 11 olup ortalama total puan değeri 35,8±6,2'idi. (tablo 20'de gösterilmiştir)

Tablo 20. Total Puan ve Medeni durum

Medeni durum	n	ortalama±SS	p
Evli	216	37,0 ±6,5	0,535
Bekar	11	35,8 ±6,2	

Total puan ile eğitim durumları karşılaştırıldığında ise ilköğretim mezunu 46 kişi olup ortalama total puan değeri 33,5±5,4 , lise mezunu 70 kişi olup ortalama total puan değeri 35,6±5,1 , lisans mezunu 86 kişi ortalama total puan değeri 38,0±6,3, yüksek lisans mezunu ise 25 kişi oluportalama total puan değeri ise 43,6±6,8 'idi. Eğitim seviyesi arttıkça ortalama total puan değerinin de arttığı görüldü. Yapılan istatiksel analiz sonucuna göre yüksek lisans ile diğer eğitim durumuna sahip kişiler arasında anlamlı düzeyde fark bulunmaktaydı (p<0,001). (tablo 21'de gösterilmişir)

Tablo 21. Total Puan ve Eğitim durumu

Eğitim durumu	n	ortalama±SS	p
İlköğretim	46	33,5±5,4	*0,000*
Lise	70	35,6±5,1	
Lisans	86	38,0±6,3	
Yüksek lisans/Doktor	25	43,6±6,8	
Total	227	37,0±6,5	

Ortalama total puan değeri ile meslek grupları karşılaştırıldığında çalışmaya katılan sağlıkçı sayısı 57 kişi olup ortalama total puan değeri 42,6±6,5 , memur sayısı 51 olup ortalama total puan değeri 36,6±5,3 , işçi sayısı 33 olup ortalama total puan değeri 35,0±5,9 , ev hanımı sayısı 80 olup ortalama total puan değeri 34,3±5,0'ydı. Diğer meslek grubuna ait 6 kişi olup ortalama total puan değeri 37,0±3,4'idi . Meslek gruplarımız arasında en yüksek ortalama total puan değerine sahip meslek grubunun sağlıkçılar olduğu hemen sonrasında memur grubunun bunu takip ettiği görüldü. (tablo 22'de gösterilmişir)

Tablo 22. Total Puan ve Meslek

Meslek	n	ortalama±SS	p
Sağlıkçı	57	42,6±6,5	*0,000*
Memur	51	36,6±5.3	
İşçi	33	35,0±5,9	
Ev hanımı	80	34,3±5,0	
Diğer	6	32,8±3,4	
Total	227	37,0±6,5	

Örneklemimizi oluşturan kişiler sağlık sektörü çalışanları ve diğer meslek grupları olarak iki gruba ayrıldığında sağlık sektörü çalışanlarının ortalama total puan değerinin 42,6±6,5 olduğu, diğer meslek gruplarının ise 35,1±5,3 olduğu görüldü. Yapılan istatiksel analiz sonuçlarına göre iki grup arasında ortalama total puan değeri açısından anlamlı bir fark bulundu ($p<0,001$) (tablo

23’te gösterilmişir)

Tablo 23. Total Puan ile Sağlıkçı- Diğer Meslek Gruplarının Karşılaştırılması

Meslek	n	ortalama±SS	p
Sağlıkçı	57	42,6±6,5	*0,000*
Diğer	170	35,1±5,3	

HPV aşısı hakkında daha önce bilgi sahibi olan ve olmayan gruplar arasındaki otalama total puan değerine bakıldığında, HPV aşısı hakkında bilgisi olan grubun ortalama total puan değeri daha yüksekti. HPV aşısı hakkında daha önce bilgi sahibi olanların ortalama total puan değeri 39,8±6,8’idi. HPV aşısı hakkında bilgisi olmayanların ise ortalama total puan değeri 34,7±5,2’idi. İstatiksel analiz yapıldığında iki grup arasında anlamlı düzeyde bir fark bulundu (p<0,001).(tablo 24’te gösterilmişir)

Tablo 24. Total Puan ve HPV aşısı hakkında bilgisi olan-olmayan grupların karşılaştırması

HPV aşısı hakkkında bilginiz var mı?	n	ortalama±SS	p
Evet	101	39,8±6,8	*0,000*
Hayır	126	34,7±5,2	

Gruplar arasında Aile hekimi HPV aşısı hakkında bilgi veren ve vermeyenlerin ortalama total puanları karşılaştırıldığında ise bilgi veren grubun ortalama total puan değerinin daha yüksek olduğu ve istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu (p<0,05) görüldü. (tablo 25’te gösterilmişir

Tablo 25. Total Puan ve Aile Hekimi HPV hakkında bilgi veren-vermeyen grupların karşılaştırması

Aile hekiminiz HPV aşısı hakkında bilgi verdi mi?	n	ortalama±SS	p
Evet	38	37,7±4,7	*0,026*
Hayır	189	36,8±6,8	

Ailesi HPV aşısıyla aşılananların ortalama total puan değeri 37,6±7,8 iken aşılanmayanların ortalama total puan değeri 36,9±6,3'idi. İstatiksel açıdan karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05). (tablo 26'da gösterilmişir)

Tablo 26. Total Puan ve Aile bireyleri HPV aşısı yaptıran-yaptırmayan grupların karşılaştırması

Aile bireylerinde HPV aşısı yaptıran var mı?	n	ortalama±SS	p
Evet	27	37,6±7,8	0,246
Hayır	200	36,9±6,3	

Çevresinde HPV aşısı yaptırmış olanların ortalama total puan değeri 38,6±6,6 yaptırmayanların ise ortalama total puan değeri 36,6±6,4'idi. Gruplar arasında ortalama total puan değeri açısından anlamlı bir fark bulunmadı. (p>0,05) (tablo 27'de gösterilmişir)

Tablo 27. Total Puan ve Çevresinde HPV aşısı yaptıran-yaptırmayan grupların karşılaştırması

Çevrenizde HPV aşısı yaptıran var mı?	n	ortalama±SS	p
Evet	41	38,6±6,6	0,075
Hayır	186	36,6±6,4	

Katılımcılardan özel aşı yaptıranların ortalama total puan değeri 41,5±7,3 iken, özel aşı yaptırmayanların ortalama total puan değeri 36,05±5,9'idi. Yapılan istatiksel analiz sonucunda özel aşı yaptıran grubun ortalama total puanı daha yüksek olup anlamlı bir farkbulunmaktaydı (p<0,001). (tablo 28'de gösterilmişir)

Tablo 28. Total Puan ve Aşı takvimi dışında aşı yaptıran-yaptırmayan grupların karşılaştırması

Aşı takvimi dışında yaptırdığınız aşı var mı?	n	ortalama±SS	p
Evet	40	41,5±7,3	*0,000*
Hayır	187	36,05±5,9	

Daha önce aşı yan etkisi ile karşılaşan grupla karşılaşmayan grup ortalama total puan değeri açısından karşılaştırıldığında ise istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktaydı. ($p<0,05$) Aşı yan etkisi ile karşılaşan kişilerin ortalama total puan değeri 39,3±7,3 iken aşı yan etkisi ile karşılaşmayanların ortalama total puan değeri ise 36,6±6,3'idi. (tablo 29'da gösterilmişir)

Tablo 29. Total Puan ve Aşı yan etkisi yaşayan-yaşamayan grupların karşılaştırması

Hiç aşı yan etkisi ile karşılatınız mı?	n	ortalama±SS	p
Evet	29	39,3±7,3	*0,039*
Hayır	198	36,6±6,3	

Birinci derece akrabalarında serviks kanseri öyküsü bulunanların ortalama total puan değeri 39,3±5,9'du. Bulunmayanların ise 36,6±6,6' idi. Yapılan analiz sonucunda iki grup arasında total puan açısından anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). (tablo 30'da gösterilmişir)

Tablo 30. Total Puan ve Birinci derece akrabalarında serviks kanseri olan -olmayan gruplarınkarşılaştırması

Birinci derece akrabalarınızda serviks kanseri olan var mı?	n	ortalama±SS	p
Evet	29	39,3±5,9	0,219
Hayır	198	36,6±6,6	

5. TARTIŞMA

Serviks kanseri kadınlarda görülen kanserler arasında Afrika'da ikinci, Asya'da üçüncü, Amerika'da dördüncü, Avrupa'da altıncı ve Okyanusya'da sekizinci ve tüm dünyada dördüncü, sıradadır (80). Her yıl ortalama 527624 kadın serviks kanseri tanısı alırken 265672 kadın ise serviks kanseri sebebiyle kaybedilmektedir (81). Serviks kanserinin etyolojisindeki en önemli faktör HPV olup, yeni nesil HPV aşılarının etkinlik ve güvenlik oranlarının da oldukça yüksek olduğu birçok çalışma ile netlik kazanmıştır.

HPV'nin sebep olduğu en önemli tablolardan birisi olan servikal kanser dünyada kadın ölümlerinin en önemli sebeplerinden birisidir. Bu sebeple HPV'ye yönelik etkili aşılar geliştirilmiş olup ,ülkemizde henüz ulusal aşı takviminde bulunmamaktadır. Ücretli olması, ulaşım zorluğu , finansal yetersizlik, aşı hakkında yetersiz bilgi gibi birçok sebepten dolayı halen ülkemizde HPV aşısıyla aşılanma oranları oldukça düşüktür (48,49). Bu çalışma ile amacımız katılımcıların HPV aşısı hakkındaki tutum ve davranışlarını ortaya koymaktır.

Çalışmamıza katılan ebeveynlerin yarisindan azı daha önce HPV aşısını biliyordu. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarla karşılaştıracak olursak Avcı ve arkadaşlarının Akdeniz Üniversitesi'nde öğrencilere yaptığı bir çalışmadakatılımcıların %57,5'u HPV aşını biliyordu (51). Yine ülkemizde İlhan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada Bezmi Alem Vakıf Üniversitesi kadın doğum polikliniğine başvuran bayan hastalarda HPV aşısını bilme oranı %62'idi (52). Ülkemizde Erdoğan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise katılımcıların %47,9'u HPV aşısını biliyordu (53). Örenli ve arkadaşlarının kız çocuğu olan annelere yönelik yaptığı bir çalışmada ise HPV aşısını bilme oranı %38idi (54). Turhan ve arkadaşlarının Hatay'da yaptığı bir çalışmada HPV aşısını bilen kişilerin oranı ise %23 olarak sonuçlanmıştır (55). Çelik ve arkadaşlarının Ankara'da yaptığı bir çalışmada ise HPV aşısını bilen kişi sayısı %20.3 olarak sonuçlanmıştır (56). Literatüre bakıldığında HPV aşısının bilinme oranları farklı popülasyonlarda farklı oranlarda oluP, genellikle yetersiz olduğunu söyleyebiliriz.

Wilson ve arkadaşlarının Kanada da yaptığı bir çalışmada ise HPV aşısını bilen kişilerin oranı %30 olarak belirlenmiştir (57). Yine Kanada'da British Columbia eyaletinde Ogilvia ve arkadaşları tarafından 2025 ebeveyne yönelik yapılan anket çalışmasında katılımcıların %90'ından fazlası HPV aşısını biliyordu (58). Choi ve arkadaşlarının Hong Kong'ta yaptığı bir çalışmada katılımcıların %43,7'si aşıyı biliyordu (59).

Örneklemimizi oluşturan ebeveynlerin eğitim durumu ülke geneli göz önüne alındığında daha ileri düzeyde olmasına rağmen katılımcıların HPV aşısını bilme oranları oldukça düşüktü.

Bu durum ülke genelinde HPV aşısını bilenlerinin oranının çok daha düşük olduğunu göstermektedir.

HPV aşısını bilenlerin içerisinde bilgi kaynağı olarak %20'sinin medyadan, %10 'unun komşu ve akraba çevresinden, % 7sinin aile hekiminden, %4'ünün kadın doğum doktorundan bilgi aldığı görülmüştür. %59'u ise meslekleri sebebiyle aşıyı bildiklerini belirtmişlerdir. Özdemir ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada gelişmekte olan ülkelerde HPV aşısı hakkında bilgi kaynağının medya ve internet olduğu; gelişmiş ülkelerde ise sağlık çalışanları olduğu belirtilmiştir (49). Bizim çalışmamızda da HPV aşısı hakkında bilgi kaynağının büyük oranını medya oluşturmaktadır. Ne yazık ki internet ortamından alınan bu bilgilerin çoğu yanlışve eksiktir. Bu sebeple medya aracılığıyla bilgilenen toplumun HPV aşısına olan güveni az olupaşı kabulü daha zor olmaktadır (60). Birçok çalışma en doğru ve güven oluşturan bilginin sağlıkçalışanlarından alınan bilgi olduğunu göstermiş ve gelişmiş ülkelerde HPV aşısının bilgi kaynağının sağlık çalışanları olduğu görülmüştür (49). Grabiel ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise %48,1'i HPV aşılarını medyadan öğrendiklerini söylerken, %47,3'ü sağlık bakımpratisyenlerinden bilgi aldıklarını belirtmişlerdir (61).

Çalışmamızda aile hekimlerinin HPV aşısı hakkında bilgi verme oranı çok düşük olup, aile hekimi tarafından bilgilendirilenlerin oranı %16 civarında idi. Ülkemizde Topçu ve arkadaşlarının yaptığı 98 kadın doğum uzmanı ,49çocuk-aile hekiminden oluşan bir çalışmada kadın doğum uzmanlarının %85'i, çocuk-aile hekimlerinin ise %78'inin HPV aşısını önerdiklerini belirtmişlerdir (62). Yine ülkemizde Revanli ve arkadaşlarının aile hekimlerine yönelik yaptığı bir çalışmada aile hekimlerinin %89,3'ünün HPV aşısı hakkında bilgi sahibi olduğunu ve bunların %59,5'inin hastalarına HPVaşısını önerdiği görülmüştür (63). Taşar ve arkadaşlarının pediyatri hekimlerine yaptığı bir çalışmada ise %59'nun HPV aşısını önerdiği görülmüş, önermeyen gruptaki en büyük sebebinaşı hakkındaki yetersiz bilgi ve endikasyon dahilinde hasta ile karşılaşmama olduğu belirtilmiştir (64). Kahn ve arkadaşlarının Texas'ta 1122 hekimi içeren çalışmasında HPV aşısını önerenlerin sayısının %48,5 olduğu görülmüştür (65). Hekimlere yönelik yapılan çalışmalardaki bilgi verme oranı daha yüksek iken hastalara yönelik yapılan çalışmalarda hekimlerin bilgi verme oranlarının çok daha düşük olduğu görülmüştür.

Mcbride ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada HPV ve HPV aşısı hakkında bilgi düzeyini etkileyen en önemli faktörler cinsiyet, gelir ve eğitim düzeyi iken (66); bizim çalışmamızda cinsiyetler arası önemli bir farklılık saptanmamış olup gelir ve eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Gelir ve eğitim düzeyi arttıkça HPV aşı farkındalığının arttığı görülmüştür. Aynı şekilde HPV aşısı hakkında bilgisi olan kişilerin çoğunluğunun sağlık

çalışanı olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda aile bireyleri arasında HPV aşısı yaptıranların oranı %11,9 gibi çokdüşük bir orana sahiptir. Aynı şekilde çevresinde HPV aşısı yaptırmış olan kişilerin oranı da %18,1 gibi düşük bir orana sahiptir. Örneklemi oluşturan sağlık çalışanlarının aile bireylerinin aşılanma oranının %14, diğer meslek gruplarının aile bireylerinin aşılanma oranlarının ise %11 olduğu görülmüştür. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada Güner ve arkadaşlarının aile hekimlerine yönelik yaptığı bir araştırmada HPV aşısının serviks kanserine karşı koruyucu olduğunu bilenlerin oranı %90 iken, çocuklarına HPV aşısı yaptırmayı düşünen aile hekimlerinin sayısı ise %46,5'ti (67). Taşar ve arkadaşlarının pediyatri hekimlerine yaptığı bir çalışmada %15'inin HPV aşısı yaptırdığı görülmüştür (64). Adıgüzel ve arkadaşlarının pediyatri hekimlerine yönelik yaptığı bir diğer çalışmada ise HPV aşısını önerenlerin sayısının %38, yaş ve cinsiyet olarak hangi gruba yapılacağını bilenlerin sayısı ise %36 olarak sonuçlanmış (68). Bu tablo aslında sağlık sektörü çalışanlarının yanlızca yeterli bilgi kaynağı olamamakla kalmadığını aynı zamanda HPV aşısı hakkında yeterli bilgisi olmadığını da açıkça göstermektedir.

Yine ülkemizde Durusoy ve arkadaşlarının İzmir'de 717 üniversite öğrencisine yaptığı bir çalışmada HPV aşısınI duyan öğrenci sayısı %25 iken aşı yaptırmış olan öğrenci sayısı yanlızca 4 kişiydi (69). Yörük ve arkadaşlarının ülkemizde yaptığı bir başka çalışmada sağlık bölümünde okuyan üniversite öğrencilerinin yanlızca %0,9'u aşılanmıştı (70). Grabiel ve arkadaşlarının 253 çocuk için yaptığı bir çalışmada %33'ünün aşılı olduğu,%28'inin aşı yaptıracağını ,%11'inin asla aşılanmayacağı, %28'inin ise beklemek istediği görülmüştür (61). Naggar ve arkadaşlarının Malezya'da düşük gelirli ve düşük eğitim seviyesi olan ebeveynlerin kız çocuklarına yönelik yaptığı bir çalışmada 612 kız öğrencisinin %77,9'unun aşılandığı ve %77'sinin okulda aşılandığı görülmüştür (71).

Hayashi ve arkadaşlarının Japonya Shiki'de yaptığı bir çalışmada ise 2011 yılından itibaren 15 yaşındaki kızlar için 1.doz HPV aşı alma oranı %90idi (72).

Hansen ve arkadaşlarının Norveç'te 90.842 kız çocuğunu kapsayan kayıt temelli bir çalışmasında toplamda kızların %78,2'sinin HPV aşısının ilk dozunu, %74,6'sının üç dozunu tamamladığı belirlenmiştir (73).

Ogilvia ve arkadaşlarının Kanada'da yaptığı 2025 ebeveynden oluşan bir çalışmada kız çocuklarının %65'inin 1.doz HPV aşısını yaptırdığı görülmüştür (58).

Bu çalışmada katılımcıların KHATİÖ puan ortalaması 37,01±6,5'idi. Puan ortalamaları cinsiyet ve medeni durumdan etkilenmiyordu. Katılımcıların eğitim düzeyinin HPV aşısına karşı tutumda etkili olduğu görülmüştür. Buna göre eğitim düzeyi arttıkça total puanda da artış

olduğu görüldü. Meslek gruplarını sağlıkçılar ve diğer meslek grupları diye iki sınıfa ayırdığımızda sağlıkçıların total puanı diğer gruba oranla anlamlı derecede daha yüksekti. Önceden HPV aşısı hakkında bilgisi olanlarla olmayanlar arasında da istatiksel açıdananlamlı bir fark olup , daha önce bilgisi olanların ölçek puanı da daha yüksekti.

Aile hekimi tarafından bilgilendirilenler ile bilgilendirilmeyenler arasında anlamlı bir fark vardı.

Daha önce aşı yan etkisi ile karşılaşan ve karşılaşmayan gruplar total puan açısından değerlendirildiğinde istatiksel anlamda bir fark bulunmakta olup ($p<0,05$), aşı yan etkisi yaşayan grubun total puanın daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum sorgulandığında aşı yan etkisi yaşadığını belirten grubun çoğunluğunun sağlık çalışanı olduğu ve yan etki olarak ateş ve hafif lokal reaksiyonları aşı yan etkisi olarak değerlendirdiği görülmüştür.

Çevresinde ve aile bireylerinde HPV aşısı yaptıran kişiler ölçek puanı açısından karşılaştırıldığında iki grupta da anlamlı bir fark görülmemiştir. ($p>0,05$)

Birinci derece akrabalarında serviks kanseri olan grup ile olmayan grup total puan açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark görülmemiştir($p>0.05$) Bu bize HPV aşısı olması gereken riskli grubun HPV aşısı hakkında yeterince bilgilendirilmediğini açıkça göstermektedir.

Lopez ve arkadaşlarının yaptığı 16 Avrupa ülkesinde yapılan 70 çalışmanın dahil edildiği bir literatür taramasında aşı önündeki en büyük engel olarak aşıya karşı güvensizlik ve aşı hakkındaki yetersiz bilgiydi (74). Bizim çalışmamızda ise en büyük engeller HPV aşısı hakkında yetersiz bilgi, maddi zorluklar , aşıya ulaşım zorluğu, HPV ile aşılanmak için kız çocuklarının yaşının çok küçük olduğunun düşülmesiydi. Dibble ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise aşı önündeki en önemli engeller HPV aşısı hakkında bilgi eksikliği, alımla ilgili finansal sorunlardı (75). Galbraith ve arkadaşlarının yaptığı bir literatür taramasında ise aşı önündeki engeller cinsellik ile ilgili endişeler, aşıya güvensizlik ve kız çocuğuna HPV bulaşmasına ilişkin algılanan düşük riskti (76).

Bonanni ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada HPV aşısına bağlı hiç ölüm bildirilmediği, genellikle güvenli ve iyi tolere edildiğini en sık bildirilen yan etkilerin enjeksiyon yerine bağlı lokal komplikasyonlar olduğu görülmektedir. Ciddi yan etki görülmesi nadir olup ciddi sekel görülmemiştir. Bu bilimsel kanıtlara rağmen psikolojik durumlar, dini-kültürel yönler ve demiyelinizan hastalık, komplek bölgesel ağrı sendromu, postural ortostatik

taşikardi sendromu gibi ciddi yan etkiler korkusu sebebiyle HPV aşısının önünde birçok engel vardır. Özellik medya ve web sitelerinin bilgi kaynağı olduğu toplumlarda doğruluğu kesinleşmeyen yanlış bilgilerin yayılması birçok kadının HPV sebepli kansere karşı savunmasız kalmasına sebep olmuştur (77). Bizim çalışmamızda ise aşının lokal hafif yan etkiler yapacağı düşüncesi baskınken, ciddi yan etki yapacağını düşünenler azınlıktaydı. Genel olarak aşının hem serviks kanseri hem siğil oluşumunu engellediğine dair güven tablosu hakimken, yetersiz bilgi ve finansal zorluklar sebebiyle kızına aşı yaptırmak için beklemek isteyenler çoğunluktaydı. Katılımcıların çoğu aşı olmanın, kızlarının cinsel hayata erken başlamasına sebep olacağını düşünmüyordu. Fakat kızlarının yaşının böyle bir aşı için çok küçük olduğunu düşünüyorlardı.

Wang ve arkadaşlarının Çin'de 9-13 yaş arası çocuğu olan ebeveynlere yönelik yaptığıbir çalışmada ebeveynlerin kız çocuklarına aşı yaptırmayı kabul etme oranları %27idi. Aşının ücretsiz yapılması durumunda ise bu oran %63'tü (78). Finansal zorlukların HPV aşısı önündeki en büyük engellerden biri olduğu, bizim çalışmamızda da açık bir şekilde görülmektedir.

Gerend ve arkadaşlarının Florida'da düşük gelirli Latin 200 anneye yaptığı çalışmada aşı yaptırmayı belirleyen en önemli 3 faktörün maddi imkan, kızının yaşı ve doktor tavsiyesi olarak belirlenmiştir (79).

Ogilvia ve arkadaşlarının Kanada'da yaptığı bir çalışmada kız çocuğuna HPV aşısı yaptırmanın ana nedenleri arasında aşının etkinliği, doktor tavsiyesi ve kızının sağlığıyla ilgili endişeler olduğu görülürken; HPV aşısı yaptırılmamasının ana nedenleri ise HPV aşısının güvenliği ile ilgili endişeler, kız çocuğunun yaşının küçük olduğunun düşünülmesi ve yeterli bilgiye sahip olmamak olduğu görülmüştür (58).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda elde ettiğimiz verilere göre örneklemimizin çoğunluğunun HPV aşısı hakkında bilgisi yoktu. Sağlık çalışanları dışında HPV aşını bilen kişilerin en önemli bilgi kaynağı medyaydı. Aile hekimlerinin HPV aşısı hakkında bilgi verme oranları oldukça düşük olup ailesinde HPV aşısı olanların oranı yanlızca %11'idi. Aynı şekilde sağlık çalışanlarının da aşılanma oranları diğer gruplardan çok farklı olmayıp oldukça düşük bir aralıktaydı.

Ölçek puanı düşük olan gruplar arasında aşı önündeki en büyük engeller aşıyla alakalı finansal durumlar, aşıya ulaşım zorluğu, aşı hakkındaki yetersiz bilgi, kız çocuklarının yaşının aşı için küçük olduğunun düşünülmesi ve çevresindekilerin genelde aşı yaptırmamış olmasıydı.

Tüm bu durumlar göz önüne alındığında aşı politikasında izlememiz gereken en önemli adımın sağlık çalışanı eğitimi olduğu açık bir şekilde görülmektedir. Birinci basamak bir toplumun sağlık temellerinin atıldığı en önemli basamak olup sağlık sisteminin halka inebilen, gerek koruyucu gerek temel sağlık hizmetlerininsunulduğu en önemli birimdir. Bu sebeple ülkemizde ilk planlanması gereken şey birinci basamak çalışanlarına yönelik HPV aşısı eğitimi olmalıdır.

Gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi bizim ülkemizde de aşı bilgi kaynağının temelinin medya olduğu görülmüştür. Bu durumun birçok kişinin yanlış ve eksik bilgilendirilmesine sebep olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. HPV aşısı ile aşılanmanın en ideal olduğu yaş aralığı ise 11-12 yaş olup 13 yaşına kadar aşı serisinin tamamlanması önerilmektedir.Oysa ülkemiz dahil bir çok ülkede bir birey HPV aşısı hakkında bilgi sahibi olana dek ideal yaş aralığı geçmektedir. Bu sebeple okullarda HPV aşısı ve eğitimi erken yaşlarda öğretilmeli ve aşıya teşvik edilmelidir.

Aşı önündeki sorunlar ele alındığında en önemli engellerden birinin finansal yetersiz olduğu görülmüştür bu sebeple atılabilecek kuşkusuz en önemli adım HPV aşısının ulusal aşı takvimine eklenip sigorta kapsamına alınması olacaktır.

Çalışmamızdan aldığımız tüm veriler ayrı ayrı incelendiğinde aslında hepsinin birbiriyle bağlantılı olduğu yeterli bilgi, güven ve finansal destek sağlanarak aşı önündeki en büyük engellerin kalkacağı ve toplum bağışıklığı adına büyük bir adım atılacağı net bir şekilde görülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Avcı GA BG. İnsan Papilloma Virüsü, Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi. 2013. 136–144 p.
2. Mattoscio D., Medda A. CS. Human Papilloma Virus and Autophagy. :19(6):1775.
3. Aydoğdu SGM ÖÜ. Serviks Kanseri ve HPV. Androloji Bülteni. 2018. 25–29 p.
4. Öztürk Y. GE. Kadınların Pap Smear Tarama Testini Yaptırmalarının Önündeki Engeller. :10.17942/sted.466811.
5. Dikbaş L. İnsan Papilloma Virüs Aşıları, Düzce Tıp Fakültesi Dergisi. 2017. 81–85 p.
6. https://hpv.com.tr/tarihce-hpv-virusu-ve-neden-oldugu-hastaliklar/. erişim tarihi:02.02.2021
7. Clifford G, Smith J, Plummer M, Munoz N FS. Human papillomavirus types in invasive cervical cancer worldwide: a meta-analysis. British journal of cancer. 2003;88(1):63.
8. Schiffman M, Herrero R, DeSalle R, Hildesheim A, Wacholder S, Rodriguez AC et al. The carcinogenicity of human papillomavirus types reflects viral evolution. Virology. 2005;337(1):76-84.
9. Egawa N KÇJ. The low-risk papillomaviruses. 2017;2;231:119-127.
10. Clifford G, Smith J, Aguado T FS. Comparison of HPV type distribution in high-grade cervical lesions and cervical cancer: a meta-analysis. British journal of cancer. 2003;89(1):101.
11. Öz Safi Z. Koilosit Oluşumuna İnsan Papilloma Virüsleri ile Yaklaşım
12. Özarmağan G. TZ. İnsan Papilloma Virüs aşıları. 2006;56–61.
13. Doorbar J., Egawa N.,Griffin H.,Kranjec C. MI. Human papillomavirus molecular biology and disease association. 2015;25 Suppl 1(Suppl Suppl 1):2-23.
14. McGrath CM. ASCUS in Papanicolaou smears: problems, controversies, and potential future directions. Pathology Patterns Reviews. 2002;S62-S75.
15. Hausen Hz. Infections causing human cancer. Infections causing human cancer. 2006;
16. Korostil IA, Garland SM, Law MG RD. The association of HPV-16 seropositivity and natural immunity to reinfection: insights from compartmental models. BMC Infect Dis.

2013;1186/1471-2334-13–8.

17. Human papilloma virüs https://www.centro.com.tr/wp-content/uploads/2018/12/HPV.pdf.

18. Ustaçelebi ŞM, Abacıoğlu H BS. Klinik ve Tanısal Viroloji. Güneş Kitabevi, Ankara. 2004;246-7.

19. Garland S, Faulkner-Jones B, Fortune D QM. Cervical cancer--what role for human papillomavirus? The Medical journal of Australia. 1992;156(3):204-12.

20. Türkiye Kanser İstatistikleri-2014, Türkiye İstatistik Kurumu, Ankara,. 2017;

21. Kara F., Keskinkılıç B. Türkyılmaz M., Baran Deniz E., Dündar S., Kavak Ergün A., Sevin A., Tütüncü S. SE. TÜRKİYE KANSER İSTATİSTİKLERİ 2016 Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı.

22. Sanjose S, Quint WG, Alemany L et al. Human papillomavirus genotype attribution in invasive cervical cancer: a retrospective cross-sectional worldwide study. Lancet Oncol. 2010;11(11):1048-1056. doi:10.1016/S1470-2045(10)70230.

23. Saygılı.U. Serviksin premaling lezyonları. http://www.ugursaygili.com/serviksin-premalign-lezyonlari-cinlar (erişim tarihi:30012021).

24. Kanbur A. ÇC. Servikal Kanserden Korunma, Erken Tanı-Tarama Yöntemleri ve Ebe/Hemşirenin Rolü. :61–72.

25. A. B. Serviks kanserinde erken tanı ve tedavi. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi (STED). 2000;9(3).

26. Smith JS, Green J, De Gonzalez AB, Appleby P, Peto J, Plummer M et al. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. The Lancet. :361(9364):1159-67.

27. S. F. The IARC commitment to cancer prevention: the example of papillomavirus and cervical cancer. Tumor Prevention and Genetics III: Springer; 2005;277-97.

28. Junea A, Sehgal A, Mitra AB PA. A survey on risk factors associated with cervical cancer. . 2003;15–22.

29. Prabhakar A.K MG. . Age at marriage and Cervical Cancer incidence. 1995;63–8.

30. Sierra-Torres CH TS. Risk contribution of sexual behavior and cigarette smoking to cervical neoplasia. 2003;617–25.

31. Schwartz SM, Saikku P, Leinonen M CJ. Madeleine MM, Anttila T, Risk of cervical cancer associated with Chlamydia trachomatis antibodies by histology, HPV type and HPV cofactors. Int J Cancer. 2006;650–5.

32. Türk jinekolojik onkoloji derneği.

33. Meydanlı.M.M. Servikal Kanser Taramalarında KETEM'lerin Rolü ve Ulusal Tarama Programı.

34. H. O. Pap Smear: Ne zaman? Nasıl? Kimden? TJOD 2005; 2(1): 35-40. 2005;35–40.

35. Şahbaz A. EO. HPV Aşıları.

36. Keam SJ HD. Human papillomavirus types 16 and 18 vaccine (recombinant, AS04 adjuvanted adsorbed)[Cervarix™]. Drugs. 2008;68(3):359-72.

37. Somer A. . Human Papillomavirüs Aşıları.

38. Somer A. HPV Aşısı hangi yaşta kime? 2015;

39. Petrosky E, Bocchini JJ, Hariri S, Chesson H, Curtis CR, Saraiya M et al. Use of 9-valent human papillomavirus (HPV) vaccine: updated HPV vaccination recommendations of the advisory committee on immunization practices. MMWR Morbidity and mortality weekly report. 2015; 2015;64(11):300-4.

40. Gültekin M. HPV AŞILARI.

41. Keam SJ HD. Human papillomavirus types 16 and 18 vaccine (recombinant, AS04 adjuvanted adsorbed)[Cervarix™]. 2008;359-72.

42. Smith G. TL. Getting to know human papillomavirus (HPV) and the HPV vaccines. 2011;111(3 Suppl 2):S29-34.

43. Wang R.,Tavası W., Jin L., Huang W.,Li Y., Wu D., Gao C.,Ma D. LS. Human papillomavirus vaccine against cervical cancer: Opportunity and challenge. 28022020. :28;471:88-102.

44. https://www.acibadem.com.tr/ilgi-alani/hpv-asisi/.

45. S. K. Practical implementation of HPV vaccines in clinical practice. :2006.

46. Köse F.M. Dünyada Hpv Aşı Politikaları. Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

47. S.Sunar Süt.Hk. Karolina HPV Aşılama Tutumları ve İnançları Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi. 2019. 82–88 p.

48. Patti E Gravitt 1 RLK 2. Yaşam Boyu Boyunca HPV Enfeksiyonunun Doğal Tarihi: Viral Gecikmenin Rolü. :9(10):267.

49. Özdemir S., Akkaya R. KE. Analysis of community-based studies related with knowledge, awareness, attitude, and behaviors towards HPV and HPV vaccine published in Turkey: A systematic review. :21(2): 111–123.

50. https://www.tuik.gov.tr/Kurumsal/Gecmis_Yil_Revizyonlari.

51. Yıldız Alper B. Avcı H.H. Knowledge levels and attitudes of university students about human papi llomavirus (HPV) and HPV vaccine. 2021;

52. İlhan N. GY. Health beliefs about HPV and HPV vaccine of woman who applied to obstetrics outpatient clinic. 2021;

53. Tuzcular Vural Z EM. Knowledge and attitudes about cervical cancer and hpv vaccine, and the cervical cancer screening status of women applying to A Family Health center. 2020;

54. Örenli G. KM. Mothers of secondary school female students knowledge attitude behaviours about cervical cancer and HPV vaccine. 2015;

55. Turhan E., Çetin Ş, Çetin M AF. Hatay'da 18 Yaş ve Üzeri Bireylerin Human Papillomavirus (HPV) ve HPV Aşısı Konusunda Farkındalık ve Bilgi Düzeyleri. 2019;34(2):234-241.

56. Çelik P. İÖS. HPV Aşısı Hakkında Ailelerin Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi 2018;

57. Lindsay A. Wilson, Amanda M. L. Quan, A. Brianne Bota, Salima S. Mithani, Michelle Paradis, Cindy Jardine, Charles Hui, Kevin Pottie, Natasha Crowcroft and KW. Newcomer knowledge, attitudes, and beliefs about human papillomavirus (HPV) vaccination. 2021;

58. Ogilvie G, Anderson M, Marra F, McNeil S, Pielak K DM. A population-based evaluation of a publicly funded, school-based HPV vaccine program in British Columbia, Canada: parental factors associated with HPV vaccine receipt. PLoS Med.

2010;7(5):e1000270.

59. Choi HC, Leung GM, Woo PP, Jit M WJ. Acceptability and uptake of female adolescent HPV vaccination in Hong Kong: a survey of mothers and adolescents. Vaccine. 2013;32(1):78-84.

60. Paten P. BA. The internet's role in HPV vaccine education. :10(5):1166-70.

61. Grabiel M, Reutzel T. , Wang S., Rubin R., Leung V., Ordonez A. MW fotoğrafı . emily ürdün. HPV and HPV vaccines: the knowledge levels, opinions, and behavior ofparents. 2013;38(6):1015-21.

62. Topçu S, Ulukol B., Emüler D.S. , Topçu H.O., Ceyhun Peker G.Dökmeci F. BS. Hekimlerin human papillomavirus enfeksiyonu ve aşısı ile ilgili farkındalıkları ve yaklaşımları. 2018;;43(2):326-331.

63. Revanli,Aysu R; Yüceer, Ceren; Senol, Esin,Azap, Alpay,Erbay A. Awareness and Attitude of Family Physicians About Human Papilloma Virus and Herpes Zoster Vaccines. 2016;

64. Taşar S. , Bal Yüksel E., Derya Sağcan , Karadağ Öncel E. A, Çiftdoğan A. YD. Pediatristlerin Human Papilloma Virüs Aşısı Hakkındaki Bilgi ve Tutumları. 2021;2(1):19-24.

65. Kahn J.A., Cooper P., Vadaparampil S.T.,Pence B.C. ,A.D., LoCoco S.J. RSL. Human papillomavirus vaccine recommendations and agreement with mandated human papillomavirus vaccination for 11-to-12-year-old girls: a statewide survey of Texas physicians. 2019;18(8):2325-32.

66. Mcbride R.K. SS. Predictors of Adults' Knowledge and Awareness of HPV, HPV-Associated Cancers, and the HPV Vaccine: Implications for Health Education. :45(1).

67. Döner Güner P. GK. Factors influencing decision - making for HPV Vaccination of Female Doctors for Their Children. 2019. :(3):539-49.

68. Adıgüzel A., Akgül S., Düzçeker Y., Derman O. KN. Çocuk hekimlerinin human papilloma virus aşıları hakkındaki bilgi ve eğilimleri. 2018;61: 53-58.

69. Durusoy R, Yamazhan M, Tasbakan MI, Ergin I, Aysin M, Pullukcu H. HPV vaccine

awareness and willingness of first-year students entering university in Western Turkey. Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP. 2010;11(6):1695-701.

70. Yörük S. , Açıkgöz A. EG. Kız üniversite öğrencilerinin rahim ağzı kanseri, insan papilloma virüsü ve aşısı ile ilgili bilgi düzeyleri, tutum ve davranışlarının belirlenmesi.

71. Al-Naggar RA, Bobryshev YV, Al-Jashamy K A-MM. Practice of HPV vaccine and associated factors among school girls in Melaka, Malaysia. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2012;13(8):3835-40.

72. Hayashi Y, Shimizu Y, Netsu S, Hanley S KR. High HPV vaccination uptake rates for adolescent girls after regional governmental funding in Shiki City, Japan. Vaccine. 2012;(30(37):5547-50).

73. Hansen BT, Campbell S, Burger E NM. Correlates of HPV vaccine uptake in school-based routine vaccination of preadolescent girls in Norway: A register-based study of 90,000 girls and their parents. Prev Med. 2015;77:4-10.

74. López N, Garcés-Sánchez M, Belén Panizo M., Salamanca de la Cueva I.,Teresa Artés M., Beatriz Ramos CM. HPV knowledge and vaccine acceptance among European adolescents and their parents: a systematic literature review.

75. Dibble K., Maksut J.L. 2, Siembida E.J., Hutchison M. KMBKM. A Systematic Literature Review of HPV Vaccination Barriers Among Adolescent and Young Adult Males. :8(5):495-511.

76. Galbraith K, Lechuga J., Jenerette C., Moore A., Palmer M. HJ. Parental acceptance and uptake of the HPV vaccine among African-Americans and Latinos in the United States: A literature review. :159:116-26.

77. Bonanni P, Zanella B, Santomauro F,Lorini C., Bechini A. BS. Safety and perception: What are the greatest enemies of HPV vaccination programmes? :36(36):5424-5429.

78. Wang Z, Wang J.,Dişi Y., Brüt L.D. 2,CS Wong M., LY Wong E. TLJ. Parental acceptability of HPV vaccination for boys and girls aged 9-13 years in China - A population-based study. :36(19):2657-2665.

79. Gerend MA, Zapata C RE. Predictors of human papillomavirus vaccination among daughters of low-income Latina mothers: the role of acculturation. The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine.

2013;53(5):623-9.

80. Karakuş Selçuk A. YE.Serviks kanseri ve HPV prevalansı ile HPV Aşı Programları 2018;

81. ÖztürkY. GE. Obstacles Preventing Women from Having Pap Smear Screening Test. 2020;29(1):61–8.

EKLER

EK-1. BİREYSEL GÖRÜŞME FORMU

1) Yaşınız:

2) Cinsiyetiniz: 1) Kadın 2) Erkek

3) Medeni Durumunuz: 1) Evli 2) Bekar

4) Mesleğiniz:

5) Aylık gelir durumunuz:

6) Çocuk sayınız ve yaşları: 1…… 2……. 3…… diğer……..

7) Human papilloma virüs aşısı hakkında bilginiz varmı: 1)Evet 2)Hayır

8) Hpv aşısı hakkındaki bilginiz var ise kaynağınız? …….

Mevcut aile hekiminiz Hpv aşısı hakkında bilgi verdimi? 1)Evet 2)Hayır

9) Aile bireylerinde Hpv aşısı yaptıran var mı: 1)Evet 2)Hayır

10) Çevrenizde Hpv aşısı yaptıran birisi varmı: 1)Var 2)Yok

11) Sağlık bakanlığının aşı takvimi dışında yaptırdığınız özel aşı var mı? Varsa hangi aşı 1)Evet ……. 2)Hayır

12) Hiç aşı yan etkisi ile karşılaştınız mı ? 1)Evet 2)Hayır

13) Birinci derece akrabalarda serviks kanseri öyküsü olan varmı: 1)Var 2)Yok

EK-2. Karolina HPV Aşılama Tutumları ve İnançları Ölçeği (KHATİÖ) -The CarolinaHPV Immunization Attitudes and Beliefs Scale (CHIAS)

1.Madde: HPV aşısı ateş veya rahatsızlık hissi gibi kısa süreli sorunlara neden olabilir

(1=Kesinlikle katılmıyorum 2= Kısmen Katılmıyorum 3=Kısmen katılıyorum
4 =Kesinliklekatılıyorum)

2.Madde: HPV aşısı. ilaç şirketlerine para kazandırmak içindir.

(1=Kesinlikle katılmıyorum 2= Kısmen Katılmıyorum 3=Kısmen katılıyorum 4=Kesinlikle katılıyorum).

3.Madde: HPV aşısı kalıcı sağlık sorunlarına neden olabilir

(1=Kesinlikle katılmıyorum, 2= Kısmen Katılmıyorum, 3=Kısmen katılıyorum, 4=Kesinlikle katılıyorum).

4. Madde: Eğer ergenlik dönemindeki bir kız HPV aşısı olursa cinsel ilişkiye girmesi daha erken olabilir

(1=Kesinlikle katılmıyorum, 2= Kısmen Katılmıyorum, 3=Kısmen katılıyorum, 4=Kesinlikle katılıyorum).

5.Madde: HPV aşısının güvenli olduğunu düşünmüyorum

(1=Kesinlikle katılmıyorum, 2= Kısmen Katılmıyorum, 3=Kısmen katılıyorum, 4=Kesinlikle katılıyorum).

6.Madde: HPV gibi cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyona karşı aşı olmak için kızımın çok küçük olduğunu düşünüyorum

(1=Kesinlikle katılmıyorum, 2= Kısmen Katılmıyorum, 3=Kısmen katılıyorum, 4=Kesinlikle katılıyorum).

7. Madde: Aşıya finansal destek sağlayabilecek bir klinik ya da destekleyici bulmanın ne kadar zor olduğunu düşünüyorsunuz

(1=Hiç zor değil, 2= Kısmen zor, 3= Çok zor)

8. Madde: Aşıya kolayca ulaşılabilecek bir klinik ya da destekleyici bulmanın ne kadar zor olduğunu düşünüyorsunuz?

(1=Hiç zor değil, 2= Kısmen zor, 3= Çok zor)

9. Madde: Elinde hazır aşı bulunan bir klinik ya da destekleyici bulmanın ne kadar zor olduğunu düşünüyorsunuz?

(1=Hiç zor değil, 2= Kısmen zor, 3= Çok zor)

10. Madde: HPV aşısının maliyetinin ödeyebileceğimden daha fazla olmasından endişe duyuyorum

(1=Hiç zor değil, 2= Kısmen zor, 3= Çok zor)

11. Madde: Randevu almak için uzun süre beklemek zorunda kalmayacağınız bir klinik ya da destekleyici bulmanın ne kadar zor olduğunu düşünüyorsunuz?

(1=Hiç zor değil, 2= Kısmen zor, 3= Çok zor)

12. Madde: HPV aşısının genital siğilleri önlemede ne kadar etkili olduğunu düşünüyorsunuz

(1=Çok az etkili, 2= Orta düzeyde etkili, 3=Çok etkili, 4=Fazlasıyla etkili)

13. Madde: HPV aşısının rahim ağzı (serviks) kanserini önlemede ne kadar etkili olduğunu düşünüyorsunuz

(1=Çok az etkili, 2= Orta düzeyde etkili, 3=Çok etkili, 4=Fazlasıyla etkili)

14. Madde: HPV aşısının kızına yapılıp yapılmaması konusunda karar verebilecek yeterli bilgiye sahip değilim

(1=Kesinlikle katılmıyorum, 2= Kısmen katılmıyorum, 3=Kısmen katılıyorum, 4=Kesinlikle katılıyorum).

15. Madde: HPV aşısı o kadar yeni ki. kızıma yapılıp yapılmaması konusunda karar vermeden önce bir süre beklemek istiyorum

(1=Kesinlikle katılmıyorum, 2= Kısmen katılmıyorum, 3=Kısmen katılıyorum, 4=Kesinlikle katılıyorum).

16. . Madde: Çevremdeki diğer anne-babalar kızlarına HPV aşısı yaptırıyorlar

(1=Kesinlikle katılmıyorum, 2= Kısmen katılmıyorum, 3=Kısmen katılıyorum, 4=Kesinlikle katılıyorum).

EK-3. AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Araştırma Projesinin Adı: **BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNE BAŞVURAN EBEVEYNLERİN HPV AŞISI İLE İLGİLİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Sorumlu Araştırıcının Adı: Dr.Nurçiçek MUTLU
Diğer Araştırıcıların Adı: Prof.Dr.Yasemin ÇAYIR

Değerli anne ve babalar;

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesinde Aile Hekimliği Anabilim dalında ; 9-15 yaş aralığında kız çocuğu olan ebeveynlerin HPV aşısına karşı tutum ve davranışlarının belirlenmesine yönelik bir bilimsel çalışma yürütülmektedir. HPV aşısı serviks kanseri (rahim ağzı kanseri)ve birçok genital bölge enfeksiyonuna (genital siğil vb) sebep olan HPV virüsüne yönelik uygulanan bir aşı olup, Türkiye'de ulusal aşı takviminde yer almamaktadır ve uygulanması ailenin isteğine bağlı olup ücretlidir. HPV'nin en sık bilinen bulaşma yolu cinsel yolla bulaş olmasına karşın, kontamine yüzeylerle bulaş, deriden deriye temasla bulaş, doğum kanalı yoluyla fetal bulaş nadir görülen bulaşma yollarıdır. Mevcut aşı 9-15 yaş arasındaki adölesan kız çocuklarına önerilmektedir. Bu çalışmamızdaki amaç 9-15 yaş aralığında kız çocuğu olan ebeveynlerin HPV Aşısına karşı tutum ve davranışlarını ortaya koymaktır.

Bu form aracılığıyla elde edilecek veriler gizli kalacaktır ve sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmayı reddedebileceğiniz gibi araştırmaya katıldıktan sonra istediğiniz anda ayrılma hakkınada sahipsiniz. Bu araştırmaya katılmanızdan dolayı sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek olup katılmanızdan dolayıda size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma ile ilgili soru ve katkılarınız için Prof.Dr.Yasemin ÇAYIR'a, Dr.Nurçiçek MUTLU'ya (nurcicekk_199255@hotmail.com) ulaşabilirsiniz.

Velisinin adı- soyadı:

Velisinin imzası: Tarih:

Araştırıcının adı-soyadı, ünvanı

Adres:

Tel:

İmza: