

**BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KADIN DOĞUM POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN KADINLARIN HPV VE HPV
AŞISINA YÖNELİK SAĞLIK İNANÇLARI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Yağmur GÜRDAL

Hemşirelik Anabilim Dalı

Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Nesrin İLHAN

ŞUBAT 2021

**BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KADIN DOĞUM POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN KADINLARIN HPV VE HPV
AŞISINA YÖNELİK SAĞLIK İNANÇLARI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Yağmur GÜRDAL
(185324002)**

Hemşirelik Anabilim Dalı

Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Nesrin İLHAN

ŞUBAT 2021

Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 185324002 numaralı Yüksek Lisans Öğrencisi Yağmur GÜRDAL, ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı “KADIN DOĞUM POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN KADINLARIN HPV VE HPV AŞISINA YÖNELİK SAĞLIK İNANÇLARI” başlıklı tezini aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Nesrin İLHAN
İstanbul Medeniyet Üniversitesi

Jüri Üyeleri : Dr. Öğretim Üyesi Özcan ERDOĞAN
Bezmialem Vakıf Üniversitesi

Dr. Öğretim Üyesi Nadire ERCAN
Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Teslim Tarihi : 30 Mart 2021
Savunma Tarihi : 10 Şubat 2021



Anneme, babama, ablama ve eşime,

ÖNSÖZ

Bireyin sağlık inançları, hastalıktan korunma ve tedavi sürecinde etkili rol oynayan bir faktördür. Sağlık inançları ve bilginin artmasıyla hastalıktan korunma davranışları artmaktadır.

“Kadın Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınların HPV ve HPV Aşısına Yönelik Sağlık İnançları” adlı çalışmanın konusu, kadınların HPV ve HPV aşısına yönelik bilgi düzeylerini ve sağlık inançlarını belirlemektir. Daha önce ülkemizde HPV ve HPV aşısına ilişkin sağlık inançlarını araştıran bir çalışmanın olmaması nedeni ile yapılan çalışma önem taşımaktadır. Bu çalışmada belirlenecek sonuçlara göre eğitim programlarının oluşturulması ile kadınların hastalıktan korunma davranışları ve bilgi düzeylerinde artış olması ön görülmektedir.

Çalışmada desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, sabırla ve dikkatle rehberlik eden sayın danışman hocam Doç. Dr. Nesrin İLHAN’a teşekkürlerimi sunarım.

Kadın sağlığı hemşireliğinde attığım her adımda emeği olan, her zaman özverili, destekçi, bilgili, dikkatli ve disiplinli oluşuyla büyük örnek aldığım kıymetli hocam Prof. Dr. Anayit COŞKUN’a tüm destekleri için teşekkürü borç bilirim.

Yüksek lisans sürecim, tüm eğitim ve öğretim ayrıca çalışma yaşantımda en büyük destekçilerim annem Nazlı KÖSEOĞLU’na ve babam Hasan KÖSEOĞLU’na hayatım boyunca duyacağım minnetimi sunarım.

Bana her zaman tünelin sonundaki ışık olan, elimden tutan, tezimde fazlasıyla emeği geçen, daima sabırlı ve gülen yüzüyle yanımda olan biricik ablam Pınar KÖSEOĞLU’na tüm sevgilerimi ve teşekkürlerimi sunarım.

Hayat arkadaşım, desteğini esirgemeyen, bu yolda yorgun düştüğümde beni güçlendiren, sürecin en başından en sonuna bana olan inancını hiç kaybetmeyen sevgili eşim Enes GÜRDAL’a çok teşekkür ederim.

Şubat 2021

Yağmur Gürdal
(Hemşire)

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Yağmur Gürdal

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖNSÖZ.....	v
BEYAN.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR	ixx
TABLO LİSTESİ	ix
ŞEKİL LİSTESİ.....	xi
ÖZET.....	xii
SUMMARY	xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1 Human Papilloma Virus Yapısı ve Tarihçesi.....	6
2.2 HPV Tipleri ve Sınıflandırması	7
2.2.1 Düşük riskli HPV tipleri	8
2.2.1.1 Anogenital siğiller	8
2.2.2 Yüksek riskli HPV Tipleri	15
2.2.2.1 HPV ve servikal kanser	15
2.2.2.2 HPV ve vajinal/vulvar kanser.....	18
2.2.2.3 HPV ve orofaringeal kanser	19
2.2.2.4 HPV ve anal kanser	20
2.2.2.5 HPV ve penil kanser.....	21
2.3 HPV'den Korunma.....	21
2.3.1 HPV'den primer korunma.....	22
2.3.1.1 HPV aşılıları	22
2.3.2 HPV'den sekonder korunma	24
2.3.2.1 Pap-Smear ve HPV DNA testi	25
2.4 Sağlık İnanç Modeli	25
2.5 HPV'den Korunmada Hemşirenin Rolü	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
3.1 Araştırmanın Tipi ve Amacı	28
3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	28
3.3 Araştırmanın Evren ve Örnekleme	28
3.4 Araştırmanın Değişkenleri	30
3.5 Veri Toplama Araçları	30
3.6 Veri Toplama Yöntemi	32
3.7 Verilerin Analizi.....	32
3.8 Araştırmanın Etik Yönü	32
3.9 Araştırmanın Sınırlılıkları	33
4. BULGULAR	34
4.1 Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	34

4.2 HPV Enfeksiyonu Bilgi Skalasına İlişkin Bulgular	40
4.3 HPV Enfeksiyonu ve Aşılmasına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeğine İlişkin Bulgular.....	47
5. TARTIŞMA	58
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	67
KAYNAKLAR	70
EKLER.....	83
ÖZGEÇMİŞ.....	90



KISALTMALAR

5-FU	: Fluorouracil
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACOG	: Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği
ACS	: Amerikan Kanser Birliği
AIN	: Anal İntraepitelyal Neoplazi
ART	: Antiretroviral Tedavi
CDC	: Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri
CIN	: Servikal İntraepitelyal Neoplazi
CO₂	: Karbondioksit
CRPV	: Cottontail Rabbit Papilloma Virüs
CYBE	: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyon
DARE	: Digital Anal-Rectal Exam (Anal-rektal muayene)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FDA	: U.S. Food and Drug Administration
HGAIN	: Yüksek Riskli Anal İntraepitelyal Neoplazi
HIV	: Human Immunodeficiency Virus (İnsan Bağışıklık Virüsü)
HPV	: Human Papilloma Virüs
HRA	: High Resolution Anoscopy (Yüksek çözünürlükte anoskopi)
hrHPV	: Yüksek Riskli HPV
HSIL	: Yüksek Dereceli Skuamöz İntraepitelyal Lezyon
KETEM	: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
KKMM	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
LGAIN	: Düşük Riskli Anal İntraepitelyal Neoplazi
LLETZ / LEEP	: Large Loop Excision of the Transformation Zone (Konizasyon)
lrHPV	: Düşük Riskli HPV
LSIL	: Düşük Dereceli Skuamöz İntraepitelyal Lezyon
PZR	: Polimeraz Zincir Reaksiyonu
SCC	: Skuamöz Hücreli Karsinom
TCA	: Triklorasetik Asit
VaIN	: Vajinal İntraepitelyal Neoplazi
VIN	: Vulvar İntraepitelyal Neoplazi

TABLO LİSTESİ

Sayfa

Tablo 2.1	: HPV aşılarının özellikleri.	23
Tablo 2.2	: Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (ACOG) , Amerika Kanser Topluluğu (ACS) ve Sağlık Bakanlığı pap-smear ve HPV testi klavuzları.	25
Tablo 4.1	: Kadınların Sosyodemografik Özellikleri.	34
Tablo 4.2	: Kadınların Sağlık Alışkanlıkları Ve Davranışlarına İlişkin Özellikler.	37
Tablo 4.3	: Kadınların Sağlık Geçmişleri.....	39
Tablo 4.4	: HPV Enfeksiyonu Bilgi Skalası Puan Ortalamaları	40
Tablo 4.5	: Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (ACOG) , Amerika Kanser Topluluğu (ACS) ve Sağlık Bakanlığı pap-smear ve HPV testi klavuzları.	42
Tablo 4.6	: Kadınların Pap-Smear Testi Ve HPV Testi İle İlgili Özelliklerine Göre HPV Enfeksiyonu Bilgi Skalası Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	44
Tablo 4.7	: Kadınların Sağlık İle İlgili Özelliklerine Ve Sağlık Davranışlarına Göre HPV Enfeksiyonu Bilgi Skalası Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.	46
Tablo 4.8	: HPV Enfeksiyonu Ve Aşılmasına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Sorularının Dağılımı.	47
Tablo 4.9	: HPV Ve HPV Aşısına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları.	49
Tablo 4.10	: Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	50
Tablo 4.11	: Kadınların Pap-Smear Testi ve HPV Testi İle İlgili Özelliklerine Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Ortalamalarının Karşılaştırılması.	52
Tablo 4.12	: Kadınların Sağlık İle İlgili Özelliklerine Ve Sağlık Davranışlarına Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Ortalamalarının Karşılaştırılması	55
Tablo 4.13	: HPV Enfeksiyonu Bilgi Skalası ile HPV Enfeksiyonu ve Aşılmasına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Değerleri.	57

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa

Şekil 2.1: İnsan papilloma virüsleri arasındaki evrimsel ilişki.....	6
Şekil 2.2: Anogenital siğillerin çeşitli bölgelerdeki görüntüsü.	9
Şekil 2.3: HPV'nin vücuda alınması ile epitelyumda oluşturduğu servikal değişimler	16
Şekil 2.4: Vulvar/vajinal kanserlerin görüntüsü	18



KADIN DOĞUM POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN KADINLARIN HPV VE HPV AŞISINA İLİŞKİN SAĞLIK İNANÇLARI

ÖZET

Bu araştırma kadınların Human Papilloma Virüs (HPV) ve HPV aşısına yönelik sağlık inançlarının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirildi. Bu kesitsel araştırma Eylül-Aralık 2019 tarihleri arasında, İstanbul Avrupa Yakasında Özel bir Üniversite Hastanesinin kadın doğum polikliniğinde 300 kadın ile gerçekleştirildi. Verilerin toplanmasında; sosyodemografik özellikler bilgi formu, HPV Enfeksiyonu Bilgi Skalası, Human Papilloma Virüs Enfeksiyonu ve Aşılmasına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (ortalama, standart sapma, frekans), Student-t testi, Mann-Whitney U testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi ve Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması $35,16 \pm 9,526$ olarak bulundu. Kadınların %34,3'ünün 31-40 yaş aralığında, %46'sının lisans mezunu olduğu, %29'unun evli olmadığı ve %31,7'sinin partnerinin/eşinin lisans mezunu olduğu, %69,3'ünün aktif olarak çalıştığı, %50,3'ünün de ekonomik durumunu iyi olarak tanımladığı belirlendi. Çalışmaya dahil edilen kadınların %88,3'ünün daha önce pap-smear testini duyduğu, %75,3'ünün daha önce pap-smear testi yaptırdığı, %33,7'sinin her yıl pap-smear testi yaptırdığı, %72,3'ünün daha önce HPV enfeksiyonunu duyduğu, %69,7'sinin daha önce HPV testi yaptırmadığı, %62'sinin HPV aşısını duyduğu ancak %90,3'ünün HPV aşısı yaptırmadığı belirlendi. Kadınların HPV Enfeksiyonu Bilgi Skalası puan ortalaması $3,73 \pm 2,45$ olarak bulundu. Eğitim durumu lisans düzeyinde olan, eş eğitim durumu lisansüstü olan, pap-smear testini duyan, HPV testini duyan, HPV testini yaptıran, daha önce kendisinde HPV tespit edilen, HPV aşısını duyan, HPV aşısını yaptıran, yaptırdığı sitolojik testlerde anormal sonuç alan, partner sayısı birden fazla olan ve alkol kullanan kadınların HPV enfeksiyonu bilgi skalası puan ortalaması yüksek bulundu ($p<0,001$). Kadınların HPV ve HPV aşısına ilişkin sağlık inanç modeli ölçeği yarar algısı puan ortalaması eğitim düzeyi lisans olan, ekonomik durumu iyi olan, pap-smear testini duyan, HPV testini duyan, HPV aşısını duyan, HPV aşısını yaptıran, cinsel yolla bulaşan hastalığı olan ve alkol kullanan kadınlarda daha yüksek saptandı ($p<0,05$). Kadınların HPV ve HPV aşısına ilişkin sağlık inanç modeli ölçeği duyarlılık algısı puan ortalaması eğitim düzeyi lisans olan, pap-smear testini duyan, HPV testini duyan, HPV testini yaptıran, HPV aşısını duyan, HPV aşısını yaptıran ve alkol kullanan kadınlarda daha yüksek bulundu ($p<0,05$). Kadınların HPV ve HPV aşısına ilişkin sağlık inanç modeli ölçeği ciddiyet algısı puan ortalaması, ekonomik durumu iyi olan, pap-smear testini duyan, HPV testini duyan, HPV testini yaptıran, HPV aşısını duyan ve alkol kullanan kadınlarda daha yüksek saptandı ($p<0,05$). Kadınların HPV ve HPV aşısına ilişkin sağlık inanç modeli öleceği engel algısı puan ortalaması, eğitim düzeyi lisans olan, eş eğitim düzeyi lisansüstü olan, ekonomik durumu iyi olan, pap-smear testini duyan, pap-smear testini yaptıran, HPV aşısını yaptıran ve alkol kullanan kadınlarda daha düşük saptandı ($p<0,05$). Araştırmada

HPV enfeksiyonu bilgi skalası ile HPV ve HPV aşısına ilişkin yarar algısı, duyarlılık algısı ve ciddiyet algısı arasında pozitif anlamlı ilişki bulunurken, engel algısı arasında anlamlı ilişki bulunmadı.

Anahtar Kelimeler : Human Papilloma Virüs, Sağlık İnanç Modeli, HPV Testi, HPV Aşısı, HPV Bilgi Düzeyi



HEALTH BELIEFS ABOUT HPV AND HPV VACCINE OF WOMEN WHO APPLIED TO OBSTETRICS OUTPATIENT CLINIC

SUMMARY

This research was carried out to determine women's health beliefs about HPV and HPV vaccine. This cross-sectional study was conducted with 300 women between September-December 2019 in the obstetrics outpatient clinic of a Private University Hospital on the European Side of Istanbul. In data collection; Sociodemographic characteristics information form, Human Papillomavirus (HPV) Infection Knowledge Scale, and Health Belief Model for Human Papilloma Virus Infection and It's Vaccination Scale were used. While evaluating the study data, besides descriptive statistical methods (mean, standard deviation, frequency), Student-t test was used for comparing normally distributed variables between two groups in evaluating quantitative data, and Mann-Whitney U test was used for comparisons of variables not showing normal distribution between two groups. One-way analysis of variance (ANOVA) test was used to compare normally distributed data between more than two groups, and Tukey HSD and Bonferonni post hoc tests were used to determine which group caused the difference. The average age of the women participating in the study was found to be 35.16 ± 9.526 . When the sociodemographic characteristics of the women were examined, 34.3% were between the ages of 31-40, 46% were undergraduate, 29% were unmarried and 31.7% of them partners' education status were postgraduate, 69.3% 50.3% of them defined their economic situation as good. When the health behaviors of the women included in the study were examined, 88.3% had heard of pap-smear test before, 75.3% had pap-smear test before, 33.7% had pap-smear test every year. It was determined that 72.3% had heard of HPV infection before, but 69.7% had not had HPV test before, 62% had heard of HPV vaccine, but 90.3% had not had HPV vaccine. HPV Infection Knowledge Scale mean score of women was found to be 3.73 ± 2.457 . HPV infection knowledge scale mean score was found to be high in women who has licence education, partners' education status was postgraduate, have heard the pap-smear test, have heard the HPV test, have had the HPV test, have had HPV before, have had HPV vaccine, have had HPV vaccine, have had abnormal results in cytological tests ($p < 0,001$). In the health belief model of the HPV and HPV vaccine of women, the perception of benefit is higher in women who have a license level, have a good economic situation, hear the pap-smear test, hear the HPV test, have HPV vaccine, have HPV vaccine, have a sexually transmitted disease and using alcohol ($p < 0,05$). In the health belief model of HPV and HPV vaccine of women, the perception of sensitivity was higher in women with a license level of education, have heard the pap-smear test, have heard the HPV test, have had the HPV test, have heard the HPV vaccine, have had the HPV vaccine, and using alcohol ($p < 0,05$). In the health belief model of the HPV and HPV vaccine of women, the perception of severity was higher in women who have a good economic situation, have heard the pap-smear test, have heard the HPV test, have had the HPV test, have heard the HPV

vaccine and using alcohol ($p < 0,05$). In the health belief model of the HPV and HPV vaccine of women, the perception of barriers was lower in women with licence education status, partners' education status was postgraduate, a good economic situation, have heard pap-smear test, have had pap-smear test, have had HPV vaccine and using alcohol ($p < 0,05$). In the study, a positive significant relationship was found between the HPV infection knowledge scale and the benefit perception, susceptibility perception and severity perception of HPV and HPV vaccine, while no significant relationship was found between the perception of barriers.

Keywords : Human Papillomavirus, Health Belief Model, HPV Testing, HPV Vaccine, HPV Knowledge.



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Human papillomavirus (HPV), 200'den fazla tipiyle tanımlanmış, papillomaviridae ailesine dahil, küçük zarfsız DNA virüsleridir [1,2]. HPV enfeksiyonu cinsel yolla bulaşabilen bir enfeksiyondur. Cinsel yol, genital-genital, genital-anal, genital-oral, oral-anal olarak tanımlanmaktadır [2]. HPV'nin bulaşma riski diğer hastalıklarla aynıdır. Ancak cinsel partnerin fazla olması, erken koitus, başka bir cinsel yolla bulaşan hastalığın olması, immunsupresyon, düşük sosyoekonomik durum HPV'ye yakalanma riskini artırmaktadır [3-5]. Tanımlanan bulaş yolları haricinde öpüşme veya tokalaşma ile, havuz kullanımı ile, ortak havlu ve tuvalet kullanımı ile veya yiyecek içeceklerle herhangi bir bulaşma söz konusu değildir. Bu virüsler vücudun belli alanlarında yaşayabilmektedir. Vücutta yaşayabildikleri yerler; skuamöz epitel hücreleri, deri yüzeyinde, servikste, vulvada, anüste, gland peniste, ağızda ve boğazda bulunmaktadır [6].

HPV'nin görülme oranı dünyada yaklaşık olarak %10 civarındadır [4,7]. Ülkemizde yapılan çalışmalarda HPV görülme oranı %2 ile %6 arasında değiştiği görülmektedir [2]. HPV görülme oranı bu sayılarda iken bir insanın hayatı boyunca HPV ile karşılaşma riski %50-80 arasında değişmektedir [4].

HPV onkojenik olma ve onkojenik olmama durumlarına göre düşük riskli ve yüksek riskli olarak sınıflandırılmaktadır. Başlıca HPV 6 ve HPV 11 olmak üzere HPV 40, 42, 43, 44, 54, 55 ve 62 düşük riskli HPV grubu olarak tanımlanmaktadır. Yüksek riskli HPV grubu ise başta HPV 16 ve HPV 18 olmak üzere HPV 31, 33, 35, 39, 45, 51, 56, 58, 59, 68, 73 ve 82 olarak tanımlanmıştır [8-10]. HPV enfeksiyonları skuamöz epitel hücrelerinin bulunduğu yerlerde çeşitli hastalıklara yol açmaktadır. Bu hastalıklar düşük riskli HPV grubunun neden olduğu siğiller

gibi zararsız durumlar olabilirken, yüksek riskli HPV grubunun neden olduğu servikal, vajinal, anal, orofaringeal kanserlere kadar ölümcül olabilmektedir [11].

Düşük riskli HPV grubunun neden olduğu siğiller genellikle genital bölgelerde oluşurlar ve genital siğiller olarak adlandırılırlar. Genital bölge hariç ellerde, boyunda ve dudak kenarlarında da siğil oluşumları görülebilir. İmmun bağışıklığın azaldığı, ikinci bir enfeksiyonun ortaya çıktığı durumlarda siğillerin görülme olasılığı daha yüksektir [12,13]

Yüksek riskli HPV grubunun neden olduğu kanserler ise çeşitli bölgelerde görülebilir. HPV bağlantılı kanserler arasında en yaygın görülen kanser türü servikal kanserlerdir. Servikal kanserler kadınlar arasında görülen en yaygın dördüncü kanserdir [14]. Servikal kanserli kadınların neredeyse %100'ünde HPV görülmektedir [15]. Servikal kanserlere neden olan HPV türlerinde ise %69,4'ünü HPV 16 veya HPV 18 oluşturmaktadır. Dünyada servikal kanserden ölüm oranı %6,9'dur. [16]. HPV enfeksiyonunun vücuda alınması ile servikal kansere dönüşmesi arasında 10 yıl gibi uzun bir süreç tanımlanmıştır [2].

HPV'nin neden olduğu kanserler arasında yaygın görülen bir diğer kanser olan anal kanserlerin %88'i HPV kaynaklıdır [15]. Anal kanserler için her iki cinsiyet de aynı oranda riske sahiptir. Az gelişmiş ülkelerde erkeklerde, gelişmiş ülkelerde ise kadınlarda daha fazla görülmektedir. Bununla beraber insan bağışıklık virüsü (HIV) pozitif olma, genital-anal ilişkide bulunma ve homoseksüel olma riski 60 kat artırmaktadır [17].

HPV'nin sebep olduğu diğer kanserler arasında bulunan orofaringeal kanserler azımsanmayacak derecededir. HPV kaynaklı orofarinfeal kanserlerin görülme oranı %25,6 belirlenmiştir [15]. Ayrıca tarama programı bulunmadığından dolayı önümüzdeki yıllarda HPV kaynaklı orofaringeal kanserlerin ölüm oranının, HPV kaynaklı servikal kanser ölüm oranından daha fazla olacağı ön görülmektedir [18].

Penis kanseri de HPV bağlantılı diğer kanserler arasındadır. Çok sık görülmemekle birlikte, gelişmemiş ülkelerde daha sık görülmektedir. HPV'nin sebep olduğu penis kanserlerinin oranı %50 civarındadır [15,16].

HPV tanılanmasında sitolojik testler kullanılmaktadır. Uzun süredir var olmasına rağmen, ülkemizde son yıllarda tercih edilen HPV DNA testi, ağrısız bir işlemdir. Duyarlılığı %95-98 iken, pap-smear ile birlikte test yapıldığında duyarlılığı %100'e yakın bir değer almaktadır [2]. Pap-smear testiyle beraber HPV DNA testinin yapılması co-test olarak adlandırılır ve sonucunun negatif çıkmasıyla beraber bu test 5 yılda bir tekrarlanır [19]. Co-test Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezlerinde (KETEM) ücretsiz olarak yapılmaktadır. Bu testle HPV'nin tipi belirlenebilmektedir. Amerikan Kanser Birliğinin standartlarına göre 30 yaşında başlayan HPV taraması, ülkemiz standartlarında da pap-smear testiyle beraber HPV taramasının 30 yaşında başlamasını önermektedir [20].

HPV'nin tam olarak yok edilmesi tedavi ile mümkün değildir [4]. HPV'nin sebep olduğu sorunlara yönelik tedaviler uygulanmaktadır. Dolayısıyla HPV vücutta kalıcıdır, ancak semptomlar tedavi edilebilir. HPV'nin sebep olduğu siğiller için hastanın uygulayabileceği yöntemler ve sağlık kuruluşunda uygulanabilecek tedavi seçenekleri mevcuttur. Hastanın uygulayabileceği yöntemler arasında krem, jel ya da merhem yer almaktadır [21]. Bu yöntemler hastanın doğru uygulayabileceğinden emin olduğunda veya siğiller bu ajanlarla giderilebilecek kadar küçük, geniş alana yayılmadığında uygulanabilir. Sağlık kuruluşunda tedavi edilirken ise koterizasyon (yakma), kriyoterapi (dondurma) veya cerrahi eksizyon yapılabilir. Bu yöntemlerin birbirine üstünlüğü bulunmamaktadır. Ancak koterizasyon işleminden sonra rekkürensini daha az olduğu ancak skar dokusunun fazla olduğu bilinmektedir [22]. Kriyoterapide ise skar dokusu az, analjezik ihtiyacı duyulmaksızın sıvı azot ile siğil dondurulur. Cerrahi eksizyon yöntemi ise siğiller geniş alana yayıldıysa, büyük boyutlara ulaşılmış ise tercih edilmektedir. Cerrahi eksizyon sonrası skar dokusu fazla olabilir.

HPV enfeksiyonunun beraberinde getirdiği fiziksel sorunların yanı sıra, psikolojik, emosyonel ve finansal sorunlar da ortaya çıkmaktadır. HPV tanısı alan kadınların kanser olma korkusu yaşadıkları, cinsel disfonksiyon yaşadıkları, maddi zorluklarla karşılaştıkları belirtilmiştir [23]. Siğillerden kanserlere kadar geniş spektrumlu sorunlar yaşatabilen HPV enfeksiyonundan korunmak ise mümkündür. Bu yöntemler içinde en önemli olanları korumalı cinsel ilişki, tek partnerli yaşam ve aşılama [2]. Cinsel ilişkide bariyer yöntem kullanmak %100 olarak koruyuculuk

sağlamamakla birlikte, riski azaltmaktadır [24]. Aşılama ise HPV konusunda yine %100 koruyuculuk sağlamazken, 14-19 yaşları arasında aşı yapıldığı takdirde HPV enfeksiyonuna yakalanma oranını %64 oranında düşürmektedir. Bu oran, aşı yaşı 20-24 arasına yükseldiğinde %34'e kadar gerilemektedir [25]. Bunun için aşı yaşı çok büyük önem taşımaktadır.

Dünyada kullanılan 3 tip HPV aşısı vardır [26]. Bu aşılarından biri olan bivalent aşı (Cervarix) HPV'nin 16 ve 18 tiplerine karşı koruyuculuk sağlamaktadır. İlk çıkan HPV aşısı ise kuadivalent aşı (Gardasil) olarak bilinmektedir. Gardasil aşısı HPV'nin 6, 11, 16 ve 18 türleri olmak üzere 4 türüne karşı koruyuculuk sağlamaktadır. Koruyuculuk sağladığı HPV tiplerinin arasında hem siğil yapıcı tipler hem de kanser yapıcı tipler bulunmaktadır. Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından 2014 yılında onaylanan ve henüz ülkemizde uygulanmayan nonavalent aşı (Gardasil 9) HPV'nin 9 türüne karşı ve siğillere karşı da koruyucudur. Gardasil 9'un koruyuculuk sağladığı HPV tipleri olarak ise 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 ve 58 gösterilebilir. Ülkemizde servikal kanserlerde görülen HPV tiplerine bakıldığında Gardasil 9 içeriğindeki HPV türleri azımsanmayacak durumdadır. Bu nedenle nonavalent aşının ülkemizde kullanılması HPV kaynaklı servikal kanserleri engelleme de etkili olabilir [27]. Aşıların etkinliğini gösterebilmesi için aşı takvimine uyulmalı, her 3 dozu yapılmalıdır.

HPV aşıları dünyada bazı ülkelerde ulusal aşı programında yer almaktadır. HPV aşısının ulusal aşı programında yer aldığı ülkeler arasında Avusturya, Belçika, Fransa, Almanya, İtalya, Portekiz gibi ülkeler bulunmaktadır [28]. Ülkemizde ve dünyadaki aşılama oranlarına bakılacak olursa, aşının önemi ne kadar fazla olursa olsun, HPV aşısı çok bilinmemekte, bilen kişilerin ise aşığı yaptırmadığı ve önermediği görülmektedir [29]. Aşı hakkında sağlık çalışanları tarafından bilgi verilmemesi, yeterli kamu katılımının sağlanamaması dolayısıyla bilgi eksikliği çok fazladır. Bu durum beraberinde aşığı güvensizliği getirmektedir ve aşı yapılması tercih edilmemektedir [30].

Sağlık inanç modeli, erken tanı ile tedavi edilebilecek hastalıklar için farkındalığın geliştirilmesi ve endişenin artırılması hakkında bilgi verilmesine dayandırılmıştır. Sonrasında psikologların teorileriyle birlikte insanların ciddi hastalıklardan korktuğunu ve önerilen sağlık davranışları ile bu korkularındaki algıları azalttığını

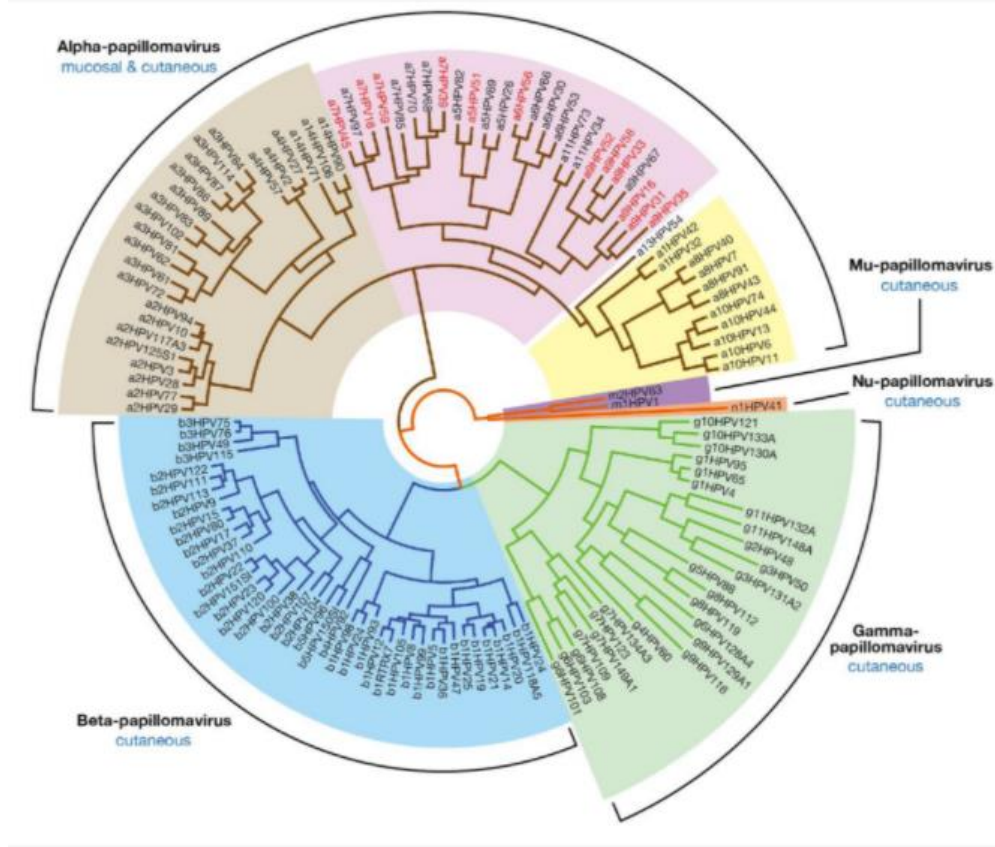
keşfetmişlerdir. Yıllar içerisinde geliştirilen sağlık inanç modelinin temelinde bireyler sağlıklarını tehdit eden durumlar için davranış değişikliğinin faydalarını görmesi ve bu eylem sonrasında harekete geçip geçmemeye karar vermesi bulunmaktadır [31,32]. Sağlık inanç modeli kendi içerisinde alt komponentlere sahiptir. Bu komponentlerden biri olan ciddiyet algısı, bir hastalığa yakalanmaya veya tedavi edilmemeye göstermiş olduğu klinik, sosyal ve psikolojik ciddiyet durumudur. Engel algısı, belirli bir sağlık eyleminin olumsuz yönleri ile sağlık eyleminin yapılmasını etkilemesidir. Yarar algısı, algılanan duyarlılık ile beraber kişinin sağlık davranışında değişimlere neden olması durumudur. Bu sağlık durumundaki değişimler kişinin hastalığa yakalanma olasılığını azaltan değişimler olmalıdır. Duyarlılık algısı, bir hastalığa yakalanma olasılığı ile ilgili inançları ifade eder [33].

HPV ve HPV enfeksiyonundan koruyuculuğu çok yüksek olan HPV aşısı hakkında kişilerin sağlık inançları doğrultusunda bilgilendirme ve eğitimin artması HPV'ye karşı olan farkındalığın artmasına ve HPV aşısına verilen önemin artmasına katkıda bulunacaktır [34]. Ülkemizde HPV ile ilgili eğitim programları düzenlenmeden önce öncelikle kadınların HPV ve HPV aşısına yönelik sağlık inançlarının belirlenmesi önem taşımaktadır. Bu bağlamda araştırma kadınların HPV ve HPV aşısına yönelik sağlık inançlarının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirildi.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Human Papilloma Virus Yapısı ve Tarihçesi

Human papilloma virus (HPV), papillomaviridae ailesinin 12 üyesinden biridir. Papillomaviridae ailesini başlıca alfa, beta, gamma, mu ve nu tipleri oluşturur. Ayrıca bu tiplerin dışında kalan 7 hayvan papilloma virüs tipini de içermektedir [8]. Alfa tipi virüsler kanser ve siğil yapıcı özelliğe sahipken, beta ve gamma tipi virüsler bağışıklığın baskılandığı durumlarda (organ nakli, HIV vb.) kutanöz papillom ve deri kanserine yol açabilecek özelliktedir [35].



Şekil 2.1 :İnsan papilloma virüsleri arasındaki evrimsel ilişki [36].

Şekilde papillomavirüs türleri gösterilmiştir. Alfa-papillomavirüs türleri kanser yapıcı tiplerine göre düşük riskli kutanöz (kahverengi), düşük riskli mukozal (sarı), yüksek riskli (pembe) olarak şematize edilmiştir. HPV ailesine üye olan beta-

papillomavirüs (mavi), gamma-papillomavirüs (yeşil), mu-papillomavirüs (mor) ve nu-papillomavirüs (turuncu) türleri de şekilde belirtilmiştir.

HPV, 1933 yılında Richard Shope ve E. Weston Hurst tarafından yapılan çalışmada tavşanların siğillerinden aldıkları örnekleri sağlıklı tavşanlara verdiklerinde siğil oluştuğunu gözlemlenmeleriyle keşfedilmiştir. Bu durum siğillerin bulaşıcı olduğunu kanıtlamıştır. Bu araştırmayı takiben 2 yıl sonra 1935 yılında Peyton Rous ve Joseph Beard bu virusun kanserojen olduğunu göstererek tıpkı siğillerde olduğu gibi cilt kanserinin de bulaşıcı olduğunu kanıtlamışlardır [37]. Bu araştırmadan çıkan sonuç ile viruse pamuk kuyruklu tavşan papilloma virüsü (*CRPV-cottontail rabbit papilloma virus*) adını vermişlerdir [38].

Bu araştırmalar Dr. Harold zur Hausen'in 1983 yılında HPV ve servikal kanser arasındaki ilişkiyi keşfetmesine ışık tutmuştur. Kanser ve virüs arasındaki ilişkiyi keşfetmek için genital siğillerde yeni bir papillomavirus araştırmıştır. Keşfettiği bu papillomavirüse HPV-6 adını vermiştir ancak HPV-6 ile kanserojen özellik arasında bir bağ kuramamıştır [37]. Zur Hausen ve ekibinde hayal kırıklığı oluşturan bu sonuca rağmen devam ettikleri araştırmalar sonucu kanser ve HPV ile ilişkili olabilecek HPV-11 tipini ortaya çıkarmışlardır. 1983 yılında zur Hausen test yaptığı 24 servikal kanser vakasının üçünde HPV-11'e rastlamıştır. Bu sonuçlar kanser ve HPV arasında bağ olduğunu destekleyen ilk çalışmalardandır [39].

Ekibi ile araştırmalar yapmaya devam eden zur Hausen servikal kanserlerin yarısına neden olan HPV-16 ve her beş servikal kanserden birinde saptanan HPV-18 tipi de dahil birçok farklı HPV tipi keşfetmiştir [40]. Zur Hausen'in bu çalışmaları 2008 yılında tıp ve fizyoloji dalında Nobel ödülünü kazandırmıştır [41].

2.2 HPV Tipleri ve Sınıflandırması

HPV'nin bugüne kadar 100'den fazla farklı tipi tanımlanmıştır. Bu türlerin sınıflandırması onkojenik özelliklerine göre düşük riskli HPV tipleri ve yüksek riskli HPV tipleri olmak üzere iki ana başlıkta toplanmıştır. Ayrıca bu sınıflamaların dışında kalan, nadiren görülen ve kanser yapıcı özelliği henüz kanıtlanamamış HPV tipleri de bulunmaktadır [42].

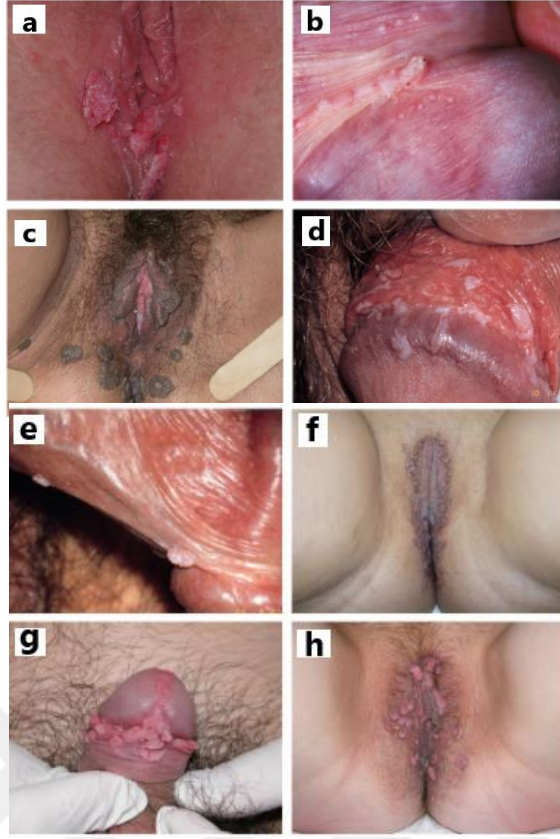
Ülkemizde 1 milyon kadınla yapılan bir araştırmada popülasyonun %3,5'lük diliminin HPV pozitif olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada ülkemizde görülen HPV tiplerinden en sık HPV 16'nın görüldüğü, bu sıralamayı 51, 31, 52 ve 18'in izlediği gösterilmiştir [43].

2.2.1 Düşük riskli HPV tipleri

Düşük riskli HPV'ler (lrHPV) iyi huylu lezyonlara neden olmakla birlikte popülasyonda sık görülen bir malign karsinom nedeni değildir. Kanserojen zellik olarak düşük etki gösterirler ve bu tip HPV'ler kendilerini sınırlayabilirler [1]. Bu sınıf HPV'lerde başlıca tipler HPV 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81, CP6108 olarak tanımlanmıştır [44]. lrHPV'ler başlıca anogenital siğillerden sorumludur [45].

2.2.1.1 Anogenital siğiller

Anogenital siğiller, cinsel yolla bulaşan hastalıklar arasında en sık görülen sorunlardan biridir. HPV'lerin sebep olduğu bu siğiller vulva, vajina, penis, perianal ve nadiren de olsa serviks gibi birçok yerde, bir ya da aynı yerde birçok sayıda görülebilir [45]. Ancak bu siğillerin oluşum bölgeleri seksüel davranışlara göre anüs, ağız çevresi, gırtlak ve boğaz yolu gibi farklı bölgeler de olabilmektedir [46]. Düşük riskli diğer HPV tiplerinin yanı sıra HPV-6 ve HPV-11 tipleri genital siğil oluşumunun %90'ından sorumludur [47]. Genellikle belirtisiz olan anogenital siğiller yerleştikleri bölgeye ve boyutlarına göre kaşıntılı veya ağrılı olabilirler [48]. Bulaşıcılık çok hızlıdır. Partnerinde anogenital siğil bulunan kişilerin %65'inde 3 hafta ila 8 ay içerisinde anogenital siğil oluşumu görülür [49].



Şekil 2.2 :Anogenital siğillerin çeşitli bölgelerdeki görüntüsü [50].

Çalışmalar incelendiğinde dünya genelinde anogenital siğillerin görülme oranı için net bir veri ortaya konmamıştır. Ancak yapılan bölgesel araştırmalarca bazı veriler ortaya çıkmıştır. Örneğin Kanada merkezli bir çalışmada bu oran, cinsel olarak aktif kişilerin yaklaşık %1-2 arasında olduğu ve bir yetişkinin anogenital siğille karşılaşma oranının ise %10 olduğu belirtilmiştir [47]. Avustralya merkezli çalışmada ise bu oran 1000 kişide 2,19 kişi olarak tespit edilmiştir [51]. Bu oran Amerika Birleşik Devletlerinin (ABD) verilerine göre 1000 kişide 1,1 olarak bilinmektedir ve her yıl 500.000 yeni vaka bildirilmektedir [13,52]. Geçmiş yıllardaki çalışmalara ve veri tabanlarına bakıldığında, anogenital siğil oranının yükselmiş olduğunu ve yükselmeye devam edeceğini söylemek mümkündür.

Ülkemizde ise henüz anogenital siğil insidansını belirten bir veri tabanı veya çalışma bulunmamaktadır.

Eldeki veriler dikkate alındığında anogenital siğillerin en çok 15-24 yaş arası kadınlarda ve 20-25 yaş arası erkeklerde görüldüğü ortaya çıkmıştır. Ayrıca genç yaş, erken yaşta cinsel aktivitenin başlaması, birden fazla sayıda cinsel partner, herhangi bir cinsel yolla bulaşan hastalığın olması, kondom kullanmama, sünnetsiz olma ve sigara kullanımı gibi davranışlar anogenital siğil bulaşması açısından risk taşımaktadır [46].

Genital siğiller beraberinde psikolojik problemler ve seksüel davranışlar da fonksiyon bozulmasına yol açabilir. Hem genital siğile sahip kişide hem de kişinin partnerinde kanser korkusu, diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında anksiyete ve endişeye sebep olmaktadır. Yaşam kalitesine etki edebilen anogenital siğiller kişide utanma ve suçluluk duygusunu da ortaya çıkarabilir [53].

Anogenital siğillerde tedavi

Anogenital siğillerin tedavisinde asıl amaç semptomların azaltılması ve psikolojik durumun düzenlenmesidir. Bu amaçla anogenital siğillerin tedavisinde birçok yöntem kullanılmaktadır. Bu yöntemlerin tercihi siğillerin lokalizasyonu, sayısı, boyutu, kişinin kendi sağlık durumu, kişinin kendi tercihi, tedaviye uyumu veya klinisyenlerin tecrübesi gibi birçok bileşenin uyumuna yönelik yapılmaktadır [46]. Bu seçeneklerden yola çıkarak uygulanabilecek tedavi seçenekleri evde hastanın kendisi tarafından uygulanabilen veya sağlık kuruluşunda bir profesyonel tarafından uygulanabilen yöntemler olmak üzere iki ana başlıkta incelenebilir. Evde uygulanabilecek tedavi yöntemleri, podofilotoksin %0.15 krem veya %0.5 jel, imiquimod %5 veya %3.75 krem ve sinekatekin %15 merhem; sağlık kuruluşunda uygulanabilecek tedavi yöntemleri ise kriyoterapi, trikloroasetik asit (TCA), elektrokoterizasyon, eksizyon ve lazer olarak sıralanabilir [52, 54].

Podofilotoksin

Podofilotoksin %0.15 krem veya %0.5 jel, podophyllum bitkisinin özünden elde edilen bir üründür. Etki mekanizması mitoz bölünmeyi engelleyerek siğilin nekroz olmasını sağlamaktır. Kullanıldıktan 3-5 gün içerisinde etkisini gösterir [52]. Uygulama kişinin kendisi tarafından yapılır. Haftanın ardışık üç günü, günde iki kez uygulanır ve geri kalan dört günde ara verilir. Lezyonlar geçene kadar uygulanabilir ancak maksimum dört hafta uygulaması önerilir. Bu tedavi seçeneğinin kullanılabilmesi için uygulama alanının 10 cm²'den daha küçük olmasına özen gösterilmelidir [55].

Podofilotoksinin %0.5'lik jel formu genellikle penil lezyonlarda kullanılırken, vulvar ve anal lezyonlarda %0.15'lik krem formu önerilir [54]. Podofilotoksinin siğil temizleme yüzdesi ve siğillerin tekrarlama yüzdeleri konusunda farklılık gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Lacey ve arkadaşlarının yayınladığı 2012 Avrupa Anogenital Siğil Yönetimi Klavuzunda podofilotoksinin %0.5'lik jel formülünün siğil temizleme oranı %45-83 iken tekrarlama oranı %13-100 olduğu belirtilmiştir. Bu oranlar podofilotoksinin %0.15'lik krem formu için temizlenme oranı %43-70 ve tekrarlama oranı %6-65 olarak değişiklik göstermektedir [54]. Podofilotoksinin siğil temizleme ve tekrarlama oranı hakkında başka bir çalışma Yanofsky ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bu derleme yayınında %0.5 jel formül ve %0.15 krem formül birlikte değerlendirilmiştir. Sonuç olarak podofilotoksinin siğil temizleme oranı %45-77 ve tekrarlama oranı %38-65 oranında olduğu belirtilmiştir [52]. Podofilotoksinin neden olduğu yan etkiler arasında kızarıklık, ağrı ve ülserasyon örnek gösterilebilir [56]. Podofilotoksin yurtdışında Condylone® (Takeda Pharmaceuticals Company Ltd, İngiltere) ve Warticon® (Stiefel Laboratories Ltd, Avusturya) adlı ilaçlarla hazır olarak piyasaya sürülmektedir [57]. Ülkemizde ise %25'lik solüsyon halinde Podofilm (Paladin Labs. Inc., Kanada) piyasa adıyla satılmaktadır [58].

İmikimod

İmikimod, bağışıklık sistemini etkileyerek lokal sitokin indüksiyonunu uyararak reseptör 7 agonistidir. İmikimod %5 krem ve imikimod %3.75 krem olmak üzere iki çeşidi bulunmaktadır [46]. İmikimod %5 krem haftada üç kez, gece yatmadan önce kullanılır ve 16 hafta boyunca tedavi devam eder. İmikimod %3.75 krem ise günde bir kez, toplamda 8 hafta kullanılan yöntemdir. Kremi sürdükten 6-10 saat sonra sabunla yıkanmalı ve krem derinin üzerindeyken cinsel ilişkiden uzak durulmalıdır. Çünkü imikimod prezervatif ve diyafram yapısını zayıflatabilir [58]. Yapılan araştırmalarda imikimod %5 krem için siğilden temizlenme oranının %35-68 aralığında olduğu belirtilmektedir. Tedavi gördükten sonra siğillerin tekrar görülme oranı ise %6-26 arasında değişiklik göstermektedir [54]. İmikimod etken maddesinin yan etkileri olarak kaşıntı, eritem, yanma, tahriş, ülserasyon gibi lokal etki gösteren belirtiler örnek gösterilebilir. Bu lokal etkilerin yanı sıra baş ağrısı, kas ağrısı, yorgunluk gibi sistemik etkiler de görülebilir. Ancak imikimod %3.75'lik formülde herhangi sistemik yan etki bildirilmemiştir [52]. İmikimod %5'lik formülü piyasa adıyla Aldara® (3M Health Care Limited, İngiltere) olarak bilinmektedir. Hem ülkemizde hem de yurtdışında bulunmaktadır [58]. İmikimod %3.75'lik formülü ise piyasa adıyla Zyclara® (3M Health Care Limited, İngiltere) olarak bilinmektedir ancak ülkemizde satışı yapılmamaktadır [46].

Sinecatekin

Sinecatekin %15 merhem, FDA tarafından 2006 yılında kabul edilmiştir ve resmi olarak kabul edilmiş ilk botanik özlü ilaçtır [52]. Sinecatekinin içerdiği botanik öz yeşil çay özüdür ve antioksidan, antiviral ve antitümör özelliği bulunmaktadır [48]. Avrupada kullanılan sinecatekinler %10'luk formüller iken Amerikada kullanılan sinecatekinler ise %15'lik formüllerdir [54]. Kullanımları hasta tarafından yapılmakta olup günde üç kez, siğiller tamamen temizlenene kadar olmalıdır. Ancak bu süre 16 haftayı geçmemelidir. Bu yüzden ilk birkaç hafta içinde herhangi bir iyileşme görülmezse farklı bir tedavi denenmelidir [52]. Lacey ve arkadaşlarının yayınladığı rehberde siğilden temizlenme oranı %47-59 arasında olmakla birlikte tekrar siğil görülme oranı %7-11 arasında olduğu bildirilmiştir [54]. Piyasada Amerika, Almanya ve Avusturyada Veregen® (CPM Contract Pharma GmbH & Co., Feldkirchen-Westerham, Almanya) adıyla satışı yapılmaktadır. Veregen®'in, üretral,

servikal, vajina içi veya rektal lezyonların tedavisinde kullanımı henüz değerlendirilmemiştir. Dolayısıyla açık yaralarda ve bahsedilen bölgelerde kullanılmamalıdır [59].

Triklorasetik asit (TCA)

Triklorasetik asit (TCA), deri ve mukozayı aşındıran, yakan ve koterize eden kimyasal bir maddedir. Anogenital siğil tedavisinde kullanılırken genellikle %80-90 yoğunluktaki hali kullanılır ve mutlaka bir hekim tarafından uygulanır [52]. Genellikle küçük boyuttaki genital siğiller için uygundur. Yalnızca görülebilir lezyonlara pamuk ile uygulanır ve kuruyana kadar hasta oturmamalı veya ayakta durmamalıdır [60]. TCA'nın uygulama süresi siğillerin iyileşme durumlarına göre değişiklik gösterebilir. Haftada 1 ile 3 kez arasında, tekrarlanma gereksinimi duyuluyorsa tedavi 8-10 hafta devam edebilir [54]. Siğillerin TCA ile temizlenme oranına ilişkin birçok araştırma mevcuttur. Bu araştırmalardan Karnes ve Usatine'nin 2014 yılında yayınladığı çalışmada temizlenme oranı %64-88 arasında değişmektedir. Yine aynı çalışmada bu yöntemle temizlenen siğillerin tekrarlama oranı ise %36'dır [61]. Lacey'e göre temizlenme oranı %56-81 arasında değişirken, tekrarlama oranı bu çalışmada da %36 olarak belirtilmiştir [54]. TCA uygulaması dezavantaj olarak siğilin çevresindeki sağlıklı dokuya da zarar verebilir. Bu açıdan hekimin son derece dikkatli olması gerekmektedir. Eğer solüsyon çevre dokulara sıçarsa veya dökülürse mutlaka sıvı sabun ya da sodyum bikarbonat ile yıkanmalıdır [60].

Kriyoterapi

Kriyoterapi, çoğunlukla sıvı azot kullanılarak dokunun dondurularak tedavi edildiği bir seçenektir. Kriyoterapide asıl amaç ısının çok düşük derecede tutularak dermal ve vasküler hasarı gerçekleştirmesidir. Bu sayede dokuda nekroz olur ve hasarlı bölgede hücre ölümü görülür [52]. Bu tedavi yöntemi her hafta uygulanabilir [54]. Uygulama sırasında sıvı azot genellikle sprey benzeri bir alet içinde kullanılır. Lezyonun üzerine ve 2 mm çevresine uygulanabilir. Lezyon küçük ise tek seferde 10-15 saniyelik uygulamalar yeterli görülmektedir. Daha büyük lezyonlarda bu uygulama 10-15 saniyeden oluşan 3 tur şeklinde yapılabilir [56]. Kriyoterapinin güvenli ve başarılı olmasının yanında anestezi gerektirmemesi de avantajlarından biridir [55]. Bu yöntemle tedavi gören hastaların temizlenme oranı Yanofsky ve arkadaşlarına

göre %79-88 arasında değişmekte iken Lacey'e göre %41-77 arasındadır. Her iki çalışmada belirtilen tekrarlama oranı ise Yanofsky ve arkadaşları için %25-40 arasında, Lacey için %21-42 arasındadır [52,54]. Uygulamanın dezavantajı olarak sıvı azot uygulanan bölgede hipopigmentasyon gösterebilmesidir. Hipopigmentasyonun iyileşmesi 2 yılı bulabilir [56]. Kriyoterapinin olası yan etkileri ise şişme, eksüdasyon ve ağrıdır [62].

Cerrahi tedavi

Cerrahi tedavi, lezyonun cildin dermis ve epidermis yüzeyindeki bağlantısının koparılması yöntemi ile tedavi edilmesidir. Cerrahi tedavi seçenekleri arasında, yüzeysel makas eksizyonu, tıraşlama eksizyon, kazıma eksizyonu, elektrocerrahi gibi birkaç yöntem sayılabilir [63]. Cerrahi tedavi yöntemiyle lezyonlar tek seferde temizlenebilmektedir [64]. Elektrocerrahi terim anlamı olarak lezyonların yakılması için termal koagülasyon veya elektrokoter şeklinde yüksek frekanslı elektrik akımlarının kullanılmasıdır [52]. Lokal anestezi uygulamasından sonra siğiller çıkarılırken elektrocerrahi ile tıraşlama eksizyon veya kazıma eksizyonu da kullanılabilir. Bu yöntemle tedavi edilen birçok vakada sütür atmaya gerek görülmemiştir [64]. Yüzeysel makas eksizyonu ise anogenital siğil tedavisinde bilindik en eski yöntemlerden birisidir. Bu yöntemde lezyon ve bir kısım sağlıklı doku makas veya neşter yardımı ile çıkarılır [65]. Elektrocerrahi ve yüzeysel makas eksizyonu beraber değerlendirildiğinde temizlenme oranı %94-100 arasında, tekrar etme oranı ise %19-29 arasında değişmektedir [54]. Siğiller çok büyük ve çok geniş yayılım gösterdikleri zaman makas eksizyonu ile genel anestezi altında tedavi edilebilir. Bu noktada işlemi yapan cerrahın doku derinliğine dikkat etmesi çok önemlidir. Ayrıca işlem sırasında gelişebilecek kanama ve skar oluşumuna karşın dikkatli olunması gerekir [52].

Karbondioksit (CO₂) lazer terapisi

Karbondioksit (CO₂) lazer terapisi, yoğun ışık enerjisi kullanılarak siğil tedavisinde çok sık uygulanmayan yöntemlerden biridir. Bu yöntemde kanama neredeyse hiç görülmez ve yara izi oluşumu çok nadir görülür. Buna rağmen lazer terapi hem pahalı hem de karmaşık bir tedavi yöntemidir [52]. Genellikle mukozal ve vajinal siğillerin tedavisinde kullanılır [66]. Ayrıca HIV enfeksiyonuyla beraber büyük

genital siğilleri olan hastalara da uygulanabilir. Uygulama esnasında çıkan dumanlara karşı uygulamayı yapan hekimin maske takması gerekir [63]. Lazer terapisinin diğer yöntemlere göre temizleme oranı düşük olarak bulunmuştur. Yanofsky ve arkadaşlarının çalışmasında temizlenme oranı %23-52 olarak gösterilmiştir. Bu tedavi yönteminde tekrarlama oranı ise diğer tedavilere kıyasla daha yüksek bulunarak %77 oranında olduğu belirtilmektedir [52].

Bu tedavilerin dışında kullanılabilen ancak genellikle önerilmeyen podofilin, fluorouracil (5-FU) ve interferonlar gibi yöntemlerden de söz edilebilir [54].

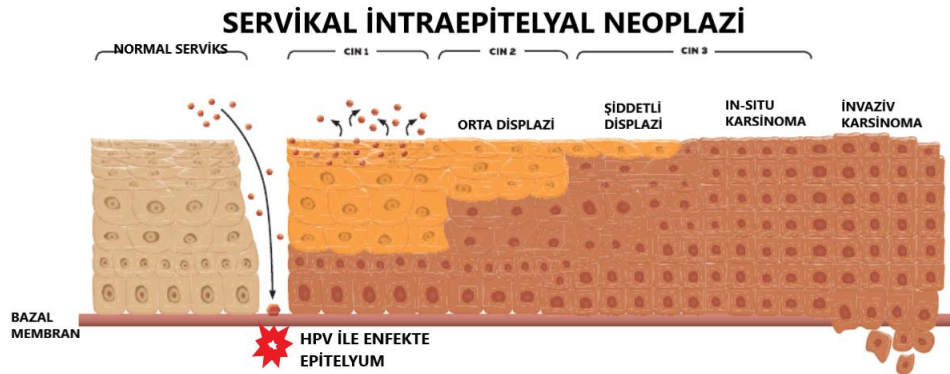
2.2.2 Yüksek riskli HPV tipleri

Yüksek riskli HPV tipleri (hrHPV) aynı zamanda onkojenik insan papilloma virüs tipleri olarak bilinir. Bu çerçevede içerisinde başta HPV-16 ve HPV-18 olmak üzere HPV-31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 69, 73 ve 82 tipleri de hrHPV olarak bilinmektedir. Genital siğillere yol açan hrHPV'lere karşın bu tip insan papilloma virüsler kanserlere yol açarak ölüme sebep olabilir [67]. Neredeyse tamamında HPV görülen, onkojenik insan papilloma virüsünün neden olduğu kanserler arasında örnek verilebilecek ilk kanser türü servikal kanserlerdir. Yapılan çalışmalar sonucunda hrHPV'lerin vajinal, vulvar, penil, anal ve orofaringeal kanserlere de yol açtığını söylemek mümkündür [68].

2.2.2.1 HPV ve servikal kanser

Servikal kanser, dünya çapında kadınlar arasında 2018 yılı itibariyle 570.000 yeni vaka sayısı ile en sık görülen dördüncü kanser türüdür ve kadınlarda görülen tüm kanserlerin %6.6'sını oluşturmaktadır [69]. Bildirilen bu vakaların 311.365'i ölümlerle sonuçlanmıştır. İlk kez Dr. Harold zur Hausen, HPV'nin servikal kansere sebep olduğunu öne sürmüştür. Bugünkü çalışmalar ise HPV'nin servikal kanser gelişme riskinde en büyük paya sahip olduğu bilinmektedir. Hatta servikal kanserlerin neredeyse hepsinin hrHPV kaynaklı olduğunu söylemek mümkündür [70]. Yapılan araştırmalarda özellikle HPV-16 ve HPV-18 türlerinin servikal kanser geliştirme riskinin daha fazla olduğu görülmüştür. Bu risk oranlarıyla belirtmek gerekirse, HPV-16'nin servikal kanserlerde görülme oranı %61 olarak bildirilmiştir. Bu oranı takiben HPV-18'in %10, HPV-45'in %6, HPV-31 ve 33'ün %4, HPV-52'nin %3, HPV-35 ve 58'in %2 oranlarında servikal kanserlerde görüldüğü söylenebilir [71].

HPV’de bulunan viral proteinler hücresel displazilerine neden olabilir. Serviksın premalign skuamöz değişiklikleri servikal intraepitelyal neoplazi (CIN) olarak adlandırılır ve yaptıkları değişimlere göre hafif, orta ve şiddetli olarak sınıflandırılırlar. 2014 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bu sınıflandırmayı iki alt başlıkta incelenmiş ve “düşük dereceli skuamöz intraepitelyal lezyonlar (LSIL)” / “yüksek riskli skuamöz intraepitelyal lezyonlar (HSIL)” olarak güncellemiştir [72]. Lezyonların anormal değişimi epitelin alttaki 1/3’lük bölgesinde meydana geliyorsa hafif veya CIN 1, epitelin 2/3’lük bölgesinde meydana geliyorsa orta veya CIN 2, epitelin neredeyse tamamında meydana geliyorsa ağır veya CIN 3, eğer epitelin tamamı anormal değişime maruz kalmışsa karsinoma in situ adını alır [73]. Düşük dereceli skuamöz intraepitelyal lezyonlar (LSIL) ya da CIN 1 olarak adlandırılan evre, genellikle düşük riskli HPV’ler sonucu görülen ya da yüksek riskli HPV’nin varlığında dokuya henüz invaze olunmamış veya az bir bölümünün invaze olunmuş erken tanı tablosudur [74]. CIN 1 olgularının %60’ı bir yıl içerisinde gerilemeye başlar ve normale dönüş görülür [75]. CIN 2 ve CIN 3 beraber yüksek riskli skuamöz intraepitelyal lezyonlar (HSIL) grubunda yer alırlar [73]. Her yıl kadınların %1-2’sinin HSIL oldukları, ayrıca HIV pozitif kadınların %10’unun HSIL tablosu yaşadıkları görülmüştür [76]. CIN 2’nin CIN 3’e göre gerileme olasılığı daha fazladır [77]. Ayrıca HPV’nin, vücuda alınmasından CIN 3 oluşuncaya kadar geçen süre, CIN 3 tablosundan invaziv kanser gelişinceye kadar geçen süreden daha kısadır [78]. Yani vücuda alınan HPV kısa sürede CIN 3’e neden olsa da, kanser evresine gelinceye kadar erken tanı zamanı bulunmaktadır.



Şekil 2.3 :HPV’nin vücuda alınması ile epitelyumda oluşturduğu servikal değişimler [79].

Şekilde HPV ile enfekte olan hücrenin zaman içerisinde gösterdiği değişimler yer almaktadır. Bu değişimlerin yaşanması birkaç ay ile birkaç yıl arasında farklılık gösterebilir.

HPV ve servikal kanser arasındaki ilişkinin bu kadar güçlü olmasının sonucunda, HPV DNA testi servikal kanseri tanılamada ve erken tanılamada erken bir biyomarker olarak kullanılabilir. HPV DNA testi virüsün varlığını saptamada kullanılan birincil tarama yöntemidir [72]. Aynı zamanda çalışmalar göstermiştir ki HPV DNA testi, CIN tespiti için sitolojik testlerden daha fazla hassasiyete sahiptir [80]. Tercihen 3 yıl arayla yapılan testlerde bir ya da iki kez negatif alınan sonuçlar gelecek 5-10 yıl içerisindeki kanser olasılığını büyük ölçüde dışlayabilir [78]. Kullanılabilecek bir başka yöntem ise kolposkopi yöntemidir. Kolposkopinin temeli transformasyon bölgesinin %3-5'lik asetik asit veya lugol iyodine verdiği cevabı görselleştirmektir. Transformasyon bölgesi serviks ve uterus arasında kalan, eski hücrelerle yeni hücrelerin birleştiği bölge olarak bilinmektedir. CIN genellikle transformasyon zonunda gelişir ve kolposkopik inceleme sonucunda derecesi kanıtlanabilir. Biyopsi alınması haricinde kolposkopi esnasında görülebilecek "asetowhite" denilen asetik asidin anormal hücre bölgesini beyaz renge dönüştürmesi, mozaiklenme veya atipik damarlanma gibi vasküler oluşumlar da tarama ve tanı yöntemi olarak kullanılabilir [72]. CIN tanısı için standart olarak izlenen yol, HPV pozitif sonuçlarda kolposkopi yapmak, şüpheli bölgelerden biyopsi almak ve sonucu CIN 2-3 olan olgularda tedavi yöntemlerine başlamaktır [76]. Uygulanacak tedavi yöntemleri eksizyonel veya ablatif olabilir. Seçilecek tedavi yöntemi şüpheli bölgede invazyon olup olmadığına bakılarak yapılır. Eğer invazyondan şüpheleniliyorsa eksizyonel, şüphe duyulmuyorsa ablatif yöntemler kullanılabilir. *Dönüşüm bölgesinin büyük halka eksizyonu (Large loop excision of the transformation zone- LLETZ / LEEP)*, en sık kullanılan yöntemlerden biridir. Basit bir tekniği olması, düşük maliyetli olması ve öğrenilmesinin kolay olması bu yöntemi sık kullanma nedenleridir. *Lazer eksizyon* ise eskiden sıkça kullanılan bir yöntemdi ancak maliyetinin yüksek olması nedeni ile eski popülerliğini kaybetmiştir. *Konizasyon* ise şüpheli bölgenin serviksten koni şeklinde çıkarılması ile yapılır. Bu yöntemde daha fazla sağlıklı doku harabiyeti olduğu için ve ileride doğabilecek obstetrik komplikasyonlar adına sık kullanılmayan tedavi seçenekleri arasındadır [81]. Sıkıştırılmış karbon dioksit veya nitröz oksit gazının soğuttuğu kriyoprobun servikste zarar görmüş bölgeyi dondurmasıyla gerçekleşen işleme *kriyoterapi* adı verilir. Çok rahatsız edici olmamakla beraber anestezi gerektirmeyen bir yöntemdir. Kriyoterapi esnasında bölgeden örnek alınamaması dezavantaj olarak görülebilir [82].

2.2.2.2 HPV ve vajinal/vulvar kanser

Çoğunlukla kadın genital organlarını etkileyen HPV, nadir görülen kanserler arasında bulunan vulvar ve vajinal kanserlerden de sorumludur. Vajinal kanserlerin %64'ünün ve vulvar kanserlerin %51'inin oluşumunda HPV varlığı izlenmektedir [83]. Dünya geneline bakıldığında 2018 verilerine göre 44.000 vakayı aşkın vulvar kanserler ve bu verileri takiben 17.000 vakayı aşkın vajinal kanserler görülmektedir [84]. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) oranları dikkate alındığında 2017 verilerine göre 1262 kadının vulvar, 411 kadının ise vajinal kanserlerden vefat ettiği bilinmektedir [85]. Malign tümörlerin oluşumuna %90'dan daha fazla oranda skuamöz hücreli karsinom (SCC) sebep olmaktadır [86]. SCC'ye yol açan 2 temel patolojik durum vardır. Bunlardan ilki olan keratinize SCC genellikle ileri yaş kadınlarda görülür ve HPV'den bağımsızdır. Siğil/bazaloid SCC ise genellikle genç kadınlarda görülür ve HPV'nin çeşitli tipleri ile ilişkilidir. Bu HPV tipleri yüksek riskli tiplerden olan HPV-16, 18, 31 ve 33'tür [87].



Şekil 2.4 : Vulvar/vajinal kanserlerin görüntüsü [88].

Vulvar ve vajinal kanserlerin prognozu da servikal kanserlerle benzerlik göstermektedir. Hüresel değişimler karsinoma dönüşüne kadar vulvar intraepitelyal neoplazi (VIN) / vajinal intraepitelyal neoplazi (VaIN) olarak sınıflandırılır. CIN 1-2-3 gibi invazyon derecelerine göre VIN 1-2-3 / VaIN 1-2-3 dereceleri bulunmaktadır [89]. HPV varlığına ek olarak immunosupresyon (HIV benzeri hastalıklar veya transplantasyon hastaları) ve tütün kullanımı süreci hızlandıran etkenlerdir. Vulvar ve vajinal kanserlerin taramasında spesifik bir yöntem olmamakla birlikte, HPV testi, sitolojik testler ve kolposkopi bu tip kanserlerde de kullanılmaktadır. Kesin tanı ise tümürlü bölgeden biyopsi alınması ile konulur [90]. VIN ve VaIN lezyonlarının invaziv kansere dönüşme oranı düşüktür. Vulvar

kanserler genellikle semptomsuz olmakla birlikte kaşıntı şikayetiyle ortaya çıkabilir. Vajinal kanserler ise tıpkı vulva kanserleri gibi sıklıkla asemptomatik olsa da vajinal kanama bozuklukları ile kendini gösterebilir [91]. Vulvar / vajinal kanserlerin tedavisinde, özellikle SCC nedenli kanserlerde ilk seçenek ağırlıklı olarak cerrahi eksizyon yöntemidir. Özellikle erken teşhis edilen kanserlerde altın ve birincil kural bölgenin radikal geniş lokal eksizyonel olarak çıkarılmasıdır. Her ne kadar bölgedeki nüks oranını azaltsa da psikoseksüel tedavi açısından başarı şansını düşürmektedir [87]. Bu tedaviye destek olabilecek radyoterapi ve kemoterapi uygulamaları da ilerlemiş tümörlerin sınırlarını belirlemede ve cerrahi eksizyon işlemine uygun hale getirmede kullanılabilir. Tablo her ne olursa olsun tedavi bireye özgü ve multidisipliner bir şekilde planlanmalıdır [92].

2.2.2.3 HPV ve orofaringeal kanser

Baş ve boyun kanserleri ana başlığında incelenen orofaringeal kanserler tüm malignensiler arasında %3'lük orana sahiptir. Orofaringeal kanserler, yumuşak damak, dil tabanı, bademcikler ve çevre dokuların tümünü kapsar [93]. Literatürün bugünkü ışığında, popülasyonun yaklaşık %7'sinin oral veya orofaringeal HPV tarafından enfekte olduğunu söylemek mümkündür. HPV ile ilgili olan bu tip kanserlerin erkeklerde görülme olasılığı kadınlara oranla daha fazladır. Kadın genital mukozasının HPV viral yükünün erkeklere oranla daha fazla olması ve oral seksin erkekler tarafından kadınlara uygulanması ile erkeklerin fazla viral yüke maruz kalması ile açıklanabilir [18]. Orofaringeal kanserlere en çok neden olan HPV tipi, diğer kanserlerle de bu noktada benzerlik göstererek HPV 16'dır. HPV nedenli orofaringeal kanserlerin yaklaşık %95'i HPV 16 sebebiyle gelişmektedir [79].

Günümüzde HPV ilişkili orofaringeal kanserlerin insidansı artış göstermektedir. Bu artış sonucunda ABD'de HPV ilişkili malignensiler arasında ilk sırayı orofaringeal kanserler almıştır. Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (CDC)'nin 2015 yılı verilerine göre rapor edilen servikal karsinom sayısı 11.788 iken orofaringeal kanser sayısı 18.917 olarak bildirilmiştir [93].

HPV ve orofaringeal kanser arasındaki ilişkiyi kuvvetlendiren oral seks yapma, hayatı boyunca birden fazla partnere sahip olma, sigara ve alkol kullanmanın yanısıra genellikle 50-60 yaş arası erkek hastalarda görülmektedir [94, 95].

Erken teşhisli HPV nedenli orofaringeal kanserlerde genellikle cerrahi yöntemler ve/veya radyoterapi uygulanmaktadır. Ancak bu kanserler genellikle

kemoradyoterapi ile beraber uygulanacak cerrahi yöntemlerin ardından yine radyoterapi gerektiren ileri evre aşamasında fark edilmektedir. Alternatif bir yöntem olarak *Setuksimab (Cetuximab)*, günümüzde sitotoksik kemoterapinin yerini almaya başlamıştır. Setuksimab epidermal büyüme hormonu inhibitörüdür. Yapılan araştırmalar da göz önüne alındığında genel sağkalım başarısı mevcuttur [79, 96].

2.2.2.4 HPV ve anal kanser

Görülme sıklığı göz önüne alındığında çok nadir görülen anal kanserler her 100.000 kişiden 2-3'ünde görülmektedir [97]. Prekanseroz evresinde tıpkı servikal, vajinal ve vulvar kanserlerde olduğu gibi anal intraepitelyal neoplazi (AIN) şeklinde adlandırılırlar [98].

Anal kanserlerin sebebi %89-100 oranında tekrarlayan HPV enfeksiyonudur. ABD verilerine göre anal kanser oranları kadınlarda yıllık %2.1 artış gösterirken, erkeklerde ise bu oran %2.9'dur. ABD'de görülen yıllık 8300 yeni vakaya bakıldığında anal kanserlerin erkeklerde görülme oranı, kadınlarda görülme oranına göre daha yüksektir [99]. Oranın cinsiyetler arası farklılık göstermesi anal kanserler için risk faktörlerini doğrular niteliktedir. Homoseksüel anal ilişki, İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü (HIV) pozitif olmak, HIV nedenli antiretroviral tedavi (ART) görmek anal kanser riskini artırmaktadır [97]. Düşük riskli AIN (AIN 1 / LGAIN) ve yüksek riskli AIN (AIN 2-3 / HGAIN) tablolarının HIV (+) ve HIV (-) bireylerde karşılaştırması yapılan bir metaanalizde ortaya çıkan tablo şu şekildedir:

a) Homoseksüel anal ilişkisi olan ve HIV (+) olan bireylerde LGAIN görülme oranı %31,3, HIV (-) olan bireylerde ise %10,6 olarak verilmiştir.

b) Aynı metaanalizde homoseksüel anal ilişkisi olan ve HIV (+) olan bireylerde HGAIN görülme oranı %29,1, HIV (-) olan bireylerde ise %21,5 olarak açıklanmıştır [100].

Yüksek çözünürlükte anoskopi (High Resolution Anoscopy – HRA) anal kanser taramasında altın standarttır. Ancak, servikal kanserle benzerlik gösterdiği için (prekanseroz evre, HrHPV), yüksek riskli gruplar için servikal kanser taramaları da anal kanser taramasında kullanılabilir. Erken dönemde ise anal-rektal muayene (digital anal-rectal exam – DARE) önemini halen sürdürmektedir. Bunun nedeni ise klinik semptomlar olmaksızın muayene esnasında kolay palpe

edilebilmesi, bölgede herhangi bir sertleşme veya kalınlaşma durumunda ileri tetkiklere gidilebilmesidir [101].

HPV ile ilişkili olan diğer kanserlerde olduğu gibi anal kanserlerin de tedavisi, kanserin hangi evrede teşhis edildiğine göre değişiklik göstermektedir. Metastaz göstermeyen lezyonların tedavisinde kemoradyoterapi eşzamanlı kullanılırken, metastaz göstermiş olan lezyonlarda kemoterapi tek başına kullanılmaktadır. Tekrarlayan lezyon durumlarında ise cerrahi tedavi halen standart tedavi olarak görülmektedir [102].

2.2.2.5 HPV ve penil kanser

HPV'nin sebep olduğu malignensiler arasında penil kanserler de yer almaktadır. Erkeklerle özgü olan bu kanser türlerinin %36'sı HPV kaynaklıdır. 2013 yılı verilerine göre ABD'de bildirilen yeni vaka oranı yıllık 1570 civarındadır [103]. Ülkemizde ise penil kanser insidansını belirten herhangi bir veri tabanı veya çalışma bulunmamaktadır.

HPV'nin yanısıra fimozis, sigara kullanımı, kronik inflamatuvar hastalıklar ve kötü hijyen gibi durumlar da penil kanserler için risk faktörü olarak görülmektedir [104]. Bu nedenlerde dolayı hem fimozisi hem de kötü hijyen tablosunu engellediği için sünnet olmak penil kanserler açısından koruyucu önlem olarak kabul edilebilir [105]. Penil kanserin HPV kaynaklı olup olmadığı immunohistokimya veya PZR (polimeraz zincir reaksiyonu) yöntemi ile ayırt edilebilir. Hastalar çoğunlukla acı ve ağrı olmaksızın glans peniste veya sünnet derisinde değişiklik fark ederek hastaneye başvurmaktadır. Gelişmiş ülkelerde dahi penil kanserler için tarama testi bulunmamaktadır [106]. Ancak kesin tanı, tıpkı diğer kanserlerde olduğu gibi biyopsi yöntemi ile konulmaktadır [107].

Penil kanserler semptom gösterdiklerinde genellikle geç evrede bulunmaktadır. Bu yüzden penil kanserlerin tedavisinde cerrahi yöntemler sıkça kullanılmaktadır [106].

2.3 HPV'den Korunma

Cinsel yolla bulaşı gerçekleşen HPV'den korunmak veya HPV bulaşı olsa dahi erken tanı yöntemleriyle HPV'nin yol açabileceği hastalıklardan korunmak mümkündür. HPV'den korunma Primer ve Sekonder korunma olarak iki başlıkta incelenebilir.

2.3.1. HPV'den primer korunma

CDC'nin 2019 yılında yayınlamış olduğu bilgiye göre, seksüel olarak aktif kişilerin korunma yöntemi olarak kondom gibi bariyer yöntem kullanması, tam koruma sağlamasa da HPV bulaşı riskini azaltmaktadır. HPV'den korunmak için tek partnerli yaşam önerilmektedir [108]. Hastalıklardan korunma basamaklarının ilk adımı oluşturan primer korunma, aşılama ile sağlanmaktadır. Diğer hastalıklarda olduğu gibi HPV için de geliştirilmiş aşılar bulunmaktadır. Korudukları HPV tiplerine göre bivalent, kuadrivalent ve nonavalan çeşitlerinde aşılar günümüzde kullanılmaktadır [109]. Karsinomalarda en çok rastlanan HPV tipleri olan HPV 16 ve HPV 18 tiplerine karşı koruyuculuk, her üç aşıda da mevcuttur [110].

2.3.1.1. HPV aşıları

HPV enfeksiyonundan korunmak amacıyla kullanılan ilk aşı 2006 yılında FDA onayından geçen kuadrivalent aşıdır. Marka adıyla Gardasil (*Merck Sharp & Dohme Corp.*) olarak bilinen kuadrivalent aşı HPV 6 ve HPV 11'e karşı koruyucu olmasıyla anogenital siğillere, HPV 16 ve HPV 18'e karşı koruyucu olmasıyla da kanserlere karşı koruyuculuk sağlamaktadır [111].

Kuadrivalent aşıdan sonra, yalnızca HPV 16 ve HPV 18 tiplerine karşı koruyucu olan bivalent aşı kullanılmıştır. Bivalent aşı marka adıyla Cervarix (*GlaxoSmithKline Biologicals s. A.*) karşımıza çıkmaktadır [112].

Son olarak 2014 yılında FDA onayından geçmiş ve HPV aşıları arasına en son katılan nonavalent aşı Gardasil 9V (*Merck Sharp & Dohme Corp.*) kullanılmaya başlanmıştır. Diğer aşılarla kıyasla daha fazla HPV tipine karşı koruyuculuk sağlamaktadır. Koruyuculuk sağladığı tipler HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 ve 58'dir [27]. Ancak kullanılan HPV aşılarında yalnızca Gardasil 9V ülkemizde henüz lisans almamıştır.

Tablo 2.1 :HPV Aşılarının Özellikleri [111, 113, 114].

	Cervarix	Gardasil	Gardasil 9V
Marka adı	GlaxoSmithKline	Merck	Merck
Lisans alma yılı (FDA)	2009	Kadınlarda 2006	2014
Lisans alma yılı (Türkiye)	2008	Erkeklerde 2009 2019	-
Koruyucu olduğu HPV tipleri	HPV 16 ve 18	HPV 6, 11, 16 ve 18	HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 ve 58
Uygulanma programı	Sıfıncı, 1. Ve 6. Ay olmak üzere toplam 3 doz	Sıfıncı, 2. Ve 6. Ay olmak üzere toplam 3 doz	Sıfıncı, 2. Ve 6. Ay olmak üzere toplam 3 doz
Uygulanma yaşı	11-12 yaş Catch-up yaşı 26	11-12 yaş Catch-up yaşı 26	11-12 yaş Catch-up yaşı 26

Aşıların marka adı, FDA ve ülkemizde lisans alma yılları, içerikleri bakımından koruyucu oldukları HPV tipleri, uygulanma dozları ve programları, önerilen uygulanma yaşı ile catch up yaşı (uygulanabilecek maksimum yaş) Tablo 2.1’de gösterilmiştir. Tabloda belirtilen yaşların, önerilen uygulama yaşları olmasıyla beraber FDA, aşıların 45 yaşına kadar uygulanabilmesi için izin vermektedir. Ancak 27-45 yaş arasındaki kadınlara aşı önerilmemektedir. Bu durumun sebebi olarak da kadınların bu yaş grubunda zaten HPV ile karşılaşmış olma olasılığıdır [115]. Ayrıca Amerikan Kanseri Birliğinin (ACS) 2020 klavuzunda 11-12 yaş beklenmeden 9-10 yaşında da aşı uygulamalarının başlatılabileceği bildirilmektedir [116].

Günümüzde 99 ülkenin ulusal aşı programında olan HPV aşısı ilk kez 2007 yılında Avustralyanın ulusal aşı programında yer almıştır. Daha sonrasında aynı yıl içerisinde Danimarka, ABD ve Kanada da ulusal aşı programına HPV aşısını dahil etmiştir [28, 110].

Aşıların etkinliği ve güvenilirliği ile birçok çalışma yapılmış olup, ortak noktaları aşıların etkinliğinin ve güvenilirliğinin defalarca kanıtlanmış olmasıdır. 2019 yılında yapılan bir metaanaliz sonucuna göre;

a) HPV 16 ve 18'in kadınlarda saptanma oranı 15-19 yaş aralığındaki kadınlarda %83, 20-24 yaş aralığındaki kadınlarda ise %66 düşüş görülmüştür.

b) HPV 6 ve 11'in sebep olduğu anogenital siğillerin görülme oranı 15-19 yaş aralığındaki kadınlarda %67, 20-24 yaş aralığındaki kadınlarda %54 düşüş görülmüştür.

c) Servikal kanserlere neden olan prekanseröz lezyonların görülme oranı 15-19 yaş aralığındaki kadınlarda %51, 20-24 yaş aralığındaki kadınlarda %31 düşüş görülmüştür [28].

Yapılan araştırmalar günümüzde halen devam etmekte iken, ülkemizde nonavalent aşı henüz lisans alamamıştır. Ayrıca HPV kaynaklı kanserlerin ülkemizde ve dünyada artmasıyla beraber, HPV aşısı ulusal aşı programımızda yer almamaktadır. Bireysel satın alma ile beraber kuadrivalan Gardasil aşısı ülkemizde uygulanabilmektedir [3]. Bununla beraber, ülkemizde aşı yaptırma oranı oldukça düşüktür. Aşının maliyetinin yüksek olması, aynı zamanda aşının 3 doz uygulanması gerektiği, aşının güvenilirliği hakkında toplumun bilinçlendirilmemesi, hedef kitlenin çocuk ve adolesan olması nedeniyle ebeveynlerin aşığı yeterince benimsememesi gibi nedenler aşının ülkemizde yaygınlaşmasını engelleyen bariyerlerdir [117]. Türkiyede yapılan araştırmalar sonucu HPV tiplerinden 16, 18, 31, 51 ve 52'nin yaygın olarak görülmesi sebebiyle bu tiplere karşı koruyuculuk sağlayan nonavalent aşının lisans alması ve ulusal aşı programına dahil edilmesi, servikal kanser koruyuculuğu yönünden fayda sağlayacağı düşünülmektedir [3].

2.3.2 HPV'den sekonder korunma

HPV'den sekonder korunma ise HPV'nin vücuda alınması ancak prekanseröz evrede fark edilerek tedavinin gerçekleşmesi ile olmaktadır. Böylelikle bu aşamada servikal kanser taramaları ve düzenli sağlık kontrolleri önem kazanmaktadır [118]. Günümüzde servikal kanser taramaları için birçok klavuz yayınlanmıştır. Bu klavuzlar taramaya başlama, tarama sıklığı, kullanılacak yöntemler açısından farklılık gösterebilmektedir.

2.3.2.1. Pap-Smear ve HPV DNA testi

Servikal kanserin erken tanılması için geliştirilmiş testler olan pap-smear ve HPV DNA testleri servikal sürüntü yoluyla bir sağlık çalışanı tarafından aile sağlığı merkezlerinde, hastanelerde veya KETEM'lerde alınabilmektedir [119].

Tablo 2.2 :Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (ACOG), Amerika Kanser Topluluğu (ACS) ve Sağlık Bakanlığı pap-smear ve HPV testi klavuzları [120-122].

ACOG	ACS	T.C. Sağlık Bakanlığı
21 yaşında taramaya başlanmalıdır.	25 yaşında taramaya başlanmalıdır.	30 yaşında taramaya başlanmalıdır.
21-29 yaş aralığında 3 yılda bir sitolojik test (papsmear) yapılmalıdır.	25-65 yaş aralığında 5 yılda bir HPV DNA testi önerilmektedir. Eğer yapılamıyorsa 5 yılda bir co-test veya 3 yılda bir papsmear yapılmalıdır.	30-65 yaş aralığında 5 yılda bir co-test önerilir. Son 2 testi negatif olan 65 yaş üzeri kadınlar taramadan çıkarılır.
30-65 yaş arasında ise 5 yılda bir papsmear + HPV DNA (co-test) uygulanmalıdır.		

Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (ACOG), Amerika Kanser Topluluğu (ACS) ve Sağlık Bakanlığının servikal kanser ve HPV DNA testi uygulamaları için yayınladıkları klavuz içerikleri tabloda gösterilmiştir (Tablo 2.2).

Uygulanan bu testler ülkemizde 30-65 yaş aralığındaki kadınlara ücretsiz olarak Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)'de yapılmaktadır [122].

Ayrıca kişi HPV aşısı yaptırmış olsa bile HPV aşısı olmamış bireyler gibi tarama testlerini klavuzlara uygun bir şekilde gerçekleştirmelidir [121].

2.4 Sağlık İnanç Modeli

1950'li yıllarda, Amerikalı halk sağlığı davranış bilimcileri tarafından geliştirilen model, günümüzde eğitim, sağlık, psikoloji gibi birçok alanda kullanılmaktadır. İlk olarak, erken tanı ile tedavi edilebilecek hastalıklar için farkındalığın geliştirilmesi ve endişenin arttırılması hakkında bilgi verilmesine dayanan sağlık inanç modeli,

sonrasında psikologların teorileriyle birlikte insanların ciddi hastalıklardan korktuğunu ve önerilen sağlık davranışları ile bu korkularındaki algıları azalttığını keşfetmişlerdir. Yıllar içerisinde geliştirilen sağlık inanç modelinin temelinde bireyler sağlıklarını tehdit eden durumlar için davranış değişikliğinin faydalarını görmesi ve bu eylem sonrasında harekete geçip geçmemeye karar vermesi bulunmaktadır [31,32]. Bu bilgilerden yola çıkarak sağlık inanç modelini kullanılabilir hale getiren ilk kişi 1966 yılında Rosenstock olmuştur [32].

Daha önce sağlık alanında birçok çalışmaya klavuzluk yapmış sağlık inanç modeli, kendi kendine meme muayenesi (KKMM), diyabet, osteoporoz, mamografi, pap-smear gibi konularda kullanılmıştır [123,124]. Sağlık inanç modeli ölçeğinin HPV'ye uyarlanması ise ilk kez Kim (2012) tarafından Koreli sağlık öğretmenlerinin katıldığı bir çalışma ile yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Güvenç ve ark. (2016) tarafından yapılmıştır [125,126].

Rosenstock'a göre, modelin alt komponentleri vardır. Bunlardan ilki olan duyarlılık algısı, bir hastalığa yakalanma riskini temsil etmektedir. Sonrasında bu algı, tanısı konmuş hastalığın kabulünü de içerecek şekilde düzenlenmiştir. İkinci komponent olan ciddiyet algısı bir hastalığa yakalanmanın veya hastalığın tedavi edilmemesinin hem tıbbi, hem medikal, hem de sosyal sonuçlarının değerlendirilmesidir. Bu noktada, duyarlılık algısı ve ciddiyet algısının birleşimine tehdit algısı adı verilmektedir. Tehdit algısının, bireyde sağlık düzeyini yükseltecek şekilde davranış değişikliği göstermesine ise yarar algısı adı verilir. Dolayısıyla kişinin optimal düzeyde duyarlılık algısı ve ciddiyet algısı göstermemesi halinde, kişinin sağlık davranışlarında değişim göstermesi beklenemez. Bir sağlık davranışının olumsuz yönleri ise engel algısını oluşturur. Yan etkiler, maliyet, acı ve ağrı hissi gibi birçok etken sağlık davranışlarının önündeki engelleri oluşturmaktadır [127].

Buna göre, HPV ve HPV aşısına ilişkin sağlık inanç modeli ölçeğinde yarar algısı ile ilgili maddeler HPV aşısının etkinliği ve güvenilirliğini içermektedir. Duyarlılık algısı ise HPV'ye yakalanma riski, genital siğillerin oluşumu ve kanser oluşumu içeriklidir. Ciddiyet algısında kadınların HPV'nin ölüm, sosyal yaşantının bozulması, okul hayatının etkilenmesi, kadında yarattığı korku gibi konular bulunmaktadır. Son olarak engel algısında ise HPV aşısının yan etkileri, maliyeti, güvenilirliğinin az olması gibi maddeler yer almaktadır [125].

2.5. HPV'den Korunmada Hemşirenin Rolü

Tüm sağlık çalışanları, özellikle hemşireler serviks kanseri risk faktörü olan HPV'den korunmada anahtar rol oynayan meslek grubudur. Hemşireler halka yönelik sağlık eğitim programlarını yürütmektedirler. Hemşireler, hasta savunucusu, bakım sağlayıcısı ve araştırmacı olarak pek çok rol üstlenirler. Hemşirelerin bu rollerini yerine getirebilmeleri için öncelikle yeterli bilgi ve donanıma sahip olması gerekmektedir. Bu nedenle öncelikle hemşirelere yönelik hizmet içi eğitim programları ile hemşirelerin bilgi ve farkındalıkları artırılmalıdır [128]. HPV ve HPV aşısı hakkında farkındalık yaratmak, halkı ve kendi meslektaşlarını bilgilendirmek, eğitim programlarına katılmak hemşirelerin bu alanda yapılabilecekleri önemli uygulamalardır [129,130]. Hemşireler bireylere düzenli sağlık taramalarının ve erken tanının önemini her fırsatta vurgulamalıdır [131]. Hemşireler annelerin ve kızlarının kendilerine özgü sağlık inançlarını tanıyabilir, sosyoekonomik, kültürel, psikolojik açıdan HPV ve HPV aşısı hakkında algılarını geliştirebilecek çalışmalar yapabilirler [129]. Özellikle araştırmalarda HPV ve HPV hakkındaki bilginin sağlık çalışanlarından alınması ile duyarlılığın arttığı görülmüştür [132]. Ayrıca yapılan bir başka çalışmada HPV aşılması için %92,3'lük katılımcı önce sağlık çalışanlarının fikrini duymak istemiştir [133]. Bu noktada HPV aşılmasının yaşı dikkate alınarak okul sağlığı hemşireleri ebeveynlerin farkındalığını artırmak amacıyla aktif olarak rol almalıdır [134,135]. Yapılan araştırmalarda anahtar olarak okul sağlığı hemşireleri gösterilmektedir. Özellikle HPV aşı programının takip edilmesi, okul yaşlarındaki kızlara aşılanmanın en uygun olması nedeniyle önem taşımaktadır [136]. Ayrıca, HPV çiftlerin yaşamını da etkilediği için kadınlar utanma ve korku duygusu yaşamaktadırlar. Evlilik dışı cinsel ilişkinin hoş görülmediği toplumlarda, genellikle kadınlar utanma ve korku duygusunun yanında damgalanma, mahremiyetin ihlali gibi sorunlarla da karşılaşmaktadırlar. Dolayısıyla kadınlar sağlık hizmetine başvurma zamanlarını erteleyerek, hastalığın ilerlemesine neden olmaktadır. Bu noktada bilgilendirme ve farkındalığın haricinde ruh sağlığı hemşirelerine de önemli görevler düşmektedir [137,138].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi ve Amacı

Bu çalışma kadınların HPV ve HPV aşısına yönelik sağlık inançlarını belirlemek amacıyla kesitsel bir araştırma olarak gerçekleştirildi.

Bu araştırmada aşağıdaki soruların yanıtları arandı:

- Kadın doğum polikliniğine başvuran kadınların HPV ve HPV aşısı hakkında bilgileri ne düzeydedir?
- Kadın doğum polikliniğine başvuran kadınların sosyodemografik özellikleri ile HPV ve HPV aşısına yönelik bilgi düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
- Kadın doğum polikliniğine başvuran kadınların HPV ve HPV aşısına yönelik sağlık inançları nasıldır?
- Kadın doğum polikliniğine başvuran kadınların sosyodemografik özellikleri ile HPV ve HPV aşısına yönelik sağlık inançları arasında ilişki var mıdır?

3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Eylül-Aralık 2019 tarihleri arasında, İstanbul Avrupa Yakasında Özel bir Üniversite Hastanesinin kadın doğum polikliniğinde gerçekleştirildi.

3.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Kadın doğum polikliniğine günde 50 hasta, haftada 300 hasta, ayda 1200, 3 ayda yaklaşık 3600 hasta başvurmaktadır Araştırmanın evrenini, Ekim-Aralık 2019 tarihleri arasında 3 ayda polikliniğe başvuran 3600 kadın oluşturdu.

Araştırmada örneklemin belirlenmesinde evreni bilinen örneklem hesabı formülü ile yapılan hesaplama sonucunda örneklemin minimum 296 kadınla yapılması gerektiği belirlendi.

Formül;

N: Evren

n: Örneklem alınacak birey sıklığı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (HPV ile karşılaşma oranı % 70)(Aydoğdu ve Özsoy, 2018)

q: İncelenen olayın görülmemiş sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma

N: 3600

n: Örneklem alınacak birey sıklığı

p: 0,70 (HPV ile karşılaşma oranı % 70)(Aydoğdu ve Özsoy, 2018)

q: 0,30

t: 1,96 ($p < 0,05$)

d: 0,5

$n = (3600)(1,96)^2(0,70)(0,30) \div (0,05)^2(3600-1) + (1,96)^2(0,70)(0,30) = 296$ kadın

Araştırma araştırmaya dahil olma kriterlerini karşılayan 300 kadın ile gerçekleştirildi.

Araştırmaya dahil olma kriterleri

-Kadın Doğum Polikliniğine başvurmak

- 21-65 yaş arası olmak

- Cinsel olarak aktif olmak

- Çalışmaya katılmayı gönüllü kabul etmek

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri

- Cinsel yönden aktif olmamak
- Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uymamak
- Soru formunu tam doldurmamak

3.4 Araştırmanın Değişkenleri

-Bağımsız değişkenler: Yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumu, eş eğitimi, ekonomik durum, cinsel aktiflik, cinsel aktif olunan yaş, pap-smear testini bilme, pap-smear testi yaptırma alışkanlığı, HPV-DNA testini bilme, HPV-DNA testi yaptırma alışkanlığı, HPV aşısı yaptırma durumu, var olan diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyon (CYBE), ailede jinekolojik kanser öyküsü, sigara kullanma, alkol kullanma.

-Bağımlı değişkenler: HPV Bilgi Skalası puanları, human papilloma virüs enfeksiyonu ve aşılmasına ilişkin sağlık inanç modeli ölçeği puanları

3.5 Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında; sosyodemografik özellikler bilgi formu, Human Papillomavirüs (HPV) Enfeksiyonu Bilgi Skalası, Human Papilloma Virüs Enfeksiyonu ve Aşılmasına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği kullanıldı.

Sosyodemografik Özellikler Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından geliştirilen sosyodemografik özellikler bilgi formu 21 sorudan oluşmaktadır. Bu formda; yaş, eğitim durumu, eşin eğitim durumu, meslek, cinsel partner sayısı, daha önce pap-smear testini duyma ve yaptırma, daha önce HPV-DNA testini duyma ve yaptırma, HPV aşısı duyma ve yaptırma, ilk cinsel ilişki yaşı, hastada var olan cinsel yolla bulaşan enfeksiyon durumu, özgeçmişinde veya soy geçmişinde jinekolojik kanser öyküsü ile ilgili sorular yer almaktadır (EK A).

Human Papillomavirüs (HPV) Enfeksiyonu Bilgi Skalası

Kadınların HPV ve HPV aşısına yönelik bilgi düzeylerini ölçen toplamda 10 sorudan oluşmaktadır. Katılımcılar bu formda verilen soruları evet/hayır/kararsızım olarak işaretlemektedir. Sorulara doğru bir şekilde verilen her cevap için 1 puan alınmaktadır. Sorulara yanlış cevap verildiğinde veya bilmiyorum seçeneği işaretlendiğinde ise herhangi bir puan alınmamakta veya çıkarılmamaktadır. Kadınların bu bölümden alabilecekleri en düşük puan 0 (sıfır), en yüksek puan ise 10 (on)'dur. Skalanın Türkçe uyarlamasını Güvenç ve arkadaşları 2016 yılında yapmıştır (Cronbach $\alpha=0,85$). Bu araştırmada Cronbach α değeri 0,81 bulundu (EK B).

Human Papilloma Virüs Enfeksiyonu ve Aşılmasına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Human Papilloma Virüs Enfeksiyonu ve Aşılmasına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Kim (2012) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik çalışması Güvenç ve ark. (2018) tarafından yapılmıştır. Ölçek 14 madde ve dört alt ölçekten oluşmaktadır. Bu alt ölçekler; Ciddiyet algısı (6–9. maddeler), Engel algısı (10–13 ve 15. maddeler), Yarar algısı (1–3. maddeler) ve Duyarlılık algısı (4–5. maddeler). Ölçek maddeleri dörtlü likert tipte cevapları içermekte olup, 1 “hiç”, 2 “biraz”, 3 “oldukça”, 4 “çok fazla” olarak puanlanmaktadır. Ciddiyet algısı, bir hastalığa yakalanmaya veya tedavi edilmemeye göstermiş olduğu klinik, sosyal ve psikolojik ciddiyet durumudur. Engel algısı, belirli bir sağlık eyleminin olumsuz yönleri ile sağlık eyleminin yapılmasını etkilemesidir. Yarar algısı, algılanan duyarlılık ile beraber kişinin sağlık davranışında değişimlere neden olması durumudur. Bu sağlık durumundaki değişimler kişinin hastalığa yakalanma olasılığını azaltan değişimler olmalıdır. Duyarlılık algısı, bir hastalığa yakalanma olasılığı ile ilgili inançları ifade eder (Champion, 2008). Ölçeğin Cronbach α değerleri, ciddiyet algısı için 0,78, engel algısı için 0,71, yarar algısı için 0,78, duyarlılık algısı için 0,72 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada Cronbach α değerleri ciddiyet algısı için 0,81, engel algısı için 0,69, yarar algısı için 0,81, duyarlılık algısı için 0,80 bulundu (EK C).

3.6 Veri Toplama Yöntemi

Araştırmacı, verileri toplamak üzere haftanın altı günü Hastanede Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde bulunmuştur. Muayene sonrasında kadınlara araştırma hakkında bilgi verilerek, araştırmaya katılma kriterlerini karşılayan ve araştırmaya gönüllü katılmak isteyenlere aydınlatılmış gönüllü olur formu imzalatılmıştır. Soru formunda kimlik bilgileri alınmamıştır. Katılımcılar anket sorularını muayene sonrasında cevaplandırıp araştırmacıya teslim etmişlerdir. Soru formlarının cevaplanması ortalama 10-15 dakikadır.

3.7 Verilerin Analizi

Çalışmada verilerin istatistiksel analizleri için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Skewness/Kurtosis (Çarpıklık/Basıklık) testi ile değerlendirilmiştir [139]. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, frekans) yanı sıra niceliksel verilerin değerlendirilmesinde normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student-t testi, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında ise Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren verilerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi ,farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla ise Tukey HSD ve Bonferonni post hoc testleri kullanılmıştır. HPV Enfeksiyonu Bilgi Skalası ile Human Papilloma Virüs Enfeksiyonu ve Aşılmasına ilişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Bilgi skalası ve ölçeğin güvenilirliğinin testi için Cronbach alpha değeri hesaplanmıştır. Anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.8 Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Hastanenin Biyomedikal Araştırmalar Etik Kurulundan Etik Kurul Onayı alınmıştır. Sonrasında araştırmanın yapılacağı özel üniversite hastanesinden de kurum çalışma izni alınmıştır. Araştırmanın verileri toplamadan önce çalışmaya dahil edilen kadınlara çalışmanın amacı açıklanarak yazılı ve sözlü onamları alınmıştır (EK D, EK E).

3.9 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sonuçları, araştırmanın yapıldığı Avrupa Yakasındaki özel bir üniversite hastanesinde, kadın doğum polikliniğine başvuran kadınlar için genellenebilir. Araştırma katılımcıların skala ve ölççeğe verdiği cevaplar ile sınırlıdır. Araştırmada herhangi bir gözlem ya da objektif bir değerlendirme yapılmamıştır.



4. BULGULAR

Bu bölümde kadınların HPV ve HPV aşısına yönelik sağlık inançlarının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmanın bulguları tablolar halinde sunuldu.

Çalışmadan elde edilen bulgular üç bölümde sunulmuştur;

4.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular,

4.2. HPV Enfeksiyonu Bilgi Skalasına İlişkin Bulgular,

4.3. HPV Enfeksiyonu ve Aşılmasına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeğine İlişkin Bulgular.

4.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1 :Kadınların Sosyodemografik Özellikleri (N= 300).

Özellikler	$\bar{X} \pm ss$	
Yaş	35,16 ± 9,526	
	n	%
21-30	120	40
31-40	103	34,3
41-50	53	17,7
51 ve üzeri	24	8
Eğitim		
İlkokul	17	5,7
Ortaokul	9	3
Lise	42	14
Önlisans	32	10,7
Lisans	138	46
Lisansüstü	62	20,7

Tablo 4.1 (devam) :Kadınların Sosyodemografik Özellikleri (N= 300).

Özellikler		$\bar{X} \pm ss$
Eş Eğitimi		
İlkokul	14	4,7
Ortaokul	17	5,7
Lise	40	13,3
Onlisans	24	8
Lisans	95	31,7
Lisansüstü	23	7,7
Evli Değilim	87	29,0
Meslek		
Ev hanımı	33	11
Hemşire	27	9
Doktor	18	6
Öğrenci	12	4
Mühendis	11	3,7
Diğer	199	66,3
Çalışma Durumu		
Çalışan	208	69,3
Çalışmayan	92	30,7
Ekonomik Durum*		
Kötü	3	1
Orta	134	44,7
İyi	151	50,3
Çok İyi	12	4
Toplam		100

Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması $35,16 \pm 9,526$ olarak bulundu. Çalışmaya katılan kadınların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde %34,3'ünün 31-40 yaş aralığında, %46'sının lisans mezunu olduğu, %29'unun evli olmadığı ve %31,7'sinin partnerinin/eşinin lisans mezunu olduğu, %69,3'ünün aktif olarak çalıştığı, %50,3'ünün de ekonomik durumunu iyi olarak tanımladığı belirlendi. Kadınlar anket sorularında farklı meslek grupları tanımlamıştır. Bu tanımlamalar arasında en sık görülen ilk beş frekans ev hanımı %11, hemşire %9, doktor %6, öğrenci %4, bankacı %4 ve mühendis %3,7 olarak belirlendi (Tablo 4.1).



Tablo 4.2 :Kadınların Sağlık Alışkanlıkları ve Davranışlarına İlişkin Özellikler (N=300).

Özellikler	n	%
Pap-Smear Duyma		
Evet	265	88,3
Hayır	35	11,7
Pap-Smear Yaptırma		
Evet	226	75,3
Hayır	74	24,7
Pap-Smear Yaptırma Sıklığı		
Hiçbir zaman	71	23,7
Her yıl	101	33,7
2 yılda bir	59	19,7
2 yıldan daha uzun	69	23
HPV Testi Duyma		
Evet	217	72,3
Hayır	83	27,7
HPV Testi Yaptırma		
Evet	91	30,3
Hayır	209	69,7
HPV Tespit		
Evet	29	9,7
Hayır	271	90,3
HPV Aşısı Duyma		
Evet	186	62
Hayır	114	38
HPV Aşısı Yaptırma		
Evet	29	9,7
Hayır	271	90,3
Pap-smear Testinde Anormal Sonuç		
Evet	37	12,3
Hayır	263	87,7
Toplam		100

Çalışmaya dahil edilen kadınların sağlık davranışları incelendiğinde %88,3'ünün daha önce pap-smear testini duyduğu, %75,3'ünün daha önce pap-smear testi yaptırdığı, %33,7'sinin her yıl pap-smear testi yaptırdığı, %72,3'ünün daha önce HPV enfeksiyonunu duyduğu ancak %69,7'sinin daha önce HPV testi yaptırmadığı, %62'sinin HPV aşısını duyduğu ancak %90,3'ünün HPV aşısı yaptırmadığı belirlendi. Ayrıca bu kadınların %90,3'ünde HPV tespit edilmediği, %87,7'sinde ise pap-smear sonucunda anormal sonuç bulunmadığı belirlendi (Tablo 4.2).



Tablo 4.3 :Kadınların Sağlık Geçmişleri ve Davranışları (N=300).

Özellikler	n	%
Ailede Kanser Geçmişi		
Evet	30	10
Hayır	270	90
İlk Cinsel İlişki Yaşı		
14-20 arası	99	33
21-30 arası	188	62,7
31-40 arası	11	3,7
40 ve üzeri	2	0,7
Partner sayısı		
Bir kişi	267	89
Birden fazla kişi	33	11
Cinsel yolla bulaşan hastalık		
Var	16	5,3
Yok	284	94,7
Sigara kullanma		
Kullanan	93	31
Kullanmayan	207	69
Alkol kullanma		
Kullanan	127	42,3
Kullanmayan	173	57,7
Toplam		100

Çalışmaya dahil edilen kadınların HPV enfeksiyonuna ilişkin sağlık geçmiş özellikleri incelendiğinde; %90'ının ailesinde kanser geçmişi olmadığı, %89'unun partner sayısı yalnızca bir kişi olduğu, %94,7'sinin cinsel yolla bulaşan herhangi bir hastalığı olmadığı, %69'unun sigara kullanmadığı, %57,7'sinin ise alkol kullanmadığı belirlendi. Ayrıca %62,7'sinin ilk cinsel ilişki yaşı 21-30 yaş arasında olduğu, en erken 14, en geç 45 yaşında cinsel ilişkinin başladığı ve ilk cinsel ilişki için ortalama yaşın $23,20 \pm 4,49$ olduğu belirlendi (Tablo 4.3).

4.2. HPV Enfeksiyonu Bilgi Skalası Puanlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde HPV Enfeksiyonu Bilgi Skalası maddelerinin dağılımı, puan ortalaması ve kadınların özelliklerine göre HPV Enfeksiyonu Bilgi Skalası puan ortalamalarına ilişkin bulgulara yer verildi.

Tablo 4.4 :HPV Enfeksiyonu Bilgi Skalası Puan Ortalamaları (N=300).

	$\bar{X} \pm ss$		
Bilgi Skalası Puan Ortalaması	3,73 ± 2,45		
	Evet	Hayır	Kararsızım
Bilgi Skalası Soruları	n (%)	n (%)	n (%)
1.HPV enfeksiyonu ile servikal kanser gelişmesi arasında bir ilişki vardır. (D)	178 (59,3)	15 (5)	107 (35,7)
2.Düşük riskli HPV virüsleri servikal kansere neden olmaz. (D)	55 (18,3)	94 (31,3)	151 (50,3)
3.HPV enfeksiyonu neredeyse belirtisizdir. (D)	87 (29)	98 (32,7)	115 (38,3)
4.HPV cinsel yolla bulaşan bir hastalıktır. (D)	225 (75)	15 (5)	60 (20)
5.HPV gözleri, solunum yollarını ve ağız boşluğunu enfekte edebilir. (D)	99 (33)	61 (20,3)	140 (46,7)
6.Prezervatif (Kondom) HPV enfeksiyonunu önler. (Y)	175 (58,3)	52 (17,3)	73 (24,3)
7.HPV'nin inkübasyon süreci birkaç ay ya da bir yıldan fazla sürebilir. (D)	139 (46,3)	11 (3,7)	150 (50)
8.Eğer immün sistem güçlü ise, HPV yavaş yavaş ortadan kalkabilir. (D)	89 (29,7)	63 (21)	148 (49,3)
9.Cinsel açıdan aktif kadınlar yıllık olarak HPV kontrolü yaptırmalıdır. (Y)	217 (72,3)	23 (7,7)	60 (20)
10.Aşılama belirli tiplerdeki HPV enfeksiyonlarını önler. (D)	179 (59,7)	7 (2,3)	114 (38)

D, Doğru ; Y, Yanlış

Çalışmada Kadınların HPV ve HPV aşısı hakkındaki bilgilerini ölçmek amacıyla kullanılan HPV enfeksiyonu bilgi skalasında sorulara verilen yanıtlar tabloda

belirtilmiştir. Bu sonuçlara göre 1. soruya %59,3, 2.soruya %18,3, 3.soruya %29, 4.soruya %75, 5.soruya %33, 6.soruya %17,3, 7.soruya %46,3, 8.soruya %29,7, 9.soruya %7,7, 10.soruya %59,7 oranlarında doğru cevap verilmiştir. Kadınların HPV Enfeksiyonu Bilgi Skalası puan ortalaması $3,73 \pm 2,45$ olarak bulundu. (Tablo 4.4).



Tablo 4.5 :Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre HPV Enfeksiyonu Bilgi Skalası Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=300).

HPV Enfeksiyonu Bilgi Skalası		
Tanımlayıcı Özellikler	$\bar{X} \pm ss$	İstatistiksel Değer
Yaş		
21-30	4,21 ± 2,42	F = 3,382 p = 0,19
31-40	3,57 ± 2,58	
41-50	2,98 ± 2,21	
51 ve üzeri	3,67 ± 2,20	
Eğitim		
İlkokul ¹	2,35 ± 2,12	F = 6,736 p < 0,001 (3<5)
Ortaokul ²	2,11 ± 1,61	
Lise ³	2,64 ± 2,27	
Onlisans ⁴	2,94 ± 1,88	
Lisans ⁵	4,24 ± 2,37	
Lisansüstü ⁶	4,35 ± 2,65	
Eş Eğitim		
İlkokul ¹	2,86 ± 1,91	F = 8,119 p < 0,001 (2<6)
Ortaokul ²	2,06 ± 1,81	
Lise ³	2,55 ± 2,28	
Onlisans ⁴	3,13 ± 2,02	
Lisans ⁵	3,55 ± 2,28	
Lisansüstü ⁶	4,61 ± 2,27	
Çalışma Durumu		
Çalışan	3,88 ± 2,52	t = 1,592
Çalışmayan	3,39 ± 2,28	p = 0,112
Ekonomik Durum		
Kötü	2,67 ± 3,05	F = 0,960 p = 0,412
Orta	3,51 ± 2,46	
İy	3,95 ± 2,44	
Çok İyi	3,58 ± 2,53	

F = Anova testi

t = Student t testi

Eğitim durumu lisans düzeyinde olan kadınların HPV enfeksiyonu bilgi skalası puan ortalaması eğitim durumu lise olan kadınlara göre istatistiksel açıdan yüksek derecede yüksek bulundu ($p<0,001$).

Eđ eğitim durumu lisansüstü düzeyinde olan kadınların HPV enfeksiyonu bilgi skalası puan ortalaması eđ eğitim durumu ortaokul olan kadınlara göre istatistiksel açıdan yüksek derecede yüksek bulundu ($p<0,001$) (Tablo 4.5).



Tablo 4.6 :Kadınların Pap-Smear Testi ve HPV Testi İle İlgili Özelliklerine Göre HPV Enfeksiyonu Bilgi Skalası Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=300).

HPV Enfeksiyonu Bilgi Skalası		
Tanımlayıcı Özellikler	$\bar{X} \pm ss$	İstatistiksel Değer
Pap-Smear Duyma		
Evet	3,95 ± 2,43	Z = -4,387
Hayır	2,06 ± 1,92	p < 0,001
Pap-Smear Yaptırma		
Evet	3,87 ± 2,46	t = 1,751
Hayır	3,30 ± 2,39	p = 0,081
Pap-Smear Yaptırma Sıklığı		
Hiçbir zaman	3,17 ± 2,34	F = 2,655
Her yıl	3,89 ± 2,54	p = 0,049
2 yılda bir	3,51 ± 2,25	
2 yıldan daha uzun	3,66 ± 2,51	
HPV Testi Duyum		
Evet	4,35 ± 2,33	t = 8,310
Hayır	2,11 ± 1,98	p < 0,001
HPV Testi Yaptırma		
Evet	4,78 ± 2,32	t = 5,084
Hayır	3,27 ± 2,37	p < 0,001
HPV Tespit		
Evet	5,79 ± 1,97	Z = -4,694
Hayır	3,51 ± 2,40	p < 0,001
HPV Aşısı Duyma		
Evet	4,63 ± 2,22	t = 9,146
Hayır	2,26 ± 2,09	p < 0,001
HPV Aşısı Yaptırma		
Evet	6,59 ± 1,84	Z = -6,229
Hayır	3,42 ± 2,31	p < 0,001
Pap-smear Testinde Anormal Sonuç		
Evet	5,24 ± 2,10	Z = -4,045
Hayır	3,52 ± 2,43	p < 0,001

F = Anova testi

t = Student t testi

Z = Mann Whitney U

Pap-smear testini 2 yıldan daha uzun sürede tekrarlayan kadınların HPV enfeksiyonu bilgi skalası puan ortalaması pap-smear testini hiçbir zaman yaptırmayan kadınlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p < 0,05$).

Pap-smear testini duyan kadınların HPV enfeksiyonu bilgi skalası puan ortalaması pap-smear testini duymayan kadınlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p < 0,001$).

HPV testini duyan kadınların HPV enfeksiyonu bilgi skalası puan ortalaması HPV testini duymayan kadınlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p < 0,001$).

HPV testini yaptıran kadınların HPV enfeksiyonu bilgi skalası puan ortalaması HPV testini yaptırmayan kadınlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p < 0,001$).

Daha önce kendisinde HPV enfeksiyonu tespit edilen kadınların HPV enfeksiyonu bilgi skalası puan ortalaması daha önce kendisinde HPV tespit edilmeyen kadınlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p < 0,001$).

HPV aşısını duyan kadınların HPV enfeksiyonu bilgi skalası puan ortalaması HPV aşısını duymayan kadınlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p < 0,001$).

HPV aşısını yaptıran kadınların HPV enfeksiyonu bilgi skalası puan ortalaması HPV aşısını yaptırmayan kadınlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p < 0,001$).

Daha önce yaptırdığı sitolojik testlerde anormal sonuç tespit edilen kadınların HPV enfeksiyonu bilgi skalası puan ortalaması daha önce yaptırdığı sitolojik testlerde anormal sonuç tespit edilmeyen kadınlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p < 0,001$).

Pap-smear yaptırma durumuna göre HPV enfeksiyonu bilgi skalası puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.7: Kadınların Sağlık ile İlgili Özelliklerine ve Sağlık Davranışlarına Göre HPV Enfeksiyonu Bilgi Skalası Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=300).

HPV Enfeksiyonu Bilgi Skalası		
Tanımlayıcı Özellikler	$\bar{X} \pm ss$	İstatistiksel Değer
Ailede Kanser Geçmiş		
Evet	4,37 ± 2,49	Z=-1,485
Hayır	3,66 ± 2,44	p=0,138
İlk Cinsel İlişki Yaşı		
14-20 arası	3,72 ± 2,45	F=1,252
21-30 arası	3,82 ± 2,46	p=0,291
31-40 arası	2,45 ± 2,38	
40 ve üzeri	2,50 ± 0,70	
Partner Sayısı		
Bir kişi	3,53 ± 2,40	Z = -3,813
Birden fazla kişi	5,33 ± 2,31	p < 0,001
Cinsel yolla bulaşan hastalık		
Var	4,63 ± 2,50	Z = -1,418
Yok	3,68 ± 2,44	p = 0,156
Sigara kullanma		
Kullanan	3,81 ± 2,52	t = 0,361
Kullanmayan	3,70 ± 2,43	p = 0,719
Alkol kullanma		
Kullanan	4,57 ± 2,49	t = 5,331
Kullanmayan	3,11 ± 2,24	p < 0,001

F = Anova testi, t = Student t testi, Z = Mann Whitney U

Partner sayısı birden fazla olan kadınların HPV enfeksiyonu bilgi skalası puan ortalaması partner sayısı bir kişi olan kadınlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p < 0,001$). Alkol kullanan kadınların HPV enfeksiyonu bilgi skalası puan ortalaması alkol kullanmayan kadınlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p < 0,001$).

Ailede kanser geçmişine, ilk cinsel ilişki yaşına, cinsel yolla bulaşan hastalığı olma ve sigara kullanma durumuna göre HPV enfeksiyonu bilgi skalası puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$) (Tablo 4.7)

4.3. HPV Enfeksiyonu ve Aşılmasına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 4.8 :HPV Enfeksiyonu ve Aşılmasına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Sorularının Dağılımı (N=300).

	Hiç n (%)	Biraz n (%)	Oldukça n (%)	Çok fazla n (%)
1.HPV aşısı genital siğilleri ve genital kanseri önleyebilir	26 (8,7)	76 (25,3)	146 (48,7)	52 (17,3)
2.HPV aşısı servikal kanseri önleyebilir. (erkekler için HPV aşısı ise erkeklerin gelecekteki eşini kanserden korur)	26 (8,7)	77 (25,7)	144 (48)	53 (17,7)
3.HPV aşılarının etkin ve güvenilir olduğuna inanıyorum.	28 (9,3)	64 (21,3)	144 (48)	64 (21,3)
4.HPV'ye karşı aşı olmayanlarda, genital siğil oluşma ihtimali yüksektir.	40 (13,3)	113 (37,7)	97 (32,3)	50 (16,7)
5.HPV'ye karşı aşı olmayan erkeklerde anal ve penil kanserler, kızlarda ise servikal kanser gelişme ihtimali yüksektir.	36 (12)	99 (33)	105 (35)	60 (20)
6.HPV enfeksiyonu ciddi bir hastalıktır ve okul yaşantısını/ iş yaşantısını alt üst edebilir.	42 (14)	90 (30)	94 (31,3)	74 (24,7)
7.HPV enfeksiyonu ölümlere sebep olabilir.	50 (16,7)	93 (31)	85 (28,3)	72 (24)
8.HPV enfeksiyonu, erkek arkadaşla ya da eş ile ilişkide sorun yaratabilir.	27 (9)	60 (20)	112 (37,3)	101 (33,7)
9.HPV enfeksiyonu düşüncesi beni korkutur	22 (7,3)	52 (17,3)	95 (31,7)	131 (43,7)

Tablo 4.8 (devam) HPV Enfeksiyonu ve Aşılmasına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Sorularının Dağılımı (N=300).

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok fazla
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
10.HPV aşılarının etkinliği ve güvenilirliğinden şüphe duyuyorum.	114 (38)	153 (51)	25 (8,3)	8 (2,7)
11.Erken yaşta HPV aşısı yaptırmaya karar vermekte zorlanırım.	107 (35,7)	124 (41,3)	55 (18,3)	14 (4,7)
12.HPV aşısı erken yaşlarda cinsel ilişki olasılığını artırır.	190 (63,3)	70 (23,3)	31 (10,3)	9 (3)
13.HPV aşısı pahalıdır.	75 (25)	115 (38,3)	61 (20,3)	49 (16,3)
14.HPV aşısının olası yan etkileri beni endişelendirir.	96 (32)	122 (40,7)	50 (16,7)	32 (10,7)

Kadınların çalışmaya yönelik sağlık inançlarını ölçmek amacı ile kullanılan HPV enfeksiyonu ve aşılmasına ilişkin sağlık inanç modeli ölçeğine verilen yanıtlar tabloda gösterilmiştir. Bu yanıtlara göre katılımcılar 1. soruya oldukça (%48,7), 2. soruya oldukça (%48), 3. soruya oldukça (%48), 4. soruya biraz (%37,7), 5.soruya oldukça (%35), 6.soruya oldukça (%31,3), 7.soruya biraz (%31), 8.soruya oldukça (%37,3), 9.soruya çok fazla (%43,7), 10.soruya biraz (%51), 11.soruya biraz (%41,3), 12.soruya hiç (%63,3), 13. soruya çok fazla (%61,3) ve 14.soruya biraz (%40,7) cevaplarını vererek en çok kullanılan seçenekler olmuşlardır (Tablo 4.8).

Tablo 4.9 :HPV ve HPV Aşısına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları.

HPV ve HPV Aşısına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Alt Ölçekleri	$\bar{X} \pm ss$
Yarar Algısı	2,75 ± 0,73
Duyarlılık Algısı	2,57 ± 0,85
Ciddiyet Algısı	2,83 ± 0,78
Engel algısı	1,90 ± 0,58

Kadınların HPV ve HPV aşısına ilişkin sağlık inanç modeli alt ölçeklerinde, yarar algısı puan ortalaması 2,75 ± 0,73, duyarlılık algısı puan ortalaması 2,57 ± 0,85, ciddiye algısı puan ortalaması 2,83 ± 0,78, engel algısı puan ortalaması 1,90 ± 0,58 olarak bulundu (Tablo 4.9).

Tablo 4.10 :Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=300).

Özellikler	Yarar Algısı	Duyarlılık Algısı	Ciddiyet Algısı	Engel Algısı
	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$
Yaş				
21-30	2,86 ± 0,71	2,70 ± 0,86	2,87 ± 0,73	1,90 ± 0,55
31-40	2,72 ± 0,73	2,50 ± 0,85	2,80 ± 0,81	1,86 ± 0,60
41-50	2,72 ± 0,77	2,48 ± 0,82	2,83 ± 0,83	1,93 ± 0,60
51 ve üzeri	2,54 ± 0,65	2,45 ± 0,77	2,73 ± 0,85	2,10 ± 0,56
	F = 1,653 p = 0,177	F = 1,526 p = 0,208	F = 0,296 p = 0,829	F = 1,149 p = 0,330
Eğitim				
İlkokul ¹	2,49 ± 1,00	2,23 ± 1,03	2,63 ± 1,08	2,22 ± 0,98
Ortaokul ²	2,18 ± 0,80	2,22 ± 0,88	2,50 ± 0,89	2,17 ± 0,71
Lise ³	2,42 ± 0,70	2,29 ± 0,86	2,61 ± 0,86	2,05 ± 0,66
Ön lisans ⁴	2,71 ± 0,59	2,65 ± 0,76	2,79 ± 0,71	1,88 ± 0,46
Lisans ⁵	2,92 ± 0,63	2,68 ± 0,80	2,93 ± 0,70	1,88 ± 0,51
Lisansüstü ⁶	2,85 ± 0,79	2,62 ± 0,89	2,88 ± 0,81	1,74 ± 0,53
	F = 5,272 p < 0,001 (3<5)	F = 2,379 p = 0,039	F = 1,739 p = 0,126	F = 2,971 p = 0,012 (3<5)
Eş Eğitim				
İlkokul ¹	2,33 ± 0,95	2,28 ± 1,06	2,46 ± 1,06	2,14 ± 0,75
Ortaokul ²	2,56 ± 0,88	2,23 ± 0,81	2,66 ± 0,80	2,29 ± 0,87
Lise ³	2,74 ± 0,64	2,58 ± 0,78	2,71 ± 0,73	1,91 ± 0,57
Onlisans ⁴	2,70 ± 0,52	2,60 ± 0,79	2,77 ± 0,81	1,77 ± 0,45
Lisans ⁵	2,77 ± 0,68	2,53 ± 0,79	2,96 ± 0,72	1,98 ± 0,54
Lisansüstü ⁶	2,88 ± 0,74	2,56 ± 0,84	2,93 ± 0,82	1,74 ± 0,61
	F = 1,481 p = 0,184 (2<6)	F = 1,254 p = 0,279	F = 1,294 p = 0,260	F = 3,122 p = 0,006 (2<6)
Çalışma Durumu				
Çalışan	2,78 ± 0,73	2,57 ± 0,87	2,83 ± 0,76	1,90 ± 0,56
Çalışmayan	2,73 ± 0,72	2,57 ± 0,87	2,84 ± 0,83	1,61 ± 0,62
	t = 0,468 p = 0,640	t = 0,008 p = 0,994	t = -0,120 p = 0,905	t = -0,030 p = 0,976
Ekonomik Durum				
Kötü ¹	3,44 ± 0,69	2,83 ± 0,76	3,41 ± 0,01	2,80 ± 1,05
Orta ²	2,66 ± 0,77	2,49 ± 0,85	2,72 ± 0,80	1,95 ± 0,63
İyi ³	2,82 ± 0,67	2,64 ± 0,84	2,86 ± 0,76	1,85 ± 0,50
Çok İyi ⁴	3,05 ± 0,78	2,58 ± 0,87	3,43 ± 0,40	1,91 ± 0,65
	F = 2,799 p = 0,040 (2<4)	F = 0,857 p = 0,464	F = 3,873 p = 0,010 (2<4)	F = 3,123 p = 0,026 (1<3)

F = Anova testi t = Student t testi

Kadınların HPV enfeksiyonu ve aşılmasına ilişkin sağlık inanç modeli ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eğitim düzeyi lisans olan kadınların eğitim düzeyi lise olan kadınlara göre yarar algısı ve duyarlılık algısı puan ortalaması istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek ($p < 0,05$), engel algısı istatistiksel açıdan anlamlı derecede düşük bulundu ($p < 0,05$).

Eşlerinin eğitim düzeyi lisansüstü olan kadınların engel algısı puan ortalaması, eşlerinin eğitim düzeyi ortaokul olan kadınlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede düşük bulundu ($p < 0,01$).

Ekonomik durumu iyi ve çok iyi olan kadınların düşük ekonomik durumlu kadınlara oranla yarar algısı ($p < 0,05$) ve ciddiyet algısı ($p < 0,05$) puan ortalaması istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek, engel algısı istatistiksel açıdan anlamlı derecede düşük bulundu ($p < 0,05$).

Kadınların yaşına ve çalışma durumuna göre HPV enfeksiyonu ve aşılmasına ilişkin sağlık inanç modeli ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.11 :Kadınların Pap-Smear Testi ve HPV Testi İle İlgili Özelliklerine Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=300).

Özellikler	Yarar Algısı	Duyarlılık Algısı	Ciddiyet Algısı	Engel Algısı
	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$
Pap-Smear Duyma	2,80 ± 0,72	2,63 ± 0,85	2,86 ± 0,78	1,88 ± 0,56
Evet	2,49 ± 0,72	2,17 ± 0,72	2,57 ± 0,78	2,13 ± 0,72
Hayır	Z = -2,524 p = 0,012	Z = -3,060 p = 0,002	Z = ,2262 p = 0,024	Z = -2,109 p = 0,035
Pap-Smear Yaptırma	2,81 ± 0,71	2,61 ± 0,84	2,84 ± 0,78	1,86 ± 0,55
Evet	2,63 ± 0,78	2,45 ± 0,86	2,79 ± 0,81	2,03 ± 0,65
Hayır	t = 1,756 p = 0,080	t = 1,446 p = 0,149	t = 0,548 p = 0,584	t = -2,095 p = 0,037
Pap-Smear Yaptırma Sıklığı				
Hiçbir zaman	2,61 ± 0,78	2,45 ± 0,86	2,75 ± 0,81	2,05 ± 0,66
Her yıl	2,81 ± 0,76	2,68 ± 0,82	2,85 ± 0,81	1,87 ± 0,56
2 yılda bir	2,77 ± 0,71	2,52 ± 0,89	2,82 ± 0,83	1,90 ± 0,60
2 yıldan daha uzun	2,85 ± 0,63	2,59 ± 0,84	2,89 ± 0,69	1,81 ± 0,49
	F = 1,492 p = 0,217	F = 1,127 p = 0,338	F = 0,379 p = 0,768	F = 2,119 p = 0,098
HPV Testi Duyum				
Evet	2,86 ± 0,66	2,68 ± 0,81	2,98 ± 0,70	1,87 ± 0,48
Hayır	2,51 ± 0,83	2,28 ± 0,88	2,44 ± 0,86	2,01 ± 0,77
	t = 3,448 p < 0,001	t = 3,774 p < 0,001	t = 5,078 p < 0,001	t = -1,547 p = 0,125
HPV Testi Yaptırma				
Evet	2,88 ± 0,64	2,76 ± 0,90	2,98 ± 0,69	1,86 ± 0,55
Hayır	2,71 ± 0,76	2,49 ± 0,81	2,76 ± 0,81	1,92 ± 0,60
	t = 1,785 p = 0,075	t = 2,610 p = 0,010	t = 2,178 p = 0,030	t = -0,846 p = 0,398
HPV Tespit				
Evet	2,95 ± 0,62	2,96 ± 0,68	3,06 ± 0,71	1,91 ± 0,57
Hayır	2,74 ± 0,74	2,53 ± 0,84	2,80 ± 0,79	1,90 ± 0,58
	Z = -1,288 p = 0,198	Z = -2,497 p = 0,013	Z = -1,648 p = 0,099	Z = -0,201 p = 0,841
HPV Aşısı Duyma				
Evet	2,94 ± 0,63	2,72 ± 0,80	3,03 ± 0,66	1,88 ± 0,49
Hayır	2,48 ± 0,79	2,33 ± 0,87	2,50 ± 0,86	1,94 ± 0,70
	t = 5,267 p < 0,001	t = 3,970 p < 0,001	t = 5,545 p < 0,001	t = -0,850 p = 0,397

Tablo 4.11 (devam) :Kadınların Pap-Smear Testi ve HPV Testi İle İlgili Özelliklerine Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=300).

Özellikler	Yarar Algısı	Duyarlılık Algısı	Ciddiyet Algısı	Engel Algısı
HPV Aşısı				
Yaptırma				
Evet	3,19 ± 0,56	3,27 ± 0,68	3,07 ± 0,69	1,67 ± 0,45
Hayır	2,72 ± 0,73	2,50 ± 0,83	2,80 ± 0,79	1,93 ± 0,59
	Z = -3,436	Z = -4,655	Z = -1,840	Z = -2,458
	p = 0,001	p < 0,001	p = 0,066	p = 0,014
Pap-smear Testinde Anormal Sonuç				
Evet	2,84 ± 0,66	2,95 ± 0,82	2,95 ± 0,72	1,91 ± 0,61
Hayır	2,75 ± 0,74	2,52 ± 0,84	2,81 ± 0,79	1,90 ± 0,58
	Z = -0,551	Z = -2,913	Z = -1,011	Z = -0,139
	p = 0,581	p = 0,004	p = 0,312	p = 0,890

F = Anova testi t = Student t testi Z = Mann Whitney U

Kadınların HPV enfeksiyonu ve aşılmasına ilişkin sağlık inanç modeli ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; pap-smear testini duyan kadınların pap-smear testini duymayan kadınlara göre yarar algısı ($p < 0,05$), duyarlılık algısı ($p < 0,01$), ciddiyet algısı ($p < 0,05$) puan ortalaması istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek, engel algısı istatistiksel açıdan anlamlı derecede düşük bulundu ($p < 0,05$).

Pap-smear testini yaptıran kadınların pap-smear testini yaptırmayan kadınlara göre engel algısı puan ortalaması istatistiksel açıdan anlamlı derecede düşük bulundu ($p < 0,05$).

HPV testini duyan kadınların HPV testini duymayan kadınlara göre yarar algısı ($p < 0,001$), duyarlılık algısı ($p < 0,001$), ciddiyet algısı ($p < 0,001$) puan ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu.

Daha önce HPV testini yaptıran kadınların, yaptırmayan kadınlara göre duyarlılık algısı ($p < 0,05$) ve ciddiyet algısı ($p < 0,05$) puan ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu.

Daha önce kendisinde HPV tespit edilen kadınların, HPV tespit edilmeyen kadınlara göre duyarlılık algısı puan ortalaması istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p < 0,05$).

Daha önce HPV aşısını duyan kadınların, duymayan kadınlara göre yarar algısı, duyarlılık algısı, ciddiyet algısı puan ortalaması istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p < 0,001$).

HPV aşısını yaptıran kadınların HPV aşısını yaptırmayan kadınlara göre yarar algısı ($p < 0,001$) ve duyarlılık algısı ($p < 0,001$), ciddiyet algısı puan ortalaması istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek, engel algısı istatistiksel açıdan anlamlı derecede düşük bulundu ($p < 0,05$).

Daha önce yaptırdığı sitolojik testlerde anormal sonuç alan kadınların, anormal sonuç almayan kadınlara göre duyarlılık algısı puan ortalaması istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p < 0,01$).

Kadınların pap-smear yaptırma sıklığına göre HPV enfeksiyonu ve aşılmasına ilişkin sağlık inanç modeli ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$) (Tablo 4.11).

Tablo 4.12 : Kadınların Sağlık İle İlgili Özelliklerine ve Sağlık Davranışlarına Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=300).

Özellikler	Yarar Algısı	Duyarlılık Algısı	Ciddiyet Algısı	Engel Algısı
	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$
Ailede Geçmiş				
Kanser				
Evet	2,74 ± 0,67	2,51 ± 0,82	2,70 ± 0,86	1,79 ± 0,51
Hayır	2,77 ± 0,73	2,58 ± 0,85	2,84 ± 0,78	1,92 ± 0,59
	Z = -0,450 p = 0,653	Z = -0,304 p = 0,761	Z = -1,133 p = 0,257	Z = -0,854 p = 0,393
İlk Cinsel İlişki Yaşı				
14-20 arası	2,67 ± 0,84	2,53 ± 0,91	2,71 ± 0,87	1,93 ± 0,66
21-30 arası	2,82 ± 0,65	2,61 ± 0,81	2,90 ± 0,73	1,90 ± 0,54
31-40 arası	2,84 ± 0,88	2,40 ± 1,04	2,77 ± 0,83	1,72 ± 0,52
40 ve üzeri	2,16 ± 0,23	2,25 ± 0,35	2,62 ± 0,88	2,10 ± 0,42
	F = 1,442 p = 0,231	F = 0,458 p = 0,712	F = 1,207 p = 0,307	F = 0,505 p = 0,679
Partner Sayısı				
Bir kişi	2,75 ± 0,73	2,55 ± 0,84	2,83 ± 0,79	1,90 ± 0,59
Birden fazla kişi	2,89 ± 0,66	2,75 ± 0,92	2,80 ± 0,76	1,92 ± 0,52
	Z = -0,818 p = 0,413	Z = -1,244 p = 0,213	Z = -0,048 p = 0,962	Z = -0,075 p = 0,940
Cinsel yolla bulaşan hastalık				
Var	3,12 ± 0,60	2,78 ± 0,94	3,01 ± 0,73	1,87 ± 0,56
Yok	2,74 ± 0,73	2,56 ± 0,84	2,82 ± 0,79	1,91 ± 0,58
	Z = -2,024 p = 0,043	Z = -0,917 p = 0,359	Z = -1,002 p = 0,316	Z = -0,228 p = 0,820
Sigara kullanma				
Kullanan	2,69 ± 0,79	2,56 ± 0,91	2,76 ± 0,86	1,91 ± 0,65
Kullanmayan	2,80 ± 0,70	2,57 ± 0,82	2,86 ± 0,75	1,90 ± 0,55
	t = -1,224 p = 0,222	t = -0,088 p = 0,930	t = -1,023 p = 0,308	t = 0,049 p = 0,961
Alkol kullanma				
Kullanan	2,91 ± 0,68	2,77 ± 0,85	2,96 ± 0,70	1,81 ± 0,51
Kullanmayan	2,65 ± 0,74	2,42 ± 0,82	2,74 ± 0,83	1,98 ± 0,62
	t = 3,709 p = 0,002	t = 3,606 p < 0,001	t = 2,399 p = 0,017	t = -2,545 p = 0,011

F = Anova testi t = Student t testi Z = Mann Whitney U

Kadınların HPV enfeksiyonu ve aşılmasına ilişkin sağlık inanç modeli ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; alkol kullanan kadınların, alkol kullanmayan kadınlara göre yarar algısı (p < 0,01), duyarlılık algısı (p < 0,001) ve ciddiye algısı

($p < 0,05$) puan ortalaması istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek, engel algısı istatistiksel açıdan anlamlı derecede düşük bulundu ($p < 0,05$).

Cinsel yolla bulaşan hastalığı olan kadınların, cinsel yolla bulaşan hastalığı olmayan kadınlara göre yarar algısı puan ortalaması istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p < 0,05$).

Kadınların ailesinde kanser geçmişi olma öyküsüne, ilk cinsel ilişki yaşına, partner sayısına sigara kullanma durumuna göre HPV enfeksiyonu ve aşılmasına ilişkin sağlık inanç modeli ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$) (Tablo 4.12).



Tablo 4.13 :HPV Enfeksiyonu Bilgi Skalası ile HPV Enfeksiyonu ve Aşılmasına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Değerleri.

Ölçekler	1	2	3	4
1. HPV Enfeksiyonu Bilgi Skalası				
2. Yarar Algısı	0,284*			
3. Duyarlılık Algısı	0,322*	0,603*		
4. Ciddiyet Algısı	0,268*	0,491*	0,538*	
5. Engel Algısı	-0,023	0,080	0,151**	0,358*

*p < 0,001

**p < 0,01

Kadınların, HPV enfeksiyonu bilgi skalası ile HPV ve HPV aşısına ilişkin sağlık inanç modeli ölçeği yarar algısı, duyarlılık algısı, ciddiyet algısı alt boyutları arasında pozitif zayıf bir ilişki olduğu belirlendi (p<0,001).

Yarar algısı ile duyarlılık algısı arasında pozitif orta bir ilişki ve ciddiyet algısı ile pozitif zayıf bir ilişki olduğu belirlendi (p<0,05).

Duyarlılık algısı ile ciddiyet algısı arasında pozitif orta bir ilişki (p < 0,001), engel algısı arasında pozitif çok zayıf bir ilişki olduğu belirlendi (p<0,01). Ciddiyet algısı ile engel algısı arasında pozitif zayıf bir ilişki olduğu belirlendi (p < 0,001) (Tablo 4.13).

5. TARTIŞMA

Çalışmada kadınların %88,3'ünün pap-smear testini duyduğu ve %75,3'ünün pap-smear testini yaptırdığı belirlendi. Saylam Kurtipek ve ark. (2016) yaptığı çalışmada pap-smear testini duyma oranı %25,8, pap-smear yaptırma oranı ise %16,9 olarak bulunmuştur [140]. Özkan Pehlivanoğlu ve ark. (2019) yaptığı çalışmada ise pap-smear testini duyma oranının %73,2, pap-smear testini yaptırma oranının ise %38,6 olduğu tespit edilmiştir [141]. Kızıllırmak ve ark. (2017) yaptıkları araştırmada pap-smear hakkında bilgi alma oranının %73,3, pap-smear testini yaptırma oranının %68,3 olduğunu belirtmişlerdir [142]. Geniş katılımlı başka bir çalışmada kadınların %75,7'si pap-smear testini duymuş ve %63,8'i daha önce pap-smear testi yaptırmış olarak saptanmıştır [143]. Özçam ve ark. (2014) yaptığı çalışmada ise daha önce hiç pap-smear testi yaptırmayan kadınların oranı %56,5 olarak bulunmuştur [144]. Araştırmada pap-smear testini duyma ve pap-smear testini yaptırma oranlarının diğer araştırmalara göre yüksek olduğu görülmektedir. Bu farklılıkların, çalışmanın özel hastanede yapılmış olması, kadınların genel olarak eğitim düzeylerinin yüksek olması, ayrıca çalışmanın kadın doğum polikliniğine gelen kadınlarla yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmada HPV testini duyma oranı %72,3 ve HPV testini yaptırma oranı %30,3 olarak bulundu. Yapılan bir çalışmada katılımcılara sorulan "Human papilloma virüsünü (HPV) hiç duydunuz mu?" sorusuna ilköğretim mezunlarının %6,8'i, lise mezunlarının %23,4'ü ve lisans mezunlarının %33,3'ü evet cevabını vermiştir [145]. ABD, İngiltere ve Avustralyayı içeren çok merkezli bir araştırmada HPV testini duyma oranları ABD için %59,5, İngiltere için %62,1, Avustralya için %63,7 olarak saptanmıştır [146]. Sherman ve ark. (2015) araştırmasında kadınların %75'inin HPV testini duyduğu %65'inin ise HPV testini yaptırdığını belirtmiştir [147]. Breitkopf ve ark. (2016) yaptığı çalışmada Kadınların %50,3'ünün HPV testini duyduğunu tespit etmiştir [148]. Çin'de HPV yönünden riskli grup olan kadın seks işçileri ile yapılan bir araştırmada yalnızca %22,1'i HPV'yi duymuş, daha önce servikal kanser taraması yaptıranlar ise %15,3 olarak bulunmuştur [149]. Çalışmalarda genel olarak

HPV testini duyma oranlarının çok düşük olmamakla birlikte, HPV testi yaptıрма oranlarının da düşük olduğu gör÷lmektedir. Ùlkemizde HPV testi KETEM'lerde 30-65 yaş arası kadınlara ücretsiz olarak yapılmaktadır [122]. Bu konuda özellikle birinci basamakta çalışan hemşirelerin KETEM çalışanlarının kadınları HPV hakkında bilgilendirmek ve erken tanı amacıyla testi yaptırmaya yönlendirme konusunda çok fazla sorumluluk düşmektedir.

Çalışmada kadınların çoğunluğunun (%62) HPV aşısını duyduğu, ancak %9,7'sinin HPV aşısını yaptırdığı belirlendi. Yapılan çalışmalarda da HPV aşısını duyma ile HPV aşısını yaptıрма arasında farklar olduğu saptanmıştır. Saylam Kurtipek ve ark. yaptığı çalışmada (2016) HPV aşısı duyma oranı %32 iken HPV aşısını yaptıрма oranı %2,6 olarak bulunmuştur [140]. Suudi Arabistanda yapılan çalışmada aşılama oranı %0,9 bulunurken, ABD'de yapılan çalışmada bu oran %18,9 olarak gösterilmiştir [150,151]. HPV aşısının yaptıрма oranlarının düşük olmasının, HPV aşısının toplumda çok bilinmemesi, aşının güvenilirliği ile ilgili çok net bilgilerin olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu nedenle bu konuda daha fazla çalışmalar yapılarak, toplumda aşı ile ilgili önyargıların giderilmesi sağlanmalıdır. HPV aşı yaptıрма oranları araştırmaların yapıldığı pop÷lasyonların sosyoekonomik durumu, kültürel yapısı, eğitimi ve gelişmişlik düzeyine göre değişmektedir. Gelişmiş toplumlarda aşının yaptıırılma oranları daha yüksektir.

Kadınların HPV ve HPV aşısına yönelik bilgilerinin düşük olduğu saptandı. Çalışmada HPV enfeksiyonu bilgi skalası ortalama puanı $3,73 \pm 2,45$ bulundu. Bu verilere göre kadınlar en çok 4. soruyu doğru bilmiş ve en çok 9.soruda yanılmışlardır. Kadınların özellikle HPV aşısını ne sıklıkla yaptırmaları konusunda yeterli bilgi sahibi olmadıkları gör÷lmektedir. Makwe ve ark. (2012) Nijerya lokasyonlu yaptıkları bir araştırmada bilgi skalası ortalama puanı olarak $2,48 \pm 2,11$ olarak bulunmuştur [133]. Kwang ve ark. (2014) yaptıkları araştırmada bu ortalama $3,04 \pm 2,08$ olarak belirtilmiştir [152]. Bilgi skalası soru sayısı, kadınların alabilecekleri minimum ve maksimum değerler çalışmalar arasında farklılık göstermekle beraber, çalışma sonuçlarının ortak yanı alınan bilgi puanlarının düşük olmasıdır. Bu çalışmaların yanı sıra Kasymova ve ark. (2019) yaptıkları çalışmada bilgi puanlarının ortalaması $8,9 \pm 3,7$ olarak bulunmuş, alabilecekleri minimum ve maksimum değerler arasında değerlendirildiklerinde orta derecede bilgili oldukları

çalışmada belirtilmiştir [153]. Bilgi puanlarının farklılık göstermesi çalışmanın yapıldığı popülasyona, meslek gruplarına, yaş gruplarına ve hatta ülkeye bağlı olabilmektedir. Çalışmalarda genel olarak kadınların HPV ile ilgili bilgilerinin yetersiz olduğu görülmektedir. Bu nedenle hemşirelerin gerekli eğitim programlarının düzenlenip, öncelikle risk altındakiler olmak üzere toplumun HPV ve HPV aşısı hakkında farkındalıklarının artırılması önemlidir.

Çalışmada eğitim düzeyi lisans olan kadınların, eğitim düzeyi lise olan kadınlara göre HPV bilgi puanları daha yüksektir. Aynı zamanda çalışmada eşinin eğitim durumu lisansüstü olan kadınların, eşinin eğitim düzeyi ortaokul olan kadınlara göre HPV bilgi puanları daha yüksektir. Baloch ve ark. (2017) yaptıkları araştırmada eğitim düzeyinin artması ile HPV hakkında bilgi düzeyinin arttığı belirlenmiştir [154]. Ayrıca katılımcılara çalışmalarında pre-test ve post-test uygulayan Fouada ve ark. (2013) her iki test arasında katılımcılara HPV ve HPV aşısı hakkında eğitim vermişler, bu eğitim sonucunda pre-test ve post-test puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulmuşlardır [155]. Bu çalışmayla beraber bilgi düzeyindeki artışın yapılacak eğitim programları ile mümkün olduğu belirtilmektedir. Eğitim programlarını üstlenecek sağlık profesyonellerine bu noktada önemli görevler düşmektedir. Özçam ve ark. (2014) sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmaya doktor, hemşire ve temizlik personellerini dahil etmiş, eğitim düzeyi lisans ve üstü olan çalışanların, eğitim düzeyi lise ve altı olan personellere göre HPV bilgisinin arttığını çalışmasında bildirmiştir [144]. Kaya Şenol (2019) yaptığı HPV farkındalığı ile ilgili çalışmasında eğitim ve bilgi düzeyi arasında anlamlı fark bulmuştur [145].

Çalışmada pap-smear testini duyan, HPV testini duyan ve HPV aşısını duyan kadınların HPV bilgi puanları, diğerlerine göre daha yüksektir. Aldohaian ve ark. (2019) servikal kanser taramasına ilişkin Suudi Arabistan'da yaptığı çalışmada daha önce pap-smear duyan kadınların bilgi puanının daha yüksek olduğunu belirtmiştir [150]. Başar ve ark. (2019) hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları araştırmada HPV'yi duyan ve HPV hakkında bilgi alan öğrencilerin, HPV'yi duymayan ve HPV hakkında bilgi almayan öğrencilere göre bilgi düzeyleri daha yüksek olduğu gösterilmiştir [156]. Yapılan bir başka çalışmada daha önce pap-smear testini duyan kadınların bilgi puan ortalamasının daha önce pap-smear testini duymayan kadınlara göre daha yüksek saptanmıştır [157]. Dany ve ark. (2015) yaptıkları çalışmada HPV

aşısını duyan katılımcıların bilgi puanlarının daha yüksek olduğunu göstermiştir [158]. Charakorn ve ark. (2011) yaptığı araştırmada, pap-smear testini duyan kadınlar ile HPV bilgisi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Aynı şekilde HPV aşısını duyan kadınların da hem pap-smear testini duyma hem de HPV testini duyma arasında anlamlı ilişki bulunmuştur [159]. Yapılan çalışmalarda da belirtildiği gibi pap-smear testini duyma, HPV testini duyma, HPV aşısını duyma ile HPV bilgi düzeyleri arasında ilişki bulunmuştur. Daha önce testleri duymayan kadınlara göre testleri duyan kadınların bilgi puanlarının daha yüksek saptanması beklenen bir sonuçtur.

Çalışmada HPV testini yaptıran, HPV aşısı yaptıran ve HPV testinin sonucu pozitif çıkan kadınların HPV bilgi düzeyleri, testleri ve aşığı yaptırmayan kadınlara göre yüksektir. Ziemer ve ark. (2012) yaptığı çalışmada, çalışma sonuçlarını destekler nitelikte olarak HPV aşısı yaptıranların HPV bilgi puanı daha yüksek bulunmuştur [160]. Tiro ve ark. (2007) çalışmasında ise HPV pozitif kadınların ve daha önce pap-smear testi yaptıran kadınların HPV hakkında daha fazla bilgi sahibi olduğu görülmüştür [161]. Yapılan bir araştırmada pap-smear testini daha önce yaptıran kadınların bilgi puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır [162]. Pap-smear testini ve HPV testini yaptıran kadınların HPV bilgi düzeylerinin yüksek olması, kadınların bilgi düzeyi yüksek olduğu için pap-smear ve HPV testini yaptırmış olması olarak açıklanabilir. Daha önce pap-smear veya HPV DNA testini duymayan bir kadının, bu testleri yaptırmaması beklenmedik bir durumdur. Ancak kadınların bu testleri duyup yaptırmaması ise araştırmaların beklenen sonucudur. Dolayısıyla bilgi düzeyinin yüksek olması, daha önce pap-smear ve HPV testinin duyulması ile pap-smear testinin ve HPV testinin yapılması arasında anlamlı bir ilişki söz konusudur. Yapılacak eğitim programlarında kadınların bilgi düzeyinin yükseltilerek, pap-smear ve HPV testini yaptırmama oranlarının arttırılması hedeflenen noktalardan biri olmalıdır.

Araştırmada kadınların eğitim durumu ile HPV ve HPV aşısına ilişkin sağlık inanç modeli ölçeğinin alt boyutlarından yarar algısı arasında anlamlı bir ilişki bulundu. Eğitim durumu lisans olan kadınların, eğitim durumu lise olan kadınlara göre HPV ve HPV aşısına ilişkin yarar algısı puanları daha yüksek bulundu. Yapılan bir araştırmada, eğitim düzeyi arttıkça koruyucu sağlık davranışları da artış

göstermektedir. Eğitim düzeyi 8 yıl ve üzeri olan kadınlarda, eğitim düzeyi 8 yıl ve aşağısı olan kadınlara göre pap-smear yaptırma gibi koruyucu sağlık davranışları daha fazla görülmektedir [123]. Açıkgöz ve ark. (2011) yaptığı çalışmaya göre, mamografi, pap-smear gibi koruyucu sağlık davranışlarını daha çok eğitim düzeyi yüksek kadınlar gerçekleştirmektedir [163]. Fouda ve ark. (2013) çalışmasında katılımcılara verilen eğitim sonrasında yarar algısında artış saptamıştır [155]. Kadınların hem okul yönünden eğitim düzeyinin yüksek olması hem de HPV ve HPV aşısı hakkında bilgilendirilmesi yarar algısı açısından yükselişe neden olmaktadır. Donadiki ve ark. (2014) yaptığı çalışmada “*HPV aşısı yarar algılarının değerlendirilmesi hedeflenen eğitim kampanyalarının anahtarıdır*” şeklinde görüş belirtmişlerdir [164]. Bu çalışmalar HPV ve HPV aşısı hakkında yapılacak eğitim programlarının önemini bir kez daha göstermektedir.

Araştırmada kadınların ekonomik durum ile HPV ve HPV aşısına ilişkin yarar algısı arasında anlamlı ilişki olduğu görüldü. Araştırmada ekonomik durum iyileştikçe HPV ve HPV aşısı ile ilgili algılanan yarar artış göstermektedir. Kim (2018) yaptığı çalışmada aşının ücretsiz olarak sunulma fikri sonucunda kadınların yarar algısında artış olduğu görülmüştür [132]. Aşının 3 doz şeklinde uygulanması ve maliyetinin yüksek olması HPV aşısı hakkında engel algısının gelişmesine neden olabilmektedir. Özellikle ekonomik durumu yetersiz kalan bireylerde ve ailelerde HPV aşısına yönelik yarar algısının önünde engel oluşturmaktadır. Ekonomik durum ve yarar algısı arasındaki ilişki genellikle oluşan engel algısının artması ile beraber yarar algısının azalması ile ilgilidir. Dolayısıyla aşının maliyetinin azaltılması, yarar algısının önünde duran ekonomik engelleri zayıflatarak, yarar algısını arttıracak ön görülmektedir.

Çalışmada pap-smear testini duyan, HPV testini duyan, HPV aşısını duyan ve HPV aşısını yaptıran kadınların, bu testleri duymayan ve yaptırmayan kadınlara göre HPV ve HPV Aşısına İlişkin yarar algılarının daha yüksek olduğu belirlendi. Ancak yarar algısı ve HPV ilişkisi hakkında yapılan araştırmalar çoğunlukla HPV aşısına yönelik olarak yapılmıştır. Ziemer ve ark. (2012) yaptığı çalışmada HPV aşısı olanların yarar algısının yüksek olduğunu bildirmişlerdir [160]. Yapılan başka bir çalışmada ise HPV aşısı farkındalığının artışıyla yarar algısında artış olduğu gösterilmiştir [165]. Kız çocuğuna sahip olan ailelerle yapılan bir başka çalışmada ise çocuklarına aşı

yaptıranların ve aşı yaptırmaya karar verenlerin daha yüksek yarar algısı olduğu saptanmıştır. Çalışmada ayrıca aşı yaptırmada ve yaptırmaya karar vermede, daha önce çocuklarına diğer aşılarını da yaptırmış olmaları ve medyanın etkisinin de etkili olduğu belirtilmektedir [166]. ABD’de yapılan bir araştırmada partner sayısı ile aşı olma isteği arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Birden fazla partnere sahip kişilerin aşı olmaya daha yatkın olduğu belirtilmektedir. Aynı çalışmada aşı olanların ve aşı olmak isteyenlerin de yarar algısının daha yüksek olduğu bildirilmiştir [151]. Çalışma sonuçları HPV ve HPV aşısına ilişkin yarar algısı ile aşı yaptırma arasında anlamlı ilişki olduğunu göstermektedir. HPV testinin ve HPV aşısının yaptırılma oranlarının artırılması için eğitim programlarında HPV testinin ve HPV aşısının yararlarına değinilerek yarar algılarının geliştirilmesi için çaba harcanmalıdır.

Çalışmada kadınların eğitim durumu ile HPV ve HPV aşısına ilişkin duyarlılık algısı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Eğitim düzeyi lisans olan kadınların, eğitim düzeyi lise olan kadınlara göre duyarlılık algısı daha yüksek bulunmuştur. Pre-test ve post-test arasında eğitim verilen bir çalışmada eğitim sonrası risk algısında artış saptanmıştır [155]. Bu çalışma bir hastalığa yakalanma olasılığı ile ilgili inançları ifade eden duyarlılık algısı ile eğitim arasındaki ilişkiyi desteklemektedir. Nijerya’da yapılan bir araştırmada kadınların yalnızca %6,25’i kendini HPV açısından riskli grupta görmektedir [133]. HPV ve HPV aşısı ile ilgili yapılacak eğitim programlarında sağlık inanç modeli temel alınarak özellikle risk faktörleri, risk grupları ve HPV’nin bulaşma yolları gibi konulara yer verilerek kadınların duyarlılıklarının artırılması için çalışılmalıdır.

HPV ve HPV aşısına ilişkin duyarlılık algısının, pap-smear testini duyan, HPV testini ve aşısını duyan, HPV testini ve aşısını yaptıran, daha önce HPV tespit edilen kadınlarda bu testleri duymayan ve yaptırmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu saptandı. Ancak yarar algısında olduğu gibi duyarlılık algısı hakkındaki çalışmalar da HPV aşısına yönelik yapılmıştır. Ziemer ve ark. (2012) yaptığı çalışmada HPV aşısı olanların duyarlılık algılarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir [160]. Manhart ve ark. (2011) yaptığı çalışmada araştırmanın sonucunu destekler nitelikte HPV aşısı olanlar ve olmak isteyenlerin duyarlılık algılarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir [151]. Ayrıca Kim (2018), yaptığı araştırma sonucunda sağlık çalışanlarından HPV hakkında bilgi almanın, duyarlılık algısını artırdığını bildirmiştir [132]. Yapılan bir

çalışmada “HPV aşısı olmadan önce kimin fikrini alırsınız?” sorusuna %92,3 oranında “sağlık çalışanlarının” cevabı verilmiştir [133]. Bu durumda gerekli bilgilendirilmelerin ve eğitim programlarının sağlık çalışanları tarafından üstlenilmesi sonucunda HPV ve HPV aşısı hakkında farkındalığın gelişmesi ve sağlık inançlarının güçlenmesi ön görülmektedir. Yapılan araştırmalar sonucunda duyarlılık algısı ile HPV ve HPV aşısı arasındaki ilişkiyi irdeleyen çalışmaların sınırlı olduğu saptanmıştır. Bu çerçevede yapılacak yeni araştırmalar, literatüre yeni bakış açıları kazandıracaktır.

Kadınların ekonomik durumu ile HPV ve HPV aşısına ilişkin ciddiyet algısı arasında anlamlı ilişki bulundu. Ekonomik durumunu iyi ve çok iyi olarak ifade eden kadınların ekonomik durumunu orta ve kötü olarak niteleyen kadınlara göre ciddiyet algısı daha yüksektir. Daha önce Kim (2018) yaptığı araştırmada aşının ücretsiz olarak sunulması fikri, yarar algısını artırdığı gibi ciddiyet algısını da artırmıştır [132].

Pap-smear testini duyan, HPV testini duyan ve yaptıran, HPV aşısını duyan kadınların, testleri duymayan ve yaptırmayan kadınlara göre ciddiyet algısı daha yüksektir. Yapılan bir araştırmada pap-smear testini yaptıran ile ciddiyet algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur [167]. He (2015) yaptığı çalışmada HPV aşısı yaptırmak isteyen öğrencilerin ciddiyet algısının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmada duyarlılık algısını irdeleyen sorulardan “kesinlikle katılıyorum” cevabını en çok “*Genital siğil ve kanser düşüncesi beni korkutur*” sorusu almıştır (%60,2) [168]. Yapılan araştırmada ise duyarlılık algısını irdeleyen sorulardan “çok fazla” cevabını en çok “*HPV enfeksiyonu düşüncesi beni korkutur*” sorusu aldı (%43,7). Araştırma sonuçları hastalığa yönelik ciddiyet algısının pap-smear testi ve HPV testi gibi koruyucu davranışları arttırdığını göstermektedir. Bu nedenle eğitim programlarında sağlık inanç modeli temel alınarak kadınların ciddiyet algılarını geliştirmeye yönelik girişimler yapılmalıdır.

Araştırmada artan eğitim düzeyi ile engel algısı arasında negatif yönlü anlamlı ilişki belirlendi. Yapılan çalışmalar genellikle eğitim düzeyinin artması ile HPV ve HPV aşısı bilgisinin, yarar algısı, ciddiyet algısı ve duyarlılık algısını arttırdığını, engel algısını bu sonuçlara bağlı olarak azalttığı yönünde sonuçlanmıştır [169, 170]. Ebu ve ark. (2019) katılımcılara pre-test ve post-test yöntemi uygulayarak yaptığı

araştırma ile çalışmayı destekler sonuçlar elde etmiştir. Bu sonuçlara göre pre-test sonrasında verilen eğitim ile beraber kadınların post-test bölümünde algıladıkları engeller azalmıştır [171].

Çalışmada kadınların eşlerinin eğitim durumu ile engel algısı arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptandı. Partnerlerin birbirini sağlık davranışları konusunda desteklemesi, bu davranışlar arasında engel oluşturmaması önem taşımaktadır. Örneğin yapılan bir çalışmada kadınlara gebelikte tetanoz aşısı yaptırma durumları sorulmuş ve kadınlardan “eşim izin vermiyor” şeklinde yanıtlar alınmıştır [172]. Dolayısıyla sağlık davranışların geliştirilmesinde eşlerin engel algısı ve engel algısını azaltan eğitim durumu aktif rol oynamaktadır. Bu nedenle, verilecek eğitim programları yalnızca kadınlara değil, kadınların sağlık davranışı üzerinde etkileri olan eş/partnerleri de içermelidir.

Araştırmada kadınların ekonomik durumu ile engel algısı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu. Ekonomik durum iyiye gittikçe, algılanan engeller azalmaktadır. HPV ve HPV aşısına yönelik olarak algılanan engellerin yapılan çalışmalarca çoğunlukla HPV aşısının maliyetinden kaynaklandığını ortaya koymaktadır [152,173]. Ayrıca çalışmada daha önce de bahsettiğimiz Kim’in (2018) çalışmasında aşının ücretsiz olarak sunulma fikrinden sonra algılanan duyarlılık, yarar ve ciddiye algısının artmasıyla beraber engel algısında düşüş görülmesi, engel algısı ve ekonomik durum arasındaki ilişkiyi desteklemektedir [132]. HPV testinin KETEM’lerde 30-65 yaş arası kadınlara ücretsiz yapıldığı bilgisinin kadınlara verilmesi ile HPV testinin yapılma oranını artabileceği düşünülmektedir. Bu durum sonucunda ekonomik problemlerin ortadan kalkması ile engel algısının azalacağı ön görülmektedir. Ayrıca HPV aşısının ulusal aşı programımıza dahil edilmesi HPV aşısının önündeki ekonomik engelleri kaldırabilecek anahtar adımlardan birisidir.

Çalışmada pap-smear testini duyan, pap-smear testini yaptıran ve HPV aşısını yaptıran kadınların, testleri duymayan ve yaptırmayan kadınlara göre engel algıları daha düşüktür. Çalışmayı destekler nitelikte olarak Kulakçı Altıntaş (2020) çalışmasında pap-smear testini duyanların ve yaptıranların engel algısının daha düşük olduğunu belirtmişlerdir [167]. Donadiki ve ark. (2014) ise çalışmalarında aşı olmayanların engel algısının daha yüksek olduğunu ayrıca sigara kullanan kadınların aşığı daha çok reddettiğini öne sürmüşlerdir [164]. Yapılan başka bir çalışmada ise

pap-smear testi duymayan kadınlarda engel algısının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada, Krawczyk (2015) aileler ve ailelerin kızlarına HPV aşısı yaptırma durumu ile sağlık inançlarını incelemiş, kızlarına HPV aşısı yaptıranların ve HPV aşısı yaptırmaya karar verenlerin engel algısının daha düşük olduğunu saptamışlardır [166].

Çalışmada cinsel yolla bulaşan hastalığı olan kadınların, cinsel yolla bulaşan hastalığı olmayan kadınlara göre HPV ve HPV aşısına ilişkin yarar algısının da daha yüksek olduğu saptandı. Cinsel yolla bulaşan başka bir hastalığın olması, HPV'nin bulaşmasını ve hastalığa yol açmasını kolaylaştıran bir faktördür. Bu hastalıklara sahip olan kadınların hem kendi araştırmaları ile öğrenerek hem de sağlık profesyonelleri tarafından bilgilendirilerek HPV hakkında yarar algısının geliştiği düşünülmektedir.

Alkol kullanan kadınların yarar, duyarlılık ve ciddiyet algıları yüksek, engel algıları düşüktür. Alkol kullanımını tehlikeli seksüel davranışlara neden olduğundan dolayı HPV enfeksiyonu açısından risk faktörü olarak görülmektedir [174]. Bu nedenle alkol kullanan kadınların kendilerini risk altında gördüklerinden dolayı HPV ve HPV aşısına ilişkin sağlık inançları olumlu yönde etkilenmektedir.

Araştırmada HPV enfeksiyonu bilgi skalası ile HPV ve HPV aşısına ilişkin yarar algısı, duyarlılık algısı ve ciddiyet algısı arasında pozitif anlamlı ilişki bulunurken, engel algısı arasında anlamlı ilişki bulunmadı. HPV enfeksiyonu bilgi düzeyi arttıkça HPV ve HPV aşısına ilişkin algılanan yarar, duyarlılık ve ciddiyet artmaktadır. Grandahl ve ark. (2018) yaptıkları çalışmada HPV ve servikal kanser bilgisi ile yarar algısı duyarlılık algısı ve ciddiyet algısı arasında anlamlı ilişki saptamışlardır [175]. Çalışmada bilgi düzeylerinin artmasıyla duyarlılık, ciddiyet ve yarar algısının artması beklenen bir sonuçtur. Bu nedenle HPV testini ve aşısını yaptırma oranlarını arttırmak ve sağlık inançlarını olumlu yönde geliştirmek için öncelikle risk grupları olmak üzere tüm topluma HPV ile ilgili eğitim programları düzenlenmelidir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda;

- Kadınların HPV testini duyma oranı %72,3, HPV testini yaptıрма oranı %30,3,
- HPV aşısını duyma oranı %62, HPV aşısını yaptıрма oranı %9,7,
- HPV enfeksiyonu bilgi skalası puan ortalaması $3,73 \pm 2,45$,
- Kadınların çoğunluğunun (%62) HPV aşısını duyduğu, ancak %9,7'sinin HPV aşısını yaptırdığı,
- Eğitim düzeyi lisans olan kadınların, eğitim düzeyi lise olan kadınlara göre HPV bilgi puanlarının daha yüksek olduğu,
- Pap-smear testini duyan, HPV testini duyan ve HPV aşısını duyan kadınların HPV bilgi puanlarının, diğerlerine göre daha yüksek olduğu,
- Pap-smear testini yaptıran, HPV testini yaptıran, HPV aşısı yaptıran ve HPV testinin sonucu pozitif çıkan kadınların HPV bilgi düzeylerinin, testleri ve aşıyı yaptırmayan kadınlara göre yüksek olduğu,
- Eğitim durumu lisans olan kadınların, eğitim durumu lise olan kadınlara göre HPV ve HPV aşısına ilişkin yarar algısı ve duyar algısı puanlarının yüksek olduğu, engel algısı puanlarının düşük olduğu,
- Ekonomik durumu iyi ve çok iyi olan kadınların düşük ekonomik durumlu kadınlara göre yarar algısı ve ciddiyet algısı puanları yüksek, engel algısı puanlarının düşük olduğu,
- Eşlerinin eğitim durumu lisansüstü olan kadınların eşlerinin eğitim durumu ortaokul olan kadınlara göre engel algısı puanlarının düşük olduğu,
- Pap-smear testini duyan kadınların, pap-smear testini duymayan kadınlara göre yarar algısı, duyarlılık algısı ve ciddiyet algısı puanları yüksek, engel algısı puanlarının düşük olduğu,
- Pap-smear testini yaptıran kadınların, pap-smear testini yaptırmayan kadınlara göre engel algısı puanlarının düşük olduğu,

- HPV testini duyan kadınların HPV testini duymayan kadınlara göre yarar algısı, duyarlılık algısı ve ciddiyet algısı puanlarının yüksek olduğu,
- HPV testini yaptıran kadınların, HPV testini yaptırmayan kadınlara göre duyarlılık algısı ve ciddiyet algısı puanlarının yüksek olduğu,
- HPV aşısını duyan kadınların, HPV aşısını duymayan kadınlara göre yarar algısı, duyarlılık algısı ve ciddiyet algısı puanlarının yüksek olduğu,
- HPV aşısını yaptıran kadınların, HPV aşısını yaptırmayan kadınlara göre yarar algısı ve duyarlılık algısı puanları yüksek, engel algısı puanlarının düşük olduğu,
- Daha önce kendisinde HPV tespit edilen kadınların, HPV tespit edilmeyen kadınlara göre duyarlılık algısı puanlarının yüksek olduğu,
- Daha önce yaptırdığı sitolojik testlerde anormal sonuç görülen kadınların, daha önce anormal sonuç görülmeyen kadınlara oranla duyarlılık algısı puanlarının yüksek olduğu,
- Cinsel yolla bulaşan hastalığı olan kadınların, cinsel yolla bulaşan hastalığı olmayan kadınlara göre HPV ve HPV aşısına ilişkin yarar algısı puanlarının yüksek olduğu,
- Alkol kullanan kadınların yarar algısı, duyarlılık algısı ve ciddiyet algısı puanları yüksek, engel algısı puanlarının düşük olduğu,
- HPV enfeksiyonu bilgi skalası ile HPV ve HPV aşısına ilişkin yarar algısı, duyarlılık algısı ve ciddiyet algısı arasında pozitif anlamlı ilişki bulunurken, engel algısı arasında anlamlı ilişki bulunmadığı saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Kadınlara HPV enfeksiyonu, HPV testi ve HPV aşısı hakkında sağlık eğitim programlarının düzenlenmesi,
- HPV enfeksiyonu, HPV testi ve HPV aşısı hakkında düzenlenecek eğitim programlarının Sağlık İnanç Modeli temel alınarak düzenlenmesi,
- Oluşturulacak eğitim programlarda Sağlık İnanç Modeli doğrultusunda yarar, duyarlılık ve ciddiyet algılarını arttırmaya ve engel algılarını azaltmaya yönelik içeriklerin oluşturulması,
- Kadınlara eğitimlerde HPV testi ve Pap-smear testini ücretsiz yaptırabileceği merkezler hakkında bilgi verilerek HPV testi ve HPV aşısı hakkındaki engel algılarının azaltılması,

- Kadınların HPV enfeksiyonu, HPV testi bilgi düzeyleri artırılarak pap-smear testi, HPV testi ve aşısına yönelik olumlu davranışlarının geliştirilmesi önerilmektedir.



KAYNAKLAR

- [1] **Egawa, N., & Doorbar, J.** (2017). The low-risk papillomaviruses. *Virus Research*, 231, 119-127.
- [2] **Şahiner, F., & Şener, K.** (2013). Human Papilloma Virüs Enfeksiyonları, Risk Faktörleri ve Koruyucu Önlemler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(6), p715-722.
- [3] **Selçuk, A. K., & Yanikkerem, E.** (2018). Serviks Kanseri ve Human Papillomavirus (Hpv) Prevalansı ile HPV Aşı Programları. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 4(2), 40-55.
- [4] **Hathaway, J. K.** (2012). HPV. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 55(3), 671-680.
- [5] **Eroğlu, C., Kesli, R., Eryilmaz, M. A., Unlü, Y., & Gönenc, O.** (2011). The types and the relation of HPV prevalence to risk factors and cervical smear in women at risk for cervical cancer. *Nobel Med*, 7(3), 72-77.
- [6] **Çeşmeci, Y., Köylü, B., Sulaiman, J., Sancak, E., Şenel, S., Baki, H. E., ... & Zık, S.** (2015). İnternlerin Gözünden Hpv Enfeksiyonları ve Hpv Aşısı. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 18(3), 85-92.
- [7] **Serrano, B., Brotons, M., Bosch, F. X., & Bruni, L.** (2018). Epidemiology and burden of HPV-related disease. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 47, 14-26.
- [8] **Avcı, G. A., & Bozdayı, G.** (2013). İnsan papilloma virüsü. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, (3), 136-144.
- [9] **Dehn, D., Torkko, K. C., & Shroyer, K. R.** (2007). Human papillomavirus testing and molecular markers of cervical dysplasia and carcinoma. *Cancer cytopathology*, 111(1), 1-14. 31.
- [10] **Motoyama, S., Ladines-Llave, C. A., Luis Villanueva, S., & Maruo, T.** (2004). The role of human papilloma virus in the molecular biology of cervical carcinogenesis. *Kobe J Med Sci*, 50(1-2), 9-19.
- [11] **Genital HPV Infection - Fact Sheet** <https://www.cdc.gov/std/hpv/stdfact-hpv.htm> Erişim Tarihi : 20.06.2019
- [12] **Genital warts.** <https://www.nhs.uk/conditions/genital-warts/> Erişim tarihi : 19.06.2020.
- [13] **Park, I. U., Introcaso, C., & Dunne, E. F.** (2015). Human papillomavirus and genital warts: a review of the evidence for the 2015 centers for disease control and prevention sexually transmitted diseases treatment guidelines. *Clinical Infectious Diseases*, 61(suppl_8), S849-S855.
- [14] **World fact sheets** <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-fact-sheets.pdf> Erişim Tarihi : 20.06.2019.

- [15] **De Martel, C., Ferlay, J., Franceschi, S., Vignat, J., Bray, F., Forman, D., & Plummer, M.** (2012). Global burden of cancers attributable to infections in 2008: a review and synthetic analysis. *The Lancet Oncology*, 13(6), 607-615.
- [16] **ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer.** (2019). Human Papillomavirus and Related Diseases Report. <https://www.hpvcentre.net/statistics/reports/XWX.pdf> Erişim tarihi : 10.01.2021
- [17] **Krzowska-Firych, J., Lucas, G., Lucas, C., Lucas, N., & Pietrzyk, Ł.** (2018). An overview of Human Papillomavirus (HPV) as an etiological factor of the anal cancer. *Journal of Infection and Public Health*. 12 (2019) 1–6.
- [18] **Pytynia, K. B., Dahlstrom, K. R., & Sturgis, E. M.** (2014). Epidemiology of HPV-associated oropharyngeal cancer. *Oral Oncology*, 50(5), 380–386
- [19] **Mavi Aydoğdu, S. G., & Özsoy, Ü.** (2018). Serviks kanseri ve HPV. *Androl Bul*, 20, 25-29.
- [20] **Yıldırım, D., & Gökaslan, H.** (2015). Serviks Kanseri Taramasında Hpv Dna Testinin Yeri. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 18(1), 1-6.
- [21] **Centers for Disease Control and Prevention.** (2015). 2015 STD Treatment Guidelines. <https://www.cdc.gov/std/tg2015/default.htm> Erişim tarihi : 10.01.2021
- [22] **Bertolotti, A., Dupin, N., Bouscarat, F., Milpied, B., & Derancourt, C.** (2017). Cryotherapy to treat anogenital warts in nonimmunocompromised adults: Systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 77(3), 518–526.
- [23] **Mercan, R., Mercan, S., Durmaz, B., Sur, H., Kilciksiz, C. M., Kacar, A. S., ... & Ata, B.** (2019). Sexual dysfunction in women with human papilloma virus infection in the Turkish population. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 39(5), 659-663.
- [24] **Scaglione, G., Li, N. D., Scibetta, N., Alio, W., & Prestileo, T.** (2011). HPV-related diseases and screening program in male partners. *Le Infezioni In Medicina: Rivista Periodica Di Eziologia, Epidemiologia, Diagnostica, Clinica e Terapia Delle Patologie Infettive*, 19(3), 176-181.
- [25] **Markowitz, L. E., Dunne, E. F., Saraiya, M., Chesson, H. W., Curtis, C. R., Gee, J., ... & Unger, E. R.** (2014). Human papillomavirus vaccination: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports*, 63(5), 1-30.
- [26] **Human Papillomavirus Vaccine** <https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/approved-vaccine-products/human-papillomavirus-vaccine> Erişim Tarihi : 19.06.2020
- [27] **Selçuk, İ., & Üstün, Y. E.** (2019). Gelecekte Nonavalent (9-valent) HPV Aşısının Türkiye İçin Kullanılabilirliği. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 16(1), 41-44.
- [28] **Drolet, M., Bénard, É., Pérez, N., Brisson, M., Ali, H., Boily, M. C., ... & Checchi, M.** (2019). Population-level impact and herd effects following the introduction of human papillomavirus vaccination programmes: updated systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 394(10197), 497-509.

- [29] **Cangöl, E., Sögüt, S., Süt, H. K., & Küçükaya, B.** (2019). Knowledge and attitudes of nursing students concerning HPV vaccination Hemşirelik bölümü öğrencilerinin HPV aşısına yönelik bilgi ve tutumları. *Journal of Human Sciences*, 16(1), 1-12.
- [30] **Yu, Y., Xu, M., Sun, J., Li, R., Li, M., Wang, J., ... & Xu, A.** (2016). Human papillomavirus infection and vaccination: awareness and knowledge of HPV and acceptability of HPV vaccine among mothers of teenage daughters in Weihai, Shandong, China. *PloS one*, 11(1), e0146741.
- [31] **Green, E. C., Murphy, E. M., & Gryboski, K.** (2020). The Health Belief Model. *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology*, Volume 4, 211–214.
- [32] **Gözüm, S., & ÇAPIK, C.** (2014). Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: sağlık inanç modeli. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(3), 230-237.
- [33] **Champion, V. L., & Skinner, C. S.** (2008). The health belief model. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*, 4, 45-65.
- [34] **Satılmışoğlu, Z. Z., Aslan, İ. Ö., Nebibe, C. A. N., Gülcivan, G., Yıldız, T., & Şentürk, M.** (2015). Kız Çocuk Ebeveyni Hemşire Annelerin HPV Aşısı Hakkında Bilgi Düzeyi: Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Anket Çalışması. *Namık Kemal Tıp Dergisi*, 6(3), 104-108.
- [35] **de Sanjose, S., Brotons, M., & Pavón, M. A.** (2018). The natural history of human papillomavirus infection. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 47, 2-13.
- [36] **Egawa, N., Egawa, K., Griffin, H., & Doorbar, J.** (2015). Human papillomaviruses; epithelial tropisms, and the development of neoplasia. *Viruses*, 7(7), 3863-3890.
- [37] **Smith, E.** (16 Eylül 2014). HPV: the whole story, warts and all. (Blog gönderisi). Erişim adresi : <https://scienceblog.cancerresearchuk.org/2014/09/16/hpv-the-whole-story-warts-and-all/>
- [38] **Brabb, T., & Di Giacomo, R. F.** (2012). Viral diseases. In *The Laboratory Rabbit, Guinea Pig, Hamster, and Other Rodents*. Academic Press. Chapter 14, (pp. 365-413).
- [39] **Gissmann, L., Wolnik, L., Ikenberg, H., Koldovsky, U., Schnürch, H. G., & Zur Hausen, H.** (1983). Human papillomavirus types 6 and 11 DNA sequences in genital and laryngeal papillomas and in some cervical cancers. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 80(2), 560-563.
- [40] **Grace, K.** (2017). “Harald zur Hausen’s Experiments on Human Papillomavirus Causing Cervical Cancer (1976-1987)”. *Embryo Project Encyclopedia* (2017-03-09). ISSN: 1940-5030.
- [41] **Harald zur Hausen – zur Biographical.** <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/2008/hausen/biographical> Erişim tarihi : 30.06.2020
- [42] **Siegler, E., Reichman, Y., Kugelman, N., Mackuli, L., Lavie, O., Ostrovsky, L., ... & Segev, Y.** (2019). Low-Risk Human Papillomavirus Types in Cervical Intraepithelial Neoplasia 2–3 and in Invasive Cervical Cancer Patients. *Journal of Lower Genital Tract Disease*, 23(4), 248-252.

- [43] **Gultekin, M., Zayifoglu Karaca, M., Kucukyildiz, I., Dundar, S., Boztas, G., Semra Turan, H., ... & Sencan, I.** (2018). Initial results of population based cervical cancer screening program using HPV testing in one million Turkish women. *International Journal of Cancer*, 142(9), 1952-1958.
- [44] **HPV Hakkında Güncel Genel Bilgi** <http://www.tjod.org/hpv-hakkinda-guncel-genel-bilgi/> Erişim tarihi : 02.02.2020
- [45] **Lacey, C. J. N., Guimera, N., & Garland, S. M.** (2020). Low-risk Human Papillomavirus: Genital Warts, Cancer and Respiratory Papillomatosis. *Human Papillomavirus*, Chapter 10, 165–178.
- [46] **Kılıç, A., & Ural, U. M.** (2019). Anogenital warts: an update on human papilloma virus, clinical manifestations and treatment strategies. *Mucosa*, 2(2), 30-40.
- [47] **Bhatia, N., Lynde, C., Vender, R., & Bourcier, M.** (2013). Understanding genital warts: epidemiology, pathogenesis, and burden of disease of human papillomavirus. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*, 17(6_suppl), S47-S54.
- [48] **Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention** (2015). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep* 2015; 64(RR-03):1–137.
- [49] **Patel, H., Wagner, M., Singhal, P., & Kothari, S.** (2013). Systematic review of the incidence and prevalence of genital warts. *BMC Infectious Diseases*, 13(1), 39.
- [50] **O'Mahony, C., Gomberg, M., Skerlev, M., Alraddadi, A., de las Heras-Alonso, M. E., Majewski, S., ... & Stary, A.** (2019). Position statement for the diagnosis and management of anogenital warts. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 33(6), 1006-1019.
- [51] **Steben, M., & Garland, S. M.** (2014). Genital warts. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(7), 1063–1073. doi:10.1016/j.bpobgyn.2014.07.002.
- [52] **Yanofsky, V. R., Patel, R. V., & Goldenberg, G.** (2012). Genital warts: a comprehensive review. *The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology*, 5(6), 25.
- [53] **Mortensen, G. L., & Larsen, H. K.** (2010). The quality of life of patients with genital warts: a qualitative study. *BMC Public Health*, 10(1), 113.
- [54] **Lacey, C. J. N., Woodhall, S. C., Wikstrom, A., & Ross, J.** (2013). 2012 European guideline for the management of anogenital warts. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 27(3), e263-e270.
- [55] **Sungurtekin, U.** (2010). Anal/Perianal Kondiloma Akuminata. *Kolon Rektum Hast Derg* ;20:153-161
- [56] **Draeger, E.** (2019). Management of genital warts: a guide for GPs. *Prescriber*, 30(12), 24-28.
- [57] **Thurgar, E., Barton, S., Karner, C., & Edwards, S. J.** (2016). Clinical effectiveness and cost-effectiveness of interventions for the treatment of anogenital warts: systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 20(24), 1.

- [58] **Podofilm Topikal solüsyon Kullanım Talimatı.**
<https://titck.gov.tr/storage/kubKtAttachments/7cfe73f954569.pdf> Erişim tarihi : 01.03.2020
- [59] **Goldenberg G., Taylor, M., Berman, B., Kaufmann, M., Abramovits, W., & Zeichner, J.** (2016). Sinecatechins ointment, 15% for the treatment of external genital and perianal warts: proceedings of an expert panel roundtable meeting. *The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology*, 9(3 Suppl 1), S2.
- [60] **Husseinzadeh, N.** (2013). Basic therapeutic principles and the strategy in the management of the external anogenital warts (condylomas): A review. *Journal of Clinical Gynecology and Obstetrics*, 2(1), 1-9.
- [61] **Karnes, J. B., & Usatine, R.** (2014). Management of external genital warts. *American Family Physician*, 90(5), 312-318.
- [62] **Jahic, M.** (2019). Cryotherapy of Genital Warts. *Materia Socio-medica*, 31(3), 212.
- [63] **Kodner, C., & Nasraty, S.** (2004). Management of genital warts. *American Family Physician*, 70(12), 2335-2342.
- [64] **2015 Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines**
<https://www.cdc.gov/std/tg2015/warts.htm> Erişim tarihi : 22.03.2020.
- [65] **Yanofsky, V. R., Linkner, R. V., Pompei, D., & Goldenberg, G.** (2013). Current update on the treatment of genital warts. *Expert Review of Dermatology*, 8(3), 321-332.
- [66] **Mehdi, M. H., & Mahmood, A. S.** (2019). Treatment of genital warts by using CO2 laser. *Medical Journal of Babylon*, 16(2), 94-98.
- [67] **Tommasino, M.** (2014). The human papillomavirus family and its role in carcinogenesis. *Seminars in Cancer Biology*, 26, 13–21.
- [68] **Lowy, D. R., & Schiller, J. T.** (2012). Reducing HPV-associated cancer globally. *Cancer Prevention Research*, 5(1), 18-23.
- [69] **Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer**
[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer) Erişim Tarihi : 01.04.2020
- [70] **Cohen, P. A., Jhingran, A., Oaknin, A., & Denny, L.** (2019). Cervical cancer. *The Lancet*, 393(10167), 169–182.
- [71] **Li, Y., & Xu, C.** (2017). Human papillomavirus-related cancers. In *Infectious agents associated cancers: Epidemiology and molecular biology*, vol 1018. (pp. 23-34). Springer, Singapore.
- [72] **Shiraz, A., & Majmudar, T.** (2017). Colposcopy and cervical intraepithelial neoplasia. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 27(6), 177–183.
- [73] **Günay, T., Polat, M., Yardımcı, O. D., Hocaoğlu, M., Bör, E. D., Girgin, R. B., & Turgut, A.** (2020). Yüksek Dereceli Servikal İntraepitelyal Lezyonların Tedavisinde LEEP İle Soğuk Konizasyon Tekniklerinin Karşılaştırılması. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 51(2), 64-68.
- [74] **Cox, J. T.** (2006). The development of cervical cancer and its precursors: what is the role of human papillomavirus infection? *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 18(Suppl 1), s5–s13.

- [75] **Mello, V., & Sundstrom, R. K.** (2020). Cervical Intraepithelial Neoplasia (CIN). StatPearls [Internet]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544371/> Erişim tarihi : 28.09.2020.
- [76] **Santesso, N., Mustafa, R. A., Schünemann, H. J., Arbyn, M., Blumenthal, P. D., ... Cain, J.** (2015). World Health Organization Guidelines for treatment of cervical intraepithelial neoplasia 2-3 and screen-and-treat strategies to prevent cervical cancer. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 132(3), 252–258.
- [77] **Silver, M. I., Gage, J. C., Schiffman, M., Fetterman, B., Poitras, N. E., Lorey, T., ... & Castle, P. E.** (2018). Clinical outcomes after conservative management of cervical intraepithelial neoplasia grade 2 (CIN2) in women ages 21–39 years. *Cancer Prevention Research*, 11(3), 165-170.
- [78] **Schiffman, M., & Wentzensen, N.** (2010). From Human Papillomavirus to Cervical Cancer. *Obstetrics & Gynecology*, 116(1), 177–185.
- [79] **Berman, T. A., & Schiller, J. T.** (2017). Human papillomavirus in cervical cancer and oropharyngeal cancer: one cause, two diseases. *Cancer*, 123(12), 2219-2229.
- [80] **Crosbie, E. J., Einstein, M. H., Franceschi, S., & Kitchener, H. C.** (2013). Human papillomavirus and cervical cancer. *The Lancet*, 382(9895), 889–899.
- [81] **Mitra, A., Tzafetas, M., Lyons, D., Fotopoulou, C., Paraskevidis, E., & Kyrgiou, M.** (2016). Cervical intraepithelial neoplasia: screening and management. *British Journal of Hospital Medicine*, 77(8), C118–C123.
- [82] **World Health Organization.** (2014). Comprehensive cervical cancer control : A guide to essential practice – second edition. 5(5), 154-160. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/cervical-cancer-guide/en/> Erişim tarihi : 20.10.2020
- [83] **Brianti, P., De Flammineis, E., & Mercuri, S. R.** (2017). Review of HPV-related diseases and cancers. *New Microbiol*, 40(2), 80-85.
- [84] **Cancer Today.** https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table?v=2018&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=asr&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1 Erişim Tarihi : 23.10.2020
- [85] **Vaginal and Vulvar Cancers Statistics** <https://www.cdc.gov/cancer/vagvulv/statistics/index.htm> Erişim tarihi : 23.10.2020
- [86] **de Sanjosé, S., Bruni, L., & Alemany, L.** (2014). HPV in genital cancers (at the exception of cervical cancer) and anal cancers. *La Presse Médicale*, 43(12), e423-e428.
- [87] **Rogers, L. J., & Cuello, M. A.** (2018). Cancer of the vulva. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 143, 4-13.
- [88] **Tan, A., Bieber, A. K., Stein, J. A., & Pomeranz, M. K.** (2019). Diagnosis and management of vulvar cancer: A review. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 81(6), 1387-1396.

- [89] **Buchanan, T. R., Graybill, W. S., & Pierce, J. Y.** (2016). Morbidity and mortality of vulvar and vaginal cancers: Impact of 2-, 4-, and 9-valent HPV vaccines. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 12(6), 1352-1356.
- [90] **Adams, T. S., & Cuello, M. A.** (2018). Cancer of the vagina. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 143, 14-21.
- [91] **Lee, J., & Curtin, J. P.** (2019). Vulval/vaginal cancer. *Evidence-based Obstetrics and Gynecology*, Chapter 17, 173-180.
- [92] **Sandru, F., Mehedintu, C., Petca, A., Dumitrascu, M. C., Popa, A., & Curtmola, E.** (2020). HPV Infection and Vulvar Cancer. *Annals of Academy of Romanian Scientists Series of Medicine*, 1(1), 35-29.
- [93] **Timbang, M. R., Sim, M. W., Bewley, A. F., Farwell, D. G., Mantravadi, A., & Moore, M. G.** (2019). HPV-related oropharyngeal cancer: a review on burden of the disease and opportunities for prevention and early detection. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 15(7-8), 1920-1928.
- [94] **Elrefaey, S., Massaro, M. A., Chiocca, S., Chiesa, F., & Ansarin, M.** (2014). HPV in oropharyngeal cancer: the basics to know in clinical practice. *Acta Otorhinolaryngologica Italica*, 34(5), 299.
- [95] **Gillison, M. L., D'Souza, G., Westra, W., Sugar, E., Xiao, W., Begum, S., & Viscidi, R.** (2008). Distinct risk factor profiles for human papillomavirus type 16-positive and human papillomavirus type 16-negative head and neck cancers. *Journal of the National Cancer Institute*, 100(6), 407-420.
- [96] **Bonner, J. A., Harari, P. M., Giralt, J., Azarnia, N., Shin, D. M., Cohen, R. B., ... & Ove, R.** (2006). Radiotherapy plus cetuximab for squamous-cell carcinoma of the head and neck. *New England Journal of Medicine*, 354(6), 567-578.
- [97] **Gosens, K. C., Richel, O., & Prins, J. M.** (2017). Human papillomavirus as a cause of anal cancer and the role of screening. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 30(1), 87-92.
- [98] **Wieland, U., & Kreuter, A.** (2018). The importance of HPV16 in anal cancer prevention. *The Lancet Infectious Diseases*, 18(2), 131-132.
- [99] **Wieland, U., & Kreuter, A.** (2019). Anal cancer risk: HPV-based cervical screening programmes. *The Lancet Infectious Diseases*, 19(8), 799-800.
- [100] **Machalek, D. A., Poynten, M., Jin, F., Fairley, C. K., Farnsworth, A., Garland, S. M., ... & Templeton, D. J.** (2012). Anal human papillomavirus infection and associated neoplastic lesions in men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Oncology*, 13(5), 487-500.
- [101] **Darragh, T. M., & Winkler, B.** (2011). Anal cancer and cervical cancer screening: key differences. *Cancer Cytopathology*, 119(1), 5-19.
- [102] **Ghosn, M., Kourie, H. R., Abdayem, P., Antoun, J., & Nasr, D.** (2015). Anal cancer treatment: current status and future perspectives. *World Journal of Gastroenterology: WJG*, 21(8), 2294.
- [103] **Flaherty, A., Kim, T., Giuliano, A., Magliocco, A., Hakky, T. S., Pagliaro, L. C., & Spiess, P. E.** (2014). Implications for human papillomavirus in penile cancer. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations*, 32(1), 53.e1-53.e8.

- [104] Yu, Y. B., Wang, Y. H., Yang, X. C., Zhao, Y., Wang, M. L., Liang, Y., & Niu, H. T. (2019). The relationship between human papillomavirus and penile cancer over the past decade: a systematic review and meta-analysis. *Asian Journal of Andrology*, 21(4), 375.
- [105] Alemany, L., Cubilla, A., Halc, G., Kasamatsu, E., Quirós, B., Masferrer, E., ... & Tinoco, L. (2016). Role of human papillomavirus in penile carcinomas worldwide. *European Urology*, 69(5), 953-961.
- [106] Schlenker, B., & Schneede, P. (2018). The Role of Human Papilloma Virus in Penile Cancer Prevention and New Therapeutic Agents. *European Urology Focus*. 5(1), 42-45.
- [107] Hakenberg, O. W., Dräger, D. L., Erbersdobler, A., Naumann, C. M., Jünemann, K. P., & Protzel, C. (2018). The diagnosis and treatment of penile cancer. *Deutsches Ärzteblatt International*, 115(39), 646.
- [108] **Genital HPV Infection - Fact Sheet.** <https://www.cdc.gov/std/hpv/stdfact-hpv.htm> Erişim tarihi : 06.12.2020
- [109] [109] Bergman, H., Buckley, B. S., Villanueva, G., Petkovic, J., Garritty, C., Lutje, V., ... & Henschke, N. (2019). Comparison of different human papillomavirus (HPV) vaccine types and dose schedules for prevention of HPV-related disease in females and males. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 11, 73-103.
- [110] Sankaranarayanan, R., Joshi, S., Muwonge, R., Esmay, P. O., Basu, P., Prabhu, P., ... & Verma, Y. (2018). Can a single dose of human papillomavirus (HPV) vaccine prevent cervical cancer? Early findings from an Indian study. *Vaccine*, 36(32), 4783-4791.
- [111] Berman, N. R. (2016). Boosting HPV vaccination rates: A call to action. *Women's Healthcare*, (4), 7-13.
- [112] Tsang, S. H., Sampson, J. N., Schussler, J., Porras, C., Wagner, S., Boland, J., ... & Kemp, T. J. (2020). Durability of cross-protection by different schedules of the bivalent HPV Vaccine: The CVT Trial. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 112(10), 1030-1037.
- [113] **TITCK – Ruhsath ürünler listesi** <https://www.titck.gov.tr/dinamikmodul/85> Erişim tarihi : 06.12.2020.
- [114] **When to Get HPV Vaccine** <https://www.cdc.gov/hpv/parents/vaccine.html> Erişim tarihi : 06.12.2020.
- [115] **Human Papillomavirus (HPV) Vaccines.** <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/infectious-agents/hpv-vaccine-fact-sheet#:~:text=Gardasil%20is%20now%20the,still%20used%20in%20other%20countries> Erişim tarihi: 09.12.2020.
- [116] Saslow, D., Andrews, K. S., Manassaram-Baptiste, D., Smith, R. A., Fontham, E. T., & American Cancer Society Guideline Development Group. (2020). Human papillomavirus vaccination 2020 guideline update: American Cancer Society guideline adaptation. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 70(4), 274-280.

- [117] **Ulus, B.** (2015). HPV Aşı Uygulamalarında Güncel Yaklaşımlar. Türkiye Klinikleri Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği-Özel Konular, 1(2), 47-50.
- [118] **Salina Zhang, B. S., Batur, P.** (2019). Human papillomavirus in 2019: An update on cervical cancer prevention and screening guidelines. Cleveland Clinic Journal of Medicine, 86(3), 173.
- [119] **Dilli, Z.** (2016). Evli kadınların (18-65 yaş arası) servikal kansere ilişkin bilgi düzeyi ile öz-etkililik ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi (Master's thesis). İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.
- [120] **Cervical Cancer Screening.** <https://www.acog.org/womens-health/faqs/cervical-cancer-screening> Erişim tarihi : 10.12.2020.
- [121] **Fontham, E. T., Wolf, A. M., Church, T. R., Etzioni, R., Flowers, C. R., Herzig, A., ... & Kim, J. J.** (2020). Cervical cancer screening for individuals at average risk: 2020 guideline update from the American Cancer Society. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 70(5), 321-346.
- [122] **Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları.** <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/serviks-kanseri-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html> Erişim tarihi : 10.12.2020.
- [123] **Demirgöz Bal, M.** (2014). Kadınların pap smear testi yaptıрма durumlarının sağlık inanç modeli ölçeği ile değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi Cilt: 4, Sayı: 3.
- [124] **Çenesiz, E., & Atak, N.** (2007). Türkiye’de sağlık inanç modeli ile yapılmış araştırmaların değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(6), 427-434.
- [125] **Kim, H. W.** (2012). Knowledge about human papillomavirus (HPV), and health beliefs and intention to recommend HPV vaccination for girls and boys among Korean health teachers. Vaccine, 30(36), 5327-5334.
- [126] **Guvenc, G., Seven, M., & Akyuz, A.** (2016). Health belief model scale for human papilloma virus and its vaccination: adaptation and psychometric testing. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 29(3), 252-258.
- [127] **Strecher, V. J., & Rosenstock, I. M.** (1997). The health belief model. Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine, Part 2, 113-117.
- [128] **Özerdoğan, N., & Gürsoy, E.** (2017). Serviks Kanserinde Korunma ve Hemşirelik. Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics, 3(1), 40-9.
- [129] **Yıldırım, J. G., & Arabacı, Z.** (2015). Innovations in HPV vaccination and roles of nurses in cervical cancer prevention. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 15(23), 10053-10056.
- [130] **Eroğlu, K., & Koç, G.** (2014). Jinekolojik kanser kontrolü ve hemşirelik. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 1(2), 77-90.
- [131] **Kanbur, A. G. A., & Çapık, Y. D. D. C.** (2011). Servikal kanserden korunma, erken tanı-tarama yöntemleri ve ebe/hemşirenin rolü. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 18(1), 61-72.

- [132] **Kim, J.** (2018). The Relationship of Health Beliefs with Information Sources and HPV Vaccine Acceptance among Young Adults in Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(4), 673.
- [133] **Makwe, C. C., Anorlu, R. I., & Odeyemi, K. A.** (2012). Human papillomavirus (HPV) infection and vaccines: Knowledge, attitude and perception among female students at the University of Lagos, Lagos, Nigeria. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 2(4), 199–206.
- [134] **Rosen, B. L., DiClemente, R., Shepard, A. L., Wilson, K. L., & Fehr, S. K.** (2016). Factors associated with school nurses' HPV vaccine attitudes for school-aged youth. *Psychology, Health & Medicine*, 22(5), 535–545.
- [135] **Thomas, T. L.** (2016). Cancer Prevention: HPV Vaccination. *Seminars in Oncology Nursing*, 32(3), 273–280.
- [136] **Boyce, T., & Holmes, A.** (2012). Addressing health inequalities in the delivery of the human papillomavirus vaccination programme: examining the role of the school nurse. *PLoS One*, 7(9), e43416.
- [137] **Aktaş, D., Şahin, E., & Gönenç, İ. M.** (2012). Kadın sağlığını etkileyen, sık görülen bazı jinekolojik problemler ve hemşirelik yaklaşımları. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi* ; 1(2), 37-53.
- [138] **Townsend, H., & Bartlett, R.** (2020). The Role of Psychiatric–Mental Health Nurses and Nurse Practitioners in HPV Vaccine Uptake: Offering Unified Messaging. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 58(5), 2-4.
- [139] **Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L.** (2013). Chapter 2: Examining Your Data (p.34). *Multivariate Data Analysis: Pearson Education Limited. Essex: UK.*
- [140] **Kurtipek, G. S., Cihan, F. G., Ataseven, A., Özer, I., & Turhan, Z. C.** (2016). On Sekiz Yas Üzeri Kadınların Genital Verru, Servikal Kanser ve Human Papilloma Virüs Asisi Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları/The Knowledge, Attitude and Behaviours of Women above 18 Years Old about Genital Warts, Cervical Cancer and Human Papilloma Virus Vaccination. *Türk Dermatoloji Dergisi*, 10(3), 105.
- [141] **Pehlivanoglu, E. F. Ö., Sarı, H. B., Balcıoğlu, H., & Ünlüoğlu, İ.** (2019). Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Kadın Hastaların Human Papilloma Virüs Aşılması Ve Serviks Kanseri Hakkında Bilgi, Tutum Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Ortadoğu Tıp Dergisi*, 11(4), 456-460.
- [142] **Kızılrımk, A. & Kocaöz, S.** (2018). Bir Üniversitedeki Kadınların Serviks Kanseri ve Pap Smear Testine İlişkin Sağlık İnançlarını Etkileyen Faktörle. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 27(3), 165-175.
- [143] **Aydın, D. S., Ekmez, M., Göksedef, B. P., Hasanova, M., Aşık, H., & Çetin, A.** (2015). Polikliniğe Başvuran Kadınlarda Smear Farkındalığı Ve Yaptırma Sıklığı. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 18(4), 127-130.
- [144] **Özcam, H., Çimen, G., Uzunçakmak, C., Aydın, S., Özcan, T., & Boran, B.** (2014). Kadın Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri, Serviks Kanseri ve Rutin Tarama Testlerini Yaptırmaya İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Istanbul Medical Journal*, 15(3). 154-160.

- [145] **Şenol, D. K.** (2019). How Much I Am Aware of Human Papilloma Virus (HPV)?. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 13(4), 462-471.
- [146] **Dodd, R. H., McCaffery, K. J., Marlow, L. A., Ostini, R., Zimet, G. D., & Waller, J.** (2014). Knowledge of human papillomavirus (HPV) testing in the USA, the UK and Australia: an international survey. *Sexually Transmitted Infections*, 90(3), 201-207.
- [147] **Sherman, S. M., Nailer, E., Minshall, C., Coombes, R., Cooper, J., & Redman, C. W. E.** (2015). Awareness and knowledge of HPV and cervical cancer in female students: A survey (with a cautionary note). *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 36(1), 76–80.
- [148] **Radecki Breitkopf, C., Finney Rutten, L. J., Findley, V., Jacobson, D. J., Wilson, P. M., Albertie, M., ... & Colón-Otero, G.** (2016). Awareness and knowledge of Human Papillomavirus (HPV), HPV-related cancers, and HPV vaccines in an uninsured adult clinic population. *Cancer Medicine*, 5(11), 3346-3352.
- [149] **Hong, Y., Zhang, C., Li, X., Lin, D., & Liu, Y.** (2013). HPV and cervical cancer related knowledge, awareness and testing behaviors in a community sample of female sex workers in China. *BMC Public Health*, 13(1), 696.
- [150] **Aldohaian, A. I., Alshammari, S. A., & Arafah, D. M.** (2019). Using the health belief model to assess beliefs and behaviors regarding cervical cancer screening among Saudi women: a cross-sectional observational study. *BMC Women's Health*, 19(1), 6.
- [151] **Manhart, L. E., Burgess-Hull, A. J., Fleming, C. B., Bailey, J. A., Haggerty, K. P., & Catalano, R. F.** (2011). HPV vaccination among a community sample of young adult women. *Vaccine*, 29(32), 5238–5244.
- [152] **Kwang, N. B., Yee, C. M., Shan, L. P., Teik, C. K., Chandraleaga, K. N., & Abdul Kadir, A. K.** (2014). Knowledge, perception and attitude towards human papillomavirus among pre-university students in Malaysia. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(21), 9117-9123.
- [153] **Kasymova, S., Harrison, S. E., & Pascal, C.** (2019). Knowledge and awareness of human papillomavirus among college students in South Carolina. *Infectious Diseases: Research and Treatment*, Volume 12, 1–9.
- [154] **Baloch, Z., Yasmeen, N., Li, Y., Zhang, W., Lu, H., Wu, X., ... & Yang, S.** (2017). Knowledge and awareness of cervical cancer, human papillomavirus (HPV), and HPV vaccine among HPV-infected Chinese women. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 23, 4269.
- [155] **Fouda, L. M., & Elkazeh, E. A.** (2014). The impact of an educational intervention on women's knowledge and perception regarding cervical cancer and human papillomavirus vaccines in Tanta city: applying health belief model. *Life Sci J*, 10(12), 997-1005.
- [156] **Başar, F., Çiçek, S., & Sağlam, H. Y.** (2019). Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Human Papilloma Virüsü ve Aşısına Yönelik Bilgi Düzeyleri. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 10(17), 123-138.

- [157] **Karabulutlu, O.** (2013). Evaluation of the pap smear test status of Turkish women and related factors. *Asian Pac J Cancer Prev*, 14, 981-6.
- [158] **Dany, M., Chidiac, A., & Nassar, A. H.** (2015). Human papillomavirus vaccination: Assessing knowledge, attitudes, and intentions of college female students in Lebanon, a developing country. *Vaccine*, 33(8), 1001–1007.
- [159] **Charakorn, C., Rattanasiri, S., Lertkhachonsuk, A., Thanappapasr, D., Chittithaworn, S., & Wilailak, S.** (2011). Knowledge Of Pap Smear, HPV And The HPV Vaccine And The Acceptability Of The HPV Vaccine By Thai Women. *Asia-Pacific Journal Of Clinical Oncology*, 7(2), 160–167.
- [160] **Schaefer Ziemer, K., & Hoffman, M. A.** (2012). Beliefs and attitudes regarding human papillomavirus vaccination among college-age women. *Journal of Health Psychology*, 18(10), 1360–1370.
- [161] **Tiro, J. A., Meissner, H. I., Kobrin, S., & Chollette, V.** (2007). What do women in the US know about human papillomavirus and cervical cancer?. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 16(2), 288-294.
- [162] **Tiraki, Z., & Yılmaz, M.** (2017). Cervical Cancer Knowledge, Self-Efficacy, and Health Literacy Levels of Married Women. *Journal of Cancer Education*. 33(6), 1270-1278
- [163] **Açıkgöz, A., Çehreli, R., & Ellidokuz, H.** (2011). Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(3), 145-154.
- [164] **Donadiki, E. M., Jiménez-García, R., Hernández-Barrera, V., Sourtzi, P., Carrasco-Garrido, P., López de Andrés, A., ... Velonakis, E. G.** (2014). Health Belief Model applied to non-compliance with HPV vaccine among female university students. *Public Health*, 128(3), 268–273.
- [165] **Juntasopeepun, P., Davidson, P. M., Chang, S., Suwan, N., Phianmongkhol, Y., & Srisomboon, J.** (2011). Development and psychometric evaluation of the Thai Human Papillomavirus Beliefs Scale. *Nursing & Health Sciences*, 13(4), 475–480.
- [166] **Krawczyk, A., Knäuper, B., Gilca, V., Dubé, E., Perez, S., Joyal-Desmarais, K., & Rosberger, Z.** (2015). Parents' decision-making about the human papillomavirus vaccine for their daughters: I. Quantitative results. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 11(2), 322–329.
- [167] **Altıntaş, H. K., & Aslan, G. K.** (2020). Kadınların Meme ve Serviks Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Sağlık İnançlarının Değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 7(3), 249-261.
- [168] **He, C.** (2015). Use of the health belief model to understand HPV vaccine behavior in female undergraduates. *Master's Theses and Doctoral Dissertations, Michigan*, 825.
- [169] **Downs, L. S., Scarinci, I., Einstein, M. H., Collins, Y., & Flowers, L.** (2010). Overcoming the barriers to HPV vaccination in high-risk populations in the US. *Gynecologic Oncology*, 117(3), 486–490.
- [170] **Brewer, N. T., & Fazekas, K. I.** (2007). Predictors of HPV vaccine acceptability: a theory-informed, systematic review. *Preventive Medicine*, 45(2-3), 107-114.

- [171] **Ebu, N. I., Amisah-Essel, S., Asiedu, C., Akaba, S., & Pereko, K. A.** (2019). Impact of health education intervention on knowledge and perception of cervical cancer and screening for women in Ghana. *BMC Public Health*, 19(1), 1505.
- [172] **Kurçer, M. A., Şimşek, Z., Solmaz, A., Dedeoğlu, Y., & Gülel, R.** (2005). Şanlıurfa Harrankapı Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 0-2 yaş çocuk ve gebelerde aşılama oranları ve aşılama sorunları. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2(2), 10-15.
- [173] **Kang, H. S., & Moneyham, L.** (2011). Attitudes, intentions, and perceived barriers to human papillomavirus vaccination among Korean high school girls and their mothers. *Cancer Nursing*, 34(3), 202-208.
- [174] **Smith, E. M., Rubenstein, L. M., Haugen, T. H., Hamsikova, E., & Turek, L. P.** (2010). Tobacco and alcohol use increases the risk of both HPV-associated and HPV-independent head and neck cancers. *Cancer Causes & Control*, 21(9), 1369–1378.
- [175] **Grandahl, M., Chun Paek, S., Grisurapong, S., Sherer, P., Tyden, T., & Lundberg, P.** (2018). Parents' knowledge, beliefs, and acceptance of the HPV vaccination in relation to their socio-demographics and religious beliefs: A cross-sectional study in Thailand. *PloS one*, 13(2), e0193054.

EKLER

EK A : Sosyodemografik Bilgi Formu

EK B : HPV Enfeksiyonu Bilgi Skalası

EK C : Human Papilloma Virüs Enfeksiyonu ve Aşılmasına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

EK D : Etik Kurul İzni

EK E : Kurum Çalışma İzni



EK A :

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma, Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde yürütülmekte olan “*Kadın Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınların HPV ve HPV Aşısına Yönelik Sağlık İnançları*” başlıklı yüksek lisans tez çalışması için yapılmaktadır. Sorulara vereceğiniz cevaplar tarafımızca saklı tutulacak ve tamamen bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Sorulara vereceğiniz samimi ve doğru yanıtlar, araştırma bulgularının gerçeğe uygunluk derecesini yükseltecektir.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Yağmur Köseoğlu
BVU Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı

1-Yaşınız:

2-Eğitim Durumunuz:

- 1) İlkokul
- 2) Ortaokul
- 3) Lise
- 4) Ön lisans
- 5) Lisans
- 6) Diğer (açıklayınız).....

3-Eşinizin eğitim durumu:

- 1) İlkokul
- 2) Ortaokul
- 3) Lise
- 4) Ön lisans
- 5) Lisans
- 6) Diğer (açıklayınız).....
- 7) Evli değilim

4-Mesleğiniz:

5-Çalışma durumunuz:

- 1)Çalışıyorum (Belirtiniz)
- 2)Çalışmıyorum

6-Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

- 1) Kötü
- 2) Orta
- 3) İyi
- 4) Çok iyi

7-Daha önce Pap smear testini duydunuz mu?

- 1) Evet
- 2) Hayır

8-Daha önce Pap smear testi yaptırdınız mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

9- Ne sıklıkla Pap smear testi yaptırırınız?

- 1) Hiçbir zaman
- 2) Her yıl

- 3) 2 yılda bir
4) 2 yıldan daha uzun
- 10-Daha önce hiç HPV testini duydunuz mu?**
1) Evet
2) Hayır
- 11-Daha önce HPV testi yaptırdınız mı?**
1) Evet
2) Hayır
- 12-Daha önce sizde HPV virüsü tespit edildi mi?**
1) Evet
2) Hayır
- 13-Daha önce HPV aşısını duydunuz mu?**
1) Evet
2) Hayır
- 14-Daha önce HPV aşısı yaptırdınız mı?**
1) Evet
2) Hayır
- 15-Daha önce yaptırdığınız pap-smear testlerinde anormal sonuç aldınız mı?**
1) Evet
2) Hayır
- 16-Sizde veya ailenizde jinekolojik kanser olan var mı?**
1) Evet
2) Hayır
- 17-Cinsel partner sayınız 1'den fazla mı?**
1) Evet
2) Hayır
- 18-İlk cinsel ilişki yaşıınız:**
- 19-Herhangi bir bağışıklık sistemi hastalığınız veya cinsel yolla bulaşan hastalığınız var mı?**
1) Evet
2) Hayır
- 20-Sigara kullanıyor musunuz?**
1) Evet
2) Hayır
- 21-Alkol kullanıyor musunuz?**
1) Evet
2) Hayır

EK B :

Human Papillomavirüs (HPV) Enfeksiyonu Bilgi Skalası			
	Evet	Hayır	Kararsızım
1. HPV enfeksiyonu ile servikal kanser gelişmesi arasında bir ilişki vardır			
2. Düşük riskli HPV virüsleri servikal kansere neden olmaz			
3. HPV enfeksiyonu neredeyse belirtisizdir			
4. HPV cinsel yolla bulaşan bir hastalıktır			
5. HPV gözleri, solunum yollarını ve ağız boşluğunu enfekte edebilir			
6. Prezervatif (Kondom) HPV enfeksiyonunu önler			
7. HPV'nin inkübasyon süreci birkaç ay ya da bir yıldan fazla sürebilir			
8. Eğer immün sistem güçlü ise, HPV yavaş yavaş ortadan kalkabilir			
9. Cinsel açıdan aktif kadınlar yıllık olarak HPV kontrolü yaptırmalıdır			
10. Aşılama belirli tiplerdeki HPV enfeksiyonlarını önler			

EK C :

Human Papilloma Virüs Enfeksiyonu ve Aşılmasına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Sayın katılımcı;

Bu form sizin Human Papilloma Virus enfeksiyonu ve aşılmasına ilişkin sağlık inancınızı değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Vereceğiniz yanıtlar araştırmanın geçerlilik ve güvenilirliği açısından önem taşımaktadır. Bu nedenle değerlendirmelerinizi sizi yansıtacak şekilde dürüstçe ve titizlikle yapmanız, bilimsel sonuçlar elde etmek açısından son derece önemlidir. Bu araştırmaya katılımınız için teşekkür ederiz.

	1	2	3	4
	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok fazla
1. HPV aşısı genital siğilleri ve genital kanseri önleyebilir.				
2. HPV aşısı servikal kanseri önleyebilir. (erkekler için HPV aşısı ise erkeklerin gelecekteki eşini kanserden korur)				
3. HPV aşılarının etkin ve güvenilir olduğuna inanıyorum.				
4. HPV'ye karşı aşı olmayanlarda, genital siğil oluşma ihtimali yüksektir.				
5. HPV'ye karşı aşı olmayan erkeklerde anal ve penil kanserler, kızlarda ise servikal kanser gelişme ihtimali yüksektir.				
6. HPV enfeksiyonu ciddi bir hastalıktır ve okul yaşantısını/ iş yaşantısını alt üst edebilir.				
7. HPV enfeksiyonu ölümlere sebep olabilir.				
8. HPV enfeksiyonu, erkek arkadaşıyla ya da eş ile ilişkide sorun yaratabilir.				
9. HPV enfeksiyonu düşüncesi beni korkutur.				
10. HPV aşılarının etkinliği ve güvenilirliğinden şüphe duyuyorum.				
11. Erken yaşta HPV aşısı yaptırmaya karar vermekte zorlanırım.				
12. HPV aşısı erken yaşlarda cinsel ilişki olasılığını artırır.				
13. HPV aşısı pahalıdır.				
14. HPV aşısının olası yan etkileri beni endişelendirir.				

Bu ölçek Hae Won Kim'in izni ile Türkçe'ye uyarlanmıştır. 'Knowledge about human papillomavirus (HPV), and health beliefs and intention to recommend HPV vaccination for girls and boys among Korean health teachers' başlığı ile Vaccine 30 (2012) 5327– 5334 dergisinde yayınlanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Ad-Soyad : Yağmur Gürdal

Doğum Tarihi ve Yeri :

E-posta :

ÖĞRENİM DURUMU:

- **Lisans** : 2018, Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Hemşirelik Programı

MESLEKİ DENEYİM:

- 2018-2020 yılları arasında Koç Üniversitesi Hastanesi, Kadın Doğum Polikliniğinde hemşire olarak çalıştı.
- 2020'den günümüze Bahçelievler Devlet Hastanesi, Yetişkin Acil Servisinde hemşire olarak çalışmaya devam etmektedir.