

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**HEMŞİRELERİN HUMAN PAPİLLOMA VİRÜS HAKKINDA
BİLGİLERİ, İNANÇLARI VE AŞILANMA DURUMLARI**

HAZIRLAYAN

HACER ARI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA - 2021

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**HEMŞİRELERİN HUMAN PAPİLLOMA VİRÜS HAKKINDA
BİLGİLERİ, İNANÇLARI VE AŞILANMA DURUMLARI**

HAZIRLAYAN

HACER ARI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. LALE TAŞKIN

ANKARA - 2021

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Hacer Arı tarafından hazırlanan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 21/01/2021

Tez Adı: Hemşirelerin Human Papilloma Virüs Hakkındaki Bilgileri, İnançları ve Aşılama Durumları

Tez Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı - Soyadı, Kurumu)

İmza

Tarih: 21 / 01 / 2021

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Tarih: 06 /01 /2021

Öğrencinin Adı, Soyadı: Hacer ARI

Öğrencinin Numarası: 21810483

Anabilim Dalı: Hemşirelik.

Programı: Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı: Prof. Dr. Lale Taşkın

Tez Başlığı: Hemşirelerin Human Papilloma Virüs Hakkında Bilgileri, İnançları ve Aşılama Durumları.

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans/Doktora tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam 97 sayfalık kısmına ilişkin, 06 /01/2021 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından ‘Turnitin’ adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 18.’dir. Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç
2. Alıntılar hariç
3. Beş (5) kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

“Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını” inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası:

ONAY

Tarih: 06 /01/2021.

Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad, İmza:

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca göstermiş olduğu hoşgörölü desteği ile değerli bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım tezimin yürütölmesini sağlayan, danışmanım, değerli hocam sayın Prof. Dr.LaleTAŞKIN'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca her türlü sürecimde desteklerini esirgemeyen; Hemşirelik Hizmetleri Müdürüm, aynı zamanda tez izlem jürimde bulunan değerli hocam Sayın Doç. Dr. Ziyafet UĞURLU'ya,

Eğitim sürecimdeki desteklerinden dolayı çalışma arkadaşlarım Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü Blok Sorumlu Hemşireleri; Aysun CEYLAN, Betöl ÇAMLI ve Özlem GÜMÜŞ'e, Eğitim Hemşireleri Hülya KARAER, Aylin GÜNAY ve ismini sayamadığım Başkent Üniversitesi Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü kadrosunda çalışan değerli meslektaşlarıma katkılarından dolayı,

Bu yola çıkmak için beni yüreklendiren ve yol boyunca bilimsel ve manevi desteğini eksik etmeyen Dr. Öğr. Üyesi Aysun DOĞAN ve yol arkadaşım Mehtap KALAYCI'ya,

Tez izlem jürimde bulunarak değerli önerileriyle katkı veren hocalarım Sayın Prof. Sultan KAV, Sayın Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ ve Sayın Doç. Dr.Gölten IŞIK KOÇ'a,

Yüksek lisans eğitimim süresince manevi ve akademik desteklerinden dolayı başta Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Faköltesi Hemşirelik Bölümü Anabilim Dalı Başkanı, değerli hocam Sayın Prof. Dr. Azize KARAHAN'a ve Hemşirelik Bölümü Anabilim Dalı'nda görevli Saygıdeğer Öğretim Elemanlarına,

Eğitim sürecim boyunca küçücük yürekleriyle fedakârlıkla, sabır gösteren en büyük destekçilerim, sevgili evlatlarım Neva ve Emir'e, eşim Ali Tamer ARI'ya,

Maddi ve manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili anne, babalarım Makbule -Salih DEMİRBİLEK ve Hüsne - Mehmet ARI'ya,

Sonsuz teşekkürlerimle...

ÖZET

ARI, Hacer. Hemşirelerin Human Papilloma Virüs Hakkında Bilgileri, İnançları Ve Aşılama Durumları. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı, 2021.

Serviks kanseri, dünyada ve ülkemizde mortalitesi yüksek kanserlerden biridir. Bunun yanında önleneme ve erken tanılabilmek şansına sahip bir kanser türüdür. Bireylerin aşılama durumu hemşirelerin farkındalıklarından önemli ölçüde etkilenmektedir. Sağlık personelinin bu konudaki bilgisi, inanç düzeyi ve aşılama durumu, bu alanda sunacağı danışmanlık ve eğitim hizmetinin başarılı olabilmesi için oldukça önem taşımaktadır. Bu çalışma hemşirelerin, Human Papilloma Virüs (HPV)'e ilişkin bilgi, inanç ve aşılama durumlarının incelenmesine yönelik tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırmanın verileri, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi ve bağlı birimlerinde Mart- Nisan 2020 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın evrenini Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi ve bağlı birimlerinde çalışan toplam 332 hemşire oluşturmuştur. 20 hemşire anket formlarını tam doldurmadığı için 250 hemşire araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan ve üç bölümden oluşan form ile toplanmıştır. Birinci bölümde; hemşirelerin demografik bilgilerini, HPV'ye ilişkin bilgileri ve HPV aşısı yaptırma durumlarını irdeleyen soruların yer aldığı anket formu, ikinci bölümde sağlık inancını belirlemek için Kim tarafından 2012 yılında geliştirilen ve Türkçe uyarlaması Güvenç ve ark. (2016) tarafından yapılan Human Papilloma Virüsü ve Aşılmasına yönelik Sağlık İnanç Modeli (SİM) Ölçeği ve üçüncü bölümde ise; Demir ve Özdemir tarafından (2019) Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan Human Papilloma Virüsü (HPV) Bilgi Ölçeği kullanılmıştır. Veri toplama formu katılımcıların kendileri tarafından doldurulmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde Mann-Whitney U, Kruskal Wallis H, Ki kare testi ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Katılımcıların %95,2'si kadın, %4,8'i erkek, %70,8'i 18-35 yaş grubunda ve %61,2'si lisans mezunudur. Katılımcıların %4'ü HPV aşısı olduklarını belirtmişlerdir. HPV aşısı olma ve gelir durumu değişkenleri arasında olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Gelir durumu orta olan katılımcılardan HPV aşısı olanların oranı anlamlı derecede yüksektir. Eğitim düzeyi arttıkça SİM ölçek puanı artmaktadır. Hemşireler, HPV hakkında yeterli düzeyde bilgi sahibi olmadıklarını belirtmişlerdir. Diğer taraftan hemşirelerin HPV aşılama oranlarının

düşük olduğu görülmüştür. Bu doğrultuda hemşirelere HPV ve aşılama konusundaki farkındalıklarını arttırmak amaçlı formal eğitim sisteminde derslerde ve çalışma yaşamında hizmet içi eğitim, seminer vb. eğitim programları planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: HPV, HPV Aşısı, İnanç, Bilgi, Hemşire

Bu araştırma, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (Proje No: KA20/89) tarafından onaylanmıştır.



ABSTRACT

ARI, Hacer. Nurses' Knowledge, Beliefs and Status of Vaccination About Human Papilloma Virus. Başkent University Institute of Health Sciences, Nursing Master's Program with Thesis, 2021.

Cervix cancer is one of the cancers that has high mortality both in our country and the world. Apart from this, it is a type of cancer that has the chance to be prevented and early diagnosed. Women's getting vaccinated is significantly affected by the awareness of the nurses. The knowledge, level of belief, and status of vaccination of the health staff are quite important for their consultancy and training service on this subject to be successful. This study is a descriptive study to investigate nurses' knowledge, beliefs and status of vaccination related to HPV. The data of the research were collected at Başkent University Ankara Hospital and its associated units between March and April 2020. 332 nurses who work in Başkent University Ankara Hospital and its associated units formed the universe of the research. Because 20 nurses did not fully fill in the questionnaire forms, 250 nurses formed the scope of the study. The data was collected through the form which was prepared by the researcher and it consists of three parts. In the first of part, the questionnaire, including the questions examining the demographic information of nurses and their status of HPV and HPV vaccination was used. In the second part "Health Belief Model Scale", regarding HPV and its Vaccination, which was developed by Kim in 2012 and was by Güvenç et al to Turkish in 2016 to define the health belief, and in the last part, "Human P V Knowledge Scale", Turkish validity and reliability study of which were carried out by Demir and Özdemir (2019), were used. The data collection form was filled by the participants themselves. The Mann-Whitney U, Kruskal Wallis H, Chi-square tests and Pearson correlation analysis were utilized. 95.2% of the participants are women, 4.8% are men, 70.8% are in the 18-35 age group and 61.2% are undergraduate graduates. 4% of the participants specified that they had the HPV vaccine. There is a significant relationship between the HPV vaccine status and income variables ($p < 0.05$) Participants with better income have a considerably higher rate of HPV vaccine. The higher the education level is, the higher the SIM scale scores are. The nurses stated that they do not have enough knowledge about HPV. On the other hand, the rate of the nurses with vaccination is low. As a result of the correlation between HPV Knowledge Scale scores

and SIM scale scores, it has been found out that there is a positive correlation between nurses' level of knowledge and health beliefs. In this direction, in-service training, seminars, etc. in the formal education system should be planned to increase the awareness of nurses about HPV and vaccination.

Key Words: HPV, HPV Vaccination, Belief, Knowledge, Nurse

This research has been approved by Başkent University Faculty of Medicine and Health Sciences Research Board and Clinical Research Ethics Committee (Project No: KA20 / 89)



İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	x
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı	4
1.2. Araştırma Soruları	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Human Papilloma Virüs.....	5
2.2. HPV Tarihçesi	5
2.3. HPV Sınıflandırma	6
2.5. HPV Bulaş Yolu	9
2.6. HPV Risk Faktörleri.....	10
2.6.1. Yaş	11
2.6.2. Sosyo-ekonomik durum	11
2.6.3. Oral kontraseptif (OK) kullanımı.....	12
2.6.4. Prezervatif, spermisit ve vajinal kremlerin kullanım	12
2.6.5. Sigara.....	13
2.6.6. Beslenme ve diyet	13
2.6.7. Yaşam boyu cinsel partner sayısı	13
2.6.8. Erkeklerde sünnet	13
2.6.9. İlk gebelik yaşı ve doğurganlık	14
2.6.10. Kötü genital hijyen.....	14
2.6.11. Herpes simplex virüs (HSV).....	14
2.6.12. İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV)	14
2.7. HPV ile ilişkili Kanserler	15
2.7.1. Servikal kanser	15

2.8. HPV ve Servikal Kansere Taraması	16
2.9. HPV İlişkili Diğer Kanseler	18
2.9.1. Baş ve boyun kanserleri.....	18
2.9.2. Vulva kanseri.....	19
2.9.3. Vajinal kanser	19
2.9.4. Anal kanser	20
2.9.5. Penil kanserler	21
2.9.6. Genital siğiller	21
2.10. HPV bağışıklama	21
2.10.1. Bivalent aşı (2vHPV).....	23
2.10.2. Kuadrivalent aşı (4vHPV)	23
2.10.3. 9 Valanlı aşı (9vHPV).....	23
2.11. HPV Aşısı ve Hemşirenin Rolü.....	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	30
3.1. Araştırmanın Tipi.....	30
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	30
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	30
3.4. Araştırma Kapsamına Alınma Kriterleri.....	30
3.5. Araştırmanın Etik Yönü	31
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	31
3.7. Veri Toplama Araçları	31
3.7.1. Kişisel bilgi formu	32
3.7.2. Human papilloma virüs enfeksiyonu ve aşılmasına ilişkin sağlık inanç modeli ölçeği	32
3.7.3. Human papilloma virüsü bilgi ölçeği (HPV-BÖ)	33
3.8. Verilerin Toplanması.....	35
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	35
4. BULGULAR	37
4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri, Serviks Kanseri/Kanser Öyküleri İle Serviks Kanseri Hakkında Bilgi Alma Durumlarına İlişkin Bulgular.....	38
4.2. Hemşirelerin HPV Bilgi Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular.....	41
4.3. Hemşirelerin HPV Aşısına Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular	46

4.4. Hemşirelerin HPV Aşısı Olma Durumlarına İlişkin Bulgular	50
5. TARTIŞMA	55
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	64
6.1. Sonuçlar	64
6.1.1. Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri, serviks kanseri/kanser öyküleri ile serviks kanseri hakkında bilgi alma durumlarına ilişkin sonuçları.....	64
6.1.2. Hemşirelerin HPV bilgi ölçeği puanlarına ilişkin sonuçları	65
6.1.3. Hemşirelerin HPV aşısına yönelik sağlık inanç modeli ölçeği puanlarına ilişkin bulgular.....	67
6.1.4. HPV aşısı olma durumlarına ilişkin bulgular	68
6.1.5. HPV Bilgi Ölçeği ve SİM Ölçeği puanları arasındaki ilişkiye ait korelasyon testi sonuçları	69
6.1.6. Hemşirelerin bilgi düzeyleri ve inançları ile HPV aşısı yaptırma durumları arasında ilişki.....	71
6.2. Öneriler.....	71
KAYNAKLAR.....	73
EKLER	
EK 1: Ölçek Toplam ve Alt Boyutlarının Dağılımlarına İlişkin Normallik Testi	
EK 2: Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Sağlık İnanç Modeli Bilgi Ölçeği (SİM-BÖ) Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı	
EK 3: Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Human Papilloma Virüs Bilgi Ölçeği (HPV-BÖ) Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı	
EK 4: Hpv Bilgi Ölçeği Skorlama	
EK 5: Veri Toplama Formu	
EK 6: Human Papilloma Virüs Enfeksiyonu ve Aşılmasına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği	
EK 7: Human Papilloma Virüsü (HPV) Bilgi Ölçeği	
EK 8: Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Başkent Üniversitesi Etik Kurulu Onayı	
EK 9: Hpv Bilgi Ölçeği Kullanım İzni	
EK 10: Hpv ve Aşısına Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçek İzni	

TABLÖLAR LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 2.1. Kanser oluşturma potansiyelleri bakımından HPV tiplerinin sınıflandırılması...	7
Tablo 2.2. HPV aşıları.....	25
Tablo 2.3. HPV aşılarının dozlama programlar.....	26
Tablo 2.4. Aşılama Uygulamaları Danışma Kurulu Önerileri.....	27
Tablo 4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	38
Tablo 4.2. Hemşirelerin kanser/serviks kanseri öyküsüne ilişkin özellikleri	39
Tablo 4.3. Hemşirelerin Serviks Kanserine İlişkin Bilgi Alma Durumları	40
Tablo 4.4. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Human Papilloma Virüs Bilgi Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarına Verdiği Cevaplara İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler Tablosu	41
Tablo 4.5. Hemşirelerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre HPV Bilgi Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	42
Tablo 4.6. Araştırmaya katılan hemşirelerin Human Papilloma Virüs aşısına yönelik sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarına verdiği cevaplara ilişkin tanımlayıcı istatistikler	46
Tablo 4.7. Hemşirelerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre HPV aşısına yönelik SİM ölçeği alt boyut puan ortalamaları	47
Tablo 4.8. Hemşirlerin HPV aşısı olma durumlarına göre dağılımı.....	50
Tablo 4.9. Hemşirelerin“HPV Aşısı Olma Durumu” na göre HPV Bilgi ölçeği toplam ve altboyut puanlarının dağılımı	50
Tablo 4.10. “HPV Aşısı Olma Durumu” değişkenine göre SİM ölçek altboyut puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular	51
Tablo 4.11. HPV Bilgi Ölçeği ve SİM Ölçeği puanları arasındaki ilişkiye ait korelasyon testi sonuçları	52

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

AAHS	amorf alüminyum hidroksifosfat sülfat
ACIP	Advisory Committee on Immunization Practices / Bağışıklama Uygulamaları Danışma Kurulu
APOCP	Asian Pacific Organization for Cancer Prevention (Asya Pasifik Bölgesi Kanser Önleme Kurumu)
CYBH	cinsel yolla bulaşan hastalıklar
D&C	dilatasyon ve küretaj
DNA	deoksiribonükleik asit
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EMA	European Medicines Agency (Avrupa İlaç Ajansı)n
FDA	Food and Drug Administration / Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi
GLOBOCAN	cancer incidence, mortality and prevalence worldwide project
HGSIL	high-grade squamous intraepithelial lesion (yüksek dereceli intraepitelyal kanser)
HPV	human papillomavirus (insan papilloma virüs)
HR	high risk (yüksek risk)
IACR	International Association for Cryptologic Research (Uluslararası Kanser Kayıtlılığı Derneği)
IARC	International Agency for Research on Cancer (Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı)
KETEM	kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezi
LR	low risk (düşük risk)
LSIL	low-grade squamous intraepithelial lesion (düşük dereceli intraepitelyal lezyon)
MECC	Middle East Cancer Consortium (Orta Doğu Kanser Konsorsiyumu)
NCI	National Cancer Institute (Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü)
NHS	National Health Service (Amerikan Ulusal Sağlık Hizmetleri)
PAP	papanicolaou
PIN	penil intraepithelial neoplasia (penil intraepitelyal neoplazi)
SCC	squamous cell carcinoma (skuamöz hücreli karsinoma)
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UICC	Union for International Cancer Control (Uluslararası Kanslerle Mücadele Birliği)
VAIN	vaginal intraepithelial neoplasia (vajinal intraepitelyal neoplazi)
VIA	visual inspection with acetic acid (asetik asid ile görsel inceleme)
VIAM	magnified visual inspection with acetic acid (v1a ile büyütme)
VILI	visual inspection with lugol's iodine (lügol solusyonu ile görsel inceleme)
VIN	vulvar intraepithelial neoplasia (vulvar intaepitelyal neoplazi)
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı, “sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, bireyin bedensel, zihinsel ve sosyal yönden en üst düzeyde iyilik hali” olarak tanımlamaktadır. Sağlıklı olmak, bireyin genetik özelliklerden başlayıp inançlarına, yaşam olanaklarından sosyal çevresine kadar sahip oldukları değişkenleri kapsayan bütüncül bir durumu ifade eder. Dünyada daha çok bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığı, ölüm ve sakatlık riski oranları oldukça yüksekken, bulaşıcı olmayan hastalıkların (dolaşım sistemi hastalıkları, diyabet, kronik hava yolu hastalıkları, kanser gibi) görülme sıklığında artış meydana gelmeye başlamıştır. Bulaşıcı olmayan hastalıklar şu anda küresel ölümlerin çoğundan sorumludur. Bulaşıcı olmayan hastalık kategorisinde bulunan kanser Dünya da ve Türkiye de önemli bir sağlık problemi olarak ikinci sırada yer almaktadır (1,2,3). Dünyada her altı ölümden birinin (4), ülkemizde ise her beş ölümden birinin nedeni kanserdir (5). DSÖ 2018 yılı verilerinde kanser nedeniyle 9,6 milyon kişinin hayatını kaybettiği bildirilmektedir (4). GLOCOBAN 2018 verilerine göre 28 ülkede en sık teşhis edilen hastalık kanser olarak belirlenmiştir.

Dünya genelinde erkekler ve kadınlar için tahmini vakalar ve ölümler açısından bakıldığında 10 kanser türü göze çarpmaktadır. Her iki cinsiyette bir arada, akciğer kanseri en sık tanı alan kanserdir ve ölüme en çok neden olan kanser türüdür. Bunu yakından takip eden kanserler sırasıyla; kadın meme kanseri, kolorektal kanser, mide kanseri, karaciğer kanseri ve prostat kanseridir. Kadınlar arasında meme kanseri en sık tanı alan kanserdir ve kanser ölümünün önde gelen nedenidir(1).

Kadınların erkeklere göre daha çok hastalık ve sakatlık yaşadığı, tüm dünyada yapılmış çalışmalarda gösterilmektedir (6). Bu durumu etkileyen en önemli nedenlerden biri kadınlarda üreme sistemi kanserlerinin sık görülüyor olmasıdır. Bu nedenle de Jinekolojik kanserler kadın sağlığında önemli bir yere sahiptir. Jinekolojik kanserler meme kanserinden sonra kadınlarda morbidite ve mortalitenin en önemli nedenleri arasındadır (7).

Serviks kanseri Dünya çapında 2019 yılında tahmini 528.000 vaka ve 266.000'den fazla ölümle kadınlarda en sık teşhis edilen dördüncü kanser ve kanserden ölümlerin dördüncü önde gelen nedeni olarak sıralanmaktadır (8). Serviks kanseri vakalarının büyük bir kısmının cinsel yolla bulaşan bir hastalık olan HPV enfeksiyonu nedeni ile ortaya çıkmaktadır. HPV, serviks kanseri ve anogenital siğillerin en bilinen nedenidir (9). Son birkaç on yıla bakıldığında yüz güldürücü olarak serviks kanseri insidansı ve mortalite oranlarının dünya çapında birçok nüfus da azaldığı bildirilmektedir. Bu azalmada yapılan erken tanı taramasının etkisi büyük olmakla birlikte oranların düşmesinde sosyoekonomik düzeydeki artışa paralel genital hijyenindeki olumlu değişiklikler ve doğurganlıktaki düşüş olması da başka bir neden olarak gösterilmektedir (1).

Türkiye Kanser İstatistikleri 2016 göre serviks kanseri kadın kanserlerinde, tüm yaş gruplarındaki kadınlarda en sık görülen kanserler arasında dokuzuncu sırada yer almaktadır. Serviks kanseri vakalarının hemen hepsinin HPV ile ortaya çıktığı bilinmekte ve ülkemizde görülme sıklığı istatistiklere %4,6 olarak yansımaktadır (10). HPV, esas olarak serviksin mukozal epitel dokusunu enfekte ederek hücrelerde siğil oluşumu ile sonuçlanacak hücre proliferasyonunu artmasına neden olan bir etki gösterir. HPV bulaştırıcılığı son derece yüksek cinsel yolla bulaşan bir virüstür. HPV-16 ve HPV-18, rahim ağzı kanseri ile ilişkili en yaygın yüksek riskli HPV formlarıdır. HPV-6 ve HPV-11, anogenital siğillere neden olan düşük riskli virüslerdir. Genital HPV enfeksiyonları temel olarak enfekte bir kişiyle cinsel temas (hem vajinal hem de anal) ile bulaşır (7,11). DSÖ verilerinde Human Papilloma Virüs (HPV)'e bağlı kanserler erkeklere ait kanserlerin %1, kadınlara ait kanserlerin ise %5-10'undan sorumlu olduğu belirtilmektedir (4) . Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'nun HPV ile ilişkili verilerinde, kadınların erkeklerden 5 kat daha fazla HPV ilişkili kansere maruz kaldığı görülmektedir (5).

Hastalığın önlenabilir olması tedavi edilebilir olmasından çok daha önemlidir. Bütün kanser türlerine bakıldığında alınacak önlemler kanserlerin %30-50'sinin oluşmasını engelleme şansına olanak sunmaktadır (5). Serviks kanserinin büyük bir kısmının sebebi olan HPV'den korunmak mümkündür (9,12). Bu nedenle enfeksiyondan korunmak için birincil koruyucu yöntemleri önerilmektedir. Bunlardan en önemlisi HPV aşısıdır. HPV aşılama programları genital siğillerin görülme sıklığını, serviks ve anogenital kanser yükünü önemli ölçüde azaltabilir (13).

Amerikan Gıda ve İlaç İdaresi'nden (FDA) tarafından onay almış mevcut kullanımda üç çeşit HPV aşısı bulunmaktadır. Bu aşılar birçok ülkede ulusal aşı takvimine dâhil edilmiştir. Dünya piyasasında kullanılan aşı çeşitleri bivalan, kuadriyalan ve nanovalan HPV aşıları şeklindedir ve genital siğillerin %90'ına karşı koruyucudur. Bivalan aşı (cervarix) HPV 16, 18; Kuadriyalan aşı (gardasil) 6, 11, 16, 18; Nanovalan aşı (gardasil 9) 6,11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58 tiplerine karşı üretilmiştir (13,14).

Türkiye'de bivalan ve kuadriyalan aşılar kullanılmaktadır (13,14). HPV aşısı birçok dünya ülkesinde ulusal aşı programı kapsamında sadece kızlar için, 11 ülkede ise ek olarak erkekler için de uygulanmaktadır. DSÖ temel hedefleri olan kızlara aşı uygulaması sonucunda %80 üzeri başarıya paralel olarak erkeklerde HPV enfeksiyon riskinin düşeceğini öngörmektedir (4). Türkiye'de HPV aşısı ulusal aşılama programı kapsamında olmadığı ve pahalı olduğu için aşılanma oranları düşüktür. HPV aşısı hedef grubu olan ergenlerin hastalık ve aşı hakkında bilgilennemeleri ve dolayısıyla etkin aşılanmalarının sağlanması; ebeveynlerinin de bilgilенmesi ve en önemlisi de ulusal aşı programı kapsamına alınması halinde gerçekleştirilebilir (15).

Sağlık profesyonelleri mensubu olan hemşireler, kadınların erken tanı almasında uyguladıkları hemşirelik girişimleri ve eğitimleri sayesinde önemli paya sahiptir. Bu nedenle kilit noktada yer alan ve bireylerde olumlu sağlık davranışları geliştirmeleri beklenen hemşirelerin rahim ağzı kanserinden birincil ve ikincil korunmada etkin rol almaları sağlanabilir (16).

Sağlığı toplumsal bir değer haline getirmek ve bireylerin sağlık problemlerini çözümlmek için hemşirelerin doğru bilgi ve beceri ile donatılarak sağlık hizmetlerinin yeterli ve aktif kullanılması sağlanmalıdır. Bu nedenle öncelikle hemşirelerin içsel bilişsel faktörleri (bilgi, tutum, inanç, değer ve eğilim düzeyleri) saptanmalıdır. Hemşireler görev, yetki ve sorumlulukları kapsamında, bakımından sorumlu olduğu bütün kişilere eğitim ve danışmanlık hizmeti sunarken kişilerin hastalıklardan birincil korunmasında önemli bir noktada yer almaktadır (13).

Serviks kanseri dünyada ve ülkemizde mortalitesi yüksek kanserlerden biridir ve önlenibilme ve erken tanılanabilme şansına sahiptir. Bireylerin bu şansa sahip olduklarını bilmeleri ve bunu kullanabilmeleri ancak sağlık profesyonellerinin doğru eğitim ve

yönlendirmesi ile gerçekleşebilir. Bu aşamada kilit noktada görevli olan hemşirelerin örnek sağlık davranışı sergileyerek rol model olabilmeleri ve bakım verdiği bireylerin sağlıklarının koruyup geliştirebilmeleri için öncelikle kendi sağlıklarıyla ne kadar ilgilendiklerinin bilinmesi önem taşımaktadır (12,14). Bireylerde olumlu sağlık davranışı geliştirmesi beklenen hemşirelerin öncelikle konu hakkında doğru bilgiye sahip olmaları ve konunun önemine inanmaları gerekir. Bu nedenle bu araştırma hemşirelerin HPV hakkındaki bilgilerinin ve sağlık inançlarının aşılama durumlarına etkisini ve aralarındaki ilişkiyi incelemek ve çıkan sonuçlar doğrultusunda ihtiyaç olan alanlarda öneri geliştirmek amacı ile yapılmıştır.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, hemşirelerin HPV hakkındaki bilgileri, sağlık inançları ve aşılama durumlarının incelenmesidir.

1.2. Araştırma Soruları

Araştırmanın amacı doğrultusunda aşağıdaki araştırma sorularına yanıt aranmıştır.

Hemşirelerin HPV ye ilişkin bilgi durumları nedir?

Hemşirelerin HPV ye ilişkin sağlık inançları nedir?

Hemşirelerin HPV aşısı yaptırma durumları nedir?

Hemşirelerin bilgi düzeylerini etkileyen faktörler nelerdir?

Hemşirelerin sağlık inançlarını etkileyen faktörler nelerdir.

Hemşirelerin bilgi düzeyleri ve inançları ile HPV aşısı yaptırma durumları arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Human Papilloma Virüs

Human Papilloma Virüsü (HPV) insanda siğil oluşumuna neden olan bir virüstür. HPV'nin insana bulaşan 200'den fazla şekli vardır ve bunlar ellerde ve ayaklarda yaygın siğillere neden olan tipleri kıyasla zararsızdır. Ancak bu tiplerden en az 40'ı anogenital epitelyal ve mukozal hücreleri enfekte eder. HPV'nin yüksek riskli tiplerinin (tip 16, 18, 31 ve 41) oluşturduğu lezyonlar erken tedavi edilmezlerse, uzun dönemde kadınlarda rahim ağzı-serviks kanserine, erkeklerde ve kadınlarda diğer anogenital kanserlere (anüs, vulva, vajina, penis vb.) ve siğillere zemin hazırlamaktadır. Bu virüs epitel hücreleri enfekte edip normal hücre döngüsünü bozarak kontrolsüz hücre bölünmesinin oluşmasına neden olur(17, 18).

Human papilloma virüsler genetik kompozisyonlarında nispeten az değişikliğe uğramış, düzinelerce ve bin yıldan fazla bir süredir insan türü ile birlikte yaşayan, ebat olarak bakıldığında oldukça küçük (yaklaşık 8000 çift baz) olmalarına karşın, moleküler yapı açısından kompleks formda çift sarmallı DNA virüsleridir (19,20).

2.2. HPV Tarihçesi

Genital siğil anlamına gelen kandidoma aküminata ve siğil anlamına gelen verruca milattan öncesine kadar uzanan sürece sahip bir enfeksiyondur. Son derece bulaşıcı olduğu ve cinsel sadakatsizliği işaret ettiği bilinen bu siğille çok eski zamanlardan beri Yunan ve Romalılar tarafından bilinmektedir. Roma döneminde Uzakdoğu ya gidip gelen askerlerin penislerinde siğiller olduğu görülmesiyle Romalı filozoflarca siğiller, kondilomlar ve bunların bulaşıcılıklarından bahsedilmeye başlanmıştır(21).

İtalyan bilim adamı olan Domenico Rigoni-Stern 1760-1839 tarihleri arasında Verona'daki kadınların ölüm raporları üzerinde yaptığı bir çalışmada rahim ağzı kanserinin HPV kaynaklı olduğunu ortaya koymuştur (22,23,24).

Birinci yüzyılda Martial, kondilomların bulaştığını anlayan ilk kişi olmakla birlikte 1801 de Payne tarafından yaygın siğillerin artışlarının bulaş yoluyla gerçekleştiği gözlemlenmiştir(21,23). Ciuffo tarafından 1907 yılında yapılan hücreden arındırılmış bulaş deneyleri sonucunda siğillerden sorumlu viral ajanın yapısı oluşturularak insan siğillerinin bulaşıcı doğasının ilk kesin kanıtı ortaya konulmuştur (21,23,24). Jodassohn'un 1984'de gönüllü denekler ile yaptığı çalışmada bulaştırıcılık ile ilgili veri ile sonuçlanan ilk bilimsel deneyleri yapmıştır. Bu siğillerin bakteriyel olmayıp virüs bulaşıyla oluştuğunu 1919 yılında Wile ve Kingery'nin kendileri ve asistanları üzerinde yaptığı deneyler sonucunda kanıtlanmıştır.1920 yılından sonraki yıllarda ise genital siğillerin bulaşıcı özelliği netlik kazanmıştır (2). Papillomavirus1933'te ilk defa Richard Shope tarafından tavşanlarda yapılan bir deney sonucu patojen olarak (CRPV- Cottontail Papilloma Virüs) izole edilmiştir. Tavşanlarda epitelyum kanserine neden olan DNA tümör virüsüdür (21,23,24). 1965 yılında ilk olarak insan papilloma virüsünün DNA yapısı ve çift sarmala sahip olduğu ortaya çıkmakla birlikte 1970'li yıllarda heterojenik yapısı aydınlığa kavuşmuştur (23).

2.3. HPV Sınıflandırma

Genomundaki değişimler göz önünde bulundurularak sınıflandırılan paillomavirüslerin 200'ün üzerinde HPV genotipi bulunmaktadır. Bu genotipler birer birer keşif edilme sırasına göre numaralandırılmıştır. Bunların ortalama 40 alt tipinin anogenital epitel bölgede enfeksiyon oluşturduğu gözlenmiştir (21,24,25,26). Bağışıklık sistemi kuvvetli ise HPV'nin bulunduğu sistemden temizlenme süresi yaklaşık iki yıl olarak bildirilmektedir (24). HPV tipleri, çoğunlukla L1 geni içinde bulunan çift yönlü ve korunmuş nükleotit dizilerine göre sınıflandırılır (27) ve HPV enfeksiyonuna yol açtığı epitel dokuya göre kutanöz (siğil) ve mukozal (genital, oral, konjiktival papillomalar) şeklinde ikiye ayrılır. Kutanöz tipler: HPV tip 1, 4, 5, 8, 41, 48, 60, 63, 65; Mukozal tipler: HPV tip 6, 11, 13, 16, 18, 26, 30, 31, 33, 34, 35, 39, 42, 44, 45, 51, 52, 53, 58, 59, 64, 66, 67, 68, 69, 70, 73 'den oluşmaktadır (28).

İnsan papilloma virüsü tipleri klinik olarak kanser oluşturma ve etiyolojik ilişki açısından incelendiğinde ise üç grup şeklinde görülür (17,29). Kanser oluşturma potansiyelleri bakımından HPV tiplerinin sınıflandırılması aşağıda gösterilmiştir (Tablo 2.1).

Tablo 2.1. Kanser oluşturma potansiyelleri bakımından HPV tiplerinin sınıflandırılması
(20)

		Risk grubu	HPV tipleri
1.	(LR-HPV)	Düşük riskli	6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 55 ve 62
2.	(PrHR-HPV)	Olası yüksek riskli	26,53 ve 66
3.	(HR-HPV)	Yüksek riskli	16 başta olmak üzere, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51,52, 56, 58, 59, 68, 73 ve 82

Düşük riskli (LR-HPV) grupta bulunan HPV 6 ve 11 alt tipleri servikal intraepitelyal neoplazi (CIN), vajinal intraepitelyal neoplazi (VAIN), vulvar intraepitelyal neoplazi (VIN), penil intraepitelyal neoplazi (PIN) ve anal intraepitelyal neoplazi (AIN) tipleri ile ilişkilidir. Bununla birlikte daha sık olarak yüksek riskli (HR-HPV) olarak kabul edilen HPV 16, 18, 45, 31, 35 onkojenik alt tipleri neoplastik lezyonların içinden izole edilmiştir (20).

HPV risk grupları açısından bakıldığında düşük risk HPV tipleri benign siğillere, laringeal papilloma ve az da olsa kanser oluşumuna sebep olmaktadır. Yüksek risk grubundaki HPV tiplerine bakıldığında ise baş ve boyun kanserleri, serviks ve diğer genital bölgelerde gelişen kanserlerin oluşumuna sebep olduğu görülmektedir. HPV için dünya genelinde yapılan çeşitli çalışmalar sonucunda servikal kanser ile ilişkisi en çok olan genotiplerin HPV 16, 18, 31, 33, 45 olduğu gösterilmiştir (30).

Yüksek riskli grupta olan HPV tipleri serviks kanserinin %99,7'sinden sorumlu iken, HPV 16 ve 18 ise tek başlarına %71'inde sorumlu tutulmaktadır (26). Uç noktalardan bakıldığında ise HPV 16 dünya çapında rahim ağzı kanseri vakalarının yarısından tek başına sorumlu iken HPV 67 ise kanser oluşumundan tek başına çok nadiren sorumlu tutulmuştur (31).

2.4. HPV Epidemiyolojisi

Dünyada en sık karşılaşılan ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar arasında HPV'nin etken olduğu enfeksiyonlarda meydana gelen hızlanma oldukça dikkat çekmektedir (32,33,34). Servikal kanser vakalarının %99,8'inin HPV kaynaklı olduğu tespit edilmiştir (34). HPV kaynaklı serviks kanseri riskini cinsel eş sayısındaki artış ve erken yaşta cinsel ilişkinin arttırdığı bildirilmektedir (35).

Cinsel aktif erişkin bireylerin %70'inden fazlasının bir şekilde yaşamlarının bir noktasında HPV ile karşılaşma olasılıkları olduğu bunların da %70'den fazlasının 15-24 yaş aralığına denk geldiği bildirilmektedir (32,36). Bununla birlikte HPV epidemiyolojisi, coğrafi bölgelere ve yaş durumuna göre değişiklikler göstermektedir (34).

Dünya çapında 2018 yılı verilerine göre, kadınlarda en çok tanı konulan serviks kanseri tahminen 570.000 hasta ve 311.000 ölüme sebebiyet vermesi yüzünden dördüncü sırada bulunmaktadır. Dünya genelinde HPV prevalansı %1,4 ile %25,6 arasında ve serviks kanseri tanısı alan kişilerin %85'inin ekonomik açıdan zayıf ülkelerde hayatına devam ettiği saptanmıştır. Gelişmekte olan ülkelere ve dolayısıyla ülkemizde bir bireyin yaşamı süresince serviks kanseri tanısı alma şansı ortalama%3'dür. Türkiye'de her yıl serviks kanseri teşhisi konulan hastaların yaklaşık yarısından fazlası yaşamını yitirmektedir. Farklı zamanlarda; Türkiye'deki farklı kesimlerde yürütülen araştırmalarda HPV DNA pozitiflik oranının %2,7 ile %8,5 arasında değişiklik gösterdiği bildirilmektedir. Kan ve ark (2019) çalışmasında HPV pozitiflik oranını yaş dikkate alınmadan %3,29 olarak tespit ettiğini bildirmiştir (33). Türk Jinekolojik Onkoloji Grubu tarafından 2013 yılında, 6388 hasta dahil edilerek yapılan geriye dönük analiz sonucunda Türkiye'deki HPV prevalansı %25 olarak bulunmuş ve bu oranın dünya geneli ile benzerlik gösterdiğine işaret edilmiştir(36).

Kore'de sistematik bir literatür incelemesi ve meta-analiz yoluyla yapılan bir çalışma yapılmıştır. Koreli kadınlarında HPV prevalansı yaklaşık %36 olarak bulunmuştur. Bu sonucun Uluslararası Kanser Araştırması Ajansı (IARC) tarafından 2019'da sunulan HPV prevalans sonuçlarına benzer olduğu bildirilmiştir (37).

Nikaragua'da rahim ağzı kanseri, kadınlar arasında kanserden ölümlerin önde gelen nedenidir. Bu nedenle 2014 ve 2017 yılları arasında 44635 kadın üzerinde HPV testi ile tarama ile yapılan çalışma sonuçlarına göre; 6770 kadının HPV testi pozitif sonuçlanmıştır. Çalışmaya katılan kadınlar arasında pozitif gelenler total sayıya oranla % 15,2 olarak bulunmuştur(38). Dünya üstündeki kıtalar göz önünde bulundurularak kadınlarda HPV 16/18 prevalansı araştırılmıştır. İlk sırada %18,6 ile Afrika ikinci sırada %8,3'lük oranla Okyanusya yer alırken, %5,4 ile Amerika, %3,8 ile Avrupa ve %3,4 ile Asya kıtasının takip ettiği saptanmıştır (39).

2.5. HPV Bulaş Yolu

HPV virüsü doğrudan deriden temas yoluyla veya vücut sıvıları ile bulaşabilmektedir. Enfeksiyon en sık penetratif vajinal veya anal ilişki yoluyla yayılır (40). Virüsün oral-genital, manuel-genital, genital-genital ve vertikal (intrauterin olarak veya doğum sırasında anneden çocuğa) olarak bulaşabildiği gösterilmiştir (25). Anne sütü ile bulaş ise henüz kanıtlanmamıştır. Kadın ve erkeklerde virüsün bulaşma riski cinsel eş sayısı ile doğrudan ilişkilidir (21,40). Birden fazla cinsel eşi olan kadınlar, erkekler, anogenital siğil öyküsü olan ve erken cinsel aktivite başlangıcı olan bireylerde risk giderek artmaktadır(41). Cinsel ilişkinin şekli, ilk cinsel ilişki yaşı, kadınlarda gebelik sayısı, erkeklerde sünnet durumu, kondom ve oral kontraseptif kullanımı ile eş sayısı HPV bulaşında rol oynayan önemli faktörlerdir (36). HPV'nin kontamine kişisel eşyalarla bulaşı ise tam olarak netleşmemekle birlikte tartışmalı bir konudur ve etkilerinin az olduğu söylenmektedir. HPV'nin tuvalet, banyo gibi yüzeylerden bulaştığına dair belgelenmiş herhangi bir vaka olmamıştır (42).

Tartışmalı bir diğer konuda HPV'nin inhalasyonla bulaşdır. Yapılan çalışmalarda ameliyathane de Argon Plazma Koagülasyon (APC), lazer ve elektrokoter tedavisi esnasında meydana gelen dumanda HPV DNA'sı tespit edildiği bildirilmiştir. Ameliyathane ortamında ve cerrahın mukozal membranlarında kontaminasyon olabilmektedir. Cerrahın ellerinde ve nazofarinksinde daha yüksek bir prevalans söz konusu olduğu bildirilmiştir. Bu gözlemler sonucu işlem sırasında dumanı uzaklaştırıcı sistemler ve kişisel koruyucu donanım; N95 maske, eldiven, önlük ve gözlük kullanılması önerilmektedir (42).

HPV enfeksiyonların çoğu asemptomatik ilerleyip ve 2 yıllık bir süre içinde immün sistem tarafından erdike edilmesine rağmen genital HPV enfeksiyonu anogenital siğiller, servikal neoplazi, servikal kanser ve diğler anogenital kanserler de dahil olmak üzere hastalığa yol açabilmektedir. Sayıca 40'tan fazla olduğu bilinen genital HPV tipleri grade 3 servikal intraepitelyal neoplazi (CIN3)'den kansere kadar ilerleyen riski büyük farklılıklar göstermektedir(28).

Genel olarak HPV'nin inkübasyon süresinin değışken olduğu ve enfeksiyon kaynağını belirlemenin zor olduğu kabul edilmiştir. Genital siğil oluşmasında HPV enfeksiyonu ile ilişkili inkübasyon süresi 2 hafta ile 8 ay arasında değışmektedir. Genital siğillerin görülme süresi genellikle HPV bulaştıktan 2-3 ay sonraki zamana denk gelmektedir (42).

Papillomavirüsler ev sahibi epitelin farklılaşma durumuna bağı bir yaşam tarzına sahiptir; epitelin bazal hücrelerini enfekte eder ve proliferatif hücrelerde bir enfeksiyon oluştururlar. Enfekte hücreler farklılaştıkça, üretken yaşam döngüsü aktive edilir ve viral yüklü skuamlar sonunda epitel yüzeyinden serbest bırakılır (43). Epitelyal bariyerde incinme veya maseraysan sonucu disfonksiyon oluşan alanlar ve deri bütünlüğü bozulan alanlar virus ile enfekte olur(34). İmmün sistem işlevini normal biçimde yerine getiriyorsa genellikle hastalık oluşturmada uykuda kalabileceğı ve uyuyan virüsün bağıışıklığı baskılanana kadar da bulaşıcı olmayacağı fakat durumda farklılaşmaya neden olabileceğı bildirilmiştir. HPV enfeksiyonlarının genellikle çoğu geçicidir ve hücre aracılı bir bağıışıklık tepkisi yoluyla yaklaşık %70'i kendiliğinden 1-2 yıl içinde temizlenebilir (44).

2.6. HPV Risk Faktörleri

Erken tanı prognozu belirleyen en önemli faktördür. Fakat genellikle belirti vermeyen HPV enfeksiyonu çoğunlukla erken dönemde tanılanamamaktadır (36). Önlem almak risk gruplarının belirlemek ve onlara yönelik tedbirler almak önemli bir husustur.

2.6.1. Yaş

HPV ile karşılaşmanın sıklığı günümüzde genç bireylerde giderek artmakta olduğundan erken yaşın HPV enfeksiyonunda birincil faktör olduğu düşünülmektedir(24, 45). Bildirilen bir kısım çalışmalarda HPV prevalansında en önemli etki yaş şeklinde bildirilmiştir(45). HPV prevalansının 14-24 yaş arasında her yıl artış gösterdiği ilerleyen yaşlarda ise giderek azaldığı belirtilmektedir. En düşük HPV prevalansının 14-19 yaş aralığındaki kadınlarda, en yüksek prevalansın ise 20-24 yaş aralığındaki kadınlarda saptandığı ortaya konmuş ve kimi araştırmalarda HPV prevalansında postmenopozal kadınların ikinci bir pik noktası oluşturduğu gösterilmiştir (46). Yapılan çalışmalar sonucunda adölesan cinselliğinin serviks kanseri için önemli bir risk faktörünün olduğu görülmektedir. Adölesan dönemindeki gençlerin cinsellik konusunda eğitilmeleri serviks kanserinin önlenmesine yönelik alınacak tedbir planları içinde olması gerektiğine işaret edilmektedir(46).

Ülkemizde ilk cinsel deneyimi bireyler daha çok evlenme ile yaşamaktadır. Özellikle bu kadın bireyler için geçerli olmaktadır. Bu konu sorgulanması ve doğru cevap alınması açısından zor bir noktadadır. Eskişehir’de 2015 yılında yapılan bir çalışmada kadınlarda evlilik yaşı ilk cinsel ilişki yaşı olarak kabul edilip değerlendirilmiş ve evlilik yaşı daha erken olanlarda 12-19 yaş arası 20 kadında HPV DNA varlığı daha yüksek oranda saptanmıştır (47).

2.6.2. Sosyo-ekonomik durum

Serviks kanseri, kırsal kesimlerde yaşayan ve ekonomik olarak zayıf koşullara sahip kadınlarda daha çok görülmekte olduğu ve bunun sebebi olarak yaşanan ülkenin gelişmekte olması ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Gelir durumunun yetersiz olmasına bağlı kişilerin sosyal güvencelerinin olmaması nedeni ile hasta olmaksızın sağlık kuruluşlarına gidememesi dolayısıyla tarama yaptıramaması, yine maddi neden kaynaklı yetersiz beslenme ve kişisel hijyenini sağlayamamasının serviks kanseri oluşma ihtimalini yükselteceği bildirilmektedir (48).

2.6.3. Oral kontraseptif (OK) kullanımı

Oral kontraseptif (OK) kullanımı HPV enfeksiyonları ile ilişkili olduğu düşünülen bir diğer risk faktörüdür (49). Oral kontraseptifler (OKS) servikal ve hücrel atipik hücre çoğalmasını artırarak HPV'nin ortaya çıkmasını sağlamakta ve tespitini kolaylaştırmaktadır.

Yapılan araştırmada doğurgan dönemdeki kadınlar arasında en yüksek HPV DNA pozitiflik oranı oral kontraseptifler kullanan (3 kadın %11.1) kadınlarda tespit edilmiştir. Doğurgan dönemdeki kadınlardan, herhangi bir korunma yöntemi kullanmayanlar veya OK dışında bir yöntemle korunanlarla, OK ile korunanlar arasında ile HPV pozitifliği açısından istatistiksel olarak fark bulunmuştur (46).

Doğum kontrolünde 5 yıldan fazla Oral kontraseptif (OK) kullanan kadınlarda serviks kanseri gelişimi, bu tür ilaçları kullanmayanlara göre 3 kat artmıştır. Epidemiyolojik çalışmalara göre, çok eşli kadınlarda ve uzun süre hormonal kontraseptif kullanan kadınlarda rahim ağzı kanseri insidansının arttığını ve kadın hormonlarının rahim ağzı kanseri riskini desteklediği bildirilmiştir (45).

2.6.4. Prezervatif, spermisit ve vajinal kremlerin kullanım

HPV cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyondur. Bu enfeksiyondan korunmada cinsel ilişki esnasında spermisit ve vajinal krem kullanımı, semen veya vajinal sekresyon kaynaklı geçişten korunmada daha az etkili olmaktadır. Kadınlarda HPV bulaşını engellemek için her cinsel ilişki sırasında erkeğin prezervatif kullanımının bulaş riskini azalttığı belirtilmektedir. Yapılan bir çalışmada, HPV enfeksiyonu görülme prevalanslarının, prezervatif kullanmayan erkeklerde prezervatif kullanan erkeklere nazaran daha yüksek olduğu belirlenmiştir (24).

2.6.5. Sigara

Sigara kullananlarda HPV sıklığının fazla, genital siğillerin tedaviye cevabının zor olması ve hastalığın yinelenmesi gibi etmenlerden ötürü sigaranın HPV enfeksiyonları ile doğrusal bir ilişki içinde olduğu bir kısım çalışmada belirtilmiştir (42, 49). Ancak onkojenik HPV enfeksiyonu meydana gelme ihtimali ve sigara kullanımı ile birlikte anlamlı bir etkileşimden bahseden araştırmalar mevcuttur. Bu nedenle sigara ile HPV enfeksiyonu riski arasındaki birlikteliğin net olmadığı belirtilmiştir (48).

2.6.6. Beslenme ve diyet

Diyetin rolünün sınırlı olduğunu bildiren çalışmalar olmakla beraber HPV enfeksiyonu ve servikal kanserlerle ilişkili olabileceği düşünülen A, C, E vitaminleri, beta karotenler ve folat düzeylerinin ilişkisini ortaya koyan araştırmalar mevcuttur (49).

2.6.7. Yaşam boyu cinsel partner sayısı

HPV enfeksiyonlarının bulaşması bakımında en iyi tanımlanmış risk faktörü cinsel eş sayısıdır (49). Kişinin hayatının herhangi bir anında cinsel eş sayısı arttıkça HPV ile enfekte olma olasılığının arttığı bildirilmiştir (45). Kısa süre içerisinde yeni bir eş ile cinsel ilişkide bulunmanın da kadınlarda HPV enfeksiyonu riskini arttırdığı gösterilmiştir(49).

2.6.8. Erkeklerde sünnet

HPV enfeksiyonu, genital herpes gibi diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı sünnetin, koruyucu olduğu bildirilmiştir (42).

2.6.9. İlk gebelik yaşı ve doğurganlık

Gebelik sırasında serviksin eversiyonu sonucu travmalara maruziyet artar. Ya da hormonların serviks epiteli üzerine etkisi sonucu, HPV enfeksiyonu ve kanser riskini arttırdığı bildirilmiştir. Gebelik ve doğum sayısı ile serviks kanseri pozitif yönlü bir ilişki içinde olmasının çok sayıda doğurganlık, abortus, küretaj, doğumda servikal incinme yaşanması ve gebelik esnasındaki hormonal durumların serviks kanseri ile alakalı olduğu öne sürülmektedir. İlk gebeliğin 20 yaşından önce olması ve gebelik sayısının üçten çok meydana gelmesi de öngörülen bir risk faktörleri olarak belirtilmiştir. Türkiye de abortus, dilatasyon ve küretaj (D&C)'nin oldukça fazla sayıda yapılıyor olması jinekolojik problemlere ve tedavi edilemediğinde malign sorunlara yol açabilmektedir (48,49).

2.6.10. Kötü genital hijyen

Genital hijyenin yetersiz ve kalitesiz olması genital sistem ve üriner sistem enfeksiyonlarına sebep olmaktadır. Eğer bu gelişen enfeksiyonlar zamanında teşhis ve tedavi edilmezse serviks kanseri gibi önemli sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır. Özellikle menstürasyon döneminde genital bölge ve genel vücut temizliğinin olması gerektiği gibi yerine getirilememesi ve vajinal duş gibi yanlış uygulamaların serviks kanseri gelişme riskini arttırdığı vurgulanmaktadır (48).

2.6.11. Herpes simplex virüs (HSV)

Herpes Simplex Tip 2 Virüsü, yaklaşık kırk yıl önce yapılan çalışmalarda rahim ağzı kanserine neden olduğu üzerinde durulmuşsa da ilerleyen senelerde rahim ağzı kanserinin gelişmesine yardımcı olan bir etmen olduğu düşünülmeye başlanmıştır (48).

2.6.12. İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV)

İnsan immünyetmezlik virüsü (HIV) enfeksiyonubütün dünyada şuan oldukça önemsenen sağlık problemlerinden sayılmakta ve doğurganlık çağındaki kadınlarda ölüm

sebeplerinin başında yer almaktadır. HIV pozitif bireylerin bağışıklıklarının baskılanması sonucu HPV enfeksiyonun bulaş riskinin artacağı düşünülmektedir. Bu süreçte kanser öncüsü lezyonların tanınması ve yönetimi çok önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle HIV pozitif kadınlarda serviks kanseri taraması büyük önem taşımaktadır (7,50).

2.7. HPV ile İlişkili Kanserler

2.7.1. Servikal kanser

HPV, zararsız lezyonlardan kansere kadar çeşitli klinik durumlarla ilişkilendirilmiştir. Uzun yıllar süren çalışmalar sonucunda servikal kanserin habercisinin yüksek riskli HPV tipleri olduğu kanısına varılmıştır(51). Önde gelen bir genital kanser olan serviks kanseri, genital kanserler arasında yaygınlık bakımından üçüncü sırada yer almaktadır. Kadın jinekolojik kanserleri ve kadın ölümlerinin dördüncü en yaygın nedeni olduğu bildirilmektedir (33).

Serviks kanserinin etiyolojisinin anlaşılmasında ilerleme sağlanmış ve bazı HPV tipleri dünya genelinde servikal kanserin nedeni olarak belirlenmiştir (52). Viral enfeksiyonun maligniteye nasıl yol açabileceğinin en iyi gösteren örneklerinden birisi serviks kanseridir. Cinsel yolla bulaşan HPV sıklıkla servikal transformasyon zonunda metaplastik epitelin kalıcı enfeksiyonuna yol açtığı bildirilmektedir (53). Yüksek riskli HPV tipleri ile enfeksiyon, hücre proteinlerinin işlevini ve aynı zamanda hücresel gen ürünlerinin ekspresyonunu bozar (51).

Skumöz hücreli kanserlerin %95'in de, adenokarsinomların da %90'ında HPV DNA pozitif bulunmuştur. Preinvaziv lezyonlarda belirtildiği gibi yüksek riskli onkojenik HPV tiplerinden HPV 16 daha çok skumöz hücreli karsinomlardan, HPV 18 ise daha çok adenokarsinomlardan sorumludur (53). Servikal kanserin, hafif servikal intraepitelyal neoplaziden (CIN1) ve mikroinvaziv lezyonların (CIN2 veya CIN3) daha şiddetli derecelerine ve son olarak invaziv hastalığa kadar giderek ilerleyen sürekli tek bir hastalık süreci olarak ilerlediği tanımlanmıştır. Genel olarak CIN seviyesi ne kadar yüksek ise invazif kanser gelişme riski bir o kadar artmaktadır (51). Bu dereceler klinik ve patolojik açıdan daha kolay bir hale getirilerek iki gruba ayrılmıştır. CIN-1 için düşük dereceli

skuamöz intraepitelyal neoplazi (Low-SIL), CIN-II ve CIN-III için yüksek dereceli intraepitelyal neoplazi (High-SIL) olarak tanımlanmıştır. Tedavide Low-SIL olarak tanımlananlar için klinik takip yapılması, High SIL olarak tanımlananlar için ise öncelikle cerrahi operasyon yapılması önerilmektedir (54).

Sağlıklı bir serviks HPV enfeksiyonuna maruz kaldıktan sonra virüse bağlı bazı değişiklikler meydana gelebilir. Oluşan bu değişiklikler eski haline geri dönebilir de LowSIL 'e de dönüşebilir. Bu vakaların %60'ı 2-3 yıl içerisinde kendiliğinden normale dönebilir. Fakat %15'i 3-4 yıl içerisinde ilerleyerek yüksek grade servikal intarepitelyal lezyona (High-SIL) ve tedavi edilmediği takdirde 10 yıl içerisinde invaziv kansere dönüşebileceği bildirilmiştir (53,54).

Servikal intraepitelyal neoplazi (CIN) veya preinvaziv neoplazi, servikte meydana gelen anormal hücre oluşumlarının hastalık yapmadan önceki intraepitelyal alandaki ilk oluşum evreleridir. Bu dönemden sonra tümörün sınırlı alanından çıkıp bazal membranlardan aşağıya doğru ilerlemesiyle ise invaziv servikal kanser olarak süreci devam eder (7). İnvaziv serviks kanserinde belirtiler.

- Menstrasyon periyotları arasında vajinal kanama, düzensiz menstrasyon, postkoital veya postmenopozal vajinal kanama,
- Menstrasyon periyod gün sayısının artması ve anormal derecede ağırlı olması
- Disparoni,
- Vajinal tedirginlik veya kokulu akıntıGenital ve anal mukozalarda karnabakar görünümünde tek veya çok sayıda olabilen ağrısız siğiller vb. lezyonlar, bel ve kasık ağrısı,
- Tek bir bacakta şişkinlik
- İdrar yaparken ağrıYorgunluk, kilo kaybı, iştah kaybı olarak bildirilmiştir (53).

2.8. HPV ve Servikal Kanser Taraması

Günümüzde serviks kanseri nedeni ile olan ölümlerin %90 kadarı gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde tarama çalışmaları sistematik

ve yaygın şekilde yapılamamakta, bunun sonucu olarak da bu ülkelerde serviks kanseri hala çok sayıda ölüme yol açmaktadır. Serviks kanserinin bütün ülkelerde ülke çapında taranmasını Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün önerisidir (5). Dünyadaki tüm kadınlar, cinsel tercihleri ne olursa olsun, rahim ağzı kanseri taraması için aday olarak kabul edilmelidir (55).

Serviks kanseri taraması ülke şartları doğrultusunda aralık ve yöntem bakımından farklılık gösterebilir. Fakat her koşulda bir kadının, 30-65 yaşları arasında hayatında en az bir kez uygun bir yöntemle mutlaka taranması gerekmektedir (5). 1938 de Schiller tarafından serviksin lügol solüsyonu ile boyanarak gözle değerlendirilmesi ile başlayan taramalar zamanla değişim ve gelişim göstermiştir. 1941 de Papanicolaou tarafından bulunan pap smear sitoloji testi yaklaşık 50 yıldır en yaygın tarama yöntemi olarak kullanılmakta olup son yıllarda serviks kanserinin taramasında Pap-smear testine alternatif olarak HPV DNA testi eklenmiştir (56). Duruma göre HPV DNA testi pap smear sitoloji testi ile birlikte aynı anda da uygulanabilmekte ve bu test co-test olarak adlandırılarak günümüzde en yaygın kullanım alanını oluşturmaktadır (54).

Ülkemizde Kanser Erken Teşhis ve Tarama Eğitim Merkez'lerinde (KETEM) uygulanmak üzere 29.05.07 tarihli ve 2007/40 sayılı genelge ile serviks için ulusal standartlarımız yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu genelgede amaç servikal patolojileri erken evrede iken tespit edip etkin ve basit yöntemlerle tedavi edebilmektir. Böylece invaziv kanser sıklığında azalma ve beraberinde mortalite ve morbidite oranlarını düşürmek suretiyle tedavileri giderlerini azaltmakta olduğu bildirilmiştir (57).

Ülkemizde 2012 yılı Aralık ayında toplanan bilimsel komisyonda bildirilen görüşler doğrultusunda servikal taramanın primer olarak HPV testleri ile yapılması kararı alınmıştır. Türkiye de servikal tarama için HPV testinin kapsayıcılık bakımından bu sonuçlar doğrultusunda HPV pozitif vakaların takibi açısından aile sağlığı merkezlerinin HPV testlerini alması kararı alınmış ve HPV test bilgisi TC numarası ile uyumlandırılarak aile hekimliği bilgi sisteminden takip edilecek şekilde planlanmıştır. Neticede pozitif ve negatif olguların takibi sağlanmaktadır (5).

Anormal serviks kanseri tarama sonuçlarının ve prekanseröz lezyonların risk bazlı yönetimine dayalı ASCCP (American Society for Colposcopy and Cervical Pathology)'nın

2019 yılında yayınladığı kılavuza göre; HPV/ cotest yapılamadığı durumlarda sadece servikal smear ile takip, kabul edilmiştir. Prekanseroz lezyonların saptanmasında sitolojinin, HPV testine göre daha duyarlı olması nedeni ile daha sık aralıklarla yapılması önerilmiştir. HPV-cotest yıllık önerildiğinde 6 ayda bir sitoloji, HPV-cotest 3 yıl aralarla önerildiğinde ise yıllık sitoloji testi yapılması önerilmiştir. Genel olarak bakiğinde 2019 yönetim kılavuzlarının altında yatan risk tahminleri HPV DNA testine dayanmakta olduğu görölmektedir (58).

Servikal kanser taraması ve önlenmesi için 2014 de güncelleştirilmiş WHO 2014 önerileri; 30-49 yaş arası kadınların, servikal sitoloji (Pap smear) hayat boyunca süresinde en az bir kez, asetik asit ile görsel muayene (VIA) / Lugol iyot (VILI) 10 yılda bir kez ve yüksek riskli gruplarda HPV testinin 5 yılda bir, VIA/sitoloji 3-5 yıllık aralıklarla yapılması gerektiği şeklinde önerilmiştir (59). Ülkelerin sahip oldukları ekonomik ve insan kaynakları, sağlık sisteminin imkân ve olanakları göz önünde bulundurularak; pap smear testi, HPV- DNA testi veya co-testlerden herhangi biri tarama için seçilebilir.

2.9. HPV ilişkili Diğer Kanseler

2.9.1. Baş ve boyun kanserleri

Yılda 600.000'den fazla kişi yeni tanı almakta ve bunların 350.000'inden fazlası se anal kanserden ötürü hastalık nedeniyle ölmektedir. Baş boyun kanserlerinin çoğunluğunu (%90) üst solunum ve sindirim yolu mukozasından köken alan skuamoz hücreli kanser oldukları bildirilmiştir (60).

Günümüz koşullarında baş ve boyun kanseri daha çok, sigara ve alkol gibi önemli risk faktörleri taşımayan genç erkeklerde görölmekte olup doğrudan Human Papilloma Virüs (HPV) ile ilişkilidir. HPV pozitif orofaringeal kanserlerin prevalansı, geçtiğimiz on yılda önemli oranda artmıştır (61). Son yıllarda Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde orofarengal kanser insidansında mühim bir yükselme olduğu ve bu yükselişin belirli cinsel alışkanlıklardaki yükselişle aynı doğrultuda ilerleme gösterdiği saptanmıştır. HPV enfeksiyonlarının cinsel davranışlar sonucu oluşan enfeksiyonlar olduğu bildirilmektedir.

HPV bulaşmasında oral-genital yol her ne kadar sorumlu tutulsa da, oral temas veya diğer yollarla bulaşma ihtimali olabilir (49).

2.9.2. Vulva kanseri

Vulva kanserinin görülme sıklığı az olmakla birlikte kadınlarda tüm genital kanserlerin yaklaşık % 4 temsil eder(7,62). Fakat son zamanlarda özellikle genç kadınlar arasında vulvar kanser ve vulvar intraepitelyal neoplazi (VIN) insidansının arttığı bildirilmiştir (62). Servikal kanserde de görüldüğü gibi vulvar intraepitelyal neoplazi (VIN) tanıdan seneler evvel başlamış olabilir (7).

Skuamöz hücreli karsinomlar (SCC) vulvanın malign tümörlerinin % 90'ını ve bazaloid, siğil ve keratinize karsinom gibi çeşitli morfolojik şekilleri tanımlanmıştır. Bazaoid ve siğil skuamöz hücreli karsinomlar sıklıkla insan papilloma virüsü (HPV) ile ilgili kabul edilir ve genç kadınlarda daha sık görülürken, keratinize türlerde HPV-negatif ve yaşlı kadınlarda görülme ihtimali daha yüksektir (62).

Vulvanın intraepitelyal anormalliklerini belirtmekte kullanılan vulvar intraepitelyal neoplazi (VIN); VIN I, VIN II ve VIN III olarak üç bölümde incelenir.

VIN I, hafif displazi

VIN II, orta displazi

VIN III ciddi displazi veya karsinoma insitu (7).

2.9.3. Vajinal kanser

Jinekolojik kanserler arasında %2 oranında az görülen bir kanser türüdür (7). 50-70 yaş arası kadınlarda sık görülmekle birlikte servikal ve vulvar kanser öyküsü olan genital human papilloma virüs (HPV) enfeksiyonu geçirenler hastalık riski açısından önemli derecede paya sahiptir.

Vajinal İntraepitelyal neoplazi (VAIN) üç bölümde incelenir.

VAIN I, hafif displazi

VAIN II, orta displazi

VAIN III ciddi displazi veya karsinoma insitu (7).

2.9.4. Anal kanser

Anüs etrafı ve anal kanalda görülen tümörlerdir ve görülme sıklığı son zamanlarda artış göstermektedir (63). Bu artış, HIV (Human Immunodeficiency Virüs) pozitifliğinin yaygın olarak görülmesinin en mühim sonucu olduğu düşünülmektedir. Kanser vakalarından sorumlu olan 16, 18, 31, 33 ve 35 numaralı HPV suşlarının olduğu bildirilmiştir.

Anal kanserlerin görülme sıklığı açısından belli başlı risk faktörleri;

- Serviks kanserine de neden olan ve anüs ve çevresinde sigiller yapan human papillomavirus (HPV)
- Anüs yoluyla cinsel ilişki (hem kadın, hem de erkeklerde)
- Çok eşlilik
- Sigara kullanımı
- AIDS ve transplantasyon gibi nedenlerle bağışıklık sisteminin baskılandığı durumlardır (63,64).

Anal kanserlerinin belli başlı klinik belirtileri rektal kanama, anal bölgede ağrı, kaşıntı, konstipasyon, sızıntı ve anüste kitle hissidir. Bu tümörler çoğu zaman yavaş farklılaşır ve metastazı da geç olur(63). Tanı çoğunlukla fiziksel muayene ve rektoskopi ile konulmakta ve bu esnada bölgesel lenf nodlarında %15-20 civarında metastaz bulunduğu bildirilmektedir. Hastalığın seyri esnasında ölümlerin %40'ı uzak bölge metastazından kaynaklanmaktadır (65). Anal bölge karsinomları TNM sistemi ile evrelendirilirler (63).

T: Tümörü ifade etmektedir.

N: Lenf nodu sayısını ifade eder.

M: Metastaz durumunu belirtir.

2.9.5. Penil kanserler

Penis kanseri seyrek görülen bir kanser çeşidi olmakla birlikte erkeklerde ortalama 50-60 yaş civarı ve sonrasında görülmektedir. Erkek ürogenital kanserlerin %1'inden daha az bir kısmını meydana getirmektedir. HPV 16 ve 18 serotiplerine maruziyet hastalığın görülme sıklığını arttırmaktadır. Penil kanserler lokal olarak invaze olduğu gibi lenfatik ve vasküler kanal aracılığı ile de metastaz yapabilmektedirler (66).

2.9.6. Genital siğiller

Genital verruka ya da kondiloma akuminata olarak da bilinen genital siğiller benign lezyonlardır (67). Genellikle bulaşı cinsel kanal ile oluşan genital yerleşimli bir deri hastalığıdır. Yaygın olarak HPV 16 ve 18 serotiplerine maruziyet sonucu meydana gelir. Genital siğillere tanı koymak basit olmasına rağmen tekrarlama ihtimalinin fazla olması ve hastaların tedaviye uyumundaki değişikliklerden dolayı halen sorun teşkil etmektedir (53).

Türkiye'de Human Papillomavirüs (HPV) enfeksiyonu prevalansı, HPV kaynaklı meydana gelen genital siğiller ve serviks kanserinin görülme sıklığı, yürüttükleri gelişmiş ulusal tarama programlarını kullanan ülkelerin çok altında bulunmakla birlikte son yıllarda artış eğilimindedir (53). Genital siğilin bir diğer önemi HPV taşıyıcısı olan kişinin, diğer cinsel yolla bulaşan insan immün yetmezlik virüsü (HIV), hepatit B, hepatit C ve sifiliz gibi diğer hastalıklarla da karşılaşabileceği olasılığıdır (67).

2.10. HPV bağışıklama

Serviks kanseri ve HPV arasındaki ilişkinin çok güçlü olması araştırmacıları HPV aşısı geliştirme konusunda teşvik etmiştir. HPV enfeksiyonu oluşmasına engel olacak aşının dolayısıyla serviks kanseri oluşumunu da azaltacağından tarama ve tedavide maddi manevi fayda sağlayacağına inanmışlardır. Dünyada HPV aşısı için 1993 yılında çalışmalar başlamış olsa da ilk klinik araştırmalar 1996 yılında yürütülmüştür (33). Kanserden korunmada human papilloma virüsüne karşı bir aşının geliştirilmesi ve kullanılabilirliği kanserin önlenmesi için olağanüstü bir şans olmuştur (68).

Son yıllarda elde edilen istatistiksel veriler, HPV aşılarının kullanımının özellikli HPV serotiplerinden dolayı gelişen enfeksiyon ve hastalıkları engelleme de başarı sağladığını göstermektedir (59). ABD'de 2012-2016 yılları arasında Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri yılda ortalama 34.800 civarında kanserin HPV enfeksiyonu kaynaklı olduğunu tahmin etmektedirler (68).

Serviks kanserinden korunmak için 2006'da önerilen ilk aşı olan HPV aşıları, o zamandan beri bazı tartışmalara sebep olmuştur. Bu tartışma konuları aşılarda HPV-ilişkili kanserlerdeki başarı oranı, erkeklerde ve HPV ile enfekte olmuş kişilerde kullanımı hakkındaki sorular olsa da HPV aşıları, HPV ilişkili prekanseröz lezyonların önlenmesi konusunda bir şans vermektedir (69).

Dünya Sağlık Örgütü, HPV ile bağlantılı hastalıkları küresel sağlık sorunu kapsamında ele alarak HPV aşılarının ulusal aşılama programlarında alınmasını önermektedir. Yüksek gelirli ülkeler daha çok HPV aşılama oranlarına ulaşmışken, düşük gelirli ülkelerde aşıya ulaşımında gecikmeler söz konusudur. Ülkemizde de mevcut ulusal aşılama programında HPV aşıları yer almamaktadır. HPV aşılarının, düşük gelirli ve orta gelirli ülkelere kolay ulaşımını ve devamlılığını sağlamak için daha etkili olmasından ziyade herkes için ucuz ve uygun olması da gerekmektedir (69). Ağustos 2014 itibarıyla 58 ülke (% 30) HPV aşısını ulusal aşılama programlarında aşı kızlar ve bazı ülkelere erkekler için uygulamaya koyuldu (70).

Amaç aşılarda mümkünse cinsel aktivitenin başlamasından önce yani HPV enfeksiyonu ile ilk karşılaşmadan önce yapılmasını gerektirmektedir (71). Serviks kanseri ve HPV arasındaki ilişki fark edildiğinden beri üç HPV aşısı geliştirilmiştir (69). Üç aşı da, Rekombinant DNA teknolojisi kullanılarak hazırlanmış olup virüs benzeri partiküller (VLP'ler) olarak adlandırılan HPV tipine özgü boş kabukları oluşturmak için kendi kendine birleşen saflaştırılmış L1 yapısal proteininden hazırlanmaktadır. Canlı biyolojik ürünler ya da viral DNA aşılarda hiçbirinde bulunmadığından bulaşıcı değildir ve antibiyotik veya koruyucu madde içermezler. Dünya çapında 71 ülke (% 37) kız çocuklara yönelik ve 11 ülke (% 6) erkek çocuklarına yönelik aşı uygulamalarına 31 Mart 2017'ye kadar başlamış olduğu bildirilmektedir (71).

Çeşitli sayıda HPV tipi ile enfeksiyona savaşıacak olan bu üç aşı tipi (Şekil 2) FDA tarafından onaylıdır (72). Ulusal HPV aşı programları kıtalar bazında incelendiğinde; 193 ülkenin 81'inde HPV aşı programlarının bulunduğu belirlenmiştir.

2.10.1. Bivalan aşı (2vHPV)

HPV tip 16 ve 18'e karşı koruma sağlaması planlanmıştır. (ABD'de mevcut değildir, ancak diğer ülkelerde hala kullanılmaktadır (72). Saflaştırılmış viral L1 proteini içerir. İntramüsküler olarak uygulanır. 1 dozluk veya 2 dozluk şişeler veya önceden doldurulmuş şırıngalar mevcuttur. Bakülovirüs ekspresyon sistemi kullanılarak üretilir. Serviks, vulva, vajina ve anüsü etkileyen premalign anogenital lezyonlar, spesifik HPV tipleriyle ilişkili servikal ve anal kanserlerin önlenmesi için 9 yaş üzeri büyük kadın ve erkeklerde kullanılmak üzere endikedir (71).

2.10.2. Kuadrivalan aşı (4VHPV)

HPV tip 6, 11, 16 ve 18'e karşı koruma sağlaması planlanmıştır (72). Saflaştırılmış viral L1 proteini içerir. İntramüsküler olarak uygulanır. 1 dozluk şişeler veya önceden doldurulmuş şırıngalar mevcuttur. Aşı, maya substratı kullanılarak üretilir ve adjuvan olarak amorf alüminyum hidroksifosfat sülfat (AAHS) içerir. Yüksek riskli HPV tiplerinin neden olduğu anüs ve spesifik HPV tipleriyle nedensel olarak ilişkili anogenital sığiller, serviks, vulva, vajinayı etkileyen premalign lezyonların ve kanserlerin önlenmesi için 9 yaş üzeri büyük kadın ve erkeklerde kullanılmak üzere endikedir (71).

2.10.3. 9 Valanlı aşı (9vHPV)

HPV tip 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 ve 58'e karşı koruma sağlaması planlanmıştır (72). Hemen hemen dünyadaki servikal kanserlerin %90 'ına neden olan tipleri kapsamaktadır. Saflaştırılmış viral L1 proteini içerir. İntramüsküler olarak uygulanır. 1 dozluk şişeler veya önceden doldurulmuş şırıngalar mevcuttur. Maya substratı kullanılarak üretilir ve amorf alüminyum hidroksifosfat sülfat (AAHS) adjuvanını içerir. Yüksek riskli

HPV tiplerinin sebep olduğu serviks, vulva, vajina ve anüsü etkileyen premalign lezyonların ve kanserlerin ve spesifik HPV tipleriyle nedensel olarak ilişkili anogenital siğillerin önlenmesi için 9 yaşından büyük kadın ve erkeklerde kullanım için endikedir (71). FDA tarafından 9-26 yaş arası kadınlar ve 9-15 yaş arasındaki erkeklerde kullanım için onayını Aralık 2014 te almıştır (73).

9vHPV; 9-45 yaş arası erkeklere ve kadınlara, insan papillomavirüsünün neden olduğu hastalıkları ve displastik lezyonları önlemeye yardımcı olmak için rutin olarak tavsiye edilir. Bu hastalıklar; HPV tip16, 18, 31,33, 45, 52ve 58'in neden olduğu anal, orofarengeal, servikal, vulvar, vajinal ve diğeri baş-boyun kanserleri; HPV tip 6 ve 11'in neden olduğu kondilom acuminata (genital siğiller), servikal adenokarsinom in situ, anal, servikal, vulvar, vajinal intraepitelyal neoplazilerdir. 9 Valanlı Aşı (9vHPV) ile rutin aşılama yapılması için önerilen gruplar ise; Daha önce aşılanmamış veya 3 doz aşılanmasını tamamlamamış erkek ve 9-45 yaş arası kadınlardır. 26 yaşına kadar erkeklerle seks yapan eşcinsel ve biseksüel erkekler, aşı olmayan veya 3 dozluk aşısını tamamlamamış bağışıklık sistemi zayıflamış bireyler, cinsel istismar veya saldırı mağdurları ve transseksüel bireyler olarak bildirilmiştir (72).

Tablo 4.4.2.2. HPV aşıları (69)

Aşılar	Quadrivalent aşı (4vHPV)İ	Bivalan Aşı (2vHPV)	9 Valanlı aşı (9vHPV)
Ticari isimler	Gardasil	Cervarix	Gardasil
Hedeflenen HPV türleri	6, 11, 16, 18	16, 18	6, 11, 16, 18, 31,33, 45, 52, 58
Üretici firma	Merck and Co. Inc.	Glaxo Smith Kline	Merck and Co. Inc
Farmasötik formve içerikler	Enjeksiyonluk süspansiyon 1 şişe (0,5 ml) i	Enjeksiyonluk süspansiyon 1 şişe (0,5 ml) i	Enjeksiyonluk süspansiyon 1 şişe (0,5 ml) i
Uygulama şekli	Kas içi	Kas içi	Kas içi
FDA onaylı kullanım			
Kadın	Servikal, vulvar, vajinal, anal kanser, genital siğiller	Rahim ağzı kanseri, rahim ağzı kanseriepitel içi neoplazi	Servikal, vulvar, vajinal, anal kanser, genital siğiller
Erkek	Anal kanser, genital siğiller	-----	Anal kanser, genital siğiller
Yaş	9-26	9-25	9-45
EMA onaylı kullanım			
Kadın	Servikal, vulvar, vajinal, anal kanser, genital siğiller	Servikal, anal kanselerler, premalig anogenitallezyonlar	Servikal, vulvar, vajinal, anal kanser, genital siğiller
Erkek	Anal kanser, genital siğiller		Anal kanser, genital siğiller
Yaş	> 9 yıl	> 9 yıl	> 9 yıl

Tablo 4.4.2.3. HPV aşılarının dozlama programları (69)

HPV Aşıları	Quadrivalent Aşı(Gardasil)	Bivalent Aşı (Cervarix)	9 Değerli Aşı (Gardasil 9)
FDA	9-26 yaş; 3 doz 0, 2, 6 ay	9-25 yaş; 3 doz 0, 1, 6 ay	9 ila 14 yıl; 2 doz 0, 6 ila 12 ay * 3 doz 0, 2, 6 ay 15 ila 45 yıl; 3 doz 0, 2, 6 ay
EMA	9 - 13 yaş; 2 doz 0, 6 ila 12 ay * > 14 yıl; 3 doz 0, 2, 6. ay	9 ila 14 yaş; 2 doz (verilen ikinci doz5 ila 13 ay arasındai lk doz) > 15 yıl; 3 doz 0, 2, 6. ay	9 ila 14 yıl; 2 doz 0, 6 ila 12 ay * 3 doz 0, 2, 6 ay > 15 yıl; 3 doz 0, 2, 6. Ay
Türkiye	9 - 13 yaş; 2 doz 0, 6 ila 12 ay* > 14 yıl; 3 doz 0, 2, 6 ay	9 – 14 yaş; 2 doz 0, 6 ila 12 ay * (verilen ikinci doz 5 ila 13 ay arasında ilk doz) > 15 yıl; 3 doz 0, 2, 6 ay	--

EMA, Avrupa İlaç Ajansı; FDA, Gıda ve İlaç Dairesi; HPV, İnsan papilloma virüsler

*İkinci doz, ilk dozdan 5 aydan daha erken uygulanırsa, üçüncü bir dozu ikinci dozdan en az 4 ay sonra uygulanmalıdır.

Güncellenen ACIP (Bağışıklama Uygulamaları Danışma Kurulu) 2019 tavsiyelerinde, 27-45 yaş arası yetişkinlerin çoğunun aşılanamayacağı ve ergenlerin HPV aşı programının en önemli odak noktası olmaya devam ettiğini bildirmektedir. Yeterince aşılanmış olarak kabul edilen ve değişmeyen kişilerin doz ayarlama programları, aralıkları ve durumları hakkında güncel ACIP ek kılavuzu rehberlik sağlamaktadır (68) (bkz. Tablo 4.4.2.4).

Tablo 4.4.2.4. Aşılama Uygulamaları Danışma Kurulu Önerileri, (ACIP) 2019 (68)

Aşılama Uygulamaları Danışma Kurulu, (ACIP) Önerileri	
Gruplar	Öneriler
9-26 yaş arası çocuklar ve yetişkinler	HPV aşısı rutin olarak 11 yaşında veya 12 yaşında önerilir; aşılamaya 9 yaşından itibaren başlanabilir. 26 yaşına kadar aşı olmayan tüm kişiler için tavsiye edilir.
Yetişkinler >26 y	HPV aşısı 26 yaşından büyük yetişkinler için tavsiye edilmez. HPV aşısı ile ilgili ortak verilmiş klinik karar doğrultusunda aşı olmamış ya da eksik doz olmuş 27-45 yaş arası bazı yetişkinler için tavsiye edilir. HPV aşıları 45 yaşından büyük erişkinlerde kullanım için lisanslı değildir.
Yönetim	Yeterli aşı olduğu düşünülen kişilerin dozlama programları, aralıkları ve tanımları değişmemiştir. HPV aşısının uygunluğunu belirlemek için aşı öncesi test (örneğin, Pap veya HPV testi) önerilmez.
Rahim ağzı kanseri taraması	Servikal kanser tarama kılavuzları ve önerileri takip edilmelidir.
Özel nüfus ve tıbbi durumlar	Bu öneriler, HPV enfeksiyonu veya hastalığı için davranışsal veya tıbbi risk faktörleri ne olursa olsun; 9-26 yaş arası çocuklar ve 26 yaşından büyük yetişkinler için geçerlidir. Hamile kişilerde HPV aşısı gebelik sonrasına kadar geciktirilmelidir; ancak aşılamadan önce gebelik testine gerek yoktur. Emziren kişilere HPV aşısı yaptırılabilir. Gebelik veya emzirme döneminde HPV aşısı ile ilgili öneriler değişmemiştir.

2.11. HPV Aşısı ve Hemşirenin Rolü

Serviks kanseri bütün dünyada önemli oranda morbidite ve mortalite ile yakından alakalıdır. Serviks kanserinin en büyük nedenlerinden birinin yüksek riskli HPV

serotiplerinden kaynaklı olduğu ve bu tür kanserlerin engellenebilme şansının olduğu bilinmektedir(58).

Serviks kanseri insidansının yüksek olması, HPV tarama yetersizliği, kamu bilincinin az olması ve yüksek mortalite oranları HPV enfeksiyonun yaygın olduğunu göstermektedir. Temel nedenlerden kaynaklı etkenler bakımından toplum farkındalığı, hastalık oluşumunu engelleme ve korunma planlamaları belirtilmesi gereklidir (59).

Çağdaş Halk Sağlığı Felsefe'sinde savunduğu gibi kişiler hastalanmadan evvel, halen sağlıklı iken sağlıklarını korumak ve geliştirmek yönünde hareket etmek durumundadırlar. Bireylerin sağlık davranışlarının sahip oldukları inanç, değer ve tutumlar dahilinde şekillendiğini bildiren Sağlık İnanç Modeli, uygulanacak tedavi ve kişilere verilecek sağlık eğitiminin bu yönde bireysel olarak belirlenmesinin daha uygun olabileceğini savunmaktadır (74). Burdan yola çıkarak çalışmamızda kullandığımız, Güvenç ve arkadaşlarının geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğu HPV ve Aşısı Sağlık İnanç Modeli (SİM) de motivasyon teorisine dayanmaktadır. Bir birey tarafından bir sağlık davranışının geliştirilmesinin, riski altında olan bireye, bir hastalığın ve sonuçlarının önemli olabileceği açısından inançlarına, hastalık riskine engel olma veya azaltma davranışında fayda algısına ve davranışın gerçekleştirilmesiyle ilgili engellerin algılanmasına bağlı olduğunu belirtir. Algılanan duyarlılık, algılanan şiddet, algılanan faydalar, algılanan engeller, kendi kendine etkinlik ve eylem ipuçları SİM'i oluşturan kavramlardır (75).

Bir toplumda serviks kanseri konusunda en bilgili ve en bilinçli grubun sağlık hizmeti sunucuların olması beklenmektedir. Sağlık hizmeti sunucularının önemli bir parçası olan hemşirelerin sorumlulukları arasında öncelikle kendi sağlıklarını korumalarının yanında, bakımından sorumlu oldukları kişilerinde sağlığını koruma ve geliştirme görevleri mevcuttur. Bundan dolayı hemşireler çalıştıkları birimler her neresi olursa olsun serviks kanseri ve korunma yolları hakkında yeterince bilgiye sahip olmak durumundadırlar (76).

Bağışıklama ile önlenmesi ön planda olan bulaşıcı hastalıkların yanında virüs kaynaklı bazı kanser çeşitlerinin de önlenilebileceği, son zamanlarda gündemde olan önemli konulardan birisidir (77). Sağlık çalışanlarının HPV hakkındaki bilgilerini arttırmak için

eğitim, bireyselleştirilmiş geri bildirim ve teşvikler ile HPV aşılama oranlarında artış olması beklenebilir. Son zamanlarda hepatit B ve HPV aşılarının kanser gelişimini engellediği kanıtlanmıştır. İlk etapta aşılar hakkında doğru bilgilendirilme sağlanması ve hemşirelerinde aşılama sağlanarak toplum sağlığı bilincine ve aşılama durumlarına katkıda bulunulabilir (72).

Konuyla ilgili eğitim almış hemşireler kişilerde serviks kanseri risk faktörlerini rahatça sorgulayabilir ve tespit edebilir. Hasta ve ailesini ihtiyaçları doğrultusunda eğitim ve danışmanlık hizmeti sunabilir. Bireyler sağlıkları ile ilgili yolunda gitmeyen bir şey hissetmeden doktora başvuramazlar ancak riskli olduğu düşünülen kişiler sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından bilgilendirilip yönlendirildiği takdirde kontrol için sağlık merkezlerine başvurabilirler. Serviks Kanseri Önleme Örgütü, DSÖ ve başka 5 örgütle yaptıkları anlaşma doğrultusunda sağlık hizmeti sunucularına her yerde ve her koşulda serviks kanseri eğitimi vermeleri gerekliliğini bildirmişlerdir (76).

Zrinyi ve arkadaşları (2020) Macaristan'da yaşayan 500 Roman kadın ile servikal tarama ve HPV aşılama ile ilgili yaptıkları çalışmada, önemli olarak hemşirelerin taramada ve aşılamada ikinci sırada yer aldığını, kadınların iletişim ve paylaşımlarının doktorlardan ziyade hemşirelerle çok daha etkin olduğunu saptamışlar. İlerleyen zamanlarda tarama, aşılamada oranlarını iyileştirmek ve bunların düzenli uygulanmasını sağlamak amacıyla, hemşirelerin rollerinin daha odaklı ve donanımlı olması gerektiği sonucuna varmışlardır (78).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, Başkent Üniversitesi'nde çalışan hemşirelerin HPV'ye ilişkin bilgi, sağlık inançları ve HPV aşısı olma durumlarını inceleyen tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Başkent Üniversitesi Ankara hastanesinde çalışan hemşireler ile Mart 2020 - Nisan 2020 tarihleri arasında yürütülmüştür. Başkent Üniversitesi Ankara hastanesinde kadın hastalıkları, doğum ve jinekolojik onkoloji hastalarına bakılmakta olan üç ayrı yataklı klinik mevcuttur. Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalına ait dört katlı poliklinik binası mevcut olup burada 6 hemşire hizmet vermektedir. Bu bölümde rahim ağzı (serviks), rahim ve yumurtalık kanserlerinin taranması, tanılarının konması, cerrahi tedavileri gerçekleştirilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi ve bağlı birimlerinde çalışan toplam 322 hemşire oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmemiş olup araştırmanın uygulanacağı tarihler arasında çalışmaya katılmayı kabul eden 270 hemşire çalışmaya katılmıştır. Veri toplama formlarındaki eksik bilgiler nedeni ile 20 hemşire çalışma dışı bırakılarak, çalışma 250 hemşire ile yürütülmüştür. Araştırmaya katılma oranı %77,64'tür.

3.4. Araştırma Kapsamına Alınma Kriterleri

Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşireler çalışmaya alınmıştır.

3.5. Araştırmanın Etik Yönü

Bu çalışma, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurul tarafından onaylanmıştır (Proje No: KA2089). Araştırmanın yürütülmesi için Başkent Üniversitesi Başhekimliği'nden ve çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden izin alınmıştır. Ayrıca araştırma da kullanılacak olan ölçeklerin, izinleri alınmıştır (EK-9, EK-10).

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın veri toplama aşaması COVID-19 pandemisi döneminde gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle hemşirelerin işten ayrılış oranlarının artması ve izole kliniklerde çalışan hemşirelere veri formlarının ulaştırılması ve geri dönüşlerdeki aksamalar nedeniyle örneklem hedefindeki 322 hemşireden sadece 250'si çalışma kapsamına alınabilmiştir. Araştırma örnekleminde erkek katılımcı oranının %4,8 olması, karşılaştırma analizleri açısından sınırlılık oluşturmaktadır.

Ayrıca alınan cevaplar hemşirelerin beyanına dayanmakta olup çalışma özel bir üniversitesi hastanesinde tek merkezli uygulanmış olması açısından sınırlılık oluşturmaktadır.

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırma da 3 farklı veri toplama formu kullanılmıştır. Birinci bölümde; hemşirelerin demografik bilgilerini, HPV ve HPV aşısı yaptırma durumlarını irdeleyen sorularının yer aldığı kişisel bilgi formu, ikinci bölümde sağlık inancını belirlemek için “İnsan Papilloma Virüsü ve Aşılmasına Yönelik “Sağlık İnanç Modeli Ölçeği” ve üçüncü bölümde ise “Human Papilloma Virüsü (HPV) Bilgi Ölçeği” kullanılmıştır.

3.7.1. Kişisel bilgi formu

Kişisel bilgi formu, literatür ışığında araştırmacı ve tez danışmanı tarafından geliştirilmiştir. Soru formu, hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri, demografik bilgileri, HPV ve HPV aşısı hakkında bilgilerini ve aşı yaptıırma durumlarını belirlemeye yönelik 26 sorudan oluşmaktadır. (EK-5)

3.7.2. Human papilloma virüs enfeksiyonu ve aşılmasına ilişkin sağlık inanç modeli ölçeği

Ölçek, sağlık inancını belirlemek için Hae Won Kim tarafından geliştirilmiştir.. Türkçe uyarlaması Güvenç ve arkadaşları tarafından 2016 yılında yapılmıştır. Human Papilloma Virüs Enfeksiyonu ve Aşılmasına ilişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği 14 madde ve dört alt ölçekten oluşmaktadır.

1-Algılanan faydalar (1-3. Maddeler) : Belirli bir sağlık sorunu ve hastalıkları önlemek için alınan önlemler için önerilen önleme yöntemleri benimseyen avantajları inançları vardır.

2- Algılanan duyarlılık (4 ve 5.Maddeler): Bireyin sağlığı olumsuz yönde etkileyecek bir durum yaşama olasılığını kendi algılamasını ifade eder.

3- Algılanan ciddiyet (6–9. Maddeler): Bir sağlık sorunu ve bir hastalığın yoğunluğu nun derecesinin yorumlanması potansiyel ciddi sonuçları inançtır

4-Agılanan engeller (10-13 ve 14. Maddeler): Belirli bir sağlık eyleminin potansiyel olumsuz yönlerine veya bireylerin önerilen bir davranışı uygulamalarını engelleyecek maliyetler ve yan etkiler gibi algılanan engellere atıfta bulunur (75).

Ölçek maddeleri dörtlü likert tipte cevapları içermekte olup, 1 “hiç”, 2 “biraz”, 3 “oldukça”, 4 “çok fazla” olarak anımladılmaktadır.. Yüksek puanlar, boyut hakkında daha güçlü inançlara işaret etmektedir. Engeller dışında, tüm alt ölçekler aşılama ile olumlu yönde ilişkilidir (EK-6).

Kim tarafından orjinal çalışmada Cronbach α sırasıyla 0.85, 0.83, 0.74 ve 0.85 α değerleri ile doğrulanmıştır. Güvenç ve arkadaşları tarafından 4 alt ölçek Cronbach α değerlerinin 0,71 ile 0,78 arasında değişkenlik gösterdiği bildirilmiştir. Çalışmamızda çıkan Cronbach α değerleri; Algılanan Faydalar 0,828, Algılanan Duyarlılık 0,766, Algılanan Ciddiyet 0,757, Algılanan Engeller 0,595 şeklinde hesaplanmıştır.

3.7.3. Human papilloma virüsü bilgi ölçeği (HPV-BÖ)

HPV-BÖ, bireylerin HPV, HPV aşısı ve tarama testleri hakkındaki bilgi seviyelerini ölçmek amacıyla, 2013 yılında Waller ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. HPV-BÖ'nün Türkçe uyarlaması Demir ve Özdemir tarafından 2019 yılında yapılmıştır. Ölçekte bireylerin HPV, HPV aşısı ve HPV tarama testlerini daha önce duyup duymadıkları ve bu konular hakkında ne derece bilgi sahibi oldukları araştırılmaktadır. Ölçeğin orijinalinde toplam madde sayısı 35 olup, Türkçe uyarlaması sonucu madde sayısı 33 olarak düzenlenmiştir. HPV-BÖ'de 29 maddelik üç alt boyut ve 6 maddelik bağımsız bir alt boyut yer almaktadır. HPV-BÖ'nün ilk alt boyutu 16 maddedir ve katılımcıların HPV hakkında genel bilgisini sorgulamaktadır. HPV-BÖ'nün ikinci alt boyutu 6 maddedir ve HPV tarama testleri ile ilgilidir. HPV-BÖ'nün üçüncü alt boyutu 5 maddeden oluşmaktadır ve katılımcıların HPV aşısıyla ilgili maddeleri yanıtlamaları istenmektedir.

HPV-BÖ bağımsız alt boyutu, ölçeğin uygulandığı üç farklı ülkede yürütülen HPV aşısı programına yönelik olarak üç farklı biçimde geliştirilmiştir. Bağımsız boyutta yer alan altı madde; İngiltere, Amerika ve Avusturalya'da, HPV aşısına erişim ve aşılama zamanlarıyla ilgili mevcut aşılama programına ilişkin bilgi durumunu sorgulamaktadır. Geçerlilik ve güvenilirliği yapıldığı çalışmada ise bağımsız alt boyut, ülkemizdeki mevcut HPV aşı programı dikkate alınarak, kapsam geçerliği sonucunda uygun bulunan maddelere ölçekte yer verilerek oluşturulmuştur. HPV-BÖ'nün her bir maddesini katılımcıların, “Evet”, “Hayır” ve “Bilmiyorum” şeklinde işaretlemesi beklenmektedir. Değerlendirme aşamasında, her bir doğru cevap=1 ile puanlanırken, yanlış cevaplar ile bilmiyorum ifadeleri=0 ile puanlanmaktadır. Ölçeğin cevap anahtarı EK 1'de yer almaktadır. Cevaplarda yanlılığı önlemek için orijinal ölçekteki olduğu şekilde, doğru ve yanlış cevaplar karışık şekilde verilmiştir. HPV-BÖ'den elde edilecek toplam puan 0-33

arasındadır ve puanın yüksek olması HPV, HPV tarama testleri ve HPV aşısı hakkındaki bilgi düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

1. Faktör: Genel HPV bilgisi: 1., 2., 3., 4., 5., 6., 7., 8., 9., 10., 11., 12., 13., 14., 15. ve 16. Maddeler ölçeğin ilk alt boyutunu oluşturmaktadır. Ölçeğin birinci alt boyutunda yer alan 16.

Madde de; HPV risk faktörleri, bulaşma yolu, korunma yöntemleri, HPV enfeksiyonu tedavisine ilişkin genel bilgi soruları yer almaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek toplam puan 0-16 arasında değişmektedir ve alınan yüksek puanlar HPV genel bilgisinin yüksek olduğunu yansıtmaktadır.

4. Faktör: HPV tarama testi bilgisi: 17., 18., 19., 20., 21., 22. maddeler ölçeğin ikinci alt boyutunu oluşturmaktadır. İkinci alt boyutta yer alan altı madde; servikal kanser taramasına yönelik yapılan pap smear ve HPV DNA testine ilişkin bilgi soruları yer almaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek toplam puan 0-6 arasında değişmektedir. Bu alt boyuttan alınan yüksek puanlar HPV tarama testlerine ilişkin bilginin yüksek düzeyde olduğunu ortaya koymaktadır.

3. Faktör: Genel HPV aşısı bilgisi: 23., 24., 25., 26. ve 27. maddeler ölçeğin üçüncü altboyutudur. Üçüncü alt boyutta yer alan beş madde; HPV enfeksiyonu ve ilgili hastalıkların önlenmesine yönelik uygulanan HPV aşılarının koruyuculuğuyla ilgili bilgi sorularından oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek toplam puan 0-5 arasında değişmektedir ve alınan yüksek puanlar HPV aşısının koruyuculuğu hakkındaki genel bilginin yüksek olduğunu yansıtmaktadır.

2. Faktör: Mevcut HPV aşılama programına yönelik bilgi: 28., 29., 30., 31., 32. ve 33. maddeler ölçeğin son boyutunu oluşturmaktadır. Ölçeğin dördüncü boyutunda yer alan altı maddede; HPV aşılarının kimlere, hangi yaş aralığında ve kaç doz uygulanmasıyla ilgili bilgi sorular yer almaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek toplam puan 0-6 arasında değişmektedir ve alınan yüksek puanlar HPV aşısının uygulanması ile ilgili koşullar hakkındaki bilginin yüksek olduğunu ortaya koymaktadır.

Orijinal ölçeğin 29 maddesi için cronbach α değeri 0,83 olduğu ve ölçeğin bu değeri için tutarlılığın yüksek olduğu bildirilmiştir. Demir'in çalışmasında HPV-BÖ'nün güvenirlik katsayısının orijinal ölçek çalışmasının sonucuna benzer olarak, ölçek toplamı için 0,96 olarak hesaplanmıştır. Bizim çalışmamızda ise HPV Ölçeği cronbach α değeri 0,936 olarak hesaplanmıştır.

3.8. Verilerin Toplanması

Araştırma ile ilgili izinler alındıktan sonra veri toplama formunun anlaşılabilirliğini değerlendirmek için 15 kişiye (Başkent Üniversitesi Hastanesinde çalışan hemşireler) ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda herhangi bir sorun gelişmemesi nedeni ile 15 kişi çalışma kapsamına dahil edilmiş olup, anket formları dağıtılarak veriler toplanmıştır. Katılımcılara anket formları şahsen verilmiş olup kendi beyanları doğrultusunda tamamlandıktan sonra toplanmıştır.

Uygulama esnasında, katılımcılara forma isim ve soy isim yazılmayacağı, formun nasıl doldurulacağı, formun kapalı olarak teslim alınıp, diğer formlar arasına karıştırılacağı bilgisi verilmiştir. Bilgilendirmenin ardından, katılımcıların formu bireysel olarak cevaplaması sağlanmıştır. Katılımcıların, formu cevaplarken oluşan soruları, araştırmacı tarafından HPV ile ilgili herhangi bir bilgi vermeden açıklanmıştır. Veri toplama formlarını cevaplanma süresi ortalama 20 – 30 dakika sürmüştür.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler, “SPSS 20.0” istatistik paket programı yardımıyla analiz edilmiştir. Ölçeklerden elde edilen toplam puanlar ölçek değerlendirmesi yapılarak sayı ve yüzde dağılımına bakılmıştır. Ayrıca ölçek puanları ile değişkenlerin karşılaştırılması yapılmıştır. Değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermediklerini belirlemek amacıyla Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro Wilk's testlerinden yararlanılmıştır. Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup; $p < 0,05$ olması durumunda değişkenlerin normal dağılıma uyum göstermediği, $p > 0,05$ olması durumunda ise değişkenlerin normal dağılıma uyum gösterdikleri belirtilmiştir.

Gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken değişkenlerin normal dağılıma uyum göstermedikleri durumlarda parametrik olmayan (nonparametric) Mann Whitney U ve Kruskal Wallis-H Testlerinden yararlanılmıştır. Kruskal Wallis-H Testinde anlamlı farklılıkların görülmesi durumunda farkın hangi gruptan/gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla Post-Hoc Çoklu Karşılaştırma Testi kullanılmıştır. Nominal değişkenlerin grupları arasındaki ilişkiler incelenirken Ki-Kare analizi uygulanmıştır. 2x2 tablolarda gözelerdeki beklenen değerlerin yeterli hacme sahip olmaması durumlarında Fisher's Exact Test kullanılmış olup RxC tablolarda ise Monte Carlo Simülasyonu yardımıyla Pearson Ki-Kare analizi uygulanmıştır.

Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup; $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı bir farklılığın olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı bir farklılığın olmadığı belirtilmiştir.

4. BULGULAR

Hemşirelerin Human Papilloma Virüs hakkındaki bilgi, sağlık inancı ve aşılanma durumlarını incelemek için yapılan çalışmanın bulguları 4 bölüm altında sunulmuştur.

1. Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri, serviks kanseri/kanser öyküleri ile serviks kanseri hakkında bilgi alma durumlarına ilişkin bulgular
2. Hemşirelerin HPV Bilgi leği Puanlarına ilişkin bulgular
3. Hemşirelerin HPV aşısına yönelik sağlık inanç modeli leği puanlarına ilişkin bulgular
4. HPV aşısı olma durumlarına ilişkin bulgular.

4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri, Serviks Kanseri/Kanser Öyküleri İle Serviks Kanseri Hakkında Bilgi Alma Durumlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N=250)

	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	238	95,2
Erkek	12	4,8
Yaş		
18-24	86	34,4
25-35	91	36,4
36-45	66	26,4
46 ve ↑	7	2,8
Eğitim durumu		
Lise	85	34,0
LÜniversite ve üstü	165	66,0
Medeni durum		
Bekar	134	53,6
Evli /dul	116	46,4
Algılanan gelir durumu		
Çok iyi	3	1,2
İyi	80	32,0
Orta	138	55,2
Kötü	22	8,8
Görev yaptığı klinik		
Servis	113	45,2
Poliklinik	57	22,8
Yoğun Bakım	41	16,4
Yönetim	12	4,8
Diğer *	27	10,8
Çalışma süresi (yıl)		
1 yıl ve daha az	39	15,6
2-5 yıl	98	39,2
6-14 yıl	47	18,8
15 yıl ve üzeri	66	26,4
TOPLAM	250	100,00

*Ameliyathane, merkezi sterilizasyon ünitesi, koroner anjiyografi ve girişimsel radyoloji ünitesi

Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine bakıldığında; %95,2'sinin kadın, %36,4'ünün 25-35 yaş grubunda ve %65'inin üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %53,6'sı bekârdır %55,2'si gelir gider durumunu orta olarak algılamaktadır.

Hemşirelerin çalışma özelliklerine bakıldığında; %45,2'si serviste, %22,8'i poliklinikte, %16,4'ü yoğun bakımda ve %4,8'i yönetimde görev yapmaktadır. Çalışma

sürelerinin ise; %15,6'sının 1 yıl ve daha az, %39,2'sinin 2-5 yıl, %18,8'inin 6-14 yıl, %26,4'ünün 15 yıl ve üzeri olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Hemşirelerin kanser/serviks kanseri öyküsüne ilişkin özellikleri (N=250)

Hemşirelerin kanser/serviks kanseri öyküsüne ilişkin özellikleri	Sayı	%
Ailede serviks kanseri öyküsü olma durumu		
Evet*	12	4,8
Hayır	238	95,2
Ailede serviks kanseri olan kişiler N=12		
Teyze	2	16,7
Kız kardeş	1	8,3
Yenge	1	8,3
Anne	2	16,7
Büyükbabanne	3	25,0
Hala	3	25,0
Kendisinde kanser öyküsü		
Evet**	3	1,2
Hayır	247	98,8

* Hala (3), büyükbabaanne (3), anne (2), teyze (2), kızkardeş (1), yenge (1)

** Serviks kanseri (2), retinoblastom (1)

Tablo 4.2’de hemşirelerin kanser/serviks kanseri öyküsüne göre dağılımları yer almaktadır. Hemşirelerin %4,8’inin ailesinde serviks kanseri öyküsü bulunduğu; ailesinde serviks kanseri öyküsü olduğunu belirten katılımcılar (12 kişi) %25’i hala, %25’i büyükbabaanne %16,7’si anne, %16,7’si teyze cevabını vermişlerdir.

Hemşirelerinin %1,2’si daha önce herhangi bir kanser tanısı aldıklarını ifade etmişlerdir. Tabloda gösterilmemiş olup kanser tanısı aldığını ifade eden 3 hemşireden 2’si servisk Ca, 1’i da retinoblastom cevabını vermişlerdir.

Tablo 4.3. Hemşirelerin Serviks Kanserine İlişkin Bilgi Alma Durumları (N=250)

Hemşirelerin serviks kanserine ilişkin bilgialma durumlarına ilişkin özellikler	Sayı	%
Serviks kanseri hakkında bilginiz var mı?		
Evet	145	58,0
Hayır	17	6,8
Kısmen	88	35,2
Serviks kanseri hakkındaki bilgiyi nereden aldınız? (n=250)*		
Okul dersi / Seminer	142	56,8
Medya	39	15,6
Arkadaş / Sosyal çevre	34	13,6
Kitaplar	54	21,6
Doktor / Sağlık Personeli	102	40,8
Diğer	3	1,2
Cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilginiz var mı?		
Evet	235	94,0
Hayır	15	6,0
Cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgi ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz?		
Evet	68	27,2
Hayır	34	13,6
Fikrim yok	148	59,2

*Soruya birden fazla cevap verilebilmektedir.

Hemşirelerin serviks kanserine ilişkin bilgilerine göre dağılımı incelendiğinde; hemşirelerin %58'i serviks kanseri hakkında bilgisi olduğunu belirtirken, %35,2'si kısmen bilgisi olduğunu, %6,8'i ise bilgisi olmadığını belirtmiştir.

Serviks kanseri hakkında bilgi edinme yöntemleri sorulduğunda; hemşirelerin %56,8'i okul/seminer, %40,8'i doktor/sağlık personeli, %21,6'sı kitaplar%1,2'si çalışma ortamı cevabını vermiştir.

Hemşirelerin %94'ünün cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgi sahibi oldukları, %27,2'sinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında sağlık eğitimi ihtiyaçlarının olduğunu belirttikleri saptanmıştır.

Hemşirelerin %94'ünün cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgi sahibi oldukları, %27,2'sinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında sağlık eğitimi ihtiyaçlarının olduğunu belirttikleri saptanmıştır.

4.2. Hemşirelerin HPV Bilgi Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.4. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Human Papilloma Virüs Bilgi Ölçeği Toplam Ve Alt Boyutlarına Verdiği Cevaplara İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler Tablosu

	n	Ort.	SS	Min	Max
Genel HPV Bilgisi Puan Ortalaması	250	9,75	3,58	0	15
HPV Tarama Testi Bilgisi Puan Ortalaması	250	2,60	1,72	0	6
Genel HPV Aşı Bilgisi Puan Ortalaması	250	2,98	1,69	0	5
Mevcut HPV Aşılama Programına Yönelik Bilgi Puan Ortalaması	250	2,03	1,68	0	6
HPV Bilgi Ölçeği Toplam Puan Ortalaması	250	17,36	7,21	0	30

Tablo 4.4' de çalışmaya katılan hemşirelerin "Human Papilloma Virüs Bilgi Ölçeği" toplam ve alt boyutlarına verdiği cevaplar incelenmiştir. HPV BÖ toplam puan ortalaması $17,36 \pm 7,21$ olarak saptanmıştır. Hemşireler minimum '0' soru ve maksimum 30 soru cevaplamıştır.

Tablo 4.5. Hemşirelerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre HPV Bilgi Ölçeği Toplam Ve Alt Boyut Puan Ortalamaları (N=250)

Değişkenler	n	%	Genel HPV bilgisi $\bar{X} \pm SS$	HPV tarama testi bilgisi $\bar{X} \pm SS$	Genel HPV aşı bilgisi $\bar{X} \pm SS$	Mevcut HPV aşılamaya programına yönelik bilgi $\bar{X} \pm SS$	HPV bilgi ölçeği (toplam) $\bar{X} \pm SS$
Cinsiyet							
Kadın	238	95,2	9,83 $\pm$ 3,56	2,63 $\pm$ 1,73	3,00 $\pm$ 1,69	2,08 $\pm$ 1,65	17,54 $\pm$ 7,22
Erkek	12	4,8	8,25 $\pm$ 3,65	2,00 $\pm$ 1,28	2,42 $\pm$ 1,68	1,17 $\pm$ 1,95	13,83 $\pm$ 6,25
İstatistiksel Değerlendirme^a			Z=-1,825 P=0,068	Z=-1,425 P=0,154	Z=-1,234 P=0,217	Z=-2,062 P=0,039*	Z=-2,174 P=0,030*
Medeni durum							
Bekar	134	53,6	9,12 $\pm$ 3,65	2,32 $\pm$ 1,76	2,87 $\pm$ 1,73	1,74 $\pm$ 1,62	16,05 $\pm$ 7,26
Evli	108	43,2	10,56 $\pm$ 3,29	2,95 $\pm$ 1,65	3,11 $\pm$ 1,64	2,39 $\pm$ 1,68	19,01 $\pm$ 6,72
Boşanmış/dul	8	3,2	9,50 $\pm$ 4,24	2,63 $\pm$ 2,00	2,88 $\pm$ 1,89	2,13 $\pm$ 1,89	17,13 $\pm$ 8,98
İstatistiksel Değerlendirme^b			$\chi^2=12,167$ P=0,002* F=1-2	$\chi^2=7,395$ P=0,025* F=1-2	$\chi^2=1,279$ P=0,527 F= -	$\chi^2=8,781$ P=0,012* F=1-2	$\chi^2=12,29$ P=0,002* F=1-2
Yaş grubu							
18-24	86	34,4	8,41 $\pm$ 3,94	2,09 $\pm$ 1,73	2,63 $\pm$ 1,87	1,55 $\pm$ 1,64	14,67 $\pm$ 7,59
25-35	91	36,4	9,80 $\pm$ 3,46	2,74 $\pm$ 1,76	3,01 $\pm$ 1,67	1,93 $\pm$ 1,65	17,48 $\pm$ 7,08
36-45	66	26,4	11,41 $\pm$ 2,08	3,01 $\pm$ 1,67	3,44 $\pm$ 1,31	2,74 $\pm$ 1,52	20,73 $\pm$ 4,97
46 ve ↑	7	2,8	10,00 $\pm$ 5,32	2,14 $\pm$ 1,57	2,43 $\pm$ 2,07	2,57 $\pm$ 1,81	17,14 $\pm$ 9,62
İstatistiksel Değerlendirme^b			$\chi^2=26,007$ P=0,001* F=1-2, 1-3, 1-4, 2-3	$\chi^2=13,267$ P=0,004* F=1-3, 1-3	$\chi^2=6,598$ P=0,0086 F= -	$\chi^2=20,464$ P=0,001* F=1-3, 2-3	$\chi^2=26,079$ P=0,001* F=1-2, 1-3, 2-3, 4-3
Eğitim durumu							
Lise	85	34	8,14 $\pm$ 3,86	1,99 $\pm$ 1,66	2,34 $\pm$ 1,81	1,72 $\pm$ 1,77	14,19 $\pm$ 7,73
Lisans	153	61,2	10,49 $\pm$ 3,17	2,88 $\pm$ 1,69	3,25 $\pm$ 1,56	2,10 $\pm$ 1,60	18,71 $\pm$ 6,41
Lisans Üstü	10	4	11,90 $\pm$ 2,08	3,80 $\pm$ 1,03	4,00 $\pm$ 1,15	3,50 $\pm$ 1,27	23,20 $\pm$ 4,24
Önlisans	2	0,8	11,00 $\pm$ 2,83	2,00 $\pm$ 1,41	4,00 $\pm$ 0,00	3,00 $\pm$ 1,41	20,00 $\pm$ 5,66
İstatistiksel Değerlendirme^b			$\chi^2=31,491$ P=0,001* F=1-2, 1-3, 1-4	$\chi^2=20,321$ P=0,001* F=1-2, 1-3, 4-2, 4-3	$\chi^2=17,709$ P=0,001* F=1-2, 1-3, 1-4	$\chi^2=12,374$ P=0,006* F=1-3, 2-3	$\chi^2=29,505$ P=0,001* F=1-2, 1-3, 1-4
Çalıştığı klinik							
Poliklinik	57	22,8	10,77 $\pm$ 3,11	3,19 $\pm$ 1,79	3,28 $\pm$ 1,66	2,86 $\pm$ 1,62	20,11 $\pm$ 6,96
Servis	113	45,2	9,26 $\pm$ 3,71	2,30 $\pm$ 1,73	2,87 $\pm$ 1,70	1,86 $\pm$ 1,70	16,28 $\pm$ 7,22
Yoğun Bakım	41	16,4	9,39 $\pm$ 3,40	2,76 $\pm$ 1,68	2,88 $\pm$ 1,66	1,41 $\pm$ 1,40	16,44 $\pm$ 6,83
Yönetim	12	4,8	10,83 $\pm$ 2,62	3,00 $\pm$ 1,60	3,17 $\pm$ 1,90	2,50 $\pm$ 1,38	19,50 $\pm$ 6,46
Diğer	27	10,8	9,74 $\pm$ 4,19	2,22 $\pm$ 1,28	2,85 $\pm$ 1,75	1,74 $\pm$ 1,61	16,56 $\pm$ 7,34
İstatistiksel Değerlendirme^b			$\chi^2=9,24$ P=0,058 F= -	$\chi^2=12,328$ P=0,015* F=1-2, 1-5	$\chi^2=3,288$ P=0,511 F= -	$\chi^2=21,791$ P=0,001* F=1-2, 1-3, 1-5	$\chi^2=17,288$ P=0,002* F=1-2, 1-3, 1-5
Çalışma süresi							
1 yıl ve ↓	39	15,6	10,18 $\pm$ 2,64	2,49 $\pm$ 1,59	3,31 $\pm$ 1,67	1,62 $\pm$ 1,65	17,59 $\pm$ 5,74
2-5 yıl	98	39,2	8,76 $\pm$ 4,02	2,32 $\pm$ 1,81	2,66 $\pm$ 1,75	1,83 $\pm$ 1,64	15,56 $\pm$ 7,72
6-14 yıl	47	18,8	9,47 $\pm$ 3,76	2,64 $\pm$ 1,76	2,72 $\pm$ 1,81	1,70 $\pm$ 1,67	16,53 $\pm$ 7,66
15 yıl ve ↑	66	26,4	11,18 $\pm$ 2,66	3,08 $\pm$ 1,54	3,42 $\pm$ 1,41	2,82 $\pm$ 1,52	20,50 $\pm$ 5,81
İstatistiksel Değerlendirme^b			$\chi^2=17,687$ P=0,001* F=2-, 3-4	$\chi^2=6,822$ P=0,078 F= -	$\chi^2=9,713$ P=0,021* F=2-4	$\chi^2=20,379$ P=0,001* F=1-4, 2-4, 3-4	$\chi^2=19,709$ P=0,001* F=2-4, 3-4

$\bar{X} \pm SS$: Ortalama $\pm$ standart sapma, ^a: Mann Whitney U Testi, ^b: Kruskal Wallis Testi,

Tablo 4.5’te hemşirelerin “cinsiyet” değişkenine göre HPV bilgi ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının dağılımı yer almaktadır. Hemşirelerin cinsiyetlerine göre “Genel HPV Bilgisi”, “HPV Tarama Testi Bilgisi” ve “Genel HPV Aşı Bilgisi” puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). “Mevcut HPV Aşılama Programına Yönelik Bilgi” puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Erkek hemşirelerin ortalama puanlarının (1,17), kadın hemşirelerin puan ortalamalarından (2,08) daha düşük olduğu görülmüştür. “HPV Bilgi Ölçeği (toplam)” puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Erkek hemşirelerin puan ortalamalarının (13,83) kadın hemşirelerin puan ortalamalarından (17,54) daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.5’te Hemşirelerin “Medeni Durumu” na göre HPV Bilgi Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının dağılımı incelenmiştir. “Medeni Durum” değişkenine göre “Genel HPV Bilgisi” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,01$). Bekar grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer (9,12), evli grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değerden (10,56) anlamlı derecede düşüktür. Hemşirelerin “HPV Tarama Testi Bilgisi” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Bekar grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer (2,32), evli grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değerden (2,95) anlamlı derecede düşüktür. Hemşirelerin “Genel HPV Aşı Bilgisi” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Hemşirelerin “Mevcut HPV Aşılama Programına Yönelik Bilgi” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Bekâr grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer (1,74), evli grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değerden (2,39) anlamlı derecede düşüktür. Hemşirelerin “HPV Bilgi Ölçeği (Toplam)” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,01$). Bekâr grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer (16,05), evli grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değerden (19,01) anlamlı derecede düşüktür.

Tablo 4.5’te hemşirelerin “yaş grubu” değişkenine göre HPV bilgi ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının dağılımı görülmektedir. “Yaş Grubu” değişkenine göre “Genel HPV Bilgisi” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,01$). 18-24 yaş grubunda yer alan hemşirelere ait ortalama değer (8,41), 25-35, 36-45, 46 ve üzeri yaş grubunda yer alan hemşirelere ait ortalama

değerlerden (9,80 – 11,41 – 10,00) anlamlı derecede düşüktür. Ayrıca 25-35 yaş grubunda yer alan hemşirelere ait ortalama değer (9,80), 36-45 yaş grubunda yer alan hemşirelere ait ortalama değerden (11,41) anlamlı derecede düşüktür. Genel HPV bilgisi genç yaş grubunda ileri yaş grubuna göre daha düşüktür. “HPV Tarama Testi Bilgisi” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,01$). 18-24 yaş grubunda yer alan hemşirelere ait ortalama değer (2,09), 25-35 ve 36-45 yaş grubunda yer alan hemşirelere ait ortalama değerlerden (2,74 – 3,14) anlamlı derecede düşüktür. HPV Tarama Testi Bilgisinin genç yaş grubunda ileri yaş grubuna göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. “Genel HPV Aşı Bilgisi” puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). “Mevcut HPV Aşılama Programına Yönelik Bilgi” puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). 36-45 yaş grubunda yer alan hemşirelere ait ortalama değer (2,74), 18-24 ve 25-35 yaş grubunda yer alan hemşirelere ait ortalama değerlerden (1,55 – 1,93) yüksektir. “HPV Bilgi Ölçeği” toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). 36-45 yaş grubunda yer alan hemşirelere ait ortalama değer, 18,24, 25-35, 46 ve üzeri yaş grubunda yer alan hemşirelere ait ortalama değerlerden anlamlı derecede yüksektir. Ayrıca 25-35 yaş grubunda yer alan hemşirelere ait ortalama değer, 18-24 yaş grubunda yer alan hemşirelere ait ortalama değerden anlamlı derecede yüksektir.

Tablo 4.5’te hemşirelerin “Eğitim Durumu” na göre HPV Bilgi Ölçeği Toplam ve Altboyut Puanlarının Dağılımlarına bakılmıştır“ “Genel HPV Bilgisi” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,01$). Lise grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer (8,14), lisans, lisansüstü ve önlisans gruplarında yer alan katılımcılara ait ortalama değerlerden (10,49 – 11,90 – 11,00) anlamlı derecede düşüktür.

Hemşirelerin “HPV Tarama Testi Bilgisi” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,01$). Lise grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer (1,99), lisans ve lisansüstü gruplarında yer alan katılımcılara ait ortalama değerlerden (2,88 – 3,80) anlamlı derecede düşüktür. Ayrıca önlisans grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer (2,00), lisans ve lisansüstü gruplarında yer alan katılımcılara Hemşirelerin “Genel HPV Aşı Bilgisi” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,01$). Lise grubunda yer alan

katılımcılara ait ortalama değer (2,34), lisans, lisansüstü ve önlisans gruplarında yer alan katılımcılara ait ortalama değerlerden (3,25 – 4,00 – 4,00) anlamlı derecede düşüktür. Hemşirelerin “Mevcut HPV Aşılama Programına Yönelik Bilgi” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,01$). Lisansüstü grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer (3,50), lise ve lisans gruplarında yer alan katılımcılara ait ortalama değerlerden (1,72 – 2,10) anlamlı derecede yüksektir. Hemşirelerin HPV Bilgi Ölçeği (Toplam)” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,01$). Lise grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer, lisans, lisansüstü ve önlisans gruplarında yer alan katılımcılara ait ortalama değerlerden anlamlı derecede düşüktür.

Tablo 4.5’te Hemşirelerin “Görev Yaptığı Klinik” e göre HPV Bilgi Ölçeği Toplam Ve Altboyut Puanlarının Dağılımı değerlendirilmiştir. “Genel HPV Bilgisi” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Ancak “HPV Tarama Testi Bilgisi” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Poliklinik grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer (3,19), servis ve diğer gruplarında yer alan katılımcılara ait ortalama değerlerden (2,30 – 2,22) anlamlı derecede yüksektir. Hemşirelerin “Genel HPV Aşı Bilgisi” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmasa da ($p>0,05$)“Mevcut HPV Aşılama Programına Yönelik Bilgi” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,01$). Poliklinik grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer (2,86), servis, yoğun bakım ve diğer gruplarında yer alan katılımcılara ait ortalama değerlerden (1,86 – 1,41 – 1,74) anlamlı derecede yüksektir. Hemşirelerin “HPV Bilgi Ölçeği (Toplam)” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,01$). Poliklinik grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer (20,11), servis, yoğun bakım ve diğer gruplarında yer alan katılımcılara ait ortalama değerlerden (16,28 – 16,44 – 16,56) anlamlı derecede yüksektir.

Tablo 4.5’te Hemşirelerin “Çalışma Süresi”ne göre HPV Bilgi Ölçeği Toplam Ve Altboyut Puanlarının Dağılımı incelenmiş ve “Çalışma Süresi” değişkenine göre “Genel HPV Bilgisi” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,01$). 15 yıl ve üzeri grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer (11,18), 2-5 yıl ve 6-14 yıl gruplarında yer alan katılımcılara ait ortalama değerlerden (8,76 – 9,47) anlamlı derecede yüksektir. “HPV Tarama Testi Bilgisi” puan ortalamaları arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). “Genel HPV Aşı Bilgisi” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). 15 yıl ve üzeri grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer (3,42), 2-5 yıl grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değerden (2,66) anlamlı derecede yüksektir. “Mevcut HPV Aşılama Programına Yönelik Bilgi” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,01$). 15 yıl ve üzeri grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer (2,82), 1 yıl ve daha az, 2-5 yıl ve 6-14 yıl gruplarında yer alan katılımcılara ait ortalama değerlerden (1,62 – 1,83 – 1,70) anlamlı derecede yüksektir. “HPV Bilgi Ölçeği (Toplam)” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,01$). 15 yıl ve üzeri grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer (20,50), 2-5 yıl ve 6-14 yıl gruplarında yer alan katılımcılara ait ortalama değerlerden (15,56 – 16,53) anlamlı derecede yüksektir.

4.3. Hemşirelerin HPV Aşısına Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.6. Araştırmaya katılan hemşirelerin Human Papilloma Virüs aşısına yönelik sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarına verdiği cevaplara ilişkin tanımlayıcı istatistikler

	n	Ort.	ss.	Min	Max
Algılanan Faydalar	250	2,91	,72	1,00	4,00
Algılanan Duyarlılık	250	2,69	,72	1,00	4,00
Algılanan Ciddiyet	250	2,92	,64	1,00	4,00
Algılanan Engeller	250	2,08	,52	1,00	4,00

Tablo 4.6’da çalışmaya katılan hemşirelerin Human Papilloma Virüs aşısına yönelik sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarına verdiği cevaplar incelenmiştir. SİM ölçeği alt boyut ortalamaları 2,91 puan ve 2,08 puan arasında değiştiği saptanmıştır. Hemşireler her alt boyut için minimum ‘1’ soru ve maksimum ‘4’ soru cevaplamıştır.

Tablo 4.7. Hemşirelerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre HPV aşısına yönelik SİM ölçeği alt boyut puan ortalamaları (n=250)

Değişkenler	n	%	Algılanan Faydalar $\bar{X} \pm SS$	Algılanan Duyarlılık $\bar{X} \pm SS$	Algılanan Ciddiyet $\bar{X} \pm SS$	Algılanan Engeller $\bar{X} \pm SS$
Cinsiyet						
Kadın	238	95,2	2,92±0,74	2,69±0,73	2,93±0,65	2,06±0,51
Erkek	12	4,8	2,83±0,39	2,71±0,58	2,79±0,38	2,55±0,48
İstatistiksel Değerlendirme^a			Z=-0,405 P=0,686	Z= -0,13 P= 0,896	Z= -0,71 P=0,478	Z= -3,093 P=0.002*
Medeni durum						
Bekar	134	53,6	2,78±0,73	2,63±0,71	2,85±0,64	2,13±0,54
Evli	108	43,2	3,07±0,69	2,73±,71	3,00±0,65	2,04±0,49
Boşanmış/dul	8	3,2	3,08±0,79	3,00±1,04	3,09±0,61	1,85±0,40
İstatistiksel Değerlendirme^b			$\chi^2 = 9,409$ P=0,001* F=1-2, 1-3	$\chi^2 = 1,907$ P=0,385 F=1-2	$\chi^2 = 4,165$ P=0,125 F= -	$\chi^2 = 3,435$ P=0,18 F= -
Yaş grubu						
18-24	86	34,4	2,67±0,69	2,58±0,70	2,88±0,64	2,20±0,56
25-35	91	36,4	2,91±0,76	2,73±0,77	2,86±0,68	1,99±0,50
36-45	66	26,4	3,24±0,59	2,79±0,66	3,07±0,57	2,05±0,50
46 ve ↑	7	2,8	2,90±0,81	2,57±0,79	2,86±0,64	2,00±0,38
İstatistiksel Değerlendirme^b			$\chi^2 = 24,651$ P=0,001* F=3-1, 3-2, 3-4	$\chi^2 = 3,904$ P=0,272 F= -	$\chi^2 = 5,925$ P=0,115 F= -	$\chi^2 = 6,849$ P=0,077 F= -
Eğitim durumu						
Lise	85	34	2,75±0,68	2,60±0,69	2,80±0,61	2,08±0,49
Lisans	153	61,2	2,98±0,74	2,71±0,73	2,98±0,66	2,08±0,53
Lisans Üstü	10	4	3,40±0,62	3,15±0,71	3,03±0,56	1,96±0,62
Önlisans	2	0,8	3,00±,00	2,25±0,35	3,00±0,35	2,70±0,14
İstatistiksel Değerlendirme^b			$\chi^2 = 11,716$ P=0,008* F= 1-3	$\chi^2 = 5,945$ P=0,114 F= -	$\chi^2 = 4,186$ P= 0,242 F= -	$\chi^2 = 4,782$ P=0,188 F= -
Çalıştığı klinik						
Poliklinik	57	22,8	3,20±0,61	2,79±0,72	2,96±0,61	1,96±0,43
Servis	113	45,2	2,88±0,73	2,66±0,76	2,88±0,67	2,11±0,56
Yoğun Bakım	41	16,4	2,63±0,69	2,67±0,65	2,96±0,61	2,20±0,51
Yönetim	12	4,8	3,39±0,72	2,88±0,74	3,10±0,69	2,03±0,45
Diğer	27	10,8	2,69±0,72	2,54±0,66	2,86±0,66	2,05±0,54
İstatistiksel Değerlendirme^b			$\chi^2 = 22,258$ P=0,001* F= 1-2, 1-3, 1-5, 4-2, 4-3, 4-5	$\chi^2 = 3,242$ P=0,518 F= -	$\chi^2 = 2,114$ P=0,715 F= -	$\chi^2 = 5,113$ P=0,276 F= -
Çalışma süresi						
1 yıl ve ↓	39	15,6	2,72±0,69	2,63±0,81	2,94±0,72	2,14±0,49
2-5 yıl	98	39,2	2,75±0,73	2,63±0,81	2,81±0,61	2,15±0,56
6-14 yıl	47	18,8	3,01±0,74	2,78±0,73	3,03±0,71	2,00±0,5
15 yıl ve ↑	66	26,4	3,21±0,63	2,75±0,71	2,99±0,58	2,00±0,48
İstatistiksel Değerlendirme^b			$\chi^2 = 20,002$ P=0,001* F=1-4, 2-4	$\chi^2 = 2,379$ P=0,498 F= -	$\chi^2 = 5,221$ P= 0,156 F= -	$\chi^2 = 4,509$ P=0,212 F= -

$\bar{X} \pm SS$: Ortalama±standart sapma, ^a: Mann Whitney U Testi, ^b: Kruskal Wallis Testi,

Tablo 4.7’de hemşirelerin “cinsiyet” değişkenine göre SİM ölçeği alt boyut puanlarının dağılımı yer almaktadır. Hemşirelerin cinsiyetlerine göre “Algılanan Faydalar” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). “Algılanan Duyarlılık” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). “Cinsiyet” değişkenine göre “Algılanan Ciddiyet” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). “Algılanan Engeller” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,01$). Erkek katılımcılara ait ortalama değer (2,55), kadın katılımcılara ait ortalama değerden (2,06) anlamlı derecede yüksektir.

Tablo 4.7’de hemşirelerin “yaş ” değişkenine göre SİM ölçeği alt boyut puanlarının dağılımı yer almaktadır. Yaş Grubu” değişkenine göre “Algılanan Faydalar” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,01$). 36-45 yaş grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer (3,24), 18-24, 25-35, 46 ve üzeri yaş grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değerlerden (2,67 – 2,91 – 2,90) anlamlı derecede yüksektir. “Algılanan Duyarlılık” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). “Algılanan Ciddiyet” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). “Algılanan Engeller” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 4.7’de hemşirelerin “eğitim” değişkenine göre SİM ölçeği alt boyut puanlarının dağılımı yer almaktadır. “Eğitim Durumu” değişkenine göre “Algılanan Faydalar” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,01$). Lisansüstü grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer (3,4), lise grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değerden (2,75) anlamlı derecede yüksektir. “Algılanan Duyarlılık” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). “Algılanan Ciddiyet” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). “Algılanan Engeller” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Tablo 4’te hemşirelerin “Görev Yaptığı Klinik” değişkenine göre SİM ölçeği alt boyut puanlarının dağılımı yer almaktadır. “Görev Yaptığı Klinik” değişkenine göre “Algılanan Faydalar” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,01$). Poliklinik grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer (3,20), servis,

yoğun bakım ve diğer gruplarında yer alan katılımcılara ait ortalama değerlerden (2,88 – 2,63 – 2,69) anlamlı derecede yüksektir. Ayrıca yönetim grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer (3,39), servis, yoğun bakım ve diğer gruplarında yer alan katılımcılara ait ortalama değerlerden (2,88 – 2,63 – 2,69) anlamlı derecede yüksektir. “Algılanan Duyarlılık” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). “Algılanan Ciddiyet” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). “Algılanan Engeller” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 4.7’de hemşirelerin “Çalışma Süresi” değişkenine göre SİM ölçeği alt boyut puanlarının dağılımı yer almaktadır. “Çalışma Süresi” değişkenine göre “Algılanan Faydalar” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p<0,01$). 15 yıl ve üzeri grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer (3,21), 1 yıl ve daha az ile 2-5 yıl gruplarında yer alan katılımcılara ait ortalama değerlerden (2,72 – 2,75) anlamlı derecede yüksektir. “Algılanan Duyarlılık” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). “Algılanan Ciddiyet” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). “Algılanan Engeller” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 4.7’de hemşirelerin “Medeni Durum” değişkenine göre SİM ölçeği alt boyut puanlarının dağılımı yer almaktadır. “Medeni Durum” değişkenine göre “Algılanan Faydalar” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p<0,01$). Bekar grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer (2,78), evli ve boşanmış-dul gruplarında yer alan katılımcılara ait ortalama değerlerden (3,07 – 3,08) anlamlı derecede düşüktür. “Algılanan Duyarlılık” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). “Algılanan Ciddiyet” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). “Algılanan Engeller” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

4.4. Hemşirelerin HPV Aşısı Olma Durumlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.8. Hemşirlerin HPV aşısı olma durumlarına göre dağılımı (n=250)

	n	%
HPV aşısı olma durumu		
Olan	10	4,0
Olmayan	240	96,0

Hemşirelerin jinekolojik muayene ve HPV aşısı olma durumlarına bakıldığında; hemşirelerin %4'ü HPV aşısı olduklarını belirtmişlerdir. Tabloda belirtilmemekle birlikte HPV aşısı olan hemşireler yalnızca kadınlar olup hemşirelerin HPV aşısı olma durumları ile yaş grubu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). HPV aşısı olan 4 kişi 18-24 yaş aralığında, 5 kişi 25-35 yaş aralığında ve 1 kişide 36-45 yaş aralığında ve hemşire olduktan sonra kendi istekleri ile HPV aşısı olduğunu bildirmiştir.

Tablo 4.9. Hemşirelerin“HPV Aşısı Olma Durumu” na göre HPV Bilgi ölçeği toplam ve altboyut puanlarının dağılımı (N=250)

		n	Ort.	ss.	Min	Max	Z	p
Genel HPV Bilgisi	Evet	10	10,40	3,17	6	15	-0,326	0,745
	Hayır	240	9,72	3,59	0	15		
HPV Tarama Testi Bilgisi	Evet	10	2,60	2,41	0	6	-0,082	0,935
	Hayır	240	2,60	1,69	0	6		
Genel HPV Aşı Bilgisi	Evet	10	2,90	2,18	0	5	-0,182	0,855
	Hayır	240	2,98	1,68	0	5		
Mevcut HPV Aşılama Programına Yönelik Bilgi	Evet	10	2,20	2,04	0	5	-0,257	0,797
	Hayır	240	2,03	1,66	0	6		
HPV Bilgi Ölçeği (Toplam)	Evet	10	18,10	8,76	6	30	-0,315	0,753
	Hayır	240	17,33	7,16	0	30		

Mann-Whitney testi

Tablo 4.9’da hemşirelerin “HPV Aşısı Olma Durumu” na göre HPV Bilgi Ölçeği Toplam Ve Alt boyut Puanlarının Dağılımı karşılaştırılmıştır. ”HPV Aşısı Olma Durumu” değişkenine göre “Genel HPV Bilgisi” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). “HPV Tarama Testi Bilgisi” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). “Genel HPV Aşı Bilgisi” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). “Mevcut HPV Aşılama Programına Yönelik Bilgi” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). “HPV Bilgi Ölçeği (Toplam)” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 4.10. “HPV Aşısı Olma Durumu” değişkenine göre SİM ölçek altboyut puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

		n	Ort.	ss.	Min	Max	Z	p
Algılanan Faydalar	Evet	10	3,07	,91	1,67	4,00	-0,624	0,533
	Hayır	240	2,91	,72	1,00	4,00		
Algılanan Duyarlılık	Evet	10	2,80	,92	1,50	4,00	-0,494	0,621
	Hayır	240	2,68	,71	1,00	4,00		
Algılanan Ciddiyet	Evet	10	2,75	,29	2,25	3,25	-1,115	0,265
	Hayır	240	2,93	,65	1,00	4,00		
Algılanan Engeller	Evet	10	1,74	,34	1,40	2,60	-2,447	0,014*
	Hayır	240	2,10	,52	1,00	4,00		

Mann-Whitney testi

Tablo 4.10’da hemşirelerin “HPV Aşısı Olma Durumu” na göre SİM Ölçeği alt boyut puanlarının dağılımı karşılaştırılmıştır. “HPV Aşısı Olma Durumu” değişkenine göre “Algılanan Faydalar” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). “Algılanan Duyarlılık” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). “Algılanan Ciddiyet” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

“Algılanan Engeller” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Evet cevabını veren katılımcılara ait ortalama değer (1,74), hayır cevabını veren katılımcılara ait ortalama değerden (2,10) anlamlı derecede düşüktür.

Tablo 4.11. HPV Bilgi Ölçeği ve SİM Ölçeği puanları arasındaki ilişkiye ait korelasyon testi sonuçları

		Algılanan Faydalar	Algılanan Duyarlılık	Algılanan Ciddiyet	Algılanan Engeller
Genel HPV Bilgisi	r	,416**	,355**	,324**	-,047
	p	,000	,000	,000	,460
HPV Tarama Testi Bilgisi	r	,269**	,366**	,229**	-,037
	p	,000	,000	,000	,563
Genel HPV Aşı Bilgisi	r	,394**	,362**	,353**	-,128*
	p	,000	,000	,000	,043
Mevcut HPV Aşılama Programına Yönelik Bilgi	r	,358**	,264**	,192**	-,142*
	p	,000	,000	,002	,025
HPV Bilgi Ölçeği (Toplam)	r	,447**	,410**	,343**	-,095
	p	,000	,000	,000	,134

Tablo 4.11’da HPV Bilgi Ölçeği ve SİM Ölçeği puanları arasındaki ilişkiye ait korelasyon testi sonuçları incelenmiştir. “Algılanan Faydalar” puanları ile “Genel HPV Bilgisi” puanları arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$; $r=0,416$). “Algılanan Faydalar” puanları ile “HPV Tarama Testi Bilgisi” puanları arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$; $r=0,269$). “Algılanan Faydalar” puanları ile “Genel HPV Aşı Bilgisi” puanları arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$; $r=0,394$). “Algılanan Faydalar” puanları ile “Mevcut HPV Aşılama Programına Yönelik Bilgi” puanları arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$; $r=0,358$). “Algılanan

Faydalar” puanları ile “HPV Bilgi Ölçeği (Toplam)” puanları arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$; $r=0,447$).

“Algılanan Duyarlılık” puanları ile “Genel HPV Bilgisi” puanları arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$; $r=0,355$). “Algılanan Duyarlılık” puanları ile “HPV Tarama Testi Bilgisi” puanları arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$; $r=0,366$). “Algılanan Duyarlılık” puanları ile “Genel HPV Aşı Bilgisi” puanları arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$; $r=0,362$). “Algılanan Duyarlılık” puanları ile “Mevcut HPV Aşılama Programına Yönelik Bilgi” puanları arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$; $r=0,264$). “Algılanan Duyarlılık” puanları ile “HPV Bilgi Ölçeği (Toplam)” puanları arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$; $r=0,410$).

“Algılanan Ciddiyet” puanları ile “Genel HPV Bilgisi” puanları arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$; $r=0,324$). “Algılanan Ciddiyet” puanları ile “HPV Tarama Testi Bilgisi” puanları arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$; $r=0,229$). “Algılanan Ciddiyet” puanları ile “Genel HPV Aşı Bilgisi” puanları arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$; $r=0,353$). “Algılanan Ciddiyet” puanları ile “Mevcut HPV Aşılama Programına Yönelik Bilgi” puanları arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$; $r=0,192$). “Algılanan Ciddiyet” puanları ile “HPV Bilgi Ölçeği (Toplam)” puanları arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$; $r=0,343$).

“Algılanan Engeller” puanları ile “Genel HPV Bilgisi” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). “Algılanan Engeller” puanları ile “HPV Tarama Testi Bilgisi” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). “Algılanan Engeller” puanları ile “Genel HPV Aşı Bilgisi” puanları arasında negatif yönlü, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$; $r=-0,128$). “Algılanan Engeller” puanları ile “Mevcut HPV Aşılama Programına Yönelik Bilgi” puanları arasında negatif yönlü, zayıf düzeyde ve

istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$; $r=-0,142$). “Algılanan engeller” puanları ile “HPV Bilgi Ölçeği (Toplam)” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).



5. TARTIŞMA

Başkent Üniversitesi'nde çalışan hemşirelerin HPV'ye ilişkin bilgi, sağlık inançları ve HPV aşısı olma durumları ile bunları etkileyen faktörleri incelemek amacıyla, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi ve bağlı birimlerinde çalışan toplam 250 hemşire ile yapılan çalışmadan elde edilen bulgular; hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri, HPV ve servikal kanser ile ilgili bilgi düzeyleri ile sağlık inançları literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Literatürde serviks kanseri ve HPV aşlarıyla ilgili sağlık inançlarını ve bilgilerini değerlendiren çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Farklı ülkelerde yapılmış çalışmalarda katılımcıların verdiği cevaplar arasında farklılıklar olduğu görülmektedir. Cinsel yolla bulaşma riski yüksek olan HPV den korunmak, ancak cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) hakkında yeterli bilgi sahibi olmakla mümkündür. Bu nedenle çalışmada katılımcıların cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusundaki bilgileri araştırılmıştır. Araştırma sonucuna göre katılımcıların %94'ü cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgi sahibi olduklarını ifade etmiş olmasına rağmen, %27,2'si cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında sağlık eğitimi ihtiyaçlarının olduğunu düşünmektedirler. Katılımcıların %86,8'i HPV cinsel ilişki sırasında bulaşabilir cevabını verirken, % 2,8 'si bulaşmayacağını ve %10,4'ü bilmediğini ifade etmiştir.

Çalışmamızda serviks kanseri hakkında bilgi sahibi olmanın, cinsiyet, medeni durum, yaş, çalışılan klinik ve çalışılan süre değişkenlerine göre dağılımı incelenmiştir. Katılımcıların %58'i bilgi sahibi olduğunu, %6,8 kişi bilgi sahibi olmadığını ve %35,2 kişi ise kısmen bilgi sahibi olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 4.4.2). Rahim ağzı kanseri hakkında bilgi edinme yöntemleri incelendiğinde katılımcıların %56,8'i okul/seminer, %40,8'i doktor/sağlık personeli, %21,6'sı kitaplar %1,2'si çalışma ortamı cevabını vermiştir (Tablo 4.4.2). Katılımcıların yarıdan fazlası okul döneminde yani öğrencilik sırasında bilgi sahibi olduklarını belirtmiştir. Literatürde bu yönde; Bal'ın 624 hemşirelik öğrencisiyle yaptığı çalışmada da öğrencilerin HPV hakkındaki bilgilerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (79). Bu sonuçlar, mezuniyet öncesi programlarda HPV farkındalığı kazandırmanın hem hemşirelik öğrencilerinin hem de hemşirelerin bu konuda olumlu davranışlar geliştirmesini sağlamak açısından önemli olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda bireylerin HPV, HPV aşısı ve tarama testleri hakkındaki bilgi seviyelerini ölçmek amacıyla Human Papilloma Virüsü Bilgi Ölçeği (HPV-BÖ) kullanılmış olup; HPV BÖ puanlarının kadınların erkeklerden, orta yaş grubunun genç gruptan, eğitimi yüksek olanların diğer eğitim düzeylerinden ve evlilerin bekârlar da anlamlı derecede yüksek olduğu, ayrıca poliklinikte çalışan hemşirelerin bilgi puanlarının diğer gruplardan anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Cinsiyete göre kadın katılımcılara ait HPV-BÖ’inden aldıkları toplam ortalama değer (17,54) erkek katılımcılara ait ortalama değerden (13,83) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5). Yaş grubuna göre genel HPV bilgisi, HPV Tarama Testi bilgisi, genç yaş grubunda ileri yaş grubuna göre daha düşüktür, Mevcut HPV Aşılama Programına Yönelik Bilgi puanı 25-35 yaş grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değerlerden (1,55 – 1,93) anlamlı derecede yüksektir. 25-35 yaş grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama “HPV Bilgi Ölçeği (Toplam)” puanı diğer yaş gruplarına göre anlamlı derecede yüksektir.

Eğitim durumuna göre genel HPV bilgisi ortalama değer, lise grubunda yer alan katılımcılarda, diğer gruplarda yer alan katılımcılara ait ortalama değerlerden anlamlı derecede düşüktür. Eğitim değişkenine göre HPV Bilgi Ölçeği ve alt boyutlarında alınan puanlar doğrultusunda eğitim düzeyi arttıkça HPV bilgisinin de paralel arttığını söyleyebiliriz (Tablo 4.5). Görev yapılan kliniğe göre yapılan değerlendirme de poliklinik grubunda yer alan katılımcıların HPV Bilgi Ölçeği puanlarının diğer kliniklerde çalışanlara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5). Bunun nedeninin, poliklinik grubunun çalışma yıllarının diğer gruplara göre daha fazla olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Medeni duruma göre HPV BÖ alt boyutları incelendiğinde “Genel HPV Bilgisi” puan ortalamaları bekâr grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer (9,12), evli grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değerden (10,56) anlamlı derecede düşük, “HPV Tarama Testi Bilgisi” puan ortalamaları arasında bekâr grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer (2,32), evli grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değerden (2,95) anlamlı derecede düşük, “Mevcut HPV Aşılama Programına Yönelik Bilgi bekar grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer (1,74), evli grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değerden (2,39) anlamlı derecede düşük ve HPV Bilgi Ölçeği (Toplam)” puanları bekar grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer (16,05), evli grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değerden (19,01) anlamlı derecede düşüktür.

Sonuç olarak bekâr grupta yer alan hemşirelerin evli hemşirelere göre HPV ve aşısı hakkındaki bilgileri anlamlı derecede düşük olarak bulunmuştur. Çalışmamıza katılan hemşirelerin %53,6'sının bekâr olduğunu göz önünde bulundurursak oldukça yüksek olduğunu söyleyebiliriz. Sonuçlarımıza paralel olarak Özakar Akça ve arkadaşlarının hemşirelerle yaptığı çalışmada da bekar olan grubun HPV tarama, HPV aşılama programı ve HPV bilgi ölçeği puan ortalamalarının evli gruba göre anlamlı derece düşük olarak saptanmıştır (80).

Cinsiyetin bilgi durumuna etkisini araştırılmıştır ve çalışmamızda HPV Bilgi ölçeğinden alınan ortalama genel değer kadınlarda erkeklerden daha yüksek olarak saptandı (Tablo 4.5). Çalışmamıza destek olacak şekilde Kim, H.'in Kore'de 8 farklı bölgede yaşayan cinsel aktif kadın ve erkeklerin yer aldığı çalışmada kadın katılımcıların erkeklerden daha fazla HPV'nin farkında olduklarını (81), Gerend ve arkadaşları (2008) 18-25 yaş arası 124 üniversite öğrencisini dahil ettiği çalışmalarındaki kadınların, erkeklerden daha fazla HPV farkındalığı ve bilgisi olduğunu bildirdi(82). Karasu ve arkadaşlarının (2019) hemşire ve hemşirelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada kadın katılımcıların bilgi puanının $6,99 \pm 2,22$, erkek katılımcılardan $\pm 2,92$ yüksek olduğu bulunmuştur(83). Bu araştırma sonuçları bizim çalışmamızı destekler niteliktedir kadın katılımcıların daha bilgili olduğu saptanmıştır.

Bireylerin bilgileri kadar sağlık inançları da sağlık davranışlarını etkileyebilmektedir. Bu nedenle çalışmamızda hemşirelerin konu ile ilgili sağlık inancını belirlemek için Hae Won Kim tarafından geliştirilmiş ve Türkçe uyarlaması Güvenç ve diğerleri tarafından yapılmış, HPV Enfeksiyonu ve Aşılmasına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği kullanılarak hemşirelerin sağlık inançları değerlendirilmiştir. Ölçek 14 madde ve dört alt boyuttan oluşmaktadır (Tablo 4.7). Araştırmamızda katılımcıların sağlık inançlarını değerlendirmek amacı ile 'Sağlık İnanç Modeli Ölçeği' kullanılmıştır. Sağlık inancı konusunda bireyler arasında bir takım farklılıklar görülebilmektedir. Bu farkları görebilmek için SİM ölçeği 'Algılanan Yararlar' alt boyutu puan ortalamaları demografik değişkenlere göre değerlendirmiştir. Bireyin yapacağı yeni bir eyleme karşı uyum sağlamasında meydana gelecek engelleri anlayabilmek için SİM ölçeği alt boyutundan Algılanan engeller ile cinsiyet değişkenin puan ortalamalarına bakıldığında erkek katılımcılara ait ortalama değer, kadın katılımcılara ait ortalama değerden anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Erkeklerin HPV ile ilgili davranışlarını değiştirmek ve uyum

sağlama düşüncelerinin zayıf olduğunu söyleyebiliriz. Bir diğer SİM ölçeği alt boyutu ‘Algılanan Yararlar’ puan ortalaması ileri yaş grubunda, diğer yaş gruplarına göre anlamlı derecede daha yüksek bulunurken, lisansüstü eğitim grubuna ait ortalama değer, lise eğitim grubuna ait ortalama değerden anlamlı derecede yüksektir. Çalışılan yer değişkenine göre poliklinik grubuna ait ortalama değer, servis, yoğun bakım ve diğer gruplara ait ortalama değerlerden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Medeni durum temel alındığında bekâr grubuna ait ortalama değer, evli ve boşanmış-dul gruplarına ait ortalama değerlerden anlamlı derecede düşüktür.

Hemşirelerin çalışma süresinin, SİM ölçeği ‘Algılanan Faydalar’ alt boyut puan ortalamaları, 15 yıl ve üzeri grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer (3,21), 1 yıl ve daha az ile 2-5 yıl gruplarında yer alan katılımcılara ait ortalama değerlerden (2,72–2,75) anlamlı derecede yüksek (Tablo 4.7) görülmektedir. Bekâr grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer (2,78), evli ve boşanmış-dul gruplarında yer alan katılımcılara ait ortalama değerlerden (3,07 – 3,08) anlamlı derecede düşüktür. Sonuç olarak çalışmamızda yarar algısına ait ortalama değer yaş, eğitim seviyesi, çalıştığı yer ve çalışma süresi pozitif yönlü artış göstermiştir. Polikliniklerde çalışanların diğer bölümlere göre ve evli olanların bekâr olanlara göre SİM algılanan faydalar ölçek alt boyut puan ortalamalarının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bunun nedeninin poliklinikte görev yapan hemşirelerin hem yaş hem çalışma yılı sürelerinin yüksek olması ve evli grubun burada daha yoğun olmasından kaynaklı olduğunu düşünmekteyiz.

Literatüre bakıldığında ‘Sağlık İnanç Modeli’ yaklaşımı ile yapılan çalışmalar dikkat çekmektedir. Uludağ ve arkadaşlarının(2020) kadınların serviks kanseri ve taraması ile ilgili sağlık inançlarının ‘Sağlık İnanç Modeli’ yaklaşımı ile değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte bir çalışmada serviks kanseri ve taraması hakkında bilgi düzeyi arttıkça olumlu sağlık davranışlarına yönelimlerinin de artış gösterdiği bildirilmiştir (84). Soruların Sağlık İnanç Model’inden türetilerek oluşturulan bir başka çalışma ise Cheung ve arkadaşları tarafından doktor ve hemşirelerin HPV hakkındaki bilgilerini değerlendirmek üzere yürütülmüştür. Yaşları 21 ve 60 arası olan 1152 klinisyen (170 doktor ve 982 hemşire) dahil edildiği çalışma sonucunda SİM: Algılanan öz-etkinlik puanlarına hekim ve hemşirelerin HPV Aşısını kabul etmede önemli bir rol oynadığı sonucuna varılmıştır (2). Reiter ve arkadaşları (2011) ergenlik çağında çocuğu olan veliler, sağlık personeli ve okul personelinin HPV aşısı hakkındaki inançlarını incelemek amacıyla

yaptığı çalışmada; Bu gruplara HPV ve HPV aşısı hakkında eğitim verilmiş olup eğitim öncesi ve sonrasında uygulanan bilgi puanlamasında SİM puanlarının eğitim öncesi puanlarına oranla yükselmiş olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak da bu eğitimlerin, ergen kadınların HPV aşılama davranışlarında olumlu değişikliklere yol açacağı kanısına varıldığı bildirilmiştir (85).

Yaptığımız çalışmada bireyin yapacağı yeni bir eyleme karşı uyum sağlamasında meydana gelecek engelleri anlayabilmek için SİM ölçeği alt boyutundan ‘Algılanan Engeller’ ile HPV Aşısı Olma Durumu ve HPV Bilgi Ölçeği toplam puan ortalamaları ile HPV aşısı olma durumu ile arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Demir’in yaptığı çalışmada kadın katılımcıların HPV-BÖ ölçek toplam ve alt maddelerin puan ortalamalarının erkeklere göre yüksek olduğu saptanmış olmakla beraber yaş, eğitim durumu, medeni durum, aylık gelir düzeyi gibi sosyo demografik özelliklerin HPV, HPV aşısına ilişkin herhangi bir fark yaratmadığı saptanmıştır (86). Çalışmamızda HPV aşısı olan katılımcıların SİM ölçeği alt boyutundan algılanan engeller kısmındaki puanlarının, aşı olmayanlara oranla daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuca göre; Çalışmamıza katılan hemşirelerin aşılama oranlarının çok düşük olduğu ve aşı olmama sebeplerinden birinin de sağlık inançlarından kaynaklanan engeller olduğunu söyleyebiliriz.

HPV cinsel yolla bulaşarak erkekleri ve kadınları etkileyen bir enfeksiyondur. HPV ve sebep olduğu hastalıklardan korunmada en etkin yöntem bağışıklamadır. Çalışmamıza katılan hemşirelerin %4’ü HPV aşısı olduklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.5). Karasu ve arkadaşları (2019) hemşirelik öğrencisi ve hemşirelerden oluşan çalışmalarında, her iki cinsiyette de bizim çalışmamıza benzer olarak aşılama oranını %4.3 olarak bulmuşlardır. Aşılananların % 5,6 sı kadın; %4 ü erkektir (83).Bizim çalışmamızda ise HPV aşısı olduğunu belirten erkek katılımcı yoktur. Çalışmamızda aşı yaptıran erkek katılımcının olmamasını, erkek hemşirelerin bu konuya önem vermemelerinden, HPV’ye karşı erkeklerin daha korunmalı olduklarını düşünmelerinden ya da HPV aşısı hakkında yeterli bilgi sahibi olmamalarından, en önemlisi de aşılama ile ilgili ilk önerilerin sadece kadınlar için olmasından kaynaklanmış olabilir. Buna paralel olarak Tatar ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada erkeklerin HPV ile enfekte olma konusunda kadınlara göre daha az endişe duyduklarını ve kendilerini düşük risk altında gördüklerini saptaması bizim öngörümüzü desteklemektedir (87). Literatürde HPV ile ilgili çalışmalar çoğunlukla kadınlara ya da genel popülasyon yönelik olmakla birlikte HPV aşısı olma durumlarını

değerlendiren çalışmalar da yapılmaya başlanmıştır; Barnard ve arkadaşları yaptığı çalışmada erkeklerin de aşılandığı ancak kadınların aşılama oranlarının erkeklerden çok daha yüksek olduğu bildirilmiştir ve erkeklerin büyük çoğunluğu (%90) HPV aşısı yaptırmayı hiçbir zaman ciddi olarak düşünmediklerini belirtmişlerdir. Erkek üniversite öğrencilerinin HPV bilgilerini, algılanan risklerini ve aşı olmada engellerinin tartışıldığı çalışma sonucunda da erkek üniversite öğrencilerinin, ebeveynleri ve sağlık hizmeti sağlayıcılarından eğitim almalarının aşılama oranlarının artıracağı düşünülerek eğitim programlarına ihtiyaçları olduğu sonucuna varılmıştır. Barnard ve arkadaşları çalışmasında kadınların HPV bilgisinin bizimkine paralel olarak kadınlarda daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Ancak Barnard çalışmasında çarpıcı bir sonuç dikkatimizi çekmiştir; kadınların % 62,4'ü, erkeklerin % 21,6'sı kendilerine bir doktor veya hemşire tarafından HPV aşısı önerildiğini tespit etmiştir (88). Erkeklerin HPV ve aşı bilgisinin düşük olmasının arkasında sağlık hizmeti sağlayıcılarının yetersiz eğitimi ve rehberliğinin yatıyor olması önemli bir husustur.

Bu nedenle genel durumu anlamak üzere Dünya da ve Türkiye de yapılan çalışmalar incelenmiş olup; Kanada'lı erkek üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışma erkek öğrencilerin çoğunun HPV aşının erkeklere de yapılabileceğini bilmedikleri, bilenlerin aşılama konusunda kararsız oldukları, HPV ve HPV aşısı bilgilerinin düşük olduğu ve bunun da kişilerin algı seviyeleri ile doğru orantılı olduğunu belirtmişler (87) ve Bal ve arkadaşlarının çalışmasında da İzmir'deki erkek üniversite öğrencilerinin HPV aşısı olmak açısından olumsuz tavır içinde oldukları saptanmış ve HPV aşını bilenlerin oranı %87,7 iken HPV aşısı olma oranı %1,9 olarak belirlenmiştir (79). Sonuç olarak da erkeklerinde HPV konusunda bilgilendirilmeleri gerekliliği bir kez daha dikkat çekmiştir.

Lei ve arkadaşlarının 2006-2017 yılları arasında yaptığı toplum temelli çalışmada 30 yaşına kadar HPV aşısı olmuş ve olmamış kadınlar serviks kanseri açısından değerlendirmiş ve sonuç olarak HPV aşısı olmuş grupta tanı alan kadın sayısı 100.000 kişide 47 iken aşı olmamış grupta 100.000 kişide 94 olarak saptanmıştır. Yani aşılama popülasyonun aşılama popülasyonla karşılaştırıldığında insidans oranı 0,51 olarak bildirilmiştir (89). Bu çalışmadan hareketle aşılama oranının arttıkça rahim ağzı kanserine yakalanma oranının yarı yarıya arttığını görmekteyiz. Bizim çalışmamızda aşılama olan 10 kişiden 4'ü 18-24 yaş aralığında, 5'i 25-35 yaş aralığında ve 1'i de 36-45

yaş aralığında ve hepsi hemşire olduktan sonra kendi istekleri ile HPV aşısı olduklarını belirtmişlerdir.

Topluma HPV ile ilgili hem bilgi, hem de tutumuyla model olması gereken ve bu noktada sağlık hizmeti sunumunda öneme sahip sağlık personelinin önce kendisinin bilgili ve eğitilmiş olması gerekmektedir. Kadın sağlık çalışanlarının aşı yaptırma durumları ile karma meslek gruplarının aşılama durumlarını karşılaştırmak üzere, Görkem ve arkadaşları tarafından hemşire, ebe, fizyoterapist, anestezi teknisyeni, radyoloji teknisyeni ve laboratuvar teknisyenlerin dahil edildiği 192 kadın sağlık çalışanı ile yapılan çalışmada katılımcıların yalnızca %1'i HPV aşısını yaptırdıklarını belirtmişlerdir (90). Görkem'in çalışmasından elde edilen verilerdeki oranlardan, çalışmamızdaki aşılama durumundan elde edilen veriler daha olumlu olsa da istendik düzeyde değildir. Bizim çalışmamızda yüksek çıkma nedenlerinden biri hemşirelerin diğer sağlık çalışanlarına göre HPV farkındalıklarının daha yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Mezuniyet sonrası sağlık hizmeti sunarken model olacak sağlık alanında eğitim alan öğrencilerin, HPV aşısı olma oranlarına bakılmıştır. Kurt ve arkadaşlarının tıp fakültesi öğrencileri ile yaptığı çalışmada hiç kimsenin HPV aşısı yaptırmadığı (36), Özşaran ve arkadaşlarının tıp fakültesi öğrencileri ile yaptığı çalışmada sadece 5 kız öğrencinin HPV aşısı yaptırdığı (91), Kunt İşgüder ve arkadaşlarının çalışmasında sadece 2 kız öğrencinin HPV aşısı yaptırdığı (92) ve Başlı ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada yer alan 287 sağlık yüksekokulu öğrencisinden sadece birinin aşı yaptırdığı saptanmıştır (93).

Karasu ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada katılımcıların HPV enfeksiyonu konusunda yeterli bilgiye sahip oldukları fakat HPV enfeksiyonu riski altında olmadıklarını düşündükleri için aşılama konusundaki görüşlerinin olumsuz olduğu belirlenmiştir (83). Bizim çalışmamızda HPV aşısı olan 10 kişininse hemşirelik yapmaya başladıktan sonra aşılandığı saptanmıştır. Bu noktada sağlık çalışanlarının gerekli bilgi donanımına sahip olması için eğitim ihtiyacı ortaya çıkmaktadır. Bu maksatla Kim'in çalışmasında Kore'deki sağlık öğretmenleri ile yaptığı çalışmada, sağlık öğretmenlerinin %23,4'ü HPV ile ilgili ders anlattıklarını, %97'si hem kız hem de erkek çocukların HPV aşısı olmaları gerektiği konusunda açıklama yaptıkları bunun yanında öğretmenlerin genel HPV bilgilerinin yetersiz olması ve sağlık inançlarında farklılıklar bulunması nedeni ile öğrencilere aşı yapılması ile ilgili düşüncelerinde farklılıklar olduğu bu nedenle de sağlık

öğretmenlerinin bu konuda eğitim programlarına ihtiyaçları olduğu sonucuna varılmıştır (80). Bunun yanında Bal'ın çalışmasında da kadınların %87,7'si HPV'den korumak için HPV aşısını bildiğini belirtirken, neredeyse tüm katılımcılar (%98,1) HPV aşısı olmamıştır. Bal'ın çalışmasında bulgular doğrultusunda, öğrencilerin HPV bilgisinin aşılamaı etkilemediği kanısına varmışlardır (79).

Bizim çalışmamızda da aşılama oranı oldukça düşük olduğundan, hemşireler bilgi durumları açısından değerlendirildiğinde ve sadece kadınların aşılandığını düşündüğümüzde erkek hemşirelerin' HPV Bilgi Ölçeği '(toplam)' puan ortalamalarının kadın hemşirelerin puan ortalamalarından daha düşük olduğu (Tablo 4.5) ve en düşük puanı lise mezunu hemşirelerin aldığı (Tablo 4.5) belirlenmiştir. Bu veriler doğrultusunda eğitim seviyesi ve cinsiyet değişkenlerinin HPV bilgi düzeyini etkilediğini söyleyebiliriz. Benzer şekilde Radecki Breitkopf ve arkadaşlarının ABD genel popülasyondan seçilen 296 gönüllü ile yapılan çalışmada katılımcıların %32.1'i HPV aşısını duydıklarını ve HPV ilişkin bilginin kadınlarda, beyaz ırkta ve eğitimi seviyesi yüksek olan grupta daha yüksek olarak saptanmış (93) olması düşüncemizi desteklemektedir. Ancak Pınar, G., ve arkadaşlarının çalışmasında bizim çalışmamızın aksine, hemşirelerin serviks kanseri ve HPV aşısı ile ilgili bilgi düzeylerinin eğitim değişkeni ile anlamlı bir ilişki bulunmadığını bildirmişlerdir (76).

Yapılan araştırmaların genelinde katılımcıların aşı yaptırmak istediklerini ama HPV aşısı yaptırmak konusunda kararsız olduklarını ya da aşı yaptırmak istemediklerini neden olarak da aşı hakkında yeteri kadar bilgi sahibi olmadıklarını, aşının yan etkilerini bilmediklerini, aşının çok pahalı olduğunu ve aşının devlet ödemesi kapsamında rutin aşı programında olmadığını belirttikleri görülmüştür (75,79, 93,95).

Araştırmamızdaki katılımcıların %4'ü HPV aşısı olduklarını belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan hemşirelerin aşı olma durumları ile eğitim durumları, çalışma süreleri ve medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Türkiye'de HPV'nin aşı programı kapsamında olmaması ve aşısının maliyeti oldukça yüksek olması nedeni ile aşılamaı engellediğini düşündürmektedir. Bu nedenle gelir durumu aşılamaı etkilemesi doğaldı. HPV aşılama oranlarını yükseltmek için aşının sağlık bakanlığı tarafından aşı takvimine alınmasının gereğini bu sonuçlar destekler niteliktedir. HPV aşısının toplumda yaygınlaşması için Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ödemesi kapsamında rutin aşı

programına alınması aşılama oranlarında artışa ve buna paralel olarak HPV'nin hastalık oluşturma oranlarında düşüşe neden olacaktır.

Literatüre aşılama nedenleri ile ilgili çalışmalar incelemiş olup Çeşmeci ve arkadaşlarının intern doktorlarla yaptığı çalışmada HPV aşısı yaptırmama nedeni olarak %32'si erkek olduğu için %28,4'ü, aşısı sağlık sigortası kapsamında olmadığı için ve %41,8'i aşı pahalı olduğu için yaptırmadığını belirtmiştir (95).



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

6.1.1. Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri, serviks kanseri/kanser öyküleri ile serviks kanseri hakkında bilgi alma durumlarına ilişkin sonuçları

Araştırma katılan hemşirelerin;

- %95,2'sinin kadın,% 4,8'i erkek
- %%36,4'ünün 25-35 yaş grubunda ve %65'inin üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir.
- %53,6'sı bekârdır.
- ,%55,2'si gelir gider durumunu orta olarak algılamaktadır.
- %45,2'si serviste, %22,8'i poliklinikte, %16,4'ü yoğun bakımda ve %4,8'i yönetimde görev yapmaktadır.
- %15,6'sının 1 yıl ve daha az, %39,2'sinin 2-5 yıl, %18,8'inin 6-14 yıl, %26,4'ünün 15 yıl ve üzeri olduğu saptanmıştır.
- %4,8'inin ailesinde serviks kanseri öyküsü bulunduğu; ailesinde serviks kanseri öyküsü olduğunu belirten katılımcılar (12 kişi) %25'i hala, %25'i büyükbabaanne %16,7'si anne, %16,7'si teyze cevabını vermişlerdir.
- %1,2'si (3kişi) daha önce herhangi bir kanser tanısı aldıklarını ifade etmiş olup n 3 hemşireden 2'si servisk Ca, 1'i da retinoblastom cevabını vermişlerdir.
- %58'i serviks kanseri hakkında bilgisi olduğunu belirtirken, %35,2'si kısmen bilgisi olduğunu, %6,8'i ise bilgisi olmadığını belirtmiştir.
- Serviks kanseri hakkında bilgi edinme yöntemleri sorulduğunda; hemşirelerin %56,8'i okul/seminer, %40,8'i doktor/sağlık personeli, %21,6'sı kitaplar%1,2'si çalışma ortamı cevabını vermiştir.
- %94'ünün cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgi sahibi olduğunu ifade ederken, %27,2'sinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında sağlık eğitimi ihtiyaçlarının olduğunu belirttikleri saptanmıştır.

6.1.2. Hemşirelerin HPV bilgi ölçeği puanlarına ilişkin sonuçları

Araştırma katılan hemşirelerin;

- “HPV BÖ toplam” puan ortalaması $17,36 \pm 7,21$ olarak saptanmıştır. Hemşireler minimum ‘0’ soru ve maksimum 30 soru cevaplamıştır.
- Hemşirelerin cinsiyetlerine göre “Genel HPV Bilgisi”, “HPV Tarama Testi Bilgisi” ve “Genel HPV Aşı Bilgisi” puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).
- “Mevcut HPV Aşılama Programına Yönelik Bilgi” puan ortalamaları Erkek hemşirelerin ortalama puanlarının kadın hemşirelerin puan ortalamalarından daha düşük olduğu görülmüştür
- “HPV Bilgi Ölçeği (toplam)” puan ortalamaları erkek hemşirelerin puan ortalamalarının kadın hemşirelerin puan ortalamalarından daha düşük olduğu belirlenmiştir.
- “Genel HPV Bilgisi” puan ortalamalarında, 18-24 yaş grubunda yer alan hemşirelere ait ortalama değer diğer yaş gruplarına ait ortalama değerlerden anlamlı derecede düşüktür.
- Ayrıca 25-35 yaş grubunda yer alan hemşirelere ait ortalama değer, 36-45 yaş grubunda yer alan hemşirelere ait ortalama değerden anlamlı derecede düşüktür. Genel HPV bilgisi genç yaş grubunda ileri yaş grubuna göre daha düşüktür
- “HPV Tarama Testi Bilgisi” puan ortalamaları 18-24 yaş grubunda yer alan hemşirelere ait ortalama değer, 25-35 ve 36-45 yaş grubunda yer alan hemşirelere ait ortalama değerlerden düşüktür.
- HPV Tarama Testi Bilgisinin genç yaş grubunda ileri yaş grubuna göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.
- “Mevcut HPV Aşılama Programına Yönelik Bilgi” puan ortalamaları 36-45 yaş grubunda yer alan hemşirelere ait ortalama değer, 18-24 ve 25-35 yaş grubunda yer alan hemşirelere ait ortalama değerlerden yüksektir.
- “HPV Bilgi Ölçeği” toplam puan ortalamaları 36-45 yaş grubunda yer alan hemşirelere ait ortalama değer, 18,24, 25-35, 46 ve üzeri yaş grubunda yer alan hemşirelere ait ortalama değerlerden anlamlı derecede yüksektir.
- 25-35 yaş grubunda yer alan hemşirelere ait ortalama değer, 18-24 yaş grubunda yer alan hemşirelere ait ortalama değerden anlamlı derecede yüksektir.

- “Genel HPV Bilgisi” puan ortalamaları lise grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer, lisans, lisansüstü ve önlisans gruplarında yer alan katılımcılara ait ortalama değerlerden düşüktür.
- “Genel HPV Aşı Bilgisi” puan lise grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer, lisans, lisansüstü ve önlisans gruplarında yer alan katılımcılara ait ortalama değerden düşüktür.
- Hemşirelerin “Mevcut HPV Aşılama Programına Yönelik Bilgi” puan ortalamaları lisansüstü grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer, lise ve lisans gruplarında yer alan katılımcılara ait ortalama değerlerden anlamlı derecede yüksektir.
- Hemşirelerin HPV Bilgi Ölçeği (Toplam)” puan lise grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer, lisans, lisansüstü ve önlisans gruplarında yer alan katılımcılara ait ortalama değerlerden anlamlı derecede düşüktür.
- “HPV Tarama Testi Bilgisi” puan ortalamaları poliklinik grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer, servis ve diğer gruplarında yer alan katılımcılara ait ortalama değerlerden yüksektir.
- “Mevcut HPV Aşılama Programına Yönelik Bilgi” puan ortalamaları poliklinik grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer, servis, yoğun bakım ve diğer gruplarında yer alan katılımcılara ait ortalama değerlerden yüksektir.
- “HPV Bilgi Ölçeği (Toplam)” puan ortalamaları poliklinik grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer servis, yoğun bakım ve diğer gruplarında yer alan katılımcılara ait ortalama değerlerden yüksektir.
- “Genel HPV Bilgisi” puan ortalamaları 15 yıl ve üzeri çalışan grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer, 2-5 yıl ve 6-14 yıl gruplarında yer alan katılımcılara ait ortalama değerlerden yüksektir.
- “Genel HPV Aşı Bilgisi” puan ortalamaları 15 yıl ve üzeri grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer 2-5 yıl grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değerden anlamlı derecede yüksektir.
- “Mevcut HPV Aşılama Programına Yönelik Bilgi” puan 15 yıl ve üzeri grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer, 1 yıl ve daha az, 2-5 yıl ve 6-14 yıl gruplarında yer alan katılımcılara ait ortalama değerlerden anlamlı derecede yüksektir.

- “HPV Bilgi Ölçeği (Toplam)” puan 15 yıl ve üzeri grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer, 2-5 yıl ve 6-14 yıl gruplarında yer alan katılımcılara ait ortalama değerlerden yüksektir.
- “HPV Bilgi Ölçeği (Toplam)” puan ve alt ölçek puan ortalamaları bekâr grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değerler, evli grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değerden anlamlı derecede düşüktür.

6.1.3. Hemşirelerin HPV aşısına yönelik sağlık inanç modeli ölçeği puanlarına ilişkin bulgular

Araştırma katılan hemşirelerin;

- SİM ölçeği alt boyut ortalamaları 2,91 puan ve 2,08 puan arasında değiştiği saptanmıştır.
- Her alt boyut için minimum ‘1’ soru ve maksimum ‘4’ soru cevaplamıştır.
- “Algılanan Faydalar”, “Algılanan Duyarlılık” ve “Algılanan Ciddiyet” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.
- “Algılanan Engeller” puan ortalamaları erkek katılımcılara ait ortalama değer, kadın katılımcılara ait ortalama değerden yüksektir.
- “Algılanan Faydalar” puan ortalamaları 36-45 yaş grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer, 18-24, 25-35, 46 ve üzeri yaş grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değerlerden anlamlı derecede yüksektir.
- “Algılanan Faydalar” puan ortalamaları lisansüstü grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer, lise grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değerden anlamlı derecede yüksektir.
- “Algılanan Faydalar” puan ortalamaları poliklinik grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer, servis, yoğun bakım ve diğer gruplarında yer alan katılımcılara ait ortalama değerlerden anlamlı derecede yüksektir.
- Ayrıca yönetim grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer servis, yoğun bakım ve diğer gruplarında yer alan katılımcılara ait ortalama değerlerden anlamlı derecede yüksektir.

- “Algılanan Faydalar” puan ortalamaları 15 yıl ve üzeri grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer, 1 yıl ve daha az ile 2-5 yıl gruplarında yer alan katılımcılara ait ortalama değerlerden anlamlı derecede yüksektir.
- “Algılanan Duyarlılık” , “Algılanan Ciddiyet” ve “Algılanan Engeller” puan ortalamaları arasında çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).
- “Algılanan Faydalar” puan ortalamaları bekar grubunda yer alan katılımcılara ait ortalama değer, evli ve boşanmış-dul gruplarında yer alan katılımcılara ait ortalama değerlerden anlamlı derecede düşüktür.
- “Algılanan Duyarlılık” , “Algılanan Ciddiyet” ve “Algılanan Engeller” puan ortalamaları arasında medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

6.1.4. HPV aşısı olma durumlarına ilişkin bulgular

Araştırma katılan hemşirelerin;

- %4’ü HPV aşısı olduklarını belirtmişlerdir.
- HPV aşısı olan hemşireler yalnızca kadınlardır.
- HPV aşısı olan 4 kişi 18-24 yaş aralığında, 5 kişi 25-35 yaş aralığında ve 1 kişide 36-45 yaş aralığında ve hemşire olduktan sonra kendi istekleri ile HPV aşısı olmuştur
- SİM Ölçeği alt boyut puanları, “HPV Aşısı Olma Durumu” değişkenine göre “Algılanan Faydalar”, “Algılanan Duyarlılık” ve “Algılanan Ciddiyet” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).
- “Algılanan Engeller” puan ortalamaları evet cevabını veren katılımcılara ait ortalama değer, hayır cevabını veren katılımcılara ait ortalama değerden anlamlı derecede düşüktür.

6.1.5. HPV Bilgi Ölçeği ve SİM Ölçeği puanları arasındaki ilişkiye ait korelasyon testi sonuçları

Araştırma katılan hemşirelerin;

- “Algılanan Faydalar” puanları ile “Genel HPV Bilgisi” puanları arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$; $r=0,416$).
- “Algılanan Faydalar” puanları ile “HPV Tarama Testi Bilgisi” puanları arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$; $r=0,269$).
- “Algılanan Faydalar” puanları ile “Genel HPV Aşı Bilgisi” puanları arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$; $r=0,394$).
- “Algılanan Faydalar” puanları ile “Mevcut HPV Aşılama Programına Yönelik Bilgi” puanları arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$; $r=0,358$).
- “Algılanan Faydalar” puanları ile “HPV Bilgi Ölçeği (Toplam)” puanları arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$; $r=0,447$).
- “Algılanan Duyarlılık” puanları ile “Genel HPV Bilgisi” puanları arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$; $r=0,355$).
- “Algılanan Duyarlılık” puanları ile “HPV Tarama Testi Bilgisi” puanları arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$; $r=0,366$).
- “Algılanan Duyarlılık” puanları ile “Genel HPV Aşı Bilgisi” puanları arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$; $r=0,362$).
- “Algılanan Duyarlılık” puanları ile “Mevcut HPV Aşılama Programına Yönelik Bilgi” puanları arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$; $r=0,264$).

- “Algılanan Duyarlılık” puanları ile “HPV Bilgi Ölçeği (Toplam)” puanları arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$; $r=0,410$).
- “Algılanan Ciddiyet” puanları ile “Genel HPV Bilgisi” puanları arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$; $r=0,324$).
- “Algılanan Ciddiyet” puanları ile “HPV Tarama Testi Bilgisi” puanları arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$; $r=0,229$).
- “Algılanan Ciddiyet” puanları ile “Genel HPV Aşı Bilgisi” puanları arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$; $r=0,353$). “Algılanan Ciddiyet” puanları ile “Mevcut HPV Aşılama Programına Yönelik Bilgi” puanları arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$; $r=0,192$).
- “Algılanan Ciddiyet” puanları ile “HPV Bilgi Ölçeği (Toplam)” puanları arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$; $r=0,343$).
- “Algılanan Engeller” puanları ile “Genel HPV Bilgisi” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).
- “Algılanan Engeller” puanları ile “HPV Tarama Testi Bilgisi” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).
- “Algılanan Engeller” puanları ile “Genel HPV Aşı Bilgisi” puanları arasında negatif yönlü, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$; $r=-0,128$).
- “Algılanan Engeller” puanları ile “Mevcut HPV Aşılama Programına Yönelik Bilgi” puanları arasında negatif yönlü, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$; $r=-0,142$).

6.1.6. Hemşirelerin bilgi düzeyleri ve inançları ile HPV aşısı yaptıırma durumları arasında ilişki

- “SİM Ölçeği (toplam)” puanları ile “HPV Bilgi Ölçeği (Toplam)” puanları arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$; $r=0,397$).
- HPV aşısı olan katılımcıların, aşı olmayanlara göre “HPV Bilgi Ölçeği (Toplam)” puan ortalamaları ve “SİM Ölçeği (Toplam)” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.
- Araştırmaya katılan hemşirelerin “Algılanan Yararlar” puanları ile “HPV Bilgi Ölçeği (Toplam)” puanları arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$; $r=0,447$).
- Araştırmaya katılan hemşirelerin “.HPV Bilgi Ölçeği toplam puanı yüksek olanlarda SİM ölçeği toplam puanı daha yüksektir.
- Mevcut HPV aşılama programına yönelik bilgisi yüksek olanlarda SİM ölçeği “Algılanan Engeller” puanı daha düşüktür.
- Genel HPV aşı bilgisi yüksek olanlarda SİM ölçeği “Algılanan Engeller” puanı daha düşüktür.
- HPV bilgisi yüksek olanlarda SİM ölçeği “Algılanan Yararlar” puanı daha yüksektir

6.2. Öneriler

Araştırmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar doğrultusunda;

- 1- Hemşirelere HPV ve aşılama konusundaki farkındalıklarını arttırmak amaçlı formal eğitim sisteminde derslerde ve çalışma yaşamında ise hizmet içi eğitim, seminer vb. eğitim programların planlanmasının fayda sağlayacağını düşünmekteyiz. Bu planlama sonucunda da serviks kanseri görülme sıklığının düşmesinde önemli katkı sağlayacağı fikrindeyiz.
- 2- Erkek hemşirelerin hiç aşılanmamış olması aşılama oranlarını artıracak farkındalık çalışmalarının yapılması gereğini ortaya koymaktadır. Önce hemşireler için sonrada hastalar için farkındalığı artırmak için ilgi çekici planlamalar yapılabilir (Eğitim seminerler, broşürler, barkovizyon gösterileri gibi)

- 3- HPV aşısının toplumda yaygınlaşması için SGK ödemesi kapsamında rutin aşı programına dahil edilmesini yada ücretinin daha uygun hale gelmesini sağlanmasını önermekteyiz.



KAYNAKLAR

1. Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians, 68(6), 394–424, 2018. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
2. Cheung, T., Lau, J. T., Wang, J. Z., Mo, P., Siu, C. K., Chan, R. T., & Ho, J. The Acceptability of HPV vaccines and perceptions of vaccination against HPV among physicians and nurses in Hong Kong. International journal of environmental research and public health, 16(10), 2019.
3. Türkiye Kanser Kontrol Programı 2015 Ankara sy/47-53
4. WHO. Cancer, 2018. <https://www.who.int/cancer/en/>
5. Türkiye Kanser İstatistikleri 2015, Ankara 2018 [Online] Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2015.pdfAvailable at: (erişim tarihi 05.01.2020)
6. Sünbül, A.(2019) Kadın Sağlığını Etkileyen Faktörler: Kocagür Örneği(1) Şimşek, A. Ç. & Çakmak, D. Ülkemizde Yürürlükte Olan Kadın Sağlığını Koruma Politikaları Mevzuatı. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi, 16(1), 2019
7. Taşkın, L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, xv. Baskı. Ankara: Ziraat grup matbaacılık, 2016
8. . ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre) 2019
9. Ralaidovy, A.H., Gopalappa, C., Ilbawi, A. et al. Cost-effective interventions for breast cancer, cervical cancer, and colorectal cancer: new results from WHO-CHOICE. Cost Eff Resour Alloc **16**, 38. 2018 <https://doi.org/10.1186/s12962-018-0157-0>

10. Türkiye Kanser İstatistikleri, 2016 <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri>
11. Gültekin, M., & İstatistikleri, B. G. T. K. TC Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kanser Savaş Daire Başkanlığı. 2016.
12. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Human papillomavirus vaccination Committee Opinion No 588. Obstet Gynecol 2014; 123:712
13. Yılmaz,İ. Serviks Kanseri, Servikovajinal Smear İle Hpv Farkındalık Ve Bilinç Düzeyinin Araştırılması: Tez no: -009 –Afyonkarahisar, 2019.
14. Çift ,T., Korkmazer , E., Temur , E., Karataş, S., Özdemir, H., Güçlü, T., Üstünyurt, E. Hastanede Çalışan Ebe Ve Hemşirelerin Human Papilloma Virüs Aşıları Hakkında Bilgi Ve Tutumlarının Değerlendirilmesi Ankara Eğt. Arş. Hast. Derg. (Med. J. Ankara Tr. Res. Hosp.) Cilt / Volume: 52 Sayı / Number: 1 Yıl / Year: 2019. ISSN:1304-6187
15. Hatem, F. Bir üniversite hastanesine başvuran anne ve babaların HPV enfeksiyonu farkındalıkları ve HPV aşısına yaklaşımları tıp da uzmanlık tezi, 2019.
16. Ersin, F. (2012). Sağlığı geliştirme modelleri ile yapılan hemşirelik girişimlerinin kadınların meme ve serviks kanserine yönelik erken tanı davranışlarına etkisi (Doctoral dissertation, DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü), 2012.
17. Camcıoğlu, Y., İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri -- adölesan sağlığı 2 sempozyum dizisi no:63, s 117-124, 2008 .
18. Öztürk, D. Bir Üniversitenin Sağlıkla İlgili Alanlarında Öğrenim Gören Gençlerin Human Papilloma Virüs Enfeksiyonuna İlişkin Bilgiler Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2012.
19. Alp Avcı, G., Bozdayı, G., Hitit Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Mikrobiyoloji, Çorum Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara Kafkas J Med Sci; 3(3):136–144 • doi: 10.5505/kjms.2013.52724 İnsan Papilloma Virüsü, 2013.

20. Castellsagué, X., (2008), Natural history and epidemiology of HPV infection and cervical cancer Gynecologic Oncology 110 S4–S7w Unit of Infections and Cancer, Institut Català d'Oncologia (ICO), Idibell, Cíber-Esp Received 23 July 2008.
21. Arvas M, Şal V, Genital HPV (siğil) Nobel Tıp Kitabevi 2017, İstanbul P:1-3
22. Zur Hausen, H. Papillomaviruses in the causation of human cancers—a brief historical account. Virology, 384(2), 260-265, 2009.
23. Ayaz, Y., Tıp fakültesi öğrencilerinin HPV enfeksiyonu ve HPV aşısı hakkındaki bilgi düzeyleri ve tutumlarının değerlendirilmesi Öz Şanlıurfa, 2020.
24. Sunar, S., Karolina Hpv Aşılama Tutumları Ve İnançları Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik Ve Güvenirlik Çalışması EDİRNE , Referans no: 10104392 yüksek lisans tezi, 2018.
25. Şahiner, F., & Şener, K. Human Papilloma Virüs Enfeksiyonları, Risk Faktörleri ve Koruyucu Önlemler. TAF Preventive Medicine Bulletin, 12(6), 2013.
26. Çiçek, E., N., Tıpta Uzmanlık Tezi Hpv Pozitifliği Olan Kadınlarda Hayat Kalitesi, Anksiyete Ve Depresyon İlişkilerinin İncelenmesi, İstanbul, 2020.
27. Mirabello, L., Clarke, M. A., Nelson, C. W., Dean, M., Wentzensen, N., Yeager, M., ... & Burk, R. D. The intersection of HPV epidemiology, genomics and mechanistic studies of HPV-mediated carcinogenesis, 2018.
28. Iarc, W. G. Human papillomaviruses: IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum, 90, 1-636, 2007.
29. Şahiner, F., Şener, K., Yapar, M., Dede, M., Yiğit, N., Şimşek, B., & Kubar, A. Şüpheli servikal lezyonlu kadınlarda yüksek riskli HPV'lerin genotip dağılımı. Gulhane Medical Journal, 54(4), 2012.
30. Fındık, D., Türk Dağı, H., Arslan, U., & Fındık, Y. Servikal örneklerde human papillomavirus sıklığı ve genotip dağılımı. Genel Tıp Derg, 22(4), 116-20, 2012.

31. Schiffman M, Rodriguez A C, Chen Z, Wacholder S, Herrero R, Hildesheim A, Desalle R, Befano B, Yu K, Safaeian M, Sherman E, Morales J, Guillen D, Alfaro M, Hutchinson M, Solomon D, Castle E P, Burk R D , A, A. Population-Based Prospective Study of Carcinogenic Human Papillomavirus Variant Lineages, Viral Persistence, and cervical neoplasia. *Cancer research*, 70(8), 3159-3169, 2010.
32. Arvas, M. HPV İnfeksiyonunun Bulaşma Yolları (Bölüm 6). Eds.: Arvas M, Gezer A. Genital HPV. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık, 41-49, 2007.
33. Kan Ö, Görkem Ü, Barış Ö, Koçak Ö, Toğrul C, Yıldırım E. Kanser erken teşhis ve tarama eğitim merkezleri (KETEM)'ne başvuran kadınlarda human papillomavirüs (HPV) sıklığının değerlendirilmesi ve genotiplerin analizi/ *Türk Hij Den Biyol Derg*, 76(): 163 – 168, 2019.
34. Aybike, F., & Dünder, İ. HPV Enfeksiyonu ve anogenital preinvaziv ve invaziv lezyonlar. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 16(4Ek). Sayfa 13-18, 2012
35. Bayrak E, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarda Kişiyi Özgü Risk Değerlendirmeleri ve Kanser Taramaları *Sağlık ve Toplum*, 30 (2) 29-45, 2020.
36. Dursun, P., Ayhan, A., Mutlu, L., Çağlar, M., Haberal, A., Güngör, T., ... & Güner, H. HPV Types in Turkey: Multicenter Hospital Based Evaluation of 6388 Patients in Turkish Gynecologic Oncology Group Centers/Türkiye'deki HPV Tipleri: Türk Jinekolojik Onkoloji Grubuna Üye Merkezlere Başvuran 6388 Hastanın Retrospektif Analizi. *Turkish Journal of Pathology*, 29(3), 210-216, 2013.
37. Seong J, Ryou S, Choi B S , A Review of HPV Prevalence Research *J Bacteriol Virol* Vol 50. No 3. September 2020; 50(3): 181-18
38. Holme F, Maldonado F, Martinez-Granera O B, Rodriguez J M, Almendarez J, Slavkovsky R, Bansil P, Thomson K A, Jeronimo J and Sanjose S / HPV-based cervical cancer screening in Nicaragua: from testing to treatment Holme et al. *BMC Public Health* (2020) 20:495
39. Selçuk, A. K., & Yanikkerem, E. Serviks Kanseri Ve Human Papillomavirus (Hpv) Prevalansı İle Hpv Aşı Programları. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 4(2), 40-55, 2018.

40. Braaten, K. P., & Laufer, M. R. Human papillomavirus (HPV), HPV-related disease, and the HPV vaccine. *Reviews in obstetrics and gynecology*, 1(1), 2, 2008.
41. Psyrris, A., & DiMaio, D. Human papillomavirus in cervical and head-and-neck cancer. *Nature clinical practice oncology*, 5(1), 24-31, 2008.
42. Çilli, M., & Kadioğlu, A. Genital Siğil Kılavuzu, 2020. <https://www.uroturk.org.tr/>
43. McBride, A. A., & Münger, K. Expert views on HPV infection.
44. Brianti, P., De Flaminio, E., & Mercuri, S. R. (2017). Review of HPV-related diseases and cancers. *New Microbiol*, 40(2), 80-85, 2018.
45. Faridi j, Zahra A, Khan K, Idrees M. Oncogenic potential of Human Papillomavirus (HPV) And Its Relation With Cervical Cancer, *Virology Journal* volume 8, Article number: 269, 2011.
46. Kurt, A. S., Canbulat, N. ve Savaşer, S. Adolesan dönem cinselliğiyle öne çıkan serviks kanseri ve risk faktörleri. *Medical Journal of Bakirkoy*, 9(2), 59–63, 2013. <https://doi.org/10.5350/BTDMJB201309204>
47. Aslan, F. G., Aslan, M., Us, T., Kaşifoğlu, N., Akgün, Y., Özalp, S. S., & Öge, T. Eskişehir bölgesi'ndeki kadınlarda human papillomavirus (Hpv) DNA pozitifliği ve olası risk faktörlerinin değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 14(3), 2015.
48. Kanbur, A. G. A., & Çapık, Y. D. D. C. Servikal kanserden korunma, erken tanı-tarama yöntemleri ve ebe/hemşirenin rolü. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 18(1), 61-72, 2011.
49. Şahiner, F., Gümral, R., Human Papillomavirüs Enfeksiyonları Ve İlişkili Kanserler *Flora*;17(3):093-102, 2012.
50. Karaosmanoğlu, H. "HIV Enfeksiyonuna Cinsiyet Bazlı Bakış: Kadın ve HIV." *FLORA* 23.3 (2018): 95-101.

51. Burd, E. M. Human papillomavirus and cervical cancer. *Clinical microbiology reviews*, 16(1), 1-17, 2003.
52. Bosch, F. X., & De Sanjosé, S. Chapter 1: Human papillomavirus and cervical cancer—burden and assessment of causality. *JNCI monographs*, 2003(31), 3-13, 2003.
53. Özgül, N. Genital Siğil. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik-Özel Konular*, 10(2), 174-180. Özgül N, (2009) Türkiye'de Serviks Kanserin Durumu ve Yapılan Servikal Kansere Tarama Çalışmaları Türkiye'de Kansere Kontrolü syf 379-384, 2017.
54. Altun, E., Usta, A., Bülbül, Ç. B., & Turan, G. HPV-DNA Alt Tiplerinin Smear ve Kolposkopik Biyopsi Sonuçlarının Korelasyonunun Değerlendirilmesi. *Van Tıp Derg*, 25, 472-76, 2018.
55. Liverani, C. A., Di Giuseppe, J., Giannella, L., Delli Carpini, G., & Ciavattini, A. Cervical Cancer Screening Guidelines in the Postvaccination Era: Review of the Literature. *Journal of Oncology*, 2020.
56. Yıldırım, D., & Gökaslan, H. Serviks Kanseri Taramasında Hpv Dna Testinin Yeri. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 18(1), 1-6, 2015.
57. Kög, İ., Turan, T., Karabük, E., Karayünlü, B., Özgül, N., Demir, Ö. F., & Köse, M. F. Cervical and breast cancer screening programme results of Etlik KETEM Group. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(2), 145-152, 2012.
58. Perkins, R. B., Guido, R. S., Castle, P. E., Chelmow, D., Einstein, M. H., Garcia, F., ... & Saraiya, M. 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines for abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. *Journal of lower genital tract disease*, 24(2), 102, 2020.
59. Chan, C. K., Aimagambetova, G., Ukybassova, T., Kongrtay, K., & Azizan, A. Human papillomavirus infection and cervical cancer: epidemiology, screening, and vaccination review of current perspectives. *Journal of oncology*, 2019.

60. Bayır, Ö., & Doğan, E. Orofarenks Tümörlerine Transoral Yaklaşım. Türkiye Klinikleri Ear Nose and Throat-Special Topics, 13(1), 24-33, 2020.
61. Yemenoğlu, H. & Köse, O. "Diş Hekimliği Öğrencilerinin Human Papilloma Virus Hakkındaki Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi." Osmangazi Tıp Dergisi 42.5 (2020): 96-102.
62. Faber, M. T., Sand, F. L., Albieri, V., Norrild, B., Kjær, S. K., & Verdoodt, F. Prevalence and type distribution of human papillomavirus in squamous cell carcinoma and intraepithelial neoplasia of the vulva. International journal of cancer, 141(6), 1161-1169, 2017.
63. Sökücü, N. Balık, E., & Sormaz, İ. C. Anal kanal ve anüs çevresinin skuamöz hücreli habis tümörleri. Kolon ve Rekt Hast Derg, 3, 105-10, 2008.
64. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (HSGM) Kanser Daire Başkanlığı, Anal kanal kanseri, 2016. Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanserturleri/kanser-turleri/414-anal-kanal-kanseri.html>
65. İrkin, F., Gülben, K., Berberoğlu, U., Altınyollar, H., Acun, G., Güney, Y., & Küçükpilakçı, B. Anal bölge yassı epitel hücreli karsinomları tedavisinde 21 yıllık deneyim sonuçları. Turkish Journal of Surgery/Ulusal Cerrahi Dergisi, 30(1), 2014.
66. Kandemir, Z., Özdemir, E., Poyraz, N. Y., Keskin, M., Türkölmez, Ş., & Eryılmaz, H. F. E. The spial nerve invasion detected with 18F-FDG PET/CT in an operated patientwith penile cancer. Gülhane Tıp Dergisi, 56(1), 57, 2014.
67. Aktaş, H., Ertuğrul, G., & Benli, A. R. Genital siğilli hastalarda cinsel yolla bulaşan diğer hastalıklara ait serolojik test sonuçları: Retrospektif bir değerlendirme, 2017.
68. Saslow, D., Andrews, K. S., Manassaram-Baptiste, D., Smith, R. A., Fontham, E. T., & American Cancer Society Guideline Development Group. Human papillomavirus vaccination 2020 guideline update: American Cancer Society guideline adaptation. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 70(4), 274-280, 2020.

69. Özçelik, S., & Kılıc, F. A. Human Papillomavirus Vaccination: Review Of The Current Evidence. *Mucosa*, 2(4), 86-94, 2019.
70. World Health Organization. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, October 2014. *Weekly Epidemiological Record= Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 89(43), 465-491, 2014.
71. Mondiale de la Santé, O., & World Health Organization. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, May 2017. *Weekly Epidemiological Record= Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 92(19), 241-268, 2017.
72. Whitworth, Hilary S., et al. "Efficacy and immunogenicity of a single dose of human papillomavirus vaccine compared to no vaccination or standard three and two-dose vaccination regimens: A systematic review of evidence from clinical trials." *Vaccine* 38.6 (2020): 1302-1314.
73. Joura, E. A., Giuliano, A. R., Iversen, O. E., Bouchard, C., Mao, C., Mehlsen, J., ... & Pitisuttithum, P. A 9-valent HPV vaccine against infection and intraepithelial neoplasia in women. *New England Journal of Medicine*, 372(8), 711-723, 2015.
74. Gözümlü, S., & Çapık, C. Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: sağlık inanç modeli. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(3), 2014.
75. Guvenc, G., Seven, M., & Akyuz, A. 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, 2016.
76. Pınar, G., Algier, L., Çolak, M., & Abbasoglu, A. Hemsirelerin serviks kanseri ve HPV asisi hakkındaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi (Determination the knowledge level of the nurses, working in Baskent University Ankara Hospital, about the HPV vaccination and cervical cancer). *Turk J Gynec Oncol*, 10, 94-8, 2007.

77. Erdem, H. A., Işıkgöz, M. T., Şanlıdağ, G., Kanpak, E. S., & Pullukçu, H. Aşı Oluyoruz, Peki Gerçekten Biliyor muyuz?: Hpv Aşısı Olan Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Hpv İnfeksiyonu Ve Aşısı İle İlgili Bilgilerinin Değerlendirilmesi. *Flora İnfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik Mikrobiyoloji Dergisi*, 25(1), 62-68, 2020.
78. Zrinyi, M., Pakai, A., Mihaly-Vajda, R., Horvathne, Z. K., Ujvarine, A. S., Gabara, K. S., & Bogdanne, E. B. Predicting Cervical Screening and HPV Vaccination Attendance of Roma Women in Hungary: Community Nurse Contribution is Key, 2020.
79. Bal-Yılmaz, H., & Koniak-Griffin, D. Knowledge, behaviors, and attitudes about human papilloma virus among nursing students in Izmir, Turkey. *Journal of Cancer Education*, 33(4), 814-820, 2018.
80. Özakar Akça, S., Selen, F., & Büyükgönenç, L. A. Hemşirelerin human papilloma virüs (HPV) enfeksiyonu ve HPV aşısı hakkındaki bilgi düzeyleri: eğitim ve araştırma hastanesi örneği, 2016.
81. Kim, H. W. 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, 2012.
82. Gerend, M. A., & Magloire, Z. F. Awareness, knowledge, and beliefs about human papillomavirus in a racially diverse sample of young adults. *Journal of Adolescent Health*, 42, 237-242, 2008.
83. Karasu, A.F.G., Adanir, I., Aydin, S. et al. Nurses' Knowledge and Opinions on HPV Vaccination: a Cross-Sectional Study from Istanbul. *J Canc Educ* 34, 98-104, 2019. <https://doi.org/10.1007/s13187-017-1272-x>
84. Uludağ, G., Gamsızkan, Z., & Sungur, M. A. Kadınların Serviks Kanseri Ve Taraması İle İlgili Sağlık İnançlarının Değerlendirilmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 10(3), 357-362, 2020.

85. Reiter, P. L., Stubbs, B., Panozzo, C. A., Whitesell, D., & Brewer, N. T. HPV and HPV vaccine education intervention: effects on parents, healthcare staff, and school staff. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 20(11), 2354-2361, 2011.
86. Demir, F. Human papilloma virüsü (HPV) bilgi ölçeği'nin türkçe geçerlik ve güvenilirliği Yüksek Lisans Tezi Halk Sağlığı Hemşirelik, 2019.
87. Tatar, O., Perez, S., Naz, A., Shapiro, G. K., & Rosberger, Z. Psychosocial correlates of HPV vaccine acceptability in college males: A cross-sectional exploratory study. *Papillomavirus research (Amsterdam, Netherlands)*, 4, 99–107, 2017. <https://doi.org/10.1016/j.pvr.2017.11.001>
88. Barnard, M., George, P., Perryman, M. L., & Wolff, L. A. Human papillomavirus (HPV) vaccine knowledge, attitudes, and uptake in college students: Implications from the Precaution Adoption Process Model. *PloS one*, 12(8), e0182266, 2017.
89. Lei, J., Ploner, A., Elfström, K. M., Wang, J., Roth, A., Fang, F., ... & Sparén, P. HPV vaccination and the risk of invasive cervical cancer. *New England Journal of Medicine*, 383(14), 1340-1348, 2020.
90. Görkem, Ü., Toğrul, C., İnal, H. A., Salman Özgü, B., & Güngör, T. (2015). Üniversite hastanesinde çalışan yardımcı sağlık personelinin Human Papilloma Virüs ve aşısı hakkında bilgi düzeyleri ve tutumları
91. Özşaran Z, Demirci S, Aras AB. Tıp fakültesi öğrencileri arasında HPV aşısı düzeyini değerlendiren anket çalışması. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi* 2011;14(2):40-4.
92. Kunt İşgüder, Ç, Oktay, G, Yılmaz Doğru, H, Delibaş, İ, Özsoy, A, Yıldız Çeltek, N, Bulut, Y. Sağlık Yüksek Okulu Öğrencilerinin HPV Aşısı Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 7(1), 1-7, 2017. DOI: 10.16899/gopctd.288651
93. Başlı, M., Aksu, H., & Toptaş, B. Bir Üniversitede Öğrenim Gören Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Human Papilloma Virüs Ve Hpv Aşısı İle İlgili Bilgi Ve Görüşleri. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 1–17, 2019.

94. Radecki Breitkopf, C., Finney Rutten, L. J., Findley, V., Jacobson, D. J., Wilson, P. M., Albertie, M., ... & Colón-Otero, G. Awareness and knowledge of Human Papillomavirus (HPV), HPV-related cancers, and HPV vaccines in an uninsured adult clinic population. *Cancer Medicine*, 5(11), 3346-33, 2016.
95. Çeşmeci, Y., Köylü, B., Sulaiman, J., Sancak, E., Şenel, S., Baki, H. E., ... & Zık, S. İnternlerin Gözünden Hpv Enfeksiyonları Ve Hpv Aşısı. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 18(3), 85-92, 2015.



**EK 1: ÖLÇEK TOPLAM VE ALT BOYUTLARININ DAĞILIMLARINA İLİŞKİN
NORMALLİK TESTİ**

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	İstatistik	sd.	p	İstatistik	sd.	p
Algılanan Faydalar	,163	250	,000	,932	250	,000
Algılanan Duyarlılık	,154	250	,000	,931	250	,000
Algılanan Ciddiyet	,103	250	,000	,961	250	,000
Algılanan Engeller	,130	250	,000	,959	250	,000
Genel HPV Bilgisi	,184	250	,000	,870	250	,000
HPV Tarama Testi Bilgisi	,151	250	,000	,928	250	,000
Genel HPV Aşı Bilgisi	,187	250	,000	,877	250	,000
Mevcut HPV Aşılama Programına Yönelik Bilgi	,167	250	,000	,892	250	,000
HPV Bilgi Ölçeği (Toplam)	,130	250	,000	,933	250	,000

Veri setinin analizi öncesinde, kullanılacak istatistiksel yöntemin belirlenmesi için ilgili değişkenlerin normal dağılıma uyum sağlayıp sağlamadıkları test edilmiştir. Bu aşamada Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testlerinden yararlanılmıştır. Kritik değer olarak $p=0,05$ alınmıştır. Test sonucunda ilgili değişkenler için elde edilen p değerlerinin 0,05'ten büyük olması durumunda verinin normal dağılıma uyduğu, küçük olması durumunda ise normal dağılıma uymadığı kabul edilmiştir (Tablo 4.4.12). Veri setinin normal dağılıma uyum göstermemesi sebebiyle gruplar arası karşılaştırmalarda parametrik olmayan yöntemlerden “Kruskal-Wallis” ve “Mann-Whitney U” testleri kullanılmıştır.

EK 2: ARAŞTIRMAYA KATILAN HEMŞİRELERİN SAĞLIK İNANÇ MODELİ BİLGİ ÖLÇEĞİ (SİM-BÖ) SORULARINA VERİLEN CEVAPLARIN DAĞILIMI

		n	%
1.HPV aşısı genital siğilleri ve genital kanseri önleyebilir	Hiç	9	3,6
	Biraz	63	25,4
	Oldukça	110	44,4
	Çok Fazla	66	26,6
2.HPV aşısı servikal kanseri önleyebilir	Hiç	24	9,7
	Biraz	52	21,0
	Oldukça	106	42,7
	Çok Fazla	66	26,6
3.HPV aşılarının etkin ve güvenilir olduğuna inanıyorum	Hiç	6	2,4
	Biraz	67	26,9
	Oldukça	111	44,6
	Çok Fazla	65	26,1
4.HPV'ye karşı aşı olmayanlarda, genital siğil oluşma ihtimali yüksektir	Hiç	13	5,2
	Biraz	103	41,4
	Oldukça	91	36,5
	Çok Fazla	42	16,9
5.HPV'ye karşı aşı olmayan erkeklerde anal ve penil kanserler, kızlarda ise servikal kanser gelişme ihtimali yüksektir.	Hiç	12	4,8
	Biraz	84	33,7
	Oldukça	113	45,4
	Çok Fazla	40	16,1
6.HPV enfeksiyonu ciddi bir hastalıktır ve okul yaşantısını/ iş yaşantısını alt üst edebilir	Hiç	15	6,0
	Biraz	72	29,0
	Oldukça	98	39,6
	Çok Fazla	63	25,4
7.HPV enfeksiyonu ölümlere sebep olabilir.	Hiç	24	9,6
	Biraz	83	33,3
	Oldukça	89	35,8

	Çok Fazla	53	21,3
8.HPV enfeksiyonu, erkek arkadaşla ya da eş ile ilişkide sorun yaratabilir	Hiç	8	3,2
	Biraz	42	16,9
	Oldukça	125	50,2
	Çok Fazla	74	29,7
9.HPV enfeksiyonu düşüncesi beni korkutur	Hiç	7	2,8
	Biraz	53	21,3
	Oldukça	99	39,8
	Çok Fazla	90	36,1
10.HPV aşılarının etkinliği ve güvenilirliğinden şüphe duyuyorum	Hiç	73	29,3
	Biraz	125	50,2
	Oldukça	42	16,9
	Çok Fazla	9	3,6
11.Erken yaşta HPV aşısı yaptırmaya karar vermekte zorlanırım.	Hiç	74	29,7
	Biraz	110	44,2
	Oldukça	51	20,5
	Çok Fazla	14	5,6
12.HPV aşısı erken yaşlarda cinsel ilişki olasılığını artırır.	Hiç	133	53,4
	Biraz	68	27,3
	Oldukça	37	14,9
	Çok Fazla	11	4,4
13.HPV aşısı pahalıdır	Hiç	31	12,4
	Biraz	94	37,8
	Oldukça	83	33,3
	Çok Fazla	41	16,5
14.HPV aşısının olası yan etkileri beni endişelendirir	Hiç	46	18,5
	Biraz	121	48,6
	Oldukça	69	27,7
	Çok Fazla	13	5,2

EK 3: ARAŞTIRMAYA KATILAN HEMŞİRELERİN HUMAN PAPİLLOMA VİRÜS BİLGİ ÖLÇEĞİ (HPV-BÖ) SORULARINA VERİLEN CEVAPLARIN DAĞILIMI

		n	%
1.HPV, rahim ağzı kanserine neden olabilir.	Evet	220	88,0
	Hayır	4	1,6
	Bilmiyorum	26	10,4
2.Bir kişi, kendisinde HPV olduğunu bilmeden, yıllarca yaşayabilir.	Evet	160	64,0
	Hayır	36	14,4
	Bilmiyorum	54	21,6
3.Birden fazla cinsel eşe sahip olmak HPV bulaşma riskini artırır.	Evet	228	91,2
	Hayır	5	2,0
	Bilmiyorum	17	6,8
4.HPV çok nadir görülür.	Evet	16	6,4
	Hayır	162	64,8
	Bilmiyorum	72	28,8
5.HPV cinsel ilişki sırasında bulaşabilir..	Evet	217	86,8
	Hayır	7	2,8
	Bilmiyorum	26	10,4
6.HPV'nin her zaman gözle görülür belirti ve bulguları vardır	Evet	75	30,0
	Hayır	112	44,8
	Bilmiyorum	63	25,2
7.Prezervatif kullanmak HPV bulaşma riskini azaltır..	Evet	193	77,2
	Hayır	23	9,2
	Bilmiyorum	34	13,6
8.HPV, HIV/AIDS'e neden olabilir.	Evet	73	29,2
	Hayır	88	35,2
	Bilmiyorum	89	35,6
9HPV cinsel bölgedeki ciltten- cilde,	Evet	191	76,4
	Hayır	22	8,8

temas ile bulaşabilir.	Bilmiyorum	37	14,8
10.HPV erkeklere bulaşmaz	Evet	32	12,8
	Hayır	160	64,0
	Bilmiyorum	58	23,2
11.Erken yaşta cinsel ilişkiye girmek, . HPV bulaşma riskini artırır	Evet	149	59,6
	Hayır	51	20,4
	Bilmiyorum	50	20,0
12. HPV'nin çok tipi vardır	Evet	152	60,8
	Hayır	14	5,6
	Bilmiyorum	84	33,6
13.HPV cinsel bölgede sigillere neden olabilir.	Evet	204	81,6
	Hayır	11	4,4
	Bilmiyorum	35	14,0
14.HPV antibiyotiklerle tedavi edilebilir	Evet	59	23,6
	Hayır	107	42,8
	Bilmiyorum	84	33,6
15.Cinsel açıdan aktif olan kişilerin çoğuna, yaşamlarının bir döneminde HPV bulaşacaktır.	Evet	77	30,8
	Hayır	90	36,0
	Bilmiyorum	83	33,2
16.HPV'de genellikle herhangi bir tedaviye gerek yoktur.	Evet	18	7,2
	Hayır	167	66,8
	Bilmiyorum	65	26,0
17.Eğer bir kadının HPV testi pozitifse kesinlikle rahim ağzı kanserine yakalanacaktır.	Evet	39	15,6
	Hayır	129	51,6
	Bilmiyorum	82	32,8
18.HPV testi, simir (pap-smear) testi ile aynı anda yapılabilir.	Evet	167	66,8
	Hayır	11	4,4
	Bilmiyorum	72	28,8

19.HPV testi size ne kadar zamandan beridir, HPV enfeksiyonunuz olduğunu söyler.	Evet	48	19,2
	Hayır	77	30,8
	Bilmiyorum	125	50,0
20.HPV testi, HPV aşısının gerekli olup olmadığını belirlemek için kullanılır.	Evet	73	29,2
	Hayır	105	42,0
	Bilmiyorum	72	28,8
21.HPV testi yaptırdığınız zaman sonuçlarınızı aynı gün içinde alabilirsiniz.	Evet	35	14,0
	Hayır	76	30,4
	Bilmiyorum	139	55,6
22.HPV testi bir kadında HPV olmadığını gösteriyorsa, o kadının rahim ağzı kanserine yakalanma riski düşüktür.	Evet	97	38,8
	Hayır	68	27,2
	Bilmiyorum	85	34,0
23.HPV aşısı olan kızların ileri yaşlarında simir testi yaptırmasına gerek yoktur	Evet	12	4,8
	Hayır	176	70,4
	Bilmiyorum	62	24,8
24.HPV aşılardan birisi cinsel bölgedeki siğillere karşı koruma sağlar.	Evet	151	60,4
	Hayır	24	9,6
	Bilmiyorum	75	30,0
25.HPV aşıları cinsel yolla bulaşan tüm enfeksiyonlara karşı koruma sağlar	Evet	42	16,8
	Hayır	136	54,4
	Bilmiyorum	72	28,8
26.HPV aşısı yapılmış olan bir kişi rahim ağzı kanserine yakalanmaz	Evet	36	14,4
	Hayır	127	50,8
	Bilmiyorum	87	34,8
27.HPV aşıları, rahim ağzı kanser türlerinin birçoğundan korur.	Evet	154	61,6
	Hayır	23	9,2
	Bilmiyorum	73	29,2
28.HPV	Evet	118	47,2

aşılarının üç doz yapılması gerekir	Hayır	10	4,0
	Bilmiyorum	122	48,8
29.HPV aşılarının en etkili olduğu bireyler hiç cinsel ilişkide bulunmamış olanlardır.	Evet	120	48,0
	Hayır	33	13,2
	Bilmiyorum	97	38,8
30.HPV aşısı 11-26 yaşlar arasındaki tüm kadınlara önerilir.	Evet	145	58,0
	Hayır	20	8,0
	Bilmiyorum	85	34,0
31.HPV aşısı 30-45 yaşlarındaki kadınlar için lisanslıdır (ruhsatlıdır-iznilidir)	Evet	64	25,6
	Hayır	30	12,0
	Bilmiyorum	156	62,4
32.Mevcut olan her iki HPV aşısı da (Gardasil ve Cervarix) hem cinsel bölge siğillerine hem de rahim ağzı kanserine karşı koruma sağlar	Evet	120	48,0
	Hayır	16	6,4
	Bilmiyorum	114	45,6
33.HPV aşısının 11-26 yaşlar arasındaki erkeklere yapılmasına izin verilmiştir	Evet	79	31,6
	Hayır	17	6,8
	Bilmiyorum	154	61,6

EK 4: HPV BİLGİ ÖLÇEĞİ SKORLAMA

HPV-BÖ'nin her bir maddesini katılımcıların, “Evet”, “Hayır” ve “Bilmiyorum” şeklinde işaretlemesi beklenir. Değerlendirme aşamasında, her bir doğru cevap, “1” ile puanlanırken, yanlış cevaplar ile “Bilmiyorum” ifadeleri “0” ile puanlanır. HPV-KS'den elde edilen toplam puan 0-35 arasındadır ve puanın yüksek olması, HPV tarama testleri ve HPV aşısı hakkındaki bilgi düzeyinin yüksek olduğunu gösterir.

AÖ1

- HPV, rahim ağzı kanserine neden olabilir. Doğru (D)
- Bir kişi, kendisinde HPV olduğunu bilmeden, yıllarca yaşayabilir. (D)
- Birden fazla cinsel eşe sahip olmak, HPV bulaşma riskini artırır. Doğru (D)
- HPV çok nadir görülür. Yanlış (Y)
- HPV cinsel ilişki sırasında bulaşabilir. Doğru (D)
- HPV'nin her zaman gözle görülür belirti ve bulguları vardır. Yanlış (Y)
- Prezervatif kullanmak HPV bulaşma riskini azaltır. Doğru (D)
- HPV, HIV/AIDS'e neden olabilir. Yanlış (Y)
- HPV cinsel bölgedeki ciltten- cilde, temas ile bulaşabilir. Doğru (D)
- HPV erkeklere bulaşmaz. Yanlış (Y)
- Erken yaşta cinsel ilişkiye girmek, HPV bulaşma riskini artırır. Doğru (D)
- HPV'nin birçok tipi vardır. Doğru (D)
- HPV cinsel bölgede siğillere neden olabilir. Doğru (D)
- HPV antibiyotiklerle tedavi edilebilir. Yanlış (Y)
- Cinsel açıdan aktif olan kişilerin çoğuna, yaşamlarının bir döneminde HPV bulaşacaktır. Doğru (D)

AÖ2

- Eğer bir kadının HPV testi pozitifse kesinlikle rahim ağzı kanserine yakalanacaktır. Yanlış (Y)
- HPV testi, simir (pap-smear) testi ile aynı anda yapılabilir. Doğru (D)
- HPV testi size ne kadar zamandan beridir, HPV enfeksiyonunuz olduğunu söyler. Yanlış (Y)
- HPV testi, HPV aşısının gerekli olup olmadığını belirlemek için kullanılır. Yanlış (Y)
- HPV testi yaptırdığınız zaman sonuçlarınızı aynı gün içinde alabilirsiniz. Yanlış (Y)
- HPV testi bir kadında HPV olmadığını gösteriyorsa, o kadının rahim ağzı kanserine yakalanma riski düşüktür. Doğru (D)

AÖ3

- HPV aşısı olan kızların ileri yaşlarında simir testi yaptırmasına gerek yoktur. Yanlış (Y)
- HPV aşılardan birisi cinsel bölgedeki siğillere karşı koruma sağlar. Doğru (D)
- HPV aşıları cinsel yolla bulaşan tüm enfeksiyonlara karşı koruma sağlar. Yanlış (Y)
- HPV aşısı yapılmış olan bir kişi rahim ağzı kanserine yakalanmaz. Yanlış (Y)
- HPV aşıları, rahim ağzı kanser türlerinin birçoğundan korur. Doğru (D)

AÖ4

- HPV aşısının üç doz yapılması gerekir. Doğru (D)
- HPV aşılarının en etkili olduğu bireyler hiç cinsel ilişkide bulunmamış olanlardır. Doğru (D)
- HPV aşısı 11-26 yaşlar arasındaki tüm kadınlara önerilir. Doğru (D)
- HPV aşısı 30-45 yaşlarındaki kadınlar için lisanslıdır (ruhsatludur-izinlidir). Yanlış (Y)
- Mevcut olan her iki HPV aşısı da (Gardasil ve Cervarix) hem cinsel bölge siğillerine hem de rahim ağzı kanserine karşı koruma sağlar. Yanlış (Y)
- HPV aşısının 11-26 yaşlar arasındaki erkeklere yapılmasına izin verilmiştir. Doğru (D)

EK 5: VERİ TOPLAMA FORMU

Değerli katılımcı;

Bu çalışma sizlerin human papilloma virüs hakkında bilgilerinizi, inançlarınızı ve aşılama durumlarınızı belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Anket formunda isminiz sorulmamaktadır. Veriler çalışma dışında herhangi bir amaçla kullanılmayacaktır. Tüm soruları eksiksiz olarak içtenlikle cevapladığınız ve katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi

HACER ARI

1-Yaşınız

- A)18-24 yaş arası B)25-35 yaş arası C) 36-45 yaş arası D) 46 ve üstü yaş

2- Cinsiyetiniz

- A) Kadın B) Erkek

3- Eğitim durumunuz nedir?

- A)Lise B)Lisans C) Lisans Üstü

4-Çalıştığınız Klinik

- A) Poliklinik
B)Servis
C)Yoğun bakım
D)Yönetim
E)Diğer.....

5- Çalışma Süreniz

- A)1 Yıl ve daha az B)2-5 Yıl C) 6-14 yıl D) 15Yıl Ve Üstü

6-Medeni Durumunuz Nedir?

- A) Bekâr
B) Evli (İlk evlenme yılınız.....)
C)Boşanmış/dul (İlk evlenme yılınız.....)

En az bir kez evlenmiş iseniz 7. ve 8. Soruları cevaplayınız.

7-Kaç Yıldır Evlisiniz

A) 1 yıl ve altı B)2-5 Yıl C) 5-15yıl D) 15 Yıl Ve Üstü

8- Çocuk sahibi olma durumunuzu tanımlayınız. -

- A) Çocuğum yok
- B) 1 Çocuk
- C) 2 Çocuk
- D) 3 Çocuk ve daha fazla

9-Ailenizin / sizin aylık gelir durumunu nasıl tanımlarsınız?

A) Çok iyi B) İyi C) Orta D) Kötü E) Çok kötü

10, 11, 12. Sorulara sadece kadın katılımcıların cevap vermesi beklenmektedir

10- Düzenli jinekolojik muayene yaptırıyor musunuz?

A)Evet B) Hayır C) Kısmen D) Hiç yaptırmadım

11- Jinekolojik muayene yaptırıyor iseniz sıklığı nedir?

A) 6 ayda bir B) Yılda bir C) 3 yılda bir D) Daha seyrek

12- Bugüne kadar kadın hastalıkları ile ilgili olarak geçirdiğiniz bir rahatsızlığınız/hastalığınız oldu mu? Belirtiniz

() Herhangi bir hastalık geçirmedi

() Akıntı

() Ağrı

() Kanama

() Cinsel bölgede siğil

() Cinsel bölgede ele gelen ağrılı şişlik ve/veya yara,

() Kanser.....

() Diğer.....

13- Cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilginiz var mı?

() Evet () Hayır

14- Cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında sağlık eğitimi ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz?

☐ Evet

☐ Fikrim yok

☐ Hayır

15- Ailede (özellikle anne ve kız kardeşte) serviks kanseri (rahim ağzı kanseri) öyküsü var mıdır?

1. Evet (Kimde?.....) 2. Hayır

16-Daha önce herhangi bir kanser tanısı aldınız mı?

A) Evet.(Açıklayınız.....)

B) Hayır

17- Virüsler kansere neden olabilir mi?

A)Evet B) Hayır C) Bilmiyorum

18-Rahim ağzı kanseri hakkında bilginiz var mı?

A)Evet B) Hayır C) Kısmen

**** Cevabının Evet ise 19. Ve 20. Soruları cevaplayınız.**

19-Rahim ağzı kanseri hakkındaki bilginizi nasıl edindiniz?

☐ Okul dersi/seminer

☐ Medya

☐ Aile üyeleri

☐ Arkadaş/Sosyal çevre

☐ Kitaplar

☐ Doktor/Sağlık Personeli

☐ Diğer yazınız.....

20- Rahim ağzı kanserinin nedeni sizce nedir?

- A) Human Immunodeficiency Virüs (HIV)
- B) Hepatit B Surface Antigen
- C) Human Papilloma Virüs (genital siğil) (HPV)
- D) Saparovirüs

21-HPV (genital siğil) ve rahim ağzı kanseri arasında bir ilişki var mıdır ?

- A) Evet
- B) Hayır
- C) Bilmiyorum

22-HPV nin (genital siğil) bulaşma şeklini biliyor musunuz?

- A) Evet
- B) Hayır
- C) Kısmen

23-HPV (genital siğil)'den nasıl korunulacağını biliyor musunuz?

- A) Evet
- B) Hayır
- C) Kısmen

24- HPV (Human Papilloma) Virüsü Testi Yapıldığını biliyor muydunuz?

- A) Evet
- B) Hayır
- C) Kararsızım

25-Rahim ağzı kanseri erken tanısı hangi yöntemle konulur?

- A) Servikal biyopsi
- B) Ultrasonografi
- C) Servikal smear
- D) Spekulum muayenesi
- E) Diğer

26- HPV aşısı oldunuzmu?

- A) Evet
- B) Hayır

EK 6: HUMAN PAPİLLOMA VİRÜS ENFEKSİYONU VE AŞILAMASINA İLİŞKİN SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ

Sayın katılımcı;

Bu form sizin Human Papilloma Virüs 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 arkadaşla 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 arttırır.				
13.HPV aşısı pahalıdır				
14.HPV aşısının olası yan etkileri beni endişelendirir				

EK 7: HUMAN PAPİLLOMA VİRÜSÜ (HPV) BİLGİ ÖLÇEĞİ

HPV HAKKINDA NE BİLİYORSUNUZ?

1. BÖLÜM		
Bugüne kadar, HPV (Human Papilloma Virüsü-İnsan Papilloma Virüsü)'yi duymuş muydunuz?		
Evet	Hayır	Bilmiyorum
()	()	()

Eğer “Bugüne kadar HPV’yi duydum” cevabını verdiyseniz, şimdi size HPV hakkında neler bildiğinizi sormak istiyoruz. Lütfen HPV ile ilgili aşağıdaki cümleleri sırayla okuyunuz ve doğru mu, yanlış mı olduklarını uygun kutucuğa işaretleyiniz. Eğer ifadenin cevabını bilmiyorsanız “Bilmiyorum” kutucuğunu işaretleyiniz.

	Evet	Hayır	Bilmiyorum
1. HPV, rahim ağzı kanserine neden olabilir.	()	()	()
2. Bir kişi, kendisinde HPV olduğunu bilmeden, yıllarca yaşayabilir.	()	()	()
3. HPV çok nadir görülür.	()	()	()
4. HPV cinsel ilişki sırasında bulaşabilir.	()	()	()
5. HPV’nin her zaman gözle görülür belirti ve bulguları vardır.	()	()	()
6. Prezervatif kullanmak HPV bulaşma riskini azaltır.	()	()	()
7. HPV, HIV/AIDS’e neden olabilir.	()	()	()
8. HPV cinsel bölgedeki ciltten- cilde, temas ile bulaşabilir.	()	()	()
9. HPV erkeklere bulaşmaz.	()	()	()
10. Erken yaşta cinsel ilişkiye girmek, HPV bulaşma riskini artırır.	()	()	()
11. HPV’nin birçok tipi vardır.	()	()	()
12. Birden fazla cinsel eşe sahip olmak, HPV bulaşma riskini artırır.	()	()	()
13. HPV cinsel bölgede siğillere neden olabilir.	()	()	()
14. HPV antibiyotiklerle tedavi edilebilir.	()	()	()
15. Cinsel açıdan aktif olan kişilerin çoğuna, yaşamlarının bir döneminde HPV bulaşacaktır.	()	()	()
16. HPV’de genellikle herhangi bir tedaviye gerek yoktur.	()	()	()

2. BÖLÜM		
HPV testini hiç duymuş muydunuz?		
Evet	Hayır	Bilmiyorum
()	()	()

Aşağıdaki cümleler HPV testiyle ilgilidir. Lütfen sırayla her bir cümleyi okuyunuz ve doğru veya yanlış olduğunu düşünüyorsanız karşısındaki kutuya işaretleyiniz. Eğer cümle ilgili bir fikriniz yok ise “Bilmiyorum” kutusunu işaretleyiniz.

	Evet	Hayır	Bilmiyorum
17. Eğer bir kadının HPV testi pozitifse kesinlikle rahim ağzı kanserine yakalanacaktır.	()	()	()
18. HPV testi, simir (pap-smear) testi ile aynı anda yapılabilir.	()	()	()
19. HPV testi size ne kadar zamandan beridir, HPV enfeksiyonunuz olduğunu söyler.	()	()	()

20. HPV testi, HPV aşısının gerekli olup olmadığını belirlemek için kullanılır.	()	()	()
21. HPV testi yaptırdığınız zaman sonuçlarınızı aynı gün içinde alabilirsiniz.	()	()	()
22. HPV testi bir kadında HPV olmadığını gösteriyorsa, o kadının rahim ağzı kanserine yakalanma riski düşüktür.	()	()	()
3. BÖLÜM			
Bugüne kadar, hiç HPV aşısını duymuş muydunuz?			
Evet	Hayır	Bilmiyorum	
()	()	()	
Aşağıdaki cümleler kullanıma hazır olan iki tip HPV aşısıyla ilgilidir. Lütfen sırayla her bir cümleyi okuyunuz ve doğru veya yanlış olduğunu düşündüğünüzü karşısındaki kutuya işaretleyiniz. Eğer ifadeyle ilgili bir fikriniz yok ise “Bilmiyorum” kutusunu işaretleyiniz.			
	Evet	Hayır	Bilmiyorum
23. HPV aşısı olan kızların ileri yaşlarında simir testi yaptırmasına gerek yoktur.	()	()	()
24. HPV aşılardan birisi cinsel bölgedeki siğillere karşı koruma sağlar.	()	()	()
25. HPV aşıları cinsel yolla bulaşan tüm enfeksiyonlara karşı koruma sağlar.	()	()	()
26. HPV aşısı yapılmış olan bir kişi rahim ağzı kanserine yakalanmaz.	()	()	()
27. HPV aşıları, rahim ağzı kanser türlerinin birçoğundan korur.	()	()	()
4. BÖLÜM			
Aşağıdaki cümleler mevcut HPV aşlarıyla ilgilidir. Lütfen sırayla her bir cümleyi okuyunuz ve doğru veya yanlış olduğunu düşündüğünüzü karşısındaki kutuya işaretleyiniz. Eğer cümle ilgili bir fikriniz yok ise “Bilmiyorum” kutusunu işaretleyiniz.			
	Evet	Hayır	Bilmiyorum
28. HPV aşısının üç doz yapılması gerekir.	()	()	()
29. HPV aşılarının en etkili olduğu bireyler hiç cinsel ilişkide bulunmamış olanlardır.	()	()	()
30. HPV aşısı 11-26 yaşlar arasındaki tüm kadınlara önerilir.	()	()	()
31. HPV aşısı 30-45 yaşlarındaki kadınlar için lisanslıdır (ruhsatlıdır-izinlidir).	()	()	()
32. Mevcut olan her iki HPV aşısı da (Gardasil ve Cervarix) hem cinsel bölge siğillerine hem de rahim ağzı kanserine karşı koruma sağlar.	()	()	()
33. HPV aşısının 11-26 yaşlar arasındaki erkeklere yapılmasına izin verilmiştir.	()	()	()

EK 8: BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP VE SAĞLIK BİLİMLERİ ARAŞTIRMA KURULU VE BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULU ONAYI



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Sağlık Bilimleri Fakültesi / Hemşirelik Bölümünde görev yapmakta olan Prof. Dr. Lale Taşkın'ın danışmanlığında Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Hacer Arı'nın sorumluluğunda yürütülecek olan KA20/89 nolu "Hemşirelerin human papilloma virüs hakkındaki bilgileri, inançları ve aşılama durumları" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz ve Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 11/03/2020 tarih ve 20/34 sayılı kararı ile uygun görülmüştür. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayınlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

Not: Çalışma bildiri ve/veya makale haline geldiğinde "Gereç ve Yöntem" bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanının eklenmesi gerekmektedir.

— Bu çalışma Baskent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:...) ve Baskent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

— This study was approved by Baskent University Institutional Review Board and Ethics Committee (Project no:...) and supported by Baskent University Research Fund.

DAĞITIM

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığına



1993
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARI		
PROJE NO	KARAR SAYISI	KARAR TARİHİ
KA20/89	20/34	11/03/2020

Sağlık Bilimleri Fakültesi / Hemşirelik Bölümünde görev yapenakta olan Prof. Dr. Lale Taşkın tarafından yürütülecek olan KA20/89 nolu "Hemşirelerin human papilloma virüs hakkındaki bilgileri, inançları ve aşılama durumları" başlıklı araştırma projesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelendi ve etik açıdan uygun olduğuna karar verildi.

EK 9: HPV BİLGİ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

Ben Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Bölümü'nde Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği alanında Prof. Dr. Lale Taşkın danışmanlığında yüksek lisans tez çalışması yapmaktayım. Tezimde geçerlilik güvenirliğini yapmış olduğunuz "Human Papilloma Virüsü (HPV) Bilgi Ölçeği"ni kullanmak istiyorum. İzin vermeniz durumunda Human Papilloma Virüsü (HPV) Bilgi Ölçeğini ve değerlendirme yönergelerini göndermenizi rica ederim. Şimdiden teşekkür ederim.

Saygılarımla

.....

.....

Sayın Hacer Arı,

Geçerlik güvenirliğini yaptığımız HPV-BÖ çalışmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyarız. Ölçek ile ilgili yönergeler EK'tir. Saygılarımla,

.....

.....

EK 10: HPV VE AŞISINA YÖNELİK SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEK İZNİ

↩ ↪ → ...

Ben Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Bölümü'nde Kadın ve Doğum Hemşireliği alanında Prof. Dr. Lale Taşkın danışmanlığında yüksek lisans yapmaktayım. Tezimde Human Papilloma Virüsü ve Aşısına Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeğini izninizle kullanmak istiyorum. İzin vermeniz durumunda Human Papilloma Virüsü ve Aşısına Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeğini ve değerlendirme yönergesini gönderebilirsiniz çok mutlu oluruz.

Saygılarımla

↩ ↪ → ...

İyi günler sevgili Hacer, Human Papilloma Virüsü ve Aşısına Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeğimizi tezinizde kullanmanızdan mutluluk duyarız. Ölçek Ek'te gönderilmiştir.
Prof.Dr. Gülten GÜVENÇ

...