



T.C. SAğLIK BAKANLIğI

İSTANBUL PROF. DR. CEMİL TAŞCIOğLU ŞEHİR HASTANESİ

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

**20 YAŞ VE ÜZERİNDEKİ KADINLARDA SERVİKS KANSERİ VE PAP SMEAR
TARAMA TESTİ HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

Dr. Resul ÇİFTÇİ

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL, 2021



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

İSTANBUL PROF. DR. CEMİL TAŞCIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**20 YAŞ VE ÜZERİNDEKİ KADINLARDA SERVİKS KANSERİ VE PAP SMEAR
TARAMA TESTİ HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

Dr. Resul ÇİFTÇİ

TEZ DANIŞMANI: Prof. Dr. Seçil ARICA

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL, 2021

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimime olan desteği ve tez çalışmama olan katkısı ile bana yol gösteren, gereken tüm konularda yardımcı olan hocam Sayın Prof. Dr. Seçil Arıca ' ya,

Birlikte alıştığım Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu şehir Hastanesi Aile Hekimliği asistan arkadaşlarıma,

Gaziosmanpaşa Hürriyet Eğitim Aile Sağlığı merkezinde görev yapan sağlık çalışanlarına,

Her konuda destekçim olan dostum Uzm.Dr. Abdulkadir ALĖAN ve Uzm.Dr. Muhamet TÖTER'e,

Her zaman yanımda olan desteklerini esirgemeyen aileme,

Sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. RESUL ÇİFTÇİ

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	vii
TABLO LİSTESİ	viii
ŞEKİL LİSTESİ	x
ÖZET	xi
ABSTRACT	xiii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. SERVİKS KANSERİ EPİDEMİYOLOJİSİ	3
2.2. SERVİKSİN YAPISI	3
2.2.1. Serviksin Anatomisi	3
2.2.2. Serviksin Embriyolojisi	4
2.2.3. Servik Histolojisi	4
2.2.4.Transformasyon zonu	4
2.3. SERVİK KANSERİ ETYOLOJİSİ VE RİSK FAKTÖRLERİ.....	5
2.4. SERVİKS KANSERİ BELİRTİLERİ.....	7
2.5.SERVİKSİN BENİGN LEZYONLARI.....	7
2.5.1.Ektropiyon	7
2.5.2. Serviks Polipleri	8
2.5.3.Servikal Endometrioz	8

2.5.4. Servikal Adenozis.....	8
2.5.5. Serviks Papillomları	8
2.5.6. Servikal Leiomyom	8
2.5.7. Servikal Siğil	9
2.5.8. Servikal Ülser	9
2.6. SERVİKSİN PREMALİGN LEZYONLARI.....	9
2.6.1. Servikal İntraepitelyal Neoplaziler.....	9
2.6.2. Bethesda Sınıflaması:	11
2.6.3. Skuamöz İntraepitelyal Lezyonlar.....	11
2.7. SERVİKSİN MALİGN KANSERLERİ	12
2.7.1. Serviksin Skuamöz Hücreli Karsinomu	12
2.7.2. Serviksin Adenokarsinomu	12
2.7.3. Diğer Epitelyal Tümörler	12
2.9. SERVİKS KANSERİNİN VE LEZYONLARININ TANISI	12
2.9.1. Fizik Muayene	12
2.9.2. Servikografi	13
2.9.3. Asetik Asit Testi (AAT)	13
2.9.4. Speküloskopi	13
2.9.5. HPV DNA Tanımlama	14
2.9.6. Kolposkopi	14

2.10.PAPANİKOLAOU TESTİ.....	14
2.10.1.Papsmear Alma Yöntemi.....	15
2.10.2. Papsmear Tarama Kriterleri	16
2.11. SERVİKS KANSERİNDEN KORUMA YÖNTEMLERİ	16
2.11.1. Birincil Koruma.....	17
2.11.2.İkincil Koruma.....	18
2.11.3. Üçüncül koruma	18
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
3.1. HASTA SEÇİMİ VE ÇALIŞMA TASARIMI.....	19
3.2. İSTATİSTİKSEL YÖNTEM	19
4.BULGULAR	20
5.TARTIŞMA.....	35
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	40
KAYNAKLAR.....	41

KISALTMALAR

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists

AAT: Asetik asit testi

AGH: Atipik Granüler Hücreler

AIS: Adenokarsinoma in situ

ASCUS: Önemi belirlenemeyen grup

ASCH: Yüksek gradeli lezyonların dışlanması gereken tipleri

ASC: Atipik squamöz hücreler

ACS: American Cancer Society

AGUS: Atipik glandüler hücreler

CIN: Cervical Intraepitelial Neoplasm

CIS: Carcinoma In Situ

DES: Dietilstilbestrol

FDA: Amerikan gıda ve ilaç dairesi

HPV: Human Papilloma Virus

HSIL: High-grade Squamous Intraepitelial Lesions (yüksek dereceli yassı epitel lezyonları)

HIV: Human Immun Deficiency Virus

LSIL: Düşük gradeli squamöz intraepitelial

PAP: Papanicolaou

SCJ: Squamo Columnar Junction

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin değerlendirilmesi	20
Tablo 2. Katılımcıların jinekolojik-obstetrik öykülerinin değerlendirilmesi	21
Tablo 3. Katılımcıların AP kullanma özelliklerinin değerlendirilmesi	21
Tablo 4. Katılımcıların kanser taramaları hakkında bilgi durumlarının değerlendirilmesi	22
Tablo 5. Katılımcıların rahim ağzı kanser taramaları hakkında bilgi durumlarının değerlendirilmesi	22
Tablo 6. Katılımcıların Rahim ağzı kanseri hakkında aile öyküsü ve endişelerinin değerlendirilmesi	23
Tablo 7. Katılımcıların papsmear yaptırma durumlarının değerlendirilmesi	23
Tablo 8. Katılımcıların papsmear yaptırmasının önündeki engellerin değerlendirilmesi	24
Tablo 9. Katılımcıların Papsmear yaptırma sıklıklarının değerlendirilmesi	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Tablo 10. Katılımcıların bilgi sorularına verdikleri yanıtların değerlendirilmesi	25
Tablo 11. Katılımcıların bilgi sorularından aldıkları puanların istatistiksel değerlendirmesi	26
Tablo 12. Katılımcıların bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Tablo 13. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi	27

Tablo 14. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile Papsmear testi yaptırma durumlarının değerlendirilmesi	29
Tablo 15. Katılımcıların pap smear yaptırma durumuyla bilgi düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.....	30
Tablo 16. Yakınında rahim ağzı kanser öyküsü olan katılımcıların bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi	30
Tablo 17. Yakınında rahim ağzı kanser öyküsü olan katılımcıların pap smear yaptırma durumlarının değerlendirilmesi	31
Tablo 18. Rahim ağzı kanseri bilgi kaynağı ASM olan katılımcıların pap smear yaptırma durumlarının değerlendirilmesi	32
Tablo 19. Rahim ağzı kanseri bilgi kaynağı hastane olan katılımcıların pap smear yaptırma durumlarının değerlendirilmesi	32
Tablo 20. Rahim ağzı kanseri bilgi kaynağı görsel-yazılı medya olan katılımcıların pap smear yaptırma durumlarının değerlendirilmesi	33
Tablo 21. Rahim ağzı kanseri bilgi kaynağı eş-dost-akraba olan katılımcıların pap smear yaptırma durumlarının değerlendirilmesi	33
Tablo 22. Yaş, gebelik ve doğum sayısı ile pap smear yaptırma durumlarının değerlendirilmesi	34
Tablo 23. Yaş, gebelik ve doğum sayısı ile bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi	34

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Katılımcıların Papsmear yaptırma sıklıklarının değerlendirilmesi	24
Şekil 2. Katılımcıların bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi	26



ÖZET

AMAÇ: Serviks kanseri kadınlarda en sık görülen jinekolojik kanserlerden biridir. Serviks kanseri son yıllarda yapılan tarama ve aşılama çalışmaları neticesinde sıklığında azalma göstermektedir. Tarama testleri ve aşılama çalışmalarına rağmen dünyanın birçok bölgesinde ve ülkemizde hala önemini korumaktadır. Bu çalışmada 20 yaş ve üzerindeki evli kadınların serviks kanseri ve pap smear tarama testi hakkındaki bilgi düzeyi tutum ve davranışlarını belirlemek ve bunları etkileyebilecek faktörleri araştırmak amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Bu çalışmaya, Ocak – Mart 2021 tarihleri arasında Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi'ne bağlı Gaziosmanpaşa Hürriyet Mahallesiindeki Hürriyet Eğitim Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 20 yaş ve üzerindeki 342 kadın dahil edildi. Çalışmada hastaların onamı alınarak sosyo–demografik özellikleri, öz geçmişleri ile ilgili bilgileri sorgulayan sorular soruldu. Türkiye Sağlık Bakanlığı Tarama programları, Türk Jinekolojik ve Obstetrik Derneği ve Literatürde yapılan çalışmalar dikkate alınarak, çalışmaya katılanların bilgi düzeyini değerlendirecek sorular soruldu. Çalışmaya katılan hastalara serviks kanseri ve pap smear testiyle ilgili tutumları ve bu tutumlarını etkileyen faktörler değerlendirildi.

İstatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 21 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) kullanıldı. Anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir. Çalışma tanımlayıcı kesitsel bir çalışmadır.

BULGULAR: Çalışmamıza 342 kadın katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $45,19\pm13,6'$ dir. Kadınların %71,84'ü AP yöntemi kullanırken %69,59'u modern yöntem tercih etmişti. Katılımcıların %91,81'i rahim ağzı kanser ve pap smear testini duymuşken, %73,10'u pap smear testi yaptırmıştı. Pap smear testinin önündeki en sık engeller utanma, gerek duymama, bilgi eksikliğidir. %71,3'ünün serviks kanseri ve pap smear hakkındaki bilgi düzeyi yetersizdi. 41-60 yaş aralığında, kentte yaşayanlarda, dul olanlarda pap smear yaptırmama oranı yüksek saptanmıştır. Eğitim seviyesi de pap smear yaptırmayı etkilemektedir. Katılımcılardan pap smear yaptıranların bilgi düzeyi anlamlı olarak daha fazla yeterli olarak sonuçlanmıştır. Pap smear testi, rahim ağzı kanseri bilgi kaynağı sağlık personeli olanlar daha fazla pap smear testi yaptırmıştı.

SONUÇ: Çalışmamızda katılımcıların serviks kanseri ve pap smear testi hakkındaki bilgi düzeyleri yeterli düzeyde olmadığı saptandı fakat nispeten de olsa pap smear testi yapılma oranları diğer çalışmalara göre yüz güldürücü düzeydeydi. Kadınların serviks kanserini ve pap smear testi hakkındaki bilgi düzeylerinin artırılması ve pap smear testi yaptırmalarının önündeki engelleri ortadan kaldırmak için daha etkin çalışmalar yapmak gerekmektedir.

ANAHTAR SÖZCÜKLER

Serviks kanseri, pap smear testi, kadın, bilgi düzeyi, tutum ve davranışlar.



ABSTRACT

OBJECTIVE: Cervical cancer is one of the most common gynecological cancers in women. As a result of screening and vaccination studies conducted in recent years, cervical cancer has decreased in frequency. Despite screening tests and vaccination studies, it still maintains its importance in many regions of the world and in our country. In this study, it was aimed to determine the knowledge level, attitude and behaviors of married women aged 20 years and over about cervical cancer and pap smear screening test and to investigate the factors that may affect these.

MATERIALS AND METHODS: In this study, January- March 2021 between Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu 342 women aged 20 and over registered in Hürriyet Education Family Health Center in Gaziosmanpaşa Hürriyet District of Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu City Hospital were included. In the study, the consent of the patients was obtained and questions were asked about their socio-demographic characteristics and their background information. Turkey Ministry of Health Screening programs, Turkey Considering the studies conducted in the Gynecology and Obstetrics Association and the literature, questions were asked to evaluate the knowledge level of the study participants. The attitudes and attitudes of the patients participating in the study towards cervical cancer and pap smear test were evaluated.

IBM SPSS Statistics 21 program was used for statistical analysis. Descriptive statistical methods (mean, standard deviation, median, frequency, ratio, minimum, maximum) were used while evaluating the study data Significance was evaluated at the $p < 0,05$ level. The study is a descriptive cross-sectional study.

RESULTS: 342 women participated in this study and the average age was $45,19 \pm 13,6$ years. While 71.84% of the women used the family planning method, 69.59% preferred the modern method. While 91.81% of the participants had heard of cervical cancer and pap smear tests, 73.10% had pap smear tests. The most common obstacles to Pap smear test are embarrassment, lack of need, and lack of knowledge. The knowledge level of 71.3% of the participants in the study is insufficient. The rate of pap smear has been found to be high in those aged 41-60, those living in the city and those who are widowed. Education level also affects getting a pap smear.

The knowledge level of the participants who had pap smear was found to be significantly more adequate. Pap smear test, cervical cancer information source healthcare professionals had more pap smear tests.

CONCLUSION: In our study the attendants about cervix cancer and pap smear test knowledge level enough with the level was not revealed but relatively well, though the rates with the pap smear test were good compared to other studies. More effective studies should be conducted to increase the knowledge level of women about cervix cancer and pap smear test and to eliminate the obstacles to having pap smear.

KEYWORDS: Serviks cancer, pap smear test, woman, knows level, attitude, and behaviour.



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, hücrelerde DNA hasarının birikmesi sonucu hücrelerin düzensiz ve kontrolsüz bir şekilde çoğalmasıyla ortaya çıkan hastalıklar grubuna verilen genel addır [1].

Kanserler herhangi bir organ veya vücut yapısından kaynaklanabilir ve birden çok farklı mekanizmalarla ortaya çıkabilir. Genellikle genetik faktörler başta olmak üzere, yaş, cinsiyet, bağışıklık sisteminin baskılanması, tütün kullanımı, kötü beslenme, alkol, radyasyon, viral enfeksiyonlar ve diğer çevresel etkenler gibi risk faktörü etkisiyle oluşan birçok farklı türü vardır [1].

Yüz yıl önce kanser günümüzdeki gibi yaygın değilken, değişen yaşam koşulları, alışkanlıklar ve uzun yaşam beklentileri nedeniyle kanserin görülme sıklığı endişe verici boyutlara ulaşmıştır [2].

2018 yılında yayınlanan dünya kanser istatistiklerine göre ölüm nedenleri arasında kanser, kardiyovasküler hastalıklarından sonra ilk sırada yer almaktadır. Her yıl dünya genelinde yaklaşık olarak 14 milyon yeni kanser vakası tespit edilmekte ve yaklaşık olarak 9,2 milyon kişide kanser sebebiyle ölmektedir [3].

Nüfusun yaşlanması ve büyümesi nedeniyle 2030'da yaklaşık 22 milyon yeni vaka tespit edileceği ve 13,2 milyon kişi ise kanser sebebiyle öleceği tahmin edilmektedir [3].

Ülkemizde ise yayınlanan 2016 yılındaki Sağlık Bakanlığı kanser istatistik raporuna göre her yıl yaklaşık 200 bin kişi yeni tanı almakta ve her yıl 116 bin kişi kanser sebebiyle ölmektedir[4].

Kanser dünya genelinde sıklığı giderek artmakta ve toplumlarda ciddi maddi, manevi, psikolojik, sosyal ve fiziksel sorunlara neden olmaktadır. Kanser şimdi olduğu gibi gelecekte de toplumlar için en önemli morbidite ve mortalite sebebi olacaktır [5].

Serviks kanseri; diğ er adıyla rahim ağız kanseri dünyada en sık görülen d r d nc  jinekolojik kanserdir. Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa gibi sağlık alt yapısı g   l , tarama programlarının yaygın ve aşılama oranlarının yüksek olan ülkelerde serviks kanserinin görülme sıklığı belirgin bir şekilde azalmıştır [1]. Bununla birlikte, tarama programlarının yeterince uygulanmadığı sosyoekonomik durumun kötü olduğu Afrika, Güney Amerika, Uzak Doğu Asya  lkelerinde serviks kanseri yüz binlerce kadını etkilemeye ve öldürmeye devam etmektedir [6].

2018 yılında dünya çapında yaklaşık 569.847 kadında serviks kanserine yakalandı ve 311.365 kadın bu sebeble hayatını kaybetti. Serviks kanseri sebebiyle hayatını kaybeden kadınların %70 gelişmemiş  lkelerdeydi [6]. Serviks kanserinin ülkeler arasındaki bu farklılığın başlıca sebebi sosyoekonomik durum, sağlık hizmetleri ve bu hizmetlere ulaşmada yaşanan g   l klerdi [7].

Ülkemizde Sağlık Bakanlığının en son 2016 verilerine göre serviks kanseri kadınlarda görülen jinekolojik kanserler arasında 9. sırada bulunmaktadır. Her yıl yaklaşık 2000 kadın serviks kanserine yakalanmakta ve 1400 kadın bu sebeble hayatını kaybetmektedir [4].

1943 yılında kullanılmaya başlanan pap smear testi, 1990 yılında kullanım yaygınlığının artmasıyla serviks kanseri erken tanı koyma imk nı sağlamış ve serviks kanseri görülme sıklığını ciddi oranda azaltmıştır [8].

Bu  alışma İstanbul ilinde Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu şehir Hastanesi bağlı Gaziosmanpaşa Hürriyet Eğitim Aile Sağlığı Merkezi kayıtlı 20 yaş ve üzerindeki kadınlara serviks kanseri ve pap smear testi ile ilgili bilgi düzeyini, tutum ve davranışlarının belirlemek ve bunları etkileyebilecek faktörleri araştırmak, amacı ile yürütülmüştür.

Bu çalışmada; 20 yaş ve üzerindeki kadınların, cinsiyetine, medeni durumuna, eğitim durumuna, çalışma durumuna ve çeşitli antropometrik ölçülerine bakılarak kadınların yaşamında büyük önem taşımakta olan serviks kanseri ve bunu belirlemek için kullanılan pap smear testi hakkındaki bilgileri, farkındalık durumlarını, bu konuyla ilgili doğru ve yanlışlıklarının belirlenmesi amaçlanmaktadır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. SERVİKS KANSERİ EPİDEMİYOLOJİSİ

Rahim ağzı kanseri önlenabilir ve çoğu durumda erken evrelerinde tespit edilirse tedavi edilebilir bir kanserdir. Erken teşhis ve tedavi için erken belirti ve semptomlar hakkında bilgi sahibi olunması ve önlenabilir, iyileştirilebilir olmasına rağmen gelişmekte olan ve gelişmemiş ülkelerde çoğu kadın, cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi gibi kapsamlı tedavi yöntemleri gerektiren ve başarı şansını önemli ölçüde azaltan ileri bir aşamada hekime başvurur [7].

Serviks kanseri genelde 30-50 yaşlar arasında sık görülmektedir cinsel hayat başladıktan sonra servik kanseri riskide artmaya başlamaktadır. Serviks kanseri dünya çapında kadın kanserleri arasında meme kanserinden sonra 4. sırada gelmektedir. Gelişmiş ülkelerde serviks kanseri insidansı ve mortalite oranları, pap smear testi yaygınlığı ve aşılama programlarıyla azalmaktadır [9].

2.2. SERVİKSİN YAPISI

2.2.1. Serviksin Anatomisi

Serviks uteri (serviks) uterusun en alt bölümünü oluşturur. Serviks kabaca supravajinal ve vajinal kısımlardan oluşur. Serviksin vajinal yönden içeri doğru çıkıntı yapan ve buradan görülebilen kısmı yaklaşık 2 cm uzunluğundadır. Supravajinal kısım yaklaşık 1,5 cm uzunluğundadır. Genel olarak, gebe olmayan, adet gören kadınlarda tüm serviks yaklaşık 3,5 cm uzunluğunda ve 2 cm çapındadır. Postmenopozal dönemde veya prolapsusla birlikte, serviksin göreceli uzunluğu artabilir. Serviksin alt kısmı portio vajinalis olarak adlandırılır. Vajinanın üst bölümünde kalan üst kısma portio supravajinalis olarak adlandırılır. Serviks vajinaya eksternal osla açılır. Portio supravajinalis uterusun gövdesine internal osla bağlanır. Eksternal osun dış kısmını oluşturan serviks parçasına ektoserviks adı verilir ve spekulum ile

inceleme sırasında kolayca görülür. Eksternal os'un yukarısındaki parça endoserviks olarak adlandırılır. Endoserviksi uçtan uca geçen endoservikal kanal, uterusun boşluğu ile vajinayı bağlar ve internal os'tan eksternal osa uzanır. Serviks uterin arterlerin servikse ve vajinaya uzanan dallanmalarıyla kanlanır. Serviksin venleri arterlere paralel uzanımına ve hipogastrik venöz ağa bağlanır. Serviksin lenfatik drenajı çoklu düğüm zincirlerini içerir. Başlıca bölgesel lenf düğümleri obturator, genel iliak, internal iliak, eksternal iliak ve parametriyanın viseral düğümleridir [10],[11].

2.2.2. Serviksin Embriyolojisi

Embriyonal dönemin 6.-7. haftalarında müllerian kanalın birleşmesi ile alt genital kanaldan oluşan serviks, erişkinlerde uterusun alt 1/3 kısmını oluşturur. Kadın genital kanalı, başlıca iki embriyolojik oluşumdan kaynaklanır. Çöломik mezodermden kaynaklanan Müller Kanalları Ürogenital Sinus Müller kanalları orta hatta birleşerek uterovaginal bölümü oluşturur. Tubalar, uterus ve vajina 1/3 üst kısmı bu bölümden meydana gelmiştir [12].

2.2.3. Servik Histolojisi

Serviksin vajinaya doğru çıkım yapan bölgesi olan vajinal parça ya da ektoserviks, çok katlı yassı epitel ile kaplıdır. Bu yassı epitel ile endoserviks denen servikal kanaldaki mukus salgılayan prizmatik epitel arasında transformasyon zonunda bir değişim meydana gelir [13].

2.2.4. Transformasyon zonu

Vajinanın çok katlı yassı epiteli ile serviksin tek katlı prizmatik epiteli arasındaki geçiş bölgesidir. Transformasyon zonu reproduktif çağıdaki kadında eksternal osun hemen dışında yer alır. Puberteden önce ve menopozdan sonra transformasyon zonu servikal kanalın içindedir. Transformasyon zonundaki metaplazik değişimler serviksin prekanseröz lezyonların oluşturmaktadır. Metaplazi, kronik enfeksiyonlar tarafından oluşturulan kalıcı epitel hasarına uyum amaçlı geri dönüşümlü yanıtıdır. Epitelyal kök hücrelerin yeniden programlanarak yeni bir hücre hattına farklılaşmaya başlamasıyla sonuçlanır. Servikal kanalın içinde (endoserviks) tek katlı prizmatik epitelin

tamamen matür çok katlı yassı epitel ile yer değiştirmesiyle kendini gösterir. Servikal epitelyal hücreler sürekli olarak vajinaya dökülmektedir. Servikal hücrelerin boyandığı preparatlar pap smear serviksin prekanseröz ya da kanseröz lezyonlarının taranmasında ve tanınmasında rutin olarak kullanılmaktadır [14],[15].

2.3. SERVİK KANSERİ ETYOLOJİSİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

Human Papilloma Virüsü:Serviks kanserinin en sık ve önemli sebebi HPV enfeksiyonudur.Hemen hemen bütün vakalar HPV ile ilişkilendirilir fakat genital sistem HPV enfeksiyonu son derece yaygın olmakla birlikte, rahim ağzı kanseri, enfekte hastaların yalnızca küçük bir kısmında serviks kanserine sebep olur [16]. Birçok HPV enfeksiyonu servikte kalıcı değil ve tek başına virüs servikal neoplaziye neden olmak için yeterli değildir. Serviks kanserine sebep olan HPV genotipleri dahil çoğu HPV enfeksiyonu tipik olarak 12 ay içinde düzelir [17]. Servikte çoğalan HPV enfeksiyonu sırasında, düşük dereceli sitolojik anormallikler taramalarda ortaya çıkarılıp klinik olarak saptanabilir, ancak genellikle geçicidir. Bununla birlikte, 12 aydan uzun süren kanserojen HPV enfeksiyonları, tüm kalıcı enfeksiyonlar ilerlemese de kanser öncesi veya kanserli lezyon olasılığını artırır. HPV enfeksiyonu devam ettiğinde, ilk enfeksiyondan yüksek dereceli servikal intraepitelyal neoplazi ve son olarak invazif kanser gelişimine kadar geçen süre, daha hızlı seyirler bildirilmesine rağmen ortalama 15 yıl sürer [18]. Human papilloma vüris 200’den fazla tipi var ve hepsi serviks kanserine sebep olmamaktadır. HPV 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56,58, 59, 68, 73 ve 82 serviks kanserinin en görülen tipleridir. HPV16 nerdeyse servik kanserinin %50 sini oluşturmaktadır. HPV18 %20 si geri kalan %30 diğer suşlar sebep olmaktadır [19].

HPV Dışındaki Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar: Cinsel yolla bulaşan Chlamydia trachomatis, genital herpes serviks kanserine neden olmaktadır [20].

Erken Yaşta Cinsel İlişki ve Birden Fazla Cinsel Partner: Cinsel aktivitenin erken başlangıcı 21 yaş ve üzerindeki ilk ilişki yaşı ile karşılaştırıldığında, risk 18 ila 20 yaş için yaklaşık 1,5 kat ve 18 yaşından küçükler için iki kattır. Cinsel partner sayısı iki olanlar, cinsel partner sayısı bir olanlar göre iki kat fazla, üç ve daha fazla cinsel

partneri olan kadınlarda ise cinsel partner bir olanlara göre üç kat fazla görülmektedir. Genel olarak durumun sebebi immatur servikal metaplazinin kadınlarda menarş ile 16 yaşları arasında gelişim evresinde enfeksiyonla bulaşı kolay olmasıdır [19].

Tütün Kullanımı: Serviks kanserine yakalanmanın doğrudan bir yolu, sigara içen kişinin rahim ağzı kanseri oluşturma potansiyeline sahip olan servikal intraepitelyal neoplazi oluşturma riskinin daha yüksek olmasıdır [21]. Uzun süreli sigara kullanımı, az sigara içen ve içmeyenlere göre CIN3 lezyonlarının oluşması daha olasıdır [19].

Genetik Faktörler: Serviks kanseri için köklü bir genetik temelli çalışma bulunmakla birlikte, popülasyon çalışmaları ailelerde serviks kanserinin görülme sıklığının arttığını göstermiştir. Bununla birlikte, tam ve yarı kardeşleri karşılaştıran veriler, kalıtsal risk faktörlerinin etkili olduğu göstermiştir [22].

Oral Kontraseptif Kullanımı: Yapılan epidemiyolojik çalışmalara göre elde edilen bilgiler analizi edildiğinde; oral kontraseptif kullananlarda invazif serviks kanseri riskinin mevcut kullanım süresinde arttığı tespit edilmiştir. 5 yıllık kullanımı karşı hiç kullanmamak: göreceli risk % 1.9 daha az tespit edilmiş ayrıca HPV pozitif olan kadınlar içinde oral kontraseptif kullananlarda kullanmayanlara göre kanser gelişme riski daha fazla olduğu tespit edilmiştir [23].

Yüksek Doğurganlık: Birçok kıtada yapılan çalışmalara göre parite sayısının artması serviks kanser riskini artırdığı tespit edilmiştir. Hiç doğum yapmamış kadınların 2,3 ve 4 doğum yapan adınlarına göre riski 2,6 kat daha az 5 ve üzerinde doğum yapanlara göre 3.6 kat daha az serviks kanseri görülmektedir.[24] Her ne kadar parite sayısı serviks kanseri riskini artırsada bu durumun sebebi net olarak anlaşılamamış muhtemel gebeliğe bağlı hormonal değişkenliklere ve doğuma bağlı oluşan serviks taravmasına bağlı olduğu düşünülmektedir [25].

Düşük Sosyoekonomik Düzey: Mevcut veriler ışığında bakıldığında bilindiği kadarıyla, sosyal eşitsizlik ve insani gelişme faktörlerinde küresel farklılıklar nedeniyle, uluslar arasında rahim ağzı kanseri insidansı ve ölüm oranlarındaki eşitsizliklerin ne ölçüde olduğunu ortaya çıkaran bir çalışma bulunmamaktadır ancak ülke içi çalışmalardan elde edilen sosyoekonomik durum ve serviks kanseri arasında güçlü bir ilişki

olduğuna dair kanıtlar mevcuttur bu durum göz önüne alındığında, eğitim, sosyoekonomik koşullar, maddi yaşam standartları ve sağlık hizmetlerindeki farklılıkların, küresel eşitsizliklerin önemli bir bölümünü açıklayacağını çıkarabiliriz [26].

Bağıışıklığın Baskılanması: Bağışıklık sistemi baskılanmış kişilerde, serviks kanseri riski oldukça yüksektir. Bağışıklık sistemlerinde kusurları olan veya HIV enfeksiyonuna bağlı immun sistemi baskılanmış ,organ nakli ve otoimmun hastalıklarda immun supresif kullanıma bağlı olarak serviks kanseri riskinin belirgin şekilde arttığı tespit edilmiştir [27]. Bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda servikste prekanseröz lezyonlar sıklığında artış meydana gelmekte .Bu durum bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda enfeksiyonu servikste kalma süresinde uzama tespit edilmiştir [28].

2.4. SERVİKS KANSERİ BELİRTİLERİ

Erken evre rahim ağzı kanseri genellikle asemptomatiktir. Asemptomatik hastalarda rahim ağzı kanseri taraması sonucunda veya pelvik muayenede görünür bir lezyon keşfedilirse tesadüfen rahim ağzı kanseri bulunabilir [29].

Hastalar genelde şu şikayetlerle doktora başvururlar; düzensiz menstrüel kanama, cinsel ilişkiden sonrasında anormal vajinal kanama, vajinal akıntı, ağrılı cinsel ilişki, bacak ağrısı, sırt ağrısı, karın ağrısı, yorgunluk, halsizlik, iştahsızlık, kilo kaybı görülebilir. Hastalığın ileri evresinde yaygın pelvik ağrı, hematüri, hematokeziya ve idrarda dışkı gibi nadir semptomlar görülebilir [29].

2.5.SERVİKSİN BENİGN LEZYONLARI

2.5.1.Ektropiyon

Ektropiyon, endoserviksin (servikal kanal) eversiyonu kolumnar epitelyumu vajinal dışa dönük epitel, granülasyon dokusuna benzer kırmızimsı bir görünüme sahiptir ve sarı, bulanık bir akıntı ile kaplanabilir [30].

2.5.2. Serviks Polipleri

Servikal polipler genellikle üreme döneminde çıkmaya başlasada özellikle 40 yaşından sonra daha çok görülmektedir. Serviks bölgesindeki poliplerin etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte hormonal faktörler ve servikal kanalın kronik enflamasyonu da rol oynayabilir. Serviks polipleri 3 cm'den büyükse, sık sık kanıyorsa ve atipik görünüyorsa elektrocerrahi veya lazerle yok edilmelidir [31].

2.5.3.Servikal Endometrioz

Serviks endometriozisi kompresyonla beyazlamayan kırmızı, kahverengimsi veya siyahımsı alanlar şeklinde veya portio vaginalis üzerinde sert nodüller olarak görünür. Endometrioz görülen hastalarda genelde asemptomatik olmakla beraber akıntı, dismenore veya disparoniye görülebilir. Asemptomatik lezyonlar tedavi genellikle gerektirmez. Disparoniye neden oluyorsa, elektrocerrahi ablasyonu yapılmalıdır [32].

2.5.4. Servikal Adenozis

Serviks adenosisi, fibromüsküler stroma ile çevrili kolumnar epitelden oluşan bir lezyondur. Adenoz, intrauterin dietilstilbestrol (DES) maruziyeti ile ilişkilendirilir. Kolposkopide, bu kırmızı noktalar, dönüşüm bölgesinin yakınında bez açıklıklarına benzer görünmektedir. Lezyonlar genellikle asemptomatiktir, ancak berrak veya beyaz akıntıda artışı ve nadiren disparoni ile ilişkili olabilir. Servik adenosisi yalnızca semptomları rahatsız edici ise elektrocerrahi ablasyon yapılmalıdır [33].

2.5.5. Serviks Papillomları

Serviksin papillomları çok az görülmektedir. Skuamokolumnar bileşkenin yakınındaki ektoserviksten ortaya çıkarlar ve genellikle 1 cm'den küçüktürler. Papillomun tabanı, kanamayı ve nüksü önlemek için koterize edilmelidir. Papillomlar nadiren kötü huyludur [34].

2.5.6. Servikal Leiomyom

Leiomyomlar; uterusun en sık görülen tümörleridir, ancak servikte çok nadirdir görülür. Serviksin leiomyomları subserozal, intramural veya submukozal olabilir ve servikal kanal veya üst vajinayı bozabilir. Serviksin leiomyomları spekulum

muayenesinde sıklıkla görünmez ancak bimanual muayenede palpe edilebilir. Semptomatik olanlar ve pedünküllü leiomyomlar kanama eğilimleri nedeniyle çıkarılır [35].

2.5.7. Servikal Siğil

Vulvar, perineal ve anogenital siğilleriyle genel olarak beraber görülürler. Bu siğiller, tipik olarak papüler yapıda çoğunlukla düzdür. Yüzde 3 ila 5 asetik asit solüsyonu ile silindiğinde beyaz hale gelirler ve böylece çıplak gözle daha iyi görünürler. Genellikle asemptomatiktir [36].

2.5.8. Servikal Ülser

Cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili genital ülserler tipik olarak dış genital bölgede meydana gelir ve serviksi tutulabilir. Sifiliz, herpes simpleks virüsü ve Haemophilus ducreyi servikal ülserlerine neden olur [37].

2.6. SERVİKSİN PREMALİGN LEZYONLARI

Serviksin premalign skuamöz değişiklikleri hafif, orta veya şiddetli servikal displazi olarak tanımlanmıştır. Bunun için 1988'de yeni bir terminoloji sistemi tanıtıldı daha sonra birçok kez yeniden düzenlendi. Sitolojik bulgular "skuamöz intraepitelyal lezyon (SIL)" terimi ile, histolojik değişiklikler ise "servikal intraepitelyal neoplazi (CIN)" terimi ile tanımlanmıştır. CIN terimi üç farklı derecelendirilme yöntemi kullanılan CIN 1, CIN2, CIN3 olarak sınıflandırıldı [38].

2.6.1. Servikal İntraepitelyal Neoplaziler

CIN 1: Düşük dereceli bir lezyondur. Epitekin alt üçte birlik kısmındaki hafif atipik hücresel değişiklikleri ifade eder. Çoğunlukla HPV'nin sitopatik etkisiyle oluşur. CIN 1 lezyon %60 gerileme olacağı gözlemlenmiştir %11 ilerleme olacaktır karinoma in situ ve sadece %1'i invaziv kansere ilerleyebilir.

CIN 2: Yüksek dereceli bir lezyon olarak kabul edilir. Epitekin bazal tabakasının üçte ikisi ile sınırlı orta derecede atipik hücresel değişiklikleri ifade eder. CIN2 tedavi edilmezse genelde %50 si geriler, yaklaşık olarak %30 aynı şekilde devam eder, geri kalan %20 si CIN3'e dönüşür.

CIN 3: Yüksek dereceli bir lezyondur. Epitel kalınlığının üçte ikisinden fazlasını kapsayan ciddi atipik hücresele değışiklikleri ifade eder ve tam kalınlıkta lezyonları içerir. CIN 3, HSIL olarak anılır. CIN 3 için tahmin edilen spontan gerileme oranı %32 ila 47 olup, tedavi edilmezse %12 ila 40 invaziv kansere ilerlemektedir. [39]

Genel olarak serviksin premalign lezyonların çoğundan HPV sorumlu tutulmaktadır. HPV serviksin transformasyon zonunu enfekte ettikten sonra HPV'ye özgü reseptörlerle hücrelerin içine girer. Virüsün farklılaşan hücrelerde replikasyonu, koilositotik atipik nükleer genişleme, hiperkromazi ve perinükleer sitoplazmik açıklıkla karakterize edilen epitelin alt üçte birlik kısmında hücresele değışikliklere neden olur. Bu tür değışiklikler, servikal intraepitelyal neoplazi (CIN 1) veya düşük dereceli skuamöz intraepitelyal lezyonlar (LSIL) olarak bilinir. Doğal bağışıklık ile HPV enfeksiyonlarının yaklaşık %90'ı 2 yıl içinde geçer ve CIN 1 lezyonları kaybolur [40]. HPV ile enfekte kadınların küçük bir kısmında servikal epitelde onkojenik HPV enfeksiyonunun kalıcılığı, tümör baskılayıcı genlerin inaktivasyonuna neden olur(p53 ve pRB), viral onkoprotein E6 ve E7 tarafından , normal hücre döngüsü kontrollerinin müdahalesine yol açar. Doğal kontrol mekanizmaları olmadan hücrelerin kopyalanması, yüksek dereceli prekanserlere ve kanserlere yol açmasına neden olur. Yüksek dereceli prekanseröz servikal lezyonların hücresele ve histolojik değışiklikleri ayrıca hücresele anormallik derecesine ve epitelyal tutulumun derecesine bağlı olarak CIN1, CIN2, CIN3 olarak kategorize edilir [41]. CIN 1, CIN 2'ye (epitelin orta üçte birlik kısmına uzanan displastik değışiklikler) ve ardından CIN 3'e (epitelin üst üçte birine kadar uzanan displastik değışiklikler) dönüşebilir. CIN 2 ve CIN 3, CIN 1'den ilerleme veya dönüşüm olmaksızın bağımsız olarak servikal transformasyon bölgesinde de gelişebilir [41].

CIN 1 tedavisi genelde takiptir eğer 2 yıldan uzun sürerse lazer veya krioterapi yapılabilir. CIN2, CIN3 mutlaka tedavi edilmelidir. Konizasyon veya Leep yöntemiyle transformasyon zonu cerrahi olarak çıkarılmalıdır [42].

2.6.2.Bethesda Sınıflaması:

İlk olarak 1988 yılında kabul edilen ve Pap smear sonuçlarını değerlendirme için kabul edilen bir yöntemdir. Servikal veya vajinal sitolojik tanılarının raporlanması için kullanılan bir sınıflamadır. Günümüze kadar birçok defa revizyona uğramıştır. Bethesda Sınıflama'sında, prekanseröz skuamöz lezyonlar dört kategoriye ayrılmıştır. Önemi belirgin olmayan atipik skuamöz intraepitelyal lezyonlar (ASCUS) ve ekarte edilemeyen HSIL (ASC-H), düşük grade skuamöz intraepitelyal lezyon(LSIL) ve yüksek grade skuamöz intraepitelyal lezyonlar [43].

2.6.3 Skuamöz İntraepitelyal Lezyonlar

Belirsiz önemi olan atipik skuamöz hücreler (ASC-US): Basit reaktif değişikliklerden daha belirgin anormallikler sergileyen ancak skuamöz bir intraepitelyal lezyon göstermeyen hücreler; bazı durumlarda, bu lezyonlar servikal intraepitelyal neoplazi (CIN) ile ilişkilidir [44].

Atipik skuamöz hücreler, yüksek dereceli skuamöz intraepitelyal lezyonu (ASC-H): Muhtemel gerçek yüksek dereceli skuamöz intraepitelyal lezyon ve bu tür lezyonları taklit eden diğer bulguların bir karışımından oluşan hücrelerden oluşur. Pap smearda ASC-H tespit edilirse mutlaka kolposkopi yapılmalıdır. Pap smear sonucu çıkanlarda refleks testi veya kolposkopi yapıp, sık aralıklı takip önerilir [44].

Düşük dereceli skuamöz intraepitelyal lezyonlar (LSIL): İnsan papilloma virüsü (HPV) enfeksiyonu ile ilişkili lezyonlardır. Bunlar, zamanla gerileyen geçici değişikliklerle ilişkili olma eğilimindedir. LSIL saptanan hastalarda mutlaka kolposkopi yapılmalıdır .Kolposkopide CIN2,CIN3 tespit edilirse krioterapi veya leep uygulanılabilir [44].

Yüksek dereceli skuamöz intraepitelyal lezyonlar (HSIL): HPV'nin yüksek riskli tipleri ile ilişkili ve CIN veya kansere ilerleme riski yüksek olan lezyonlardır. Tespit edildiğinde hemen kolpokopi yapılmalıdır [44].

2.7. SERVİKSİN MALİGN KANSERLERİ

2.7.1. Serviksin Skuamöz Hücreli Karsinomu

Serviks kanserlerinin yaklaşık %70 ila %80'ını skuamöz hücreli karsinomlar tarafından oluşturulmaktadır. Son yıllarda azalsada hala en sık görülen karserdir. Bu kanser, ektoserviksin yüzeyini kaplayan skuamöz hücrelerde gelişmektedir. Skuamöz hücreli karsinomlar en sık olarak, ektoserviksin endoserviksle birleştiği transformasyon zonunda başlamaktadır. Mikroskobik olarak, invaziv SCC, stromada neoplastik skuamöz epitelin infiltrate yuvaları ile karakterizedir. Bu yuvalar tipik olarak düzensiz, açılı bir şekil sergiler ve artmış sitoplazmik keratinizasyon gösterebilir [45].

2.7.2. Serviksin Adenokarsinomu

İnvazif servikal adenokarsinom ve varyantlarının insidansı, son birkaç on yılda dramatik bir şekilde artmıştır. Servikal adenoarsinom skuamokolumnar bileşke bölgesinde başlar ve proksimal olarak yayılır. Etkilenen yüzey düz, papiller veya villöz görünümde olabilir. Normal endoservikal hücreler tek bir katman halinde düzenlenirken ve nadir nükleol ve mitotik figürlere sahip olmayan temelde yerleştirilmiş küçük çekirdeklere sahipken, neoplastik endoservikal hücreler tipik olarak puro şeklinde uzun bir görünümle nükleer genişleme, hiperkromazi ve psödostratifikasyon gösterir [45].

2.7.3. Diğer Epitelyal Tümörler

Çok nadir görülen tümörlerdir nöroendokrin tümörler prognozu en kötü olan servixin malign tümörüdür [45].

2.9. SERVİKS KANSERİNİN VE LEZYONLARININ TANISI

2.9.1. Fizik Muayene

Serviks kanserini düşündüren klinik bulguları olan her hastaya pelvik muayene yapılmalıdır. Spekulum muayenesi üzerine serviksin görselleştirilmesi normal bir görünümü veya görünür bir servikal lezyonu ortaya çıkarabilir; büyük tümörler serviksi

tamamen değiştiriyor gibi görünebilir. Görülebilen herhangi bir lezyona, önceki benign servikal sitoloji sonuçlarına bakılmaksızın biyopsi yapılmalıdır [46].

Serviks kanseri genellikle transformasyon bölgesinde (ektoserviksin skuamöz epiteliyle endoservikal kanalın glandüler epitelyumu arasındaki bağlantı) ortaya çıkar. Lezyon, yüzeyel ülserasyon, ekzoservikte ekzofitik tümör veya endoservikte infiltrasyon olarak ortaya çıkabilir. Endofitik tümörler, genellikle "fıçı şekilli serviks" olarak adlandırılan, genişlemiş, pürüzsüz ve sertleşmiş görünen bir servikse neden olabilir. Servikal adenokarsinomlar arasında yaklaşık yarısı ekzofitiktir, diğerleri serviksi diffüz olarak büyütür veya ülsere eder ve yaklaşık yüzde 15'inde görünür lezyon yoktur çünkü karsinom endoservikal kanal içinde yer alır. Serviks kanserinin evrelendirilmesi için tümör boyutu ve vajinal veya parametrijal tutulumun değerlendirildiği rektovajinal muayene dahil kapsamlı bir pelvik muayene gereklidir [46].

2.9.2.Servikografi

Serviscopta olarak bilinen özel bir kamera ile seyreltilmiş asetik asit uygulamasından sonra serviksin fotoğrafını çekilerek değerlendirilen bir yöntemdir. Düşük dereceli lezyonlarda daha duyarlıdır [47].

2.9.3 Asetik Asit Testi (AAT)

Doğrudan görsel inceleme veya asetik asit kullanarak doğrudan inceleme olarak da bilinen AAT, seyreltilmiş asetik asit uygulamasının ardından serviksin çıplak gözle incelendiği basit, ucuz bir testtir. Görünür bir asetowhite alanın varlığı, olumlu bir sonuç anlamına gelir. Duyarlılığı%70 ile%80 arasında değişir, ancak özgüllüğü düşüktür, yaklaşık%50-70 dir. AAT'nin önemli avantajları arasında basitliği, son derece düşük maliyeti ve anında sonuç sağlanması yer alır [48].

2.9.4. Spekloskopi

Bu, serviks incelendiğinde özel bir ışık kaynağının kullanıldığı Asetik asit testinin bir varyantıdır. Kemilminesan bir ışık olan bu ışığın özgüllüğü artırması bekleniyor. Duyarlılığı ve özgüllüğü AAT'ninkine benzerdir. Bu nedenle, marjinal olarak daha pahalıyken, AAT'nin üzerinde herhangi bir avantaj sunmaz [48].

2.9.5. HPV DNA Tanımlama

Servikal neoplazili hastaların%80'i veya daha fazlası yüksek riskli HPV ile enfekte olduğundan, özellikle 16, 18, 31 ve 33 tipleri gibi, bu yüksek riskli HPV DNA suşlarını servikal neoplazi belirteçleri olarak tanımlama olasılığı son zamanlarda hız kazandı. Buna, bazıları anında sonuçlar bile sağlayabilen daha kullanıcı dostu cihazlar yardımcı olur. Kadınların kendileri tarafından alınan kendi kendine toplayan örnekler başarıyla uygulanmıştır. HPV DNA testinin duyarlılığı, muhtemelen %60 ile %70 arasında, yeterince belirlenmemiştir, ancak Pap smear'dan daha yüksek görünmektedir. Özgüllük de yüksek ve yaklaşık olarak %80 ile %95 arasındadır [49].

2.9.6. Kolposkopi

Deneyimli bir kolposkopist tarafından gerçekleştirilen kolposkopi %90'ı aşan bir duyarlılığa ve özgüllüğe sahiptir. Teorik olarak, bu, gelişmekte olan bir ülke için ideal tarama yöntemi olacaktır. Bir kolposkop pahalı olmasına rağmen, çalıştırma maliyeti düşüktür ve anında sonuç alınır. Ana dezavantaj, gelişmekte olan ülkelerde ender olan sınavları yapmak için yüksek eğitilmiş ve deneyimli bir kişiye ihtiyaç duyulmasıdır. Tarama yöntemi olarak kolposkopi de yeterince ayrıntılı olarak değerlendirilmemiştir. Tüm bu alternatif tarama yöntemlerinden, HPV tanımlama en umut verici gibi görünmektedir ve kolposkopinin test edilmemiş bir alternatifi vardır [50].

2.10.PAPANİKOLAOU TESTİ

Georgios Papanicolaou tarafından keşfedilen test adıyla anılmaktadır. Aynı zamanda Aurel Babeş de tarafından da keşfedilmiştir. Sitoloji testi, 1940 yılında Dr. George Papanicolaou'nun vajinal smear örneklemesiyle serviks kanserine tanı konabileceğini ileri sürmesi ile başlamıştır. 1943 yılında Papanicolaou eksfoliyatif sitolojiyi jinekoloji pratiğine sunmuştur [51]. Dünya Sağlık Örgütü 1973 yılında yeni bir sitolojik tanı raporu düzenlemiştir. 1988'de Ulusal Sağlık Enstitüleri servikal sitoloji için ortak bir konsensusa varmışlar ve Bethesda sistemini geliştirmişlerdir. Bu sistem o günden beri birçok kez yeniden modifiye edilerek güncelleştirilmiştir. Günümüzde Bethesda Sınıflaması kullanılmaktadır. Serviks kanser taraması jinekolojide

sık kullanılan bir tarama testidir. Smear testi İngilizce kökenli bir kelime olup Türkçe "yayma" anlamına gelmektedir. Alınan hücresel materyal daha sonra bir mikroskop lamı üzerinde yayılarak incelenilir [51]. Pap smear testi; servikste meydana gelen histopatolojik değişikliklerin erkenden tespit edilerek mortaliteyi önemli ölçüde azaltır. Sonuç olarak pap smear testi serviks kanserinin erken dönemde tespit edilmesini sağlamaktadır. Ayrıca bu test servikste enfeksiyon ve enflamasyon gibi durumlarda ortaya çıkarmaktadır.(örn:Kandida albicans ve Trichomonas vaginalis) Cinsel yönden aktif kadınların pap smear testi genellikle, ülkede ülkeye farklılık gösterebilir her yıl yaptırılmaları tavsiye edilir. Üst üste negatif çıkan örneklerde 2 veya 3 yılda bir yapılabilir [52]. Örnek materyal alınırken ektoserviksten alınmalıdır. Endoservikstende örnek alınabilir fakat bu bölgeden alınan örnek anatomik yapıdan dolayı güvenilir olmayabilir. Bu sebeple pap smear testi endometrial malignite için bir tarama aracı olarak kullanılmamalıdır. Eğer pap smear sonucu anormal çıkarsa, çıkan sonucun anormalliğin tipine göre test üç ve on iki aylık süreçlerde bu test tekrarlanmalıdır. Çıkan bazı anormal sonuçlar daha yakın bir inceleme gerektiriyorsa, kolposkopile daha detaylı incelemek gerekir. Hastaya ayrıca pap smear testinin eşdeğeri HPV DNA testi de yapılabilir. Pap smear test sonuçların %5 ile %7 arasında bir oranı displazi gibi prekanseröz lezyonları ortaya çıkarabilir. Birçok düşük dereceli servikal displazilerin serviks kanserine yol açmadan kendi kendine gerilemesine rağmen, displazi daha dikkatli değerlendirilip takip edilmelidir. Endoservikal ve bazı endometrial anormallikler, mantar ve Trichomonas vaginalis gibi enfeksiyonlar, bu test sonucunda görülebilir. Anormalliklerin az bir bölümü "önemi belirsiz tip" olarak adlandırılır [52].

2.10.1.Papsmear Alma Yöntemi

Pap smear serviksin dış duvarındaki hücre örnekleri alınarak yapılır. Hastanın vajinasına bir spekulum yardımıyla açılarak serviksten, uygun bir spatül veya fırça ile serviksin dış duvarına sürülür, yüzey hafifçe kazınarak sürüntü örneği alınır. Toplanan hücreler bir mikroskop lamı üzerine yayılır ve laboratuvarında Papanicolaou tekniği ile boyanır, bu teknik ile hücre çekirdeği ve sitoplazmadaki keratinizasyonlar belirginleşir, ama tanı koymak için asıl hücre çekirdeğindeki şekillere bakılır. Bu geleneksel mikroskop lamı üzerine hücreleri yayma tekniğinin duyarlılığı %72, spesifitesi %94 olarak bulunmuştur [53]. Sıvı bazlı sitoloji testinde toplanan örnek, etanol bazlı

muhafaza edici bir sıvı ortama konur. Laboratuvarında bu hücreler ince bir tabaka halinde bir lam üzerine yerleştirilir ve mikroskopla incelenir. Sıvı numunenin avantajı HPV testi için de kullanılabilmesi, ayrıca uygunsuz nümüne oranını düşürmesidir. Bu testin duyarlılığı %61-66, spesifisitesi %82-91 olarak bildirilmiştir [53].

2.10.2. Papsmear Tarama Kriterleri

- 21 yaşından önce cinsel ilişkiye başlama veya diğer risk faktörlerine bakılmaksızın hiçbir tarama önerilmez.

- 21-29 yaş arası kadınlar her 3 yılda bir Pap testi yaptırmalıdır. Anormal bir Pap testi sonucundan sonra böyle bir test gerekmedikçe insan papilloma virüsü (HPV) için test edilmemelidirler.

- 30 ila 65 yaş arası kadınlar her 5 yılda bir hem Pap testi hem de HPV testi yaptırmalıdır. Bu tercih edilen yaklaşımdır, ancak her 3 yılda bir tek başına Pap testi yaptırmak da kabul edilebilir.

- Normal sonuçları olan düzenli taramalar yaptıran 65 yaşından büyük kadınlar rahim ağzı kanseri için taranmamalıdır. Servikal prekanser teşhisi konan kadınlar taramaya devam etmelidir.

- Rahim ve rahim ağzı histerektomide alınmış ve rahim ağzı kanseri veya prekanser öyküsü olmayan kadınlar taranmamalıdır.

- HPV aşısı olan kadınlar yine de kendi yaş grupları için tarama önerilerine uymalıdır.

- Rahim ağzı kanseri riski yüksek olan kadınların daha sık taranması gerekebilir. Yüksek risk altında olan kadınlar, insan immün yetmezlik virüsü (HIV) enfeksiyonu, organ nakli veya dietilstilbestrol (DES) ilacına maruz kalmış olanları içerebilir. Bir doktor veya hemşire ile konuşmalıdırlar.

2.11. SERVİKS KANSERİNDEN KORUMA YÖNTEMLERİ

Bir hastalığın önlenmesi, birincil, ikincil ve üçüncül önleme açısından değerlendirilir. Birincil önleme, hastalık oluşumunu önlemek için risk faktörlerinin

modifikasyonu ile ilgilenirken, ikincil önleme esas olarak erken tanı ve tedaviyi ifade ederken, üçüncül önleme, durumun neden olduğu hastalığın yaptığı hasarı sınırlandırmaya yöneliktir [54].

2.11.1. Birincil Koruma

Serviks kanserinin birincil koruması başlıca risk faktörlerini azaltmaktan geçmektedir. Genel olarak serviks kanserinin en önemli sebebi HPV olduğundan dolayı serviks kanserinin önlenmesi, genital sistemde HPV enfeksiyonunun önlenmesine dayanır. Genital HPV'nin bulaşmasının birincil yöntemi cinsel ilişki yoluyla olduğundan, olası birincil önleme yöntemleri arasında sık cinsel ilişkiden uzak durma, birden fazla eşliliğe karşı tek eşlilik ve prezervatif kullanımı sayılabilir. Potansiyel olarak çok etkili bir başka birincil koruma yöntemi, kansere bağlı HPV türlerine karşı aşılama [54].

HPV Aşısı: Serviks kanseri, dünya genelinde çok önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir ve özellikle genç kadınlarda sık görülür. Servikal tarama testleri, uygun şekilde yürütülürse başarılı olsalar da uygulanması güç ve ekonomik olarak maliyetli böylelikle birincil değil ikincil koruma sunar. Rahim ağzı kanserinin başlıca nedeni olan insan papilloma virüsüne (HPV) karşı aşılama çıktığından beridir serviks kanseri görülme sıklığı azalmakta ve birincil korumayı ön plana çıkarmaktadır [55].

İçerdikleri ve hedefledikleri HPV tiplerinin sayısına göre değişen üç farklı aşı klinik olarak geliştirilmiştir, ancak bunların hepsi her yerde mevcut değildir:

- **Quadrivalan HPV aşısı (Gardasil):** HPV tip 6, 11, 16 ve 18'i hedefler.
- **9 valanlı aşı (Gardasil 9):** Dört değerlikli aşı (6, 11, 16 ve 18) ile aynı HPV tiplerini ve ayrıca 31, 33, 45, 52 ve 58 tiplerini hedefler.
- **2 valanlı aşı (Cervarix):** HPV tip 16 ve 18'i hedefler.

Bunların tümü, ilk HPV enfeksiyonunu ve sonraki HPV ile ilişkili lezyonları önlemek için tasarlanmış profilaktik aşılardır. HPV aşısı, kadınlarda özellikle servikal, vulvar, vajinal, anal, orofaringeal ve diğer baş ve boyun kanserleri, anogenital prekan-seröz displastik lezyonlar ve genital siğillerin oluşmasını önemli derecede engeller. Erkeklerde ise genital siğilleri anal prekan-seröz ve displastik lezyonların oluşmasını engeller [55].

Aşılama programı: 2 li aşı cervariks piyasadan çekilmiş kullanımda olan aşılarda 4 ve 9 valanlı aşılarda mevcuttur.

9- 13 yaş arasındaki kız ve erkeklere: 0. ve 6. ayda olmak üzere toplam 2 doz uygulanır.

Daha önceki 14 yaş ve üzerindeki kadın ve erkeklere uygulama 15-26 yaş arasında 0,2. ay şeklinde olmak üzere toplamda iki dozdu. FDA en son 2018 yaş sınırını 45 çekmiştir. 14-45 yaş arasındaki kız ve erkeklere ; 0.,2.,6. ayda olmak üzere toplamda 3 doz şeklinde güncellenmiştir [56].

2.11.2.İkincil Koruma

Aşının en büyük morbidite ve mortaliteye neden olan yüksek riskli HPV tiplerine karşı yüksek etkinliğine rağmen, serviks kanseri taraması serviks kanserinin kontrolünde kritik bir rol oynamaya devam edecektir. Bugün dünya çapında aşı kapsamı elde edilebilir olsa bile, aşının yaygın enfeksiyonların doğal seyrini değiştirmedeği ve kansere neden olan bazı enfeksiyonların aşı tarafından önlenemeyeceği için ikincil koruma gerekli olacaktır [57].

Bu arada, kalıcı HPV enfeksiyonunun merkezi etiyolojik rolünü tanıyan gelişmiş servikal tarama yöntemlerinin kullanılması, özellikle kaynakların düşük olduğu bölgelerde yüz binlerce hayat kurtarabilir.Bu sebeple serviks kanseri tarama programları hala önemini korumaktadır [58].

2.11.3. Üçüncül koruma

Üçüncül önleme, devam eden bir hastalığın veya kalıcı etkilere sahip yaralanmanın etkisini yumuşatmayı amaçlar .Bu da Serviks kanserine yakalanmış hastaların, tıbbi olanaklar dahilinde tedavi edilmesini kapsar.Mevut tıbbi tedavi hastanın yaşam süresini uzatmak, hastalığa bağlı oluşan komplikasyonları azaltarak yaşam kalitesini artırmaya yöneliktir [59].

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. HASTA SEÇİMİ VE ÇALIŞMA TASARIMI

Bu çalışma, 05.01.2021 – 05.03.2021 tarihleri arasında Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi'ne bağlı Gaziosmanpaşa Hürriyet Mahallesiindeki Hürriyet Eğitim Aile Sağlığı Merkezinde yapıldı. Çalışmamızda Aile sağlık merkezine kayıtlı 20 yaş ve üzerindeki 342 kadın dahil edildi. Çalışma yüzyüze anket şeklinde yapıldı. Çalışmaya 20 yaş ve üzeri, evli ya da boşanmış kadınlardan onam formu alınarak yapıldı. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen ve daha önce evlilik yapmamış kadınlar dahil edilmedi. Bu çalışmada kadınlara sosyo–demografik özellikleri, öz geçmişleri ile ilgili bilgileri sorgulayan, bilgi düzeyini değerlendirecek sorular soruldu. Çalışmaya katılan hastalara serviks kanseri ve pap smear testiyle ilgili tutumları ve bu tutumlarını etkileyen faktörler değerlendirildi.

3.2. İSTATİSTİKSEL YÖNTEM

Araştırmamızda elde edilen bulgular değerlendirilirken SPSS 21 (Statistical Package for the Social Sciences, version 21) istatistik programı kullanıldı. Normal dağılımı Shapiro Wilks testi ile değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler sayısal değişkenler için ortalama, ortanca, standart sapma; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde olarak verildi. Ortalamaların karşılaştırılmasında Student t testi, niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki Kare testi kullanıldı. $p<0,05$ değeri anlamlı kabul edildi.

4.BULGULAR

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde %84'ünün (n=290) kentte yaşadığı, %32,16'sı (n=110) ilkokul mezunu olduğu saptandı. Katılımcıların %63,16'sı (n=216) çalışmıyor ve %92,08'inin (n=314) sosyal güvencesi mevcuttu.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin değerlendirilmesi

		N	%
Yaşadığı yer	Kent	290	84,80
	Kırsal	52	15,20
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	16	4,68
	Okur-yazar	32	9,36
	İlkokul	110	32,16
	Ortaokul	38	11,11
	Lise	83	24,27
	Üniversite	63	18,42
Çalışma durumu	Çalışıyor	126	36,84
	Çalışmıyor	216	63,16
Yaka	Beyaz yakalı	72	57,14
	Mavi yakalı	54	42,86
Aylık gelir	1000-2000	69	20,18
	2001-4000	109	31,87
	4001-6000	91	26,61
	6000 ve üzeri	73	21,35
Sosyal güvence	Evet	314	92,08
	Hayır	27	7,92
Sigara içme durumu	Evet	54	15,79
	Hayır	288	84,21
Medeni durum	Evli	300	87,72
	Dul (boşanmış ya da vefat etmiş)	42	12,28

Katılımcıların yaş ortalaması $45,19 \pm 13,6$, ilk adet yaşı $13,48 \pm 1,29$, evlenme yaşı $21,53 \pm 3,59$, menopoz yaşı ise $50,32 \pm 3,84$ olarak saptandı.

Tablo 2. Katılımcıların jinekolojik-obstetrik öykülerinin değerlendirilmesi

	Minimum	Ort.	Maksimum	St. Dev.
Yaş	20	45,19	72	13,60
İlk adet yaşı	11	13,48	18	1,29
Evlenme yaşı	14	21,53	33	3,59
İlk doğum yaşı	0	23,63	38	4,26
Gebelik sayısı	0	2,85	8	1,58
Doğum sayısı	0	2,31	6	1,28
Küretaj sayısı	0	,22	2	,44
Düşük sayısı	0	,27	3	,55
Menopoz yaşı	36	50,34	58	3,84

Çalışmaya katılanların %71,84'ü (n=148) AP kullanırken, kullanan kişilerin çoğunluğu modern AP yöntemi tercih etmekteydi. (%69,59)

Tablo 3. Katılımcıların AP kullanma özelliklerinin değerlendirilmesi

		N	%
AP kullanma durumu	Evet	148	71,84
	Hayır	58	28,16
AP yöntemi	Modern	103	69,59
	Geleneksel	45	30,41

Katılımcıların %74,85'i (n=256) kanser taramaları hakkında bilgi sahibi iken, bu kişilerin bilgi kaynakları değerlendirildiğinde ilk iki sırada ASM ve görsel-yazılı medya olduğu belirlendi. (%52,34, %51,17)

Tablo 4. Katılımcıların kanser taramaları hakkında bilgi durumlarının değerlendirilmesi

		N	%
Kanser taramaları hakkında bilgi durumu	Evet	256	74,85
	Hayır	86	25,15
ASM	Hayır	122	47,66
	Evet	134	52,34
Hastane	Hayır	149	58,20
	Evet	107	41,80
Görsel yazılı medya	Hayır	125	48,83
	Evet	131	51,17
Eş-dost-akraba	Hayır	186	72,66
	Evet	70	27,34

Katılımcıların %91'81'i rahim ağzı kanseri ve pap smear testi hakkında bilgi sahibiydi. Bilgi kaynakları incelendiğinde ilk sırada görsel-yazılı medya (%48,9) bulunurken ASM ikinci sırada yer almaktaydı.

Tablo 5. Katılımcıların rahim ağzı kanser taramaları hakkında bilgi durumlarının değerlendirilmesi

		N	%
Rahim ağzı kanseri ve papsmear testini duyma durumu	Evet	314	91,81
	Hayır	28	8,19
ASM	Hayır	165	52,55
	Evet	149	47,45
Hastane	Hayır	196	62,42
	Evet	118	37,58
Görsel-yazılı medya	Hayır	163	51,91
	Evet	151	48,09
Eş-dost-akraba	Hayır	212	67,52
	Evet	102	32,48

Katılımcıların %15'inin (n=51) bir yakını rahim ağzı kanseri tanısı almıştı. %32,46'sının (n=111) ise rahim ağzı kanserine yakalanma korkusu olduğu saptandı.

Tablo 6. Katılımcıların Rahim ağzı kanseri hakkında aile öyküsü ve endişelerinin değerlendirilmesi

		N	%
Herhangi bir yakınınızın rahim ağzı kanserine yakalanma durumu	Evet	51	15,00
	Hayır	289	85,00
Rahim ağzı kanserine yakalanma korkusu durumu	Evet	111	32,46
	Hayır	231	67,54

Katılımcıların %73,10'u (n=250) pap smear testi yaptırmıştı. Test yaptıranların %81,10'u kadın hastalıkları ve doğum polikliniğini tercih ederken, %53,54'ü ASM de yaptırmıştı.

Tablo 7. Katılımcıların papsmear yaptırma durumlarının değerlendirilmesi

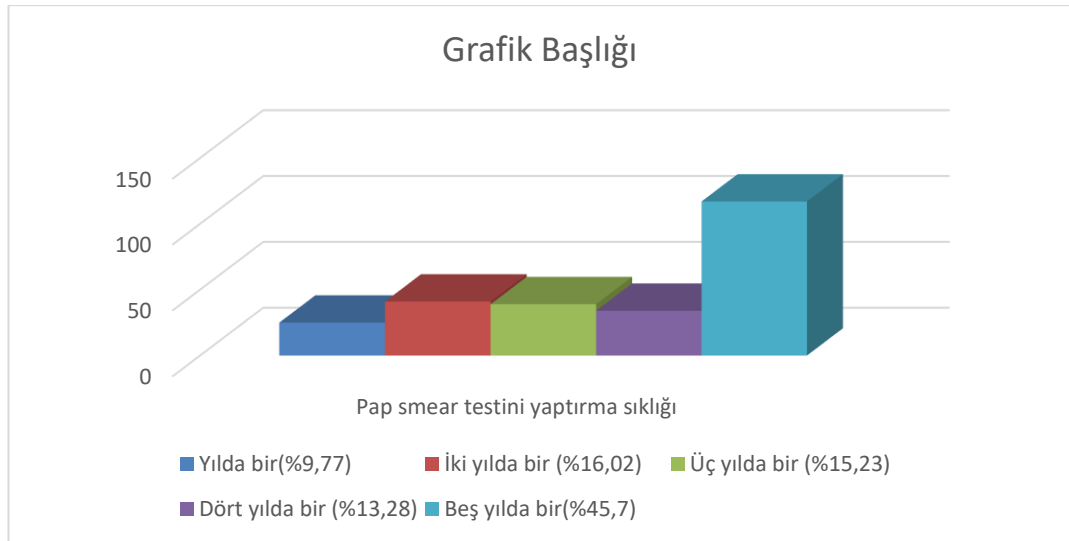
		N	%
Papsmear yaptırma durumu	Hayır	92	26,90
	Evet	250	73,10
ASM	Hayır	118	46,46
	Evet	136	53,54
Kadın hastalıkları ve doğum polikliniği	Hayır	48	18,90
	Evet	206	81,10
TSM	Hayır	235	92,89
	Evet	18	7,11

Çalışmaya katılan ve pap smear yaptırmayan katılımcılara engeller sorulduğunda; ‘‘utanıyorum’’ yanıtı en sık neden olarak ön plana çıkarken, ‘‘bilgim yok’’ ve ‘‘gerek duymuyorum’’ yanıtları ise onu takip etti.

Tablo 8. Katılımcıların papsmear yaptırtmasının önündeki engellerin değerlendirilmesi

		N	%
Kanser olabileceğimden korkuyorum	Hayır	74	84,09
	Evet	14	15,91
Utanıyorum	Hayır	60	68,18
	Evet	28	31,82
Zamanım yok	Hayır	66	75,00
	Evet	22	25,00
Gerek duymuyorum	Hayır	64	72,73
	Evet	24	27,27
Bilgim yok	Hayır	62	72,94
	Evet	23	27,06

Katılımcıların pap smear testi yaptırtma sıklıkları incelendiğinde %45,7’si (n=117) beş yıl ve üzeri olarak belirtirken, %16,02’si (n=41) iki yılda bir şeklinde ifade etmiştir.



Şekil 1. Katılımcıların Papsmear yaptırtma sıklıklarının değerlendirilmesi

Katılımcılara rahim ağzı kanseri ve tarama testi ile ilgili 12 adet soru yöneltildi. Katılımcıların yanıtları doğru ve yanlış olarak sınıflandırıldı. “Sigara içmek, kötü beslenme alışkanlığı rahim ağzı kanseri için risk faktörüdür” ve “Papsmear testi jinekolojik muayenede vajinal bölgeden sürüntü örneği alarak yapılır?” soruları en yüksek doğru yanıt verilen sorular oldu. (%83,33, %82,16)

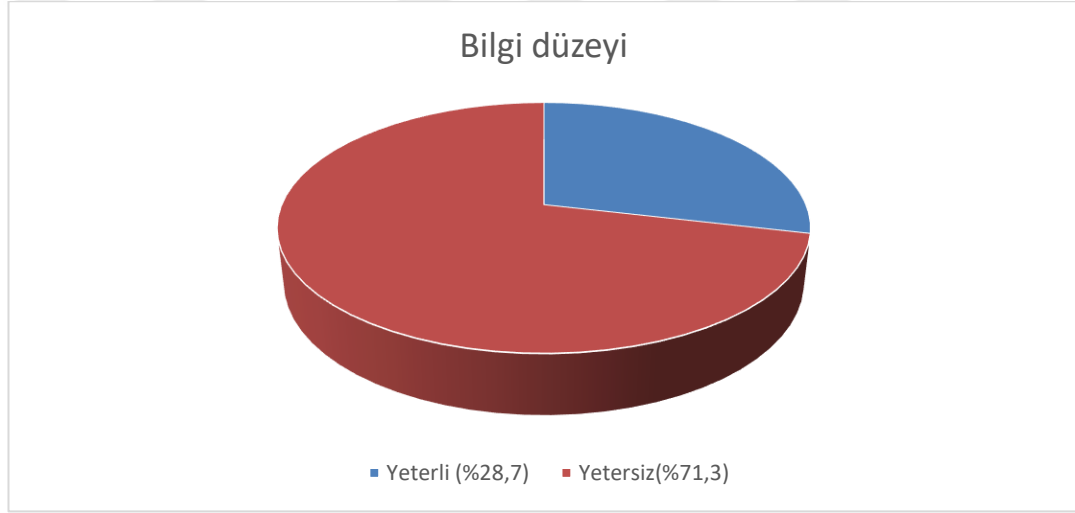
Tablo 9. Katılımcıların bilgi sorularına verdikleri yanıtların değerlendirilmesi

		N	%
Papsmear testi rahim ağzı kanseri tarama testi midir?	Yanlış	124	36,26
	Doğru	218	63,74
Sizce bu testle rahim ağzı kanseri erken tanısı mümkün mü?	Yanlış	149	43,70
	Doğru	192	56,30
Papsmear testi jinekolojik muayenede vajinal bölgeden sürüntü örneği alarak yapılır?	Yanlış	61	17,84
	Doğru	281	82,16
Papsmear testi adet bitiminden sonra yapılmalıdır	Yanlış	212	61,99
	Doğru	130	38,01
Papsmear testi rahim ağzı kanseri tarama testi kaç yaşında yapılmaya başlanır?	Yanlış	139	40,64
	Doğru	203	59,36
Rahim ağzı kanser taraması olan Papsmear testi ne kadar aralıklarla yapılır?	Yanlış	271	79,24
	Doğru	71	20,76
Rahim ağzı kanser taraması olan papsmear menapozdan sonra yapılır mı?	Yanlış	90	26,39
	Doğru	251	73,61
Rahim ağzı kanser taraması olan Papsmear testi kaç yaşına kadar yapılır?	Yanlış	300	88,24
	Doğru	40	11,76
Rahim ağzı kanser taraması olan Papsmear testi cinsel birliktelikten en az 48 saat sonra yapılmalıdır.	Yanlış	234	68,62
	Doğru	107	31,38
Rahim ağzı kanserinin en sık sebebi mikrobik bir enfeksiyon olan human papilloma virüsüdür (HPV).	Yanlış	248	72,51
	Doğru	94	27,49
Erken yaşta cinsel ilişki ve birden fazla eşlilik rahim ağzı kanseri için risk faktörüdür	Yanlış	175	51,17
	Doğru	167	48,83
Sigara içmek, kötü beslenme alışkanlığı rahim ağzı kanseri için risk faktörüdür	Yanlış	57	16,67
	Doğru	285	83,33

Katılımcılara her doğru cevabın bir puan olarak değerlendirildiği 12 adet bilgi sorusu yöneltildi. Ortalama aldıkları puan $5,96 \pm 2,94$ iken %28,7'sinin (n=98) bilgi düzeyinin yeterli olduğu saptanmıştır.

Tablo 10. Katılımcıların bilgi sorularından aldıkları puanların istatistiksel değerlendirmesi

	N	Minimum	Maksimum	Ort.	Std. Dev.
Toplam puan	342	0	12	5,96	2,94



Şekil 2. Katılımcıların bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi

Katılımcıların bilgi düzeyleri ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldı. Yaş grupları ile bilgi düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptandı. 20-40 yaş arası grubun bilgi düzeyi en yüksek saptanmakla birlikte tüm gruplar arasında anlamlı fark mevcuttu. Kentte yaşayan katılımcıların bilgi düzeyi kırsal kesimde yaşayan katılımcılara göre istatistiksel anlamlı daha yüksek bulundu. Eğitim durumları ve aylık gelir göz önünde bulundurulduğunda eğitim seviyesi ve gelir düzeyi arttıkça bilgi düzeyinin

de arttığı görüldü. Bunlara ek olarak çalışan ve sosyal güvencesi olan katılımcıların bilgi düzeyleri anlamlı olarak daha yüksek saptandı.

Tablo 11. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi

		Bilgi düzeyi				P
		Yetersiz		Yeterli		
		N	%	N	%	
Yaş	20-40 ^a	85	58,2	61	41,8	0,000
	41-60 ^b	96	72,7	36	27,3	
	61 ve üzeri ^c	63	98,4	1	1,6	
Yaşadığı yer	Kent	194	66,9	96	33,1	0,000
	Kırsal	50	96,2	2	3,8	
Eğitim durumu	Okur yazarlığım yok ^{a,b}	16	100,0	0	0,0	0,000
	Okur yazarlığım var ^b	31	96,9	1	3,1	
	İlkokul ^{a,b}	96	87,3	14	12,7	
	Ortaokul ^a	31	81,6	7	18,4	
	Lise ^c	47	56,6	36	43,4	
	Üniversite ^d	23	36,5	40	63,5	
	Çalışma durumu	Çalışıyor	62	49,2	64	
Çalışmıyor		182	84,3	34	15,7	
Yaka	Beyaz yakalı	30	41,7	42	58,3	0,80
	Mavi yakalı	31	57,4	23	42,6	
Aylık gelir	1000-2000 ^a	66	95,7	3	4,3	0,000
	2001-4000 ^b	89	81,7	20	18,3	
	4001-6000 ^c	58	63,7	33	36,3	
	6000 ve üzeri ^d	31	42,5	42	57,5	
Sosyal güvence	Evet	218	69,4	96	30,6	0,003
	Hayır	26	96,3	1	3,7	
Sigara içme durumu	Evet	35	64,8	19	35,2	0,247
	Hayır	209	72,6	79	27,4	
Medeni durum	Evli	218	72,7	82	27,3	0,149
	Dul (boşanmış ya da vefat etmiş)	26	61,9	16	38,1	

Katılımcıların Papsmear yaptırma durumları ile sosyodemografik özellikleri incelendiğinde 41-60 yaş aralığında olan kişilerin diğer gruplara göre pap smear yaptırma oranı daha yüksek saptanmıştır. ($p<0,05$) Kentte yaşayanların, pap smear yaptırma oranları kırsal kesimde yaşayanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Katılımcılardan okur-yazar olmayanlar ortaokul, ilkokul ve lise mezunlarına göre anlamlı daha az pap smear yaptırmaktandı. ($p<0,05$) Medeni hali dul olanların pap smear yaptırma oranı evli olanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir.



Tablo 12. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile Papsmear testi yaptırma durumlarının değerlendirilmesi

		Papsmear yaptırma durumu				P
		Evet		Hayır		
		N	%	N	%	
Yaş	20-40 ^a	97	66,4	49	33,6	0,000
	41-60 ^b	112	84,8	20	15,2	
	61 ve üzeri ^a	41	64,1	23	35,9	
Yaşadığı yer	Kent	223	76,9	67	23,1	0,000
	Kırsal	27	51,9	25	48,1	
Eğitim durumu	Okur yazarlığım yok ^a	5	31,3	11	68,8	0,000
	Okur yazarlığım var ^{a,b}	19	59,4	13	40,6	
	İlkokul ^{b,c}	87	79,1	23	20,9	
	Ortaokul ^c	36	94,7	2	5,3	
	Lise ^{b,c}	62	74,7	21	25,3	
	Üniversite ^{a,b}	41	65,1	22	34,9	
Çalışma durumu	Çalışıyor	96	76,2	30	23,8	0,325
	Çalışmıyor	154	71,3	62	28,7	
Yaka	Beyaz yakalı	52	72,2	20	27,8	0,143
	Mavi yakalı	45	83,3	9	16,7	
Aylık gelir	1000-2000	43	62,3	26	37,7	0,131
	2001-4000	84	77,1	25	22,9	
	4001-6000	70	76,9	21	23,1	
	6000 ve üzeri	53	72,6	20	27,4	
Sosyal güvence	Evet	229	72,9	85	27,1	0,898
	Hayır	20	74,1	7	25,9	
Sigara içme durumu	Evet	39	72,2	15	27,8	0,874
	Hayır	211	73,3	77	26,7	
Medeni durum	Evli	214	71,3	86	28,7	0,049
	Dul (boşanmış ya da vefat etmiş)	36	85,7	6	14,3	

Katılımcılardan pap smear yaptıranların, herhangi bir yakınında rahim ağzı kanser hikayesi olanların bilgi düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yeterli olarak sonuçlanmıştır.

Tablo 13. Katılımcıların pap smear yaptırma durumuyla bilgi düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

			Bilgi düzeyi		Total	P
			Yetersiz	Yeterli		
Pap smear yaptırma du- rumu	Evet	N	160	90	250	0,000
		%	64,0	36,0	100,0	
	Hayır	N	84	8	92	
		%	91,3	8,7	100,0	
Total		N	244	98	342	
		%	71,3	28,7	100,0	

Tablo 14. Yakınında rahim ağzı kanser öyküsü olan katılımcıların bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi

			Bilgi düzeyi		Total	P
			Yetersiz	Yeterli		
Herhangi bir yakınınızın rahim ağzı kanserine ya- kalanma durumu	Evet	N	30	21	51	0,026
		%	58,8	41,2	100,0	
	Hayır	N	214	75	289	
		%	74,0	26,0	100,0	
Total		N	244	96	340	
		%	71,8	28,2	100,0	

Yakınında rahim ağzı kanseri öyküsü olan katılımcıların pap smear yaptırma oranı anlamlı olarak daha yüksek saptandı.

Tablo 15. Yakınında rahim ağzı kanser öyküsü olan katılımcıların pap smear yaptırma durumlarının değerlendirilmesi

			Papsmear yaptırma durumu		Total	p
			Evet	Hayır		
Herhangi bir yakınınızın rahim ağzı kanserine yakalanma durumu	Evet	N	44	7	51	0,02
		%	86,3	13,7	100,0	
	Hayır	N	204	85	289	
		%	70,6	29,4	100,0	
Total		N	248	92	340	
		%	72,9	27,1	100,0	

Rahim ağzı kanserine yakalanma korkusu olanlar istatistiksel anlamlı olarak daha fazla pap smear yaptırmaktaydılar.

Tablo 16. Rahim ağzı kanserine yakalanma korkusu ile pap smear yaptırma durumunun değerlendirilmesi

			Papsmear yaptırma		Total	P
			Evet	Hayır		
Rahim ağzı kanserine yakalanma korkusu durumu	Evet	N	91	20	111	0,01
		%	82,0	18,0	100,0	
	Hayır	N	159	72	231	
		%	68,8	31,2	100,0	
Total		N	250	92	342	
		%	73,1%	26,9%	100,0%	

Rahim ağız kanseri bilgi kaynağı ASM ve hastane olan katılımcıların pap smear yaptırma oranları istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır. ($p<0,05$) Bilgi kaynağı olarak görsel-yazılı medya ve eş-dost-akraba olarak belirten katılımcıların pap smear yaptırma durumları arasında ilişki saptanmamıştır.

Tablo 17. Rahim ağız kanseri bilgi kaynağı ASM olan katılımcıların pap smear yaptırma durumlarının değerlendirilmesi

			Papsmear yaptırma du- rumu		Total	P
			Evet	Hayır		
Bilgi kaynağı ASM	Hayır	N	122	43	165	0,032
		%	73,9	26,1	100,0	
	Evet	N	125	24	149	
		%	83,9	16,1	100,0	
Total		N	247	67	314	
		%	78,7	21,3	100,0	

Tablo 18. Rahim ağız kanseri bilgi kaynağı hastane olan katılımcıların pap smear yaptırma durumlarının değerlendirilmesi

			Papsmear yaptırma du- rumu		Total	
			Evet	Hayır		
Bilgi kaynağı hastane	Hayır	N	141	55	196	0,000
		%	71,9	28,1	100,0	
	Evet	N	106	12	118	
		%	89,8	10,2	100,0	
Total		N	247	67	314	
		%	78,7	21,3	100,0	

Tablo 19. Rahim ağzı kanseri bilgi kaynağı görsel-yazılı medya olan katılımcıların pap smear yaptırma durumlarının değerlendirilmesi

			Papsmear yaptırma durumu		Total	p
			Evett	Hayır		
Bilgi kaynağı görsel-yazılı medya	Hayır	N	132	31	163	0,297
		%	81,0	19,0	100,0	
	Evett	N	115	36	151	
		%	76,2	23,8	100,0	
Total		N	247	67	314	
		%	78,7	21,3	100,0	

Tablo 20. Rahim ağzı kanseri bilgi kaynağı eş-dost-akraba olan katılımcıların pap smear yaptırma durumlarının değerlendirilmesi

			Papsmear yaptırma durumu		Total	p
			Evet	Hayır		
Bilgi kaynağı eş-dost-akraba	Hayır	N	168	44	212	0,716
		%	79,2	20,8	100,0	
	Evet	N	79	23	102	
		%	77,5	22,5	100,0	
Total		N	247	67	314	
		%	78,7	21,3	100,0	

Katılımcıların yaş, gebelik sayısı ve doğum sayısı ortalamaları ile Papsmear yaptırma durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Bilgi düzeyi yeterli olan katılımcıların yaş ortalaması $38,29 \pm 9,39$ iken bilgi düzeyi yetersiz olan grubun $45,50 \pm 12,35$ idi. İki grup arasında anlamlı fark mevcuttu. Katılımcıların gebelik sayısı ve doğum sayısı ortalamaları bilgi düzeyi yeterli olan grupta istatistiksel anlamlı olarak daha düşük saptandı. ($p > 0,05$)

Tablo 21. Yaş, gebelik ve doğum sayısı ile pap smear yaptırma durumlarının değerlendirilmesi

	Pap smear yaptırma durumu	N	Ort.	Std. Dev.	P
Yaş	Evet	250	45,50	12,353	0,546
	Hayır	92	44,35	16,579	
Gebelik sayısı	Evet	250	2,82	1,395	0,666
	Hayır	91	2,92	2,018	
Doğum sayısı	Evet	250	2,26	1,176	0,341
	Hayır	91	2,43	1,521	

Tablo 22. Yaş, gebelik ve doğum sayısı ile bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi

	Bilgi düzeyi	N	Ort.	Std. Dev.	P
Yaş	Yetersiz	244	47,96	14,054	0,000
	Yeterli	98	38,29	9,394	
Gebelik sayısı	Yetersiz	243	3,14	1,655	0,000
	Yeterli	98	2,13	1,100	
Doğum sayısı	Yetersiz	243	2,56	1,323	0,000
	Yeterli	98	1,68	,892	

5.TARTIŞMA

Çalışmamıza Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran 20 yaş ve üzeri evlilik yapmış kadınlar dahil edilmiştir. Katılımcıların %84,8'i (n=290) kentte yaşamakta olup, %42,7'si (n=146) lise ve üzeri eğitim düzeyine sahipti. Katılımcıların %63,16'sı (n=216) çalışmıyor, %92,08'inin (n=314) sosyal güvencesi vardı. Katılımcıların %84,21'i (n=288) sigara içmezken, %87,72'si (n=300) halihazırda evliydi.

Çalışmaya katılanların %71,84'ü (n=148) AP kullanırken, kullanan kişilerin çoğunluğu modern AP yöntemi tercih etmekteydi (%69,59). Kadınların aile planlamasına ilişkin tutumlarının değerlendirildiği bir çalışmada katılımcıların %57,5'inin bir yöntem kullandığı, kullananların %91,8'i modern yöntem tercih ettiği ortaya konulmuştur [60]. Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada ise kadınların %61,5'inin AP kullandığı tespit edilmiştir [61]. Bir aile planlaması polikliniğine başvuran 89 kadın ile yapılan çalışmada katılımcıların %69,7'si en az bir modern aile planlaması yöntemi kullandığını belirtmiştir [62]. Erzurum ilinde 627 15-49 yaş arası kadın ile yapılan çalışmada katılımcıların %77,7'si aile planlaması yöntemi kullanmaktayken, %48,2'si modern, %29,5'i geleneksel yöntem tercih etmişti [63]. Literatür incelendiğinde çalışmamızda ortaya konan AP kullanma durumu ile ilgili sonuçlarımızla uyumlu olduğu dikkat çekmektedir.

Çalışmamıza katılan kadınların ilk adet yaşı ortalama $13,48 \pm 1,29$, evlenme yaşı $21,53 \pm 3,59$, ilk doğum yaşı $23,63 \pm 4,26$, doğum sayısı $2,31 \pm 1,28$, küretaj sayısı $0,27 \pm 0,55$ olarak karşımıza çıkmaktadır. TNSA 2018 verileri incelendiğinde toplam doğurganlık hızı 2,3, ilk evlenme yaşı 21,4, ilk doğum yaşı 23,3 olarak saptanmıştır. Kadınların %45'i 48-49 yaşında menopoza girdiği belirlenmiştir. Bu veriler ışığında çalışmamızın sonuçları ülkemiz verileriyle büyük oranda uyumluluk göstermektedir [64].

Çalışmamıza katılanların %91,81'i "Rahim ağzı kanseri ve taraması olan Pap smear testini duydunuz mu?" sorusunu "evet" olarak yanıtlamıştır. Literatür incelendiğinde ülkemizde yapılan çalışmalarda Pap smear testini duyma oranları %29,9,

%50,5, %72,5 gibi farklı sonuçlar mevcuttur [65][67]. Yapılan çalışmaların farklı coğrafi bölgelerde ve farklı sosyoekonomik düzeydeki katılımcıların yer alması çalışmamızın sonuçlarının literatürden farklı çıkmasına sebep olmuş olabilir. Ek olarak yapılan çalışmalarda rahim ağzı kanseri ve pap smear duyumları ayrı ayrı sorgulandığında rahim ağzı kanseri duyum oranı daha yüksek saptanmıştır [68][69]. Çalışmamızda “rahim ağzı kanseri” ve “pap smear test” ibaresi aynı soru içerisinde geçmesinden ötürü duyma oranı daha yüksek çıkmış olabilir.

Katılımcıların birden fazla seçeneği işaretleyebildiği soruda %48,09’u medya, %47,45’i ASM, %37,58’i duyum kaynakları olarak hastaneleri belirtmiştir. Karaca ve ark. duyum kaynağı olarak %55,6 doktor, Adıgüzel ve ark. %40 doktor, %39,1 medya-internet, %19 arkadaş, Al Khudairi ve ark. %57,1 Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, %23,3 medya-broşür, %14,4 diğer sağlık personeli, Aseel ve ark. %21,1 arkadaş, %19 kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, %16 medya ve %14 aile hekimi olarak raporlamışlardır [65], [68], [70], [71]. Bizim çalışmamız ve literatür birlikte değerlendirildiğinde Sağlık personelinin yanı sıra görsel-ışitsel iletişim araçlarının pap smear testinin duyumunda önemli yer edindiği göze çarpmaktadır. Ayrıca birinci basamağın koruyucu sağlık hizmetleri rolü göz önünde bulundurulduğunda hala istenilen seviyede olmadığı söylenebilir. Aile hekimlerinin kayıtlı nüfusu içindeki hedef kitleye rahim ağzı kanseri ve pap smear testi hakkında bilgilendirici çalışmalar yapması ve bu çalışmaları broşür, poster, tv yayını gibi araçlarla desteklemesinin etkin olabileceğini düşünmekteyiz.

Katılımcıların %73,10’u (n=250) pap smear testi yaptırmıştı. Test yaptıranların %81,10’u kadın hastalıkları ve doğum polikliniğini tercih ederken, %53,54’ü ASM de yaptırmıştı. Literatürde bir aile sağlığı merkezine başvuran kadınların Papsmear yaptırma oranı %51,3 oranında yaptırdığı tespit edilmiş [67]. Yine bir aile hekimliği polikliniğine başvuran kadınların katıldığı çalışmada pap smear yaptırma oranı %67,6 olarak belirlenmiştir [72]. İngiltere’de Beyaz İngilizlerle azınlık grupların karşılaştırıldığı çalışmada beyazların %89’u son beş yıl içinde pap smear testi yaptırmışken, afrikalılarda bu durum %56 seviyesindeydi [73]. Yine İngiltere’de 15-78 yaş arası 650 kadınla yapılan bir çalışmada pap smear yaptırma oranı %80,5 olarak bulunmuştur. Literatürde farklı çalışmalarda pap smear yaptırma oranları değişiklik gösterse de

bizim çalışmamızın oranları görece yüksek bulunmuştur. Bunun sebepleri arasında çalışmanın yapıldığı aile sağlığı merkezlerinin büyükşehir kent merkezlerinde olması, ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerine yakın konumda olması ve pap smear yaptırmış olmak için bir zaman kısıtlaması olmaması olarak sayılabilir. En az bir defa pap smear testi yaptıran katılımcıların testin yapıldığı yerler olarak %81,1 kadın hastalıkları ve doğum polikliniği, %53,54'ü ASM, %7,1 TSM olarak belirtmişlerdir. Bir tıp fakültesi hastanesine başvuran kadınlar arasında yapılan çalışmada katılımcıların %64,4'ü üniversite hastanesinde, %20'si muayenehanede, %15,6'sı Devlet Hastanesinde pap smear testi yaptırmıştır [65]. Kadınlar pap smear testi için daha çok ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerini tercih ettikleri ve edeceklerini ifade etmektedirler [74]. Ayrıca yapılan çalışmalarda kadınların büyük bir bölümü ASM'de pap smear testi yapıldığını bilmemektedir [74][75]. Bu hem maliyeti hem bu kurumlardaki yoğunluğu arttıracaktır. Birinci basamağın rahim ağzı kanser taramalarındaki etkinliğinin artması gerektiği kanaatindeyiz.

Çalışmamıza katılan pap smear yaptırmayanların gerekçe olarak sırasıyla “utanıyorum”, “gerek duymuyorum”, “bilгим yok”, “zamanım yok” yanıtını verdiler. Ashtarian ve ark. çalışmasında pap smear testinin önündeki engeller bilgi eksikliği; %44, utanma; %18, sonuçtan korkma; %13 ile en sık sebeplerdir [76]. Mcfarland ve ark. yaptığı çalışmada engeller olarak bilgi eksikliği, çalışanların olumsuz tutumu ve doktora erişim sorunu olduğunu ortaya koydular [77]. Yu ve ark. İngiltere’de 15-78 yaş arası 650 kadını dahil ettiği çalışmada en büyük engellerin utanma ve rahatsızlık hissi olduğunu saptamışlardır [78]. Çalışmamız sonuçlarında pap smear testinin önündeki engeller arasında literatürle uyumlu olarak utanma, bilgi eksikliği ön plana çıkmıştır. Ayrıca %27’lik kesimin “gerek duymuyorum” cevabının altında yatan en önemli faktörün bilgi eksikliği olması yüksek olasılıklıdır. Bu noktada hedef kitle, birinci basamak başta olmak üzere sağlık çalışanlarınca yeterli ve doğru bilgilendirme yapılarak pap smear testini önermelerinin etkin olacağı düşünülebilir.

Çalışmamızda 20-40 yaş arası grubun bilgi düzeyi en yüksek saptanmakla birlikte tüm gruplar arasında anlamlı fark mevcuttu. Kentte yaşayan katılımcıların bilgi düzeyi kırsal kesimde yaşayan katılımcılara göre istatistiksel anlamlı daha yüksek bulundu. Eğitim seviyesi ve gelir düzeyi arttıkça bilgi düzeyinin de arttığı görüldü.

Çalışan ve sosyal güvencesi olan katılımcıların bilgi düzeyleri anlamlı olarak daha yüksek saptandı.

Katılımcıların Papsmear yaptırma durumları ile sosyodemografik özellikleri incelendiğinde 41-60 yaş aralığında olan kişiler, kentte yaşayanlar pap smear yaptırma oranları anlamlı daha yüksek saptandı. Katılımcılardan okur-yazar olmayanlar ortaokul, ilkokul ve lise mezunlarına göre anlamlı daha az pap smear yaptırmaktayken, ortaokul mezunları üniversite ve okur-yazar olarak belirtenlere göre daha yüksek oranda Papsmear yaptırdıkları saptanmıştır. ($p<0,05$) Medeni hali dul olanların pap smear yaptırma oranı evli olanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir. 40 yaş üstü kadınlarda yapılan bir çalışmada 40-55 yaş arasında olanlarda, sosyal güvencesi mevcut olanlarda ve evli olanlarda pap smear yaptırma oranı anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. En yüksek yaptırma oranı ortaokul mezunlarında %60 iken onu takip eden lise mezunlarında %50 seviyesindedir [79]. Kadın sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada eğitim seviyesi yüksek olanlarda pap smear yaptırma oranı daha yüksek bulunmuştur [80]. Ülkemizde yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi düşük kadınlarda ve kırsal kesimde yaşayan kadınlarda pap smear yaptırma oranı düşük çıkmıştır [75]. Sudan’da yapılan bir çalışmada ise 30 yaş ve üzeri kadınlarda ve üniversite mezunlarında pap smear testi yaptırma oranı anlamlı yüksek sonuçlanmıştır [81]. Çalışmamızda medeni durum değişkeni dışında literatürle uyumlu sonuçlar vardı. Dul olanlar düşük düzeyde anlamlı olarak daha çok pap smear test yaptırmıştı ($p=0,049$). Bunun nedeni dahil olan katılımcıların sosyokültürel farklılıkları olarak düşünülebilir.

Çalışmamızda yakınında rahim ağzı kanseri öyküsü olan katılımcıların bilgi düzeyi ve pap smear yaptırma oranı istatistiksel anlamlı olarak da yüksek bulundu. Gücük ve ark. çalışmasında ailede jinekolojik ya da diğer kanser öyküsü bulunanlarda pap smear test yaptırma oranı daha yüksek saptanmıştır [66]. Farklı bir çalışmada ailesinde kanser öyküsü olanların kanser farkındalık eğitimlerine katılımda etken olduğu belirlenmiştir [82]. 30-65 yaş arası kadınların değerlendirildiği bir çalışmada ailede kanser öyküsü olanlardan birinci derece yakınlık ilişkisi olanların pap smear yaptırma oranı anlamlı daha yüksek saptanmıştır [83]. Çalışmamız sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir. Yakınında kanser öyküsü olanların konuyla ilgili bilgi ve farkındalıkları artmakla birlikte tarama testlerine başvurma sıklıkları artmaktadır.

Katılımcılardan rahim ağzı kanserine yakalanma korkusu olanların pap smear yaptırma oranları istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek saptandı. Akyüz ve ark. yaptığı çalışmada kendini rahim ağzı kanseri açısından riskli görenlerin %100'ü pap smear testi yaptırmıştı. Diğer gruplardan istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu [82]. Kraca ve ark. çalışmasında da kendini riskli görenlerin pap smear testi yaptırma oranı daha yüksekti [65]. Çalışmamızın sonuçları ve literatür verileri rahim ağzı kanserine yakalanma korkusu kişileri pap smear testi yaptırmaya yönelttiğini göstermektedir.

Çalışmamızda bilgi rahim ağzı kanseri bilgi kaynağı hastane ve aile sağlığı merkezi olan katılımcıların pap smear yaptırma oranı anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Ak ve arkadaşları pap smear testi hakkında bilgiyi sağlık çalışanlarından alanların teste başvuru oranı %60 olarak saptamışlardır [75]. Gücük ve ark. yaptığı çalışmada doktordan bilgi edinenlerde testi yaptırma oranı %81,1 iken, yardımcı sağlık personelinde duyanlarda bu oran %26,6 olarak belirlenmiştir. Medya ve diğer kanallardan bilgi edinenlerde ise bu oran sıfıra yakın olarak bulunmuştur [66]. Suudi popülasyonda yapılan bir çalışmada ise katılımcıların en büyük bilgi kaynağı %57,1 ile Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği iken sonrasında diğer sağlık tesisleri, medya ve arkadaş çevresi oluşturmuştur [71]. Hyacinth ve ark. tarafından yapılan çalışmada ise katılımcıların bilgi kaynağı olarak ilk sırada medya gelirken onu hastaneler takip etmekteydi. Bu çalışmada pap smear yaptırma oranı oldukça düşük (%10) saptanmıştır. Ancak çalışmanın yoksul bir ülkede yapılmış olması ayrıca göz önünde bulundurulmalıdır [84]. Buna karşın medyanın kanser taramalarındaki farkındalığı arttıran etkisini belirten yazarlarda mevcuttur [85], [86]. Çalışmamız ve literatür değerlendirildiğinde görsel-işitsel araçların pap smear testi ve diğer kanser taramalarında halkın bilgilendirilmesi ve farkındalığının artırılmasında etkisi yadsınamaz. Ancak bu süreç içerisinde pap smear test oranlarının artması için hekimlerin kişilere birebir bilgi verme ve yönlendirmesinin en etkin aşama olduğunu düşünmekteyiz.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

2018 yılında, serviks kanseri dünya çapında tahmini 570.000 yeni kanser vakası ve 311.000 ölümden sorumluydu ve kadınlarda en yaygın dördüncü kanserdi. Bununla birlikte, rahim ağzı kanseri tarama ve önleme programlarına erişimi olmayan ülkelerde, rahim ağzı kanseri, kanser morbiditesi ve mortalitesinin önemli bir nedeni olmaya devam etmektedir.

Çalışmamızda kadınların bilgi düzeyleri yetersiz iken pap smear yaptırma oranları birçok çalışmanın aksine yüz güldürücü seviyedeydi. Ancak kırsal kesimde yaşayan, eğitim düzeyi düşük olan ve çalışmayan kadınların pap smear testi yaptırma oranları daha düşüktü. Taramalar planlanırken bu kesim ön planda tutularak ilgili tüm kadınlar hedef kitle olarak belirlenmelidir.

Pap smear testinin engellerini ortadan kaldırmak adına toplumun konu hakkındaki bilgi düzeyini arttırmak için çalışmalar yapılmalıdır. Bu amaçla görsel-işitsel medya araçları kullanılabilir. Ancak bu aşamalarda en etkin basamağın hekim yönlendirmesi olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Özellikle birinci basamak sağlık merkezlerinde toplumu bilgilendirici çalışmalar hekimlerin koordinatörlüğünde yapılmalıdır.

Hastane, ASM ve TSM gibi merkezlerde Pap smear testi sırasında kadınların rahat olabileceği, konforlu alanlar oluşturulmalı, “utanma” hissinin testin önündeki engel ihtimali en aza indirilmeye çalışılmalıdır.

Pap smear test yapılan yer olarak ilk sırada kadın hastalıkları ve doğum polikliniği gelirken Aile Sağlığı Merkezleri onu takip etmekteydi. Birinci basamağın koruyucu sağlık hizmetleri rolü gereği rahim ağzı kanser taramalarındaki payının artırılması için çalışmalar yürütülebilir. Bu hem ikinci ve üçüncü basamak tesislerde yoğunluğu azaltacak hem de taranan kişi sayısına olumlu etki yapacağı düşünülebilir.

KAYNAKLAR

- [1] American Cancer Society, "Cancer Facts & Figures 2016," *Cancer Facts Fig. 2016*, 2016, doi: 10.1097/01.NNR.0000289503.22414.79.
- [2] O. W. Brawley, "Avoidable cancer deaths globally," *CA. Cancer J. Clin.*, vol. 61, no. 2, pp. 67–68, Mar. 2011, doi: 10.3322/caac.20108.
- [3] WHO, "Globocan 2018 - Home," *Globocan 2018*. 2018.
- [4] M. Türkyılmaz, E. B. Deniz, A. K. Ergin, A. Sevinç, S. Tütüncü, and E. Seymen, "Türkiye kanser istatistikleri 2016," 2019.
- [5] S. McGuire, "World Cancer Report 2014. Geneva, Switzerland: World Health Organization, International Agency for Research on Cancer, WHO Press, 2015," *Adv. Nutr.*, vol. 7, no. 2, pp. 418–419, 2016, doi: 10.3945/an.116.012211.
- [6] F. Bray, J. Ferlay, I. Soerjomataram, R. L. Siegel, L. A. Torre, and A. Jemal, "Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries.," *CA. Cancer J. Clin.*, vol. 68, no. 6, pp. 394–424, Nov. 2018, doi: 10.3322/caac.21492.
- [7] E. Kurtoglu and A. A. Gürz, "Serviks Kanseri Epidemiyolojisi," *Turkiye Klin. Jinekoloji Obstet.*, vol. 7, no. 4, 2014.
- [8] L. G. Koss, "Cervical (Pap) Smear New Directions," pp. 1406–1412.
- [9] G. Van Krieking, X. Castellsagué, D. Cibula, and N. Demarteau, "Estimation of the potential overall impact of human papillomavirus vaccination on cervical cancer cases and deaths.," *Vaccine*, vol. 32, no. 6, pp. 733–739, Feb. 2014, doi: 10.1016/j.vaccine.2013.11.049.
- [10] A. Ferenczy, "Anatomy and Histology of the Cervix," in *Pathology of the Female Genital Tract*, Springer New York, 1977, pp. 102–123.
- [11] D. R. Anatomy, "Serviksin 3-Boyutlu Radyolojik Anatomisi," vol. 27, no. Ek 1, pp. 55–61, 2012.
- [12] Larsen's HUMAN EMBRYOLOGY, *Larsen's Human Embryology E-Book - Gary C. Schoenwolf, Steven B. Bleyl, Philip R. Brauer, Philippa H. Francis-West*. 2003.
- [13] M. H. Ross, (*Michael H. Ross, Wojciech Pawlina Histoloji Konu Anlatımı ve Atlası*. .
- [14] P. Autier, M. Coibion, F. Huet, and A. R. Grivegne, "Transformation zone location and intraepithelial neoplasia of the cervix uteri.," *Br. J. Cancer*, vol. 74, no. 3, pp. 488–490, Aug. 1996, doi: 10.1038/bjc.1996.388.
- [15] K. Y. Look *et al.*, "An analysis of cell type in patients with surgically staged stage IB carcinoma of the cervix: a Gynecologic Oncology Group study.," *Gynecol. Oncol.*, vol. 63, no. 3, pp. 304–311, Dec. 1996, doi: 10.1006/gyno.1996.0327.
- [16] L. E. Manhart *et al.*, "Human papillomavirus infection among sexually active young women in the United States: Implications for developing a vaccination strategy.," *Sex. Transm. Dis.*, vol. 33, no. 8, pp. 502–508, Aug. 2006, doi: 10.1097/01.olq.0000204545.89516.0a.

- [17] M. Plummer, M. Schiffman, P. E. Castle, D. Maucort-Boulch, and C. M. Wheeler, "A 2-year prospective study of human papillomavirus persistence among women with a cytological diagnosis of atypical squamous cells of undetermined significance or low-grade squamous intraepithelial lesion.," *J. Infect. Dis.*, vol. 195, no. 11, pp. 1582–1589, Jun. 2007, doi: 10.1086/516784.
- [18] P. E. Castle *et al.*, "Age-appropriate use of human papillomavirus vaccines in the U.S.," *Gynecol. Oncol.*, vol. 114, no. 2, pp. 365–369, Aug. 2009, doi: 10.1016/j.ygyno.2009.04.035.
- [19] "Comparison of risk factors for invasive squamous cell carcinoma and adenocarcinoma of the cervix: collaborative reanalysis of individual data on 8,097 women with squamous cell carcinoma and 1,374 women with adenocarcinoma from 12 epidemiological studies.," *Int. J. cancer*, vol. 120, no. 4, pp. 885–891, Feb. 2007, doi: 10.1002/ijc.22357.
- [20] S. de Sanjosé *et al.*, "Human papillomavirus (HPV) and related cancers in the Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI) countries. A WHO/ICO HPV Information Centre Report.," *Vaccine*, vol. 30 Suppl 4, no. November, 2012, doi: 10.1016/S0264-410X(12)01435-1.
- [21] G. Mohanty and S. N. Ghosh, "Risk factors for cancer of cervix, status of screening and methods for its detection," *Archives of Gynecology and Obstetrics*, vol. 291, no. 2. Springer Verlag, pp. 247–249, 2015, doi: 10.1007/s00404-014-3492-1.
- [22] K. Hemminki and B. Chen, "Familial risks for cervical tumors in full and half siblings: etiologic apportioning.," *Cancer Epidemiol. biomarkers Prev. a Publ. Am. Assoc. Cancer Res. cosponsored by Am. Soc. Prev. Oncol.*, vol. 15, no. 7, pp. 1413–1414, Jul. 2006, doi: 10.1158/1055-9965.EPI-05-0933.
- [23] P. Appleby *et al.*, "Cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data for 16,573 women with cervical cancer and 35,509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies.," *Lancet (London, England)*, vol. 370, no. 9599, pp. 1609–1621, Nov. 2007, doi: 10.1016/S0140-6736(07)61684-5.
- [24] L. A. BRINTON *et al.*, "PARITY AS A RISK FACTOR FOR CERVICAL CANCER," *Am. J. Epidemiol.*, vol. 130, no. 3, pp. 486–496, Sep. 1989, doi: 10.1093/oxfordjournals.aje.a115362.
- [25] ACCP, "Cervical Cancer Prevention FACT SHEET Risk Factors for Cervical Cancer : Evidence to Date," *J. Natl. Cancer Inst.*, no. May, pp. 1–2, 2004.
- [26] World Health Organization, "World Health Organization. (2011). Closing the gap: policy into practice on social determinants of health (p. 56).Closing the gap: policy into practice on social determinants of health," p. 56, 2011.
- [27] P. A. Dugué, M. Rebolj, J. Hallas, P. Garred, and E. Lynge, "Risk of cervical cancer in women with autoimmune diseases, in relation with their use of immunosuppressants and screening: Population-based cohort study," *Int. J. Cancer*, vol. 136, no. 6, pp. E711–E719, 2015, doi: 10.1002/ijc.29209.
- [28] P. A. Dugué, M. Rebolj, P. Garred, and E. Lynge, "Immunosuppression and risk of cervical cancer," *Expert Rev. Anticancer Ther.*, vol. 13, no. 1, pp. 29–42, 2013, doi: 10.1586/era.12.159.
- [29] R. L. Siegel, K. D. Miller, and A. Jemal, "Cancer statistics, 2020.," *CA. Cancer J. Clin.*, vol. 70, no. 1, pp. 7–30, Jan. 2020, doi: 10.3322/caac.21590.
- [30] P. Aggarwal and A. Ben Amor, "Cervical Ectropion.," Treasure Island (FL), 2020.
- [31] H. Kerner and C. Lichtig, "Müllerian adenosarcoma presenting as cervical polyps: a report of

seven cases and review of the literature.,” *Obstet. Gynecol.*, vol. 81, no. 5 (Pt 1), pp. 655–659, May 1993.

- [32] P. M. Baker, P. B. Clement, D. A. Bell, and R. H. Young, “Superficial endometriosis of the uterine cervix: a report of 20 cases of a process that may be confused with endocervical glandular dysplasia or adenocarcinoma in situ.,” *Int. J. Gynecol. Pathol. Off. J. Int. Soc. Gynecol. Pathol.*, vol. 18, no. 3, pp. 198–205, Jul. 1999.
- [33] T. Kurita, A. A. Mills, and G. R. Cunha, “Roles of p63 in the diethylstilbestrol-induced cervicovaginal adenosis.,” *Development*, vol. 131, no. 7, pp. 1639–1649, Apr. 2004, doi: 10.1242/dev.01038.
- [34] H. L. Kazal and J. P. Long, “Squamous cell papillomas of the uterine cervix. Report of 20 cases,” *Obstet. Gynecol. Surv.*, vol. 14, no. 2, pp. 257–262, 1959, doi: 10.1097/00006254-195904000-00036.
- [35] D. D. Baird, D. B. Dunson, M. C. Hill, D. Cousins, and J. M. Schectman, “High cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: ultrasound evidence.,” *Am. J. Obstet. Gynecol.*, vol. 188, no. 1, pp. 100–107, Jan. 2003, doi: 10.1067/mob.2003.99.
- [36] K. E. Rogstad, C. A. Dixon, and I. H. Ahmed, “The management of subclinical wart virus infection of the cervix in a genitourinary clinic.,” *Genitourin. Med.*, vol. 68, no. 5, pp. 307–308, Oct. 1992, doi: 10.1136/sti.68.5.307.
- [37] G. P. Schmid, “Approach to the patient with genital ulcer disease.,” *Med. Clin. North Am.*, vol. 74, no. 6, pp. 1559–1572, Nov. 1990, doi: 10.1016/s0025-7125(16)30495-3.
- [38] F. J. Montz, “Management of high-grade cervical intraepithelial neoplasia and low-grade squamous intraepithelial lesion and potential complications.,” *Clin. Obstet. Gynecol.*, vol. 43, no. 2, pp. 394–409, Jun. 2000, doi: 10.1097/00003081-200006000-00018.
- [39] A. G. Waxman, D. Chelmow, T. M. Darragh, H. Lawson, and A.-B. Moscicki, “Revised terminology for cervical histopathology and its implications for management of high-grade squamous intraepithelial lesions of the cervix.,” *Obstetrics and gynecology*, vol. 120, no. 6, pp. 1465–1471, Dec. 2012, doi: 10.1097/aog.0b013e31827001d5.
- [40] A. Moscicki *et al.*, “Regression of low-grade squamous intra-epithelial lesions in young women,” vol. 364, 2004.
- [41] B. Woodend and H. Elliott, “Cytological changes preceding cervical cancer,” pp. 278–279, 1994.
- [42] J. K. Chan *et al.*, “HPV infection and number of lifetime sexual partners are strong predictors for ‘natural’ regression of CIN 2 and 3.,” *Br. J. Cancer*, vol. 89, no. 6, pp. 1062–1066, Sep. 2003, doi: 10.1038/sj.bjc.6601196.
- [43] B. S. Apgar, L. Zoschnick, and T. C. J. Wright, “The 2001 Bethesda System terminology.,” *Am. Fam. Physician*, vol. 68, no. 10, pp. 1992–1998, Nov. 2003.
- [44] D. Solomon *et al.*, “The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology.,” *JAMA*, vol. 287, no. 16, pp. 2114–2119, Apr. 2002, doi: 10.1001/jama.287.16.2114.
- [45] C. Marth, F. Landoni, S. Mahner, M. McCormack, A. Gonzalez-Martin, and N. Colombo, “Cervical cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up.,” *Ann. Oncol. Off. J. Eur. Soc. Med. Oncol.*, vol. 28, no. suppl_4, pp. iv72–iv83, Jul. 2017, doi: 10.1093/annonc/mdx220.

- [46] E. E. Partridge *et al.*, “Cervical cancer screening.,” *J. Natl. Compr. Canc. Netw.*, vol. 8, no. 12, pp. 1358–1386, Dec. 2010, doi: 10.6004/jnccn.2010.0103.
- [47] H. S. Cronjé, B. F. Cooreman, E. Beyer, R. H. Bam, B. D. Middlecote, and P. D. Divall, “Screening for cervical neoplasia in a developing country utilizing cytology, cervicography and the acetic acid test.,” *Int. J. Gynaecol. Obstet. Off. organ Int. Fed. Gynaecol. Obstet.*, vol. 72, no. 2, pp. 151–157, Feb. 2001, doi: 10.1016/s0020-7292(00)00382-9.
- [48] M. Ottaviano and P. La Torre, “Examination of the cervix with the naked eye using acetic acid test.,” *Am. J. Obstet. Gynecol.*, vol. 143, no. 2, pp. 139–142, May 1982, doi: 10.1016/0002-9378(82)90642-1.
- [49] M. Schiffman *et al.*, “HPV DNA testing in cervical cancer screening: results from women in a high-risk province of Costa Rica.,” *JAMA*, vol. 283, no. 1, pp. 87–93, Jan. 2000, doi: 10.1001/jama.283.1.87.
- [50] M. F. Mitchell, D. Schottenfeld, G. Tortolero-Luna, S. B. Cantor, and R. Richards-Kortum, “Colposcopy for the diagnosis of squamous intraepithelial lesions: a meta-analysis.,” *Obstet. Gynecol.*, vol. 91, no. 4, pp. 626–631, Apr. 1998, doi: 10.1016/s0029-7844(98)00006-4.
- [51] D. Saslow *et al.*, “American Cancer Society guideline for the early detection of cervical neoplasia and cancer.,” *CA. Cancer J. Clin.*, vol. 52, no. 6, pp. 342–362, 2002, doi: 10.3322/canjclin.52.6.342.
- [52] “ACOG practice bulletin. Cervical Cytology screening. Number 45, August 2003.,” *Int. J. Gynaecol. Obstet. Off. organ Int. Fed. Gynaecol. Obstet.*, vol. 83, no. 2, pp. 237–247, Nov. 2003, doi: 10.1016/s0020-7292(03)00412-0.
- [53] J. Coste *et al.*, “Cross sectional study of conventional cervical smear, monolayer cytology, and human papillomavirus DNA testing for cervical cancer screening.,” *BMJ*, vol. 326, no. 7392, p. 733, Apr. 2003, doi: 10.1136/bmj.326.7392.733.
- [54] H. C. Kitchener, K. Denton, K. Soldan, and E. J. Crosbie, “Developing role of HPV in cervical cancer prevention.,” *BMJ*, vol. 347, p. f4781, Aug. 2013, doi: 10.1136/bmj.f4781.
- [55] C. L. Trimble *et al.*, “Safety, efficacy, and immunogenicity of VGX-3100, a therapeutic synthetic DNA vaccine targeting human papillomavirus 16 and 18 E6 and E7 proteins for cervical intraepithelial neoplasia 2/3: a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 2b trial.,” *Lancet (London, England)*, vol. 386, no. 10008, pp. 2078–2088, Nov. 2015, doi: 10.1016/S0140-6736(15)00239-1.
- [56] “FDA, Gardasil 9’un 27 ila 45 yaş arasındaki bireyleri de içerecek şekilde genişletilmiş kullanımını onayladı | FDA.” <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-expanded-use-gardasil-9-include-individuals-27-through-45-years-old> (accessed Jan. 06, 2021).
- [57] E. L. Franco, J. Cuzick, A. Hildesheim, and S. de Sanjosé, “Chapter 20: Issues in planning cervical cancer screening in the era of HPV vaccination.,” *Vaccine*, vol. 24 Suppl 3, p. S3/171-7, Aug. 2006, doi: 10.1016/j.vaccine.2006.05.061.
- [58] M. Schiffman and P. E. Castle, “The promise of global cervical-cancer prevention.,” *N. Engl. J. Med.*, vol. 353, no. 20, pp. 2101–2104, Nov. 2005, doi: 10.1056/NEJMp058171.
- [59] E. Nolte, “Disease Prevention,” H. K. (Kris) B. T.-I. E. of P. H. Heggenhougen, Ed. Oxford: Academic Press, 2008, pp. 222–234.
- [60] S. Ejder Apay, E. Nazik, F. Özdemir, and T. Pasinlioğlu, “KADINLARIN AİLE

PLANLAMASINA İLİŞKİN TUTUMLARININ BELİRLENMESİ,” *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim. Derg.*, vol. 13, pp. 1–7, 2011.

- [61] S. Timur and M. Bekar, “KADINLARIN AİLE PLANLAMASI YÖNTEMİ KULLANMA DURUMU İLE ÖZ-BAKIM GÜCÜ ARASINDAKİ İLİŞKİ,” *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, vol. 9, Atatürk University, pp. 36–44, 2010.
- [62] F. Gözükkara, F. Kabalcıoğlu, and F. Ersin, “Şanlıurfa İlinde Kadınların Aile Planlamasına İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi,” vol. 12, Harran University, pp. 9–15, 2015.
- [63] E. O. Çalıkoglu, E. Bilge Yerli, D. Kavuncuoğlu, S. Yılmaz, Z. Koşan, and A. Aras, “Use of Family Planning Methods and Influencing Factors Among Women in Erzurum,” *Med. Sci. Monit.*, vol. 24, pp. 5027–5034, Jul. 2018, doi: 10.12659/MSM.908388.
- [64] TNSA, “Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması,” 2018.
- [65] M. Karaca, Y. Palancı, and S. R. Aksu, “How Common Is Pap Smear Test Known and Performed,” “*Pap Smear*” *Ne Kadar Biliniyor, Ne Kadar Uygulanıyor?*, vol. 18, no. 1, pp. 22–28.
- [66] S. Gücük, S. Alkan, S. Arıca, and A. Ateş, “Van ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi polikliniğine başvuranların pap smear konusundaki bilgilerinin değerlendirilmesi,” 2011.
- [67] P. KILIÇSOKAN and N. İLHAN, “BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN KADINLARIN PAP SMEAR TESTİ YAPTIRMA DURUMLARI İLE SERVİKS KANSERİNE VE PAP SMEAR TESTİNE YÖNELİK SAĞLIK İNANÇLARI,” *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Derg.*, vol. 17, no. 2, pp. 323–327.
- [68] F. M. Al Meer, M. T. Aseel, J. Al Khalaf, M. G. Al Kuwari, and M. F. S. Ismail, “Knowledge, attitude and practices regarding cervical cancer and screening among women visiting primary health care in Qatar,” *EMHJ-Eastern Mediterr. Heal. Journal*, 17 (11), 855–861, 2011, 2011.
- [69] J. Shrestha, R. Saha, and N. Tripathi, “Knowledge, attitude and practice regarding cervical cancer screening amongst women visiting tertiary centre in Kathmandu, Nepal,” *Nepal J. Med. Sci.*, vol. 2, no. 2, pp. 85–90, 2013.
- [70] F. I. Adıgüzel *et al.*, “Doğu Akdeniz bölgesinde bir 3. basamak referans merkezinin kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran hastalarda HPV aşısı farkındalığı ve kabul edilebilirliği,” *Bakırköy Tıp Derg.*, vol. 12, no. 3, pp. 136–139, 2016.
- [71] H. Al Khudairi, A. Abu-Zaid, O. Alomar, and H. Salem, “Public awareness and knowledge of pap smear as a screening test for cervical cancer among Saudi population in Riyadh City,” *Cureus*, vol. 9, no. 1, 2017.
- [72] E. Gümüş Öncel, “Aile hekimliği polikliniğine başvuran 21 yaş ve üstü kadınların serviks kanseri taraması konusundaki bilgi ve tutumlarının araştırılması,” 2016.
- [73] L. A. V. Marlow, J. Wardle, and J. Waller, “Understanding cervical screening non-attendance among ethnic minority women in England,” *Br. J. Cancer*, vol. 113, no. 5, pp. 833–839, 2015, doi: 10.1038/bjc.2015.248.
- [74] U. A. Emirates, “The knowledge, attitude and practice of pap smear among local school teachers in Sharjah district,” *Middle East J Fam Med*, vol. 4, pp. 10–18, 2004.
- [75] A. M., “Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Papsmear Testinin Farkındalığının Değerlendirilmesi,” *Konuralp Medical Journal*, vol. 2, Düzce University, pp. 1–4, 2010.

- [76] H. Ashtarian PhD, E. Mirzabeigi Bs, E. Mahmoodi Bs, and M. Khezeli PhD, "Knowledge about Cervical Cancer and Pap Smear and the Factors Influencing the Pap test Screening among Women," *Int. J. community based Nurs. midwifery*, vol. 5, no. 2, pp. 188–195, Apr. 2017.
- [77] D. M. McFarland, "Cervical cancer and Pap smear screening in Botswana: knowledge and perceptions," *Int. Nurs. Rev.*, vol. 50, no. 3, pp. 167–175, 2003.
- [78] C. K. Yu and J. Rymer, "Women's attitudes to and awareness of smear testing and cervical cancer," *Br. J. Fam. Plann.*, vol. 23, no. 4, pp. 127–133, 1998.
- [79] N. Büyükkayac. Duman, D. Yüks. KoçAK, S. A. AlBAYrAK, Ş. ToPUz, and G. YılMAzel, "Kırk yaş üstü kadınların meme ve serviks kanseri taramalarına yönelik bilgi ve uygulamaları," *GOP Tak. EAH JAREN*, vol. 1, no. 1, pp. 30–38, 2015.
- [80] G. Pinar, Şenay Topuz, Ş. An, N. Doğan, N. Kaya, and L. Algier, "Başkent üniversitesi ankara hastanesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran kadınların HPV aşısı ve serviks kanseri ile ilgili bilgi düzeyleri," *Türk Jinekolojik Onkol. Derg.*, vol. 13, pp. 11–18, Jan. 2010.
- [81] A. O. Almobarak, A. A. Elbadawi, W. M. Elmadhoun, M. H. Elhoweris, and M. H. Ahmed, "Knowledge, attitudes and practices of sudanese women regarding the Pap smear test and cervical cancer," 2016.
- [82] A. Akyüz, G. Güvenç, T. Yavan, A. Çetintürk, and G. Kök, "Evaluation of the Pap smear test status of women and of the factors affecting this status," *Gülhane Tıp Derg.*, vol. 48, no. 1, p. 25, 2006.
- [83] Y. Ghandoura, "Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 30-65 Yaş Arası Kadınlarda Serviks Kanseri Farkındalığının Değerlendirilmesi," 2020.
- [84] H. I. Hyacinth, O. A. Adekeye, J. N. Ibeh, and T. Osoba, "Cervical cancer and pap smear awareness and utilization of pap smear test among Federal civil servants in North Central Nigeria," *PLoS One*, vol. 7, no. 10, p. e46583, 2012.
- [85] S. R, "Health communication: from theory to practice.," San Francisco: Jossey-Bass., 2007.
- [86] B. MD, "Selected planning frameworks, social science theories, and models of change. making health communication programs work.," 2008.