



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
21 YAŞ VE ÜSTÜ KADINLARIN SERVİKS KANSERİ
TARAMASI KONUSUNDAKİ BİLGİ VE
TUTUMLARININ ARAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Emel GÜMÜŞ ÖNCEL

Antalya, 2016



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
21 YAŞ VE ÜSTÜ KADINLARIN SERVİKS KANSERİ
TARAMASI KONUSUNDAKİ BİLGİ VE
TUTUMLARININ ARAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Emel GÜMÜŞ ÖNCEL

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Melahat AKDENİZ

“Kaynak gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

Antalya, 2016

TEŞEKKÜR

“Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 21 Yaş Ve Üstü Kadınların Serviks Kanseri Taraması Konusundaki Bilgi Ve Tutumlarının Araştırılması” konusunu öneren, araştırmayı yöneten ve çalışmalarında yardımlarını esirgemeyen tez danışmanım sayın hocam **Doç. Dr. Melahat AKDENİZ**'e, uzmanlık eğitimim her aşamasında gösterdiği destek ve yardımlarından dolayı sayın hocam **Prof. Dr. Hakan YAMAN**'a; rotasyon yaptığım anabilim dallarındaki hocalarıma ve çalışma arkadaşlarıma; çalışmalarında benden yardımlarını esirgemeyen değerli araştırma görevlisi arkadaşlarıma çok teşekkür ediyorum,

Ayrıca her konuda, her zaman destekçim olan sevgili annem Aysun GÜMÜŞ, babam Mustafa GÜMÜŞ ve kardeşim Ayşegül GÜMÜŞ BAŐKAYA'ya,

Desteğini ve ilgisini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili eşim Can Ramazan ÖNCEL'e çok teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	v
Şekiller Dizini	vi
Çizelgeler Dizini	vii
1. GİRİŞ ve AMAÇLAR	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Serviksin Anatomisi	4
2.2. Serviks Kanseri İçin Risk Faktörleri	4
2.3. Taramanın Önemi	8
2.4. Servikal Lezyonların Tanısı	8
2.4.1. Servikal sitoloji	8
2.4.2. Pap smear testinin yapılması	9
2.4.3. Serviks kanseri için primer HPV taraması	10
2.4.4. Bethesda sistemi 2014	11
2.4.5. Kolposkopi	20
2.4.6. Ektoservikal biyopsi	20
2.4.7. Endoservikal küretaj	21
2.5. Servikal İntraepitelyal Neoplazi (CIN)	21
2.5.1. CIN 1 yönetimi	22
2.5.2. CIN 2, 3 yönetimi	23
2.5.3. Servikal intraepitelyal lezyon tedavi yöntemleri	24
2.6. Tarama ve Korunma	26
2.7. USPSTF'in Serviks Kanseri Taraması İçin Önerileri	28
2.8. Türkiye'de Serviks Kanseri Taraması Ulusal Standartları	29
3. MATERYAL ve YÖNTEM	30
3.1. Çalışma Grubunun Oluşturulması ve Veri Toplama	30
3.2. İstatistiksel Analiz	31

4. BULGULAR	32
4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri	32
4.2. Katılımcıların Birinci ve İkinci Derece Akrabalarında Kansere Varlığı	35
4.3. Katılımcıların Erken Tanı Amacıyla Yapılan Kansere Tarama Testleri Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Tutumları	36
4.4. Katılımcıların Serviks Kansere Taraması (Smear) Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Tutumları	37
5. TARTIŞMA	42
6. SONUÇLAR	54
7. ÖZET	56
8. ABSTRACT	58
9. KAYNAKLAR	60
10. EKLER	68
Ek 1. “Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 21 Yaş Ve Üstü Kadınların Serviks Kansere Taraması Konusundaki Bilgi Ve Tutumlarının Araştırılması” Anketi Formu	68

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACP	Amerikan Hekimler Koleji
ACIP	Amerikan Aşı ve Uygulamaları Öneri Komitesi
ACOG	Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Derneği
AGC	Atipik Glandüler Hücreler
ASC	Atipik Skuamöz Hücreler
ASCP	Amerikan Sitopatoloji Derneği
ASC-H	HSIL Dışlanamayan Atipik Skuamöz Hücreler
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
ASCCP	Amerikan Kolposkopi ve Servikal Patoloji Derneği
CIN	Servikal İntraepitelyal Neoplazi
ASC-US	Önemi Belirlenemeyen Atipik Skuamöz Hücreler
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ECC	Endoservikal Küretaj
FDA	Amerika Gıda ve İlaç Dairesi
HIV	Human İmmün Yetmezlik Virüsü
HPV	Human Papilloma Virüs
HSIL	Yüksek Dereceli Skuamöz İntraepitelyal Lezyonlar
KETEM	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
KOK	Kombine Oral Kontraseptif
LAST	Alt Anogenital Skuamöz Terminolojisi
LEEP	Loop Elektrocerrahi Eksizyon Prosedürü
LSIL	Düşük Dereceli Skuamöz İntraepitelyal Lezyonlar
SCJ	Skuamokolumnar Bileşke
TSM	Toplum Sağlığı Merkezi
USPSTF	Amerika Birleşik Devletleri Önleyici Hizmetler Görev Gücü

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Sekil</u>	<u>Sayfa</u>
2.1. Konvansiyonel pap testte ASC-US görünümü	13
2.2. Sitoloji sonucu önemi belirsiz atipik skuamöz hücreli (ASC-US) olarak gelen kadınların yönetim algoritması	14
2.3. Sıvı bazlı sitolojide LSIL görünümü	16
2.4. Sitolojide düşük dereceli skuamöz intraepitelyal lezyon (LSIL) olan kadınların yönetim algoritması	17
2.5. Sıvı bazlı sitolojide HSIL görünümü	18
2.6. Sitolojisi yüksek dereceli skuamöz intraepitelyal lezyon (HSIL) olan kadınların yönetim algoritması	19
2.7. Sitolojisi atipik glanduler hücreler (AGC) olan kadınlarda başlangıç yönetim algoritması	20
4.1. Doğum yapan katılımcıların doğum sayısına göre dağılımı	33
4.2. Katılımcıların cinsel aktiviteye başlama yaşına göre dağılımı	33
4.3. Katılımcıların smear testi hakkında bilgi sahibi olma yolları	37
4.4. Katılımcıların smear testi hakkında daha fazla bilgi sahibi olmak istedikleri yollar	38
4.5. Katılımcıların smear testi yaptıрма önerisini aldığı kaynakların dağılımı	39
4.6. Smear testi hakkında bilgisi olduğu halde testi yaptırmayan katılımcıların yaptırmama nedenleri	40

ÇİZELGELER DİZİNİ

<u>Cizelge</u>	<u>Sayfa</u>
2.1. Bethesta sistemi 2014 bileşenleri	12
2.2. Kurumların serviks kanseri tarama önerileri	27
2.3. USPSTF'in öneri derecelerinin tanımlanması	28
4.1. Katılımcıların sosyo-demografik verileri	32
4.2. Katılımcıların mesleklere göre dağılımı	35
4.3. Katılımcıların hangi kanser türleri için erken tanı amacıyla tarama testi yapıyor sorusuna verdiği cevaplar	36
4.4. Smear testi hakkında bilgisi olduğu halde testi yaptırmayan katılımcıların yaptırmama nedenleri	40
5.1. Eğitim düzeyine göre smear testi hakkında bilgi sahibi olma oranları	43
5.2. Meslek gruplarına göre smear testi hakkında bilgi sahibi olma oranları	44
5.3. Gelir grubu dağılımına göre smear testi hakkında bilgi sahibi olma oranları	44
5.4. Medeni durumuna göre smear testi hakkında bilgi sahibi olma oranlarını	45
5.5. Doğum sayısına göre smear yaptırma oranları	46
5.6. Aile planlaması yöntemi kullanan kadınlarda smear testi hakkında bilgi sahibi olma oranları	46
5.7. Eğitim düzeyine göre smear testi yaptırma oranları	47
5.8. Meslek gruplarına göre smear testi yaptırma oranları	48
5.9. Sağlık çalışanlarının smear testi yaptırma oranları	49
5.10. Gelir gruplarına göre smear testi yaptırma oranları	49
5.11. Kanser olma korkusu olan ve olmayanlar ile smear testi yaptırma oranları	50
5.12. Medeni duruma göre smear testi yaptırma oranları	51

1. GİRİŞ VE AMAÇLAR

Serviks kanseri tüm dünyadaki kadınlarda görülen kanserler arasında dördüncü sıradadır. Tüm kanserler arasında ise yedinci sıklıkta görülmektedir. Dünya sağlık örgütü 2012 verilerine göre her yıl ortalama 527 624 yeni serviks kanseri olgusu gelişmektedir ve 265 672 ölüm meydana gelmektedir. Bu tüm kadın kanserlerinden ölüme %7.5'ini oluşturmaktadır. Yeni serviks kanseri olgularının %12'si ve ölümlerin yaklaşık %87'si az gelişmiş ülkelerde görülmektedir. Projeksiyonlar 2025 yılında 719 385 yeni serviks kanseri olgusunun ortaya çıkacağını ve bu olguların 668 120'sinin gelişmekte olan ülkelerde, 81 868'inin gelişmiş ülkelerde görüleceğini öngörmektedir. Bu farklılığın nedeni gelişmiş ülkelerde serviks kanseri taramasının kurumsallaşmış olmasına bağlanmaktadır (1).

Serviks kanseri ABD'de kanserden ölüm nedenleri içinde önde gelmekteydi. Ancak, son 40 yıl içinde, serviks kanseri olgularının sayısı ve kanserinden ölümlerin sayısı önemli ölçüde azalmıştır. Bu azalış kadınların düzenli pap smear testi yaptırmasının sonucu prekanseröz lezyonun serviks kanserine dönüşmeden tespit edilmesiyle meydana gelmiştir (2).

ABD'de 2012 yılında 12 042 yeni servikal kanser tanısı konmuş; 4074 kadın serviks kanser nedeniyle ölmüştür (3). Serviks kanseri Doğu ve Orta Afrika'da da en sık görülen kanserdir (1).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Daire Başkanlığı 2003 yılında 8 il çalışması yürütmüştür. Çalışmada yer alan iller Antalya, Ankara, Edirne, Erzurum, Eskişehir, İzmir, Samsun ve Trabzon'dur. Türkiye nüfusunun %19.71 bu illerde bulunmaktadır. Bu illerde Türkiye'deki kanserlerin %36.82'si görülmektedir. Bundan dolayı bu iller toplam Türkiye verilerini temsil etme niteliğindedir. Bu çalışmaya göre serviks kanserinin tüm kadın kanserleri içerisindeki insidansı yüz binde 4.7'dir (4, 5).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik Yıllığı 2014 verilerine göre Türkiye'de serviks kanseri 2010 yılında kadınlarda en sık görülen kanser türleri içerisinde insidansı yüz binde 4 ile onuncu sırada yer almaktadır. Bu

veriler Türkiye'deki serviks kanseri görülme sıklığının gelişmiş ve ulusal tarama programı olan birçok dünya ülkesinin altında olduğunu göstermektedir (4, 6).

Serviks kanseri için taramanın etkinliği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Peirson ve arkadaşlarının yaptığı bir derleme ve metaanalizde serviks kanseri taramasının yararlı olduğu, invazif servikal kanser insidansını ve mortalitesini azalttığı bulunmuştur (7).

Birinci basamakta klinik erken tanı çabaları kanserlerin erken tanısı için klinik öneme sahiptir. Tüm dünyada kadınların %90'ından fazlasının sağlık hizmeti aldığı sağlık kurumu birinci basamak sağlık kurumlarıdır (8, 9). Son yıllarda artan ilgi ve bu konuya yapılan vurgulara rağmen serviks kanseri taraması yaptıran kadınların oranı düşüktür. Kadınların serviks kanseri taraması konusunda yeterli bilgisi yoktur ve jinekolojik muayeneden çekinmektedirler (9).

Ünalan ve arkadaşlarının yaptığı kadın doğum polikliniğine başvuran hastaların pap smear konusundaki bilgileri ve sonuçları araştırmasında 100 katılımcıdan %48'i smear testini ilk defa yaptırırken %32'sinin yıllık düzenli olarak yaptırdığı görülmüştür. Testin hem adını hem amacını bilenler %49.5 olarak bulunmuştur. Katılımcıların bu testi neden yaptıkları sorulunca %73'ü doktor istediği için yaptıklarını belirtmişlerdir. Onsekiz kadının ise kendilerinden pap smear testi istenmesine rağmen testin adını ve amacını bilmemesi, Türkiye'de bilgi durumunun düşük olduğunu, testin adının ve ne işe yaradığını az bilindiğini göstermektedir (10).

Akyüz ve arkadaşlarının kadınların pap smear yaptırma durumları ile bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik araştırması 265 kadın üzerinde yapılmıştır. Kadınların 136'sının (%51.3) daha önce pap smear testi yaptırdığı, 129'unun (%48.7) yaptırmadığı görülmüştür. Pap smear yaptırma oranlarının yaşla, evlilik süresiyle, doğum sayısı ile, pap smear hakkındaki bilgi düzeyleriyle ve serviks kanseriyle ilgili risk algılamalarıyla arttığı görülmüştür (11).

Biz bu çalışmada Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine başvuran 21 yaş ve üstündeki kadınlarda serviks kanseri tarama testi konusunda bilgi, tutum ve çekinceleri öğrenmek, kadınlarda taramayı artırmak için neler yapılabileceğini belirlemek istedik. Elde edilen bulgularla, kadınların serviks kanseri için risk altında olma durumu, serviks kanseri taraması yaptırma konusundaki tutumları ve

tarama yaptırmaya engel durumların belirlenmesi, serviks kanseri taraması konusunda bilgilenme isteği olup olmadığı ve bilgilenmenin hangi yolla olmasını istedikleri konularında bilgi sahibi olunması planlanmıştır. Elde edilecek bulgularla kadınların serviks kanseri taraması yaptıрма oranlarının artırılması ve taramaya başvurmaları için eksik olan bilgilerinin tamamlanması için eğitimler planlanması amaçlanmaktadır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Serviksin Anatomisi

Serviks latince boyun anlamına gelen bir sözcüktür. Bu anlamı nedeni ile uterusun dar ve silindirik olan alt segmentine serviks uteri adı verilmiştir. Serviks genellikle 3.5 cm uzunluktadır ve “korpus uteri”nin alt bölümünün devamıdır. Serviks yüzeyi skuamöz epitel ve kolumnar epitel olmak üzere 2 tür epitelle döşenmiştir. Bu iki epitelin birleşme noktasına skuamo kolumnar bileşke (SCJ) denilmektedir. SCJ’da kanser için önemli bir anatomik bölge olan transformasyon zonu bulunmaktadır. Prekanseroz lezyonların birçoğu bu bölgede oluşmaktadır. Endoserviks mukus salgılayan hücrelerden zengin stroma üzerinde yer alan tek katlı kolumnar epitelle, ekzoserviks ise skuamöz epitelle döşelidir (12, 13). Bu nedenle Pap smear’da özellikle bu alanı içeren materyal alınmasına özen gösterilir.

2.2. Serviks Kanseri İçin Risk Faktörleri

Serviks kanserine yakalanma ihtimali çeşitli risk faktörleri ile artmaktadır. Human papilloma virüsü (HPV) kronik enfeksiyonu, cinsel aktivitenin erken yaşta olması ve çoklu cinsel partnerin olması serviks kanseri için risk etmenleridir. Ayrıca immüsupresyon, sigara, diyet içeriği (A vitamini, C vitamini, E vitamini, beta karoten ve folik asit alım yetersizliği), kombine oral kontraseptif kullanımı, parite sayısı, düşük sosyoekonomik durum da serviks kanseri gelişim riskini artırmaktadır (14,15,16).

Değiştirilebilir risk faktörleri [örn; sigara kullanımı ve human papilloma virüs enfeksiyonu (HPV)] ve değiştirilemez risk faktörleri (örn; yaş, aile öyküsü) hakkında bilgili olmak değiştirilebilir risk faktörlerinin değiştirilebilmesi için danışmanlık yaparak kanser gelişimini önleme; değiştirilemez risk faktörlerine sahip kadınlarda ise düzenli pap smear testi ile erken tanı ve tedavi sağlama için önemlidir (14).

Human Papillomavirüs İnfeksiyonu (HPV)

HPV serviks kanseri gelişiminde esas etyolojik enfeksiyöz ajandır. HPV metaplastik transformasyon zonunda konakçı DNA içine dahil olur ve onkojenezi başlatır (15). Cinsel yolla bulaşan hastalık etkenlerinden serviks kanserine neden olabilen en önemli etken HPV olmakla birlikte daha az oranda da olsa herpes simpleks virüs tip 2 de serviks kanserine neden olabilen onkojenik bir virüstür (17). Cinsel ilişki sırasında mukozal ya da skuamöz epiteldeki hasarlar HPV'nin girişi için kapı oluşturur ve virüsün bazal hücrelere doğru ilerlemesiyle şiddetli infeksiyonlar meydana gelebilir. Günümüzde HPV'nin 200'den fazla tipi tanımlanmıştır (18).

HPV tipleri klinik olarak da üç kategoriden oluşmaktadır. Bunlar; kanser açısından düşük riskli HPV'ler (6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 55 ve 62), olası yüksek riskli HPV'ler (26, 53 ve 66) ve yüksek riskli HPV'ler (16 başta olmak üzere 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 56, 58, 59, 68, 73 ve 82) olarak ayrılmaktadır. Yapılan çalışmalarda cinsel aktif kadınların %75'inde HPV infeksiyonu tanımlanmıştır (18).

Yüksek riskli HPV subtiplerinin varlığı servikal kanser ile ilişkilidir. Yüksek riskli HPV subtiplerinin yüksek derecede skuamöz intraepitelyal lezyon, H-SIL ve invaziv kansere rölatif dönüşüm riski 296.1 kat fazla olduğu rapor edilmiştir (15).

Genital HPV infeksiyonunun bireylerde gelişimi zaman içinde farklılık gösterir. En sık görülen değişimler subklinik infeksiyon ve spontan iyileşmedir. En az olarak görülen ise kronik infeksiyon sonrası görülebilen neoplazidir (12).

HPV tip 16 ve 18'in tüm dünyada servikal kanserlerin %70'inden sorumlu olduğu saptanmıştır. İlk HPV aşısı olan cervarix (HPV2) HPV tip 16 ve 18 için oluşturulmuştur (19). Daha sonra üretilen Gardasil (HPV4) HPV tip 6, 11, 16, 18'i içeren 4 valanlı aşıdır. En son geliştirilen Gardasil 9 (HPV9) ise HPV tip 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58'e karşı koruma sağlamaktadır. Bu aşı çeşitleri FDA tarafından onaylanmıştır. Amerikan Aşı Uygulamaları Öneri Komitesi (ACIP) Mart 2015 tarihinde aşı önerileri güncellemesinde 11-12 yaşlarındaki kızlar ve 26 yaşına kadar daha önce aşılanmamış ve ya 3 dozluk aşı serisini tamamlanmamış kadınların HPV2, HPV4 ya da HPV9 ile aşılanmasını önermektedir (19).

Aynı güncellemede 11-12 yaşındaki erkekler ve 21 yaşına kadar hiç aşılanmamış ya da 3 dozluk aşı serisi tamamlanmamış erkeklerin HPV4 ya da HPV9 ile aşılanması önerilmektedir (19). Cinsel aktif ve immünespresif (HIV enfeksiyonu dahil) erkeklerin 26 yaşına kadar HPV4 ya da HPV9 ile aşılanması önerilmektedir. Aşılama programı üç doz şeklindedir. İlk doz ile ikinci doz arasında minimum 4 hafta ikinci ve üçüncü doz arasında ise minimum 12 hafta olmalıdır. Aşı serisinin kesintiye uğraması durumunda aşılama programına kaldığı yerden devam edilmelidir. DSÖ ACIP'le benzer şekilde, HPV aşısını kızlar için önermiş; ancak erkekler için bir öneride bulunmamıştır (19). Ülkemizde HPV aşısı genişletilmiş bağışıklama programına alınmamıştır ve SGK tarafından geri ödeme yapılmamaktadır.

Düşük sosyoekonomik belirteçler

Düşük sosyoekonomik durumun eğitim ve tıbbi kaynaklara geniş etkisi nedeniyle invaziv servikal kanser gelişimi için önemli risk faktörü olduğu kanıtlanmıştır (20). Buna rağmen sosyoekonomik durumu düşük olan bireylerde servikal kanser tarama programlarına katılma düzeyi daha düşük olarak bulunmuştur (21).

Kombine oral kontraseptif (KOK) kullanımı

Oral kontroseptif kullanımı serviks kanseri gelişimi ile ilişkilidir. Beş yıldan az süre KOK kullanan kadınlarda servikal karsinoma in situ riskinde artış olmaktadır. Beş yıldan uzun süre oral kontraseptif kullanımında servikal kanser gelişim riski iki kat artmaktadır. Bu yüksek riskin KOK kullanımını bıraktıktan 10 veya daha fazla yıl sonra düştüğü belirtilmektedir (22,23).

Sigara

Farklı coğrafi bölgelerde sigara ile servikal kanser arasında sürekli ilişki gözlenmiştir (23). Sigaranın serviks kanseri ile ilişki nedeni olarak nikotinden çok sigaranın hücresel düzeyde kadınlarda bağışıklık düzeyini düşürerek serviks kanseri gelişimine zemin hazırlaması olduğu düşünülmektedir. Sigara içenlerde malignite gelişimine dönüşüm için duyarlılığın arttığı ileri sürülmektedir (15).

Servikal adenokarsinom tüm servikal kanserlerin %10'undan azını oluşturur ve sigara ile arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Yetişkin dönemde sigara dumanına maruz kalma ile servikal kanser gelişimi riskinde artış olduğu ortaya konulmuştur (23).

Parite

Doğum sayısı ile serviks kanseri arasında anlamlı ilişki vardır. Özellikle yüksek doğum sayısının serviks kanseri riskini artırdığına dair kanıtlar vardır. Yapılan çalışmalarda yedi veya daha fazla miadında doğum öyküsü olan kadınlar, hiç miadında doğum yapmamış kadınlarla karşılaştırıldığında 3.8 kat daha yüksek serviks kanseri riskine, bir ya da iki miadında doğum yapmış olanlarla karşılaştırıldığında 2.3 kat daha yüksek serviks kanseri riskine sahiptir (24).

Cinsel aktivite

İlk cinsel aktivite yaşının erken olması ve cinsel ilişkide bulunulan partner sayısının fazlalığı ile serviks kanseri gelişim riski arasında ilişki bulunmuştur (23). Partner sayısının altıdan fazla olması serviks kanserinin riskinde artışa neden olmaktadır (25). Yapılan çalışmalarda ilk cinsel ilişkisi 17 yaş veya daha altında olan kadınlarda risk 20 yaş ve üstü olanlara göre artmıştır (26).

İmmünsüpresyon

Bu hastalarda serviksin tüm hastalıkları daha uzun ve ağır seyreder. İmmünsüprese hastalar kronik enfeksiyon ve invaziv hastalığa ilerleme tehdidi ile altındadır (15). Hastalık kontrol ve önleme merkezleri bütün HIV pozitif kadınlara, tanıdan sonraki ilk yıl içinde, 6 ayda bir pap-smear testi ile tarama önermektedirler. Bu iki taramada sitolojik anormallik saptanmazsa yıllık tarama önerilir. Önemi belirsiz atipik hücreler de dahil olmak üzere herhangi bir sitolojik anormallik saptanırsa acil kolposkopi eşliğinde biyopsi yapılması önerilmektedir (15).

2.3. Taramanın Önemi

Serviks kanseri erken tanı ile başarılı sonuçlar elde edilen ana kanser türlerinden biridir. Serviks kanseri pap smear testi ile in situ aşamasında yakalanabilir. Normal koşullarda in situ aşamasıyla invaziv kanser aşaması arasında on yıllık süre vardır. Bu dönem kanserin tedavisi için oldukça önemli bir zaman dilimidir. Hastaların bu dönemde tedavisi kür ile sonuçlanabilmektedir (27). Organize tarama programı olan ülkelerde servikal kanser insidansında azalma olduğu ortaya konmuştur (28). Türkiye’de birincil koruma ve erken tanı ile kanserden ölümlerin azaltılması önemli hedefler arasında yer almaktadır. Bunun için 2008 yılında Türkiye’de 81 ilde ulusal serviks kanseri tarama programı başlatılmıştır (27). Bu program “Türkiye’de tarama programı” bölümünde ayrıntılı yazılmıştır.

Pap smear testi skuamöz maligniteleri saptamada adenokarsinom ve adenokarsinoma in situunun saptanmasına göre daha duyarlıdır. Skuamöz lezyonların adenokarsinoma göre gözle görülebilmesi daha muhtemeldir. Adenokarsinom glandüler doku içerir ve kanal içinde çeşitli bölgelerde oluşabilir. Bu nedenle rutin pap tarama ile saptanması daha zordur (29,30).

2.4. Servikal Lezyonların Tanısı

2.4.1. Servikal sitoloji

Pap smear’in 1940'larda piyasaya sunulmasından bu yana, serviksin sitolojik taranmasında standart yöntem olmuştur (15).

Servikal sitoloji için araştırmalar, ilk olarak 1913 yılında, George Papanicolaou tarafından New York'ta burun spekulumu ve pamuklu çubuk yardımıyla farelerin serviks hücrelerinden elde edilen dokuları ince, sulu preparatlar halinde mikroskop lamalarına yaymasıyla ortaya çıkmıştır (31). 1973'de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sitolojik tanı için rapor yayınlamıştır. 1988'de Ulusal Sağlık Enstitüleri servikal sitoloji için ortak bir görüşe varmışlar ve Bethesda sistemini oluşturmuşlardır (32). Bu sistem 1991, 2000, 2001, 2014 tarihinde yeniden modifiye edilmiştir. Günümüzde 2014 Bethesda Sınıflaması kullanılmaktadır (33).

Servikal kanser pap tarama enstrümanları: Servikal sitoloji teknikleri geleneksel ve sıvı bazlı olmak iki çeşittir:

a. Geleneksel (konvansiyonel) pap tarama: Geleneksel pap taramada serviks ve vajinadan sabit bir fırça veya spatula kullanarak alınan hücreler doğrudan lama yayılarak kimyasal yöntemle sabitleştirilir. Daha sonra mikroskopla incelenir. Geleneksel taramada HPV ve smear için örnekler ayrı ayrı alınır (34).

b. Sıvı bazlı pap tarama: Sıvı bazlı sitolojide hücreler, sıvı transport medyumunda toplanır ve süspansiyon haline getirilir. Daha sonra laboratuarda inceltilmiş veya filtre edilmiş olarak lam üzerine ince tabaka olarak işlenir. HPV testi de aynı örnekte çalışılabilir (34).

Yapılan sistemik çalışmalarda geleneksel pap tarama ile sıvı bazlı pap tarama karşılaştırıldığında sensitivite veya spesifite açısından anlamlı fark bulunmamıştır (35). Amerika Birleşik Devletleri Önleyici Hizmetler Görev Gücü (USPSTF) belirli aralıklarla uygun yaş gruplarında yapıldığı zaman bu yöntemlerin her ikisinin de önemli net yarar sağladığını belirtmektedir (36).

2.4.2. Pap smear testinin yapılması

Hazırlık

Pap smear alımı konusunda standart uygulama, 2000 yılında Amerikan Sitopatoloji Derneği (ASCP) kriterleri ile sağlanmıştır. Bu kriterlerin uygulanması daha uygun teknikle smear alınmasını ve yanlış negatiflik oranının azaltılmasını sağlamaktadır (37).

Pap smear testinin son adet tarihinden 10-18 gün sonra yapılması önerilmektedir. Testten 48 saat önce vajinal duş, vajinal kontraseptif ajan kullanımı olmaması ve cinsel aktivitede bulunulmaması gerekmektedir (37, 38).

Öykü

Pap-smear testi ile birlikte hastanın adı, yaşı ve/veya doğum tarihi, menstruel durumu (son adet tarihi), histerektomi öyküsü, gebelik olup olmadığı, postpartum, hormon replasman tedavisi alıp almadığı, önceki anormal sitoloji

sonuçları, önceden aldığı tedaviler veya cerrahi girişimler, hastanın risk durumu ve örneğin alındığı yer (serviks, vajen) belirtilmelidir (37).

Uygulama yeri

Pap testinin duyarlılığı için transformasyon zonu örnekleme önemlidir. Örnekleme araçları skuamokolumnar bileşkenin etkilendiği hormonal durum, obstetrik travma varlığı ve yaşa göre belirlenmelidir (37).

Uygulama araçları

Uygulama araçları olarak spatula, endoservikal fırça ve süpürge şeklinde fırça kullanılır. İlk önce spatula yardımıyla ektoserviks ve vajen örneği alınabilir. Spatulanın üstünde parça kalmaması için plastik spatulalar tercih edilir. Spatula örnek alınırken 360 derece döndürülmelidir. Endoservikal fırçayla endoservikal bölgeden 45-90 dereceyle dönüşle örnek alınır. Süpürge şekli fırça ile hem endoservikal hem de ektoservikal örnek alınabilir. 360 derece 5 tur dönüş tekniği uygulanması önerilmektedir (37).

2.4.3. Serviks kanseri için primer HPV taraması

HPV testleri yüksek riskli HPV tiplerinin hepsini olmasa da çoğunu belirleyebilmektedir (39). Dört HPV testinin 30 yaş ve üstü kadınlarda pap smear testi ile birlikte kullanımı ABD İlaç ve Besin Dairesi (FDA) tarafından onaylanmıştır. Bunlar Hybrid Capture 2, Cervista HPV HR test, Cobas HPV test, Aptima mRNA testtir (40).

HPV testi tek başına ya da servikal sitoloji ile birlikte kullanıldığında, tek başına sitolojiye göre, adenokarsinom dahil servikal histopatoloji tanısında daha duyarlıdır (41, 42, 43).

Randomize çalışmalarda HPV testi ile mortalite yararı kanıtlanmamış olmasına rağmen HPV testi ile kanser insidansında azalma görülmüştür (42, 44). Randomize çalışmalarda 30 yaşından önce HPV testi ile taramada mevcut geçici HPV enfeksiyonu ve gereksiz kolposkopi sonuçları saptanmıştır (42, 45). Bu nedenle 30 yaş altındaki genç kadınlarda HPV prevalansının yüksek olmasına rağmen, bu dönemdeki HPV enfeksiyonlarının benign olma olasılığının ve spontan iyileşme oranının yüksek olması nedeniyle 21-29 yaş arası genç kadınlarda

taramada HPV testi tek başına ya da sitoloji ile birlikte önerilmemektedir (36, 46). Çalışmalar 30 yaş altındaki kadınlarda 2 yılda bir tarama ile 3 yılda bir tarama arasında kanserin azaltılmasında anlamlı fark bulamadığı için bu yaş grubunda 3 yılda bir tarama yeterli kabul edilmektedir (36, 46).

30 yaş ve üstündeki kadınlarda HPV enfeksiyonunun kalıcı olma ihtimali daha yüksektir ve bu nedenle klinik önemi daha fazladır (47). Bu nedenle 30 yaş üstü kadınlarda smear ile birlikte HPV testi önerilmektedir (36).

30 yaş ve üzerinde kadınlarda tek başına HPV testi ile servikal sitoloji + HPV testi karşılaştırıldığında tek başına HPV testinin yararı belirsizdir; ancak ABD Jinekolojik Onkoloji Derneği ve Amerikan Kolposkopi ve Servikal Patoloji Derneği (ASCCP) 2015 ara rehberlerde 25 yaş üstü kadınlarda tek başına HPV testini bir seçenek olarak önermekle birlikte (40, 48). USPSTF bu öneri için yeterli kanıt olmadığını belirtmektedir (36).

2.4.4. Bethesda sistemi 2014

Bethesda sisteminin 1988 yılında Ulusal Sağlık Enstitüleri tarafından geliştirilmesiyle servikal sitoloji raporları standardize edilmiştir (49). Bu sistem 1991, 2001 ve 2014 tarihinde yeniden modifiye edilmiştir. 2014 Bethesda sistemi örnek yeterliliği, genel sınıflama, yorumlanması ve sonuçlarla ilgili özel açıklamalar içerir (33). Günümüzde 2014 Bethesda Sistemi kullanılmaktadır. Çizelge 2.1'de Bethesda sisteminin bileşenleri gösterilmiştir (33).

Örnekleme Yeterliliği

Tüm örneklemelerin %1 veya daha azında sitoloji sonucu değerlendirme için yetersiz gelir (50). Konvansiyonel pap smear kullanımında örnekleme yetersiz gelmesi kan, inflamasyon ve diğer işlemlerden kaynaklanırken, sıvı bazlı sitoloji kullanmaya başlandıktan sonra değerlendirme için yetersiz sonuçlar büyük ölçüde yetersiz skuamöz hücrelerden kaynaklanmaktadır (51, 52).

Yetersiz sitoloji yönetimi

Otuz yaş ve üstündeki kadınlarda HPV pozitif ise 2-4 ay sonra sitoloji tekrarı veya kolposkopi kabul edilir. İki - 4 ay sonra yapılan sitolojide ardışık 2 yetersiz sitoloji gelirse kolposkopi önerilir (51). Yine bu yaşta kadınlarda HPV

negatifse veya herhangi bir yaşta HPV test sonucu bilinmiyorsa 2-4 ay sonra sitoloji tekrarı önerilir (51).

Çizelge 2.1. Bethesta sistemi 2014 bileşenleri.

Örneklemenin tipi	Geleneksel (konvansiyonel) pap test Sıvı bazlı sitoloji
Örneklemenin yeterliliği	Değerlendirme için yeterli Değerlendirme için yetersiz
Genel sınıflama (isteğe bağlı)	İntraepitelyal lezyon ya da malignite için negatif Epitelyal hücre anormalliği Risk artışı gösteren diğer bulgular (örn. ≥ 45 yaş kadınlarda endometrial hücreler)
Sonuçların yorumlanması	
İntraepitelyal lezyon ya da malignite için negatif	Organizmalar: <ul style="list-style-type: none"> • Trikomonas vajinalis • Kandida türü ile uyumlu fungal organizmalar • Bakteriyel vajinozis gösteren flora değişiklikler • Herpes simpleks veya Sitomegalovirüs ile uyumlu hücresel değişiklikler • Aktinomiçes türüyle uyumlu faktörler Neoplastik olmayan bulgular (isteğe bağlı) <ul style="list-style-type: none"> • Reaktif hücre değişiklikleri <ul style="list-style-type: none"> ○ İnflamasyon ○ İntrauterin araç varlığı ○ Radyasyon • Neoplastik olmayan hücresel değişiklikler <ul style="list-style-type: none"> ○ Skuamöz metaplaz ○ Keratotic değişiklikler ○ Tubal metaplazi ○ Atrofi ○ Gebelik-değişikliklerle ilişkili Histerektomi sonrası glandüler hücreler
Epitelyal hücre anormallikleri	Skuamöz hücre Glandüler hücre
Diğer	45 yaş ve daha yaşlı kadınlarda endometrial hücreler (skuamöz intraepitelyal lezyon negatifse belirleyin).
Birleşik test	Test yöntemleri hakkında kısa bir açıklama sağlayın. Böylece rapor sonucu klinisyen tarafından daha kolay anlaşılır.
Otomatik gözden geçirme ve uygun olan diğer yardımcı testler	
Eğitimsel notlar ve öneriler (isteğe bağlı)	

Kaynak: Nayar R, Wilbur DC. The Pap test and Bethesda 2014. Acta Cytologica 2015;59: 121-132.

Epitelyal hücre anormallikleri: Anlamı ve yönetimi

Pap test sonucu Bethesda sistemine göre intraepitelyal lezyon veya malignite negatif olarak ya da epitelyal hücre anormallikleri olarak yorumlanır.

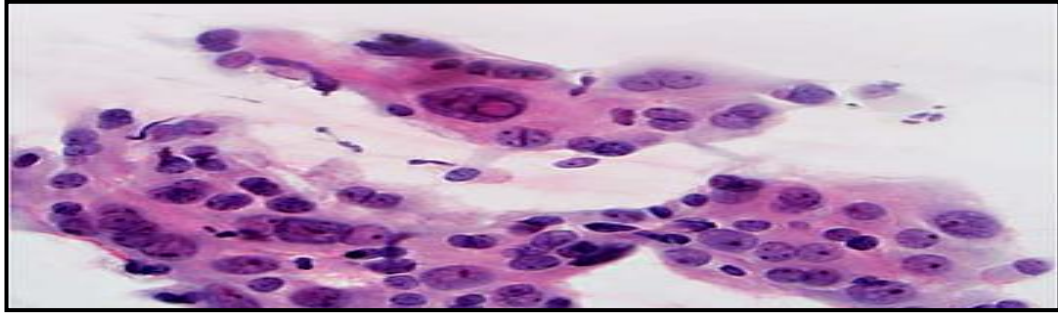
Atipik skuamöz hücreler

Servikal sitoloji sonuçlarının raporlanmasında atipik skuamöz hücreler (ASC) normal hücrelerden farklıdır ama premalign hastalık (skuamöz intraepitelyal neoplazi (SIL)) kriterlerine uymaz. İki alt gruba ayrılır (32):

1. Önemi belirlenemeyen atipik skuamöz hücreler (ASC-US)
2. HSIL dışlanamayan atipik skuamöz hücreler (ASC-H).

Önemi belirlenemeyen atipik skuamöz hücreler (ASC-US)

En sık görülen sitolojik anormalliktir (53). Hücreler basit reaktif değişikliklerden daha belirgin hücresel anormallikler gösterir ama skuamöz intraepitelyal lezyon (SIL) değişimi göstermez (32, 54). Şekil 2.1'de konvansiyonel pap testte ASC-US'un görüntüsü gösterilmektedir.



Şekil 2.1. Konvansiyonel pap testte ASC-US görünümü.

Kaynak: Nayar R, Wilbur DC. The Pap test and Bethesda 2014. Acta Cytologica 2015; 59: 121-32.

HSIL dışlanamayan atipik skuamöz hücreler (ASC-H)

ASC'nin %5-10'u dışlanamayan yüksek dereceli atipik skuamöz hücrelerden oluşur (54). ASC-H, yüksek dereceli skuamöz intraepitelyal lezyon kriterlerini içeren hücreler ile diğer lezyonları taklit eden hücrelerin karışımıdır (53).

ASC-US değerlendirilmesinde üç seçenek vardır. Bunlar 6-12 aylık arayla sitoloji tekrarı, HPV DNA testi ya da kolposkopi (53).

- 1. Pap test:** Hastalara bir yıl arayla tekrar pap test yapılır. Sonuç negatif gelirse üç yılda bir rutin tarama yapılır. Eğer sonuç ASC-US veya ASC-H gelirse kolposkopi yapılır (53).
- 2. HPV testi:** HPV testi olarak aynı örnekten ileride gerek duyulursa hastalar yeniden muayeneye çağrılmadan HPV çalışması yapılabilmesi olarak adlandırılan refleks test olarak tercih edilir (53). Pap testi ASC-US gelen hastalarda HPV testi ile birlikte tarama yapıldığında HPV testi negatif gelirse sitoloji ile birlikte (eş zamanlı test) 3 yıl sonra tekrar edilir. HPV testi pozitif olursa kolposkopi yapılır (51).
- 3. Kolposkopi:** Pap testi sonucu ASC-US gelen hastalarda doğrudan kolposkopi yapılabilir. Lezyonu olmayan veya yetersiz kolposkopi sonucu olan kadınlarda Endoservikal örnekleme tercih edilir (51).

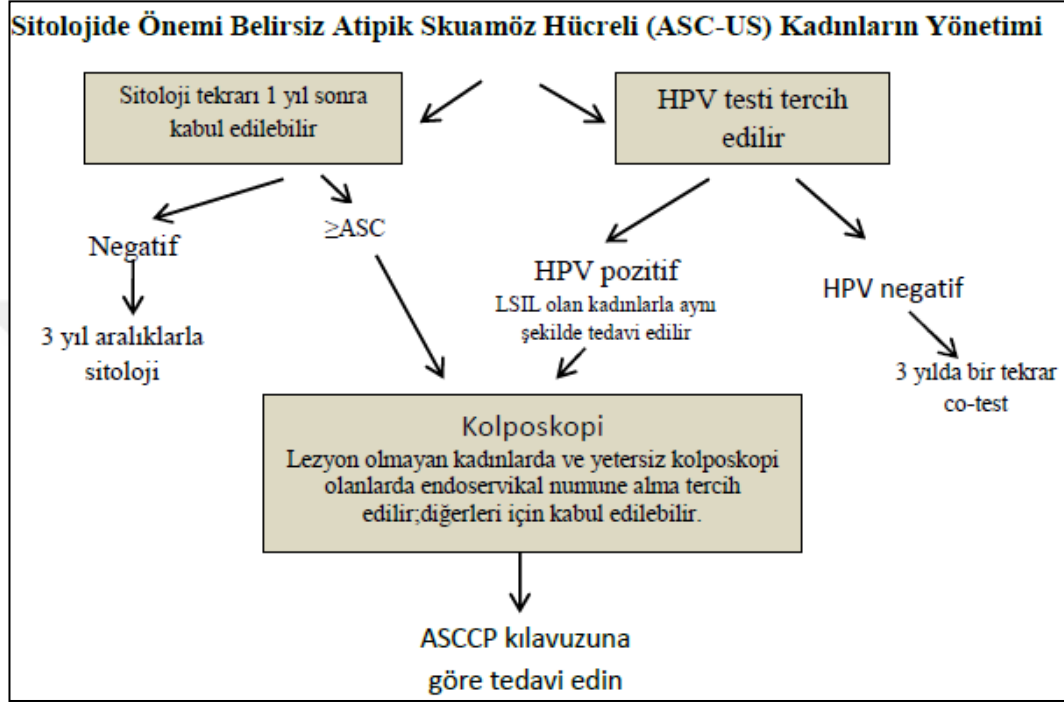
Özel gruplar

21-24 yaş arası kadınlarda pap smear taraması ASC-US gelirse 12 ay arayla pap testi tekrarlanır. Sonuç negatif gelirse rutin tarama yapılır. Eğer pap smear testi sonucu ASC-US veya ASC-H gelirse kolposkopi yapılır. HPV testi ile taramada HPV negatif gelirse rutin taramaya devam edilir. HPV pozitif gelirse sitoloji testi bir yıl sonra tekrarlanır ve sitoloji sonucuna göre yönetime karar verilir (51).

Postmenopozal kadınlarda ASC-US yönetimi bir istisna dışında premenopoz dönemindeki kadınlarla aynıdır. 65 yaş ve üzeri hastalarda HPV negatif, hücre tipi ASC-US olan kadınlarda smear sonucu anormal olarak kabul edilir ve kadınlar 1 yıl sonra pap test + HPV test ile tekrar değerlendirilir. HPV test olanağı yoksa sadece pap test ile de değerlendirilebilirler (53).

Postmenopozal kadınlarda HPV negatifken ASC-US (+) olma nedeni östrojen eksikliğine bağlı atrofi olabilir. Östrojen tedavisine rağmen ASC-US'un devam etmesi üst jinekolojik sistemin (endometrium, tuba uteri ya da overler) hastalığından kaynaklanıyor olabilir (53).

ASC-US olan gebe kadınlar gebe olmayan ASC-US olan kadınlarla aynı şekilde değerlendirilir. Kolposkopi postpartum altıncı haftaya kadar ertelenebilir (51). Şekil 2.2’de sitoloji sonucu önemi belirsiz atipik skuamöz hücreli (ASC-US) olarak gelen kadınların yönetim algoritması görülmektedir.



Şekil 2.2. Sitoloji sonucu önemi belirsiz atipik skuamöz hücreli (ASC-US) olarak gelen kadınların yönetim algoritması.

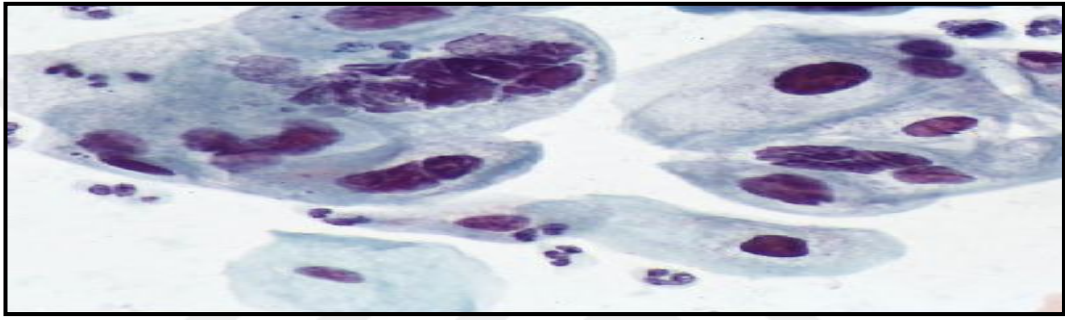
Kaynak: American Society for Colposcopy and Cervical Pathology Algorithms 2014.

Düşük dereceli skuamöz intraepitelyal neoplazi (LSIL)

LSIL ikinci en sık görülen servikal sitolojik anormalliktir. Düşük dereceli skuamöz intraepitelyal neoplazi (LSIL) olan kadınlarda servikal kanser gelişim riski düşüktür (55). LSIL, servikal intraepitelyal neoplazi -1 (CIN-1) sitolojik özelliklerini gösterir (55). Pap testi sonucu LSIL olan hastalar yüksek oranda HPV enfeksiyonu ile ilişkili bulunmuştur. Bu hastaların %77'sinde HPV pozitifdir (51).

LSIL tanısı alan hastaların yönetiminde ilk tercih kolposkopidir (51). Pap test LSIL, HPV testi pozitif olan ya da HPV testi yapılmamış hastalarda kolposkopi kabul edilen yönetim şeklidir (51).

Eğer pap test ve HPV testi eş zamanlı yapılmışsa ve HPV negatifken hücre tipi LSIL olarak saptanmışsa 1 yıl sonra tekrar eş zamanlı olarak pap test ve HPV testi kabul edilebilir ama kolposkopi tercih edilir. Bir yıl sonra tekrar yapılan eş zamanlı test sonucunda sitoloji sonucu ASC-US veya daha ciddi anormallik ya da HPV pozitif çıkarsa kolposkopi önerilir (51). Bir yıl sonra yapılan eş zamanlı test sonucu sitoloji ve HPV negatif gelirse 3 yıl sonra test tekrarlanır yine eş zamanlı test negatif gelirse rutin taramaya geçilir (51). Şekil 2.3’de sıvı bazlı sitolojide LSIL görüntüsü gösterilmektedir.



Şekil 2.3. Sıvı bazlı sitolojide LSIL görünümü.

Kaynak: NCI Bethesda System Website Atlas.

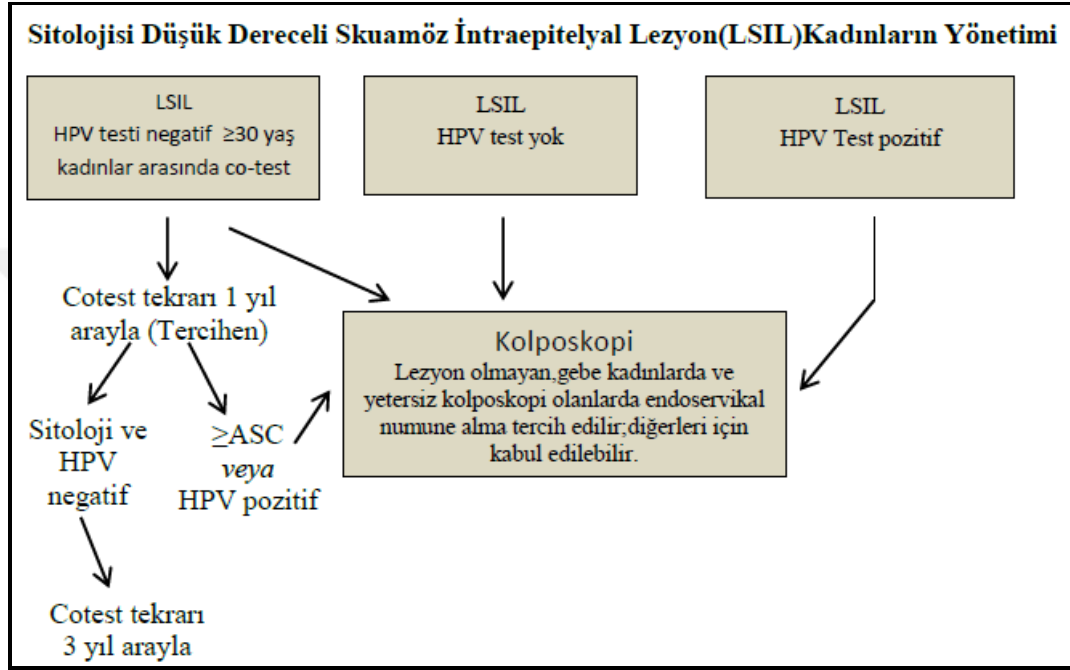
Özel gruplar

21-24 yaş arası LSIL olan kadınlarda 12 ay arayla sitoloji tekrarı tavsiye edilir. Kolposkopi önerilmez. 12 ay sonra sitoloji sonucu ASC-H veya HSIL gelirse kolposkopi önerilir. İki yıl sonra ASC-US veya daha ciddi anormal sitoloji sonucu olan kadınlarda kolposkopi önerilir (55). İki sitoloji sonucu negatif gelen kadınlarda rutin tarama önerilir (51).

Gebe kadınlarda sitoloji sonucu LSIL gelirse tercihen kolposkopi önerilir. Kolposkopi postpartum altıncı haftaya kadar ertelenebilir (51). Endoservikal küretaj tavsiye edilmez (51). İlk kolposkopide CIN 2-3 bulunmazsa hasta postpartum takibe alınır (51).

Postmenopozal kadınlarda sitoloji sonucu LSIL çıkanlarda üç değerlendirme şekli vardır: Releks HPV test, 6-12 ay sonra tekrar sitoloji veya kolposkopi (51, 55).

LSIL ve HPV testi olmayan kadınlarda refleks HPV test yapılır. HPV pozitifse kolposkopi yapılır. Oniki ay sonra tekrar HPV testi içeren sitoloji testi yapılabilir. Sonuç HPV pozitif, ASC-US veya daha ciddi anormallik çıkarsa kolposkopi yapılır (51, 55). Şekil 2.4’de sitolojide düşük dereceli skuamöz intraepitelyal lezyon (LSIL) olan kadınların yönetim algoritması gösterilmiştir.



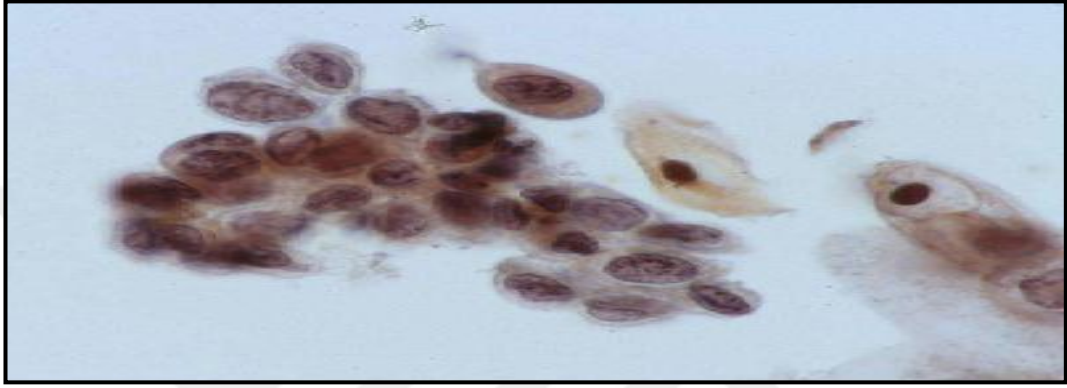
Şekil 2.4. Sitolojide düşük dereceli skuamöz intraepitelyal lezyon (LSIL) olan kadınların yönetim algoritması.

Kaynak: American Society for Colposcopy and Cervical Pathology Algorithms 2014.

Yüksek dereceli skuamöz intraepitelyal lezyon (HSIL)

HSIL en az görülen servikal sitolojik anormalliktir ama kadınlarda sitolojide HSIL bulunması invaziv servikal kanser gelişim riski için önemlidir (51, 56). HSIL sitolojisi CIN 2 ve 3'ün özelliklerini taşır ve histolojik CIN 2 ve 3 ya da servikal kanser için yüksek risk taşır. CIN 2 pozitif olma riski HPV testi sonuçlarından bağımsız olarak yüksek olduğu için HPV testi genellikle HSIL olan kadınlarda takip amacıyla kullanılmaz (57). Bazı çalışmalarda HPV testinin bu popülasyonda kronik HPV enfeksiyonunu gösterdiği belirtilse de standart klinik yönetimde kullanılmamaktadır (58).

Sitoloji sonucu HSIL olan kadınlarda kolposkopi veya alternatif olarak loop elektrocerrahi eksizyon prosedürü (LEEP) uygulanabilir (gör ve tedavi et). Eksizyon yapılmayacak hastalara HPV testi sonucuna bakılmaksızın kolposkopi önerilir. Öncelik sırasına göre tek başına tekrar sitoloji ya da refleks HPV test kullanılmaz (51). Şekil 2.5’de sıvı bazlı sitolojide HSIL görüntüsü gösterilmektedir.



Şekil 2.5. Sıvı bazlı sitolojide HSIL görünümü.

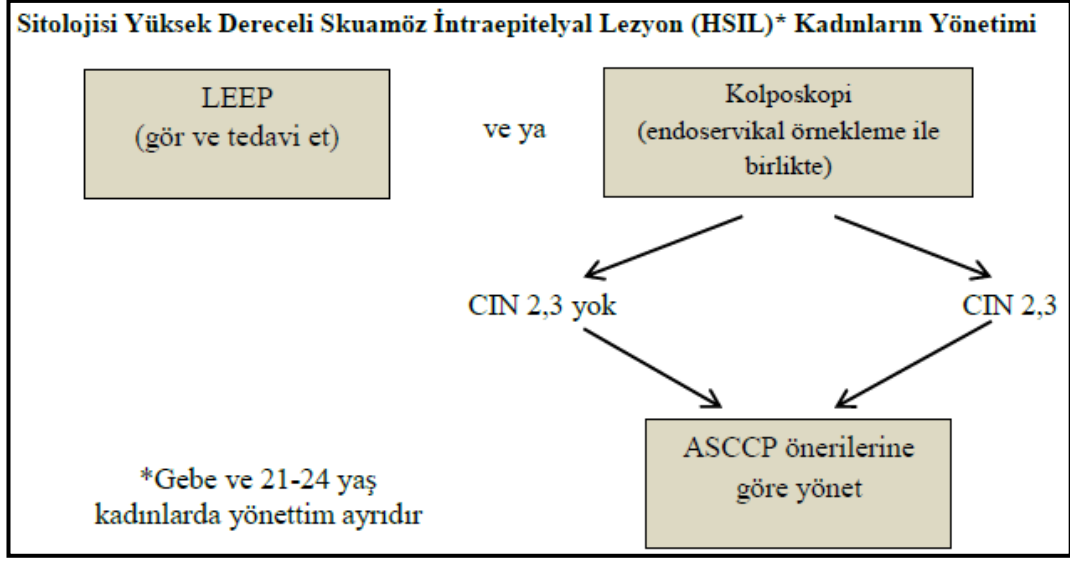
Kaynak: NCI Bethesda System Website Atlas.

Özel gruplar

Yirmibir - 24 yaş arası HSIL olan kadınlarda kolposkopi uygulanır. Eksizyonel girişim anormal sitolojik sonuçlar ciddiye veya tekrarlıyorsa uygulanabilir. Çünkü bu yaş grubunda servikal kanser riski düşüktür ve geçici HPV infeksiyon olma olasılığı yüksektir. Bu hastalarda LEEP (gör ve tedavi et) kullanılmaz (57).

Gebe kadınlarda sitoloji sonucu HSIL gelirse kolposkopi uygulanır. Yüksek dereceli lezyon veya servikal kanser şüphesi varsa servikal biyopsi alınabilir. Endoservikal küretaj ile örnekleme gebelik boyunca uygulanmaz. Eğer kolposkopi yetersiz gelirse tüm skuamokolumnar bileşke görülerek 6-12 hafta sonra kolposkopi tekrarlanabilir (57).

Postmenopozal kadınlarda HSIL yönetimi premenopozal kadınlarla aynıdır. Şekil 2.6’da sitolojisi yüksek dereceli skuamöz intraepitelyal lezyon (HSIL) olan kadınların yönetim algoritmasını göstermektedir.



Şekil 2.6. Sitolojisi yüksek dereceli skuamöz intraepitelyal lezyon (HSIL)* olan kadınların yönetim algoritması.

Kaynak: American Society for Colposcopy and Cervical Pathology Algorithms 2014.

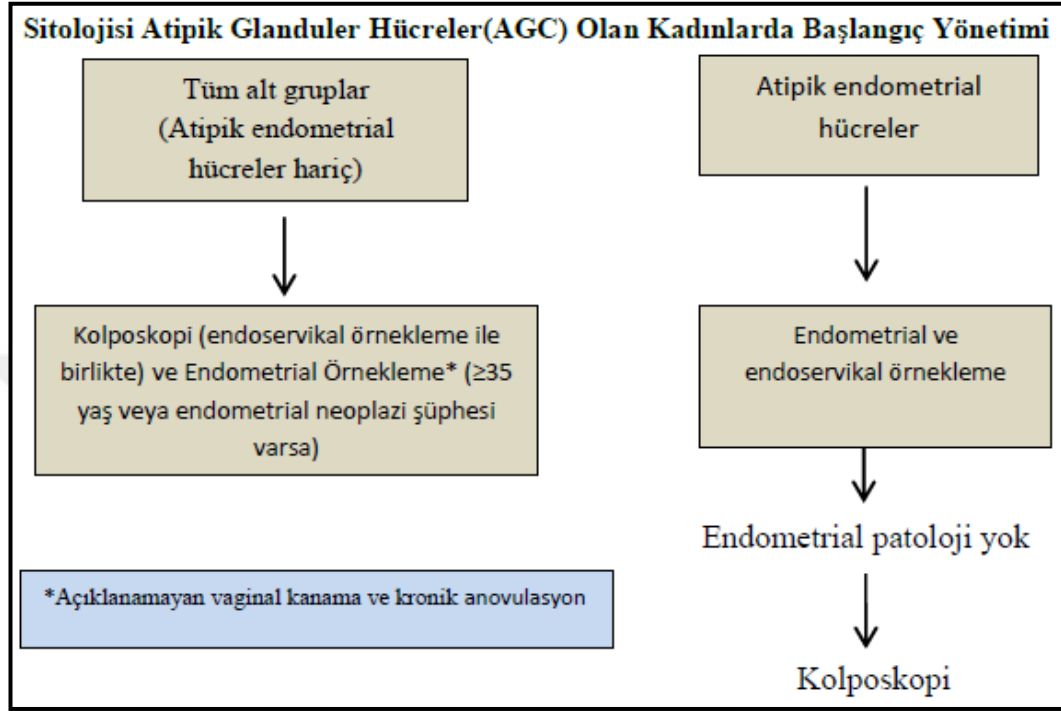
Atipik glandüler hücreler (AGC)

AGC nadir görülen servikal sitolojik anormalliktir (59, 60). Atipik glandüler hücreler reaktif değişikliklerden invaziv jinekolojik kansere kadar değişebilen özellikler gösteren hücrelerdir (60). AGC polip ve metaplazi ile ilişkili bulunmuştur. Aynı zamanda endometriyum, serviks, over, fallop tüp adenokarsinomlarını içeren neoplazilerle de ilişkili bulunmuştur. 35 yaşından genç kadınlarda servikal kanser riski düşük olmakla birlikte smear sonucu ACG olarak raporlanıyorsa CIN 2 riski yüksek olmaktadır (51). AGC’li kadınların %3’ünde servikal kanser geliştiği bulunmuştur (51).

Sitoloji sonucu AGC olan hastalarda ilk yaklaşım kolposkopiye ek olarak HPV sonucuna bakılmaksızın endoservikal örnekleme yapılmasıdır. Özellikle 35 yaş üzerindeki hastalarda AGC’nin kaynağı genellikle endometriumdur. Bu nedenle 35 yaş üzeri hastalarda kolposkopi ile birlikte endometrial örnekleme yapılmalıdır (51).

35 yaşından genç hastalarda ise endometrial neoplazi açısından risk faktörü olan klinik endikasyonu (açıklanamayan vajinal kanama ve kronik anovulasyon) olan kadınlarda endometrial örnekleme yapılmalıdır. Atipik endometrial hücreler olan kadınlarda ise endometrial ve endoservikal örnekleme yapılmalıdır.

Endometrial patoloji bulunmazsa kolposkopi yapılır (51). Şekil 2.7’de sitolojisi atipik glanduler hücreler (AGC) olan kadınlarda başlangıç yönetim algoritmasını göstermektedir.



Şekil 2.7. Sitolojisi atipik glanduler hücreler (AGC) olan kadınlarda başlangıç yönetim algoritması.

Kaynak: American Society for Colposcopy and Cervical Pathology Algorithms 2014.

2.4.5. Kolposkopi

Kolposkopi anormal pap testi sonuçları olan kadınlarda histolojik değerlendirmede biyopsi alanını belirleme için seyreltik asetik asit uygulandıktan sonra büyütme ve aydınlatma kullanarak alt genital sistemin görüntülenmesini sağlar (61).

2.4.6. Ektoservikal biyopsi

Doğrudan kolposkopik görüş altında ektoservikteki şüpheli bölümlerden parça alınmasıdır (61).

2.4.7. Endoservikal küretaj

Endoservikal küretaj, gereksiz eksizyonel girişimleri önler. Anormal pap testin kolposkopik değerlendirilmesinde bazı özel durumlarda uygulanır (61). Bunlar:

- Düşük dereceli skuamöz lezyonu (LSIL) izleyen yetersiz kolposkopi,
- Yüksek dereceli skuamöz lezyonun kolposkopik değerlendirilmesi veya atipik glandüler hücre sitolojisinin tüm subgruplarının başlangıç değerlendirilmesi.

2.5. Servikal İntraepitelyal Neoplazi (CIN)

Serviksin premalign skuamöz değişiklikleri hafif, orta, ağır diye tanımlanmaktaydı. 1988 yılında Bethesda sistemi ile birlikte yeni tanımlama sistemi ortaya konulmuştur (49). Bu sistem 1991, 2001 ve 2014 yıllarında tekrar düzenlenmiştir. Bu sistemde sitolojik (pap test) ve histolojik (biyopsi) bulgulara göre tanımlamalar farklıdır. Sitolojik bulgular skuamöz intraepitelyal lezyon (SIL) ve histolojik bulgular servikal intraepitelyal neoplazi (CIN) olarak adlandırılır (32, 33, 49).

Servikal intraepitelyal neoplazi (CIN) serviks uterusun premalign durumudur. Vajinal spekulum muayenesinde görülen serviks yüzeyi ektoservikstir ve yassı (skuamöz) epitel hücreleri ile kaplıdır. Servikal kanal da dahil olmak üzere endoserviks ise glandüler epitel hücreleri ile kaplıdır. CIN skuamöz hücre anormalliklerinden kaynaklanmaktadır (13, 51). CIN, onkojenik ve onkojenik olmayan HPV infeksiyonu ile ilişkilidir. CIN 1 genellikle HPV 6 ve 11 ile ilişkilidir. CIN 2 ve 3 ise daha çok yüksek riskli HPV tipleri 16 ve 18 ile ilişkilidir (62). Servikal kanser taramasında testlerde görülen anormalliklerden sonra yapılan kolposkopi ve servikal biyopsi sonuçları CIN veya servikal kanser olabilir ve CIN 1, CIN 2 ve CIN 3 olarak gruplandırılır (51).

CIN1: Düşük dereceli lezyondur. Epitelin alt 1/3'ünde hafif atipik hücresel değişiklikler vardır ve genellikle HPV sitopatik etkisi vardır (32, 63).

CIN2: Yüksek dereceli lezyondur. Epitelin alt 2/3'ünde orta derece atipik değişiklikler vardır, bu kategori oldukça değişkendir (32, 63).

CIN3: Epitelyal kalınlığın 2/3'ünden fazlasında şiddetli atipik hücresel değişiklik vardır (32, 63).

Amerikan Patoloji Grubu ve ASCCP 2012’de, anogenital kanalda HPV ilişkili skuamöz lezyonları tanımlamada Alt Anogenital Skuamöz Terminolojisini (LAST) geliştirmiştir. Bu terminolojide sitolojik ve histolojik bulgular aynı terminoloji ile tanımlanmaktadır. CIN 1, LSIL’e; CIN 3 HSIL’e karşılık gelmektedir. CIN 2 ise p16 ile boyanma durumuna göre negatifse LSIL pozitifse HSIL olarak ayrılmıştır (63,64).

2.5.1. CIN 1 yönetimi

Spontan regresyon oranının yüksek olmasından dolayı, eğer kolposkopi yeterli ise tedavisiz izlem önerilmektedir (51). ASCCP 2012 yılında daha az anormallikler olarak ASC-US sitoloji veya LSIL sitoloji, HPV 16 /18 pozitif veya kronik HPV infeksiyonunu CIN 1 içinde değerlendirmiş ve tedavisiz izlenmesini önermiştir (51). Bir yıl sonra tekrar eş zamanlı test yapılır. HPV ve sitoloji sonucu negatifse 3 yılda bir, yaşa uygun olarak 30 yaş öncesi için sadece sitoloji; 30 yaş ve sonrası için sitoloji + HPV testi tekrarlanır ve bütün testler negatifse rutin taramaya dönülür. Herhangi bir testte anormallik varsa kolposkopi yapılır (51).

Eğer 1 yıl sonra yapılan eş zamanlı testte anormallik varsa kolposkopi yapılır. Kolposkopi sonucu CIN 1, en az iki yıl devam ediyorsa takip veya tedavi edilir. Tedavi yapılması tercih edildiyse ve kolposkopik muayene yeterli ise, eksizyon ya da ablasyon kabul edilir yönetim şeklidir. Eğer kolposkopik muayene yetersizse, endoservikal örnekleme CIN 2, 3 ise, ya da hasta önceden tedavi edilmişse tanısal eksizyonel girişim önerilir. CIN1 ve yetersiz kolposkopide ablatif işlemler kabul edilemez. CIN1 histolojik tanısı almış hastada, histerektomi primer ve temel tedavide kabul edilmez (51).

CIN1 (ASC-H veya HSIL sonrası) ise kolposkopik muayene yeterli ise ve endoservikal örnekleme negatifse 1 ve 2 yıl sonra eş zamanlı test önerilir. Bütün testler negatif gelirse 3 yıl sonra tekrar yaşa göre test yapılır. Eğer 1 ve 2 yıl sonra yapılan testlerde anormallik çıkarsa kolposkopi önerilir (51).

Bir ya da iki yıl sonraki eş zamanlı testte HSIL çıkarsa tanısal eksizyonel girişim uygulanır (51).

Yirmibir - 24 yaş grubundaki kadınlarda servikal intraepitelyal lezyon genellikle spontan olarak geriler (65). ASC-US veya LSIL çıkan kadınlarda

histoloji sonucu CIN 1 çıkarsa 12 ay sonra tekrar sitoloji önerilir. Beraberinde HPV testi önerilmez. Oniki ay sonra yapılan sitolojide ASC-H veya HSIL gelirse kolposkopi önerilir (51).

Yirmibir - 24 yaş ASC-H veya HSIL sitoloji sonrası CIN 1 çıkan kadınlarda kolposkopi yeterliyse sitoloji ve kolposkopi ile 2 yıla kadar 6 ayda bir takip edilebilir. İki ardışık sitoloji negatif ve yüksek dereceli kolposkopik anormallik yok ise rutin taramaya geçilir. Eğer HSIL sitoloji ya da yüksek dereceli kolposkopik lezyon bir yıl devam ederse kolposkopi aracılı biyopsi önerilir. CIN 2,3 yoksa sitoloji ve kolposkopi ile takibe devam edilir. CIN 2, 3 histolojik bulgusu olmadan HSIL 2 yıl devam ederse veya yetersiz kolposkopi ya da endoservikal örneklemede CIN 2, CIN 3, CIN 2,3 veya derecelenmemiş CIN çıkan kadınlarda tanısal eksizyonel girişim önerilir (51).

Gebe kadınlarda histoloji sonucu CIN 1 gelirse tedavisiz takip edilir. Tedavi önerilmez (51).

2.5.2. CIN 2, 3 yönetimi

CIN 2 ve 3'ün histolojik ayrımı zor olduğu için bu servikal intraepitelyal lezyonun yönetimi benzer şekilde yapılır. CIN 2 ve 3'ün histolojik ayrımı zor olsa da CIN 3'ün CIN 2'ye gerileme oranı daha düşük ve invaziv kansere ilerleme olasılığı daha yüksektir (51,66). ALTS (ASC-US - LSIL Triyaj Çalışması) bulgularına göre CIN 1'in %10-15'i CIN 2-3'e ilerleyebilir (67).

Yeterli kolposkopi bulguları varsa eksizyonel veya ablatif tedavi kabul edilir. Yetersiz kolposkopi veya tekrarlayan CIN 2, 3 ya da endoservikal küretaj sonucu CIN 2, 3 gelirse tanısal eksizyonel girişim uygulanır. Eksizyonel işlem marjinde ya da işlem sonrası ECC'de CIN 2, 3 saptanırsa, 4-6 ay sonra sitoloji ve ECC tercih edilebilir ama eksizyon tekrarı da kabul edilebilir. Eğer eksizyon tekrarı uygun değilse histerektomi kabul edilebilir. Tedavi sonrası takiplerde 12. ve 24. ayda tekrar eş zamanlı test önerilir. Eğer 2 testte negatifse 3 yıl sonra tekrar eş zamanlı test önerilir. Bir test sonucunda anormallik olursa kolposkopiyle beraber endoservikal örnekleme önerilir (51).

CIN 2 VE CIN 3 primer tedavisinde histerektomi kabul edilemez. Pozitif HPV nedeniyle tedavi tekrarı ya da histerektomi kabul edilemez (51).

Özel Gruplar

21-24 yaş arası kadınlarda kolposkopi yeterli ise 12 ay boyunca 6 aylık aralıklarla kolposkopi ve sitoloji yapılabilir. Eğer spesifik olarak CIN 2 tanısı alınmışsa gözlem tercih edilir; ama tedavi de kabul edilebilir. Gözlem sırasında kolposkopik görünüm kötüleşir ya da HSIL veya yüksek dereceli kolposkopik lezyon 1 yıl boyunca devam ederse tekrar biyopsi önerilir. CIN 3 histoloji tanısı alınmışsa, CIN 2 veya CIN 2, 3, 24 ay boyunca devam ediyorsa ya da kolposkopi yetersizse tedavi önerilir (51, 67).

Gebe kadınlarda 12 hafta aralıkla tekrarlayan sitoloji ve kolposkopiyle değerlendirme yapılabilir. Biyopsi tekrarı ise sadece lezyon görünümü kötüleşirse ya da sitoloji invaziv hastalığı gösterirse önerilir. Yeniden değerlendirmek postpartum en az 6 hafta sonra kabul edilir. Gebelikteki yüksek dereceli lezyonlar yüksek oranda postpartum dönemde geriler. Tanısal eksizyonel girişim sadece invazyon şüphesi varsa önerilir. İnvaziv kanser tespit edilmedikçe tedavi kabul edilmez (51).

2.5.3. Servikal intraepitelyal lezyon tedavi yöntemleri

CIN tedavisi serviksin transformasyon zonuna ablatif veya eksizyonel işlemlerdir. Eksizyonel yöntemler bu lezyonların sıklıkla endoservikal kanal içinde olması nedeniyle genellikle tekrarlayan ya da kronik CIN tedavisinde kullanılır (66).

a) Ablatif tedavi yöntemleri

Ablatif tedavi anormal servikal dokunun tahrip edilmesi esasına dayanır. Ablatif tedavi yöntemlerini kullanmak için lezyon görünür olmalı, ECC (-) negatif olmalı, invazyon şüphesi olmamalı, sitoloji ile histoloji uyumlu olmalı, kolposkopi yeterli ve güvenilir olmalıdır. Ablatif tedavi yöntemleri kriyoterapi, laser ablasyon, elektrofulgurasyondur (68).

Kriyoterapi: Doku kriyonekroz oluşana dek soğutulur ve hücre içi buz kristalleri oluşur. Hücre içi materyal genişler, hücre proteinlerinin denatürasyonu ile hücreler parçalanır. Kriyoterapi yapılabilmesi için lezyon boyutunun 2

kadrandan az olması gerekir. Kriyoterapi preterm doğum riskini artırmaz. Dezavantajı ise histolojik olarak kullanılabilir örnek olmamasıdır (12, 68, 69).

Elektrofulgurasyon: Lezyon alanlarının ısı ile harap edilmesi yöntemidir.

Lazer ablasyon: Kızılötesi ışık demet üretilerek odak noktasında ısı üreterek dokuyu buharlaştırır. Lazer yöntemi ile 5-7 mm derinliğe kadar ablasyon yapılabilir (12, 69). Endikasyonları kriyoterapi ile aynıdır; ancak lezyonun forniks içine uzanması da endikasyon olarak kabul edilir. Lazer ablasyonda preterm doğum riski yoktur (68).

b) Eksizyonel tedavi yöntemleri

Yüksek dereceli intraepitelyal lezyon (CIN 2-3) öyküsü, sitolojik olarak adenokarsinoma in situ ve mikroinvazyon şüphesi olması, yetersiz kolposkopi, sitoloji-kolposkopi uyumsuzluğu, endoservikal hastalık öyküsü, histopatolojik veri elde etme arzusu durumlarında eksizyonel işlem uygulanmalıdır (68). Eksizyonel tedavi yöntemleri: loop elektrocerrahi eksizyon prosedürü (LEEP), soğuk konizasyon ve lazer konizasyondur (12, 68, 69).

Loop elektrocerrahi eksizyon prosedürü (LEEP): Elektrik akımı ile metal elektrot kullanılarak servikal dokuların kesilmesi veya kurutulması yöntemidir (12, 69). LEEP en sık kullanılan konizasyon tekniğidir. CIN 2-3 lezyonlarının eradikasyonunda etkinliği saptanmıştır. LEEP ayaktan tedavi yöntemidir. Lokal anestezi altında kolposkopik görüntüleme ile doku örneği alınır (70).

Soğuk konizasyon: Lokal veya genel anestezi altında koni şeklinde ektoservikal lezyonlarla beraber endoservikal kanalın bir kısmının eksize edilmesi yöntemidir. Tüm transformasyon zonu çıkarılır (12, 68, 69).

Lazer konizasyon: Genel veya lokal anestezi altında kızılötesi ışık demeti ile dokudan koni şeklinde biyopsi alınmasıdır. Biyopsi derinliği 10 mm'den fazla ise preterm doğum riski artar (12, 68, 69).

2.6. Tarama ve Korunma

Servikal kanser taramasında pap smear testi kanser önlenmesine yönelik ve maliyet açısından etkin girişimlerdenidir. Pap smear testi serviks kanseri insidans ve mortalitesini düşürür (37). Tek bir pap smear testi sonucunun negatif olmasıyla serviks kanseri gelişim riski %45 düşmektedir. Tüm yaşamda alınmış dokuz pap smear testi serviks kanseri gelişim riskini %99 düşürür (71). Gelişmiş ülkelerin çoğunda serviks tarama testlerine ilişkin sağlık politikaları oluşturulmuştur (38).

Serviks kanseri taraması için rehber hazırlamış olan kurumlar; Amerikan Kanser Derneği (ACS), Amerikan Obstetrik Ve Jinekoloji Derneği (ACOG), Amerikan Kolposkopi ve Servikal Patoloji Derneği (ASCCP), Amerikan Klinik Patoloji Derneği (ASCP), Amerika Birleşik Devletleri Önleyici Hizmetler Görev Gücü'dür (USPSTF) (36). Bu kurumların serviks kanseri tarama rehberlerindeki önerileri Çizelge 2.2'de özetlenmiştir.

USPSTF'in önerisi cinsel aktivite öyküsüne bakılmaksızın serviksi olan tüm kadınları kapsar. Yüksek dereceli prekanseröz servikal lezyon veya serviks kanseri tanısı almış, in utero dietilstilbestrola maruz kalan veya immünsuprese (HIV pozitif olanlar dahil) kadınlar için geçerli değildir (36).

ACOG'un 2016 rehber güncellemesinde 30 yaş altı HIV (+) kadınlarda 3 yıl arka arkaya pap smear testi negatif çıktığında üç yılda bir smear testi yapılması; 21 yaş altı HIV (+) kadınlarda rutin taramanın gerekli olmadığı önerilmektedir (Serviks kanserlerinin sadece binde biri 21 yaş altında ortaya çıkmaktadır). Otuz yaş ve üstü HIV tanısı alan kadınlarda tanıdan sonraki bir yıl içinde 3 ardışık normal sitoloji ve HPV ile birlikte taramada bir normal test sonrası yıllık taramaya geçilmesi önerilir (46).

Çizelge 2.2. Kurumların serviks kanseri tarama önerileri.

Öneri alanı / Kurum	ACS, ASCCP, ASCP	USPTSTF	ACOG
Taramanın başlaması	<ul style="list-style-type: none"> 21 yaşında başlamalıdır. 21 yaş öncesi seksüel aktiviteye bakılmaksızın tarama yapılmamalı 	<ul style="list-style-type: none"> Taramaya 21 yaşında başlanmalıdır 	<ul style="list-style-type: none"> Taramaya 21 yaşında başlanmalıdır
Tarama yöntemi ve tarama aralıkları	<ul style="list-style-type: none"> 21-65 yaş arası kadınlarda 3 yılda bir sitoloji ile tarama 30 yaşından küçük kadınlarda HPV testi ve sitoloji bir arada tarama amaçlı önerilmez. 30 - 65 yaş arası kadınlarda 5 yılda bir HPV testi ve sitoloji tarama amaçlı önerilir. 30 – 65 yaş arası kadınlarda tek başına HPV testi önerilmez. 	<ul style="list-style-type: none"> 21-65 yaş arası kadınlarda 3 yılda bir sitoloji ile tarama 30 yaşından küçük kadınlarda HPV testi tek başına veya sitoloji le kombine olarak tarama için önerilmez 30-65 yaş arası kadınlarda HPV testi ile birlikte sitoloji ile 5 yılda bir tarama yapılabilir. 	<ul style="list-style-type: none"> < 30 yaş kadınlarda sitoloji ile üç yılda bir tarama ≥ 30 yaş kadınlarda HPV ile birlikte sitoloji testi ile beş yılda bir tarama tercih edilir. ≥ 30 yaş kadınlarda sitoloji ile üç yılda bir tarama ≥25 yaş primer HPV test 3 yılda bir düşünülebilir.
Taramanın sona erdirilmesi	<ul style="list-style-type: none"> >65 yaş en yeni testin son 5 yıl içinde gerçekleştirilmiş olması kaydıyla son 10 yıl içindeki arka arkaya üç negatif sitoloji sonucu veya arka arkaya iki negatif HPV test sonucu olması ve son 20 yıl içinde CIN 2 veya yüksek patolojili sonuç öyküsü olmamalı. 	<ul style="list-style-type: none"> >65 yaş kadınlarda daha önceden yeterli tarama yapılmış ve servikal kanser için yüksek riskli değilse servikal kanser taraması önerilmez 	<ul style="list-style-type: none"> 65 veya 70 yaş kadınlarda daha önceden yeterli tarama yapılmış ve servikal kanser için yüksek riskli değilse servikal kanser taraması önerilmez
Histerektomi sonrası tarama	<ul style="list-style-type: none"> Total histerektomi öyküsü olan kadınlarda tarama önerilmez. Supraservikal histerektomi öyküsü olan kadınlarda tarama rehberlerinin önerileri doğrultusunda devam etmelidir. 	<ul style="list-style-type: none"> Serviksin de dahil olduğu histerektomi öyküsü olan ve CIN 2 CIN 3 veya servikal kanser öyküsü olmayan kadınlarda tarama önerilmez 	<ul style="list-style-type: none"> Serviksin de dahil olduğu histerektomi öyküsü olan ve CIN 2 CIN 3 veya servikal kanser öyküsü olmayan kadınlarda tarama önerilmez
HPV aşılması sonrası tarama	<ul style="list-style-type: none"> HPV aşısı öyküsü olan kadınlarda genel popülasyonla aynı şekilde tarama önerilir. 	<ul style="list-style-type: none"> HPV aşısı öyküsü olan kadınlarda genel popülasyonla aynı şekilde tarama önerilir. 	<ul style="list-style-type: none"> Öneri yok

Kaynak: Amerikan Kanser Derneği (ACS), Amerikan Kolposkopi ve Servikal Patoloji Derneği (ASCCP), Amerikan Klinik Patoloji Derneği (ASCP) 2012; Amerika Birleşik Devletleri Önleyici Hizmetler Görev Gücü (USPSTF) 2012; Amerikan Obstetrik Ve Jinekoloji Derneği (ACOG) 2016.

2.7. USPSTF'in Serviks Kanseri Taraması İçin Önerileri (36)

- Servikal kanser taramasını 21-65 yaş arası kadınlarda sitoloji (pap-test) ile 3 yılda bir veya 30-65 yaş arası kadınlarda tarama aralığını uzatmak isteyenlerde HPV testi ile birlikte sitoloji taramasını 5 yılda bir yapılması önerilir (Öneri derecesi A).
- 30 yaşından küçük kadınlarda HPV testi tek başına veya sitoloji le kombine olarak tarama için önerilmez (Öneri derecesi D).
- HPV aşısı yaptıрма öyküsü olan kadınlarda genel popülasyonla aynı şekilde taramaya devam edilmelidir (Öneri derecesi D).
- 65 yaş üstündeki kadınlarda daha önceden yeterli tarama yapılmışsa (en yeni testin son 5 yıl içinde gerçekleştirilmiş olması kaydıyla son 10 yıl içindeki arka arkaya üç negatif sitoloji sonucu veya arka arkaya iki negatif HPV test sonucu olarak tanımlanır.) ve hasta servikal kanser için yüksek risk grubunda değilse servikal kanser taraması önerilmez (Öneri derecesi D).
- Serviksin çıkarıldığı total histerektomi öyküsü olan ve CIN 2, CIN 3 veya serviks kanseri öyküsü olmayan kadınlarda tarama önerilmez (Öneri derecesi D).
- 21 yaşından genç kadınlarda serviks kanseri taraması önerilmez (Öneri derecesi D).

USPSTF'in öneri derecelerinin tanımlanması Çizelge 2.3'de gösterilmiştir.

Çizelge 2.3. USPSTF'in öneri derecelerinin tanımlanması.

Öneri derecesi	Tanım
A	Net yararın tam olduğuna dair yüksek derecede kanıtlar vardır.
B	Net yararın orta düzeyde olduğuna dair yüksek derecede kanıtlar mevcuttur veya net yararın orta düzeyle yüksek düzey arasında olduğuna dair orta derecede kanıtlar vardır.
C	Hekim seçilmiş hastalarda bireysel tercihlere göre karar vermelidir. Bulgu ve semptomların olmadığı hastaların çoğunda ise yarar beklentisi düşüktür.
D	Yararın olmadığına veya yarardan çok zararın olduğuna dair orta veya yüksek dereceli kanıtlar vardır.

Kaynak: Amerika Birleşik Devletleri Önleyici Hizmetler Görev Gücü (USPSTF) 2012.

2.8. Türkiye’de Serviks Kanseri Taraması Ulusal Standartları

Ulusal serviks kanseri taramaları Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) bünyesindeki Kansere Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri [KETEM] tarafından Bethesda sistemi kullanılarak yapılmaktadır (4).

Ülkemizde önerilen tarama yöntemi 5 yılda bir uygulanacak HPV testi veya pap smear testidir (4). Türkiye’de yapılan uygulama kadınlarda 30 yaşında başlayan ve 65 yaşına kadar uygulanan toplumu esas alan taramadır (30 ve 65 yaşlar dahil). Türkiye’de serviks kanseri taramasında Sağlık bakanlığının diğer önerileri:

- Son iki HPV veya Pap-smear testi negatif olan 65 yaşındaki kadınlarda tarama sonlandırılır (4).
- Histerektomi sonrası servikal tarama, total histerektomi benign nedenlere bağlı yapılmışsa, önerilmemektedir (CIN II, CIN III hariç) (4). CIN II ve III nedeniyle histerektomi uygulanan hastalarda son 10 yılda anormal/pozitif sitoloji sonucu yokluğunda tarama sonlandırılır (4).
- HIV infeksiyonu olanlar/ immünoşpresif tedavi alan olgularda smear taraması ilk yıl iki kez, sonuçları negatifse yılda bir kez yapılmalıdır (4,5).
- Tarama sonucu HPV testinin pozitif olması veya Pap-smear’de anormal hücrelerin görülmesi (ASCUS, ASC-H, LSIL, HSIL, AGC vb) durumunda HPV testi pozitif çıkarsa Pap-smear testi yaptırmak için, Pap-smear sonucu anormal çıkarsa, serviksin daha ayrıntılı bir şekilde muayene edilmesi için birey ileri merkezlerdeki kadın doğum uzmanlarına yönlendirilir. Sevk edilecek ileri merkezler ve kolposkopi uygulama merkezleri (kamu ya da özel merkezlere ait merkezler), Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kansere Daire Başkanlığı’na sınırlandırılır ve kalite standartları açısından denetlenir (4).

3. MATERYAL ve YÖNTEM

Biz bu çalışmada Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesine başvuran 21 yaş ve üstündeki kadınlarda serviks kanseri tarama testi konusunda bilgi, tutum ve çekinceleri öğrenmek, kadınlarda taramayı artırmak için neler yapılabileceğini belirlemek istedik. Bu amaçla bir anket hazırladık. Hazırlanan anketin anlaşılabilirliği, okunabilirliği ve uygulanabilirliğini değerlendirmek için bir pilot çalışma yaptık. Pilot çalışmada saptanan aksaklıklar ve öneriler doğrultusunda ankete son şeklini verdik.

Ankette katılımcıların demografik bilgileri, serviks kanseri açısından risklerini değerlendirmek için meslekleri, gebelik durumu, sigara kullanımı, aile planlaması yöntemi kullanımı, menopoz durumunun öğrenilmesi için sorular yanında katılımcıların smear testiyle ilgili bilgi düzeyine ilişkin veriler elde edilmesi ve smear yaptırma konusundaki tutumlarının değerlendirilmesi için smear testi hakkında sorulara yer verildi. Anket Ek-1’de verilmiştir.

3.1. Çalışma Grubunun Oluşturulması ve Veri Toplama

Kesitsel ve tanımlayıcı olarak tasarlanan bu çalışma için örneklem büyüklüğü OpenEpi.Version 3. open source calculator ile araştırma süresi içinde Aile hekimliği polikliniklerine başvurması olası 1000 hasta baz alınarak, güvenilirlik seviyesi %99, frekans yüzdesi %50, güven aralığı %5 ve örneklem hatası 0.05 olarak alınarak 400 olarak hesaplandı.

Akdeniz Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniklerine 2015 yılı Mayıs-Ağustos ayları (3 ay) arasında başvuran hastalardan ankete katılmayı kabul eden ve onamları alınan 400 gönüllüye, oluşturduğumuz 37 soruluk anketi yüz yüze görüşme yöntemiyle uyguladık.

3.2. İstatistiksel Analiz

SPSS ver. 22.0'ı kullanarak veriler analiz edildi. Tanımlayıcı analizlerde ortalama ve standart sapma, kategorik verilerin analizi için ise Ki-kare ve Spearman korelasyon analizi kullanıldı. $p < 0.05$ değeri anlamlı olarak kabul edildi. İstatistiksel analizlerde istatistikçilerden yardım alındı.



4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

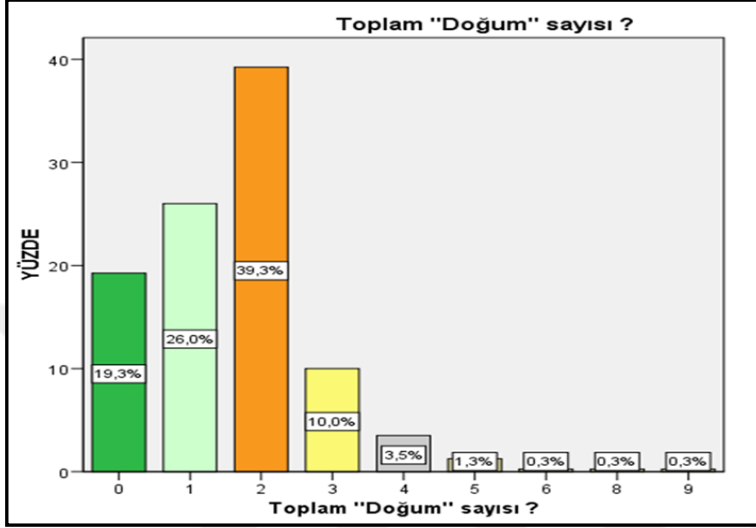
Çalışmaya katılan 400 katılımcının sosyo-demografik verileri değerlendirildi. Katılımcıların yaş ortalaması 41.1 ± 10.5 olarak hesaplandı. Katılımcıların 191'i (%47.8) 35-49 yaş grubu arasındaydı ve 310'u (%77.5) evliydi. Evli olanların 337'sinin (%84.3) ilk evliliği idi. Katılımcıların 351'i (%87.8) il merkezinde ikamet etmekteyken, 46 katılımcı (%11.5) ilçede ikamet etmekteydi. Katılımcıların 199'u (%49.8) orta gelir grubuna dahildi. Katılımcıların sadece 3'ünün (%0.8) sosyal güvencesi yoktu. Çizelge 4.1, katılımcıların sosyodemografik verilerini göstermektedir.

Çizelge 4.1. Katılımcıların sosyo-demografik verileri.

Demografik veriler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş grubu	20-34	118	29,5
	35-49	191	47,8
	50-64	91	22,8
Medeni durumu	Bekar	41	10,3
	Evli	310	77,5
	Dul (Boşanmış)	34	8,5
	Dul (Eşi ölmüş)	15	3,8
İkamet	İl merkezi	351	87,8
	İlçe	46	11,5
	Köy	3	0,8
Eğitim düzeyi	Okuryazar değil.	3	0,8
	Okuryazar	7	1,8
	İlkokul (5 yıl)	85	21,3
	İlköğretim / Ortaokul / 8 yıl)	18	4,5
	Lise	89	22,3
	Yüksekokul (2 yıllık)	52	13,0
	Üniversite (4 yıl ve üzeri)	146	36,5
Ailenin toplam gelir düzeyi	Düşük (Ayda 1000 TL'den az)	50	12,5
	Orta (Ayda 1000-3000 TL)	199	49,8
	Yüksek (Ayda 3000 TL ve üzeri)	151	37,8
Sosyal güvence	SGK (Emekli Sandığı / Bağ-Kur / SSK)	394	98,5
	Yeşil Kart	2	0,5
	Özel Sigorta	1	0,3
	Sosyal güvencem yok	3	0,8

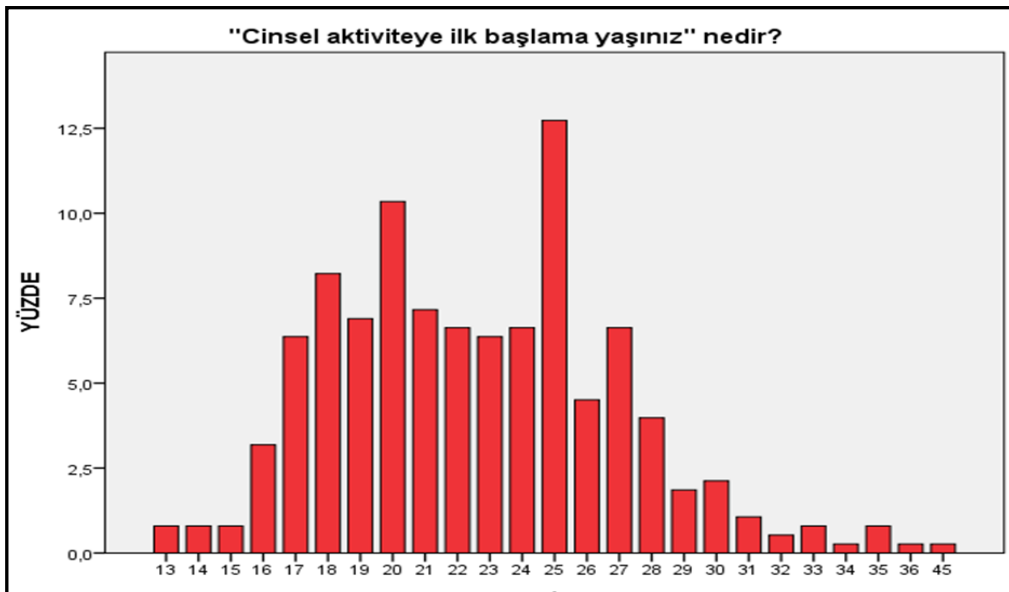
Her grupta toplam katılımcı sayısı 400'dür.

Katılımcılar arasında hiç doğum yapmayanların sayısı 77 (%19.3); bir doğum yapanların sayısı 104 (%26); iki doğum yapanların sayısı 157 (%39.3); 3 ve üzeri doğum yapanların sayısı 62 (%15.7) idi. Şekil 4.1, doğum yapan katılımcıların doğum sayısına göre dağılımlarını göstermektedir.



Şekil 4.1. Doğum yapan katılımcıların doğum sayısına göre dağılımı.

Katılımcıların %81.75'i cinsel olarak aktifti ve katılımcılar arasında ilk cinsel aktivite yaşı ortalama 22.5 ± 4.4 olarak bulundu. Şekil 4.2, katılımcıların cinsel aktiviteye ilk başlama yaş dağılımını göstermektedir.



Şekil 4.2. Katılımcıların cinsel aktiviteye başlama yaşına göre dağılımı.

Çalışmaya katılanların %96.75'nin daha önce aldığı herhangi bir kanser tanısı yoktu ve yalnızca 4 kişi (%1) daha önce meme kanseri tanısı aldığını bildirdi. Katılımcıların %38.5'i düzenli olarak jinekolojik muayene olmakla birlikte, sadece %25'i her yıl düzenli olarak jinekolojik muayene olmuştu. Katılımcıların %25.25'i daha önce jinekolojik hastalık geçirdiğini belirtti. Bu kadınlara en sık konulan tanılar sırasıyla vajinit, over kisti, myom ve servisit. Katılımcıların %46.25'i daha önce bir ya da daha fazla jinekolojik operasyon geçirmişti. Geçirilen jinekolojik operasyonlar sırası ile küretaj (%14.3), sezaryan doğum (%13.8), histerektomi (%2) ve kriyoterapi (%1.8) olarak belirtildi.

Katılımcıların eğitim durumları değerlendirildiğinde, 85 katılımcı (%21.3) ilkokul mezunu, 89 katılımcı (%22.3) lise mezunu, 52 katılımcı (%13) yüksekokul (2 yıllık) mezunu iken üniversite (4 yıl ve üzeri) mezunu katılımcı sayısı 146 (%36.5) idi.

Meslek dağılımına bakıldığında, 97 kişi (%32.8) ev hanımıydı. Çalışanların 60'ı (%15) sağlık çalışanı idi. Sağlık çalışanı olanların içinde 20 kişi (%33.3) hekim, 2 kişi (%3.3) diş hekimi, 38 kişi (%63.3) hemşire/ebe idi. Bu meslek grupları dışındaki yardımcı sağlık çalışanı sayısı 43'tü (%10.8). Sağlık çalışanı dışındaki katılımcıların %17.6'sı (n=52); öğretmen; %11.5'i (n=34) işçi/memur ve %4.4'ü (n=13) mimar-mühendis olduğunu belirtmiştir. Çizelge 4.2, katılımcıların meslek gruplarına göre dağılımını göstermektedir.

Katılımcıların %21.5'i (n=86) sigara kullanmaktaydı. Menopoza girdiğini bildiren katılımcı oranı %24.5'di (n= 98) kişi ve menopoza girme yaşı ortalaması 46.9 ± 5 idi. Katılımcıların %48'i (n=192) bir kontraseptif yöntem kullanırken, 208 katılımcı (%52) herhangi bir yöntem kullanmamaktaydı. Kontraseptif yöntemler içinde kondom kullananların sayısı 80 (%20), rahim içi araç kullananların sayısı 46 (%11.5), doğum kontrol hapı kullananların sayısı 8 (%2), tüp ligasyonu yaptıranların sayısı 24 (%6), geleneksel yöntem (geri çekme) kullananların sayısı 33'tü (%8.3).

Çizelge 4.2. Katılımcıların mesleklere göre dağılımı.

Meslek dağılımı		Sayı (n)	Yüzde (%)
Mesleği	Sağlık çalışanı	60	15,0
	Diğer sağlık çalışanı (Laborant, ATT, Sağlık Teknisyeni, Tıbbi sekreter vb.)	43	10,8
	“Diğer” meslek	296	74,0
	Mesleği yok	1	0,3
	Toplam	400	100,0
Mesleği “sağlık çalışanı” olanların dağılımları	Doktor	20	33,3
	Diş Hekimi	2	3,3
	Hemşire / Ebe	38	63,3
	Toplam	60	100,0
Diğer sağlık çalışanı	ATT	1	2,3
	Laborant	5	11,6
	Teknisyen	11	25,6
	Sağlık memuru	2	4,7
	Tıbbi sekreter	13	30,2
	Eczacı	6	14,0
	Diğer	5	11,6
	Toplam	43	100,0
Diğer meslek grubu dağılımı	Ev hanımı	97	32,8
	Mimar- mühendis	13	4,4
	Öğretmen	52	17,6
	Emekli memur-işçi	6	2,0
	Memur -işçi	34	11,5
	Diğer	94	31,8
	Toplam	296	100,0

4.2. Katılımcıların Birinci ve İkinci Derece Akrabalarında Kanser Varlığı

Katılımcılardan %42.25'nin birinci ve/veya ikinci derece akrabalarında kanser tanısı mevcuttu ve en sık konulan tanılar sırasıyla akciğer kanseri (%6), meme kanseri (%5.1), kolon kanseri (%2.3) ve lenfomaydı (%2). Katılımcılardan sadece %4.25'nin ailesinde birinci ve/veya ikinci derece akrabalarında daha önce konulmuş serviks kanseri tanısı vardı.

4.3. Katılımcıların Erken Tanı Amacıyla Yapılan Kanser Tarama Testleri Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Tutumları

Katılımcıların 37'si (%9.3) erken tanı amacıyla yapılan kanser tarama testleri hakkında bilgi sahibi olmadığını bildirdi. Bilgisi olanların 192'si (%48) serviks ve meme kanseri için, 69'u (%17.3) yalnız serviks kanseri için, 28'i (%7) yalnız meme kanseri için, 56'sı (%14) meme, serviks, kolon kanseri için tarama testi yapıldığını bildirdi. Çizelge 4.3, katılımcıların hangi kanser türleri için erken tanı amacıyla tarama testi yapıyor sorusuna verdiği yanıtları göstermektedir.

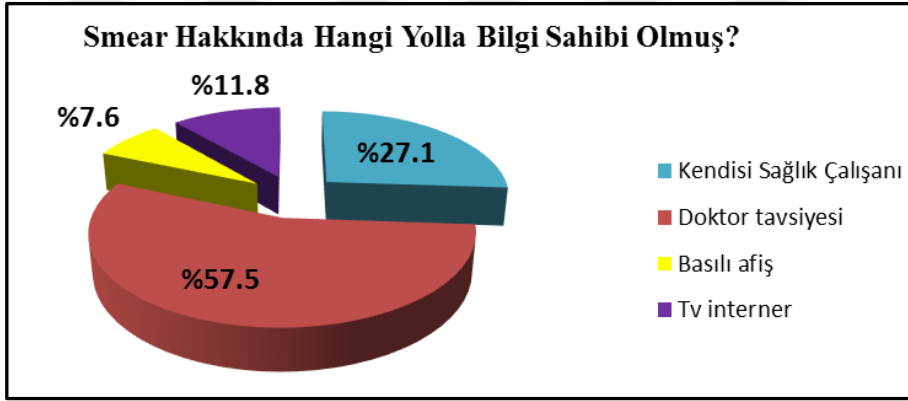
Çizelge 4.3. Katılımcıların hangi kanser türleri için erken tanı amacıyla tarama testi yapıyor sorusuna verdiği cevaplar.

Sizce hangi kanser türleri için “erken tanı” amacıyla “tarama” yapılıyor?		
KANSER TÜRÜ	SAYI (n)	YÜZDE (%)
Serviks	69	17,3
Serviks + meme	192	48,0
Serviks + meme + kolon	56	14,0
Meme	28	7,0
Meme + serviks + akciğer	6	1,5
Meme + kolon + akciğer + serviks	5	1,3
Meme + kolon	3	0,8
Kolon	1	0,3
Meme + akciğer	1	0,3
Kolon + akciğer	1	0,3
Meme + kolon + akciğer	1	0,3
Bilmiyorum	37	9,3
TOPLAM	400	100,0

Erken tanı amacıyla kanser tarama testi yaptıran oranlarına bakıldığında 101 katılımcı (%25.3) hiç tarama yaptırmadığını; 280 katılımcı (%70) serviks kanseri taraması, 141 katılımcı (%35.3) meme kanseri taraması, 11 katılımcı (%2.8) kolon kanseri taraması yaptırdığını bildirdi.

4.4. Katılımcıların Serviks Kanseri Taraması (Smear Testi) Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Tutumları

Katılımcıların %82.1'nin serviks kanseri taraması (smear testi) hakkında bilgisi mevcuttu. Yaş grupları açısından katılımcılar arasında smear testi hakkında bilgi sahibi olma düzeyleri açısından anlamlı fark yoktu ($p:0.348$). Smear testi hakkında bilgisi olanların 191'i (%57.5) doktor önerisi ile, 39'u (%11.8) televizyon internet aracılığı ile, 25'i (%7.6) basılı materyaller aracılığı ile bilgi sahibi olduğunu bildirdi. Bu soruda katılımcılar birden fazla seçeneği işaret etmişlerdir. Doksan katılımcı (%27.1) kendileri sağlık çalışanı olduğu için serviks kanseri taraması hakkında bilgilerinin olduğunu bildirdi. Şekil 4.3, katılımcıların hangi yolla smear testi hakkında bilgi sahibi olduğunu göstermektedir.



Şekil 4.3. Katılımcıların smear testi hakkında bilgi sahibi olma yolları.

Eğitim düzeyine göre değerlendirildiğinde katılımcılar arasında serviks kanser taraması hakkında bilgi düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. Okuryazar olmayan, okuryazar olanlar ve ilkokul (5 yıl) eğitimi alanlar diğer eğitim düzeylerine göre daha az oranda smear testi hakkında bilgi sahibiydi ($p<0.001$).

Meslek grupları açısından değerlendirildiğinde, sağlık çalışanları ve diğer sağlık çalışanları diğer meslek gruplarına kıyasla smear testi hakkında daha fazla bilgi sahibiydi ($p<0.001$). Benzer şekilde gelir grubu dağılımına bakıldığında; düşük gelir grubuna dahil katılımcılar smear testi hakkında daha az oranda bilgi sahibi iken, yüksek gelir grubuna dahil katılımcılar diğer gelir grubundaki katılımcılara kıyasla daha fazla oranda bilgi sahibiydi ($p<0.001$).

Ailesinde 1. ve 2. derece akrabalarında kanser tanısı olan ve olmayan katılımcılar arasında smear testi hakkında bilgi düzeyi açısından anlamlı fark yoktu (p:0.541). Aynı şekilde ailesinde 1. Derece akrabalarında kanser olanlar ile ailesinde 2. Derece akrabalarında kanser olanlar arasında da bilgi düzeyi açısından anlamlı fark saptanmadı (p:0.053). Katılımcılar kendilerinde kanser olma korkusu olan ve olmayanlar olarak değerlendirildiğinde smear testi hakkında bilgi sahibi olma oranları açısından aynı şekilde anlamlı fark yoktu (p:0.211).

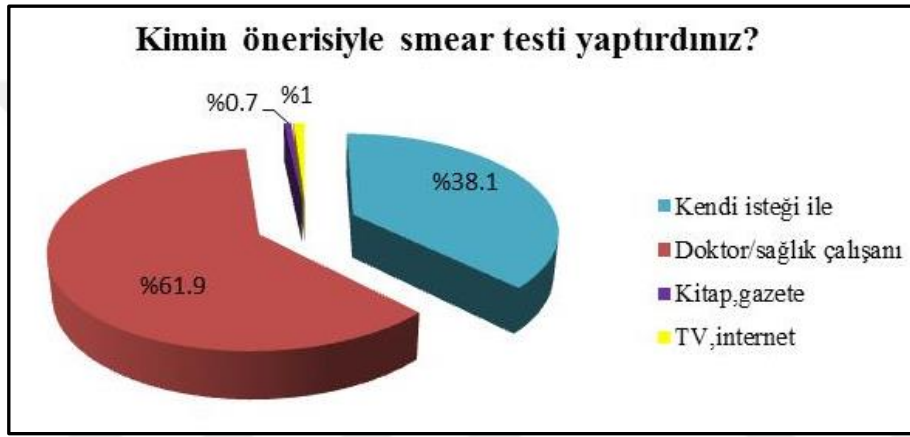
Evli olan ve olmayan katılımcılar arasında smear testi hakkında bilgi sahibi olma oranları açısından anlamlı fark mevcuttu. Evli olan katılımcılar, olmayanlara kıyasla smear testi hakkında daha fazla oranda bilgi sahibiydi (p<0.001). Smear testi hakkında bilgi sahibi olmak ile doğum sayısı arasında bir ilişki yoktu. Doğum sayısı arttıkça katılımcıların bilgi düzeyi artmamaktadır. Ancak doğum sayısı ile smear testi yaptırma arasında negatif korelasyon vardı. Doğum sayısı arttıkça smear yaptırma oranı azalmaktadır. Smear testi hakkında bilgi düzeyi ile aile planlaması yöntemi kullanma değişkenleri arasında anlamlı fark yoktu (p:0.147).

Smear testi hakkında bilgisi olup daha fazla bilgi edinmek isteyen katılımcılara en çok hangi yolla bilgi verilmesini istersiniz diye sorulduğunda en sık alınan cevaplar sırasıyla; aile hekimleri aracılığı ile (%69.5), tarama kampanyaları aracılığı ile (%28.1), basılı materyaller aracılığı ile (%17.2) ve televizyon – gazete aracılığı ile (%17.2) bilgilendirilmek istedikleri oldu. Bu soruda katılımcılar birden fazla kaynak bildirmişlerdir. Şekil 4.4. katılımcıların smear testi hakkında daha fazla bilgi sahibi olmak istedikleri yolları göstermektedir.



Şekil 4.4. Katılımcıların smear testi hakkında daha fazla bilgi sahibi olmak istedikleri yollar.

Katılımcıların 280'ni (%70) daha önce smear testi yaptırdığını belirtti. Beklenildiği üzere serviks kanser taraması hakkında bilgi sahibi olan katılımcılar olmayanlardan daha fazla oranda smear testi yaptırmıştı. Yüzdokuz kişi (%38.1) kendi isteği ile, 177 kişi (%61.9) doktor ve diğer sağlık çalışanı önerisi ile smear testi yaptırdığını belirtirken; 5 kişi (%1.7) aynı zamanda kitap/gazete/TV, internet aracılığı ile edindiği öneriler doğrultusunda smear testi yaptırdığını ifade etti. Şekil 4.5. katılımcıların smear testi yaptırma önerisini aldığı kaynakların dağılımını göstermektedir.



Şekil 4.5. Katılımcıların smear testi yaptırma önerisini aldığı kaynakların dağılımı.

Smear testi yaptıran 280 katılımcının ne kadar sıklıkla smear testi yaptırdığı sorgulandığında, 100 katılımcı (%25) her yıl, 44 katılımcı (%11) iki yılda bir, 11 katılımcı (%2.8) beş yılda bir smear testi yaptırdığını belirtti. Düzensiz aralıklarla smear testi yaptıran 119 katılımcıdan; 78 kişi (%19.5) sadece bir kez, 24 kişi (%6) iki kez, 12 kişi (%3) toplamda üç kez, 5 kişi (%1.3) toplamda dört kez smear testi yaptırdığını ifade etti.

Smear testi hakkında bilgi sahibi olup smear testi yaptırmayan 58 katılımcıya testi yaptırmama nedenleri sorulduğunda 17 kişi (%32.7) muayene olmaktan çekindiğini, 16 kişi (%30.2) herhangi bir nedeni olmadığını belirtti. Katılımcılara anket uygulandığı esnada smear testi yaptırmak isteyip istemedikleri sorulduğunda, %85.21'i şu an smear testi yaptırmak istemediklerini ifade etti ve en sık sebepler sırasıyla son bir yıl içerisinde smear testi yaptırmış olmak (%30.8), smear testi yaptırmak için yeterli zamanı olmamak (%15.5) ve smear testi

yaptırmaktan korkmaktı (%9). Çizelge 4.4 ve Şekil 4.6, smear testi hakkında bilgisi olduğu halde testi yaptırmayan katılımcıların yaptırmama nedenlerine ilişkin yanıtlarını belirtmektedir.

Çizelge 4.4. Smear testi hakkında bilgisi olduğu halde testi yaptırmayan katılımcıların yaptırmama nedenleri.

“SMEAR testi hakkında bilginiz var, ancak yaptırmadı” iseniz; “yaptırmama sebebiniz” nedir?	Sayı (n)	Yüzde (%)
Muayene olmaktan çekiniyorum.	17	29.3
Herhangi bir nedeni yok.	16	27.5
Cinsel aktif olmadığım için.	7	12
Zamanım yok.	5	8.6
Test hakkında yeterli bilgim yok.	2	3.4
Yeni evlendim.	2	3.4
Fayda sağlamayacağını düşündüğüm için.	1	1.7
30 yaşından küçük olduğum için.	1	1.7
Doktor gerekli görmedi.	1	1.7
Gerek görmüyorum.	1	1.7
Henüz erken olduğunu düşünüyorum.	1	1.7
Histerektomi oldum.	1	1.7
İhmal ediyorum.	1	1.7
Önemsemiyorum.	1	1.7
Şikayetim olmadığı için.	1	1.7



Şekil 4.6. Smear testi hakkında bilgisi olduğu halde testi yaptırmayan katılımcıların yaptırmama nedenleri.

Eğitim düzeyine göre değerlendirildiğinde, smear testi yaptıran ve yaptırmayan katılımcılar arasında anlamlı fark saptandı. Sadece okuryazar olanlar diğer eğitim düzeylerine sahip katılımcılara kıyasla daha az oranda smear testi yaptıırken, lise mezunu olan katılımcılar ise diğer eğitim düzeyine sahip katılımcılara kıyasla daha fazla oranda smear testi yaptırmıştı (p:0.045). Meslek grupları açısından değerlendirildiğinde katılımcılar arasında testi yaptırma durumu açısından anlamlı fark saptanmaz iken (p:0.237), gelir grubu dağılımına bakıldığında ise katılımcılar arasında anlamlı fark vardı. Yüksek gelir grubuna dahil katılımcılar diğer gelir grubundaki katılımcılara kıyasla daha fazla oranda smear testi yaptırmıştı (p<0.001).

Ailesinde 1. ve/veya 2. derece akrabalarında serviks kanseri tanısı olan ve olmayan katılımcılar arasında smear testi yaptırma oranları açısından anlamlı fark saptanmaz iken (p:0.541), kanser olma korkusu olan ve olmayan katılımcılar arasında ise anlamlı fark saptandı. Kanser olma korkusu olanlar olmayanlardan daha yüksek oranda smear testi yaptırmıştı (p:0.015).

Medeni durumları açısından değerlendirildiğinde ise evli olan katılımcıların, evli olmayan katılımcılara kıyasla daha fazla oranda smear testi yaptırdığı saptandı. Fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0.001).

5. TARTIŞMA

Serviks kanseri ve taraması ile ilgili literatürde yapılmış çok sayıda çalışma vardır. Farklı ülke ve etnik gruplarda yapılmış çalışmalarda katılımcılar arasında pap smear hakkında bilgi sahibi olma ve yaptırma oranları açısından farklılıklar olduğu görülmektedir. Bizim çalışmamızda katılımcıların %82.1'nin serviks kanseri taraması (smear testi) hakkında bilgisi mevcuttu. Bu oran Türkiye'de yapılan diğer çalışmalardan daha yüksektir. Serviks kanseri taraması konusunda bilgisi olduğunu bildiren kişi oranı Ünal ve arkadaşlarının Marmara bölgesinde yaptığı çalışmada (10) %49.5, Gökgöz ve arkadaşlarının Ankara'da yaptığı çalışmada (72) 38.1, Uğur-Gök ve arkadaşlarının Ordu'da yaptığı çalışmada (73) %44.3'tür. Aradaki bu fark çalışmaların yapıldığı tarih, yer ve kurumlara bağlı olabilir. Ünal ve arkadaşlarının çalışması 2005 yılında yapılmıştır. Bu tarihten sonra taramalar konusunda bilgilendirme çalışmaları artmış, 2009 yılında Aile Hekimliği uygulamasının başlamasından sonra aile hekimlerinin kanser taramaları yapmaları teşvik edilmiştir. Diğer iki çalışma 2015 tarihlidir ancak Üniversite hastanesi dışında ve hekim dışı sağlık çalışanlarınca yapılmıştır.

Yurt dışında yapılan çalışmalarda Vamos ve arkadaşlarının Panama'da yaptığı çalışmada (74) katılımcıların %33.6'sı, Almaborak ve arkadaşlarının Sudan'da yaptığı çalışmada (75) katılımcıların %52'si serviks taraması konusunda bilgileri olduğunu bildirmiştir. Bu farklılığın nedeni çalışmanın yapıldığı kurumlara bağlı olabilir. Vamosun çalışması toplum içinde, Almaborak'ın çalışması Üniversite hastanesi kadın-doğum kliniğinde yapılmıştır.

Bizim çalışmamızda katılımcıların %70'i (n:280) daha önce smear testi yaptırdığını belirtmiştir. Bu oran Gökgöz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (72) %51.6, Uğur-Gök ve arkadaşlarının çalışmasında (73) %26.4'dür. Bu çalışmalardaki oranların farklılığın nedeni çalışmaların farklı ortamlarda yapılmasına bağlı olabilir. Almaborak'ın çalışmasında (75) bilgi düzeyi ile ters orantılı olarak smear testi yaptırma oranı düşüktür (%15.8). Bu çalışmada katılımcıların %68'i pap smear testi hakkında yeterli bilgilendirildiğinde testi yaptırmayı kabul etmiş; katılımcıların %75.4'ü servikal kanser tarama programına

katılmayı onaylamıştır. Bu durum smear testi yaptırmada yeterli bilgilendirmenin önemini göstermektedir.

Çalışmamızda eğitim düzeyine göre değerlendirildiğinde katılımcılar arasında serviks kanseri taraması hakkında bilgi düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. Okuryazar olmayan, okuryazar olanlar ve ilkokul (5 yıl) eğitimi alanlar diğer eğitim düzeylerine göre smear testi hakkında daha az oranda bilgi sahibiydi ($p<0.001$). Yaş grupları açısından katılımcılar arasında smear testi hakkında bilgi sahibi olma düzeyleri açısından anlamlı fark yoktu ($p=0.348$). Türkiye’de yapılan diğer çalışmalarda benzer sonuçlar bulunmuştur. Ak ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırma (76) ile Büyükkayacı-Duman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (77) eğitim düzeyi arttıkça pap smear testini bilme oranı artmaktadır. Bu sonuçlara göre eğitim düzeyi yükseldikçe bilgilendirme kaynaklarına erişiminin daha kolay olması, edindikleri bilgiyi daha iyi anlamaları bilgi sahibi olmayı artırıyor görünmektedir. Çizelge 5.1 katılımcıların eğitim düzeylerine göre smear testi hakkında bilgi sahibi olma oranlarını göstermektedir.

Çizelge 5.1. Eğitim düzeyine göre smear testi hakkında bilgi sahibi olma oranları.

Eğitim düzeyi	Serviks kanseri taraması (SMEAR) hakkında bilginiz var mı?		p
	Evet	Hayır	
Okuryazar değil	% 33,3	% 66,7	<0.001
Okuryazar	% 14,3	% 85,7	
İlkokul (5 yıl)	% 71,8	% 28,2	
İlköğretim / Ortaokul (8 yıl)	% 88,9	% 11,1	
Lise	% 82,0	% 18,0	
Yüksekokul (2 yıllık)	% 90,4	% 9,6	
Üniversite (4 yıl ve üzeri)	% 90,4	% 9,6	

Arjantin’de Gamarra ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da (78) bizim çalışmamıza benzer şekilde eğitim düzeyi arttıkça pap smear hakkında bilgi düzeyi artmaktayken yaş grupları arasında bilgi düzeyi açısından fark bulunamamıştır.

Meslek grupları açısından değerlendirildiğinde, sağlık çalışanları ve yardımcı sağlık çalışanlarının diğer meslek gruplarına kıyasla smear testi hakkında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla bilgi sahibi olduğu görülmektedir ($p<0.001$). Doktorlar ile yardımcı sağlık personeli kıyaslandığında smear testi hakkında bilgi sahibi olma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p:0.317$). Çizelge 5.2 meslek gruplarına göre smear testi hakkında bilgi sahibi olma oranlarını göstermektedir.

Çizelge 5.2. Meslek gruplarına göre smear testi hakkında bilgi sahibi olma oranları.

Meslek	Serviks kanseri taraması (SMEAR) hakkında bilginiz var mı?		p
	Evet	Hayır	
Sağlık çalışanı	%100,0	%0,0	<0.001
Yardımcı sağlık çalışanı (Laborant, ATT, sağlık teknisyeni, tıbbi sekreter vb.)	%90,7	%9,3	
“Diğer” meslek	%78,0	%22,0	
Mesleği yok	%100,0	%0,0	

Gelir grubu dağılımına bakıldığında; düşük gelir grubuna dahil katılımcılar smear testi hakkında daha az oranda; yüksek gelir grubuna dahil katılımcıların diğer gelir grubundaki katılımcılardan daha fazla oranda bilgi sahibi olduğu bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p:0.000$). Çizelge 5.3 gelir grubu dağılımına göre smear testi hakkında bilgi sahibi olma oranlarını göstermektedir.

Çizelge 5.3. Gelir grubu dağılımına göre smear testi hakkında bilgi sahibi olma oranları.

Ailenin gelir düzeyi	Serviks kanseri taraması (SMEAR) hakkında bilginiz var mı?		p
	Evet	Hayır	
Düşük (Ayda 1000 TL'den az)	%46,0	%54,0	0.000
Orta (Ayda 1000-3000 TL)	%71,4	%28,6	
Yüksek (Ayda 3000 TL ve üzeri)	%76,2	%23,8	

Bizim çalışmamıza benzer şekilde Ünalın ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da (10) gelir düzeyi arttıkça pap smear hakkında bilgi düzeyinin arttığı saptanmıştır. Bu farklılığın nedeni bilgi kaynaklarına ve sağlık sistemine erişimin gelir arttıkça artıyor olması olabilir. Brezilya’da Fernandes ve ark’nın 2009 yılında yaptığı bir çalışmada (79) ise bizim çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak orta gelir grubunun daha fazla bilgi sahibi olduğu bulunmuştur.

Evli olan ve olmayan katılımcılar arasında smear testi hakkında bilgi sahibi olma oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. Evli olan katılımcılar, olmayanlara kıyasla smear testi hakkında daha fazla oranda bilgi sahibiydi (p:0.000). Ünalın, Büyükkayacı-Duman ve ark’nın çalışmasında da (10,76,77) aynı sonuçlar bulunmuştur. Bu fark bizim ülkemizde cinsel aktif olmanın sadece evlilikle sınırlı olması gerektiğinin ve bu kişilerin bu tür jinekolojik sorunları olabileceğinin düşünülmesinden kaynaklanıyor olabilir. Bu savı destekler şekilde Gabon’da Assoumou ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da (80) evli kadınların daha fazla bilgi sahibi olduğu bulunmuştur. Çizelge 5.4 medeni durumuna göre smear testi hakkında bilgi sahibi olma oranlarını göstermektedir.

Çizelge 5.4. Medeni durumuna göre smear testi hakkında bilgi sahibi olma oranları.

Medeni durum	Serviks kanseri taraması (SMEAR) hakkında bilginiz var mı?		p
	Evet	Hayır	
Evli	% 86,5	% 13,5	0.000
Evli değil	% 70,0	% 30,0	

Doğum sayısının yüksekliği serviks kanseri için risk etmenidir. Çalışmamızda doğum sayısı ile smear testi hakkında bilgi sahibi olmak arasında pozitif bir korelasyon saptanmadı. Ancak doğum sayısı ile smear testi yaptırmada arasında negatif korelasyon vardı. Doğum sayısı arttıkça smear yaptırmada oranı azalmaktadır. Bunun nedeninin ülkemizde fazla doğum yapan kişilerin sosyo-ekonomik durumunun düşüklüğünden kaynaklandığı düşünülebilir. Çizelge 5.5 doğum sayısına göre smear yaptırmada oranlarını göstermektedir.

Çizelge 5.5. Doğum sayısına göre smear yaptırma oranları.

Daha önce smear yaptırma durumu	Toplam “doğum” sayısı									p
	0	1	2	3	4	5	6	8	9	
Evet	11,4%	30,4%	43,6%	10,7%	2,9%	1,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0.00
Hayır	37,5%	15,8%	29,2%	8,3%	5,0%	1,7%	,8%	,8%	,8%	

Smear testi hakkında bilgi düzeyi ile aile planlaması yöntemi kullanma değişkenleri arasında da anlamlı fark bulunamamıştır (p:0.147). Çizelge 5.6 aile planlaması yöntemi kullanan kadınlarda smear testi hakkında bilgi sahibi olma oranlarını göstermektedir.

Çizelge 5.6. Aile planlaması yöntemi kullanan kadınlarda smear testi hakkında bilgi sahibi olma oranları.

Aile planlaması yöntemi	Serviks kanseri taraması (SMEAR) hakkında bilginiz var mı?		p
	Evet	Hayır	
Rahim İçi Araç (RİA)	%78,3	%21,7	>0.05
Oral kontraseptif (OKS) kullanımı	%87,5	%12,5	
Aylık iğne (Enjeksiyon)	%100,0	%0,0	
Geleneksel yöntem (Geri çekme)	%81,8	%18,2	
Kondom	%93,8	%6,3	
Tüp ligasyonu	%83,3	%16,7	

Ünalan ve arkadaşlarının çalışmasında (10) ve Arjantin’de Gamara ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da (78) bizim çalışmamızla benzer sonuçlar bulunmuştur.

Çalışmamızda aile planlaması yöntemi kullanma ile smear yaptırma arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (p:0.505). Gamara ve arkadaşlarının çalışmasında da (78) çalışmamızla benzer sonuçlar bulunmuştur. Türkiye dışında yapılan çalışmalardan Fernandes ve arkadaşlarının Brezilya’da yaptığı çalışmada (79) aile planlaması kullanan katılımcılarda smear testi konusunda bilgi düzeyi daha fazla ve yaptırma oranı daha yüksektir.

Bizim çalışmamızda kontraseptif yöntem kullanımı ile smear testi arasında bilgi ve kullanma açılarından fark olmama nedeni kondom ve oral kontraseptif gibi kontraseptif yöntem kullanan kişilerin bu yöntemleri doğrudan edinebilmelerinin mümkün olmasından kaynaklanabileceği gibi, kontraseptif yöntem edinilen sağlık kurumlarında kadınlara serviks kanseri taraması yaptırıp yaptırmadıklarının sorulmaması ve tarama için bilgi verilmemesi ya da kadının teşvik edilmemesinden kaynaklanıyor olabilir. Bu sonuçlara göre aile planlaması danışmanlığı yapılırken koruyucu sağlık hizmetleri ve kanser taramalarının danışmanlığa entegre edilmesi smear testi konusunda bilgi düzeyini ve yaptırma oranını artırabilir.

Eğitim düzeyine göre değerlendirildiğinde, smear testi yaptıran ve yaptırmayan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Sadece okuryazar olanlar diğer eğitim düzeylerine sahip katılımcılara kıyasla daha az oranda smear testi yaptırırken, lise mezunu olan katılımcılar ise diğer eğitim düzeyine sahip katılımcılara kıyasla daha fazla oranda smear testi yaptırmıştı (p:0.045). Çizelge 5.7’de eğitim düzeyine göre smear testi yaptırma oranları gösterilmiştir.

Çizelge 5.7. Eğitim düzeyine göre smear testi yaptırma oranları.

Eğitim düzeyi	Serviks kanseri taraması (SMEAR) yaptırınız mı?		p
	Evet	Hayır	
Okuryazar değil	%33,3	%66,7	<0.05
Okuryazar	%28,6	%71,4	
İlkokul (5 yıl)	%63,5	%36,5	
İlköğretim/Ortaokul (8 yıl)	%66,7	%33,3	
Lise	%78,7	%21,3	
Yüksekokul (2 yıllık)	%73,1	%26,9	
Üniversite (4 yıl ve üzeri)	%70,5	%29,5	

Demirgöz ve arkadaşlarının yaptığı çalışma (81) ve Büyükkayacı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (77) bizim çalışmamızla benzer şekilde eğitim düzeyi arttıkça smear yaptırma oranında artış görülmüştür.

Bu sonuçlar eğitim düzeyinin artması ile bilginin doğru yorumlanıp uygulamaya aktarıldığını göstermektedir. Ülkemizde eğitim düzeyinin artması kadınların daha bağımsız hareket edebilmesini sağlamakta; sağlık kurumlarına erişimi arttırarak gereksinilen sağlık hizmetini alma oranını arttırmaktadır.

Gamara ve arkadaşlarının Arjantin’de yaptığı çalışmada (78) eğitim düzeyi ile pap test yaptırmak açısından anlamlı fark yoktu. Bunun nedeni bu ülkede kadınların eğitim düzeyinden bağımsız olarak daha bağımsız hareket edebilmesi ve sağlık kurumlarına erişimlerinin daha kolay olması olabilir.

Meslek grupları açısından değerlendirildiğinde, sağlık çalışanlarının smear testi yaptırmaya oranı %76.7, diğer meslek gruplarının smear testi yaptırmaya oranları %67.6 olarak bulundu. Sağlık çalışanlarını test yaptırmaya oranları diğer meslek gruplarından fazla görülmeyle birlikte aradaki fark istatistiksel anlamlı bulunmadı (p:0.237). Sağlık çalışanları hekimler ve hekim dışı sağlık çalışanları olarak iki gruba ayrılarak yeniden analiz edildiğinde hekimlerin diğer sağlık çalışanlarına oranla smear testi yaptırmaya oranları daha düşüktü ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Hekimler %50, diğer sağlık çalışanları %83.1) (p:0.002).

Işık ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (82) hekimlerin %33’ünün smear testi yaptırdığı bulunmuştur. Bu oran bizim çalışma sonucundan da daha düşüktür. Bu sonuçlar hekimlerin hastalarının sağlıklarını korumaya önem verirken kendi sağlıklarını korumak için daha az çaba harcadığını göstermektedir.

Çizelge 5.8 tüm meslek gruplarında, Çizelge 5.9 sağlık çalışanları alt grubunda smear testi yaptırmaya oranlarını göstermektedir.

Çizelge 5.8. Meslek gruplarına göre smear testi yaptırmaya oranları.

Meslek	Daha önce smear testi yaptırdınız mı?		p
	Evet	Hayır	
Sağlık çalışanı (n:103)	76.7	23.3	0.237
Diğer meslek grubu (n:296)	67.6	32.4	

Çizelge 5.9. Sağlık çalışanlarının smear testi yaptıırma oranları.

Meslek	Daha önce smear testi yaptırdınız mı?		p
	Evet	Hayır	
Tüm sağlık çalışanları	%76,7	%23,3	0.002
Hekimler	%50	%50	
Hekim dışı sağlık çalışanı (hemşire, laborant, diş hekimi, ATT, sağlık teknisyeni, tıbbi sekreter vb.)	%83.1	%16.9	

Biz bu çalışmada hekimleri uzman ya da araştırma görevlisi olarak alt gruplara ayırmadık. Bu konuda ülkemizde yapılan çalışmalara baktığımızda Özçam H ve arkadaşlarının sağlık çalışanları arasında yaptığı çalışmada (83) uzman doktorların diğer sağlık çalışanlarına oranla daha fazla smear testi yaptırdığı bulunmuştur. Bu çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde yardımcı sağlık personeli araştırma görevlisi hekimlerden daha fazla oranda smear yaptıırma oranına sahip bulunmuştur. Bu çalışmada uzman hekimler %75 ile en yüksek smear yaptıırma oranına sahiptir.

Can ve arkadaşlarının sağlık çalışanları arasında yaptığı çalışmada (84) ise smear testi yaptıırma açısından sağlık çalışanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Gelir grubu dağılımına bakıldığında ise katılımcılar arasında smear yaptıırma açısından anlamlı fark vardı. Yüksek gelir grubuna dahil katılımcılar diğer gelir grubundaki katılımcılara kıyasla daha fazla oranda smear testi yaptıırmıştı (p:0.000). Çizelge 5.10'da gelir gruplarına göre smear testi yaptıırma oranlarını göstermektedir.

Çizelge 5.10. Gelir gruplarına göre smear testi yaptıırma oranları.

Ailenin gelir düzeyi	Serviks kanseri taraması (SMEAR) yaptırdınız mı?		p
	Evet	Hayır	
Düşük (Ayda 1000 TL'den az)	%46,0	%54,0	0.000
Orta (Ayda 1000-3000 TL)	%71,4	%28,6	
Yüksek (Ayda 3000 TL ve üzeri)	%76,2	%23,8	

Gamarra ve arkadaşlarının Arjantin’de yapılan çalışmada da (78) gelir düzeyi yüksek olan kişilerin smear yaptırma oranı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur. Gelir düzeyinin artışı serviks kanseri taraması konusunda bilgi sahibi olmayı etkilemezken smear testi yaptırma oranını artırmaktadır.

Fernandes ve arkadaşlarının (79), Aydın-Avcı ve arkadaşlarının (85) ve Ünal ve arkadaşlarının (10) yaptığı çalışmalarda gelir düzeyi ile pap smear yaptırma arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Gelir düzeyinin artması sağlık hizmetlerine ve internet gibi bilgi kaynaklarına erişimi artırmaktadır. Bu nedenle gelir düzeyi yüksek kişilerde smear hakkında bilgi düzeyi ve test yaptırma oranları daha yüksek olabilir.

Ailesinde 1. ve /veya 2. derece akrabalarında kanser tanısı olan ve olmayan katılımcılar arasında smear testi yaptırma oranları açısından anlamlı fark saptanmaz iken (p:0.094), kanser olma korkusu olan ve olmayan katılımcılar arasında ise anlamlı fark saptandı. Kanser olma korkusu olanlar olmayanlardan daha yüksek oranda smear testi yaptırmıştı (p:0.015). Çizelge 5.11’de kanser olma korkusu olan ve olmayanlar ile smear testi yaptırma arasındaki ilişki gösterilmiştir.

Çizelge 5.11. Kanser olma korkusu olan ve olmayanlar ile smear testi yaptırma oranları.

Kanser korkunuz var mı?	Serviks kanseri taraması (SMEAR) yaptırдыңız mı?		p
	Evet	Hayır	
Evet	%74,8	%25,2	0.015
Hayır	%63,5	%36,5	

Bizim çalışmamıza benzer şekilde Özçam ve arkadaşlarının (83), Büyükkayacı-Duman ve arkadaşlarının (77) yaptığı çalışmalarda ailede kanser öyküsü olması smear testi yaptırma oranını etkilememiştir. Duman ve arkadaşlarının (86) ve Oran-Tuna ve arkadaşlarının (87) akademisyen kadınlar arasında yaptığı çalışmada ailesinde kanser öyküsü olanların smear yaptırma oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu iki çalışmada katılımcıların eğitim düzeylerinin yüksekliği bu artışın nedeni olabilir.

Karabulut ve arkadaşları yaptıkları çalışmada (27) kendini kanser gelişimi açısından riskli görenlerin daha fazla smear yaptırdıklarını saptamışlardır.

Çalışmamızda katılımcıların medeni durumlarına göre serviks kanseri için smear testi yaptırma oranları değerlendirildi ve evli olan katılımcıların, evli olmayan katılımcılara göre daha fazla oranda smear testi yaptırdığı saptandı. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p:0.000). Çizelge 5.12 medeni duruma göre smear testi yaptırma oranlarını göstermektedir.

Çizelge 5.12. Medeni duruma göre smear testi yaptırma oranları.

Medeni durum	Serviks kanseri taraması (SMEAR) yaptırdınız mı?		p
	Evet	Hayır	
Evli	%76,1	%23,9	0.000
Evli değil	%48,9	%51,1	

Büyükkayacı-Duman ve arkadaşlarının 40 yaş üstü katılımcılar arasında yaptığı çalışmada da (77) evli olanların evli olmayan katılımcılara göre daha yüksek oranda smear testi yaptırdığı saptanmıştır.

Ali-Risasi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da (88) evli olan katılımcıların evli olmayan katılımcılara göre pap test yaptırma oranları daha yüksek saptanmıştır.

Bunun nedeni bizim toplumumuzda ve Kongo gibi ülkelerde evli olmayan kadınların jinekolojik muayeneden kaçınmaları ve genellikle cinsel aktif olmamaları nedeni ile kendilerinde bu tür üreme organı hastalıklarının görülme olasılığını düşük olarak görmeleri olabilir.

Çalışmamızda sosyal güvenceye göre pap smear yaptırma oranlarına baktığımızda sosyal güvencesi olanlarla olmayanlar arasında test yaptırma açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır. Sönmez ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da (89) sosyal güvenceyle smear testi yaptırma arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Ülkemizde halkın büyük çoğunluğunun sosyal güvencesi vardır. Bu çalışmada sadece 3 kişinin (%0.8) sosyal güvencesi yoktur. Bu nedenle sosyal güvence ile test yaptırma arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi anlamsız olmaktadır.

Çalışmamızda Menopoza girme durumuna menopoza girenler ve girmeyenler arasında smear testi yaptırmada anlamlı fark vardır ($P=0.002$). Menopoza girmeyenler, girenlerden daha yüksek oranda smear yaptırmıştır. Gökgöz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da menopoza girme durumu ile pap smear testi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Menopoza girenler girmeyenler göre daha çok smear testi yaptırmıştır.

Gücük ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (90) daha önce vajinal enfeksiyon geçirmek ile pap smear yaptırma arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Büyükkayacı Duman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da (77) adet düzensizliği ve vajinal akıntı ile smear testi yaptırma arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Çalışmamızda il merkezinde yaşayanlarda smear yaptırma oranı kırsal kesimde yaşayanlardan daha fazlaydı ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p:0.007$). Bizim çalışmamızla benzer şekilde Wang ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (91) ve Peltzer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda (92) il merkezinde yaşayanlar il merkezi dışında yaşayanlara oranla daha fazla test yaptırmaktadırlar. Bunun nedeni gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerine ulaşımın kentsel bölgede daha kolay olması olabilir.

ABD’de yapılan çalışmada (93) ise şehirde yaşayanlarla kırsal alanda yaşayanlar arasında pap smear yaptırmak açısından anlamlı fark bulunmadığı gösterilmiştir. Bu ülkede kırsal ve kentsel bölgelerde sağlık hizmetlerine erişim açısından fark yoktur ve tarama hizmetleri için hastalar sürekli bilgilendirilmekte ve çağrılmaktadır.

Erken yaşta cinsel aktiviteye başlama serviks kanseri için bir risk etmenidir. Bu çalışmada cinsel aktiviteye başlama yaşı ile smear testi yaptırma arasında bir ilişki olup olmadığı da araştırılmıştır. Cinsel aktiviteye başlama yaşına göre ≤ 20 yaş, 21-29 yaş arası, 30-45 yaş arası katılımcılar arasında smear testi yaptırma

açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p:0.148). Paz Soldan ve ark'nın Peru'da yaptığı çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak 17 yaş ve altı ile 18-20 yaş arasında ilk cinsel aktiviteye başlayanlar 21 yaş sonrası cinsel aktiviteye başlayanlardan daha fazla oranda smear testi yaptırmıştır (94).

Daha önce jinekolojik hastalık ya da operasyon geçirme öyküsü olması kadınların birinci ve ikinci basamakta sağlık hizmeti aldıkları anlamına gelmektedir. Bu hizmet alımı sırasında kadınlar serviks kanseri taraması konusunda bilgilendirilebilirler. Bu çalışmada daha önce jinekolojik hastalık geçirme ile tarama testi konusunda bilgi düzeyi ve smear yaptırma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (sırasıyla p:0.778, p:0.055).

Hasta merkezli bakım ilkelerine göre, hasta ile her karşılaşma sağlığı koruma girişimleri açısından bir fırsat olarak değerlendirilmelidir. Bu birinci basamağa sağlık hizmeti almak amacıyla gelen kadınlar dahil tüm bireylerin kanser taramaları dahil sağlığı koruma ve geliştirme konusunda danışmanlık almalarını gerektirir. Bizim ülkemizde birinci basamakta serviks kanseri taraması çok yenidir. Ağustos 2014 tarihinden itibaren KETEM'lerde ve Aile Sağlığı Merkezlerinde HPV DNA (Hybrid Capture 2) testi ile 30 yaşından sonra yapılmasına başlanmıştır. Bu nedenle sağlık kurumlarına başvuru sırasında hastalar bilgilendirilmemiş olabilir.

6. SONUÇLAR

1. Katılımcıların %82.1'inin serviks kanseri taraması (smear testi) hakkında bilgisi vardı.
2. Katılımcıların %70'i (n:280) daha önce en az bir kez smear testi yaptırdığını belirtti.
3. Yaş grupları açısından katılımcılar arasında smear testi hakkında bilgi sahibi olma düzeyleri açısından anlamlı fark yoktu ($p=0.348$).
4. Okuryazar olmayan, okuryazar olanlar ve ilkokul (5 yıl) eğitimi alanlar diğer eğitim düzeylerine göre smear testi hakkında daha az oranda bilgi sahibiydi ($p<0.001$) ve daha az test yaptırmışlardı ($p<0.05$).
5. Düşük gelir grubuna dahil katılımcılar smear testi hakkında daha az oranda; yüksek gelir grubuna dahil katılımcıların diğer gelir grubundaki katılımcılardan istatistiksel olarak anlamlı oranda daha fazla oranda bilgi sahibiydi ($p:0.000$).
6. Yüksek gelir grubuna dahil katılımcılar diğer gelir grubundaki katılımcılara kıyasla daha fazla oranda smear testi yaptırmıştı ($p<0.05$).
7. Evli olan katılımcılar, olmayanlara kıyasla smear testi hakkında daha fazla oranda bilgi sahibiydi ($p:0.000$).
8. Doğum sayısı ile smear testi hakkında bilgi sahibi olmak arasında korelasyon saptanmadı. Doğum sayısı arttıkça katılımcıların bilgi düzeyi artmamaktadır. Ancak doğum sayısı ile smear testi yaptıрма arasında negatif korelasyon vardı. Doğum sayısı arttıkça smear yaptıрма oranı azalmaktadır.
9. Smear testi hakkında bilgi düzeyi ile aile planlaması yöntemi kullanma değişkenleri arasında da anlamlı fark yoktu ($p:0.147$).
10. Kontraseptif yöntem kullanma ile smear testi yaptıрма arasında anlamlı ilişki yoktu ($p:0.505$).
11. Sağlık çalışanlarını test yaptıрма oranları diğer meslek gruplarından fazla görülmekle birlikte aradaki fark istatistiksel anlamlı değildi ($p:0.237$).

12. Hekimlerin diğer sağlık çalışanlarına oranla smear testi yaptırma oranları daha dūřüktü ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (Hekimler %50, diğer sağlık çalışanları %83.1) (p:0.002).
13. Ailesinde 1. ve/veya 2. derece akrabalarında kanser tanısı olan ve olmayan katılımcılar arasında smear testi yaptırma oranları açısından anlamlı fark saptanmaz iken (p:0.094), kanser olma korkusu olan ve olmayan katılımcılar arasında ise anlamlı fark vardı. Kanser olma korkusu olanlar olmayanlardan daha yüksek oranda smear testi yaptırmıştı (p:0.015).
14. Evli olan katılımcılar, evli olmayan katılımcılara göre daha fazla oranda smear testi yaptırmıştı. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p:0.000).
15. Menopoza girme durumuna menopoza girenler ve girmeyenler arasında smear testi yaptırmada anlamlı fark vardır (p=0.002). Menopoza girmeyenler, girenlerden daha yüksek oranda smear testi yaptırmıştı.
16. Daha önce jinekolojik hastalık geçirme ile tarama testi konusunda bilgi düzeyi ve smear yaptırma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (sırasıyla p:0.778, p:0.055).
17. İl merkezinde yaşayanlarda smear testi yaptırma oranı kırsal kesimde yaşayanlardan daha fazlaydı ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p:0.007).
18. Cinsel aktiviteye başlama yaşına göre ≤ 20 yaş, 21-29 yaş arası, 30-45 yaş arası katılımcılar arasında smear testi yaptırma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p:0.148).

7. ÖZET

Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 21 Yaş ve Üstü Kadınların Serviks Kanseri Taraması Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının Araştırılması

Gerekçe ve Amaç: Serviks kanseri tüm dünyada kanser ölümlerinin tüm kadınlarda en sık dördüncüdür. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünyada her yıl 15 yaş üzeri 2.337 milyon kadın serviks kanseri gelişme riski altındadır. Globacan Projesinin 2012 verilerinde Türkiye’de serviks kanserinden günde 4, yılda ise 1364 ölüm olduğu belirtilmektedir. Biz bu çalışmada Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine herhangi bir nedenle başvuran 21 yaş ve üstündeki kadınlarda serviks kanseri tarama testi konusunda bilgi, tutum ve çekinceleri öğrenmek, kadınlarda taramayı artırmak için neler yapılabileceğini belirlemek istedik.

Materyal ve Yöntem: Tıbbi İstatistik AD’den yardım alınarak örneklem sayısı 400 kişi olarak belirlendi. Literatür çalışmaları sonrası geliştirilen anket 21 yaş ve üzeri çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlara yüz yüze görüşme ile uygulandı. Veriler SPSS programına girilerek değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 400 kadın katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 41.2; %15’i (n:60) sağlık çalışanı; %81.8’i (n:363) cinsel olarak aktiftir. Katılımcıların %25.3’ü daha önce hiçbir kanser için tarama yaptırmadığını; %70’i (n:280) daha önce en az bir kez serviks kanseri taraması yaptırdığını bildirmiştir. Daha önce smear yaptıranların %61.9’u (n:177) doktor önerisi ile smear yaptırdığını belirtmiştir. Katılımcıların %82.1’inin smear testi hakkında bilgisi vardı. Serviks kanseri taramasından haberdar olan ancak tarama yaptırmayan kadınlar tarama yaptırmama nedeni olarak %30.2’si bir nedeni olmadığını; %32’si muayene olmaktan çekindiğini belirtmiştir. Smear testi konusunda yeterli bilgisi olmadığını belirten katılımcıların %69.5’i pap smear konusunda aile hekimlerinden bilgi almak istediklerini ifade etmiştir.

Sonuç: Kadınların taramadan kaçınma nedenleri bilgi eksikliği ve muayene olmaktan çekinmeleridir. Kadınların önemli bir kısmı aile hekimlerinin kendilerini bilgilendirmelerini istemektedir. Aile hekimleri kurdukları güven ilişkisi ile ikincil koruma kapsamında kadınların serviks kanseri taraması yaptırmalarını sağlayacak konumda ve yeterlidir.

Anahtar Kelimeler: Serviks Kanseri, Tarama, Smear Testi, Bilgi Düzeyi.



8. ABSTRACT

The Investigation of Cervical Cancer Screening Knowledge and Attitudes of Women Admitted to Family Medicine Polyclinic Who Are 21 Years Old and Over

Background and Purpose: Cervical cancer is the fourth most common cause of cancer death in women worldwide. According to World Health Organisation database, there is a population of 2,337 million women ages 15 years and older who are at risk of developing cervical cancer per year. Four deaths per day and 1364 deaths per year are associated with cervical cancer according to Globacan Project 2012 database. The aim of our study is to determine the level of knowledge, attitudes and hesitations among women 21 years old and over who are admitted to family medicine clinic of Akdeniz University Medical Faculty for any reason and to address what could be done for increasing the women's participation in the screening programme.

Material and Methods: The sample size was determined as 400 people as a result of advice done by department of biostatistics. A questionnaire based on a literature review using face to face interviews was conducted on women 21 years old and over, who agreed to participate in the study. All the statistical tests were done using SPSS.

Results: 400 women were included in the study. The mean age was 41,2 years, the 15% (n:60) of the study population were health workers, 81,8% (n:363) were sexually active. Percent 25,3 of the study population reported that they had no previous cancer screening test, whereas 70% (n:280) reported that they had cervical cancer screening test at least once. Of participants with previous pap smear test examination, 61,9% (n:177) reported that they had smear test upon the recommendation of doctor. Percent 82,1 of the participants had knowledge about smear test. As a reason for not getting a pap smear test; among women with no previous screening test although they have been informed about cervical cancer screening before; Of thirty percent reported that they have no reason; percent thirty-two reported that they hesitate getting a physical examination. Of two percent reported that they think there is not any benefit of smear test. Among

participants with inadequate knowledge about smear test, 69,5% said that they want to take information from family physician about pap smear test.

Conclusion: Inadequate knowledge and hesitating from physical examination are reasons for avoiding from screening test among women. An important part of women want to be informed by family physicians. By establishing a trust relationship, family physicians are at a adequate location for enabling women to have a cervical screening test within secondary prevention.

Key Words: Cervical Cancer, Screening, Smear Test, Level of Knowledge.



9. KAYNAKLAR

1. WHO GLOBOCAN Cancer Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx.
2. National Institutes of Health. Cervical Cancer. NIH Consensus Statement. 1996; 14(1): 1–38.
3. U.S. Cancer Statistics Working Group. United States Cancer Statistics: 1999–2012 Incidence and Mortality Web-based Report. Atlanta (GA): Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, and National Cancer Institute 2015.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları www.saglik.gov.tr
5. Tuncer M. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserele Savaş Dairesi Başkanlığı Ulusal Kanser Programı 2009-2015. Bakanlık Yayın No: 760.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Sağlık İstatistik Yıllığı 2014. Bakanlık Yayın No: 1010.
7. Peirson L, Fitzpatrick Lewis D, Ciliska D, Warren R. Screening for cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews* 2013; 2: 35.
8. Gültekin M, Boztaş G. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser İstatistikleri 2014. Erişim. www.thsk.saglik.gov.tr. Erişim tarihi: 19.05.2015
9. Sankaranarayanan R, Ramadas K, Qiao Y. Early detection of cancer in primary care in less-developed countries. *Cancer Control* 2013; 68-72.
10. Ünalın P, Baş G, Atalay A, Kasapbaş T Kurt S, Uzuner A. Marmara Üniversitesi Kadın Doğum Polikliniğine Başvuranların Pap Smear Konusundaki Bilgileri Ve Test Sonuçları. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2005; 147-51.
11. Akyüz A, Güvenç G, Yavan T, Çetintürk A, Kök G. Kadınların Pap Smear Yaptırma Durumları İle Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2006; 25-9.
12. Griffith WF, Werner CL. Alt Genital Sistemin Preinvazif Lezyonları. Ceylan Y, Yıldırım G, Aslan H, Gül A, Gedikbaşı A. (Çev.Eds) Williams Jinekoloji, İstanbul Nobel Yayınevi 2010; 618-20, 633-5.
13. Engin G, Serviksin 3-Boyutlu Radyolojik Anatomisi *Türk Onkoloji Dergisi* 2012; 27(Ek 1): 55-61.
14. American Cancer Society. Cancer Facts and Figures 2016. Atlanta, Ga: American Cancer Society 2016.
15. Timothy P. Canavan MD. Cervical Cancer *Am Fam Physician* 2000; 61(5): 1369-76.

16. Closas RG, Castellsague X, Bosch X, Gonzalez CA. The Role of Diet and Nutrition in Cervical Carcinogenesis: A Review of Recent Evidence. *Int J Cancer* 2005; 117: 629–37.
17. Jenkins D. Viruses and Cervix Cancer *BJM* 1991; 251.
18. Avcı GA, Bozdayı G. İnsan Papilloma Virüsü (Human Papillomavirus) *Kafkas J Med Sci* 2013; 3(3): 136–44.
19. Akdeniz M, Kavukçu E. Çocukluk Çağı Aşılarında Son Gelişmeler. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi* 2016; 8(1): 31-42.
20. Markowitz LE, Dunne EF, Saraiya M, Lawson HW, Chesson H, Unger ER. Centers for Disease Control and Prevention (CDC); Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccine: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep.* 2007; 56(RR-2): 1-24.
21. Datta G, Colditz G, Kawachi I. Individual-, neighborhood-, and state-level socioeconomic predictors of cervical carcinoma screening among U.S. black women. *Cancer* 2006; 106(3): 664–9.
22. La Vecchia C, Boccia S. Oral contraceptives, human papillomavirus and cervical cancer. *Eur J Cancer Prev* 2014; 23(2): 110–2.
23. Tao L, Han L, Li X, Gao Q. Prevalence and risk factors for cervical neoplasia: a cervical cancer screening program in Beijing. *BMC Public Health* 2014; 14: 1185.
24. Munoz N, Franceschi S, Besetti C, Moreno V, Herrero R, Smith JS, et al. Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: the IARC multicentric case-control study. *Lancet* 2002; 359: 1093-101.
25. Lea JS. Serviks Kanseri. Ceylan Y, Yıldırım G, Aslan H, Gül A, Gedikbaşı A. (Çev. Eds) *Williams Jinekoloji içinde. İstanbul Nobel Matbaacılık* 2010; 648.
26. Green J, Berrington de Gonzalez A, Sweetland S, Beral V, Chilvers C, Crossley B, et al. Risk factors for adenocarcinoma and squamous cell carcinoma of the cervix in women aged 20–44 years: the UK National Case – Control Study of Cervical Cancer. *British Journal of Cancer* 2003; 89: 2078-86.
27. Karabulut Ö. Evaluation of the Pap Smear Test Status of Turkish Women and Related Factors. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2013; 14: 981-6.
28. Nieminen P, Kallio M, Anttila A, Hakama M. Organised vs. spontaneous pap-smear screening for cervical cancer: A case-control study. *Int J Cancer* 1999; 83(1): 55-8.
29. Aklimunnessa K, Mori M, Khan MM. Effectiveness of cervical cancer screening over cervical cancer mortality among Japanese women. *Jpn J Clin Oncol* 2006; 36: 511.

30. Sasieni P, Castanon A, Cuzick J. Screening and adenocarcinoma of the cervix. *Int J Cancer* 2009; 125: 525.
31. Mukherjee S. Tüm Hastalıkların Şahı: Kanserin Biyografisi. Tozar ZA (çev.ed.) İstanbul Bkz Yayıncılık 2010; 290-5.
32. Solomon D, Davey D, Kurman R. The 2001 Bethesda system: terminology for reporting results of cervical cytology. *JAMA* 2002; 287: 2114.
33. Nayar R, Wilbur DC. The Pap test and Bethesda 2014. *Acta Cytologica* 2015; 59: 121-32.
34. Committee on Practice Bulletins-Gynecology. ACOG Practice Bulletin Number 131: Screening for cervical cancer. *Obstet Gynecol* 2012; 120: 1222.
35. Arbyn M, Bergeron C, Klinkhamer P, Martin-Hirsch P, Siebers AG, Bulten J. Liquid compared with conventional cervical cytology: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2008; 111: 167-77.
36. Moyer VA. Screening for cervical cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2012; 156: 880-91, W312.
37. Ozan H. Pap smear: Ne zaman? Nasıl? Kimden? *TJOD - Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler* 2005; 2: 35-40.
38. Gökaslan H, Uyar EE. Pap smear ile servikal kanser taraması. *Türk Aile Hek Derg* 2004; 8(3): 105-10.
39. American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. 2006 consensus guidelines for the management of women with abnormal cervical cancer screening tests. Erişim: www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=14698&nbr=007268&string=HPV. Erişim Tarihi: 04.05.2016.
40. Huh WK, Ault KA, Chelmow D. Use of primary high risk human papillomavirus testing for cervical cancer screening: interim clinical guidance. *J Low Genit Tract Dis* 2015; 19: 91.
41. Whitlock EP, Vesco KK, Eder M. Liquid based cytology and human papillomavirus testing to screen for cervical cancer: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2011; 155: 687.
42. Ronco G, GiorgiRossi P, Carozzi F. Efficacy of human papillomavirus testing for the detection of invasive cervical cancers and cervical intraepithelial neoplasia: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 2010; 11: 249.
43. Ogilvie GS, Krajden M, van Niekerk DJ. Primary cervical cancer screening with HPV testing compared with liquid based cytology: results of round 1 of a randomised controlled trial the HPV FOCAL Study. *Br J Cancer* 2012; 107: 1917.

44. Ronco G, Dillner J, Elfström KM. Efficacy of HPV based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow up of four European randomised controlled trials. *Lancet* 2014; 383: 524.
45. Leinonen M, Nieminen P, Kotaniemi Talonen L. Age specific evaluation of primary human papillomavirus screening vs conventional cytology in a randomized setting. *J Natl Cancer Inst* 2009; 101: 1612.
46. ACOG Practice Bulletin No. 157: Cervical Cancer Screening and Prevention. *Obstet Gynecol* 2016; 127 (1): e1-e20.
47. Vesco KK, Whitlock EP, Eder M. Risk factors and other epidemiologic considerations for cervical cancer screening: a narrative review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2011; 155: 698.
48. Huh WK, Ault KA, Chelmow D. Use of primary high risk human papillomavirus testing for cervical cancer screening: interim clinical guidance. *Obstet Gynecol* 2015; 125: 330.
49. The 1988 Bethesda System for reporting cervical/vaginal cytological diagnoses. National Cancer Institute Workshop. *JAMA* 1989; 262: 931.
50. Schwartz MR, Eversole GM. Unsatisfactory reporting rates: 2006 practices of participants in the College of American Pathologists interlaboratory comparison program in gynecologic cytology. *Arch Pathol Lab Med.* 2009;133:1912Y6.
51. Massad LS, Einstein MH, Huh WK, et al. 2012 updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. *J Low Genit Tract Dis* 2013; 17:S1.
52. Holton T, Smith D, Terry M, Madgwick A, Levine T. The effect of lubricant contamination on Thin Prep liquid based preparations. *Cytopathology* 2008; 19: 236-43.
53. Goodman A, Huh WK. Cervical cytology: Evaluation of atypical squamous cells (ASCUS and ASC-H). http://www.uptodate.com/contents/cervical-cytology-evaluation-of-atypical-squamous-cells-asc-us-and-asc-h?source=see_link. Erişim tarihi:03.04.2016
54. Bergeron C. The 2001 Bethesda System. *Salud Publica Mex* 2003;45 suppl 3:S340-S344
55. Goodman A, Huh WK. Cervical cytology: Evaluation of low-grade squamous intraepithelial lesions (LSIL). <http://www.uptodate.com/contents/cervical-cytology-evaluation-of-low-grade-squamous-intraepithelial-lesions-lsil>. Erişim tarihi: 04.04.2016
56. Jones BA, Davey DD. Quality management in gynecologic cytology using interlaboratory comparison. *Arch Pathol Lab Med* 2000; 124:672

57. Goodman A, Huh WK. Cervical cytology: Evaluation of high-grade squamous intraepithelial lesions (HSIL). <http://www.uptodate.com/contents/cervical-cytology-evaluation-of-high-grade-squamous-intraepithelial-lesions-hsil>. Erişim tarihi: 04.04.2016
58. Söderlund-Strand A, Kjellberg L, Dillner J. Human papillomavirus type-specific persistence and recurrence after treatment for cervical dysplasia. *J Med Virol* 2014; 86: 634.
59. Davey DD, Neal MH, Wilbur DC, Colgan TJ, Styer PE, Mody DR. Bethesda 2001 implementation and reporting rates: 2003 practices of participants in the College of American Pathologists Interlaboratory Comparison Program in Cervicovaginal Cytology. *Arch Pathol Lab Med* 2004; 128: 1224-9.
60. Wang J, Andrae B, Sundström K, Ström P, Ploner A, Elfström KM, et al. Risk of invasive cervical cancer after atypical glandular cells in cervical screening: nationwide cohort study. *BMJ* 2016; 352: i276.
61. Apgar BS, Brotzman GL, Spitzer ME. *Colposcopy Principles and Practice*, W.B. Saunders Company, Philadelphia 2002.
62. Muñoz N, Bosch FX, de Sanjosé S. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med* 2003; 348: 518.
63. Darragh TM, Colgan TJ, Thomas Cox J. The Lower Anogenital Squamous Terminology Standardization project for HPV associated lesions: background and consensus recommendations from the College of American Pathologists and the American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. *Int J Gynecol Pathol* 2013; 32: 76.
64. Waxman AG, Chelmow D, Darragh TM. Revised terminology for cervical histopathology and its implications for management of high grade squamous intraepithelial lesions of the cervix. *Obstet Gynecol* 2012; 120: 1465.
65. Moscicki AB, Hills N, Shiboski S. Risks for incident human papillomavirus infection and low grade squamous intraepithelial lesion development in young females. *JAMA* 2001; 285: 2995.
66. Spitzer M, Apgar BS, Brotzman GL. Management of histologic abnormalities of the cervix. *American Academy of Family Physician* 2006; 73(1): 105-12.
67. Cox JT, Schiffman M, Solomon D, ASCUS-LSIL Triage Study (ALTS) Group. Prospective follow-up suggests similar risk of subsequent cervical intraepithelial neoplasia grade 2 or 3 among women with cervical intraepithelial neoplasia grade 1 or negative colposcopy and directed biopsy. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188: 1406–12.

68. Apgar BS, Kaufman AJ, Bettcher C, Featherstone EP. Gynecologic Procedures: Colposcopy, Treatment of Cervical Intraepithelial Neoplasia, and Endometrial Assessment. *Am Fam Physician* 2013; 87(12): 836-43.
69. Hoffman BL, Word LE. Benign Jinekolojik Durumlar İçin Yapılan Ameliyatlar. Ceylan Y, Yıldırım G, Aslan H, Gül A, Gedikbaşı A (Çev.Eds). *Williams Jinekoloji İstanbul Nobel Yayınevi* 2010; 889-94.
70. Güzelmeriç K, Sakin Ö, Kars B, Ünal O, Pirimoğlu ZM. The Results of Loop Electrosurgical Excision Procedure (Leep) for the Treatment of Cervical Intraepithelial Lesions. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi* 2015; 2: 41-5.
71. Özgül N. Türkiye'de Serviks Kanserinin Durumu ve Yapılan Servikal Kanser Tarama Çalışmaları. Tuncer M. (Ed.). *Türkiye'de Kanser Kontrolü Ankara Koza Matbaacılık* 2009; 379-84.
72. Gökgöz N, Aktaş D. Kadınların Serviks Kanseri Ve Pap Smear Testi Yaptırma Durumlarına Yönelik Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E- Dergisi* 2015; 3(2): 11-23. <http://hdergi.ybu.edu.tr/index.php/e-dergi/article/view/127>. Erişim Tarihi: 15.05.2016.
73. Uğur Gök H, Avcı Aydın I. Kanser Tarama Merkezine Başvuran Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Erken Tanı Bilgi Ve Uygulamalarına Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015; 4(2): 244-58.
74. Vamos CA, Calvo AE, Daley EM, Giuliano AR, López Castillo H. Knowledge, Behavioral, and Sociocultural Factors Related to Human Papillomavirus Infection and Cervical Cancer Screening Among Inner-City Women in Panama. *J Community Health* 2015; 40(6): 1047-56.
75. Almobarak AO, Elbadawi AA, Elmadhoun WM, Elhoweris MH, Ahmed MH. Knowledge, Attitudes and Practices of Sudanese Women Regarding the Pap Smear Test and Cervical Cancer Asian Pac J Cancer Prev 2016; 17(2): 625-30.
76. Ak M, Canbal M, Turan S, Gürbüz N. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Papsmear Testinin Farkındalığının Değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi* 2010; 2(2): 1-4.
77. Büyükkayacı Duman N, Yüksel Koçak D. Kırk Yaş Üstü Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Taramalarına Yönelik Bilgi ve Uygulamaları G.O.P. Taksim E.A.H. *JAREN* 2015; 1(1): 30-8.
78. Gamarra CJ, Paz EPA, Griep RH. Knowledge, Attitudes and Practice Related to Papanicolaou Smear Test Among Argentina's Women. *Rev. Saude Publica* 2005; 39(2): 1-6.

79. Fernandes JV, Rodrigues SHL, Costa YGAS, Silva LCM, Brito AML, Azevedo JWV. Knowledge, attitudes, and practices related to Pap test in Northeastern Brazil. *Rev Saude Pública* 2009; 43(5).
80. Assoumou SZ, Mabika BM, Mbiguino AN, Mouallif M, Khattabi A and Ennaji MM. Awareness and knowledge regarding of cervical cancer, Pap smear screening and human papillomavirus infection in Gabonese women. *BMC Women's Health* 2015; 15: 37.
81. Demirgöz Bal M. Kadınların Pap Smear Testi Yaptırma Durumlarının Sağlık İnanç Modeli leği ile Değerlendirilmesi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2014; 4(3): 133-8. <http://e-dergi.marmara.edu.tr/marusbed/article/view/5000082059>. Erişim tarihi: 15.05.2016
82. Işık O, elik M, Ketten HS, Dalgacı AF, Yıldırım F. Kadın doktorların Pap smear testi konusunda bilgi tutum ve davranışlarının belirlenmesi. *Cukurova Med J* 2016; 41(2): 291-8.
83. Özçam H, imen G, Uzunçakmak C, Aydın S, zcan, Boran B. Kadın Sağlık alışanlarının Meme Kanseri, Serviks Kanseri ve Rutin Tarama Testlerini Yaptırmaya İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *İstanbul Med J* 2014; 15: 154-60.
84. Can H, Kılıç ztrk Y, Güçlü YA, ztrk F, Demir ř. Kadın Sağlık alışanlarının Serviks Kanser Farkındalığı. *Tepecik Eğit Hast Derg* 2010; 20(2): 77-84.
85. Aydın Avcı I, Altay B, Rızalar S, zdelikara A, z H. Kadınların meme ve servikal kanser taramalarına yönelik tutumları. *TAF Prev Med Bull* 2015; 14(3): 235-9.
86. Duman NB, Algier L, Pınar G. Health beliefs of the female academicians about breast cancer and screening tests and the affecting factors. *International Journal of Hematology and Oncology* 2013; 23(4): 1-9.
87. Oran Tuna N, Can ztrk H, şenuzun F, Aylaz Durmaz R. Health Promotion Lifestyle and Cancer Screening Behaviors: A Survey Among Academician Women. *Asian Pacific J. Cancer Prev* 2008; 9: 515-8.
88. Ali-Risasi C, Mulumba P, Verdonck K, Broeck DV, Praet M. Knowledge, attitude and practice about cancer of the uterine cervix among women living in Kinshasa, the Democratic Republic of Congo. *BMC Women's Health* 2014; 14: 30 <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/14/30>. Erişim tarihi: 15.5.2015.
89. Sönmez Y, Keskin Y, Lüleci E. Kadın ve aile sağlığı merkezine başvuranların serviks kanseri erken tanı yöntemleri konusunda bilgi tutum ve davranışları. *Maltepe Tıp Dergisi* 2012; 4(2): 15-21.

90. Gücük S, Alkan S, Arıca S, Ateş A. Van Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi Polikliniğine Başvuranların Pap Smear Konusundaki Bilgilerinin Değerlendirilmesi. TAF Prev Med Bull 2011; 10(5): 527-32.
91. Wang PD, Lin RS. Sociodemographic factors of Pap smear screening in Taiwan. Public Health 1996; 110(2): 123-7.
92. Peltzer K, Phaswana-Mafuya N. Breast and cervical cancer screening and associated factors among older adult women in South Africa. Asian Pac J Cancer Prev 2014; 15(6): 2473-6.
93. Doescher MP, Jackson JE. Trends in Cervical and Breast Cancer Screening Practices Among Women in Rural and Urban Areas of the United States. Journal of Public Health Management & Practice 2009; 15(3): 200-9.
94. Paz Soldan VA, Lee FH, Carcamo C, Holmes KK, Garnett GP, Garcia P. Who is getting Pap smears in urban Peru?. International Journal of Epidemiology 2008; 37: 862-9.

10. EKLER

Ek 1. “Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 21 Yaş Ve Üstü Kadınların Serviks Kanseri Taraması Konusundaki Bilgi Ve Tutumlarının Araştırılması” Anketi.

Ek-3 Anket no:

“AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN 21 YAŞ VE ÜSTÜ KADINLARIN SERVİKS KANSERİ TARAMASI KONUSUNDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARININ ARAŞTIRILMASI” ANKETİ

- Bu anket, Akdeniz Üniversitesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı’nda yapılan bir tez çalışmasında kullanılmak üzere düzenlenmiştir.
- Verilerin doğru elde edilmesini sağlamak için lütfen aşağıdaki soruları, size en yakın gelen şıkları işaretleyerek doldurunuz.

Anketin yapıldığı Poliklinik: _____ Tarih : . / . / 2015

KATILIMCININ KİŞİSEL BİLGİLERİ

1. YAŞINIZ : () 20-34 35-49 50-64

2. MEDENİ DURUMUNUZ: Bekar Evli Dul (Boşanmış) Dul (Eşi ölmüş)

3. EVLİ İSENİZ; KAÇINCI EVLİLİĞİNİZ? Lütfen yazınız: _____

4. GEBELİK SAYISI: ____ DOĞUM SAYISI: ____ KÜRETAJ SAYISI: ____ DÜŞÜK SAYISI: ____

5. İKAMETİNİZ: İl Merkezi İlçe Köy

6. EĞİTİM DÜZEYİNİZ: Okuryazar değil Okuryazar İlkokul (5 yıl) İlköğretim (Ortaokul/8 yıl)
Lise Yüksekokul (2 yıllık) Üniversite(4 yıl ve üzeri)

7. MESLEĞİNİZ : Sağlık Çalışanı: Doktor Diş hekimi Hemşire- ebe
Diğer Sağlık Çalışanı (Lütfen yazınız): _____
Diğer Meslek (Lütfen yazınız): _____ Mesleği yok

8. AİLENİN GELİR DÜZEYİ (TOPLAM)
Düşük (ayda 1000 TL'den az) Orta (Ayda 1000-3000 TL) Yüksek (ayda 3000 TL ve üzeri)

9. SOSYAL GÜVENCENİZ VAR MI?
SGK (ES, Bağ kur, SSK) Yeşil kart Özel Sigorta Sosyal güvencem yok

10. SİGARA KULLANIYOR MUSUNUZ? Evet (Lütfen yazınız): ____ (Paket-Adet / Yıl) Hayır
Bıraktım.

11. MENOPOZA GİRDİNİZ Mİ? Evet (Kaç yaşında menopoza girdiniz? Lütfen yazınız) ____ Hayır

12. HERHANGİ BİR AİLE PLANLAMASI YÖNTEMİ KULLANIYOR MUSUNUZ? Evet Hayır

13. YANITINIZ “EVET” İSE HANGİ YÖNTEMİ KULLANIYORSUNUZ?

a. Rahim içi araç <input type="checkbox"/>	f. Geleneksel yöntem (geri çekme) <input type="checkbox"/>
b. Oral kontraseptif <input type="checkbox"/>	g. Kondom <input type="checkbox"/>
c. Aylık enjeksiyon <input type="checkbox"/>	h. Tüp ligasyonu <input type="checkbox"/>
d. 3 aylık enjeksiyon <input type="checkbox"/>	i. Diğer (Lütfen yazınız) _____
e. Deri altı implantlar <input type="checkbox"/>	

14. KANSER OLMA KORKUNUZ VAR MI? Evet Hayır

~Sayfa 1 ~

“AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN 21 YAŞ VE ÜSTÜ KADINLARIN SERVİKS KANSERİ TARAMASI KONUSUNDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARININ ARAŞTIRILMASI” ANKETİ

15. SİZCE HANGİ KANSER TÜRLERİ İÇİN ERKEN TANI AMACIYLA TARAMA YAPILYOR? Lütfen yazınız

1. 2. 3. 4.

16. SİZ HANGİ TÜR KANSERLER İÇİN TARAMA YAPTIRDINIZ?

- a. Hiç yaptırmadım. b. Rahim ağzı kanseri c. Meme kanseri d. Kalın barsak kanseri
e. Diğer (Lütfen yazınız) _____

17. RAHİM AĞZI KANSER TARAMASI (SMEAR) HAKKINDA BİLGİNİZ VAR MI? Evet Hayır

18. YANITINIZ “EVET” İSE HANGİ YOLLA BİLGİ SAHİBİ OLDUNUZ?

- a. Sağlık çalışanım.
b. Doktorum ve/veya bir sağlık çalışanı bilgilendirdi.
c. Kitap, gazete, dergi kanalıyla bilgi sahibi oldum.
d. Televizyon ya da internet yoluyla bilgi sahibi oldum.
e. Diğer (Lütfen yazınız): _____

19. DAHA ÖNCE SMEAR TESTİ YAPTIRDINIZ MI? Evet Hayır

20. DAHA ÖNCE SMEAR TESTİ YAPTIRDIYSANIZ KİMİN ÖNERİSİYLE YAPTIRDINIZ?

- a. Kendi isteğimle yaptırдым.
b. Doktorum ve/veya bir sağlık çalışanı yönlendirdi.
c. Kitap, gazete, dergi kanalıyla bilgi sahibi olup yaptırдым.
d. Televizyon ya da internet yoluyla bilgi sahibi olup yaptırдым.
e. Diğer (Lütfen yazınız): _____

21. NE KADAR SIKLIKLA SMEAR TESTİ YAPTIRIYORSUNUZ?

- a. Hiç yaptırmadım. e. Diğer(Lütfen yazınız): _____
b. Her yıl yaptırıyorım. f. Düzensiz aralıklarla yaptırıyorım
c. İki yılda bir yaptırıyorım. (Sadece _____ defa yaptırдым)
d. Beş yılda bir yaptırıyorım.

22. SMEAR TESTİ HAKKINDA BİLGİNİZ VAR ANCAK YAPTIRMADIYSANIZ NEDENİ NEDİR?

- a. Yaptırmamın fayda sağlayacağını düşünmüyorum.
b. Muayene olmaktan çekiniyorum.
c. Test hakkında yeterli bilgim yok.
d. Yaptırmak istemiyorum, bir nedeni yok.
e. Diğer nedenler (Lütfen yazınız): _____

23. SMEAR TESTİNİ ŞİMDİ YAPTIRMAK İSTERMİSİNİZ? Evet Hayır

“AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN 21 YAŞ VE ÜSTÜ KADINLARIN SERVİKS KANSERİ TARAMASI KONUSUNDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARININ ARAŞTIRILMASI” ANKETİ

24. SMEAR TESTİNİ YAPTIRMAK İSTEMİYORSANIZ NEDEN YAPTIRMAK İSTEMİYORSUNUZ?

(Lütfen yazınız): _____

25. SMEAR TESTİ HAKKINDA BİLGİNİZ VAR VAR ANCAK DAHA FAZLA BİLGİ EDİNMEK İSTİYORSANIZ SİZE HANGİ YOLLA BİLGİ VERİLMESİNİ İSTERSİNİZ?

- a. Rahim ağzı kanseri tarama kampanyaları hazırlanması gerekir.
- b. Basılı materyaller hazırlanmalıdır (afiş, broşür, poster)
- c. Aile hekimleri hastalarını bilgilendirmelidir.
- d. Basında (televizyon, gazete, dergiler) kamu spotları bilgilendirmeler yapılmalıdır.
- e. Diğer bir yolla (Lütfen yazınız): _____

26. ŞU ANDA CİNSEL OLARAK AKTİF MİSİNİZ? Evet Hayır

27. CİNSEL AKTİVİTEYE BAŞLAMA YAŞINIZ NEDİR? Lütfen yazınız: _____ yaşında başladım.

28. DAHA ÖNCE KANSER TANISI ALDINIZ MI? Evet (Kanser tipini yazınız) _____ Hayır

29. DÜZENLİ JİNEKOLOJİK MUAYENE OLUR MUSUNUZ? Evet (_____ yılda bir) Hayır

30. DAHA ÖNCE JİNEKOLOJİK HASTALIKLAR GEÇİRDİNİZ Mİ? Evet Hayır

31. JİNEKOLOJİK HASTALIK GEÇİRDİYSENİZ HANGİ HASTALIKLARI GEÇİRDİNİZ? (Lütfen yazınız).

1. 2. 3. 4.

32. DAHA ÖNCE JİNEKOLOJİK OPERASYON GEÇİRDİNİZ Mİ? Evet Hayır

33. JİNEKOLOJİK OPERASYON GEÇİRDİYSENİZ HANGİ OPERASYONLARI GEÇİRDİNİZ? (Lütfen yazınız).

1. 2. 3. 4.

34. AİLENİZDE, BİRİNCİ VE İKİNCİ DERECE AKRABALARINIZDA KANSER OLAN KİŞİ VAR MI?

Evet Hayır

35. VARSA, KİMLER KANSER TANISI ALDI? (Lütfen yazınız).

1. 2. 3. 4.

36. VARSA, BU KİŞİLER HANGİ KANSER TANILARINI ALDI? (Lütfen yazınız).

1. 2. 3. 4.

37. AİLENİZDE, BİRİNCİ VE İKİNCİ DERECE AKRABALARINIZDA RAHİM AĞZI KANSERİ OLAN KİŞİ VAR MI? Evet Hayır

ANKET BİTTİ.



ZAMAN AYIRDIĞINIZ ve YANITLADIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR
Araştırma Görevlisi Doktor Emel Gümüş Öncel
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

~Sayfa 3 ~