



**T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ,
KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN SAğLIK UYGULAMA VE
ARAşTIRMA MERKEZİ
KADIN HASTALIKLARI VE DOğUM KLİNİğİ**

**SERVİKAL SMEAR SONUCU ‘LOW GRADE SMEAR’(ASC-US, LGSİL)
GELEN HASTALARIN ANKSİYETE DURUMLARININ
DEğERLENDİRİLMESİ**

Dr. İteriş YAMAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL, 2018



**T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ,
KANUNİ SULTAN SULEYMAN SAğLIK UYGULAMA VE
ARAşTIRMA MERKEZİ
KADIN HASTALIKLARI VE DOğUM KLİNİğİ**

**SERVİKAL SMEAR SONUCU 'LOW GRADE SMEAR'(ASC-US, LGSİL)
GELEN HASTALARIN ANKSİYETE DURUMLARININ
DEğERLENDİRİLMESİ**

Dr. İteriş YAMAN

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

Tez Danışmanları:

Doç. Dr. Özgür AKBAYIR

Op. Dr. İlkbal YÜKSEL

İSTANBUL, 2018

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca mesleki konulardaki bilgi ve deneyimlerini bizlere aktaran Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. İsmail Özdemir'e,

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi, beceri ve tecrübelerinden faydalandığım tüm değerli hocalarıma,

Sadece tez çalışmamı hazırlama süresince değil, ihtisasım süresince örnek kişiliği ve mesleki deneyimi ile yolumu aydınlatan tez danışmanım, değerli hocam Doç. Dr. Özgür AKBAYIR'a,

Tezimi hazırlamamda bilgisi ve tecrübesi ile, desteğini esirgemeyen sayın danışman uzmanım Op. Dr. İlkbal YÜKSEL'e,

Bu çalışmayı sonlandırmamda büyük emeği olan sayın Yrd. Doç. Oya Bozkurt'a,

Zorlu asistanlık sürecimde beraber çalıştığımız ve tüm iyi niyetleriyle mesleki gelişimime katkıda bulununan uzmanlarımıza,

İhtisasım süresi boyunca her daim yanımda olan, asistanlık hayatını çekilir kılan, "Eşkıdem candır" tümcesinin öznesi, asistanlık dönemimin her karesinde önemli bir yeri olan can dostum Dr. Burhanettin ŞAHİN'e,

Birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum tüm asistan hekim arkadaşlarıma, özellikle Dr. Ozan KARADENİZ'e, Dr. Ünsal YEŞİLOVA'ya ve tüm klinik personeline teşekkür ediyor, şükranlarımı sunuyorum.

Son olarak, kişilik ve karakteri ile, bilgi ve tecrübesi ile yaşamımın her döneminde yolumu aydınlatan, aynı zamanda ilk öğretmenim olan babama, Osman YAMAN'a,

Saysız fedakarlığı ile, sonsuz sabır ve şefkatini üzerimden eksik etmeyerek bu günlere gelmeme vesile olan kıymetli anneme, Süheyla YAMAN'a,

Kardeşlerim Kürşad, Çağrı ve meslektaşım olma yolunda ilerleyen Tonyukuk YAMAN'a, minnettarlığımı sunarım.

Ve teŖekkürlerin en büyüünü; bu zor mesleği birlikte icra ettiğim, varlığı ile hayatımı kolaylaŖtıran, bu süreçte bana sevgiyle destek olan, en değerlime, hayat arkadaşıma, Dr. Duygu YAMAN'a sunmayı gönülden bir borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	v
TABLolar DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. SERVİKAL PREMALİGN LEZYONLAR	3
2.1.1. Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri.....	4
2.1.2. Tanı Yöntemleri.....	5
2.1.3. Servikal Taramanın Önemi	5
2.1.4. Serviks Kanserinde Tarama Nasıl Yapılmalı.....	6
2.1.5. Patolojik Smear Sonuçlarının Yönetimi	7
2.2. ANKSİYETE.....	9
2.2.1. Anksiyete Epidemiyolojisi.....	10
2.2.2. Anksiyete Bozukluklarında Sınıflama	10
2.2.3. STAI (State- Trait Anxiety Inventory= Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği)	11
2.2.4. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirliği	12
2.2.5. Sağlık Anksiyetesi Tanımı ve Sağlık Anksiyetesi Envanteri	13

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	14
3.1. ETİK KONULAR; ARAŞTIRMANIN TIPI, YERİ, SÜRESİ VE ÖRNEKLEMİ.....	14
3.2. DAHİL VE HARIÇ EDİLME KRİTERLERİ	14
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	15
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ UYGULANMASI.....	16
3.5. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME	16
4. BULGULAR.....	18
5. TARTIŞMA	28
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	35
7. KAYNAKLAR	37

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AİS	: adenokarsinoma in situ
ASCCP	: American Society For Colposcopy And Cervical Pathology
ASC-US	: Atypical Squamous Cells- Undetermined Significance
CIN	: Servikal İntraepitelyal Neoplazi
DKP	: Durumluk Kaygı Puanı
EAH	: Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
HPV	: Human Papilloma Virus
LAST	: Lower Anogenital Squamous Terminology
LBC	: liquid Based Cytology
LGSIL	: Low Grade Squamous İntraepithelial Lesion
PAP	: Papanicolaou
SBÜ	: Sağlık Bilimleri Üniversitesi
STAI	: State Trait Anxiety Inventory

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. 2001 Bethesda Sistemi, servikal sitolojide anormal bulguların sınıflandırılması	8
Tablo 2. Patolojik smear testi sonuçlarında CIN'e ve karsinom görülme oranları....	8
Tablo 3. Anksiyete Bozukluklarının Sınıflandırılması	10
Tablo 4. Smear Sonucuna göre Demografik Özelliklerin Dağılımlarının Karşılaştırılması.....	18
Tablo 5. Smear Sonuçlarının, Hastaların Demografik Özelliklerine Göre STAI Test Durumluluk Kaygı Puanlarının Karşılaştırılması	21
Tablo 6. Tekli ve Çoklu Lojistik Regresyon Analizi.....	24
Tablo 7. Tanımlayıcı İstatistikler Tablosu-1.....	26
Tablo 8. Tanımlayıcı İstatistikler Tablosu-2.....	27

ŞEKİLLER DİZİNİ

- Şekil 1.** Servikal sitolojik ve histolojik bulguların tanımlanması. A) Sırasıyla normal, düşük ve yüksek grade’li servikal sitolojiler. B) Sırasıyla CIN 1,2 ve 3..... 3
- Şekil 2.** Servikal premalign lezyonların Bethesda ve LAST sistemine göre sitolojik ve histolojik sınıflandırılması. 4
- Şekil 3.** Yıl bazında yeni bildirilen servikal kanser vakaları ve servikal kanser nedeniyle gerçekleşen ölüm oranları 6

**SERVİKAL SMEAR SONUCU ‘LOW GRADE SMEAR’(ASC-US, LGSIL)
GELEN HASTALARIN ANKSİYETE DURUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

ÖZET

AMAÇ

Pap smear testi ile yapılan servikal sitolojik tarama sonucu ‘Low grade smear’, yani ASC-US VE LGSIL gelen hastalarda binde 1-2 gibi çok düşük oranlarda kanser saptanır. Çalışmamızın amacı, bu hasta grubunun anksiyete durumunu, smear sonucu normal gelen hastalar ile karşılaştırarak değerlendirmektir. Anksiyete düzeylerindeki anlamlı yükseliş durumu saptandığında, bu duruma karşı alınabilecek önlemleri saptamak ve kadın sağlığına bütüncül bir yaklaşımla psikososyal etkilenmenin de önüne geçilebilecek çözümler üretebilmek amaçlanmaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Prospektif olarak tasarlanan bu çalışmanın araştırma grubuna, SBÜ Kanuni Sultan Süleyman EAH Jinekolojik Onkoloji Polikliniği’ne pap smear testi sonucu ASCUS ve LGSIL gelen 94 hasta dahil edilmiştir. Kontrol grubu ise hastanemiz jinekoloji polikliniklerine başvuran ve pap smear testi sonucu negatif gelen toplam 94 hasta olarak belirlenmiştir. Çalışmaya dahil edilen hastalara, polikliniğe başvurduklarında hekim tarafından smear sonuç bilgisi verilmesinin ardından, çalışma hakkında bilgi verilip hastaların onamları alındı ve çalışmaya dahil edildiler. Hastalardan Yan Yapılandırılmış Görüşme Formu, STAI State, STAI Trait ve Sağlık Anksiyetesi Envanteri testlerini cevaplandırmaları istendi. Okur-yazar olmayan hastalara hekim tarafından testleri cevaplamasında yardım edildi. Bu durum haricindeki hastalar testleri kendileri cevaplandırdılar.

BULGULAR

Hastalar, smear sonucu bilgisi hekim tarafından verildikten sonra, STAI Durumluluk ve Süreklilik Kaygı Testleri ile Sağlık Anksiyetesi Ölçeği’ne tabii tutulmuştur. Hastaların ailesinde kanser öyküsü olması, mevcut hastalığı olması,

medeni durumunun bekar ya da boşanmış olması gibi faktörler, anksiyete düzeyini artırıcı risk faktörleri olarak tespit edilmiştir. Yüksek eğitim düzeyindeki, alkol kullanan ve daha önce hiç smear testi yaptırmamış kadınlarda anksiyete düzeyi anlamlı derecede yüksek saptandı.

SONUÇ

Smear testi sonucu ASCUS ve LGSIL gelen hastaların anksiyete düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek tespit edildi. Hastaların smear sonuçlarını yanlış algıladığı ve servikal kanser hakkında bilgi sahibi olmayan hastalarda anksiyete düzeyi yüksek görülmektedir. Oysa; ASCUS VE LGSIL’de binde 1-2 gibi çok düşük oranlarda kanser görülmesine rağmen, anksiyete düzeylerinde bu anlamlı artışın, hastaların hekim tarafından yeterli ve/veya anlaşılır düzeyde, daha detaylı bilgilendirildiğinde azalabileceği açıktır. Tarama testleri ile erken teşhis ile serviks kanserinin önüne geçmek hedeflenirken, hastaların ruhsal sağlığının etkilenmemesine dikkat edilmeli ve insan sağlığına bütüncül yaklaşım sergilenmelidir.

Anahtar Kelimeler: pap smear test, anksiyete, serviks kanseri

EVALUATION OF ANXIETY STATUS OF PATIENTS WITH ‘LOW GRADE SMEAR’(ASC-US, LGSIL) AS A RESULT OF CERVICAL SMEAR

ABSTRACT

AIM

The cervical cytological screening performed by the pap smear test results which is ‘low grade smear’, so as ASC-US and LGSIL, a small percentage of those patients(%0,1-0,2) have detected cancer. The aim of our study war to evaluate the anxiety status of this patient group with the patients who had normal smear results. When a significant increase in anxiety levels is detected, with an holistic approach to women’s health, we aim to produce solutions that can be prevented from psychosocial effects and generate precautions to be taken against this situation.

MATERIALS AND METHODS

The research group of this prospectively designed study, we included 94 outpatient applicants at Kanuni Sultan Suleyman Gynecological Oncology Clinics whom had ASC-US and LGSIL pap smear test results. The control group consisted of 94 patients who were admitted to the gynecology outpatient clinics of our hospital and had negative pap smear results. After physicians gave information to the patients about their pap smear results, they instructed patients about the research and received consent of them in order to be included in the study. Patients were asked to answer the side structured interview form, STAI Stage, STAI Trait and Health Anxiety Inventory tests. Non illiterate patients were assisted by physicians to answer test questions. Except this group of patient, others answered their questions alone.

RESULTS

The patients were subjected to STAI Situation and Continuity Anxiety Tests and Health Anxiety Scale after smear results were given by the physician. Factors such as having a family history of cancer, having a current disease, having a marital status as single or divorced have been identified as risk factors to increase the level of anxiety. Anxiety level is significantly higher in women with higher education level who have never had a smear test.

CONCLUSION

Smear test results were significantly higher in ASC-US and LGSIL patients' anxiety levels. Anxiety level is found to be high in patients who have misdiagnosed smear results and have no information about cervical cancer. Whereas; Although very low rates of cancer are found in ASC-US and LGSIL 1-2, it is clear that this significant increase in anxiety regimens may be reduced by the physician when the patient is sufficiently informed and/or understood by the patient. Early detection by screening tests While aiming to prevent cervical cancer, care should be taken not to affect the mental health of patients and a more holistic approach to human health. While aiming at early diagnosis and prevention of cervical cancer by screening tests, the mental health of patients should be taken into consideration and a more holistic approach to human health should be considered.

Key words: Pap smear test, anxiety, cervical cancer

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Serviks kanseri, meme, akciğer ve kolorektal kanserden sonra insidans ve mortalite olarak 4. sırada yer almaktadır. Dünyada her yıl 500.000 yeni serviks kanseri vakası görülmektedir. Bu vakaların 250.000'den fazlasında ise hastalar serviks kanseri nedeniyle hayatlarını kaybetmektedir. Serviks kanseri nedeniyle ölümlerin büyük bir çoğunluğu az gelişmiş ülkelerde görülmektedir(1). Türkiye'de ise tüm kanserlerin % 2,7'sini oluşturmaktadır. 25-49 yaş arasındaki kadınlarda meme, tiroid, kolorektal ve over kanserinden sonra en sık görülen 5. kanserdir(2).

1950'lerde Papanicolaou (Pap) smear testinin tanımlanmasından sonra, son 50 yılda, özellikle tarama programlarının başarılı olduğu ülkelerde, serviks kanseri insidansı %75'e yakın oranda azalmış ve buna bağlı mortalite oranlarında belirgin bir düşüş izlenmiştir (3,4).

1988'de, Bethesda Sistemi terminolojisinin geliştirilmesiyle servikal sitoloji raporları standardize edilmiştir (5). Servikal sitoloji sonuçlarını rapor etmeye yönelik, sonradan yapılan düzenlemeler, 2001 Bethesda sistemine öncülük etmiştir (6).

Buna göre, pap smear testi sonucu ASCUS ve LGSIL gelen hastaların sadece binde 1-2'sinde kanser saptanmaktadır.

Servikal kanser taraması sonucu epitelyal hücre anormallikleri saptanan hastalarla ilgili yapılan farklı çalışmalarda, bu hastaların kaygı düzeylerinde anlamlı yükseliş, hayat kalitelerinde ve sosyal yaşamlarında olumsuz etkilenmeler saptanmıştır (7,8,9).

Biz bu çalışmada, düşük diskaryotik servikal smear sonucu (ASCUS, LGSIL) gelen hastaların, hekim tarafından bilgilendirildikten sonra, anksiyete düzeylerini belirli anksiyete değerlendirme testleri kullanarak değerlendirdik. Ayrıca servikal smear sonucu normal gelen hastalardan bir kontrol grubu oluşturarak aynı testler ile bu hastaları değerlendirdik. Servikal sitoloji sonuçları anormal gelen hastaların kaygı durumlarını servikal sitoloji sonucu normal gelen hastaların kaygı durumlarıyla kıyaslayıp değerlendirmeyi hedefledik. Servikal sitoloji sonucu anormal gelen

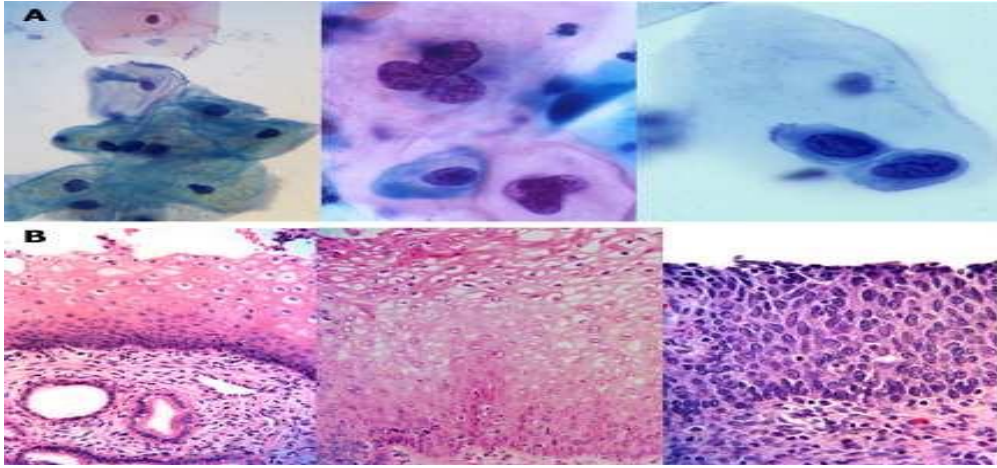
hastaların anksiyete düzeylerinde anlamlı yükselme saptanması durumunda, bu durumu engelleyecek tedbirlerin değerlendirilmesi tartışılabilir.

Dünya Sağlık Örgütü anayasasında sağlık şöyle tanımlanmıştır: “Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halidir(10). Amacımız servikal kanser taraması ile kanser insidansını azaltırken aynı zamanda bu hastaların ruh ve sosyal sağlıklarının da iyilik halinde olmasını sağlamak olmalıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. SERVİKAL PREMALİGN LEZYONLAR


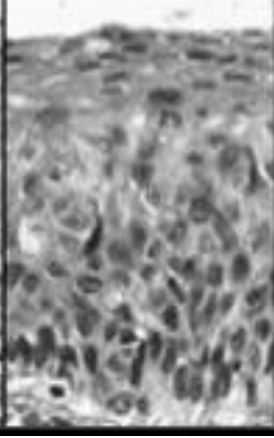
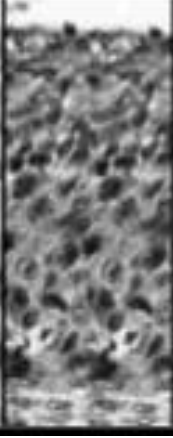

Servikal premalign lezyonlar, servikal kanser için öncü lezyonlar olup invaziv nitelikte olmayan epitelyal anormallikleri kapsamaktadır. Servikal İntraepitelyal Neoplazi (CIN) tanımı düşük düzeyli displastik, sitoplazmik ve nükleer değişikliklerden şiddetli displaziye doğru giden geniş bir tanımlamayı içerir. Bu geniş spektrumun ortak özelliği bazal membranda tutulumun olmamasıdır. CIN tanımlaması serviksin dış yüzeyini (ektoserviks) döşeyen çok katlı skuamöz epitel için yapılmıştır. Ektoserviksin skuamöz epitel katmanının etkilenen oranına göre CIN 1 (alt 1/3'te sınırlı), CIN 2 (orta 1/3'e kadar uzanmakta) veya CIN 3 (üst 1/3'e kadar uzanmakta) olarak ifade edilir. Servikal kanal ise tek bir kolumnar epitel ile döşenmiş olup bu bölge için böyle bir tanımlama bulunmamaktadır. Bu alandaki histolojik anormallikler adenokarsinoma in situ (AIS) veya adenokarsinom şeklinde tanımlanmıştır(11,12,13). Şekil-1'de sitolojik ve histolojik bulguların karşılaştırılması gösterilmektedir.



Şekil 1. Servikal sitolojik ve histolojik bulguların tanımlanması. A) Sırasıyla normal, düşük ve yüksek grade'li servikal sitolojiler. B) Sırasıyla CIN 1,2 ve 3

Sitolojik ve histolojik bulgular 1988 yılında düzenlenen Bethesda sınıflamasına göre farklı terminolojileri içermekte idi (3). Ancak Amerikan Patoloji Derneği ve Amerikan Kolposkopi ve Servikal Patoloji Topluluğu'nun ortak bir projesiyle hazırlanan LAST (Lower Anogenital Squamous Terminology)

çalışmasıyla alt genital sistemin HPV ilişkili premalign lezyonları için sitolojik ve histolojik bulgular ortak bir terminolojiyle tanımlanmıştır (14). Şekil-2’de eski ve yeni tanımlamalar gösterilmektedir.

LAST System ^[1]	Cytology	LSIL	HSIL		
	Histology	LSIL	p16 staining should be performed*	HSIL	
Bethesda Classification System ^[2]	Cytology	LSIL	HSIL		
	Histology	CIN 1	CIN 2	CIN 3	
Previous terminology		Mild dysplasia	Moderate dysplasia	Severe dysplasia	Carcinoma in-situ
Histologic images					

Şekil 2. Servikal premalign lezyonların Bethesda ve LAST sistemine göre sitolojik ve histolojik sınıflandırılması.

2.1.1. Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri

Amerika Birleşik Devletleri’nde(ABD) CIN için yıllık insidans %4-5 olarak belirtilmiştir (15). Pap test ve kolposkopinin tam bir duyarlılığa sahip olmamaları nedeniyle bu oran gerçek sıklığı yansıtmamaktadır. Yüksek dereceli lezyonlar özellikle 25-35 yaş aralığında görülmekte ve tanıdan 8-13 yıl sonra invaziv lezyonlar saptanmaktadır.

CIN lezyonlarının az bir kısmı invaziv kansere dönüşme eğilimindedir. HPV enfeksiyonu bu lezyonlardaki temel etiyolojik etken olup takip eden 6-18 ayda %50, takip eden 2-5 yılda ise %80-90 oranında temizlenmektedir (16).

CIN 1 lerin %52’si gerilerken %1 oranında invaziv kansere dönüşebilmektedir. Bu risk displazi derecesinin artmasıyla birlikte artış

göstermektedir. CIN 2 lerin %43' ü gerilerken %5' i invaziv kansere dönüşür. CIN 3' lerde ise %32 gerileme görülürken %12 invaziv kansere dönüşebilmektedir (16,17).

Servikal premalign lezyonlar ile invaziv kanser için belirlenen risk faktörleri benzerdir. En önemli risk faktörü yüksek riskli HPV (Tip 16, 18, 31, 33, 45 ve 58) enfeksiyonunun varlığı ve bu enfeksiyonun persistansı olarak saptanmıştır (18). HPV dışında ırk, yaş, parite, düşük sosyoekonomik düzey, sigara kullanımı, erken yaşta cinsel ilişki, çok sayıda cinsel partner, A,C ve E vitamini eksikliği, yetersiz servikal tarama programları ve immüsupresyon (HIV, transplant alıcıları, kemoterapi vb.) da risk faktörleri arasında gösterilmiştir.

2.1.2. Tanı Yöntemleri

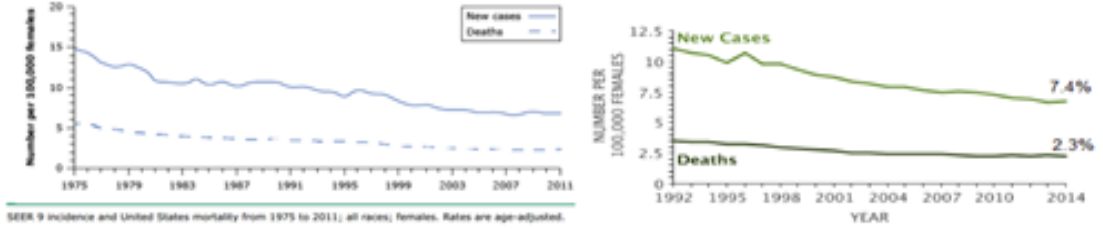
Servikal premalign lezyonların tanısında Pap testi günümüzde en sık kullanılan tarama testidir. Pap test konvansiyonel ve sıvı bazlı (LBC-Liquid Based Cytology) olmak üzere iki farklı şekilde uygulanmaktadır. Özellikle son on yılda sıvı bazlı yöntem daha çok tercih edilen yöntem olmuştur. Konvansiyonel yöntemde materyal aynı seansta lam üzerine yayılarak inceleme için örnek alınmaktadır. Sıvı bazlı yöntemde ise servikal materyal bir solüsyon içerisine alınır ve sonrasında bu solüsyon işleminden geçirilerek inceleme için tek bir hücre katmanı içerecek şekilde lam hazırlanır. Literatürde hangi yöntemin güvenilir ve etkin olduğuna dair çelişkili çalışmalar olmasına karşın, sıvı bazlı yöntem daha fazla oranda hücrenin elde edilebilmesi açısından daha güvenilir görünmektedir ve daha yaygın olarak kullanımı tercih edilmektedir (19,20).

2.1.3. Servikal Taramanın Önemi

ABD'de her yıl 12000 yeni servikal kanser vakası bildirimi yapılmış ve yılda 4000 insanın serviks kanseri nedeniyle öldüğü açıklanmıştır. Bu vakalar incelendiğinde; hastaların yüzde 50'sinin daha önce hiç tarama testi yaptırmadığı, yüzde 10'unun en son 5 yıl önce tarama yaptırdığı tespit edilmiştir. Serviks kanseri tanısı alma yaş ortalaması ise 48 olarak bildirilmiştir (21,22) (Şekil 3).

Türkiye'de ise yılda 1500-1700 yeni vaka bildirilmektedir ve 80 yaşına kadar serviks kanseri olma riski yüzde 0,55 olarak bildirilmiştir(2).

Sitolojik servikal taramanın önemi



Cervical Cancer Number of New Cases and Deaths Per 100,000 People (All Races, Females), Age-Adjusted

National Cancer Institute. SEER Cancer Statistics Factsheets: Cervix Uteri Cancer. Accessed on November 13, 2014.
National Cancer Institute. SEER Fast Stats: age-adjusted rates by data type, cervix uteri, all ages, all races, female, 1992-2014.
<https://seer.cancer.gov/faststats/selections>. Accessed December 2017.

Şekil 3. Yıl bazında yeni bildirilen servikal kanser vakaları ve servikal kanser nedeniyle gerçekleşen ölüm oranları

2.1.4. Serviks Kanserinde Tarama Nasıl Yapılmalı

- Tarama 21 yaşında başlanmalı; 21 yaşından küçüklerde cinsel aktivite yaşı erken bile olsa taranmasına gerek yoktur (23,24).
- Yıllık yapılacak herhangi bir tarama önerilmemektedir. Nedenleri ise; daha sık tarama kanser insidansını azaltmamakta, geçici HPV enfeksiyonlarının prevalansı yüksek görülmekte ve bu durumla birlikte gereksiz girişim ve tedavi sayısı artmaktadır. Bu da beraberinde yüksek maliyetler ortaya çıkarmaktadır.
- 21-29 yaş aralığındaki kadınlarda pap smear testi ile tarama 3 yıl ara ile önerilmektedir. Bu yaş aralığında HPV testinin tek başına veya sitoloji ile beraber kullanımı önerilmemektedir. Nedeni; kanser insidansı sadece smear testi ile taramaya göre kıyaslandığında azalmamaktadır. Buna karşın yapılan kolposkopi yapma sayısı artmaktadır. Ayrıca 30 yaş altı kadınlarda HPV prevalansı yüksektir. Bu yaş aralığında HPV pozitifliği bir yıl içerisinde yüzde 70, ikinci yıl içinde yüzde 90 spontan regresyon gerçekleşmektedir(25,26,27).

- 30-65 yaş aralığındaki kadınlarda da üç yıl ara ile yalnızca smear testi ile tarama önerilmektedir. Üç yıldan daha sık ara ile yapılan tarama bu yaş grubunda da artık önerilmemektedir. Nedeni ise; invazif serviks kanseri insidansı çok az değişirken yapılacak gereksiz kolposkopi sayısı çok artmaktadır. Ancak; tarama aralığı 3 yılın üzerine çıktığında serviks kanseri görülme riskinde artış görülmektedir. Alternatif olarak, bu yaş grubunda beş yılda bir smear ve HPV testi birlikte uygulanabilir (Co-test) (28,29).
- 65 yaş üstü kadınların; daha önce yeterli negatif tarama yapılmış, önceki 20 yılda CIN 2 ve üzeri patoloji saptanmamış ise taranmasına gerek yoktur.
- Yeterli negatif tarama; son 10 yılda arka arkaya üç negatif sitoloji ya da iki negatif kotest olması veya son yapılan negatif gelen taramanın son beş yıl içerisinde yapılmış olmasıdır.
- Histerektomi olup CIN 2 ve üzeri anamnezi olmayan kadınların da taranmasına gerek yoktur. Çünkü, vajinada kanser riski çok nadirdir(0,69/100bin). Ve bir hastada vajinal displazi saptanabilmesi için 663 hastada vajinal cuff sitolojisi yapmak gerekmektedir(30).
- CIN2, CIN3 ve AIS anamnezi olan kadınlarda ise, CIN2, CIN3 ve AIS'in tedavisi sonrası rutin tarama en az 20 yıl daha devam etmelidir. yaş olarak 65 yaşını geçiyor olsa dahi taramaya devam edilir. Taramada birinci ve ikinci yıllar kotest yapılır. İkinci taramadan üç yıl sonra kotest tekrar edilir. Bu tarama sonucu da negatif gelirse rutin smear taraması şeklinde devam edilir(31).
- Son olarak, HPV aşısı yaptırmış olmak tarama protokolünü değiştirmemektedir. Bu kadınlar da aynı rutinde servikal taramaya tabii tutulmalıdır(32).

2.1.5. Patolojik Smear Sonuçlarının Yönetimi

Sitoloji raporunda karşılaşılabilecek epiteliyal hücre anormallikleri 2001 Bethesda sisteminde belirtilmiştir (Tablo-1).

Tablo 1. 2001 Bethesda Sistemi, servikal sitolojide anormal bulguların sınıflandırılması

- **ASC** (**A**typical **S**quamous **C**ells)
 - **ASC-US** (ASC-**U**ndetermined **S**ignificance)
 - **ASC-H** (Can not exclude **H**igh grade lesion)
- **LGSIL** (**L**ow **G**rade **S**quamous **I**ntraepithelial **L**esion)
- **HGSIL** (**H**igh **G**rade **S**quamous **I**ntraepithelial **L**esion)
- **AGC** (**A**typical **G**landular **C**ells)
 - **AGC-NOS** (AGC **N**ot **O**therwise **S**pecified)
 - **AGC-Favor Neoplasia**
 - **AIS** (Endocervical **A**denocarcinoma **I**n **S**itu)

Patolojik smear testi sonuçlarında CIN ve karsinom görülme oranları ise Tablo 2’de belirtilmiştir.

Tablo 2. Patolojik smear testi sonuçlarında CIN’e ve karsinom görülme oranları

Smear	CIN2-3	Karsinom
ASCUS	%5-17	%0.1-0.2
SC-H	%24-94	%1
LGSIL	%28	%0.1
HGSIL	%60-80	%2
AGC	%38	%3-17

Patolojik pap smear yönetiminin en güncel hali ACCP 2014 kılavuzunda düzenlenmiştir. Bu kılavuza göre; servikal sitoloji sonucu ASCUS gelen hasta için 6-12 ay sonra sitoloji tekrarı, HPV DNA testi veya direkt kolposkopi seçeneklerinden herhangi birisi tercih edilebilir. Ancak hastanın tekrarlayan anormal sitolojisi mevcut ise veya daha önceki HPV DNA testi pozitif ise doğrudan kolposkopi önerilmelidir. Bunun dışında saptanan diğer sitolojik anormalliklerde (ASC-H, L-SIL, H-SIL, AGC

vb.) hastalara doğrudan kolposkopi önerilmelidir. Atipik glandüler hücre varlığında kolposkopiye ek olarak endoservikal kanal örnekleme ve gerekirse endometrial örnekleme (örneğin postmenapozal hasta ise) yapılması gerekmektedir (33,34). Kolposkopi servikal patolojilerin tanısında basit, hızlı ve ayaktan kolaylıkla uygulanabilen bir yöntemdir. Anormal sitoloji saptandığı takdirde serviksin ve transformasyon zonunun mikroskop altında daha detaylı olarak incelenmesi esasına dayanır. Ayrıca patolojik izlenen alanlardan direkt biyopsi alınmasına olanak sağlamaktadır.

2.2. ANKSİYETE

Anksiyete Tanımı: Anksiyete duygulanımda kaygı, korku, sıkıntı, bunaltı hali, benliğin kendini tehdit altında hissettiği gerilim durumudur. (35). Anksiyete bozukluğu ise anksiyeteye bağlı belirgin sıkıntı ve işlev bozukluğu anlamındadır (36). Çarpıntı, nefes almada zorluk, boğuluyormuş gibi hissetme, hızlı hızlı nefes alma, kalp hızının artması, ellerde ve ayaklarda titreme, aşırı terleme gibi belirtilerin yanında sıkıntı, heyecan, aniden çok kötü birşey olacaktıymış hissi ve korkusu gibi belirtileri vardır. Anksiyeteyi kaynağı bilinmeyen bir tehlike beklentisi ile sınırlandırarak korkudan ayırt edebiliriz (37).

Normal anksiyete, insanda biyolojik bir korunma sistemi olup organizmayı tehdit eden bir olayın varlığında olaydan kaçma veya savaşmayı sağlayan biyolojik bir korunma sisteminin ifadesidir (38). Ancak ortada tehlike oluşturacak bir durum yokken de anksiyete ortaya çıkıyorsa, uzun sürüyor ve sonlandırılmıyor ise patolojik anksiyeteden bahsedilir (39).

Patolojik anksiyete, aşırı sıkıntı ve kaygı yaşantısı olarak algılanabildiği gibi, ölüm ve çıldırma korkusu, saçma korkular, bedenini yabancı olarak algılama, rahatsız edici saplantılar, bedensel işlevlerin yanlış yorumlanması gibi psikolojik semptomlar barındırır. Bununla birlikte çarpıntı, tansiyon değişiklikleri, bulantı, kusma, ishal, karın ağrısı, sık idrara çıkma, ereksiyon, ejakülasyon bozuklukları, terleme, kızarma, soğukluk, tremor, parestezi, anestezi, baş dönmesi, bayılma hissi veya bayılmalar, kas gerginliği, motor huzursuzluk, ağrılar, yorgunluk, uykuya dalmada güçlük, uykusuzluk, boğazında düğümlenme, boğuluyor gibi hissetme duygusu, ellerde aşırı titreme, yüzde kızarma ya da soluklaşma, hava açlığı, nefes

almada zorluk, hiperventilasyon, yutma güçlüğü gibi semptomlarla ile kendini gösterebilir (40). Belirtiler aniden veya giderek sıklaşan tarzda başlayabilir. Hastalar genellikle bu belirtilere, kendi çabalarıyla karşı koymaya çalışır. Sorunu aşmakta zorlandıklarında, belirtilerin üstesinden gelemediklerinde tedavi için başvurabilirler (41).

2.2.1. Anksiyete Epidemiyolojisi

Anksiyete bozukluğu kadınlarda erkeklere oranla iki kat sık görülmekte ve genel nüfustaki yaygınlık oranı % 4-6 olarak bilinmektedir. Prevalans oranlarının erkeklerde bir yıllık % 2, yaşam boyu % 3,6 olduğu ve kadınlarda bir yıllık % 4,3, yaşam boyu % 6,6 olduğu saptanmıştır (46). Anksiyete bozuklukları nüfusun % 15'inden fazlasını etkilemektedir (42).

2.2.2. Anksiyete Bozukluklarında Sınıflama

Aşağıdaki tabloda, 'Diagnostik and Statistical Manuel of Mental Disorders, fourth edition text revision'(DSM –IV)'e göre anksiyete bozukluklarının sınıflandırılması gösterilmiştir (Tablo3) (43):

Tablo 3. Anksiyete Bozukluklarının Sınıflandırılması

- Agorafobi olmadan panik bozukluğu
- Agorafobi ile birlikte panik bozukluğu
- Panik bozukluğu öyküsü olmadan agorafobi
- Özgül fobi
- Sosyal fobi
- Obsesif kompulsif bozukluk(OKB)
- Travma sonrası stres bozukluğu
- Akut stres bozukluğu
- Yaygın anksiyete bozukluğu
- Genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu
- Madde kullanımına bağlı anksiyete bozukluğu
- Başka türlü adlandırılmayan (BTA) anksiyete bozukluğu

2.2.3. STAI (State- Trait Anxiety Inventory= Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği)

Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği kısa ifadelerden oluşan bir öz değerlendirme anketidir. Başlangıçta normal yetişkinlerde kaygıyı araştırma amacıyla geliştirilmiş olan bu ölçek, sonraki denemelerde lise öğrencilerine, psikiyatrik ve fiziksel rahatsızlığı olan, 14 yaşın üzerindeki bireylere de uygun görülmüştür.

Durumluk- Süreklilik Kaygı Envanteri toplam kırk maddeden oluşan iki ayrı ölçeği içermektedir. Durumluk Kaygı ölçeği bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini betimlemesini, içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak cevaplamasını gerektirir. Sürekli Kaygı Ölçeği ise bireyin genellikle nasıl hissettiğini betimlemesini gerektirir.

Durumluk kaygı ölçeğinin maddelerinde ifade edilen duygu ya da davranışlar yaşantının şiddetine göre; 1) hiç, 2) biraz, 3) çok 4) tamamiyle seçeneklerinden oluşur. Süreklilik kaygı ölçeği maddelerinde ifade edilen duygu ya da davranışlar ise sıklık derecesine göre; 1) hemen hiçbir zaman, 2) bazen, 3) çok zaman, ve 4) hemen her zaman şeklinde seçeneklerden oluşur (44).

Birbirinden farklı özellikleri olan iki tür kaygı, durumluk ve sürekli kaygıdır. Bu anlayış Cattell ve Scheier'in faktör analizi çalışmalarıyla ilk kez ileri sürülmüş, daha sonraları da Spielberger ve arkadaşlarının çalışmaları sonucu geliştirdikleri iki faktörlü kaygı kuramının özünü oluşturmuştur.

1964 yılında Spielberger ve Gorsuch tarafından geliştirilmeye başlanmış olan envanter ile normal olan ve normal olmayan bireylerdeki sürekli ve durumluk kaygı düzeylerinin ölçülmesi amaçlanmıştır.

Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri öz-değerlendirme yöntemi ve kağıt kalem tekniği ile cevaplandırıldığından, bu ölçekler bireysel olarak ya da grup halinde uygulanabilmektedir. Ölçeklerin cevaplandırılması sırasında bir zaman kısıtlaması yoktur. Ancak 20 dakikada her iki ölçek cevaplanabilmektedir. Üniversite öğrencileri için bu süre onbeş dakikaya kadar inebilmektedir . Her iki ölçek aynı zamanda uygulanacak ise; önce Durumluk Kaygı Ölçeği, sonra Sürekli Kaygı Ölçeği verilmelidir. Nedeni; Durumluk Kaygı Ölçeği, sınanma ya da sınama koşullarıyla

ilgili tedirginlik, kuruntu ve heyecan gibi duyuşsal, fizyolojik ve bilişsel süreçlere duyarlı olduğundan, bireyin başlangıçtaki olumsuz algılamalarına ifade olanağı vermesidir. Böylelikle anlık (geçici) kaygı güvenilir düzeyde ölçülmüş olur. (45).

Durumluluk kaygı puanları için katılımcılar, ölçekte yer alan her bir ifade için “hiç”, “biraz”, “çok” ya da “tamamiyle” seçeneklerinden kendilerine en uygun olanını işaretlerler. Ölçekte yer alan 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18. maddeler için pozitif (toplam kaygı puanını arttıran), 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20. maddeler içinse negatif (toplam kaygı puanını azaltan) puanlar verilmektedir. Değerlendirilme yapılırken her madde için maddenin pozitif ya da negatif özelliğine göre 1 (ya da -1) ile 4 (ya da -4) arasında bir puan verilmekte olup elde edilecek toplam puana 50 sabiti eklenmektedir. En yüksek puan 80, en düşük puan ise 20’dir. Toplam kaygı puanı ne kadar yüksekse, ölçeği dolduran kişinin kaygı düzeyi o kadar fazladır (44). Süreklilik kaygı puanları içinse 35 sabiti eklenerek sonuca ulaşılır. Puanların yorumlanmasında her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ila 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan düşük kaygı seviyesini belirtir (46).

2.2.4. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği’nin Geçerlilik ve Güvenilirliği

Orjinal formun güvenilirliğini, Spielberger ve diğerleri üç boyutta incelemişlerdir (45). Ölçeğin Türkçeye uyarlanması ve standardizasyonu 1974-1977 yıllarında Öner ve Le Compte tarafından yapıldıktan sonra envanter Türk genç ve yetişkin gruplarını içeren araştırmalarda kullanılmıştır.

Test-tekrar test güvenilirlik çalışması ve Kuder-Richardson güvenilirlik çalışmaları hem orijinal formu hem de Türkçe’ye çevrildikten sonra yapılmıştır. Her iki ölçeğin yapı geçerliği, normal ve hasta gruplar üzerinde iki faktörlü kaygı kuramı çerçevesinde deneysel olarak sınanmıştır. Önemli ve stres yaratıcı olaylardan önce ve sonra durumluk kaygının önce yükselip, sonra düşmesi; sürekli kaygıda böyle bir değişimin anlamlı düzeyde olmaması, kuramdan çıkartılan hipotezleri desteklemiş; ölçeklerin yapı geçerliğinin göstergesi olarak değerlendirilmiştir. Le Compte ve Öner’in (1975) 10 gün ile 1 yıl arasında değişen zaman süreleri içinde yaptıkları uygulamaların sonuçları, değişen koşullarda durumluk kaygı puanlarında yükselme

ve düşme olmasına rağmen, aynı kişilerin sürekli kaygı puanlarında önemli değişimler olmadığını ortaya koymuştur.

2.2.5. Sağlık Anksiyetesi Tanımı ve Sağlık Anksiyetesi Envanteri

Sağlık anksiyetesi, herhangi bir bedensel hastalık bulunmadığı halde kişinin kendisinde olağan bedensel duyuları olumsuz yönde aşırı yorumlamasıyla ortaya çıkan bir durumdur. Sağlık anksiyetesinin iki temel bileşeni bulunmaktadır: ciddi bir hastalığı olduğuna ve var olduğunu düşündüğü ciddi hastalığın olumsuz sonuçlara yol açtığına dair algı bulunması (48). Sağlık anksiyetesinin görüldüğü temel psikiyatrik bozukluk hipokondriyazistir ve hatta bu iki durumun birbirlerini izleyen bir süreklilik olduğu düşünülmektedir(49). Diğer somatoform bozukluklarda da sağlık anksiyetesinin yüksek düzeyde bulunduğu düşünülmektedir.

Sağlık Kaygı Envanteri Salkovskis ve arkadaşları(46) tarafından geliştirilen bir öz-bildirim ölçeğidir ve 18 madde içerir. Dört seçenekli ilk 14 madde hastanın ruhsal durumunu sorgulayan sıralı yanıtlar içerir. Kalan 4 maddede ise hastalardan, ciddi bir hastalığa sahip olabilecekleri varsayımı ile ruhsal durumlarının nasıl olabileceği ile ilgili sorgulama yapmaktadır. Puanlaması her bir madde için 0-3 arasındadır. Yüksek puan yüksek düzeyde sağlık anksiyetesini göstermektedir. Testin geçerlilik ve güvenilirliği, Türk toplumu için Aydemir ve arkadaşları (47) tarafından gerçekleştirilmiştir.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. ETİK KONULAR; ARAŞTIRMANIN TIPI, YERİ, SÜRESİ VE ÖRNEKLEMİ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan Haziran 2018'de 2018/06 sayılı etik komite onayı alınarak çalışma yapıldı. Bu çalışma etik kurul onaylı; prospektif, kontrollü, cohort bir çalışmadır. Çalışma için seçilen hastalar randomize olarak seçildi.

G-Power 3.1.0 software ile %80 güç ve maksimum %5 tip 1 hata baz alınarak power analiz hesaplanmıştır. Buna göre jinekolojik onkoloji ve jinekoloji polikliniğine başvuran, smear sonucu ASCUS/LGSIL ya da normal gelen minimum her iki grup dahil toplam 102(51/51) hasta örneklem sayısını oluşturacaktır.

Araştırma, 1 Temmuz ile 30 Eylül tarihleri arasında SBÜ Kanuni Sultan Süleyman EAH jinekolojik onkoloji polikliniğine başvuran, smear sonucu ASCUS ve LGSİL gelen, gönüllü, çalışmaya katılmayı kabul eden hastalarla yapıldı. Araştırma grubuna toplam 94 hasta dahil oldu. Kontrol grubuna ise, yine aynı tarihler arasında, Kanuni Sultan Süleyman EAH jinekoloji polikliniklerine başvuran, pap smear tarama testi negatif/normal gelen, gönüllü ve çalışmaya katılmayı kabul eden 94 hasta dahil oldu. Toplamda 188 hasta çalışmaya dahil olmuştur.

3.2. DAHİL VE HARIÇ EDİLME KRİTERLERİ

Araştırmaya dahil edilme kriterleri; jinekolojik onkoloji polikliniğine başvuran ve smear testi sonucu ASCUS ve LGSIL gelen hastalar ile, jinekoloji polikliniklerine başvuran ve smear testi sonucu normal gelen hastalar olarak belirlendi.

Araştırmanın hariç tutulma kriterleri ise; daha önceki smear testi sonucu anormal gelen hastalar, izole HPV pozitifliği, smear testi sonucu ASCH, AGC, HGSIL gelen hastalar, Servikal tarama sonucunu doktor harici şekilde (sağlık personeli, hemşire, telefonla) öğrenmiş ve bilgilendirilmiş olması, özgeçmişinde herhangi bir malignite öyküsü olması olarak belirlendi.

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veri toplama aracı olarak 3 adet form kullanıldı:

- 1) Yan Yapılandırılmış Görüşme Formu
- 2) STAI Durumluluk- Süreklilik Kaygı Ölçeği
- 3) Sağlık Anksiyetesi Envanteri

Yan Yapılandırılmış Görüşme Formu: Araştırmaya katılan hastaların anamnez, sosyokültürel ve demografik özellikleri ve özgeçmiş bilgilerinin sorgulandığı görüşme formudur. Hastaların anksiyete durumunu etkileyebilecek özellikler formda sorulmuştur: Yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, çocuk sayısı, çalışma durumu, gelir durumu, sigara kullanım öyküsü, alkol kullanım öyküsü, daha önce smear testi yaptırmış öyküsü(önceki smear tarama testi anormal olan hastalar dışlanma kriteridir), hastalık öyküsü (malignite öyküsü dışlanma kriteridir), ailesinde kanser öyküsü, son 1 yıl içerisinde önemli bir sorun yaşamış mı, daha önce psikiyatrik tedavi almış mı, serviks kanseri hakkında önceden bilgisi sahibi mi, sonucu nasıl almış (doktor haricinde, telefonla, bilgi işleminden veya başka bir şekilde öğrenmiş olmak dışlanma kriteridir), sonucu nasıl karşıladı.

STAI(State Trait Anxiety Inventory) Test: Durumluluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği kısa ifadelerden oluşan bir öz değerlendirme anketidir. Durumluluk ve süreklilik kaygı ölçeği 20'şer sorudan oluşmaktadır. Kaygı puanları için katılımcılar, ölçekte yer alan her bir ifade için "hiç", "biraz", "çok" ya da "tamamiyle" seçeneklerinden kendilerine en uygun olanını işaretlerler ve "1", "2", "3", "4" şeklinde puanlanır. Her iki ölçekte yer alan bazı maddeler için pozitif (toplam kaygı puanını arttıran), bazı maddeler içinse negatif (toplam kaygı puanını azaltan) puanlar verilmektedir. Puanların yorumlanmasında her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan düşük kaygı seviyesini belirtir.

Sağlık Anksiyetesi Envanteri: Salkovskis ve arkadaşları tarafından geliştirilen bir öz-bildirim ölçeğidir ve 18 madde içerir. Dört seçenekli ilk 14 madde hastanın ruhsal durumunu sorgulayan sıralı yanıtlar içerir. Kalan 4 maddede ise hastalardan, ciddi bir hastalığa sahip olabilecekleri varsayımı ile ruhsal durumlarının nasıl olabileceği ile ilgili sorgulama yapılmaktadır. Puanlaması her bir madde için 0-3

arasındadır. Yüksek puan yüksek düzeyde sağlık anksiyetesini göstermektedir. Toplam puan değeri 0 ila 54 arasında değişir.

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ UYGULANMASI

İlgili polikliniğe başvurmuş olan uygun hastalara, poliklinikteki hekim tarafından servikal tarama sonucunun, bundan sonraki tedavi ve takip şeklinin bilgisi verilmiştir. Veri toplama işlemi bireylere araştırmacının kimliği tanıtılarak, araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek ve yazılı onamı alınarak yapıldı. Hastalardan sırası ile yan yapılandırılmış görüşme formu doldurması; STAI durumluk kaygı ölçeği, STAI süreklilik kaygı ölçeği ve sağlık anksiyetesi envanteri maddelerini cevaplaması istendi. Görüşme esnasında zaman kısıtlaması olmamıştır. Okur-yazar olmayan hastalar ile yüz yüze görüşme yöntemiyle, hastalara sırası ile maddeler ve seçenekler tek tek okunarak, aynı testler uygulanarak veriler toplandı.

Veriler toplandıktan sonra her hasta için durumluluk kaygı puanı, süreklilik kaygı puanı ve sağlık anksiyetesi puanları hesaplandı ve kaydedildi.

3.5. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Analizlerin uygulanmasında IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programından yararlanılmıştır.

Sürekli veriler Ortalama \pm Standart Sapma olarak verilmiştir. Kategorik veriler ise yüzde (%) olarak verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun araştırılmasında Shapiro Wilk's testinden yararlanılmıştır.

Normal dağılım gösteren grupların karşılaştırılmasında, grup sayısı iki olan durumlar için bağımsız örnek t testi analizi, grup sayısı üç ve üzerinde olan durumlar için Tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA) kullanılmıştır.

Normal dağılıma uygunluk göstermeyen grupların karşılaştırılmasında, grup sayısı iki olan durumlar için Mann-Whitney U testi, grup sayısı üç ve üzerinde olan durumlar için Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır.

Smear durumu ile birlikte demografik özellikleri ölçek puanı üzerindeki etkileşim etkisinin incelenmesi için İki Yönlü Varyans Analizi testi kullanılmıştır.

Oluşturulan apraz tabloların analizinde Pearson Ki-Kare, Pearson Kesin (Exact) Ki-Kare, Yate's Ki-Kare ve Fisher's Kesin (Exact) Ki-Kare analizleri kullanılmıştır.

Risk faktörlerin belirlenmesinde Tekli ve oklu Lojistik Regresyon analizi kullanılmıştır. Bağımsız belirteçler için uygun kesim noktasının belirlenebilmesi ve duyarlılık ile özgülük değerlerin hesaplanması için ROC (Receiver-Operating Characteristics) analizleri kullanılmıştır. İstatistiksel önemlilik için $p < 0.05$ değeri kriter kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Tablo 4'te araştırma grubu olan, smear testi sonucu LGSIL ve ASCUS gelen hastalar ile kontrol grubu olan smear sonucu normal gelen hastaların demografik özelliklerinin dağılımları karşılaştırılmıştır. Buna göre;

Tablo 4. Smear Sonucuna göre Demografik Özelliklerin Dağılımlarının Karşılaştırılması

		Smear Sonucu		χ^2 ; p
		Negative n=94	Positive n=94	
Yaş Grubu	<=24	14 (%14.9)	4 (%4.3)	6.626; 0.036*
	25-34	28 (%29.8)	27 (%28.7)	
	>=35	52 (%55.3)	63 (%67.0)	
Eğitim Düzeyi	0	6 (%6.4)	2 (%2.1)	2.545; 0.472**
	İlköğretim	55 (%58.5)	53 (%56.4)	
	Lise	24 (%25.5)	28 (%29.8)	
	Üniversite	9 (%9.6)	11 (%11.7)	
Medeni Durum	Bekar	19 (%20.2)	11 (%11.7)	2.580; 0.275*
	Evli	65 (%69.1)	71 (%75.5)	
	Dul	10 (%10.6)	12 (%12.8)	
Çocuk Sayısı (Gruplandırılmış)	0	23 (%24.7)	15 (%16.0)	2.849; 0.241*
	1-3	52 (%55.9)	63 (%67.0)	
	>=4	18 (%19.4)	16 (%17.0)	
Çalışıyor mu?	Hayır	48 (%51.1)	63 (%67.0)	6.740; 0.034*
	Evet	42 (%44.7)	25 (%26.6)	
	Emekli	4 (%4.3)	6 (%6.4)	
Sigara Kullanımı Öyküsü	Yok	74 (%78.7)	64 (%68.1)	2.725; 0.099*
	Var	20 (%21.3)	30 (%31.9)	
Alkol Kullanım Öyküsü	Yok	90 (%95.7)	89 (%94.7)	1.000***
	Var	4 (%4.3)	5 (%5.3)	
Daha Önce Smear Alınma Durumu	Hayır	48 (%51.1)	50 (%53.2)	0.085; 0.884**
	Evet	46 (%48.9)	44 (%46.8)	
Hastalık Öyküsü Varlığı	Yok	84 (%89.4)	81 (%86.2)	0.198;

	Var	10 (%10.6)	13 (%13.8)	0.656****
Ailesinde Kanser Öyküsü Varlığı	Yok	66 (%70.2)	57 (%60.6)	1.905; 0.168*
	Var	28 (%29.8)	37 (%39.4)	
Daha Önce Psikiyatrik Tedavi Alındı mı?	Hayır	80 (%85.1)	74 (%78.7)	0.898; 0.343****
	Evet	14 (%14.9)	20 (%21.3)	
Son Bir Yıl İçerisinde Önemli Sorun Varlığı	Yok	74 (%78.7)	72 (%76.6)	0.031; 0.861****
	Var	20 (%21.3)	22 (%23.4)	
CXCA Hakkında Daha Önceden Bilgi Sahibi mi?	Hayır	50 (%53.2)	69 (%73.4)	8.265; 0.004*
	Evet	44 (%46.8)	25 (%26.6)	
Sonucun Karşılanma Durumu	İyi	92 (%97.9)	17 (%18.1)	123.221; <0.001*
	Kötü	0 (%0.0)	53 (%56.4)	
	Belirsiz	2 (%2.1)	24 (%25.5)	

* Pearson Ki-Kare Testi

** Pearson Kesin (Exact) Ki-Kare Testi

*** Fisher Kesin (Exact) Ki-Kare Testi

**** Yates Ki-Kare Testi

- Tablo'da, smear sonucu ASCUS ve LGSIL gelen hastalar smear pozitif grubunda birlikte değerlendirilmiştir.
- Yaş ilerledikçe smear sonucununun pozitif çıkma oranı(%67), genç yaş grubuna göre(%4,3) istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0,036< 0,05). Ayrıca, 21-24 yaş grubu hastaların smear sonucu normal gelme oranı(n=14) anlamlı düzeyde yüksek iken, aksine 35 yaş ve üzeri hastalar da ise smear sonucu anormal gelme oranı(n=63) anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır.
- Eğitim düzeylerine göre smear sonuçlarının dağılımı arasında anlamlı fark gözlenmemiştir(p=0,472). Her eğitim düzeyinde sonuçlar benzer dağılım göstermiştir.
- Aynı şekilde, hastaların medeni durumu (p=0,275), çocuk sayısı (p=0,241) özelliklerine göre smear sonuçlarının dağılımı arasında istatistiksel anlamlı fark gözlenmemiştir.

- Çalışma durumlarına göre smear sonuçlarının dağılımı incelendiğinde gruplar arası anlamlı farklar gözlenmiştir($p=0,034$). Buna göre; çalışmayan/ev hanımı olan grupta(%67), emekli(%6,4) ve çalışan grubu hastalara (%26,6) kıyasla smear sonucu anormal gelme oranı anlamlı yüksek saptanmıştır. Çalışan, emekli ve çalışmayan hasta grubu kendi aralarında değerlendirildiğinde ise; smear sonucu anormal olan çalışmayan ve emekli kadınların yüzdesi istatistiksel olarak yüksek görülmektedir. Çalışanlarda ise smear sonucunun normal gelme oranı anlamlı yüksektir.
- Sigara kullanımı öyküsü ($p=0,099$), alkol kullanım öyküsü($p=1,000$), daha öncesinde smear aldırma öyküsü($p=0,884$), önemli hastalık öyküsü($p=0,656$), ailesinde kanser öyküsü($p=0,168$), psikiyatrik tedavi alma öyküsü($p=0,343$), son bir yıl içerisinde yaşantısında önemli sorun öyküsü($p=0,861$) ile smear sonuçlarının dağılımları tek tek incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir.
- Serviks kanseri hakkında hiç bilgi sahibi olmayanlarda smear testi sonucunun anormal gelme oranı anlamlı yüksek tespit edilmiştir($p=0,04$). Ayrıca smear sonucu anormal gelen hastalara baktığımızda($n=94$), serviks kanseri hakkında daha önceden bilgi sahibi olmayanlarda(%73,4) anlamlı yükseklik mevcuttur($p=0,04$).
- Tarama test sonucunu hastaların nasıl karşıladığı ile smear smear sonuçlarının dağılımı incelendiğinde gruplar arası anlamlı farklar gözlenmiştir($p<0,01$). Buna göre; smear testi sonucu anormal gelen hastalarda sonucu kötü karşılama oranı anlamlı yüksek saptanmıştır.

Araştırma grubu($n=94$) ve kontrol grubu($n=94$) tüm hastaların smear sonuçlarının, hastaların demografik özelliklerine göre STAI Test Durumluluk Kaygı Puanları iki yönlü varyans analizi kullanılarak karşılaştırıldı (Tablo 5). Buna göre;

Tablo 5. Smear Sonuçlarının, Hastaların Demografik Özelliklerine Göre STAI Test Durumluluk Kaygı Puanlarının Karşılaştırılması

			Smear Sonucu				p*
			Normal		Anormal		
			Ortalama	Standart Hata	Ortalama	Standart Hata	
Yaş Grubu		<=24 (1)	38.93	2.24	57.25	4.19	<0.001
		25-34 (2)	38.00	1.58	52.70	1.61	<0.001
		>=35 (3)	37.29	1.16	51.81	1.06	<0.001
	Çoklu Karşılaştırma	1-2:	0.74		0.31		
		1-3:	0.52		0.21		
		2-3:	0.72		0.64		
Eğitim Düzeyi		Okur Yazar Değil (0)	36.67	3.39	47.50	5.86	0.11
		İlköğretim (1)	38.64	1.12	52.26	1.14	<0.001
		Lise (2)	36.46	1.69	50.54	1.57	<0.001
		Üniversite ve Üstü (3)	36.44	2.76	57.82	2.50	<0.001
	Çoklu Karşılaştırma	0-1:	0.58		0.43		
		0-2:	0.96		0.62		
		0-3:	0.96		0.11		
		1-2:	0.28		0.37		
		1-3:	0.46		0.04		
		2-3:	1.00		0.01		
Medeni Durum		Bekar (0)	40.26	1.89	56.64	2.48	<0.001
		Evli (1)	36.40	1.02	51.76	0.98	<0.001
		Dul (2)	41.70	2.60	51.50	2.38	0.01
	Çoklu Karşılaştırma	0-1:	0.07		0.07		
		0-2:	0.66		0.14		
		1-2:	0.06		0.92		
Çocuk Sayısı (Gruplandırılmış)		0 (0)	40.43	1.71	54.93	2.12	<0.001
		1-3 (1)	36.21	1.14	51.25	1.03	<0.001
		>3 (2)	39.56	1.93	53.94	2.05	<0.001
	Çoklu Karşılaştırma	0-1:	0.04		0.12		
		0-2:	0.73		0.74		
		1-2:	0.14		0.24		

Çalışıyor mu?		Çalışmıyor (1)	37.38	1.19	53.56	1.04	<0.001
		Çalışıyor (2)	38.52	1.27	51.12	1.65	<0.001
		Emekli (3)	34.00	4.11	44.00	3.36	0.06
	Çoklu Karşılaştırma	1-2:	0.51	0.21			
		1-3:	0.43	0.01			
		2-3:	0.29	0.06			
Sigara Kullanımı Öyküsü		Kullanmıyor (0)	37.23	0.97	51.63	1.04	<0.001
		Kullanıyor (1)	39.65	1.86	53.73	1.52	<0.001
	Çoklu Karşılaştırma	0.25	0.25				
Alkol Kullanım Öyküsü		Kullanmıyor (0)	37.73	0.86	51.69	0.87	<0.001
		Kullanıyor (1)	38.00	4.09	63.20	3.66	<0.001
	Çoklu Karşılaştırma	0.95	<0.001				
Daha Önce Smear Alınma Durumu		Alınmadı (0)	36.90	1.19	53.92	1.17	<0.001
		Alındı (1)	38.63	1.22	50.45	1.25	<0.001
	Çoklu Karşılaştırma	0.31	0.04				
Hastalık Öyküsü Varlığı		Yok (0)	38.04	0.90	52.94	0.92	<0.001
		Var (1)	35.30	2.62	48.31	2.30	<0.001
	Çoklu Karşılaştırma	0.33	0.06				
Ailesinde Kanser Öyküsü Varlığı		Yok (0)	37.91	1.03	51.96	1.11	<0.001
		Var (1)	37.36	1.58	52.81	1.38	<0.001
	Çoklu Karşılaştırma	0.77	0.63				
Daha Önce Psikiyatrik Tedavi Alındı mı?		Alınmadı (0)	36.85	0.92	51.62	0.95	<0.001
		Alındı (1)	42.86	2.19	54.80	1.83	<0.001
	Çoklu Karşılaştırma	0.01	0.13				
Son Bir Yıl İçerisinde Önemli Sorun Varlığı		Yok (0)	37.22	0.97	52.35	0.99	<0.001
		Var (1)	39.70	1.87	52.14	1.78	<0.001
	Çoklu Karşılaştırma	0.24	0.92				
CXCA Hakkında Daha Önceden Bilgi Sahibi mi?		Hayır (0)	35.98	1.14	53.80	0.97	<0.001
		Evet (1)	39.75	1.22	48.16	1.62	<0.001
	Çoklu Karşılaştırma	0.03	<0.001				
Sonucun Karşılanma Durumu		İyi (0)	37.63	0.81	45.12	1.88	<0.001
		Kötü (1)	-		56.02	1.07	-
		Belirsiz (2)	43.00	5.49	49.17	1.59	0.28
	Çoklu Karşılaştırma	0-1:	-	<0.001			
		0-2:	0.34	0.10			
		1-2:	-	<0.001			

* İki Yönlü Varyans Analizi

- Smear testi sonucuna göre, normal ve anormal gelen gruplardaki, yaş gruplarının durumluluk kaygı puan(DKP) değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. 21-24 yaş arası smear testi sonucu normal olan kadınların DKP ortalaması(38,93), smear sonucu anormal(57,25) olan gruba göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır($p<0,001$). Benzer durum, 25-34 yaş grubu($p<0,001$) ve 35 yaş üzeri hasta gruplarında da ($p<0,001$) saptanmıştır. Bu yaş gruplarında da smear testi normal olanların DKP ortalaması smear testi sonucu anormal olan aynı yaş grubu hastalardan anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır.
- Çoklu karşılaştırmalara bakacak olursak; smear sonucu anormal olan 21-24 yaş altı hastalar(57,25) ile smear sonucu anormal olan 35 yaş üzeri hastalar(51,81) arasında DKP ortalaması açısından anlamlı fark izlenmemiştir($p=0,21$). Smear sonucu normal olan gruptaki ve anormal olan gruptaki hastaların DKP ortalamaları diğer yaş grupları arasında kıyaslandığında da, anlamlı bir fark saptanmamıştır.
- Eğitim düzeylerine bakacak olursak; eğitim düzeyi ilköğretim, lise, üniversite ve üzeri olanlar kendi içlerinde kıyaslandığında, smear sonucu anormal gelen hastaların, normal gelen hastalara oranla DKP puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı artış mevcuttur($p<0,001$).
- Çoklu karşılaştırmalarda; smear sonucu anormal gelen üniversite ve üzeri eğitilmiş hastaların(57,82), smear sonucu anormal olan lise düzeyi eğitilmiş hastalara(50,54) göre DKP ortalamaları anlamlı düzeyde yüksektir($p=0,04$). Smear sonucu anormal gelen üniversite ve üzeri eğitilmiş hastaların(57,82), smear sonucu anormal olan ilköğretim düzeyi eğitilmiş hastalara(52,26) göre DKP ortalamaları aynı şekilde anlamlı yüksek tespit edilmiştir($p=0,001$).
- Tekli karşılaştırmalarda; bekar- evli- dul, çocuk sayısı hiç/1-3 arası/ 3 ve üzeri, çalışan- çalışmayan-emekli, sigara içen -içmeyen, alkol kullanan-kullanmayan, daha önce smear aldırma-aldırmamış, ciddi hastalık öyküsü olan- olmayan, ailesinde kanser öyküsü olan- olmayan, daha önce

psikiyatrik tedavi alan- almayan, son bir yıl içinde ciddi sorun yaşamış- yaşamamış, serviks kanseri hakkında daha önce bilgisi olan-olmayan tüm hasta grupları aynı şekilde kendi içlerinde tek tek değerlendirildiklerinde; smear sonucu anormal gelen hastaların aynı gruptaki smear sonucu normal olanlara göre DKP oranları anlamlı düzeyde yüksektir(Tablo 5).

Çoklu karşılaştırmalarda;

- Smear sonucu anormal olan ve serviks kanseri hakkında daha önce bilgi sahibi olmayan hastaların(53,80), bilgi sahibi olan hastalara(48,16) kıyasla anksiyete düzeyleri anlamlı yüksektir($p<0,001$). Aksine; smear sonucu normal olan hastalar arasında ise serviks kanseri hakkında önceden bilgi sahibi olmayan hastaların(35,98), bilgi sahibi hastalara(39,75) göre DKP oranları daha düşük görüldü($p=0,03$).

Hastaların sosyodemografik özelliklerindeki kategoriler içerisinde, durumluluk anksiyete düzeyini artıran etkenleri, her bir değişkenin bu durum için risk faktörü olup olmadığını saptamak için Tekli Lojistik Regresyon analizi yapıldı. Son adımda, tüm sosyodemografik özellikler eşzamanlı olarak birlikte incelendi ve hangi kategorilerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu, durumluluk kaygısını yükselten risk faktörleri Çoklu Lojistik Regresyon Analizi yapılarak tespit edildi(Tablo6). Buna göre;

Tablo 6. Tekli ve Çoklu Lojistik Regresyon Analizi

Tekli Model			Çoklu Model (Son Adım)	
	P	Odds Oranı* (%95 GA)	P	Odds Oranı* (%95 GA)
Yas Grup (<=24)	0.418			
25-34	0.384	2.296 (0.354 - 14.896)		
>=35	0.196	4.26 (0.474 - 38.267)		
Eğitim Düzeyi (Okur Yazar Değil)	0.760			
İlköğretim	0.378	2.447 (0.334 - 17.912)		
Lise	0.675	1.598 (0.179 - 14.297)		
Üniversite ve Üstü	0.540	2.285 (0.163 - 32.078)		

Medeni Durum (Bekar)	0.005		0.001	
Evli	0.302	0.261 (0.02 - 3.336)	0.059	0.349 (0.117 - 1.042)
Dul	0.091	8.416 (0.713 - 99.409)	0.029	5.795 (1.195 - 28.106)
Çocuk Sayısı (0)	0.597			
1	0.696	0.614 (0.053 - 7.09)		
2	0.856	0.791 (0.063 - 9.911)		
3	0.178	0.173 (0.013 - 2.218)		
4	0.448	0.367 (0.028 - 4.89)		
5	0.648	0.334 (0.003 - 36.864)		
6	0.811	0.264 (0 - 14500.028)		
Çalışma Durumu (Çalışmıyor)	NA		NA	
Sigara Kullanım Öyküsü (Kullanıyor)	0.895	0.92 (0.265 - 3.194)		
Alkol Kullanım Öyküsü (Kullanıyor)	0.520	2.336 (0.176 - 30.965)		
Daha Önce Smear Alınmış mı (Evet)	0.600	1.35 (0.441 - 4.134)		
Hastalık Öyküsü Var mı (Evet)	0.027	0.154 (0.03 - 0.806)		
Ailesinde Kanser Öyküsü Var mı (Evet)	0.010	4.478 (1.434 - 13.98)	0.021	2.928 (1.176 - 7.29)
Daha Önce Psikiyatrik Tedavi Almış mı (Evet)	0.806	0.853 (0.241 - 3.017)		
Son 1 Yıl İçerisinde Önemli Sorun (Evet)	0.509	1.48 (0.462 - 4.743)		
CXCA Hakkında Daha Önceden Bilgi Sahibi mi (Evet)	0.365	1.648 (0.559 - 4.861)		
Sonucu Nasıl Karşılammış (İyi)	<0.001		<0.001	
Kötü	<0.001	191.365 (24.647 - 1485.77)	<0.001	94.863 (17.022 - 528.661)
Belirsiz	<0.001	52.709 (9.477 - 293.138)	<0.001	31.589 (7.163 - 139.313)

NA: Non-applicable (uygulanabilir değil, anlamlı değil)

Açıklama: Tablonun sol tarafında adına univariate dediğimiz tek değişkenli analiz gerçekleştirilmiştir. Roc ile optimum kesim noktası bulunup bu duruma etki eden tüm demografik değişkenlerin tek tek etkisi incelenmiştir. Fakat sağ tarafta ise, burada tüm değişkenlerin birlikte etkileşimi incelenmiştir. Modelde kalan değişkenler (yani medeni durum,, ailede kanser, sonucu nasıl karşılamış) birlikte etkileşim içindedir. Yani Majör faktör olarak etki ediyor. Burada analiz smear sonucu normal- anormal olma düzeylerine göre kesim noktası belirlendi, ölçek puanına göre.

- İstatistiksel olarak; medeni durumu bekar olan, geçmişinde hastalık öyküsü bulunan, ailesinde kanser öyküsü bulunan, smear testi sonucunu kötü ya da belirsiz olarak karşılayan hastalar, tek tek, durumluluk anksiyete düzeyini artıran risk faktörleri olarak tespit edilmiştir.
- Tüm sosyodemografik özellikler eş zamanlı birlikte değerlendirildiğinde; hastaların medeni durumu(bekar ve dul olmak), ailesinde kanser öyküsünün olması durumu ve sonucu nasıl karşıladığı durumları(kötü, belirsiz karşılamak) hep birlikte durumluluk kaygı puanını artıran major faktörler olarak saptandı.

Tablo 7. Tanımlayıcı İstatistikler Tablosu-1

	Grup	n	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum	p
STAI Test Durumluluk Kaygı Puanı	0	94	37.74	7.936	17	58	<0.001
	1	94	52.3	8.734	22	71	
STAI Test Sürekli Kaygı Puanı	0	94	45.89	8.645	30	67	0.177
	1	94	47.56	8.257	30	69	
Sağlık Anksiyete Envanteri	0	94	18.36	7.931	3	39	0.168
	1	94	19.95	7.773	6	38	

0: smear testi sonucu normal gelen hastalar (kontrol grubu)

1: smear testi sonucu anormal (LGSİL, ASCUS) gelen hastalar (araştırma grubu)

Tablo 7'yi incelenecek olursa; smear sonucu anormal gelen hastaların (n=94) durumluluk kaygı puanı, smear sonucu normal olan hastalara(n=94) göre anlamlı

düzeyde yüksektir($p<0,001$). Smear sonucu anormal olan hastalar ile kontrol grubu olan smear sonucu normal gelen hastaların sürekli kaygı puanı ve sağlık anksiyetesi envanteri puanları arasında anlamlı fark izlenmemiştir($p=0,117$, $p=0,168$).

Tablo 8. Tanımlayıcı İstatistikler Tablosu-2

	Grup	n	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum	p	Çoklu Karşılaştırma
STAI Test Durumluluk Kaygı Puanı	0	94	37.74	7.936	17	58	<0.001	0-1: <0.001 0-2: <0.001 1-2: 0.465
	1	52	51.73	8.31	39	71		
	2	42	53	9.284	22	71		
STAI Test Sürekli Kaygı Puanı	0	94	45.89	8.645	30	67	0.394	-
	1	52	47.73	8.727	30	67		
	2	42	47.36	7.736	32	69		
Sağlık Anksiyete Envanteri	0	94	18.36	7.931	3	39	0.361	-
	1	52	19.67	8.556	6	38		
	2	42	20.29	6.765	7	37		

0: smear sonucu normal gelen hastalar($n=94$)

1: smear sonucu ASCUS gelen hastalar($n=52$)

2: smear sonucu LGSİL gelen hastalar($n=42$)

Tablo 7'den tek bir fark ile; Tablo 8'de smear sonuçları, iki yerine üç grup halinde incelendi ve çoklu karşılaştırma yapıldı. Buna göre, smear sonucu normal gelen hastaların durumluluk kaygı puanları, hem smear sonucu ASCUS gelen hem de smear sonucu LGSİL gelen hastalara göre anlamlı derecede düşük tespit edildi($p<0,001$, $p<0,001$). Smear testi sonucu ASCUS gelen($n=52$) ile LGSİL gelen hasta grupları($n=42$) arasında durumluluk kaygı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

5. TARTIŞMA

Yaptığımız çalışma sonucunda, servikal smear testi yapılmış olan hastalara smear testi sonuçları hakkında bilgi verildikten sonra, anksiyete düzeyi değerlendirme testleri uyguladık. Buna göre; smear testi sonucu ASCUS ve LGSIL gelen hastaların durumluluk kaygı düzeylerinde, smear sonucu normal olan hastalara göre anlamlı artış tespit edildi. Ayrıca, hastaların bekar ya da dul olmaları, ailelerinde kanser öyküsü mevcut olması ve smear sonucunu kötü ya da belirsiz karşılamış olmaları, kaygı düzeylerini artıran risk faktörleri olarak anlamlı olduğu tespit edildi.

Papanicolaou (Pap) smear testinin tanımlanmasından sonra, son 50 yılda, özellikle tarama programlarının başarılı olduğu ülkelerde, serviks kanseri insidansı %75'e yakın oranda azalmış ve buna bağlı mortalite oranlarında belirgin bir düşüş izlenmiştir (3,4). Sitoloji raporunda karşılaşılabilecek epiteliyal hücre anormallikleri Bethesda Sistemi'ne göre sınıflandırılmakta ve uygun takip ve tedavi protokolleri düzenlenmektedir. Bethesda sınıflandırmasında, tarama testi sonucu ASC-US ile LGSIL tanıları, 'low grade smear' olarak da tanımlanır, ve karsinom görülme oranı en düşük iki premalign lezyondur(ASCUS:%0,1-0,2, LGSİL:%0,1)(14).

Tüm dünyada servikal tarama giderek yaygınlaşırken ve yapılan çalışmalar daha çok serviks kanserinin önlenmesine yönelik yoğunlaşmış iken, klinik gözlemler, premalign lezyonlarla karşılaşan hastaların kaygı durumlarının arttığını işaret etmektedir. Sağlık sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halidir. Anksiyete, kişiye bedensel, ruhsal ve sosyokültürel yönden kısıtlılık sağlayabilen ve çok ciddi bulguları olabilen bir duygudurum bozukluğudur. Literatürde, bu konuda yeterli çalışma mevcut değildir servikal tarama sonuçlarının psikolojik etkilerine gösterilen önem giderek artmaktadır.

Marteau ve arkadaşları 1990 yılında kolposkopi işlemi uygulanan hastaların anksiyete düzeylerini değerlendiren bir çalışma yaptılar. Buna göre, smear testi sonucu anormal gelen ve kolposkopi işlemine yönlendirilen hastalarda anksiyete düzeylerinde anlamlı düzeyde artış olduğunu belirttiler(50). Marteau ve arkadaşları,

1996 ve 2002 yılında bu konu ile ilgili daha kapsamlı iki ayrı çalışma daha yapmışlardır(51,52). Bu çalışmalarda, anormal servikal smear sonucu gelen hastaların artan anksiyete düzeylerinin, hastalara net, berrak ve açıklayıcı ve bilgi verildiğinde anlamlı düzeyde düşüş gösterdiğini belirtmişlerdir.

Crombie IK ve arkadaşları ile Cullen J ve arkadaşlarının yaptığı iki ayrı çalışmada; rutin servikal tarama testi uygulaması sonrası hastaların korku, acı ve rahatsızlık şikayetlerinin anlamlı düzeyde artış gösterdiği görülmüştür(11,13). Bells E ve arkadaşları, ve yine Gray NM ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda; anormal smear sonucu gelen hastalarda anksiyete, kanser kaygısı ve fertilitte kaygılarının belirginleştiğini bildirmişlerdir(14-17).

Ester Maissi ve arkadaşları, 2004 yılında yayınladıkları çalışmalarında, smear sonucu normal gelen, smear sonucu borderline gelen hpv pozitif, hpv negatif ve hpv bakılmamış toplam 4 hasta grubunu kendi aralarında değerlendirerek, hpv testinin psikososyal etkilerini araştırmışlardır. Buna göre; smear sonucu normal gelen hastaların anksiyete düzeylerinin anlamlı derecede düşük olduğunu, smear sonucu borderline fakat hpv testi pozitif gelen hastaların anksiyete ve üzüntü düzeylerinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptamışlardır, Aynı çalışmada, anormal sitolojik sonucu olan kadınların sonuçları hakkında yanlış algıya sahip oldukları, özellikle hpv pozitif hasta grubunun yoğun olarak kanser olma algısı hissettikleri belirlenmiştir(57). Maissi ve arkadaşları çalışmayı devam ettirmişler ve 2005 yılında uzun dönem çalışması olarak yayınlamışlardır(58). Smear sonucu borderline gelen hastaları uzun dönemde takip etmiş, özellikle smear sonucunu öğrendikten sonraki 1 ay boyunca sürekli kaygı, genel sıkıntı durumlarının ve sonuç hakkındaki kaygılarının smear sonucu normal olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Çalışma, servikal tarama programları hakkında bilgilendirme çalışmalarının önemine vurgu yapmış. Ayrıca, anksiyete düzeyinin genç hasta grubunda daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir(57). Ancak bu çalışmalarda hastaların sosyodemografik özelliklerinin kaygı düzeyine etkisi detaylandırılmamıştır.

Bu konudaki en kapsamlı çalışma, 2012 yılında yayınlanan, Melanie Drolet ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmadır(59). Bu çalışmada, anormal servikal smear sonuçlarının psikososyal etkisi incelenmiştir. 2006 ile 2008 yılları arasındaki

smear sonucu anormal gelen 492 kadın ve kontrol grubu olarak da smear sonucu normal gelen 460 kadın araştırmaya dahil edilmiş ve hastalara smear sonucunu öğrenince, 4 hafta sonra ve 12 hafta sonra olmak üzere üç kez anksiyete değerlendirmesi yapılmıştır. Hastalara her test başına 25 dolar ödeme yapılmıştır. Bu çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde hastalar, yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu gibi sosyodemografik özelliklerine göre kategorize edilmiştir. Buna göre;

- Gelir düzeyi düşük olan hastalarda; medeni durumu bekar olan hastalarda smear sonucu anormal gelme oranı anlamlı yüksek çıkmıştır. Hastalara servikal smear testi sonuçlarının 10 yılda kansere dönüşme riski hakkında sorulan soruya ise smear sonucundan bağımsız olarak hastaların anlamlı çoğunluğu ya bilmediğini belirtmiş ya da yüksek risk olduğunu işaretlemiştir. Bu durum, hastaların smear test sonucunu iyi anlamadığını göstermesi bakımından değerlidir.
- Smear sonucu anormal gelen hastaların %35inin, sonuç aldıktan 12 hafta sonraki anksiyete düzeyi anlamlı derecede yüksek izlenmiştir. Gelir düzeyinin düşük olması, smear sonucu hakkında yanlış kanıda olmak (yüksek kanser olma riski belirtme) , hastalardaki anksiyete düzeyi yüksekliğini ve devamını sağlayan risk faktörleri olarak saptanmıştır.
- Çalışmada smear sonucu hastalara doktor/sağlık personeli tarafından, telefonla ya da mektupla bildirilmiştir. Dikkat çekici olan, mektup ya da telefonla bildirilen hastalarda doktor/sağlık personeli tarafından bildirilen gruba göre anksiyete düzeyi anlamlı düşük saptanmıştır. Hastaların bilgilendirme sonucunda kanser olma algısı ile ilgili verdikleri yanıtta, kanser olma risk algısı yüksek olanlarda anksiyete düzeyi anlamlı yüksek görüldü, ve bu hastaların anlamlı çoğunluğu durumunu net anlayamadığını belirtti. Ayrıca, eğitim düzeyinin artışı, evli ya da birlikte yaşama kıyasla yalnız yaşamak, alt gelir düzeyi mensubu olmak, hayatında stres yaratıcı yaşam olayı sayısının fazlalığı, anksiyete düzeyini yükselten risk faktörleri olarak yayında belirtilmiştir. Önceki smear sonucunun normal ya da anormal gelmesine kıyasla, daha önceki smear sonucu normal gelmesi,

anksiyete düzeylerini anlamlı düzeyde yükselten risk faktörü olarak yayınlanmıştır.

Çalışmamızda; hastaların yaş grubu ilerledikçe smear sonucu anormal olma yüzdesi artmıştır. Araştırmalara göre, seksüel aktif kadınlarda HPV bulaş riski hayat boyu % 75'in üzerindedir. Bu sebepten dolayı smear sonucunun pozitifleşmesi için gereken sürenin cinsel aktivitenin başlangıcından sonra yıllar içerisinde gerçekleşmesi olabilir(61). Çalışmamızdaki bu bulgu, literatür ile uyumludur.

Çalışmayan kadınlarda ve eğitim seviyesi düştükçe, smear sonucunun anormal olma yüzdesi anlamlı oranda yüksek gelmiştir. Bunun sebebi sosyoekonomik ve kültürel düzeyi arttıkça belli bir standardı yakalamış olan hastanın risk faktörlerinden korunma yollarını daha kolay sağlayabiliyor olması olabilir.

Serviks ca hakkında daha önceden bilgi sahibi olanlarda smear testi anormalliği anlamlı oranda az izlenmiştir. Bu da önceden bilgi sahibi olan hastaların etyolojiye yönelik tedbir almaları nedeniyle olabilir (tek eşlilik, geç yaşta cinsel aktivite, sigara içmeme, düzenli beslenme vs.).

Eğitim düzeyi ilköğretim ile üniversite ve lise ile üniversite kıyaslandığında üniversite eğitimi ile birlikte kaygı düzeyi anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Bunun bir nedeni hastanın eğitim düzeyi arttıkça hem bireysel hem de ailesel sorumluluklarının artması ve bu durumun bireyin gelecekteki sorumluluklarını yerine getirme konusunda başarısız olabilme ihtimalini düşünerek kaygıda artışa sebep olması fikri olabilir.

Smear sonucu anormal gelen ve alkol kullanan hastaların kullanmayanlara oranla kaygı düzeyleri anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Bu duruma alkolün psikosomatik sistemde yarattığı olumsuz etkiler neden olabilir. Bir diğer neden, alkol kullanan hastaların alkol kullanımını tercih edecek altta yatan başka psikiyatrik bozukluklar olabileceği ihtimali olabilir. Bu nedenle alkol kullanımı ile kaygı artışı arasındaki bağlantıyı araştırmak için daha ayrıntılı çalışmalara ihtiyaç olabilir.

Smear sonucu anormal gelen hastalar içerisinde daha önce hiç smear testi yapılmayanlarda kaygı durumu daha önce smear testi yapılmış olanlara göre daha fazladır. Bunun nedeni tanıya yönelik geç kalma endişesi, mevcut anormal sonucun uzun zamandan beri sebat ediyor korkusu olabilir. Daha önce smear aldırın hastalar

ise tarama programına sadık kalmaları nedeniyle erken tanı konulduğunu düşünerek daha az kaygı hissediyor olabilirler. Bir diğer neden de daha önce smear testi yaptırıp sonucu normal gelen hastaların önceden tarama programı ve serviks kanseri hakkında bilgilendirilmiş olmaları ve bununla bağlantılı olarak anormal smear testi sonuçlarından(ASCUS,LGSİL) sadece binde 1-2'sinde kanser görülme ihtimali olmasının bilincinde olarak tarama programına devam etmeleri olabilir. Bu durumda hekim tarafından yeterli ve anlaşılır bir bilgilendirme ile hastaların kaygı düzeylerinde azalma olabilir.

Daha önce psikiyatrik tedavi gören hastalar smear sonucu normal gelmesine rağmen psikiyatrik tedavi görmeyenlere kıyasla kaygı düzeyleri anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Bunun altında yatan psikiyatrik hastalıkların özellikleri, tedavi süreci ve sonrasındaki takip süreci bilinmeden bu konuda bir yorum yapabilmek pek mümkün değildir. Ancak çalışmamızda, hastaların smear sonucu normal olanlarda dahi önceden psikiyatrik tedavi görmüş ise kaygı düzeylerinde anlamlı artış görülmüştür. Bu konuda psikiyatrik hastalıkların tanı ve tedavisi de ele alınarak ayrı bir çalışma yapılabilir.

Smear testi sonucu negatif çıktığı halde serviks kanseri hakkında bilgi sahibi olanların herhangi bir fikri olmayanlara göre kaygı düzeyleri anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Bunun bir nedeni, hastaların servikal kanser taramasına ek olarak serviks kanseri ve prognozu konusunda daha fazla bilgiye sahip olması ve bu durumun da hastada ayrıca anksiyete sebebi olması olarak açıklanabilir. Bir başka neden de kesinleşen bir serviks kanseri tanısı ile kötü prognozun da birlikte olacağı endişesi olabilir. Ya da, serviks kanseri hakkında bilgi sahibi olduğunu belirten hastaların aslında yeterli veya doğru bilgi sahibi olmamaları da altta yatan sebep olabilir. Bu durumda tarama testinin normal gelmesi bile bu kaygıyı azaltamıyor olabilir. Ayrıca serviks kanseri hakkında hiç bilgisi olmayan bir kadının anksiyete düzeyi, negatif çıkan tarama testi sebebiyle ve buna bağlı hastalık olmayacak düşüncesiyle daha düşük saptanmış olabilir. Çalışmamızda smear sonucu anormal gelen hastalar içerisinde serviks kanseri hakkında bilgi sahibi olmamanın kaygı düzeyini anlamlı oranda artırdığı görülmüştür. Hastaların tarama programında prekanseröz olan bu lezyonlarda kanser görülme riski % 0,1-0,2 olmasına rağmen kaygı düzeylerinin yüksek olması, hastaların eksik bilgilendirilmiş ya da

bilgilendirilmemiş olması ile bağlantılı olabilir. Bu durum hastanın sonraki süreçte gereksiz bir endişe ve korku ile yaşantısını olumsuz yönde etkileyebilir. Tarama testleri ve sonuçları hakkında düzgün bir bilgilendirme yapılan hastaların kaygı düzeylerinde azalma olacağı düşünülmektedir. Böylece hastanın tarama testi sonucuyla beraber bedensel ve psikososyal sağlığının korunmasında önemli bir yol katedilebilir.

Anormal olan smear sonucunu kötü karşılayan hastalarda iyi ya da belirsiz olarak karşılayanlara göre anlamlı düzeyde kaygı artışı saptanmıştır. Burada kaygı artışıyla paralel olarak dışavurum söz konusudur. Oysa ki anormal gelen mevcut smear sonuçlarında %0,1-0,2 oranında serviks kanserine görülmektedir. Bu durum tarama programı öncesinde ve sonrasında hastaların hekim tarafından detaylı bilgilendirme yapılmasıyla, hem hastanın hem de hekimin bu konuya yeterli zaman ayırmasıyla aşılabilir bir durum olduğu düşünülmektedir.

Durumluluk kaygı puanı değerlendirildiğinde smear sonucu anormal gelen hastalarda anlamlı oranda artış görülmüştür(Tablo9). Oysa ki bu hastalarda süregelen kaygı puanında anlamlı bir artış saptanmamıştır. Bu durum çalışmamızın amacı olan hasta bilgilendirmenin önemini bir kez daha göstermektedir. Hastanın süregelen bir kaygısının olması anormal gelen smear sonucuyla artan kaygının tek başına bir sebebi de olabilirdi. Belki de beraberinde genetik, çevresel faktörler ya da herhangi bir başka hastalık ya da faktörün neden olabileceği bir kaygı artışından bahsedilebilirdi. Bu bağlamda hastaların süregelen kaygı değerinde anlamlı bir artış olmaması, hasta bilgilendirme konusunda daha önemli adımlar atmamızın gerekliliğini göstermektedir. Hastaların sağlık anksiyetesinde smear sonucu anormal olan grupta anlamlı bir artış olmaması hipokondriyazis gibi somatoform bozuklukların etkisinden uzak bir değerlendirmeye kaygı artışının ortaya çıktığını görmekteyiz. Yine bu durum çalışmamızın özgünlüğünü artırmaktadır.

Smear sonucu normal çıkanlara kıyasla smear sonucu ASCUS ya da LGSİL olan hastaların kaygı düzeyleri arasında anlamlı düzeyde artış görülmüştür(Tablo9). Oysa ki smear sonucu ASCUS ile LGSİL çıkan hastaların kaygı düzeyleri arasında anlamlı farklılık izlenmemiştir. Hastalar açısından bakıldığında bu iki tanımlama da aynı düzeyde kaygı artışına neden olmaktadır. Hastalara tarama testi öncesi gerekli

zaman ayrıldığında hastaya yapılacak testler ve sonuçları hakkında ayrıntılı bilgi verilmesi taktirde hastaların gündelik yaşamlarını etkileyecek bedensel ve ruhsal durumunu bozacak bir kaygı artışının önüne geçilmesi hedeflenmelidir. Bu şekilde prekanseröz lezyonları erken tanı ve tedavisini sağlamaya çalışırken hastalarda ruhsal ve bedensel sağlığı bozacak başkaca etmenlerin önüne geçilmesi mümkündür.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Serviks kanseri jinekolojik kanserler içerisinde önemli bir mortalite nedenidir. Erken teşhis edilebilmesi, tarama testinin mevcut olması kritik bir öneme sahiptir. Bu sebepten dolayı tarama testleri ve yaygınlaştırılma hedefleri güncel birer araştırma konusudur.

Pap smear tarama testi giderek yaygınlaşmakta ve servikal pre-malign lezyonların tespit edilme oranı giderek artmaktadır. Buna paralel, servikal sitoloji sonucu anormal gelen hastalarda anlamlı düzeyde anksiyete artışları saptanmaktadır.

Yaptığımız çalışmada, literatürdeki benzer çalışmalarla paralellik gösterecek şekilde smear sonucu ASCUS ve LGSİL gelen hastalarda anksiyete düzeylerinin anlamlı düzeyde arttığını gözlemledik. Özellikle ailesinde/yakınlarında kanser öyküsü olması, mevcut hastalığı olması, medeni durumunun bekar ya da boşanmış olması gibi faktörler, anksiyete düzeyini artırıcı risk faktörleri olarak tespit edilmiştir. Yüksek eğitim düzeyindeki, alkol kullanan ve daha önce hiç smear testi yaptırmamış kadınlarda anksiyete düzeyi anlamlı derecede yüksektir.

Literatürdeki çalışmalarda gelir düzeyinin de anksiyete üzerine anlamlı etkisi olduğuna dair tespitler bulunmasına rağmen, çalışmamızda bu durumu değerlendiremedik. Ülkemiz için, geçim koşullarını ortaya koymak ve temel ihtiyaç maddelerindeki fiyat değişikliğinin aile bütçesine yansımalarını belirlemek amacıyla yapılan, güncel açlık ve yoksulluk sınırı araştırmasına göre tüm hastalarımızın ve ailelerinin gelir düzeyleri yoksulluk sınırı altında tespit edildi(60). Bu ve bunun gibi daha farklı faktörleri değerlendirebilmek için daha geniş kapsamlı araştırmaların yapılması gerekmektedir.

'Low grade smear', yani ASCUS ve LGSİL patolojilerinde karsinom görülme oranı çok düşük olmasına rağmen(%0,1, %0,1-0,2); yaptığımız çalışmada, bu sonuçlarla karşılaşan hastaların sonuç hakkındaki düşünceleri "kötü" olmuştur.

Hastalara anormal smear sonucunu bildirirken açıklayıcı ve detaylı bilgi verilmesi anlamlıdır. Hekimlerin bu hastalarla iletişimi, hastaların anksiyete artışının önüne geçmekte önem kazanmaktadır. Servikal sitoloji sonuçları anormal gelen

hastalara, sadece malignite yönünden uygun takip ve tedavi protokolleri değil, bütüncül bir yaklaşım ile hastaların ruh sağlığının bozulmamasını sağlamak için yeni yaklaşım yöntemleri düzenlenmelidir. Bu yaklaşım yöntemlerinin belirlenebilmesi için daha geniş kapsamlı araştırmalar yapılması gerekmektedir.

7. KAYNAKLAR

- 1) S. I. Ferlay J, E.M., Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM,, B. Forman D, Available, and f. <http://globocan.iarc.fr>., F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer;. 2013 [cited 2014 06/05/2014].
- 2) M. Gültekin, G.B., editors Türkiye Kanseri İstatistikleri. 2014: p. 55.
- 3) Solomon D, Davey D, Kurman R, et al. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. JAMA 2002; 287:2114.
- 4) Siegal R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics 2013. CA Cancer J Clin 2013;63:11–30.
- 5) Noller 2005, Dünya Sağlık Örgütü 2010
- 6) Ulusal Kanseri Enstitüsü Çalıştayı,1989
- 7) Melanie drooled, Marc Brisson, Elizabeth Maunsell, Eduardo L. Franco, Francois Coutlee, 2011,Psyco- Oncology 21, DOI: 10.1002/pon.2003: The psychosocial impact of an abnormal cervical smear result
- 8) Esther Maissi, Theresa M Marteau, Matthew Hankins, Sue Moss, Rosa Legood, Alastair Gray: Psychological impact of human papilloma virus testing in women with borderline or mildly dyskaryotic cervical smear test results: cross sectional questionnaire study, 2004
- 9) Ij Korfage, M Van Ballegooijen, B Wauben, CWN Looman, JDF Habbema, M-L Essink-Bot: Having a Pap smear, quality of life before an after cervical screening: a questionnaire study, 2012.
- 10) Constitution of the World Health Organization,(The Constitution was adopted by the International Health Conference held in New York from 19 June to 22 July 1946, signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States and entered into force on 7 April 1948.)
- 11) Dısaia J. Philip, Creasman T. William; Klinik Jinekolojik Onkoloji:2003; altıncı baskı(sayfa; 3-61,633)
- 12) WK Ovale, P.N., Netter Temel Histoloji. Müftüoğlu S, Kaymaz F, Atilla 2009.: p. 399-425
- 13) Hendrickson MR, A.K., Kempson RL, Ed: Mills and SE., Uterus and fallopian tubes. Histology for Pathologists. , Lippincot Williams &Wilkins, philadelphia, 2007: p. 1011-1062
- 14) Darragh TM, Colgan TJ, Thomas Cox J, et al. 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.

- 15) Insinga RP, Glass AG, Rush BB. Diagnoses and outcomes in cervical cancer screening: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191:105.
- 16) Ostor AG, Rome RM: Micro-invasive squamous cell carcinoma of the cervix: a clinico-pathologic study of 200 cases with long-term follow-up. *Int J Gynecol Cancer* 1994;4:257.
- 17) Nobbenhuis MA, Helmerhorst TJ, van den Brule AJ, et al. Cytological regression and clearance of high-risk human papillomavirus in women with an abnormal cervical smear. *Lancet* 2001; 358:1782.
- 18) Schiffman MH, Bauer HM, Hoover RN, et al. Epidemiologic evidence showing that human papillomavirus infection causes most cervical intraepithelial neoplasia. *J Natl Cancer Inst* 1993; 85:958.
- 19) Baker JJ: Conventional and liquid-based cervicovaginal cytology: a comparison study with clinical and histologic follow-up. *Diagn Cytopathol* 2002;27:185.
- 20) Ronco G, Segnan N, Giorgi-Rossi P, et al: Human papillomavirus testing and liquid- based cytology: results at recruitment from the new technologies for cervical cancer randomized controlled trial. *J Natl Cancer Inst* 2006;98:765.
- 21) National Cancer Institute, SEER Cancer Statistick Factsheets: Cervix Uteri Cancer(Accessed on November 13,2014)
- 22) National Cancer Institute, SEER Fast Stats: age- adjusted rates by data type, servis uteri, all ages, al races, female, 1992-2014 <http://seer.cancer.gov/faststats/selections>.Accessed December,2017
- 23) Castle PE, Carreon JD. Practice improvement in cervical screening and management: symposium on management of cervical abnormalities in adolescents and young women. *J Low Genit Tract Dis.* 2010;14:238-240; *author reply* 240
- 24) Sasieni P, Castanon A, Cuzick J. Effectiveness of cervical screening with age: population based case-control study of prospectively recorded data. *BMJ.* 2009;339:b2968.
- 25) Saslow D et al. *Am J Clin Pathol* 2012
- 26) Stout NK, et al.. *Arch Intern Med.* 2008
- 27) Kulasingam S et al. : *Agency for Healthcare Research and Quality*; 2011
- 28) Saslow D et al. *AM J. Clin. Pathology*, 2012
- 29) Miller MG, et al. *Obstet. Gynecol.*,2003

- 30) Piscitelli JT, Bastian LA, Wilkes A, et al. Cytologic screening after hysterectomy for benign disease. *Am J Obstet Gynecol.* 1995;173:424-430
- 31) Melnikow J, McGahan C, Sawaya GF, et al. Cervical intraepithelial neoplasia outcomes after treatment: long-term follow-up from the British Columbia Cohort Study. *J Natl Cancer Inst.* 2009;101:721-728.
- 32) Saslow D et al. ACS, ASCCP and ASCP screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. *Am J Clin Pathol* 2012;137:516-542
- 33) Wright TC Jr, Massad LS, Dunton CJ, et al: 2006 American Society for Colposcopy and Cervical Pathology-sponsored Consensus Conference. 2006 consensus guidelines for the management of women with abnormal cervical cancer screening tests. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197:346,a.
- 34) Massad LS, Einstein MH, Solomon D, et al: 2012 Amerikan Society for Colposcopy and Cervical Pathology- Concensus Guidelines Conference, <http://www.accp.org/Guidelines>
- 35) Özkan S. Psikiyatrik Tıp, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi, Roche, İstanbul 1993
- 36) Tomb AD. Aile Hekimleri için Psikiyatri. çev. Tunca Z, Fidaner H, İzmir, Saray Medikal Yay. 1994; 70-77
- 37) Arkonaç O. Açıklamalı Psikiyatri Sözlüğü. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 1999.p.36-37
- 38) Stanley MA, Beck JG. Anxiety disorders. *Clin Psychol Rev* 2000; 20: 731- 754
- 39) Uzbay İT. Anksiyetenin nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2002; 5 (EkSayı:1): E5-E13
- 40) Sürmeli A. Anksiyete kavramı ve anksiyete bakışlarına temel bir bakış. In: Güleç C, Köroğlu E, editors. *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara; Hekimler Yayın Birliği 1997; p: 449-526
- 41) Alkın T., Alptekin K. Yaygın Anksiyete Bozukluğu, *Anksiyete Monografaları Serisi*, 1995;(4):149-188
- 42) Yetkin S, Aslan S, Akdemir A, Örsel S. Anksiyete bozuklukları. In: Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan ve Sadock Klinik Psikiyatri. İkinci baskı, Çeviri Editörleri: Aydın H, Bozkurt A. Güneş Kitabevi. Ankara 2005
- 43) IŞIK E. Anksiyete Belirtileri ve Tipleri: Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. İstanbul Golden, Golden Print, 2006;s:26-31
- 44) Öner N, Le Compte A. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, Boğaziçi Üniversitesi yayımları, No: 333, İstanbul, 1985.
- 45) Öner N. Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler, Bir Başvuru Kaynağı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 3. Basım, 1997; 365-373.

- 46) Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HM, Clark DM. The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychol Med* 2002; 32: 843-853.
- 47) 12. Aydemir Ö, Kırpınar İ, Satı T, Uykur B, Cengiz C. Reliability and Validity of the Turkish Version of the Health Anxiety Inventory. *Archives of Neuropsychiatry* 2013;50:325-331.
- 48) Abramowitz JS, Olatunji BO, Deacon BJ. Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. *Behav Ther* 2007; 38:86-94.
- 49) Noyes R Jr, Stuart SP, Langbehn DR, Happel RL, Longley SL, Muller BA, Yagla SJ. Test of an interpersonal model of hypochondriasis. *Psychosom Med* 2003; 65:292-300.
- 50) Marteau TM, Walker P, Giles J, Smail M (1990) Anxieties in women undergoing colposcopy. *Br J Obstet Gynaec* 7: 859–861.
- 51) Marteau TM, Bekker H (1992) The development of a six-item short-form of the state scale of the Spielberger state-trait anxiety inventory (STAI). *Br J Clin Psychol* 31: 301–306.
- 52) Marteau TM, Kidd J, Cuddeford L, Walker P (1996) Reducing anxiety in women referred for colposcopy using an information booklet. *Br J Health Psych* 1: 181–189.
- 53) Crombie IK, Orbell S, Johnston G, Robertson AJ, Kenicer M. Women’s experiences at cervical screening. *Scott Med J* 1995;40(3):81 – 82.
- 54) Cullen J, Schwartz MD, Lawrence WF, Selby JV, Mandelblatt JS. Short-term impact of cancer prevention and screening activities on quality of life. *J Clin Oncol* 2004;22(5):943 – 952.
- 55) Bell S, Porter M, Kitchener H, Fraser C, Fisher P, Mann E. Psychological response to cervical screening. *Prev Med* 1995;24(6):610 – 616.
- 56) Gray NM, Sharp L, Cotton SC et al. Psychological effects of a low-grade abnormal cervical smear test result: anxiety and associated factors. *Br J Cancer* 2006;94(9): 1253 – 1262.
- 57) Maissi E, Marteau TM, Hankins M, Moss S, Legood R, Gray A (2004) Psychological impact of human papillomavirus testing in women with borderline or mildly dyskaryotic cervical smear test results: cross- sectional questionnaire study. *BMJ* 328: 1293 – 1300, doi:10.1136/bmj.328.7451.1293.
- 58) Maissi E, Marteau TM, Hankins M, Moss S, Legood R, Gray A (2005) Psychological impact of human papillomavirus testing in women with borderline or mildly dyskaryotic cervical smear test results: 6 month follow-up. *British Journal of Cancer* (2005) 92, 990 – 994. doi:10.1038/sj.bjc.6602411.

- 59)** Mélanie Drolet^{1,2}, Marc Brisson^{1,2*}, Elizabeth Maunsell^{1,2}, Eduardo L. Franco³, François Coutlée⁴, Alex Ferenczy^{3,5}, William Fisher⁶ and James A. Mansi⁷: The psychosocial impact of an abnormal cervical smear result. *Psycho-Oncology* 21: 1071–1081 (2012) Published online 21 June 2011 in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/pon.2003.
- 60)** <http://www.turkis.org.tr/EYLUL-2018-ACLİK-ve-YOKSULLUK-SINIRI-d105743>
- 61)** Stanley MA, Peti MR, Coleman N. HPV Handbook. UK: Taylor and Francis Group; 2004: 41-54