

T.C.

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI



**KADIN DOKTORLARIN PAP SMEAR KONUSUNDA BİLGİ TUTUM VE
DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ**

Dr. Oğuz IŞIK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Mustafa ÇELİK

KAHRAMANMARAŞ – 2015

K.S.Ü TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

..... tarafından hazırlanan
.....adlı bu tezin
Tıpta Uzmanlık/Yandal Uzmanlık tezi olarak uygun olduğunu onaylarım.

Ünvan

Danışman

Bu çalışma, jürimiz tarafından oy birliği / oy çokluğu ile Tıp Fakültesi
..... Anabilim Dalında (Bilim Dalında) Tıpta Uzmanlık/Yandal Uzmanlık tezi olarak
..... tarihinde kabul edilmiştir.

Başkan : Ünvan

Üye : Ünvan

Üye : Ünvan

Üye : Ünvan

Üye : Ünvan

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Tarih : ... / ... / 20015

DEKAN

Prof. Dr

Bu tez, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi tez yazım ve basım
yönergesine uygundur.

ÖNSÖZ

Asistanlık eğitimim süresince bilimsel yetiler kazanmamda büyük emeği olan, çok takdir ettiğim ve örnek almaya çalıştığım, Anabilim Dalı başkanımız ve tez danışman hocam sayın Prof. Dr. Mustafa Çelik'e teşekkür ederim. Ayrıca Doç. Dr. Mustafa Haki Sucaklı, Yrd. Doç. Dr. Yaşar Koşar, Uzm. Dr. Hamit Sırrı Keten ve asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.. Tüm hayatım boyunca desteklerini benden esirgemeyen aileme, meslek hayatımın getirdiği stresi benimle birlikte yaşamak zorunda kalan eşim Seyhan'a ve yavrularıma sonsuz teşekkür ederim, şükran ve minnetlerimi sunarım.

**KADIN DOKTORLARIN PAP SMEAR KONUSUNDA BİLGİ TUTUM VE
DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ**

(UZMANLIK TEZİ)

Dr. Oğuz IŞIK

KAHRAMANMARAŞ SÜTCÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ÖZET

Giriş ve Amaç: Pap smear, dökülen servikal hücrelerin toplanıp incelenmesi esasına dayanan sitolojik bir tarama testidir. Bu çalışmada kadın doktorların pap smear konusundaki bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmaya 05.02.2015 ile 5.06.2015 tarihleri arasında Kahramanmaraş şehrindeki 197 kadın doktor dahil edildi. Katılımcıların bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra anket uygulandı. Katılımcıların pap smear konusunda bilgi düzeyleri 32 puan üzerinden değerlendirildi. Veri analizi SPSS 20.0 istatistik paket programı kullanılarak yapıldı. İstatistiksel olarak $p < 0.05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 33 ± 6.8 idi. Çalışmaya katılan 197 olgunun 128'i (%65) evli, 69'u (%35) bekârdı. Doktorların 132'si (%67) daha önce PAP smear yaptırmadığını, 65'i (%33) ise pap smear yaptırdığını ifade etti. Daha önce pap smear yaptıran hekimlerin 16'sı (%24.6) düzenli pap smear yaptırdığını, 49'u (%75.4) ise düzenli yaptırmadığını belirtti. Hekimlerin pap smear konusunda bilgi puan ortalaması 15.3 ± 6.1 çıktı. Çalışmamızda "Pap smear yaptırmaya ilk koitustan en geç 3 yıl sonra

başlanılmalıdır” önermesine katılımcıların %25.4’ü, “Pap smear 70 yaşına kadar tekrarlanır” önermesine ise %10.7’si, doğru yanıt verdi.

Sonuç: Çalışmamızda kadın doktorların pap smear konusunda ciddi bilgi eksiklikleri olduğu ortaya konuldu. Ayrıca hekimlerin pap smear yaptırma davranışının zayıf olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Kadın doktor; Pap smear; Serviks kanseri.

Sayfa Adedi: 68

Danışman: Prof. Dr. Mustafa ÇELİK

**DETERMINATION OF KNOWLEDGE, ATTITUDE, AND BEHAVIORS OF
FEMALE PHYSICIANS IN PAP SMEARS**

(SPECIALITY THESIS)

Oğuz IŞIK, MD.

DEPARTMENT OF FAMILY MEDICINE

KAHRAMANMARAŞ SUTCU IMAM UNIVERSITY

ABSTRACT

Background and Aim: Pap smear is a cytological screening test based on collecting and examining shedded cervical cells. In the present study, it was aimed to determine knowledge, attitudes, and behaviors of female physicians in pap smear.

Materials and Method: In the present study, a total of 197 female physicians who worked in Kahramanmaraş province between 05.02.2015 and 5.06.2015, were included. After obtaining informed consents, questionnaire was applied to participants. Knowledge level of participants in pap smear were evaluated over 32 points. Data analysis was performed by using SPSS 20.0 statistical package program. The level of significance was accepted as $p<0.05$.

Results: The mean age of the participants was 33 ± 6.8 years. Of 197 participants, 128 (65%) were married, and 69 (35%) were bachelor. Of physicians, 132 (67%) reported that they had no previous pap smear examination, whereas 65 (33%) reported they had. Of physicians with previous pap smear examination, 16 (24.6%) had pap smear regularly, and 49 (75.4%) did not. The score mean of physicians about pap smear was

15.3±6.1 points. The study statement of “PAP smear should be started 3 years after the first coitus at the latest” was responded correctly by 25.4% of participants, and the statement of “Pap smear should be repeated up to 70 years of age” was responded correctly by 10.7% of participants.

Conclusion: Our study indicated that female physicians had seriously lack of knowledge in pap smear. Additionally, it was determined that physician behavior was weak in having pap smear.

Key words: Female physician; Pap smear; Cervical cancer.

Page Number: 68

Advisor: Prof. Dr. Mustafa ÇELİK

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
ÖNSÖZ	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
TABLolar	ix
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1.1. Serviks Kanserinin ve Pap Smear'ın Tarihçesi	3
2.1.2. Dünyada ve Türkiyede Bir Tarama Yöntemi Olan PAPSmear.....	4
2.1.3. Serviks Kanseri Taramasında Türk Ulusal Standartlarımız	5
2.1.4. Postpartum Dönemde PAP Smear Taraması.....	8
2.1.5. Pap Smear Alımında Dünya Standartı.....	8
2.1.6. PAP Smear Değerlendirmesi Ve Değerlendirmeyi Kısıtlayan Faktörler.....	11
2.1.7. PAP Smear Sonucu Anormal Çıktığında Ne Yapılmalı	14
2.1.8. Human Papilloma Virüs	15
2.1.8.1. Human Papilloma Virüs Aşısı	16
2.1.8.2. Human Papilloma Virüs Bulaş Yolları.....	16
2.1.8.3. Human Papilloma Virüs'ün Diğer Hastalıkları	17
2.1.8.4. Human Papilloma Virüs enfeksiyon Tanısı ve Seyri.....	18
2.2. Serviks Kanseri Belirti, Bulguları ve Risk Faktörleri	19
2.3. Serviks Kanseri Tedavi ve Prognozu.....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	21
3.1. Çalışma dizaynı	21
3.2. Verilerin elde edilmesi	21
3.3. İstatistiksel Analiz	22
4. BULGULAR.....	23
5. TARTIŞMA	35
6. SONUÇ	39
7. KAYNAKLAR	39
8. EKLER.....	

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACS: Amerikan kanser topluluğu

ACOG: Amerikan obstetrik ve jinekoloji koleji

AIS: Adenokarsinoma insitu

AGUS: Atipik glandüler hücreler

ASC: Atipik squamöz hücreler

ASC: American sitopatoloji topluluğu

ASC-H: Yüksek gradeli lezyonların ekarte edilmesi gereken grup

ASC-US: Önemi belirlenemeyen grup

BS: Bethesta sistemi

CIN: Servikal intraepitelial neoplazi

CIS: Karsinoma insitu

FDA: Amerikan gıda ve ilaç dairesi

HIV: Human immün deficiency virüs

HPV: Human papilloma virüs

HSIL: Yüksek gradeli squamöz intraepitelial lezyonlar

HSV: Herpes simplex virüs

KETEM: Kanser Erken Teşhis ve Tarama Eğitim Merkezi

LSIL: Düşük gradeli squamöz intraepitelial lezyonlar

PAP: Papanicolaou

SS: Standart sapma

TABLULAR

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik verileri	24
Tablo 2. Katılımcıların tutum özellikleri	25
Tablo 3. Katılımcıların davranış özellikleri	26
Tablo 4. Katılımcıların pap smear bilgi düzeyini ölçen soruların yanıtlama durumları.	28
Tablo 5. Katılımcıların pap smear raporu değerlendirme bilgi düzeyini ölçen soruları yanıtlama durumları	29
Tablo 6. Katılımcıların pap smear değerlendirmesini sınırlayıcı etmenleri bilgi düzeyini ölçen soruların yanıtlama durumları.....	30
Tablo 7. Katılımcıların pap smear hakkında bilgi puanı skorlamaları	32
Tablo 8. Pap smear bilgi düzeyi eğitim alma isteği karşılaştırması	33
Tablo 9. Pap smear yaptırma durumu karşılaştırmaları	34
Tablo 10. Jinekolojik muayene pap smear yaptırma durumu karşılaştırması.....	35

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, hastalık yükü, öldürücülüğü ve görülme sıklığında artma eğilimi ile tüm dünyada ve Türkiye’de önemli bir halk sağlığı sorunudur (1). Kanser hücre genlerindeki değişmelerinin sonucu ortaya çıkan, kontrolsüz hücre çoğalmasıyla karakterize olan bir hastalık grubudur ve 100’den fazla türü vardır (2). Kanser günümüzde ve gelecekte en önemli sağlık sorunlarından ve mortalite sebeplerinden biri olmaya devam edecektir (3).

Halk arasında “rahim ağzı kanseri” olarak da bilinen serviks kanseri diğer jinekolojik kanserler ile karşılaştırıldığında üzerinde en çok çalışılan ve karsinogenez basamakları her geçen gün daha net ortaya konulan bir kanser türü haline gelmiştir. Serviks kanseri önlenebilir bir hastalık olarak dünya çapında bir sorundur (4).

Serviks kanseri dünya genelinde; kadınlarda görülme sıklığı açısından ikinci, kanserin neden olduğu ölümlerde ise üçüncü sırayı almaktadır (5). Kadın kanserleri, Avrupa Birliği ülkelerinde ölüm nedenlerinin %26’sını oluşturmaktadır (1), birinci sıklıkta meme kanseri görülmekte iken ikinci sıklıkta serviks kanseri görülmekte (1,6) ve kanser ölümlerinin %5.9’unun sebebi meme, %2’sinin sebebi serviks kanserinin oluşturduğu belirtilmektedir (1). Servikal kanser halk sağlığının iyi olduğu gelişmiş ülkelerde daha az görülürken, az gelişmiş ülkelerde daha sıktır (7). WHO’ nun 2008 dünya kanser raporunda serviks kanseri Afrika’daki kadınlarda en yaygın kanser türüdür. Dünyada bu durumun bir istisnası olarak 90’lı yıllarda yapılan çalışmalarda gelişmiş ülke sınıflamasına dâhil edilmemiş olmasına rağmen İsrail dünyanın en az servikal kanser insidansa sahip ülkesiydi. Çünkü seksüel davranışlar, hijyenik alışkanlıklar, etiyolojik nedenler arasında önemli bir yer tutmaktadır (8,9).

Türkiye’deki son resmi verilere göre her yıl yaklaşık 97 bin erkek, 62 bin kadın ve toplamda 159 bin kişi kansere yakalanmaktadır (10). T.C. Sağlık Bakanlığı 1996

yılındaki verilerine göre serviks kanseri tüm kadın kanserleri arasında yedinci sırada yer alırken, 2002 yılında 10. sıraya gerilemiş, ancak 2005 yılı verilerine göreyse sekizinci sıraya yükselmiştir (11). Yine Türkiye’deki son verilere göre serviks kanseri tüm kadın kanserlerinde 10. sırada görülmekte (10). Yine serviks kanseri jinekolojik kanserler arasında 1. sıradadır. (12).

Küresel ve ulusal bir sorun olan serviks kanserinin invaziv türlerinin progresyonun uzun yıllar almasına ve tarama testlerinin mevcut olmasına rağmen neden düşük oranlarda tarama testi yaptırıldığına yönelik Türkiye’de ve dünyada da birçok çalışma bulunmakta, suçlanan nedenler arasında düşük sosyo ekonomik düzeyden düşük eğitim düzeyine doğru uzanan birçok faktör sayılmakta. (13-15) Pap smear yaptırma oranlarının, gelişmiş ülkelerde yaşlı, fakir ve azınlık gruplarda daha düşük olduğunu bildiren çalışmalar bulunmakta (15-17). Gelişmekte olan ülkelerde, serviks kanserlerinin düşük sosyo ekonomik düzeyle ilişkili olduğu, bundan dolayı hastalığın kırsalda yaşan ve gelir düzeyi düşük kadınlarda daha fazla görüldüğü bildirilmektedir. (18,19)

Çalışmamızda evren olarak kadın doktor gurubu seçilmiştir. Böylece kadınlardaki düşük pap smear yaptırma oranları açısından eğitim, düşük gelir düzeyi gibi suçlayıcı nedenlerin ekarte edilebileceği düşünülmektedir, kadınların pap smear yaptırma oranlarının düşük olmasının gerçek nedenlerinin ortaya çıkarılması amaçlanmıştır (13-15).

Diğer bir amacı ise hedef hasta grubu düşünüldüğünde toplum için güvenilir bir danışma noktası olan kadın doktorların bilgi düzey durumlarına göre tıp eğitimine ve mezuniyet sonrası eğitim planlayıcılara veri oluşturmaktır.

Kadın sağlık çalışanlarının ve bilhassa kadın doktorların uzmanlık ya da çalışma alanı ne olursa olsun kadın hastalar üzerinde daha etkili olacağı düşünölmektedir. Bu, bize kadın doktorların, pap smear hakkında bilgi düzeylerinin, bu konudaki tutum ve davranışlarının ne olduğunu bir kez daha merak ettirmektedir.

Literatürde hastalar hemşireler ve tüm sağlık çalışanların genel taramalarla önlenabilir maliğn hastalıklarla ilgili bilgi tutum davranışları incelenmişse de (20-24) sadece kadın doktorların pap smear konusundaki bilgi tutum ve davranışını inceleyen çalışma bulunamamıştır. Bu çalışmanın kadın doktorların pap smear konusunda bilgi tutum ve davranışının incelenmesi konusunda ilk çalışma olacağını düşünöyoruz.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.1. Serviks Kanserinin ve Pap Smear'in Tarihçesi

Son yıllarda kanser tedavisinde önemli gelişmeler kaydedilmesine karşın, erken tanı hala önemini korumaktadır. Aslında hastalık başlamadan önce kansere dönüşebilecek hücrelerin saptanması erken tanı ve tedaviden daha önemli olup, kanser sıklığının ve kansere bağlı ölümlerin azaltılması açısından tarama testleri en temel noktayı oluşturmaktadır (25,26).

Kanserde taramanın amacı mortaliteyi, morbiditeyi ve maliyeti düşürmektir. Bilinen kanserler içinde sadece beş tanesinde (meme, serviks, kolorektal, prostat ve deri) tarama yapılması önerilmektedir (27).

Servikal kanser, etiyopatogenezi açısından uzun yıllar süren bir prekanseröz aşama sürecinden sonra invaziv lezyon haline gelmektedir. Bu yıllar süren süreç içinde servikal kanserlerin premalign aşamada iken yakalanması ve tedavi edilmesi, mortaliteyi düşürecektir. Servikal sitolojik taramada amaç prekanseröz öncül lezyonların belirlenmesidir, ertesinde tanısı, takibi ve tedavi süreci başlar. İdeal bir tarama testi; mortalite oranlarını azaltılabilmeli, kolay uygulanabilmeli, kullanılan yöntem hastaya zarar vermemeli, maliyeti ucuz olmalı, sensivite ve spesifitesi yüksek olmalı, böylece tarama sonrası tedavi yükünü azaltmalıdır (27).

Serviks kanseri için klasik tarama testi pap smear ilk kez 1927' de gündeme gelmiştir (28). 1943'te Papanicolaou ve Trout tarafından geliştirilen pap test serviksten dökülen hücrelerin mikroskop altında incelenmesi yoluyla, bu hücrelerde kanseri düşündürecek belirtilerin olup olmadığına bakılarak, serviksin preinvaziv hastalıklarının tanınmasını sağlama ilkesine dayanır (29,30).

Pap smear test sensitivitesi oldukça yüksek, yanlış pozitiflik oranı düşük neoplastik değişikliklerin yanında enfeksiyöz değişiklikleri de saptayan güvenli, basit ve noninvasiv olan ayrıca kanser önlenmesine yönelik maliyet açısından etkin olan çok nadir metotlardan birisidir. Bu nedenlerden dolayıda dünyada yaygın olarak kullanılır (31,32).

2.1.2. Dünyada ve Türkiye’de Bir Tarama Yöntemi Olan PAP Smear

Gelişmiş ülkelerde yaklaşık 50 yıldır rutin pap smear tarama testinin yapılması sonucu invaziv servikal kanser oranlarının düştüğü belirtilmektedir (33,34). ABD (Amerika Birleşik Devletleri)’de tarama yapılmayan bölgelerde hayat boyu serviks kanseri riskinin %3.7, mortalite riskinin %1.3 ve 50 yaşındaki insidansın yüz binde 88 olduğu belirtilmekte (35). Yılda bir yapılacak pap smear ile bir kadının serviks kanserinden ölme riskinin 4/1000’den 5/10000’e düştüğü tahmin edilmektedir. WHO (Dünya Sağlık Örgütü)’nün Yayınladığı bir analizde 10 yılda bir yapılan pap smear taraması ile bile serviks kanseri insidansının %64 azaltılabileceği belirtilmektedir (36).

2.1.3. Serviks Kanseri Taramasında Türk Ulusal Standartlarımız

Servikal sitoloji, gelişmiş ülkelerde servikal kanserlerin önlenmesinde kullanılan ulusal programların parçasıdır. Türkiye’de ise KETEM (Kanser Erken Teşhis ve Tarama Eğitim Merkezi)’lerde uygulanmak üzere 29.05.07 tarihli ve 2007/40 sayılı genelge ile serviks için ulusal standartlarımız yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Ulusal tarama programını temel amacı servikal patolojileri hedef popülasyonda henüz preinvaziv evrede iken tespit edip etkin sağaltımın sağlamak böylece invaziv kanser sıklığını azaltmak ve buna bağlı olarak da mortalite ve morbidite oranlarını düşürmek ve tedavi giderlerini azaltmaktır (37).

Taramanın mutlak hedefi, 30-40 yaş aralığındaki tüm kadınların en az bir kez smear aldırmasıdır. Türkiye koşulları dikkate alındığında, ACS (Amerikan Kanser Topluluğu) ve ACOG (Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Koleji) serviks kanseri tarama önerilerinden farklı olarak; 30 yaşında başlanacak, taranacak popülasyon “Ev Halkı Tespit Fişi” esas alınarak davet yöntemleriyle gerçekleştirilecek ve 5 yıllık aralıklarla tekrarlanacak, son iki testi negatif olan 65 yaşındaki kadınlarda tarama kesilecek ve programdan çıkacaktır (37,38).

Ulusal tarama programını ile rahim ağzı kanseri taraması 2014 yılı içinde hedef grupta olan toplam 3.300.000 kadının %82.6’sına ulaşılmıştır. Birinci basamakta yapılan rahim ağzı kanser taraması 2013 yılına göre 2014 yılında %82 artmıştır. Birinci basamak kanser taramaları ile 3669 kadınıımızda rahim ağzı öncülü olan lezyon, 112 kadınıımızda ise büyük çoğunluğu erken evrede rahim ağzı kanseri tespit edilmiştir (39).

Serviks kanseri tarama programı ulusal standartlarında amaç, serviks kanserinin taranmasındaki temel amaç; ülke çapında oluşturulacak ulusal bir tarama programını hedef popülasyona uygulayarak, servikal patolojileri henüz premalign veya erken evrede iken tespit etmek, etkin ve basit yöntemlerle tedavi etmek suretiyle de invaziv kanser sıklığını, buna bağlı morbidite ve mortaliteyi düşürerek olası karmaşık ve pahalı tedavileri önlemektir. Bu ulusal standartların içeriğini şunlar oluşturmakta;

Yöntem: Ülkemizin altyapısı ve olanakları göz önüne alındığında ideal yöntem beş yılda bir uygulanacak HPV (insan papilloma virüsü) testi veya pap smear testi ile taramadır.

HPV Testi: HPV DNA’nın serviks kanseri ile ilişkisi artık kanıtlanmış olup, serviks kanserli hastaların %99.9’un da HPV DNA varlığı gösterilmiştir. HPV testinin negatif olması durumunda; takip eden beş yıl içerisinde servikal kanser olma ihtimali

çok düşüktür. Servikal kanser taramalarında kullanılacak HPV testleri; uluslararası geçerliliği olan ve toplum tabanlı sağlık taramalarında kullanılabilirliğini gösteren FDA (Food and Drug Administration) onayı bulunmalı, IVD'si (In Vitro Diagnostics) olmalı veya testin özgüllüğü CIN2/3 için düşük riskli HPV genotipleri ile minimal çapraz reaksiyon ile ilgili tarama popülasyonları için Meijer et al (IJC 2009) tarafından yayınlanan Avrupa Yönergelerindeki gereklilikleri karşılamalıdır ve bu durum en az 2.500 örnekleme yapılmış bir genel toplum primer kanser tarama çalışmasında gösterilmiş olmalıdır.

Pap Smear Testi: Dökülen servikal hücrelerin toplanıp incelenmesi esasına dayanan sitolojik bir tarama testidir. Bu sitolojik tarama testi ile henüz semptomatik hale gelmemiş olan preinvaziv ve erken invaziv servikal lezyonlar saptanır. Pap-smear testleri konvansiyonel ya da sıvı bazlı olarak yapılabilir.

HPV veya Pap smear testi her beş yılda bir tekrarlanır. Toplum tabanlı kanser taraması yapılan bireyler vatandaşlık kimlik numaraları ile kayıt edilerek mükerrer testlerden kaçınılır.

Hedef popülasyon ve tarama sıklığı: Ülkemiz koşulları dikkate alındığında gerçekleştirilebilir hedef, kadınlarda 30 yaşında başlayan ve 65 yaşında biten toplum tabanlı taramadır (30 ve 65 yaşlar dahil edilecektir). Taranacak popülasyon, aile hekimlerine kayıtlı bireyler esas alınarak tanımlanmalıdır. HPV veya Pap smear testi geliştirilecek davet yöntemleriyle her beş yılda bir tekrarlanır. Son iki HPV veya Pap smear testi negatif olan 65 yaşındaki kadınlarda tarama kesilmelidir.

Özel durumlar: Histerektomi Sonrası Tarama; Benign jinekolojik nedenlerle total histerektomi yapılmış olguların takibi (CIN II ve III varlığı, benign kabul edilmemektedir), gerekli değildir (40).

Türkiye’de pap smear test KETEM uygulamasının dışında KHD klinikleri ve AÇSAP uygulamalarında klinik lüzum halinde veya hasta isteğine bağlı olarak yapılmakta. Aile Hekimliği uygulamasında sorumlu olunan nüfusta hedef popülasyonun pap smear test ile taranması performans uygulamasına henüz dahil edilmemiştir.

Servikal kanserin erken teşhisine yönelik pap smear taramasıyla ilgili olarak ACS (Amerikan Kanser Topluluğu) ve ACOG (Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Koleji) serviks kanseri tarama önerilerini göre; cinsel ilişki başladıktan sonra ilk 3 yılda veya en geç 21 yaşından itibaren smear taraması başlamalı, konvansiyonel sitoloji ile yapılıyorsa yılda bir kez, sıvı bazlı teknoloji kullanılıyorsa 2 yılda bir devam etmelidir (41,42).

Art arda 3 negatif sitoloji varlığı durumunda tarama sıklığı 3 yılda bir olabilir. Ancak immünsüprese kadınlar, HIV pozitifler, intrauterin yaşamda DES maruziyeti, kemoterapi alanlarda yıllık tarama sürdürülmelidir (41,42). Birbirini takip eden üç test negatif ve son 10 yıllık taramada hiç anormal test yok ise 70 yaşında tarama sonlandırılabilir (42). Ulusal tarama programıyla büyük ölçüde örtüşse de ACS ve ACOG önerileri bazı farklılıklar arz etmektedir.

2.1.4. Postpartum Dönemde PAP Smear Taraması

Postpartum dönem de gebelik dönemi gibi, hastanın sağlık çalışanlarıyla sık temas kurduğu, servikal tarama için kaçırılmaması gereken bir fırsattır. Birçok hasta, gebelikle ilgili şikâyetleri olmasa bile, laktasyon veya kontrasepsiyon konularında bilgi almak için sağlık kuruluşlarına başvurur. Yapılan bu başvurularda pap smear taraması önerilmelidir. Gebelik sonuçlandıktan sonra, serviksin, yapısal ve hücresel seviyede eski haline dönmesi ortalama altı hafta sürer. Bu sebeple, postpartum servikal değerlendirmeler, altıncı haftadan sonra yapılmalıdır (43,44).

2.1.5. PAP Smear Alımında Dünya Standartı

Pap smear alımı konusunda standardizasyon, 2000 yılında ortaya konan American Society of Cytopathology kriterleri ile sağlanmış olup bu kriterlerin uygulanmasındaki amaç daha uygun teknikle smear alınması ve yanlış negativite oranının düşürülmesidir.

American Society of Cytopathology Kriterleri:

1. Pap smear son adet tarihinden 10-18 gün sonra alınmalıdır.
2. Testten önceki 48 saat içinde
 - a. Vajinal duş
 - b. Vajinal tampon, vajinal kontraseptif ajanlar veya ilaç kullanımı
 - c. Cinsel ilişki olmamalıdır.
3. Pap smear ile birlikte
 - a. Hastanın adı soyadı (son 5 yıl içinde değişiklik varsa belirtilmelidir)
 - b. Yaşı ve/veya doğum tarihi
 - c. Menstruel durumu (son adet tarihi, histerektomi, gebelik, postpartum, hormon replasman tedavisi)
 - d. Önceki anormal sitoloji veya biyopsi sonuçları, önceki tedaviler veya cerrahi girişimler
 - e. Risk durumu
 - f. Örneğin alındığı yer (serviks, vajen) belirtilmelidir.

4. Steril veya tek kullanımlık spekulum kullanılmalıdır.
5. Lubrikan kullanılmamalıdır (kayganlaştırıcı olarak ılık su kullanılabilir).
6. Hücrelerin spatula üzerinde kalmaması amacıyla tahta spatula veya pamuklu çubuk yerine plastik spatula kullanılmalıdır.
 - a. İlk olarak spatula ile vajen ve ektoserviks örneği alınmalıdır. Spatula 360° dönüşle kullanılmalıdır.
 - b. Smear alınan sahanın dışında şüpheli bölge varsa, bu bölgeden ayrıca smear alınır.
 - c. Daha sonra fırça ile endoserviks örneği alınmalıdır. Transformasyon bölgesi tam olarak görülmelidir. Fırça 45-90° dönüşle kullanılmalıdır.
 - d. Uzunluğu boyunca camın yarısına fırça ile örnek yayılmalı, daha sonra camın diğer yarısına fırça yuvarlanarak örnek yayımına devam edilmelidir.
 - e. Örnek yayımı sırasında fırçanın aşırı basıncı veya ileri geri farklı yönlere hareketlerinden kaçınılmalıdır.
 - f. Smear hemen fikse edilmelidir.
7. Süpürge tarzı fırçalarla hem ektoserviks, hemde endoserviks örneği alınabilir.
 - a. Fırça 360 derece ve 5 tur dönüşle kullanılmalıdır.
 - b. Uzunluğu boyunca cam üzerine fırçanın uzun aksı paralel olacak şekilde önce bir yüzü daha sonra aynı trase boyunca diğer yüzü üzerindeki hücreler yayılır.
8. Fiksasyon alkol içeren kap içinde yapılıyorsa

- a. Her örnek için ayrı kap ve ayrı solüsyon gerekir.
- b. Örnek kap içinde sürekli saklanabileceği gibi, 20-30 dakika alkol içinde tutulduktan sonra çıkartılıp havada kurutulabilir.

9. Fiksasyon sprey ile yapılıyorsa

- a. Bu amaçla üretilmiş spreyleyler kullanılmalıdır.
- b. Saç spreyi kullanılmamalıdır.
- c. Sprey camdan 15-25 cm uzaklıkta kullanılmalıdır.

10. VCE preparatlarda, vajinal, ektoservikal ve endoservikal örnekler aynı cama yan yana yayılır.

11. Vajinal ve ektoservikal örnekler aynı preparat üzerine yayılabilir ve endoservikal örnek ayrı bir preparata hazırlanabilir.

12. Tek preparat, çift preparat arasında maliyet ve işgücü dışında, medikal açıdan üstünlük yoktur (45).

2.1.6. PAP Smear Değerlendirmesi Ve Değerlendirmeyi Kısıtlayan Faktörler

Gelişmiş ülkelerde PAP Smear değerlendirmesinde Bethesda sınıflaması kullanılmaktadır. 1989'da geliştirilen bu sistem, 2001'de yeniden gözden geçirilerek bazı değişiklikler yapılmıştır, buna göre raporda şu bölümler bulunmalıdır: örnek tipi, örnek yeterliliği, genel kategori, ek testler (yapıldıysa HPV DNA), yorum/sonuçlar, öneriler (40,46,47).

Revize edilmiş Bethesda sisteminde (2001–Bethesda 3) eskiden kullanılan "normal limitler içinde ve benign hücresel değişiklikler" terimleri kaldırılarak

"intraepitelial lezyon" terimi getirilmiş, buna ek olarak tespit edilen enfeksiyon bulguları, mikroorganizmalar, endometrial hücre varlığı gibi benign değişikliklerden bahsedilmesi zorunlu kılınmıştır. En köklü değişiklikler, atipik skuamöz hücre (Atypical Squamous Cells, ASC) tanımında yapılmış ve ASC iki alt kategoriye ayrılmıştır:

1. ASC-US: Önemi belirlenemeyen atipik skuamöz hücreler
2. ASC-H: Yüksek dereceli intraepitelial lezyonların dışlanamadığı atipik skuamöz hücreler (48).

Bethesda 3'de eskiden kullanılan "önemi belirlenemeyen atipik glandüler hücre" (Atypical glandüler cells-undetermined significance, AGUS) terimi AS-CUS ile karıştığundan kaldırılıp "atipik glandüler hücre" (Atypical glandüler cells, AGS) teriminin kullanılmasına karar kılınmış (44,48).

Bethesda sınıflaması (2001)

Değerlendirmede Yeterlilik:

1. Yeterli
2. Sınırlı
3. Yetersiz

Tanımlama:

1. Normal
2. Selim hücresel değişiklikler

- Diğer non-neoplastik olaylar (enflamasyon, reaktif değişiklikler, atrofi vs)

3. Enfeksiyon ve/veya reaktif değişiklikler

- (Trichomonas, Candida, HSV, Aktinomiçes, Gardnerella, vs.)

4. Epitel hücre anomalileri

- Histerektomi sonrası glandüler hücreler
- 40 yaş üzeri endometrial hücre Epitel hücre anomalisi

5. Atipik skuamöz hücreler(Atypical squamous cells)

- ASC-US (Atypical squamous cells-undetermined significance; Atipik skuamöz hücreler-önemi belirlenememiştir.)

- ASC-H (Atypical squamous cells-cannot exclude high grade squamous intraepithelial lesion; Atipik skuamöz hücreler- yüksek dereceli intraepitelyal lezyonlar ekarte edilememektedir.)

6. LSIL (Low grade squamous intraepithelial lesion-)

7. HSIL (High grade squamous intraepithelial lesion)

8. Skuamöz hücre karsinomu

9. Glandüler hücre anomalisi

10. Atipik glanduler hücreler

- AGC-NOS (atypical glandular cells, not otherwise specified): Başka şekilde belirtilmeyen endoservikal veya endometrial orijinli atipik glanduler hücre

- AGC-"favor neoplasia": Neoplaziye benzeyen endo-servikal veya endometrial orijinli atipik glandüler hücre

- AIN (Adenocarcinoma in situ): Adenokarsinom in situ.

11. Adenokarsinom (49).

Revize edilmiş Bethesda 3 sistemi, alınan örneğin yeterli ya da sınırlı olup olmadığını eğer yetersiz ise neden yetersiz ya da sınırlı ise neden sınırlı olduğunun PAP smear alan sağlık uygulayıcısına ait kısımlarıyla da ilgili; enflamasyon, aşırı kanama, preparatın kuruması, yayma tekniğindeki yetersizlik ve yetersiz klinik bilgi gibi faktörlerin belirtmesi açısından avantajlıdır. Ayrıca enfeksiyon ya da benzeri nedenlere bağlı iyi huylu hastalıkların tanımlanabilmesi de ek bir avantaj sağlar (44,48) .

2.1.7. PAP Smear Sonucu Anormal Çıktığında Ne Yapılmalı

ASC: Pap smear sonucu ASC olarak rapor edilen bir hastada CIN (cervikal intraepitelyal neoplazi) saptama olasılığı %5-17'dir, PAP smear sonucu ASC-H rapor edilirse bu risk %24-94'lere çıkar. Bu yüzden ne yapılacağı ASC'nin alt tipine göre değişebilir (44).

a. ASC-US: PAP smear tekrar edilir veya takip edilebilir veya hemen kolposkopi yapılabilir. PAP smear ile takibe karar verilen hastalarda testin tekrarı negatif gelir ise, 2 yıl boyunca 4-6 ay arayla PAP smear tekrarlanır, bir kez daha ASC-US saptanırsa kolposkopi yapılmalıdır (50).

b. ASC-H: Mutlaka hemen kolposkopi uygulanmalıdır (44).

LSIL: Tedavi edilmese de spontan düzelebilir ve %1 invaziv kansere ilerleme riski vardır (50). Kolposkopi uygulanır ve biyopsi alınır %15-30 oranında CIN varlığı saptanır (44). Bazı kaynaklarda smear tekrarı ile takip edilmesi önerilmekte, yine de kolposkopi uygulanması daha uygun bir seçenektir (50).

HSIL: (High grade squamous intraepithelial lesion): %70-75 CIN 2-3, %1-2 oranında invaziv kanser görülür. Kolposkopi ve biyopsi endikedir (44,50).

AGC: ASC ile karşılaştırıldığında altta yatan CIN veya invaziv kanser riski çok daha fazladır (44,50,51). Bu sebeple tüm hastalara mutlaka kolposkopi yapılmalıdır. 35 yaş ve bu yaşın üzerindeki tüm kadınlarda veya düzensiz vajinal kanaması olan 35 yaş altı kadınlarda mutlaka kolposkopiye endometrial örnekleme de eklenmelidir (44,50).

2.1.8. Human Papilloma Virüs

HPV'ye bağlı hastalıklardan ilk tanımlanan Condiloma aküminata'dır ve 19. yüzyılda tanımlanmıştır. Condiloma aküminata genital cilt ya da mukozadan temasa bağlı olarak geçer. 1907'de Ciuffo isimli araştırmacı bu hastalığın virüsler nedeniyle oluştuğunu belirtmiştir (52,53).

2007'de yayınlanan serviks kanseri Türk ulusal standartlarında da bahsedildiği gibi, zarfsız bir DNA virüsü olan HPV' nin serviks kanseri ile olan ilişkisi, artık kanıtlanmıştır. HPV servikal kanserin primer etiyolojik ajanı olup, HPV-DNA'sı servikal kanser ve prekürsör lezyonların %93-100'ünde tespit edilmektedir (54-55). HPV; serviks kanserine dönüşebilecek maliğn transformasyona neden olabilmektedir (56).

Diğer birçok virüsün aksine HPV'ler, antijenik yapılarından çok DNA yapısına göre sınıflandırıldığından serotipler yerine genotipler olarak ve keşfedildikleri sıraya göre numaralandırılmaktadır. Günümüzde 100'den fazla HPV tipi tanımlanmıştır (57,58).

İnsan papilloma virüsü tipleri klinik olarak da üç kategoriye ayrılmaktadır. Bunlar; kanser açısından:

1. Düşük riskli HPV'ler (6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 55 ve 62),
2. Olası yüksek riskli HPV'ler (26,53 ve 66)
3. Yüksek riskli HPV'ler (16 başta olmak üzere 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 56, 58, 59, 68, 73 ve 82) olarak gruplandırılmaktadırlar (59,60).

Bunlardan Tip 16, 18, 31 ve 45 serviks kanseri olgularının %80'ninden sorumludur (56). Serviks kanserlerinde HPV 18 varlığı az diferansiyasyon ve kötü prognoz ile ilişkilidir. Ayrıca HPV 18 varlığı ile lenf nodu metastazı ilişkisi gözlenmiştir (61). HPV 18 pozitif servikal kanserlerde rekürrens oranı % 45 iken HPV 16 pozitif kanserlerde bu oran sadece %16'dır (62).

2.1.8.1. Human Papilloma Virüs Aşısı

HPV için 1993 yılında başlatılan aşı çalışmaları 2006 yılından itibaren ruhsatlandırılarak kullanıma sunulmuştur. 2006 yılında HPV tip 6, 11, 16 ve 18'i kapsayan kuadrivalan HPV aşısı hedef popülasyon olan 9 ile 26 yaş arası cinsel aktiviteye başlamamış, HPV ile karşılaşmamış bireylere uygulanmak üzere FDA tarafından onaylanmıştır (63,64). Türkiye'de kuadrivalan aşı Ocak 2007'de, HPV tip 16 ve 18'i içeren bivalan aşı ise Aralık 2007'de ruhsatlandırılmıştır (65-67).

HPV aşısı, Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, Avustralya, Almanya, Fransa ve İsrail olmak üzere birçok ülkede de rutin aşı takvimine girmiştir. Türkiye'de HPV aşısı, rutin aşı takvimine girmemiştir.

2.1.8.2. Human Papilloma Virüs Bulaş Yolları

Genital HPV enfeksiyonu geçiren bireylerin eşlerinde de %60-66 oranında ortalama 3 ay gibi bir süre sonra genital HPV lezyonları görülmektedir (68). Cinsel yolla bulaşmada en önemli faktörler cinsel eş sayısı ve enfeksiyonun alındığı yaştır. Özellikle ilk cinsel ilişkinin erken yaşta olması, HPV enfeksiyonu alınmasında ve sonrasında gelişecek maliğn lezyonlar açısından oldukça önemlidir (69).

HPV'nin cinsel ilişki olmaksızın indirekt bulaş ile havlu gibi kontamine yüzeylerden ve deriden deriye temasla da bulaşabileceği bilinmektedir. Nadir görülen bir durum olarak da, anneden bebeğe doğum kanalıyla fetal olabilen rekkürent solunum papillomatozis (RRP, recurrent respiratory papillomatosis) bulaşı olabileceği rapor edilmiştir (70). Bazı çalışmalarda servikal HPV taşıyan kadınlardan doğan çocukların nazofarinks sekresyonlarında %4–87 oranında HPV DNA pozitifliği belirlenmiştir (71).

2.1.8.3. Human Papilloma Virüs'ün Diğer Hastalıkları

HPV sadece serviks kanserinin dışında deri ve faringeal kanserler gibi diğer malignensilerle ilişkili olan vulvar, vajinal, anal ve penil kanserlerden de sorumludur (72). Yaklaşık 40 HPV tipinin genital mukoza enfeksiyonuna sebep olduğu bilinmektedir ve kanserojen potansiyeline göre sınıflandırılmaktadır. HPV tip 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 55 ve 62 gibi düşük riskli tipler genital siğiller ve düşük dereceli genital anormallikleri içeren selim lezyonlara sebep olur. Ancak genital kanserlerde bulunmazlar. Bu nedenle “düşük riskli” olarak adlandırılırlar. Yüksek riskli HPV 16 başta olmak üzere 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 56, 58, 59, 68, 73 ve 82, hem düşük hem de yüksek dereceli prekanseröz lezyonlara sebep olurlar. Bununla beraber, invaziv kanserlerde görülen tipler için “yüksek riskli” tanımlaması yapılmaktadır (70).

HPV enfeksiyonlarının çoğu asemptomatik olmakla birlikte değişik klinik tablolar ortaya çıkabilir (73). Değişken klinik tablo, virüsün tipine (HPV 16 ve HPV 18 invaziv karsinom ile ilişkilidir), lezyonun yerleşimine (respiratuvar papillomatozis gibi), bireyin immünolojik durumuna (immün yetmezliği olanlarda ve gebelerde daha ağır tablo) ve epitelin doğasına (serviksin transformasyon bölgesindeki metaplazik skuamöz epitel, HPV veya diğer kofaktörlerin onkojenik etkilerine daha yatkındır) bağlıdır. Genital siğiller birkaç ayda gözlenirken, servikal kanser gelişimi yıllar alabilmektedir (73,74).

2.1.8.4. Human Papilloma Virüs Enfeksiyon Tanısı ve Seyri

HPV enfeksiyonlarının çoğu asemptomatiktir ve HPV kültürü yapılamadığından ve serolojik analizler de kullanışlı olmadığından, HPV enfeksiyonlarının tanısı moleküler yöntemlerle HPV-DNA'nın saptanması ile olmaktadır (70,75,76).

Sağlıklı bireylerde, enfeksiyonun %75'inden fazlası otuzuncu ayda belli olur. Bu durum özellikle düşük riskli tiplerde doğrulanmıştır (70). Genital HPV enfeksiyonunun başlıca klinik aşamaları; 1. Latent, 2. Subklinik ve 3. Klinik dönemlerdir. Virüs ilk olarak bazal laminaya yakın stratum germinativumdaki hücreleri enfekte eder, bu da en çok cinsel ilişkiye bağlı mikrotravmaların olduğu bölgede oluşur. Latent dönemde hastalığın sitolojik ya da morfolojik hiçbir bulgusu yoktur, sadece ultrasensitif PCR teknikleri ile HPV DNA'sı gösterilebilir (77).

Subklinik dönemde HPV'ye bağlı sitolojik-mikroskopik değişiklikler veya kolposkopi gibi büyütme yöntemleri uygulanarak görülebilen lezyonlar söz konusudur. Servikal intraepitelyal neoplazi (CIN) ve intraepitelyal neoplaziler genelde bu döneme oluşur. Genital kondilom ya da invaziv kanser gibi gözle görülebilen lezyonların ve belirtilerin bulunduğu dönem ise klinik dönemdir. İmmünolojik kontrolün kaybıyla virüs genomu replike olur ve buna bağlı olarak da ortaya çıkan büyüme faktörlerinin

etkisiyle epitel proliferasyonu, intermediyer hücre hiperplazisi ve hiperkromazi oluşmaktadır (78).

Normalde CIN, subklinik bir enfeksiyon olup, kapiller ve stromal proliferasyon gözle görülebilecek bir kondilom yapacak düzeyde değildir. Ancak olguların %30'unda bu proliferasyon aşırı olup, servikste gözle görülebilir bir kondilom gelişebilir. Epitel tabakası üst sıralarında HPV nin sitolojik karakteristik bulgusu olan “koilositoz” ortaya çıkmaktadır. Koilositler malign dönüşüm gösteremeyen, ölü ya da ölmekte olan stratum granulosum hücreleridir. Koilosit nükleusu düzensiz ve virüs partikülleri ile dolu olduğu için hiperkromatiktir. Sitoplâzmadaki çekirdeğin hemen üzerinde vakuol bulundurmaktadır. Bu koilositler aslında daha çok düşük risk grubundaki HPV enfeksiyonlarının belirteci olarak görülmektedir (79,80).

Prekanseroz lezyonlar servikal intraepitelyal karsinoma (CIN) olarak adlandırılmaktadır. Anormal lezyonların gelişmesi; epitelin alt 1/3'ünde sınırlı ise CIN I, alt 2/3'ünde ise CIN II, epitelin tamamına yakını tutulmuş ise CIN III ve tamamını içeriyorsa karsinoma insitu olarak adlandırılır. Bütün lezyonlarda bazal membran sağlamdır. Fakat CIN'lerde invazyon potansiyeli her aşamada vardır (81).

2.2. Serviks Kanseri Belirti, Bulguları ve Risk Faktörleri

Serviks kanserinin %85-90' i yassı epitel karsinomu ve %10-15'i adenokarsinom şeklinde görülmektedir. Serviks kanserli hastalarda en sık semptom vajinal kanamadır. Çoğunlukla postkoital kanama şeklinde olmakla birlikte postmenopozal veya düzensiz kanamalar şeklinde de olabilir. İlerlemiş vakalarda kötü kokulu vajinal akıntı, bacağına veya bele vuran ağrı, anemi, kilo kaybı, obstrüktif üropati, alt ekstremitelerde ödem görülebilir (81,82).

Serviks kanseri risk faktörleri şunlardır (83-86):

1. Demografik faktörler:

- a. İleri yaş.
- b. Irk (Siyah, hispanik).
- c. Düşük sosyoekonomik düzey.
- d. Düşük eğitim düzeyi.
- e. Afrika, Asya ve Latin Amerika yerleşimi

2. Davranış ve seksüel faktörler:

- a. Multi partnerli olmak (kendisinin veya eşinin).
- b. Erken ilk koitus yaşı (özellikle 20 yaşından önce başlaması).
- c. Sigara kullanmak.
- d. Uzun süreli oral kontraseptif kullanımı.
- e. Vitamin C, Folat, Karoten'den fakir diyet.

3. Medikal / Jinekolojik faktörler.

- a. Multipariteli olmak.
- b. Erken ilk gebelik yaşı.
- c. Cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü (özellikle Herpes ve HPV, Sifilis, clamidya, trichomonas).
- d. Spesifik tip HPV enfeksiyonu (Tip 2).

e. HIV enfeksiyonu.

f. Intrauterin dönemde DES'e maruziyet.

2.3. Serviks Kanseri Tedavi ve Prognuzu

Serviks kanserinin tedavisinde: lokal eksizyon, elektrokoterizasyon, kriyocerrahi, laser cerrahisi, soğuk koagülasyon, konizasyon, histerektomi, diğer cerrahi yöntemler ve radyoterapi gibi seçenekler bulunmaktadır. Hastalığın evresine ve vakanın bazı özelliklerine göre uygun tedaviler uygulanmaktadır (87).

Erken evredeki servikal kanser vakalarında, prognoz çok iyidir. Evre 0 lezyonları (CIN'ler, karsinoma insitu) için %100 iyileşme beklenebilir. İyileşme oranları, evre IB' de %85, evre IIA' da %70-%75, evre IIB' de %60-%65, evre IIIB' de %25-%40 ve evre IVB' de %5-%10' dur. Lezyon ne kadar erken tanınıp tedavi edilirse prognoz o kadar iyidir (87).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Çalışma Dizaynı

Bu çalışma 05.02.2015 ile 5.06.2015 tarihleri arasında Kahramanmaraş şehrinde yapıldı. Çalışmaya Kahramanmaraş İl Halk Sağlığı Müdürlüğü' ne bağlı birimlerdeki, Kahramanmaraş Kamu Hastahaneleri Birliği'ne bağlı birimlerdeki ve Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan 197 kadın doktor dahil edildi. Katılımcıların bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra yüz yüze görüşme tekniği ile anket formu uygulandı. Anket formu; katılımcıların sosyodemografik verilerini gösteren bir bölüm, tutum ve davranışlarını ortaya koyan bir bölüm ve bilgi düzeylerini iki bölüm halinde ölçen, toplam dört bölümden oluşuyor. Çalışmaya kadın hastalıkları ve doğum uzmanları ve araştırma görevlileri bilgi düzeyleri karşılaştırmalarını etkiliyebileceği için dâhil edilmedi. Katılımcılar çalışma konusunda bilgilendirilerek onamları alındı. Çalışma için Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alındı.

3.2. Verilerin Elde Edilmesi

Katılımcılara araştırmacılar tarafından geliştirilen açık ve kapalı uçlu sorular içeren standart anket formu uygulandı. Anketin birinci bölümünde kadın doktorların yaş, medeni durumu, biraşısı, meslekte kaçınıcı yılında olduğu, kaç yıllık evli olduğu ve çocuk durumu gibi sosyodemografik verileri bulunmaktadır. İkinci bölümde PAP smear konusunda eğitim alıp almadığını, pap smear konusunda eğitim aldıysa bu eğitimi nerede aldığı, pap smear konusunda bilgi düzeyini yeterli görüp görmediğini ve bu konuda eğitim almak isteyip istemediğini ve pap smear yaptırap yaptırmadığını, pap smear yaptırmak isteyip istemediğini, pap smear yaptırap yapıyor ise düzenli yaptırap yaptırmadığını, hiç pap smear yaptırmadıysa yaptırmama sebepleri gibi tutum ve

davranış özelliklerini ortaya koyabilecek sorular soruldu. Yine aynı bölümde kadın doktorların pap smear ile ilgili tutum ve davranışlarını etkileyebileceğini düşündüğümüz jinekolojik muayene olup olmadığı, jinekolojik muayene durumu ve birinci derece yakınlarında kanser hastası olup olmadığı soruları da soruldu. Anketin üçüncü Ve dördüncü bölümünde ise katılımcılara pap smear konusunda bilgi düzeyini ölçmek için American Society of Cytopathology kriterleri ve 2001 de revize edilmiş Bethesda 3 sistemini temel alan, pap smear yapmaya başlama, sürdürme, sonlandırma, Pap smear raporların anlamlandırma, Pap smear değerlendirmesini kısıtlayıcı etmenlerle ilgili sorular sorulmuştur. Ankette birden fazla şık işaretleyebileceği iki soru, birden fazla şıklı fakat tek doğrunu olduğu bir soru, üçlü likert ölçekli yirmi yedi, toplamda otuz soru soruldu. “Bilgi puanları” likert ölçeğinde doğru olan her önermeye katılıyorum seçeneğini işaretleyen katılımcıya bir puan, yanlış önermelere katılmıyorum seçeneğini işaretleyen katılımcıya bir puan, şıklı cevabı olan sorularda doğru şıklı işaretleyen katılımcıya bir puan olmak üzere toplamda otuz iki puan üzerinden elde edildi.

3.3. İstatistiksel Analiz

Bu çalışmada, verilerin değerlendirilmesinde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 20.0 versiyonu kullanıldı. Parametrik olan sürekli değişkenlerde iki grup arası karşılaştırmada bağımsız t testi, parametrik olmayan verilerde iki grup arası karşılaştırmalarda mann whitney u testi, üç ve üzeri sayıda grup arasındaki farklılığı ortaya koymak için kruskal wallis testi, kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ise ki kare testi kullanıldı. Tüm istatistiksel analizlerde $p < 0.05$ değeri anlamlı fark olarak kabul edildi. Veriler ortalama \pm SS (Standart Sapma) veya sayı (%) şeklinde verildi.

4. BULGULAR

Katılımcıların yaş ortalaması 33 ± 6.8 SS (min.=23, maks.=55) idi. Kadın doktorların 90'nı (%45.7) 23-30 yaş aralığında, 77'si (%39.1) 31-40 yaş aralığında, 30'u (%15.2) 41-55 yaş aralığında idi. Çalışmaya katılan 197 olgunun 128'i (%65) evli, 69'u (%35) bekar idi. Evli olguların ortalama evlilik yılı 8.2 ± 6.4 SS (min.=1, maks.=30) idi. Çalışmaya katılan 197 doktorun 95'nin (%48.2) çocuğu varken 102'sinin (%51.8) çocuğu yoktu.

Katılımcı kadın doktorların branşlarına göre dağılımı; 37'si (%18.8) pratisyen hekim, 30'u (%15.2) aile hekimi, 12'si (%6.1) aile hekimliği uzmanı, 82'si (%41.6) diğer dallarda uzman, 36'sı (%18.3) araştırma görevlisi idi. Katılımcıların sosyodemografik verileri Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Verileri (n=197)

Özellikler		n (%)
Medeni durum	Evli	128 (65)
	Bekâr	69 (35)
Çocuk sahipliği	Var	95 (48.2)
	Yok	102 (51.8)
Branşınız	Pratisyen hekim	37 (18.8)
	Aile hekimi	30 (15.2)
	Aile hekimliği uzmanı	12 (6.1)
	Diğer uzman	82 (41.6)
	Araştırma görevlisi	36 (18.3)
Hizmet yılı	1-10	133 (67.5)
	11-20	53 (26.9)
	21-30	11 (5.6)
Yaş aralığı	23-30	90 (45.7)
	31-40	77 (39.1)
	41-55	30 (15.2)

Katılımcıların 128'si (%65) pap smear konusunda eğitimini Tıp fakültesinde aldığını belirtirken, 5'i (%2.5) hizmet içi kursta, 8'i (%4.1) seminer ve konferansta eğitim aldığını belirtti. Kadın doktorların 66'sı (%33.5) Pap smear konusunda bilgi düzeyini yeterli görürken, 131'i (%66.5) bu konuda kendini yeterli görmemekteydi. Olguların tutum özellikleri ile ilgili verileri Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2. Katılımcıların Tutum Özellikleri (n=197)

Katılımcıların Tutum Özelliklerini Belirleyen Sorular	Cevaplar	n (%)
Pap smear konusunda eğitim aldınız mı?	Evet	141 (71.6)
	Hayır	56 (28.4)
Pap smear konusunda eğitimi nereden aldınız?	Tıp fakültesi	128 (65.0)
	Hizmet içi kurs	5 (2.5)
	Seminer-konferans	8 (4.1)
Pap smear konusunda bilgi düzeyinizi yeterli görüyor musunuz?	Evet	66 (33.5)
	Hayır	131 (66.5)
Pap smear konusunda eğitim almak ister misiniz?	Evet	94 (47.7)
	Hayır	103 (52.3)
Daha önce pap smear örneği aldınız mı?	Evet	115 (58.4)
	Hayır	82 (41.6)
Birinci derece yakınlarınızda herhangi bir kanser öyküsü var mı?	Evet	43 (21.8)
	Hayır	154 (78.2)
Kendinizi serviks ca risk grubunda görüyor musunuz?	Evet	39 (19.8)
	Hayır	113 (57.4)
	Fikrim yok	45 (22.8)
Pap smear testi yaptırmak istiyor musunuz?	Evet	92 (46.7)
	Hayır	105 (53.3)
	Fikrim yok	18 (9.1)

132 (%67.0) hekim şu ana kadar hiç Pap smear yaptırmadığını belirtirken, 65 (%33) hekim pap smear yaptırdığını belirtti, daha önce pap smear yaptıran 65 katılımcının 16'sı (%24.6) düzenli pap smear yaptırırken, 49'u (%75.4) düzenli pap smear yaptırmadığını belirtti. Katılımcı doktorların "Hiç pap smear yaptırmadıysanız

yaptırmama nedeniniz nedir?" sorusuna; 52'si (%26.4) ihmal ediyorum, 2'si (%1) sonuçtan korkuyorum, 7'si (%3.6) utanıyorum, 52'si (%26.4) kendimi risk gurubunda görmüyorum, 8'i (%4.1) diğer sebepler şikkını belirtmiş, 11'i (%5.6) açık uçlu kısma virgin olmak cevabını yazmıştı. Olguların davranış özellikleri ile ilgili verileri Tablo 3'de sunulmuştur.

Tablo 3. Katılımcıların Davranış Özellikleri (n=197)

Katılımcıların Davranış Özelliklerini Sorgulayan Anket Soruları	n (%)	
Jinekolojik muayene durumunuzu en iyi aşağıdakilerden hangisi açıklar?	Şimdiye kadar olmadım	72 (36.5)
	Herhangi bir genital şikâyette olurum	69 (35.0)
	Şikâyetlerim şiddetli olursa oluyorum	39 (19.8)
	Şikâyetim olmasa da düzenli olarak olurum	17 (8.6)
Şimdiye kadar kaç defa jinekolojik muayene yaptırınız?	Hiç yaptırmadım	91 (46.2)
	1 defa yaptırım	20 (10.2)
	2 defa yaptırım	19 (9.6)
	3 defa yaptırım	18 (9.1)
	4 defa yaptırım	11 (5.6)
	5 ve daha fazla yaptırım	38 (19.3)
Şimdiye kadar kaç defa pap smear testi yaptırınız?	Hiç yaptırmadım	132 (67.0)
	1 defa yaptırım	28 (14.2)
	2 defa yaptırım	16 (8.1)
	3 defa yaptırım	8 (4.1)
	4 defa yaptırım	5 (2.5)
	5 ve daha fazla yaptırım	8 (4.1)
Pap smear yaptırıyorsanız düzenli yaptırıyor musunuz?	Evet	16 (8.1)
	Hayır	49 (24.9)
Hiç pap smear yaptırmadıysanız yaptırmama nedeniniz nedir?	İhmal ediyorum	52 (26.4)
	Sonuçtan korkuyorum	2 (1.0)
	Utaniyorum	7 (3.6)
	Kendimi risk gurubunda görmüyorum	52 (26.4)
	Diğer	8 (4.1)
	Virgin olmak*	11 (5.6)

*Katılımcılar ankette açık uçlu kısma yazarak belirtmişlerdir.

Katılımcıların 190'ı (%96.4) "Pap smear serviks kanseri için tarama testidir" doğru önermesine katılıyorum cevabı vermiştir. Kadın doktorların "Pap smear tanı testidir" yanlış önermesine 130'u (%66) katılmıyorum cevabını vermiştir. Katılımcı doktorların 126'sı (%64) Pap smearın bir yıl aralıklarla yapılması gerekliliği doğru önermesine katılıyorum cevabı vermiştir. "Pap smear yaptırmaya ilk koitustan en geç 3 yıl sonra başlanmalıdır" doğru önermesine olguların 50'si (%25.4) katılıyorum cevabı vermiştir. Katılımcıların 21'i (%10.7) "Pap smear 70 yaşına kadar tekrarlanır" doğru önermesine katılıyorum cevabı vermiştir. "Pap smear test ile hpv tanısı konulur" yanlış önermesine, olguların 45'i (%22.8) katılmıyorum cevabı vermiştir. "Pap smear sonucu koitustan etkilenir o nedenle en az 48 saat geçmiş olması gerekir" doğru önermesine doktorların 42'si (%21.3) katılıyorum cevabını belirtmiştir. Kadın doktorların Pap Smear bilgi düzeyini ölçen soruların yanıtlama durumları ile ilgili verileri Tablo 4'de sunulmuştur.

Tablo 4. Katılımcıların Pap Smear Bilgi Düzeyini Ölçen Soruların Yanıtlama Durumları

Anketteki İfadeler	Katılıyorum n (%)	Katılmıyorum n (%)	Fikrim yok n (%)
PAP smear serviks kanseri için tarama testidir (D)	190 (96.4)	3 (1.5)	4 (2.0)
PAP smear serviks kanseri için tanı testidir (Y)	40 (20.3)	130 (66.0)	27 (13.7)
PAP smear yaptırmaya cinsel yaşam başlayınca başlanılmalıdır (D)	111 (56.3)	86 (43.7)	0 (00.0)
PAP smear yaptırmaya ilk koitustan en geç 3 yıl sonra başlanılmalıdır (D)	50 (25.4)	147 (74.6)	0 (00.0)
PAP smear 70 yaşına kadar tekrarlanır (D)	21 (10.7)	176 (89.3)	0 (00.0)
PAP smear son 10 yıldır anormal sonuç gelmeyinceye kadar tekrarlanır (D)	76 (38.6)	121 (61.4)	0 (00.0)
PAP smear 1 yıl aralıklarla yapılmalıdır (D)	126 (64.0)	52 (26.4)	19 (9.6)
PAP smear postpartum dönemde de yapılmalıdır (D)	143 (72.6)	20 (10.2)	34 (17.3)
PAP smear test ile hpv tanısı konulur (Y)	132 (67.0)	45 (22.8)	20 (10.2)
Kullanılan ilaçlar PAP smear testini etkiler (D)	71 (36.0)	69 (35.0)	57 (28.9)
Kondülomlu hastaya PAP smear test yaptırırım (D)	101 (51.3)	39 (19.8)	57 (28.9)
PAP smear alırken koitus zamanı önemli değildir (Y)	41 (20.8)	105 (53.3)	51 (25.9)
PAP smear sonucu koitustan etkilenir o nedenle en az 24 saat geçmiş olması gerekir (Y)	73 (37.1)	53 (26.9)	71 (36.0)
PAP smear sonucu koitustan etkilenir o nedenle en az 48 saat geçmiş olması gerekir (D)	42 (21.3)	69 (35.0)	86 (43.7)
Menstürasyon PAP smear almaya engel değildir (Y)	34 (17.3)	110 (55.8)	53 (26.9)
PAP smear mensten sonra alınmalıdır (D)	95 (48.2)	47 (23.9)	55 (27.9)
PAP smear almak için en uygun zaman siklusun 10-18. Günleri arasındır (D)	70 (35.5)	30 (15.2)	97 (49.2)
PAP smear almak için en uygun zaman siklusun 18. Gününden sonraki zamandır (Y)	23 (11.7)	64 (32.5)	110 (55.8)

D= Doğru ifade, Y= Yanlış ifade

Çalışmamızda doktorların 30'u (%15.2) "Sonucu ASC-US çıkan hastaya hemen kolposkopi yapılır" doğru önermesine katıldığını belirtmiş. "Sonucu AGC çıkan hastaya hemen kolposkopi yapılır" doğru önermesine kadın doktorların 74'ü (%37.6)

katılıyorum cevabını vermiştir. Katılımcıların pap smear raporu değerlendirme bilgi düzeyini ölçen soruları yanıtlama durumları ile ilgili verileri Tablo 5’de sunulmuştur.

Tablo 5. Katılımcıların Pap Smear Raporu Değerlendirme Bilgi Düzeyini Ölçen Soruları Yanıtlama Durumları

Anketteki İfadeler	Katılıyorum n (%)	Katılmıyorum n (%)	Fikrim yok n (%)
Sonucu ASC-US çıkan hastaya smear tekrar yapılır (D)	114 (57.9)	28 (14.2)	55 (27.9)
Sonucu ASC-US çıkan hasta smear takibine alınır (D)	122 (61.9)	18 (9.1)	57 (28.9)
Sonucu ASC-US çıkan hastaya hemen kolposkopi yapılır (D)	30 (15.2)	94 (47.7)	73 (37.1)
Sonucu ASC-H çıkan hastaya hemen kolposkopi yapılır (D)	129 (65.5)	13 (6.6)	55 (27.9)
Sonucu LSİL çıkan hastaya hemen kolposkopi yapılır (D)	66 (33.5)	54 (27.4)	77 (39.1)
Sonucu LSİL çıkan hastaya biyopsi yapılır (D)	63 (32.0)	50 (25.4)	84 (42.6)
Sonucu HSİL çıkan hastaya hemen kolposkopi yapılır (D)	100 (50.8)	28 (14.2)	69 (35.0)
Sonucu HSİL çıkan hastaya biyopsi yapılır (D)	119 (60.4)	12 (6.1)	66 (33.5)
Sonucu AGC çıkan hastaya hemen kolposkopi yapılır (D)	74 (37.6)	31 (15.7)	92 (46.7)
Sonucu AGC çıkan 35 yaş üstü hastalarda endometrial örneklemede alınır (D)	117 (59.4)	7 (3.6)	73 (37.1)

D= Doğru ifade, Y=Yanlış ifade

Çalışmamızdaki olguların 144’ü (%73.1) eksik klinik bilginin pap smear değerlendirmesini sınırlayacağı önermesine katıldığını bildirmiştir. Yoğun kanamanın pap smear değerlendirmesini sınırlayacağı doğru önermesine, kadın doktorların 141’i (%71.6) katıldığını bildirmiştir. Katılımcıların pap smear değerlendirmesini sınırlayıcı etmenleri bilgi düzeyini ölçen soruların yanıtlama durumları ile ilgili verileri Tablo 6’de sunulmuştur.

Tablo 6. Katılımcıların Pap Smear Değerlendirmesini Sınırlayıcı Etmenleri Bilgi Düzeyini Ölçen Soruların Yanıtlama Durumları

Anketteki İfadeler	Katılıyorum n (%)	Katılmıyorum n (%)	Fikrim yok n (%)
Eksik klinik bilgi PAP smear değerlendirmesini sınırlar (D)	144 (73.1)	12 (6.1)	41 (20.8)
Preparatın kuruması PAP smear değerlendirmesini sınırlar (D)	89 (45.2)	28 (14.2)	80 (40.6)
Aşırı akıntı PAP smear değerlendirmesini sınırlar(D)	105 (53.3)	31 (15.7)	61 (31.0)
Yoğun kanama PAP smear değerlendirmesini sınırlar (D)	141 (71.6)	6 (3.0)	50 (25.4)

D= Doğru ifade, Y=Yanlış ifade

Çalışmamızdaki kadın doktorların pap smear hakkında bilgi skor ortalaması, bekâr doktorlarda 15.6 ± 6.1 , evli doktorlarda 15.2 ± 6.0 olarak tespit edildi. Her iki grup arasında bilgi düzeyi açısından anlamlı bir fark yoktu ($p=0.702$).

Katılımcılardan çocuk sahibi olan doktorların bilgi skor ortalaması 15.3 ± 6.3 , çocuk sahibi olmayan doktorlarda 15.3 ± 5.8 olarak tespit edildi ve gruplar arasında bilgi düzeyi açısından anlamlı bir fark olmadığı tespit edildi ($p=0.786$).

Pratisyen kadın doktorların bilgi skor ortalaması 16.7 ± 4.8 , Aile hekimlerinin bilgi skor ortalaması 16.2 ± 5.0 , Aile hekimliği uzmanlarının bilgi skor ortalaması 20.8 ± 3.1 , diğer branşlarda uzmanların bilgi skor ortalaması 13.6 ± 6.0 , araştırma görevlilerinin bilgi skor ortalaması 15.3 ± 6.3 idi. Branş grupları arası bilgi düzeyi açısından farkın anlamlı olduğu tespit edildi ($p=0.001$).

Hizmet yıl aralığına göre, 1-10 yıllık kadın doktorların bilgi skor ortalaması 15.6 ± 5.8 , 11-20 yıllık kadın doktorların bilgi skoru ortalaması 14.3 ± 6.8 , 21-30 yıllık kadın doktorların bilgi skor ortalaması 16.7 ± 5.0 , olarak tespit edildi. Hizmet yılı aralığına göre oluşturulan üç grup arasında, kadın doktorların bilgi düzeyi açısından anlamlı bir fark yoktu ($p=0.400$).

Katılımcıları yaş aralığına göre, 23-30 yaş aralığındaki kadın doktorların bilgi skor ortalaması 15.4 ± 5.8 , 31-40 yaş aralığındaki kadın doktorların bilgi skor ortalaması 14.5 ± 6.4 , 41-55 yaş arası kadın doktorların bilgi skor ortalaması 16.9 ± 5.8 olarak tespit edildi. Yaş aralığına göre oluşturulan üç grup arasında bilgi düzeyi açısından farkın anlamsız olduğu tespit edildi ($p=0.126$).

Pap smear konusunda bilgi düzeyinizi yeterli gören kadın doktorların bilgi skor ortalaması 17.6 ± 5.2 iken hayır cevabı veren kadın doktorların bilgi skor ortalaması 14.1 ± 6.1 olarak tespit edildi. Her iki grup arasında bilgi düzeyi açısından farkın anlamlı bir fark olduğu tespit edildi ($p<0.001$). Olguların bilgi skor ortalaması ve p değerlerini içeren veriler Tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 7. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile PAP Smear Hakkında Bilgi Puanı Skorlamalarının Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler		n (%)	Bilgi puanı*	p
Medeni durum	Bekar	69 (35.0)	15.6±6.1	0.702
	Evli	128 (65.0)	15.1±6.0	
Çocuk sahipliği	Var	95 (48.2)	15.3±6.3	0.786
	Yok	102 (51.8)	15.3±5.8	
Branşınız	Pratisyen hekim	37 (18.8)	16.7±4.8	0.001
	Aile hekimi	30 (15.2)	16.1±4.9	
	Aile hekimliği uzmanı	12 (6.1)	20.8±3.0	
	Diğer uzman	82 (41.6)	13.5±6.4	
	Araştırma görevlisi	36 (18.3)	15.2±6.3	
Hizmet yılı	1-10	133 (67.5)	15.6±5.7	0.400
	11-20	53 (26.9)	14.2±6.8	
	21-30	11 (5.6)	16.7±5.0	
Yaş aralığı	23-30	90 (45.7)	15.4±5.7	0.126
	31-40	77 (39.1)	14.5±6.4	
	41-55	30 (15.2)	16.9±5.8	
PAP smear konusunda bilgi düzeyinizi yeterli görüyor musunuz?	Evet	66 (33.5)	17.6±5.2	0.000
	Hayır	131 (66.5)	14.1±6.1	
Birinci derece yakınlarınızda herhangi bir kanser öyküsü var mı?	Evet	43 (21.8)	14.9±6.1	0.616
	Hayır	154 (78.2)	15.4±6.0	

*Bilgi puanları 32 puan üzerinden değerlendirildi.

Pap smear konusunda bilgi düzeyini yeterli görenlerin 16'sı (%24.2) pap smear konusunda eğitim almak isterken 50'si (%75.8) bu konuda eğitim almak istemiyordu. Doktorların bilgi düzeyini yeterli görmesiyle pap smear konusunda eğitim almak istememesi arasında anlamlı derecede ilişki mevcuttu ($p<0.001$) (Tablo 8).

Tablo 8. Pap Smear Konusunda Bilgi Düzelerini Yeterli Görme Durumu ile Eğitim Alma İsteğinin Karşılaştırması

		Pap smear konusunda eğitim almak ister misiniz?				p
		Evet		Hayır		
		n	%	n	%	
Pap smear konusunda bilgi düzeyinizi yeterli görüyor musunuz?	Evet	16	24.2	50	75.8	0.000
	Hayır	78	59.5	53	40.5	

Katılımcı doktorların arasında, birinci derece yakınlarında herhangi bir kanser öyküsü olanların 22'si (%51.2) daha önce pap smear yaptırmışken, birinci derece yakınlarında herhangi bir kanser öyküsü olmayanların 43'ü (%27.9) daha önce pap smear yaptırmıştı. Katılımcı doktorların birinci derece yakınlarında herhangi bir kanser öyküsü olmasıyla, pap smear yaptırmaları arasındaki ilişki anlamlı idi ($p=0.004$). Çalışmamızda kendisini serviks kanseri risk grubunda gören 39 kadın doktordan 15'i (%38.5) pap smear test yaptırmıştı, risk grubunda görmeyen 113 kadın doktordan 37'si (%32.7), bu konuda fikri olmayan 45 kadın doktordan 13'ü (%28.9) pap smear test yaptırmıştı. Kadın doktorların kendini serviks kanseri risk grubunda görmeleri ile pap smear test yaptırmaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edildi ($p=0.646$).

Kadın doktorların 23-30 yaş arasındakilerin 5'i (%5.6), 31-40 yaş arasındakilerin 39'u (%50.6), 41-55 yaş arasındakilerin 21'i (%70.0) pap smear yaptırmıştır. Yaş aralığı ile pap smear yaptırmaları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.001$) (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların Bazı Özellikleri ile Pap Smear Yaptırma Durumlarının Karşılaştırılması

		Hiç pap smear yaptırdınız mı?				p
		Evet		Hayır		
		n	%	n	%	
Birinci derece yakınlarınızda herhangi bir kanser öyküsü var mı?	Evet	22	51.2	21	48.8	0.004
	Hayır	43	27.9	111	72.1	
Kendinizi serviks ca risk grubunda görüyor musunuz?	Evet	15	38.5	24	61.5	0.646
	Hayır	37	32.7	76	67.3	
	Fikrim yok	13	28.9	32	71.1	
Pap smear konusunda bilgi düzeyinizi yeterli görüyor musunuz?	Evet	25	37.9	41	62.1	0.301
	Hayır	40	30.5	91	69.5	
Pap smear test yaptırmak istiyor musunuz?	Evet	39	42.4	53	57.6	0.031
	Hayır	22	25.3	65	74.7	
	Fikrim yok	4	22.2	14	77.8	
Yaş aralığı	23-30	5	5.6	85	94.4	0.000
	31-40	39	50.6	38	49.4	
	41-55	21	70.0	9	30.0	

Daha önce pap smear yaptıran 65 katılımcının 16'sı (%24.6) düzenli pap smear yaptırırken, 49'u (%75.4) düzenli pap smear yaptırmadığını belirtti. Şimdiye kadar jinekolojik muayene olmuş 106 kadın doktorun 65'i (%61.3) pap smear yaptırmışken, 41'i (%38.7) hiç pap smear yaptırmamıştı.

Katılımcılardan şimdiye kadar jinekolojik muayene olmuş 106'sının 59'u (%55.7) pap smear test yaptırmak istiyor, 39'u (%36.8) pap smear test yaptırmak istemiyor, 8'nin (%7.5) ise bu konuda fikri yok olarak tespit edildi. Jinekolojik muayene yaptırmış olmak ile pap smear yaptırmak arasında anlamlım bir ilişki tespit edildi (0.025).

Tablo 10. Jinekolojik Muayene Pap Smear Yaptırma Durumu Karşılaştırması

		Pap smear testi yaptırmak istiyor musunuz?						p
		Evet		Hayır		Fikrim yok		
		n	%	n	%	n	%	
Şimdiye kadar jinekolojik muayene yaptırdınız mı?	Evet	59	55.7	39	36.8	8	7.5	0.025
	Hayır	33	36.3	48	52.7	10	11	

4. TARTIŞMA

Katılımcıların yaş ortalaması 33 ± 6.8 yıl, meslekteki çalışma süresi ise 8.7 ± 6.7 yıl olarak saptandı. Hekimlerin %65'i evli, %35'i bekârdı. Katılımcıların %48.2'si çocuk sahibi, %51.8'i çocuk sahibi değildi. Katılımcıların %18.8'i pratisyen hekim, %15.2'i aile hekimi, %6.1'i aile hekimliği uzmanı, %41.6'sı diğer dallarda uzman, %18.3'ü araştırma görevlisi olarak tespit edildi.

Literatürde Pap Smear testi yaptırma oranları; İspanya'da %69 (88), Kore'de %74 (89), Amerika Birleşik Devletleri'nde %99 (90), Sırbistan'da %83 (91), olarak bulunmuştur. Türkiye'de farklı grup ve farklı bölgelerde yapılan çalışmalarda ise bu oran %12-51 aralığındadır (14,92-95). Literatürde sağlık çalışanları arasında yapılan çalışmalarda pap smear yaptırma oranı; Nijerya'da hemşirelerde %5.7 sağlık çalışanlarında %9.0 (96), Uganda'da sağlık çalışanlarında %13 (97) olarak tespit edilmiştir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda hemşirelerin %23.7-49.6 aralığında pap smear yaptırdığı belirlenmiştir (20,98,99). Çalışmamızda, hekimlerin %33'ü pap smear yaptırdığını ifade etti. Çalışmamızda pap smear yaptırma oranı gelişmiş ülkelere göre düşük oranda iken Türkiye'de yapılan çalışmalarla benzer oranda idi. Bu durum pap smear yaptırma durumuna, ülkenin gelişmişlik düzeyinin önemli etkisi olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca çalışmamız ve ülkemizde sağlık çalışanlarında yapılan çalışmalarda pap smear yaptırma oranının düşük olması önemli bir bulgudur. Sağlık hizmet sunumunda böylesine önemli bir grubun pap smear yaptırma gibi önemli bir sağlık davranışını yerine getirmemesi ilginç ve üzücüdür. Buna yönelik Sağlık bakanlığın kampanyalar başlatması ve sağlık çalışanlarının bu davranışı geliştirmesine yönelik koruyucu politikalar oluşturması önemlidir.

Çalışmamızda kadın doktorların pap smear yaptırma oranı %70 ile en sık 41-55 yaş arasında olduğu belirlendi. Kalyoncu ve arkadaşlarının çalışmasında 35 yaş üstünde, Akyüz ve arkadaşlarının çalışmasında 30-39 yaş grubunda, Nguyen ve arkadaşlarının çalışmasında 40 yaş üstünde, Siahpush ve arkadaşının çalışmasında ise 30-49 yaş grubunda olan kadınların, pap smear yaptırma oranının yükseldiğini saptanmıştır (14,15,100,101). En sık orta yaş grubunda olan kadınların pap smear yaptırdığı literatürde ve çalışmamızda ortaya konulmuştur. Pap smear gibi önemli bir koruyucu faktörün genç yaş grubunda düzenli olması gerekmesine rağmen bu davranışın orta yaş grubunda daha yaygın olması sağlık davranışı zayıflığını ortaya koymaktadır.

Literatürde pap smear yaptırma durumuyla ilgili çalışmalarda, eğitim ve gelir düzeyi (91,100), sağlık güvencesi ve kaynakları (89,100), bilgi düzeyi durumu ve kültürel faktörlerin (88,102) pap smear yaptırma, etkisinin önemli olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda yer alan hekimlerin sosyodemografik ve sosyokültürel değerlerinin pap smear yaptırma için uygun olmasına rağmen yeterli düzeyde pap smear yaptırmadığı belirlendi.

Kalyoncu ve arkadaşları 2003 yılında yaptıkları araştırmada pap smear testi konusunda temel bilgi kaynağının %82 ile sağlık personeli olduğunu belirlemişlerdir (15). Gichangi ve arkadaşları yine 2003 yılında Kenya'da yaptıkları bir araştırmada pap smear testi konusunda kadınların %82'sinin sağlık personelinde bilgi aldıklarını saptamışlardır (80). Bu durumda, özellikle kadınlar tarafından kadın sağlığı konusunda referans alınabilecek olan kadın doktorların, kendi ülkelerine göre yüksek fakat gelişmiş ülkelere göre düşük oranda pap smear test yaptırmaları, rol model durumlarını sorgulatmaktadır.

Çalışmamızda pap smear konusunda bilgi düzeyini yeterli gören doktorların %37.9'u, yeterli görmeyen doktorların ise %30.5'i pap smear yaptırdığını belirtti. Akyüz ve arkadaşlarının (14), Behbakht ve arkadaşlarının (103), Açıkgöz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda kadınların serviks kanseri konusundaki bilgi düzeyi ile pap smear yaptırma arasında olumlu yönde korelasyon olduğu tespit edilmiştir (22). Bizim çalışmamızda ise pap smear testi yaptırmaya ile pap smear konusunda bilgi düzeyini yeterli görme arasında anlamlı ilişki olmadığı saptandı. Bu durum çalışmanın yapıldığı grubun ihmalkâr davranış özelliğinden kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların %47.7'sinin pap smear konusunda eğitim almak istediği tespit edildi, düşük bir oran olması sebebiyle üzücü bir bulgu olarak saptandı. Çalışmamıza katılan doktorların, pap smear yaptırmak isteyenlerin %42.4'ü pap smear yaptırmıştı. Doktorların pap smear konusunda eğitim almak istemesiyle pap smear test yaptırmaları arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştu ($p=0.031$) fakat oranın düşük olması, bize; pap smear yaptırmama nedeni olarak ihmali düşündürmektedir.

Çalışmamızda birinci derece yakınına kanser öyküsü olan bireylerin %51.2'si, kanser öyküsü olmayan bireylerin %27.9'u daha önce pap smear yaptırdığını ifade etti. Birinci derece yakınlarında kanser öyküsü olanların daha yüksek oranda pap smear testi

yaptırdığı belirlendi. Bu durum ailesel ve kültürel değer yargı ve tutumların bireyin davranışı üzerinde önemli bir etkisi olduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda pap smear yaptırmayanların buna sebep olarak %26.4'ü ihmal ettiğini, %26.4'ü kendini risk gurubunda görmediğini, %3.6'ı ise utandığını ileri sürdü. Yaren ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hemşirelerin %87.2'si serviks kanseri açısından yüksek riske sahip olmadıklarına inandıklarını belirtmiştir (98). Atar Güler ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada pap smear testi yaptırmamaya en büyük gerekçe %87 oranla “ihmal” dır. Serviks kanserinin kısa sürede klinik belirti vermemesinin bir sonucu olarak, kadınların erken evrede, kendini risk gurubunda görmemelerinden kaynaklı yanlış bir algıya kapıldıkları, kendilerini sağlıklı hissettikleri belirlenmiştir (104). Bizim çalışmamızda “ihmal” ve “kendimi risk gurubunda görmüyorum” cevabı literatürden daha düşük orandadır. Türkiye’den Akyüz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kendilerini serviks kanseri için risk gurubunda görenlerin tamamının Pap smear testi yaptırdığı (14), dünyada ise yine kendilerini serviks kanseri için risk gurubunda gören kadınların daha yüksek oranda Pap smear testi yaptırdıkları belirlenmiştir (15,80,100,101). Kadın olmanın en büyük risk faktörü olduğu serviks kanserinde, çalışmamızdaki doktorların %67.0'sinin pap smear test yaptırmamış olması, pap smear test yaptıranların da %24.6'sını düzenli yaptırmaması üzücü ve çarpıcı bir bulgudur.

Çalışmamızda pratisyen doktorların pap smear konusunda bilgi skor ortalaması 16.7 ± 4.8 , aile hekimlerinin 16.1 ± 4.9 , aile hekimliği uzmanlarının 20.8 ± 3.0 , diğer branş uzmanların 13.5 ± 6.4 , araştırma görevlilerinin 15.2 ± 6.3 olarak tespit edildi. Çalışmamızda birinci basamakta çalışan hekimlerin, pap smear konusunda bilgi puan ortalaması, ikinci ve üçüncü basamakta çalışan hekimlerden anlamlı seviyede yüksekti. Bu durum birinci basamak sağlık hizmet sunumunda kadın sağlığına yönelik hizmetler veriliyorken, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunumu yapan hekimlerin daha spesifik olarak branşlarına yönelik hizmet vermesinin etkisi olduğundan kaynaklanmış olabilir.

Katılımcıların birinci derece yakınlarında, herhangi bir kanser öyküsü olanların pap smear konusunda bilgi düzeyi skoru 14.9 ± 6.1 , birinci derece yakınlarında herhangi bir kanser öyküsü olmayanların 15.4 ± 6.0 idi. Çalışmamızda birinci derece yakınlarında kanser öyküsü olanlar ile olmayanlar arasında bilgi düzeyi açısından anlamlı bir fark

tespit edilmedi ($p=0.616$). Türkiye’de serviks kanseri üzerine yapılmış bir araştırmada kadınların ailesinde kanser öyküsü olmasının bilgi puanlarını etkilemediği belirlenmiştir (105). Çalışmamız literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda “Pap smear yaptırmaya ilk koitustan en geç 3 yıl sonra başlanılmalıdır” doğru önermesine katılımcıların %25.4’ü, “Pap smear 70 yaşına kadar tekrarlanır” doğru önermesine ise %10.7’si, “Pap smear son 10 yıldır anormal sonuç gelmeyinceye kadar tekrarlanır” doğru önermesine %38.6’sı, “Pap smear sonucu koitustan etkilenir o nedenle en az 48 saat geçmiş olması gerekir” doğru önermesine %21.3’ü katılıyorum diyerek düşük oranlarda doğru cevaplamışlardır. “Pap smear test ile hpv tanısı konulur” yanlış önermesini katılımcıların %67’si onaylamıştır. American Cancer Society (ACS); kadınların ilk seksüel deneyimden en geç 3 yıl sonra veya seksüel aktif olsun ya da olmasın 21 yaşına geldiklerinde, 30 yaş ve üzerinde her yıl, üç yıl negatif sonuç çıkması durumunda 3 yılda bir Pap smear testi yaptırmalarını, 70 yaş üzerinde ve son 10 yılda anormal Pap test sonucu olmayan, üç veya daha fazla normal Pap test sonucu olan kadınların servikal kanser tarama programından çıkarılmalarını önermektedir. American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG) ise hayatı boyunca herhangi bir dönemde veya halen seksüel aktif olan ya da 21 yaşına gelmiş tüm kadınların yıllık pelvik muayene ve Pap smear yaptırmalarını, 30 yaş üzerinde ve 3 yıl ardışık yıllık normal pelvik muayene ve Pap smear sonucu olan kadınların daha uzun aralıklarla kontrol edilebileceğini bildirmiştir (88,106). Pap smear alımı konusunda standardizasyonu 2000 yılında ortaya koyan American Society of Cytopathology (ASC) kriterlerinde pap smear test önceki 48 saat içinde cinsel ilişki olmaması gerektiğini belirtmiştir (106). Pap smear bir tarama yöntemidir, kesin tanı için immünolojik veya nükleik asit tanı yöntemleri kullanılmaktadır (107).

6. SONUÇ

Türkiye'de; sosyodemografik ve sosyokültürel fark gözetmeksizin tüm kadınlara serviks kanseri riski altında olduklarını hissettirilip, pap smear yaptırma oranlarını artırmaya çalışılmalıdır. Pap smear yaptırma oranlarının eğitilmiş kadınlarda da düşük olabileceği göz ardı edilmeden, tarama testinde hedef kitle olarak tüm kadınlar seçilmelidir.

Sağlık davranışları açısından rol model misyonu olan doktorların bile kendi sağlık davranışları beklenenden farklı olabilmekte, bu sebeple sağlık hizmeti sunan personelin tarama testlerini yaptırması zorunlu olmalıdır.

Toplumun sağlık problemleri için ilk başvuru noktası olan Aile Hekimliğinde, pap smear testin performans ücretlendirilmesine dâhil edilmesi, servikal kanserin erken tespit oranlarını artıracaklarını düşünmekteyiz. Çalışmamızda birinci basamak hekimlerinin pap smear konusunda bilgi düzeylerinin daha yüksek çıkması, birinci basamağın teknik olarak da buna hazır olduğunu bir göstergesi olabilir.

Sonuç olarak serviks kanseri için en büyük risk, onun tarama testi olan pap smear testi yaptırmamaktadır ve araştırmamıza katılan kadın doktorlar da bu risk altındadır.

7. KAYNAKLAR

1. Ülger S. 2001. Avrupa Birliği ülkeleri ile Türkiye'de kadına ve kadın sağlığına genel bir bakış. Ankara Üniversitesi Avrupa Topluluğu Araştırma ve Uygulama Merkezi (ATAUM) Temel Eğitim 28. Dönem. DSÖ Türkiye İrtibat Ofisi - WHO Turkey Liaison Office.
2. 2013-2018 Ulusal kanser planı http://www.iccp-portal.org/sites/default/files/plans/Ulusal_Kanser_Kontrol_Planı_2013_2018.pdf (Erişim Tarihi: 28.08.2015).
3. Boyle P, Levin B. Dünya kanser raporu 2008. WHO, Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu, Lyon, Fransa.
4. Wilson CM, Tobin S, Young RC. The exploding worldwide cancer burden: the impact of cancer on women. *Int J Gynecol Cancer* 2004; 14: 1-11.
5. Waxman AG. Guidelines for cervical cancer screening, history and scientific rationale. *Clin Obstet Gynecol* 2005; 48: 77-97.
6. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin* 2005; 55: 74-108.
7. Richart RM: A Modified terminology for cervical intraepithelial neoplasia, *Obstet and Gynecol* 1990; 75: 141-46.
8. Di Saia, Creasman WJ: *Clinical gynecologic oncology*, ed 2, St. Lois Missouri CW Mosby 1984.
9. Spitzer M, Burton AK, Human papilloma virüs related diseases in the female patient. *urologic clinics of North America* 1992; 19: 1.

10. http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/Turkiye_Kanser_istatistikleri.pdf (Erişim Tarihi: 28.08.2015).
11. Eser SY ve Karakoç H. Cancer Incidence in Turkey. Eds.: Tuncer M.: Cancer control in Turkey. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2010. p. 3550.
12. Gül T. Serviks kanserinde tarama. 4. Uluslararası üreme sağlığı ve aile planlaması kongresi kitabı. 20-23 Nisan 2005; 75.
13. Açıköz A. Meme ve serviks kanseri risk düzeyleri ve erken tanı hizmetleri kullanımı ilişkisi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.
14. Akyüz A, Güvenç G, Yavan T, Çetintürk A, Kök G. Kadınların Pap smear yaptırmaya durumları ile bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Gülhane Tıp Dergisi 2006; 48: 25-9.
15. Kalyoncu C, Işıklı B, Özalp S, Küçük N. Osmangazi Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine başvuranların Pap smear hakkında bilgi, tutum ve davranışları. Sağlık ve Toplum 2003; 13: 60-6.
16. Idestrom M, Milsom I, Ellstrom AA. Knowledge and attitudes about the Pap smear screening program: a population- based study of women aged 20-59 years. Acta Obstetr Gynecol Scand 2002; 81: 962-7.
17. Dozier KJ, Lawrence D. Socio-demographic predictors of adherence to annual cervical cancer screening in minority women. Cancer Nurs 2000; 23: 350-56.

18. Eluf-Neto J, Booth M, Munoz N, Bosch FX, Meijer CJ, Walboomers JM. Human papillomavirus and invasive cervical cancer in Brazil. *Br J Cancer* 1994; 69(1): 114-9.
19. Ortaç U F Ozpak E. Serviksin preinvaziv hastalığı. In: Ayhan A (Editör). *Klinik Jinekolojik Onkoloji*. 6. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi; 2003; p.1-33.
20. Özlem Ö, Naile B, Bir eğitim hastanesinde çalışan hemşirelerin meme ve serviks kanserlerinin erken tanısındaki bilgi ve uygulamaları. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2010; 9(6): 605-12.
21. Hasene Ö, Gönül Ç, Cihangir U, Selvi A, Tuba Ö, Birtan B. Kadın sağlık çalışanlarının meme kanseri, serviks kanseri ve rutin tarama testlerini yaptırmaya ilişkin bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *İstanbul Med J* 2014; 15: 154-60.
22. Ayla A, Rüksan Ç, Hülya E. Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2011; 25 (3): 145-54.
23. Gharoro EP, Ikeanyi EN. An appraisal of the level of awareness and utilization of the pap smear as a cervical cancer screening test among female health workers in a tertiary health institution. *Int J Gynecol Cancer* 2006; 16: 1063-68.
24. Oyebode T, Sagay A, Ekwempu C, Shambe I, Afolaranmi T, Kahansim M, Anyaka C, Egbodo C, Daru P. Knowledge and utilization of cervical screening among female health workers in Jos University Teaching Hospital and the role of the gynaecologist in screening. *International Journal of Biomedical Research* 2015; 6(07): 460-65.

25. Topuz E, Aydiner A, Dinçer M. Meme kanseri. İstanbul. Nobel Tıp Kitapevi, 2003; s. 113-23.
26. Taşkın L. Üreme sistemleri kanserleri. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. 4. Baskı. Sistem ofset matbaacılık, 2000; s. 529-32.
27. Zemheri E, Koyuncuer A. Servikal kanserlerin erken tanısında Pap testinin önemi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2005; 14: 1-4.
28. Parkin DM, Pisani N, Ferlay J. Estimates of the worldwide incidence of eighteen major cancers in 1985. Int J Cancer 1993; 54: 594-606.
29. Ball C, Madden JE. Update on servical canser screening. Current diagnostic and evidence based management protocols. Postgraduate Medicine 2003; 113: 59-64.
30. Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği, 8. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2007; 15, 607-16.
31. Turhal S N, Pekin T, Pekin S. Serviks kanseri etyolojisine yönelik standart ve gelecek vadeden tarama yaklaşımları. T Klin Jinekoloj Obst 1999; 9: 215-20.
32. Atasü T, Aydın K. Jinekolojik Onkoloji (2. Baskı). Logos Yayıncılık, İstanbul, 1999.
33. Waxman AG. Guidelines for cervical cancer screening, history and scientific rationale. Clin Obstet Gynecol. 2005; 48: 77-97.
34. Saraiya UB. Preventable but not prevented: the reality of cervical cancer. J Obstetr Gynecol Res. 2003; 29: 351-59.

35. Myers ER, McCrory DC, Nanda K, et al. Mathematical model for the natural history of human papillomavirus infection and cervical carcinogenesis. *Am J Epidemiol* 2000; 151: 1158-71.
36. Soler ME, Gaffikin L, Blumenthal PD. Cervical cancer screening in developing countries. *Prim. Care Update Ob Gyns* 2000; 7(3): 118-23.
37. http://ketem.org/hangi_tarama.php (Erişim Tarihi: 18.02.2015)
38. Kög İ, Turan T, Karabük E, Karayünlü B, Özgül N, Demir Ö F, Gökçin H, Yeşiltepe C, Köse M F. Etlik KETEM grubunun serviks ve meme kanseri tarama programı sonuçları. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2012; 11(2): 145-52.
39. <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-taramalari/1444-kanser-taramalar%C4%B1-k%C4%B1sa-rapor-2014.html> (Erişim Tarihi: 28.08.2015).
40. Serviks kanseri tarama programı ulusal standartları, <http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/serviks.pdf> (Erişim Tarihi: 28.08.2015).
41. ACOG Practice Bulletin: Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Cervical cytology screening. *Obstet Gynecol* 2003; 102: 417-27.
42. Saslow D, Runowicz CD, Solomon D, et al. American Cancer Society guideline for the early detection of cervical neoplasia and cancer. *CA. Cencer J Clin* 2002; 52: 342-62.
43. Jazayeri A, Heffron JA, Harnetty P, et al. Antepartum and postpartum papanicolaou smears. Are they both necessary? *J Reprod Med* 1999; 44: 879-82.

44. Wright TC, Cox JT, Massad LS, Twiggs LB, Wilkinson EJ. 2001 consensus guidelines for the management of women with cervical cytological abnormalities. ASCCP-Sponsored Consensus Conference. JAMA 2002; 287: 2120-9.
45. Ozan H. Papsmear ne zaman, nasıl, kimden. Uzmanlık sonrası eğitim ve güncel gelişmeler. TJOD 2005; 2: 35-40.
46. Solomon D., Davey D., Kurman R., Moriarty A., O Connor D. ve ark. The 2001 Bethesda system terminology for reporting results of cervical cytology. JAMA, April 24, 2002; Vol 287, No:16.
47. Talukder MS, Huq MH, Haque A. Evaluation of 500 cases of Pap's test in Mymensingh. Mymensingh Med J. 2002; 11 (1): 26-8.
48. Berek JS. Simplification of the new Bethesda 2001 classification system. Am J Obstet Gynecol 2003; 188 (3 suppl): 2-5.
49. Meteoglu İ., Çulhacı N., Hasgören S., Erkuş M. Pap smear ve Bethesda sistemi. Sağlık ve Toplum 2004; 14: 26-8.
50. Preinvasive disease of the cervix. Clinical Gynecologic Oncology Ed. Disaia AJ, Creasman WT. 6. baskı, Mosby Inc. 2002; 1-33.
51. Veljovich DS, Stoler MH, Andersen WA, Covell JL, Rice LW. Atypical glandular cells of undetermined significance: A five year retrospective histopathologic study. Am J Obstet Gynecol 1998; 179: 382-90.
52. Vousden KH. Papillomaviruses and assays for transforming genes. Methods Mol Biol 1992; 8: 159-74.

53. Münger K, Baldwin A, Edwards KM, Hayakawa H, Nguyen CL, Owens M, Grace M, Huh K. Mechanisms of human papillomavirus-induced onco- genesis. *J Virol.* 2004; 78: 11451-60.
54. Franco EL, Rohan TE, Villa LL. Epidemiologic evidence and human papillomavirus infection as a necessary cause of cervical cancer. *J Natl Cancer Inst* 1999; 91: 506- 11.
55. Meijer CJ, Helmerhorst TJ, Rosendaal L, et al. HPV Typing and testing in gynaecological pathology: Has the time come? *Histopathology* 1998; 133: 83.
56. Koutsky L. Epidemiology of genital human papillomavirus infection. *Am J Med* 1997; 102: 3-8.
57. Zur Hausen H. Papillomaviruses and cancer: from basic studies to clinical application. *Nat Rev Cancer* 2002; 2: 342-50.
58. De Villiers EM, Fauquet C, Broker TR, et al. Classification of papillomaviruses. *Virology* 2004; 324: 17-27.
59. Dehn D, Torkko KC, Shroyer KR. Human papillomavirus testing and molecular markers of cervical dysplasia and carcinoma. *Cancer* 2007; 111: 1-14.
60. Motoyama S, Ladines-Llave, Luis Villanueva S et al. The role of human papilloma virus in the molecular biology of cervical carcinogenesis. *Kobe J Med Sci* 2004; 50: 9-19.
61. Ferenczy A, Kurman RJ, Wright TC. Anatomy and histology of the cervix, precancerous lesions of the cervix, carcinoma and other tumors of the cervix. In:

- Kurman R.J.(ed). Blaustein's pathology of the female genital tract.New York: Springer- Verlag. 1994; 4: 185- 326.
62. Munoz N Bosch FX. Herrero R. Meijer CJ. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. N. Engl J Med 2003; 341: 518- 27.
63. Arvas M, Gezer A. Human papillomavirus vaccines. J Turkish-German Gynecol Assoc 2006; 7(3): 250-5.
64. Güner H. Jinekolojik Onkoloji. 4. Baskı, Ankara, Veri medikal yayıncılık, Rotatıp kitabevi, 2010; 8: 131-2.
65. D. Alabaz, N. Aksaray. İnsan Papilloma virus aşılı ile servikal kanserden korunma. Çocuk Enf Derg 2007; 1: 147-50.
66. A. Somer. Human Papilloma virus aşılı. Çocuk Enf Derg 2008; 2 (Özel Sayı 2): 50-5.
67. Somer A. Human Papilloma virüs aşılı, J Pediatr Inf. 2008; 2 (Suppl 2): 50-55.
68. Stanley MA, Pett MR, Coleman N. HPV: from infection to cancer. Biochem Soc Trans 2007; 35: 1456-60.
69. Bosch FX, de Sanjose S, Castellsague X. Understanding the origin of cervical cancer. In: Prediville W, Davies P. editors. The Health professional's HPV handbook. UK: Taylor and Francis Group; 2004; 41-54.
70. Milde-Langosch K, Riethdorf S, Löning T, et al. Association of human papillomavirus infection with carcinoma of the cervix uteri and its precursor lesions: theoretical and practical implications. Virchows Arch 2000; 437: 227-33.

71. Cruickshank ME. The role of human papillomavirus in risk management. *Rev Gynecol Pract* 2003; 3: 229-33.
72. Moscicki AB, Hills N, Shiboski S et al. Risks for incident human papillomavirus infection and low grade squamous intraepithelial lesion development in young females. *JAMA* 2001; 285, 2995-3002.
73. Ramael M, Gudleviciene Z, Didziapetriene J. Natural history and biological behaviour of human papillomavirus: implications for cervical cancer screening. *ACTA Med Lituanica* 2004; 11: 1-7.
74. Bosch FX, Lorincz A, Munoz N, et al. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol* 2002; 55: 244-65.
75. Lizard G, Roignot P, et al. Morphological analysis of in situ hybridization signal in cervical intraepithelial neoplasia containing human papillomavirus type 16 or 18: Relationship with histological grade and DNA content. *Cytometry* 1998; 34: 180- 6.
76. Vernon SD, Unger ER, Williams D. Comparison of human papillomavirus detection and typing by cycle sequencing, line blotting and hybrid capture, *J Clin Microbiol* 2000; 38: 651- 5.
77. Munger K. The role of human papillomaviruses in human cancers. *Front Biosci* 2002; 7: 641-9.
78. Castle PE, Solomon D, Schiffman M, et al. Human papillomavirus type 16 infections and 2-year absolute risk of cervical precancer in women with equivocal or mild cytologic abnormalities. *J Natl Cancer Inst* 2005; 97: 1066-71.

79. Khan M J, Castle PE, Lorincz AT, et al. The elevated 10-year risk of cervical precancer and cancer in women with human papillomavirus (HPV) type 16 or 18 and the possible utility of type specific HPV testing in clinical practice. *J Natl Cancer Inst* 2005; 97: 1072-9.
80. Gichangi P, Estambale B, Bwayo J, et al. Knowledge and practice about cervical cancer and pap smear testing among patients at Ketyatta National Hospital, Nairobi, Kenya. *Int J Gynaecol Cancer* 2003; 13: 827-33.
81. Chapter 2: Anatomy of the female pelvis and natural history of cervical cancer, comprehensive cervical cancer control a guide to essential practice, World Health Organization, Geneva, 2006; p:25-42.
82. TNM Classification of malignant tumors. L. Sobin and Ch Wittekind (eds.), UICC International Union Against Cancer, Geneva, Switzerland, 2002; 6th ed: pp155-57.
83. Burghardt E. Genital organların mikroinvasif karsinomu. Ed: Atasü T., Aydınlı K. *Jinekolojik Onkoloji* 2. baskı Logos Kitabevi. İstanbul 1999: 267-303.
84. Quinn MA. Screening and prevention of gynaecological cancer. *Rew Gynaecol Prac* 2003; 3: 148-55.
85. Tuncer Z.S. Serviks kanseri. In: Günalp S, Tuncer S, editörler. *Kadın hastalıkları ve doğum tanı ve tedavi*. Ankara: Pelikan Yayıncılık; 2004; s.669-82.
86. Koç F, Akşit S, Kurugöl Z, Koturoğlu G, Halıcıoğlu O, Aslan A. Serviks kanseri hakkında hekimlerin bilgi düzeyi. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2010; 20(5): 281-6.

87. Uyanikoğlu H, Servikal kanser taramasında asetik asit sonrası inspeksiyonla, Servikal Smearın Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, 2006.
88. Byrd TL, Peterson SK, Chavez R, Heckert A. Cervical cancer screening beliefs among young Hispanic women. *Prev Med.* 2004; 38: 192-97.
89. Juon HS, Seung-Lee C, Klassen AC. Predictors of regular Pap Smear's among Korean-American women. *Prev Med* 2003; 37(1): 585-92.
90. Sirowich BE, Woloshin S, Schwartz LM. Screening for cervical cancer: will women accept less? *Am J Med.* 2005; 118(2): 151-58.
91. Kesic V, Markovic M, Matejic B, Topic L. Awareness of cervical cancer screening among women in Serbia. *Gynecol Oncol* 2005; 99(1): 222-25.
92. Esin MN, Bulduk S, Ardiç A. Beliefs about cervical cancer screening among Turkish married women. *J Cancer Educ* 2011; 26(3): 510-15.
93. Özmen D. Developing a scale to examine attitudes toward early diagnosis of cervical cancer by using health belief model as a theoretical framework. Doctorate dissertation, Ege University Health Science Institution. İzmir, Turkey. 2004.
94. Yücel U. Evaluating the effectiveness of training given to women concerning the risk factors of and prevention from the cervical cancer. Master Dissertation, Ege University Health Science Institution. İzmir, Turkey. 2006.
95. Demirgöz Bal M. Kadınların pap smear testi yaptıırma durumlarının sağlık inanç modeli ölçeği ile değerlendirilmesi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2014; 4(3): 133-38.

96. Udige GO. Knowledge, attitude and practice of cervical cancer screening (Pap smear) among female nurses in Nnewi, South Eastern Nigeria. *Niger J Clin Pract* 2006; 9: 40-3.
97. Mutyaba T, Mmiro FA, Weiderpass E. Knowledge, attitudes and practices on cervical cancer screening among the medical workers of Mulago Hospital, Uganda. *BMC Med Educ* 2006; 6: 1-4.
98. Yaren A, Özkılınç G, Güler A, Öztop I. Awareness of breast and cervical cancer risk factors and screening behaviors among nurses in rural region of Turkey. *Eur J Cancer Care* 2008; 17(3): 278-84.
99. Güngör MY, Güngör L, Açık Y, Oguzöncül F. Elazığ Devlet Hastanesi'nde görev yapan evli, hamile olmayan hemşire, ebe ve bayan sağlık teknisyenlerinde pap smear taraması. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bil. Dergisi*. 2001; 15(3): 471-76.
100. Nuguyen T, McPhee SJ, Nguyen T, Tram L, Mock J. Predictor of cervical pap smear screening awareness, intention, and receipt among Vietnamese-American women. *Am J Prev Med* 2002; 23: 207-14.
101. Wellensiek N, Moodley M, Moodley J, Nkwanya N. Knowledge of cervical cancer screening and use of cervical screening facilities among women from various socioeconomic backgrounds in Durban, Kwazulu Natal, South Africa. *Int J Gynecol Cancer* 2002; 12: 376-82.
102. Markovic M, Kesic V, Topic L, Matejic B. Barriers to cervical cancer screenings: a qualitative study with women in Serbia. *Soc Sci Med* 2005; 61(12): 2528-35.

103. Behbakht K, Lynch A, Teal S, Degeest K, Massad S. Social and cultural barriers to papanicolaou test screening in an urban population. *The American College of Obstetricians and Gynecologists* 2004; 1355-61.
104. Hewitt M, Devesa SS, Breen N. Cervical cancer screening among us women: Analyses of the 2000 national health interview survey. *Prev Med.* 2004; 39(2): 270-78.
105. Yücel Ü. Kadınlara serviks kanserine ilişkin risk faktörleri ve korunma konusunda verilen eğitimin etkinliğin değerlendirilmesi (Tez). İzmir: Ege Üniv; 2006.
106. Ozan H. Papsmear ne zaman, nasıl, kimden. Uzmanlık sonrası eğitim ve güncel gelişmeler. *TJOD Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler Dergisi* 2005; 2: 35-40.
107. Burd EM. Human papillomavirus and cervical cancer. *Clin Microbiol Rev* 2003; 16: 1-17.

EKLER

EK-1: Kadın doktorların pap smear bilgi, tutum ve davranışını araştırma anketi

KADIN DOKTORLARIN PAP SMEAR BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞINI ARAŞTIRMA ANKETİ	
1. Yaş:	2. Medeni Durum: <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Boşanmış <input type="checkbox"/> Eşini kaybetmiş
3. Branşınız:	<input type="checkbox"/> Pratisyen Tabip <input type="checkbox"/> Aile Hekimi <input type="checkbox"/> Aile Hekimliği Uzmanı <input type="checkbox"/> Diğer Uzman: Branş:
4. Kaç Yıllık Tabipsiniz:	5. Evliyseniz Kaç Yıllık Evlisiniz:
6. Doğum Sayınız:	

7. Pap Smear Konusunda Eğitim Aldınız Mı?:	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
8. Pap Smear Konusunda Eğitimi Nereden Aldınız?:	<input type="checkbox"/> Tıp Fakültesi <input type="checkbox"/> Hizmet içi kurs <input type="checkbox"/> Seminer-Konferans <input type="checkbox"/> Diğer:.....
9. Pap Smear Konusunda Bilgi Düzeyinizi Yeterli Görüyor Musunuz?:	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
10. Pap Smear Konusunda Eğitim Almak İster Misiniz?:	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
11. Daha Önce Pap Smear Örneği Aldınız Mı?:	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
12. Birinci derece yakınlarınızda herhangi Bir Kanser Öyküsü Var Mı?:	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır Evetse kimde ne kanseri:.....
13. Kendinizi Serviks Ca Risk Grubunda Görüyor Musunuz:	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Fikrim yok
14. Pap Smear Testi Yaptırmak İstiyor Musunuz:	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Fikrim yok
15. Jinekolojik Muayene Durumunuzu En İyi Aşağıdakilerden Hangisi Açıklar?	<input type="checkbox"/> Şimdiye kadar olmadım <input type="checkbox"/> Herhangi bir genital şikayette olurum <input type="checkbox"/> Şikayetlerim şiddetli olursa oluyorum <input type="checkbox"/> Şikayetim olmasa da düzenli olarak olurum
16. Şimdiye Kadar Kaç Defa Jinekolojik Muayene Yaptırdınız?	<input type="checkbox"/> Hiç yaptırmadım <input type="checkbox"/> 1 defa <input type="checkbox"/> 2 defa <input type="checkbox"/> 3 defa <input type="checkbox"/> 4 defa <input type="checkbox"/> 5 ve daha fazla En son ne zaman ve neden yaptırdınız?.....
17. Şimdiye kadar kaç defa Pap Smear Testi Yaptırdınız?	<input type="checkbox"/> Hiç yaptırmadım <input type="checkbox"/> 1 defa <input type="checkbox"/> 2 defa <input type="checkbox"/> 3 defa <input type="checkbox"/> 4 defa <input type="checkbox"/> 5 ve daha fazla
18. Pap Smear Yaptırdıysanız En Son Ne Zaman Yaptırdınız?:	
19. Pap Smear Yaptırıyorsanız Düzenli Yaptırıyor Musunuz?:	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
20. Hiç Pap Smear Yaptırmadıysanız Yaptırmama Nedeniniz Nedir?:	<input type="checkbox"/> İhmal ediyorum <input type="checkbox"/> Sonuçtan korkuyorum <input type="checkbox"/> Utanıyorum <input type="checkbox"/> Kendimi risk gurubunda görmüyorum <input type="checkbox"/> Diğer:.....

21. Pap Smear Yaptırmaya Hangi Yaşta Başlanılmalıdır?: (Birden Fazla Şık İşaretleyebilirsiniz)	<input type="checkbox"/> 18 yaşında <input type="checkbox"/> 21 yaşında <input type="checkbox"/> Cinsel yaşam başlayınca <input type="checkbox"/> İlk koitustan en geç 3 yıl sonra <input type="checkbox"/> Fikrim yok
22. Pap Smear Kaç Yaşına Kadar Tekrarlanır?: (Birden Fazla Şık İşaretleyebilirsiniz)	<input type="checkbox"/> 60 yaş <input type="checkbox"/> 70 yaş <input type="checkbox"/> 80 yaş <input type="checkbox"/> Son 10 yıldır anormal sonuç gelmeyinceye kadar <input type="checkbox"/> Fikrim yok
23. Pap Smear Ne Kadar Aralıklarla Yapılmalıdır:	<input type="checkbox"/> 6 ayda bir <input type="checkbox"/> 1 yılda bir <input type="checkbox"/> 3 yılda bir <input type="checkbox"/> Fikrim yok

<i>PAP smear ve sonuçlarıyla ilgili olarak size en uygun gelen sütunu işaretleyiniz</i>		Katılıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok
24.	PAP smear serviks kanseri için tarama testidir.			
25.	PAP smear serviks kanseri için tanı testidir.			

<i>PAP smear ve sonuçlarıyla ilgili olarak size en uygun gelen sütunu işaretleyiniz</i>		Katılıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok
26.	PAP smear postpartum dönemde de yapılmalıdır.			
27.	PAP smear test ile HPV tanısı konulur.			
28.	Kullanılan ilaçlar PAP smear testini etkiler.			
29.	Kondülomlu hastaya PAP smear test yaptırım.			
30.	PAP smear alırken koitus zamanı önemli değildir.			
31.	PAP smear sonucu koitustan etkilenir o nedenle en az 24 saat geçmiş olması gerekir.			
32.	PAP smear sonucu koitustan etkilenir o nedenle en az 48 saat geçmiş olması gerekir.			
33.	Menstrüasyon PAP smear almaya engel değildir.			
34.	PAP smear mensten sonra alınmalıdır.			
35.	PAP smear almak için en uygun zaman siklusun 10-18. günleri arasındır.			
36.	PAP smear almak için en uygun zaman siklusun 18. Gününden sonraki zamandır.			
37.	<u>Sonucu ASC-US (Anlamı Saptanamayan Anormal Yassı Epitel Hücreleri) çıkan hastaya smear tekrar yapılır.</u>			
38.	<u>Sonucu ASC-US (Anlamı Saptanamayan Anormal Yassı Epitel Hücreleri) çıkan hasta smear takibine alınır.</u>			
39.	<u>Sonucu ASC-US (Anlamı Saptanamayan Anormal Yassı Epitel Hücreleri) çıkan hastaya hemen kolposkopi yapılır.</u>			
40.	<u>Sonucu ASC-H (Yüksek Grade Lezyonun Dışlanamadığı Anormal Yassı Epitel Hücreleri) çıkan hastaya hemen kolposkopi yapılır.</u>			
41.	<u>Sonucu LSİL (Düşük Dereceli Yassı Epitelyum Lezyonları) çıkan hastaya hemen kolposkopi yapılır.</u>			
42.	<u>Sonucu LSİL (Düşük Dereceli Yassı Epitelyum Lezyonları) çıkan hastaya biyopsi yapılır.</u>			
43.	<u>Sonucu HSİL (Yüksek Dereceli Yassı Epitel Lezyonları) çıkan hastaya hemen kolposkopi yapılır</u>			

4	<u>Sonucu HSIL (Yüksek Dereceli Yassı Epitel</u>			
4.	<u>Lezyonları) çıkan hastaya biyopsi yapılır.</u>			
4	<u>Sonucu AGC (Atipik Glandüler Hücreler) çıkan</u>			
5.	<u>hastaya hemen kolposkopi yapılır.</u>			
4	<u>Sonucu AGC (Atipik Glandüler Hücreler) çıkan</u>			
6.	<u>35 yaş üstü hastalarda endometrial örneklemede</u>			
	<u>alınır.</u>			
4	Eksik klinik bilgi PAP smear değerlendirmesini			
7.	sınırlar.			
4	Preparatın kuruması PAP smear			
8.	değerlendirmesini sınırlar.			
4	Aşırı akıntı PAP smear değerlendirmesini sınırlar.			
9.				
5	Yoğun kanama PAP smear değerlendirmesini			
0.	sınırlar.			