

**AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM UZMANLARI İLE
PRATİSYEN HEKİMLERİN PAP SMEAR ALMA SIKLIĞININ
BELİRLENMESİ**

Meryem SELVİ

**KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Reha DEMİREL

Tez No: 2006-026

2006-AFYON

ÖNSÖZ

Tez çalışmamın tamamlanmasında bana yardımcı olan danışmanım Yrd. Doç. Dr. Reha DEMİREL'e, katkılarından ve önerilerinden dolayı Doç. Dr. A. Serhan CEVRİOĞLU'na, Yrd. Doç. Dr. Güleğül KÖKEN'e ve Yrd. Doç. Dr. Önder ŞAHİN'e, ayrıca bu çalışmaya katılarak bana kıymetli vakitlerini ayıran kadın hastalıkları ve doğum uzmanları ve pratisyen hekimlere anlayış ve hoşgörülerinden dolayı teşekkür ederim.

MERYEM SELVİ

İÇİNDEKİLER

Önsöz	I
Kabul ve Onay	II
İçindekiler	III
Kısaltmalar Dizini	V
Tablolar Dizini	VI
ÖZET	XI
SUMMARY	XII
I. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
II. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Serviks Kanseri	4
2.1.1. Serviks Kanserinin Risk faktörleri	5
2.1.2. Serviks Kanserinin Belirtileri	7
2.1.3. Serviks Kanserinin Evreleri	8
2.1.4. Serviks Kanserinin Prognozu	11
2.1.5. Serviks Kanserinin Tanı Yöntemleri	11
2.1.6. Serviks Kanserinin Tedavisi	13
2.1.7. Gebelikte Servikal Neoplazi	15
2.2. Pap Smear	15
2.2.1. Pap Smear Tarama Sıklığı	16
2.2.2. Pap Smearın Alınıp Hazırlanması	19
2.2.3. Pap Smearın Değerlendirilmesi	22
2.2.4. Pap Smearın Güvenilirliği	25
2.2.5. Anormal Pap Smearda Yaklaşım	26
2.2.6. Pap Smear Teknolojisindeki Gelişmeler	29

III. GEREÇ VE YÖNTEM	33
3.1. Araştırmanın Türü	33
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	33
3.3. Araştırma Evreni	33
3.4. Araştırma Örnekleme	33
3.5. Veri Toplama Yöntemi	34
3.6. Veri Toplama Aracı	34
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	34
IV. BULGULAR	36
V. TARTIŞMA	69
VI. SONUÇ	76
VII. KAYNAKLAR	78
VIII. EKLER	83

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devleti
ACOG	: Amerikan College of Obstetrics and Gynecology
AÇS/AP	: Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi
AGC	: Atipik Glandüler Hücre
AGUS	: Atypical Glandular Cells of Undetermined Significance
ASC	: Atypical Squamous Cells
ASGUS	: Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance
CIN	: Cervical Intraepithelial Neoplazia
CIS	: Carsinoma in Situ
DES	: Dietilstilbestrol
ECC	: Endo Servikal Küretaj
FDA	: Food and Drog Administration
FIGO	: International Federation of Gynecology and Obstetrics
HGSIL	: High-Grade Squamous Intraepithelial Lesion
HPV	: Human Papilloma Virus
HIV	: Human Immundeficiency Virus
HRT	: Hormon Replasman Tedavisi
HSIL	: Yüksek Dereceli Lezyon
HSV	: Herpes Simplex Virus
IUAC	: The International Union Against Cancer
LEEP	: Loop Elektrocerrahi Eksizyon Prosedürü
LGSIL	: Low-Grade Squamous İntraepithelial Lesion
LSIL	: Düşük Dereceli Lezyon
PH	: Pratisyen Hekim
SCJ	: Squamo Columnar Junction
TZ	: Transformasyon Zonu
UH	: Uzman Hekim
WHO	: World Health Organization

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 2.1	Serviks Kanserinin FIGO Klinik Sınıflandırılması	10
Tablo 2.2	Bethesda Sistemi (2001 revizyonu)	24
Tablo 4.1	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Cinsiyet Dağılımları	36
Tablo 4.2	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Yaş ve Hizmet Süresi Ortalamaları	36
Tablo 4.3	UH'lerin Çalıştıkları Kurumlara Göre Dağılımı	37
Tablo 4.4	UH'lerin İhtisas Aldıkları Kurumların Dağılımı	37
Tablo 4.5	UH'lerin Muayeneye Gelen Hastalardan Rutin Pap Smear Alma Durumlarının Dağılımı	37
Tablo 4.6	UH'lerin İhtisas Aldıkları Yere Göre Rutin Pap Smear Alma Durumlarının Dağılımı	38
Tablo 4.7	UH'lerin Hastalarından Yıllık Pap Smear Kontrolü Yapma Durumlarının Dağılımı	38
Tablo 4.8	UH'lerin İhtisas Aldıkları Yere Göre Hastalarından Yıllık Pap Smear Kontrolü Yapma Durumlarının Dağılımı	39
Tablo 4.9	UH'lerin İhtisas Aldıkları Yere Göre Yıllık Ortalama Pap Smear Alma Sayıları	39
Tablo 4.10	UH'lerin Çalıştıkları Kuruma Göre Yıllık Ortalama Pap Smear Alma Sayılarının Karşılaştırılması	39
Tablo 4.11	UH'lere Göre Serviks Kanseri Tarama Amaçlı Rutin Pap Smear Alma Sıklığının Dağılımı	40
Tablo 4.12	UH'lerin En Çok Pap Smear Alma Amaçlarının Dağılımı	41
Tablo 4.13	UH'lerin Hastalarından Pap Smear İstemelerini Etkileyen En Önemli Faktörlerin Dağılımı	41
Tablo 4.14	UH'lerin Pap Smear İstemesini Etkileyen Faktörlerin Dağılımı	42
Tablo 4.15	UH'lerin Serviks Kanseri için Yüksek Riskli Grupta Yer Alan Kişilerden Doğru Cevap Sayılarının Dağılımı	42

Tablo 4.16	UH'lerin Serviks Kanseri için Yüksek Riskli Gruptan Pap Smear Alma Sıklığı Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı	43
Tablo 4.17	UH'lerin Serviks Kanseri için Yüksek Riskli Gruptan Pap Smear Alma Sıklıklarının Dağılımı	43
Tablo 4.18	UH'lerin Serviks Kanseri için Düşük Riskli Grupta Yer Alan Kişilerden Doğru Cevap Sayılarının Dağılımı	44
Tablo 4.19	UH'lerin Serviks Kanseri için Düşük Riskli Gruptan Pap Smear Alma Sıklığı Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı	44
Tablo 4.20	UH'lerin Serviks Kanseri için Düşük Riskli Gruptan Pap Smear Alma Sıklıklarının Dağılımı	45
Tablo 4.21	UH'lerin Servikal Displazi Nedeniyle Servikal Konizasyon/LEEP Cerrahisi Geçirenlerden Pap Smear Alma Sıklığı Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı	45
Tablo 4.22	UH'lere Göre Pap Smear Taramasının Başlanma Zamanının Dağılımı	46
Tablo 4.23	UH'lere Göre Pap Smear Taramasının Sonlandırılma Zamanının Dağılımı	46
Tablo 4.24	UH'lerin Pap Smear Almak için En Uygun Zaman Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı	47
Tablo 4.25	UH'lerin Pap Smear Aldıkları En Uygun Zamanların Dağılımı	47
Tablo 4.26	UH'lerin "Hastaların Pap Smear Testi Yaptırmaya Gelmeden Önce Dikkat Etmeleri Gereken Kurallar" Hakkında Verdikleri Doğru Cevap Sayılarının Dağılımı	48
Tablo 4.27	UH'lerin "Pap Smear Almadan Önce Dikkat Edilmesi Gereken Kurallar" Hakkında Verdikleri Doğru Cevap Sayılarının Dağılımı	48
Tablo 4.28	UH'lerin "Pap Smear Almadan Önce Dikkat Edilmesi Gereken Kurallar"dan Uyguladıklarının Dağılımı	48
Tablo 4.29	UH'lerin "Pap Smear Testi için Örnek Alınması Gereken Bölge" Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı	49

VIII

Tablo 4.30	UH'lerin Pap Smear için Örnek Aldıkları Bölgelerin Dağılımı	49
Tablo 4.31	UH'lerin "Pap Smear Almada Kullanılması Gereken Araç(lar)" Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı	50
Tablo 4.32	UH'lerin Pap Smear Almak için Kullandıkları Araçların Dağılımı	50
Tablo 4.33	UH'lerin "Pap Smear Alınırken Kullanılması Gereken Teknik" Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı	51
Tablo 4.34	UH'lerin Pap Smear Alırken Kullandıkları Tekniklerin Dağılımı	51
Tablo 4.35	UH'lerin "Konvansiyel Yöntemle Alınan Materyalin Yayılması Gereken Lam Sayısı" Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı	51
Tablo 4.36	UH'lerin Konvansiyel Yöntemle Pap Smear Aldıktan Sonra Materyali Yayıdıkları Lam Sayısının Dağılımı	52
Tablo 4.37	UH'lerin Pap Smear Materyalini Lama Fikse Ederken Kullandıkları Yöntem(ler)in Dağılımı	52
Tablo 4.38	UH'lere Göre "Pap Smear Materyalinin Fiksasyonu için Lamın Şale İçinde En Az Kalması Gereken Süre" Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı	53
Tablo 4.39	UH'lerin "Pap Smear Materyalinin Spreyle En Az Ne Kadar Süre İçinde Fikse Edilmesi Gerektiği" Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı	53
Tablo 4.40	UH'lerin "Pap Smear İstek Formuna Hastanın Adı Dışında Hasta ile İlgili Yazılması Gereken Bilgiler" Hakkında Verdikleri Doğru Cevap Sayılarının Dağılımı	54
Tablo 4.41	UH'lerin Pap Smear İstek Formuna Hastanın Adı Dışında Hasta ile İlgili Yazdıkları Bilgilerin Sayısının Dağılımı	54
Tablo 4.42	UH'lerin Pap Smear İstek Formuna Yazılması Gereken Hastanın Klinik Özellikleri ile İlgili Bilgilerinin Dağılımı	54
Tablo 4.43	UH'lerin Pap Smear Alınma Zamanı Gelen Takipli Gebelerden Pap Smear Alma Durumlarının Dağılımı	55

Tablo 4.44	UH'lerin "Pap Smear Sonucu ASC-US Şeklinde Gelen Hastanın Ek Risk Faktöründe Yoksa, Kontrol Pap Smear Testinin Ne Kadar Zaman Arayla Alınması" Konusunda Bilgilerinin Dağılımı	55
Tablo 4.45	UH'lerin "İlk ve Kontrol Pap Smear Test Sonuçları ASC-US Gelen Hastada, Bir Sonraki Tanısal Testin Ne Olacağı" Konusunda Düşüncelerinin Dağılımı	56
Tablo 4.46	UH'lerin "Servikal Kansere Nedeniyle Radyoterapi Görmüş Olan Hastalardan Pap Smear Alınma Sıklığı" Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı	56
Tablo 4.47	UH'lerin "Myoma Uteri Nedeniyle Histerektomi Olan Kadınların Vajen Kafından Kontrol Pap Smearı Alınması" Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı	57
Tablo 4.48	UH'lerin "Servikal Kansere Nedeniyle Radikal Histerektomi Olan Kadınların Vajen Kafından Pap Smear Alınma Sıklığı" Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı	57
Tablo 4.49	UH'lerin Pap Smear Sonucu CIN-II Çıktığında Yaklaşımlarının Dağılımı	58
Tablo 4.50	UH'lerin Kurumlarına Göre Çalıştıkları Laboratuvarların Dağılımı	58
Tablo 4.51	UH'lerin Çalıştığı Laboratuvarın Kullandığı Sınıflama Sisteminin Dağılımı	59
Tablo 4.52	UH'lere Göre Pap Smearın Güvenilirliğini Etkileyen Faktörlerin Dağılımı	59
Tablo 4.53	PH'lerin Çalıştıkları Kurumlara Göre ve Pap Smear Almak için Uygun Alt Yapı Olma Durumlarının Dağılımı	60
Tablo 4.54	PH'lere Göre Serviks Kanseri Tarama Amaçlı Rutin Pap Smear Alma Sıklığının Dağılımı	60
Tablo 4.55	PH'lerin Serviks Kanseri için Yüksek Riskli Grupta Yer Alan Kişilerden Doğru Cevap Sayılarının Dağılımı	61
Tablo 4.56	PH'lerin Serviks Kanseri için Yüksek Riskli Gruptan Pap Smear Alma Sıklığı Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı	61

Tablo 4.57	PH'lerin Serviks Kanseri için Düşük Riskli Grupta Yer Alan Kişilerden Doğru Cevap Sayılarının Dağılımı	62
Tablo 4.58	PH'lerin Serviks Kanseri için Düşük Riskli Gruptan Pap Smear Alma Sıklığı Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı	62
Tablo 4.59	PH'lere Göre Pap Smear Taramasının Başlanma Zamanının Dağılımı	63
Tablo 4.60	PH'lere Göre Pap Smear Taramasının Sonlandırılma Zamanının Dağılımı	63
Tablo 4.61	PH'lerin Pap Smear Almak için En Uygun Zaman Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı	64
Tablo 4.62	PH'lerin "Hastaların Pap Smear Testi Yaptırmaya Gelmeden Önce Dikkat Etmeleri Gereken Kurallar" Hakkında Verdikleri Doğru Cevap Sayılarının Dağılımı	64
Tablo 4.63	PH'lerin "Pap Smear Almadan Önce Dikkat Edilmesi Gereken Kurallar" Hakkında Verdikleri Doğru Cevap Sayılarının Dağılımı	65
Tablo 4.64	PH'lerin "Pap Smear Testi için Örnek Alınması Gereken Bölge" Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı	65
Tablo 4.65	PH'lerin "Pap Smear Almada Kullanılması Gereken Araç(lar)" Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı	66
Tablo 4.66	PH'lerin "Pap Smear Alınırken Kullanılması Gereken Teknik" Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı	66
Tablo 4.67	PH'lerin "Konvansiyel Yöntemle Alınan Materyalin Yayılması Gereken Lam Sayısı" Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı	67
Tablo 4.68	PH'lerin "Pap Smear İstek Formuna Hastanın Adı Dışında Hasta ile İlgili Yazılması Gereken Bilgiler" Hakkında Verdikleri Doğru Cevap Sayılarının Dağılımı	67
Tablo 4.69	PH'lerin Pap Smear İstek Formuna Yazılması Gereken Hastanın Klinik Özellikleri ile İlgili Bilgilerinin Dağılımı	68
Tablo 4.70	PH'lere Göre Pap Smearın Güvenilirliğini Etkileyen Faktörlerin Dağılımı	68

ÖZET**Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları ile Pratisyen Hekimlerin
Pap Smear Alma Sıklığının Belirlenmesi**

Serviks kanseri erken yakalandığı takdirde etkili bir şekilde tedavi edilebildiği için kadınların pap smear ile düzenli olarak taranması kadın sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışma kadın hastalıkları ve doğum uzmanları ile pratisyen hekimlerin pap smear hakkındaki bilgi düzeylerinin ve pap smear alma sıklığının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Kesitsel tipteki araştırma için 4 Ekim 2004–30 Nisan 2005 tarihleri arasında Afyonkarahisar, Eskişehir, Konya ve Kütahya il merkezlerinde çalışmakta olan 129 kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ve 282 pratisyen hekim ile anket görüşmesi yapılmıştır.

Verilerin analizinde Kruskal-Wallis varyans analizi, Mann Whitney U testi, korelasyon analizi ve ki-kare testleri kullanılmıştır. Anlamlılık seviyesi olarak $p < 0,05$ alınmıştır.

Araştırma sonucunda kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının pap smearı beklenen düzeyde rutin tetkikleri arasına almadıkları tespit edilmiştir. Uzman hekimlerin pap smear alma ve hakkındaki bilgi düzeylerinde ve uygulamalarında yetersizlik görülmüştür. Ayrıca uzman hekimlerin bilgileri ile davranışlarının farklı olduğu bulunmuştur. Bu da uzman hekimlerin bilgilerini yeterince uygulamaya dönüştürme imkanlarının olmadığını düşündürmektedir. Pratisyen hekimlerin de pap smear hakkındaki bilgi düzeylerinin istenilen düzeyde olmadığı görülmüştür.

Pap smear hakkında eğitim çalışmalarına eğitim öncesi ve sonrasında ağırlık verilmesi, taramaların ücretsiz veya mümkün olan en düşük ücretle yapılması, sağlık ocaklarının bu konuda daha aktif hale getirilmesi gerektiği söylenebilir.

Anahtar Sözcükler: Hekim, kadın sağlığı, pap smear, servikal kanser, tarama.

SUMMARY**Determination of The Prevalence of Taking Pap Smear of Obstetrician and Gynecologist Specialist and General Practitioner**

Women's regularly pap smear screening is very important in terms of health since cervical cancer can be treated effectively if it is diagnosed early .

This study has been conducted to determine the obstetricians', gynecologists' and general practitioners' level of knowledge and prevalence of taking pap smear.

For this cross sectional study, questionnaire technique was applied between 4th October 2004 and 30 April 2005 to 129 obstetricians and 282 general practitioners who have been working in the center of Afyonkarahisar, Eskişehir, Konya and Kütahya.

While analyzing the data, Kruskal-Wallis Variance analysis, Mann Whitney U test, correlation Analysis and k-square tests have been used. $p < 0,05$ is used for meaningfulness level.

It is detected that according to the results of the research, obstetricians do not take pap smear like the other routine detailed investigations as expected. It is noticed that specialists have lack of sufficient qualifications in taking pap smear, having knowledge about it and applying it. Also, it is seen that there is difference between specialists' knowledge level and behaviors. That is to say, there isn't enough opportunity for specialits to apply their knowledge into practice. In addition, it is seen that general practitioners' knowledge level about pap smear is not at the desired level.

All in all, it can be concluded that more weight should be given to educational studies about pap smear before and after education, pap smear screening should be free of charge or at the lowest pay that is possible and village clinic must be more active in this topic.

Key Words: Cervical cancer, pap smear, physician, screening, women health.

I. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Serviks kanseri genital kanserler içinde erken tanısı mümkün olan bir kanserdir. Predispozan ve risk faktörleri gayet iyi bilindiği için tedavisi de büyük ölçüde mümkündür (1). Jinekolojik kanserler arasında tüm dünyada ikinci, gelişmekte olan ülkelerde ise ilk sırada yer alan serviks kanseri erken dönemde teşhis edilmediği takdirde mortalitesi çok yüksek olan bir kanserdir (2). Prognozu belirleyen en önemli faktör erken tanıdır ve önerilen sıklıkta muayene yaptırıldığı takdirde vakaların %90'ından fazlasını erken dönemde yakalamak mümkündür (3).

İnvazif serviks kanseri görülme oranları toplumlarda etken olan çeşitli faktörlere bağlıdır. Bu faktörlerden en önemlisi, o toplumda yeni tarama yöntemlerinin yaygın bir şekilde organize olması ve halkın bu yöntemleri benimseyip katılmasıdır. Zira birçok gelişmiş ülkede dahi halkın bazı kesimleri bu yöntemleri benimsememekte ve uygulamaya katılmamaktadır (4).

ABD'de her yıl yaklaşık 16.000 kadına servikal kanser tanısı konulmakta ve yaklaşık 4.800'ü bu hastalıktan ölmektedir (5). ABD'de servikal kanser kadınların kanserden ölüm nedeninin birinci sırasında iken, şimdi 13. sırada yer almaktadır. ABD'de servikal kanser mortalitesinin son 50 yılda %70 oranında azalması büyük ölçüde pap smear testinin tanıtılmasına yorulabilir (6).

Avrupa Birliğinde şu anda en yüksek servikal kanser insidansı yüzbinde 19 kişi ile Portekizde ve en düşük ise yüzbinde 4 ile Lüksemburg'da görülmektedir. Mortalite oranları ise Danimarka, Avusturya ve Portekizde yüzbinde 6-7 kişi ile en yüksek, Lüksemburg ve Finlandiya'da yüzbinde 1 kişi ile en düşüktür (7).

Türkiye'de ise Sağlık Bakanlığının 1999 yılı verilerinde 25.942 kanser olgusunun olduğu, bunların yaklaşık %30,38'ini kadınların oluşturduğu bildirilmiştir. Yine aynı yıla ilişkin verilerde, kadınlarda en sık görülen dört kanser meme, mide, deri, kolon kanseri, en sık görülen jinekolojik kanser ise serviks kanseridir (8).

Aydın ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise toplam kanser olgularının %46,16'sının kadınlarda görüldüğü saptanmıştır. Kadın genital sistem kanserlerinin toplumdaki kanserlerin %5,59'unu oluşturduğu, kadınlardaki en sık beş kanserin ise

meme, deri, gastrointestinal sistem, kadın genital sistemi hematopoetik sistem kanserleri olduğu gözlenmiştir. Bu çalışmada kadın genital sisteminde en sık görülen malign tümör korpus uteriye (%40,2) ait iken, serviks kanserleri (%29,4) ikinci sıklıktadır (9).

Papanicolaou'nun servikovajinal sitolojiden tanıda yararlanılabileceğini göstermesinden bu yana ve özellikle son 40 yıl içinde birçok ülkede tarama programları geliştirilmiş, bu sayede klinik olarak invazif servikal kanser insidansında önemli derecede azalma kaydedilmiştir. Pap smear testiyle servikal kanser taraması, servikal intraepitelial neoplazi ile erken invazif hastalık tanısını artırarak, servikal kanser insidansını ve mortalitesini azaltmıştır. Dünyanın hiçbir yerinde aktif bir tarayıcı program olmadan servikal kanser insidansı ve mortalitesi azalmamıştır (2,10).

Avrupa'da yıllar içinde serviks kanseri ölümleri bir düşüş eğilimi göstermektedir (9). Milli organize servikal tarama programları İsviçre, Finlandiya, Danimarka, Hollanda ve Birleşik Krallıkta bulunmaktadır. Eğer bütün kadınlar servikal tarama programlarına katılırsa ve bütün bulunan lezyonlar yeterince takip edilirse, her 3 yılda bir yapılan pap smearin popülasyonda servikal kanseri %90 önleyeceği kabul edilmektedir. Bu yüzden tarama programlarının yüksek oranda kabulü ve organizasyonu bu sonuçlara ulaşmak için gereklidir (7).

ABD' de invazif serviks kanseri oranı erken tanı yöntemleri sayesinde son 45 yılda yüzbinde 23'den 9'a, serviks kanserine bağlı mortalite de yüzbinde 15'den 3'e düşmüştür. Bu süre zarfında in situ serviks kanseri oranı yüzbinde 1'lerden 29'a çıkmıştır (11).

Türkiye'de ise toplum düzeyinde pap smear tarama programı mevcut değildir (2). Hastane ve dispanserlerin kadın-doğum polikliniklerine veya muayenehanelere çeşitli nedenlerle başvuran kadınlar içinde, hastayı gören doktorun inisiyatifine göre, görünen lezyonu olan veya risk grubu sayılabilecek kadınlardan, daha seyrek olarak da hiçbir gözükten sorunu olmadığı halde, kontrol amacıyla pap smear alınmaktadır. Bazen de ve daha nadiren kadın kendisi, duyduklarının ve okuduklarının etkisinde kalarak vaginal smear aldırarak üzere hekime başvurmaktadır (12).

Osmangazi Üniversitesinde kadın-doğum polikliniğine başvuran 205 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada, kadınların %72,2'si pap smearı duyduklarını ve

yaptırdıklarını, %2,9'u duyduklarını ama yaptırmadıklarını belirtirken, %24,9'u ise duymadıklarını bildirmiştir. Araştırmaya göre pap smearı duyma ve yaptırmış olma durumu yaş, öğrenim, il merkezinde yaşama, evlilik süresi ve gebelik sayısı ile artmaktadır (2).

Toplumda yaygın olarak görülen serviks kanserine bağlı kadın ölümleri kadınların bilinçlendirilmesiyle azaltılabilir. Ebe ve hemşirelerin birçok hastalığın erken tanısında olduğu gibi serviks kanserinin erken tanısında da eğitici rollerinin önemli bir yeri bulunmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri alanında çalışan ebe ve hemşireler özellikle 15-49 yaş grubundaki kadınları serviks kanserinin risk faktörleri, erken belirtileri ve tanı yöntemleri konusunda bilinçlendirebilirler. Ayrıca risk gruplarına yönelik sağlık hizmetlerin planlanmasında ve uygulanmasında hekimlere destek vermektedirler.

1.2. Araştırmanın Amacı

Kadın hastalıkları ve doğum uzmanları (UH) ve pratisyen hekimlerin (PH) hastalarından ne sıklıkta pap smear istediklerinin belirlenmesi, bu konudaki bilgi, tutum ve davranışlarının araştırılması ve konunun kadın sağlığı açısından öneminin vurgulanmasıdır.

II. GENEL BİLGİLER

2.1. Serviks Kanseri

Serviksin klinik değerlendirmeye açık bir internal genital organ olması sebebiyle servikal maligniteler gerek tarama yöntemleri ve gerekse anormal belirtilerin erken dönemde incelenmesi ile kolaylıkla tanınırlar. Erken tanı ve tedavi şansı başka hiçbir kanserde serviks kanserinde olduğu kadar yüksek değildir (13).

Serviks kanseri vajina yüzeyini döşeyen dokuyla serviksin iç yüzeyini döşeyen dokunun kesiştiği transformasyon zonu (değişim bölgesi) adı verilen bölgede başlayan bir kanser türüdür. Serviksin premalign ve malign yassı epitel lezyonlarının %80-85'i transformasyon bölgesinden (T-zone) kaynaklanır. Diğerleri T-zone dışında orijinal yassı epitelden köken alır (14).

Endoserviks mukus salgılayan hücrelerden zengin stroma üzerinde yer alan tek katlı silindirik epitel ile, ektoserviks ise yoğun fibröz stroma üzerinde yer alan çok katlı yassı epitel ile örtülüdür. Bu iki epitelin karşılaştığı sınırdaki histolojik bir geçiş bölgesi vardır (4). Bu sınıra "squamo columnar junction" (SCJ) adı verilmektedir. Buraya transformasyon (değişim) bölgesi adı verilmesinin nedeni bu bölgede birbirinden farklı bu iki hücre türünün komşu olması ve değişik yapıları nedeniyle sürekli birbirleriyle "geçimsiz" olmalarıdır (15).

Üreme çağındaki kişide SCJ daha çok ekzoservikal olup gözle görülebilmesine karşın, lokalizasyonu hayat boyu değişime uğrayabilir (16). Bu bölge statik anatomik bir yer değildir (17). Aksine bu bileşke; puberte, hamilelik, menapoz ve hormonal uyarılma olaylarına yanıt veren dinamik bir noktadır (18).

Kadın genital traktusunun alt kısmı Müller Kanalının füzyonu ile oluşur ve ürogenital sinüs ile birleşir. Füzyona uğrayan Müller Kanalı vajen üst kısmı ve serviksi oluşturur. Serviks silindirik epitel ile örtülürken, vajen alt kısmı skuamoz epitel ile örtülüdür. Fetal hayatın 4. ayında, çok katlı epitel vajen üst kısmı ile ekzoservikte silindirik epitelin yerini alır. İntrauterin dietilstilbestrol ile karşılaşanlarda ise bu değişim olmamaktadır (17).

Matür bir dokunun yerini başka bir matür dokunun almasına "metaplazi"

denir (4). Servikte squamoz epitel, silindirik epitelin üzerini örtmeye eğilimlidir. Böylece silindirik epitelin üzerini örten veya yerini alan bu yeni epitele "squamoz metaplazi" adı verilir. Bu bölgeye "normal transformasyon zonu" denir ve genellikle silindirik epitel vajen asidik ortamına maruz kaldığında ortaya çıkar (14). Reprodüktif çağda sık görülen bu metaplazi, intrauterin hayatta, menarştan sonra ve ilk gebelikten sonra çok hızlıdır (17).

Transformasyon zonu mitotik aktivitesi çok fazla olduğu için mutajenik ve karsinojenik etkilere çok hassastır (4). Bazan bu bölgede HPV infeksiyonları, Cervical Intraepithelial Neoplazia (CIN) ve invazif kanser gelişebilmektedir. Patolojik olay varsa zon "anormal transformasyon zonu" adını alır (16). Metaplazi dış çevre faktörlerinin kötü olduğu durumlarda (karsinojenik faktörler) normal gelişme sürecinden saptırılırsa atipik metaplazi ortaya çıkar. Organizmanın savunma reaksiyonları yeterli ise atipik daha ileri devrelere ulaşamaz. Atipik metaplaziye organizmanın savunma reaksiyonları yetersiz kalırsa öncü kanser lezyonları ortaya çıkar, bundan sonra invaziv kansere dönüşme kolaylaşır (4,18-20).

Değişim bölgesinde her iki hücre türü de sınırlarını genişletme çabasıdadır ve bu nedenle bu kesişim bölgesinde adeta "savaş" halindedirler. Bölgede sürekli bir yıkım-yenilenme söz konusudur. Bu esnada sürekli olarak bazı hücreler atılır ve yenisiyle değiştirilir. İşte pap smear incelemesi bölgedeki hücrelerin buradan muayene esnasında alınıp mikroskop altında incelenmesidir. Serviks kanseri sıklıkla ilk önce değişim bölgesinden başladığından bu bölgeden toplanan hücrelerin mikroskopla incelenmesi bize değerli bilgiler verir. Buradan toplanan hücrelerin mikroskop altındaki yapısal özelliklerine bakarak hücrelerin normal yenilenme sürecinde mi olduğu, hücrelerde kanserleşme eğilimi olup olmadığı belirlenebilir ve ileri durumlarda kanserleşmiş hücrelerin kendisi gözlenebilir (12).

2.1.1. Serviks Kanserinin Risk faktörleri

Yıllardır serviks kanserinin risk faktörleri araştırılmaktadır. Bakirelerde servikal neoplazinin gözlenmemesi etiyolojik ajanın koitus ile geçen bir etken olabileceğini düşündürmektedir (14). Epidemiyolojik çalışmalar da serviks

kanserinin cinsel yolla geçen bir hastalık türü olduğunu göstermektedir (15). Serviks kanserinin cinsel yolla bulaşan bir hastalık olduğunu ilk defa, rahibelerde serviks kanseri oluşmadığını gözleyen Rigoni-Stern 1842'de öne sürmüştür (4). E. Novak bir rahibede ilk defa serviks kanseri teşhis ettiğinde son derece şaşırıldığını, fakat daha sonra bu kızın manastıra gelmeden önceki yaşamının çok farklı olduğunu öğrendiğini anlatmaktadır (12).

Monogamik yaşamın ağır bastığı müslüman ülkelerde, Yahudiler'de ve düzenli dini eğitim yapan Katoliklerde serviks kanseri daha az görülmektedir (4). Müslümanlarda ve Yahudilerde insidansın düşük oluşu sünnet ve aile bütünlüğü kavramını düşündürmektedir (16).

Epidemiyolojik bilgilere göre adölesanlar risk altındadır. Bunun nedeni adölesanlardaki aktif metaplazi olabilir. Servikal glandular epitelin yassı hücreli epitelle dönüşümü sırasında karsinojenin serviksle etkileşim riski artmaktadır. Metaplazi tamamlandığında serviks artık risk altında değildir (21). Bundan dolayı, ilk cinsel ilişki yaşı azaldıkça ileriki yaşlarda bu kansere yakalanma olasılığı artmaktadır. Cinsel aktiviteye 16 yaşına ulaşmadan başlanması veya menarşın ilk yılında cinsel aktiviteye girilmesi serviks kanseri gelişmesi açısından özellikle risk artırıcı durumlardır (3). İlk cinsel temasını 18 yaşından önce yapan kadınlar, ilk cinsel temaslarını 22 yaşından sonra yapan kadınlar ile kıyaslandığında CIN 1-2'ye yakalanma riskleri 2,3 ve CIN 3'e yakalanma riskleri 2,4 misli artmaktadır (4). Serviks kanserinde etkili risk faktörleri arasında hayat kadınları, çok eş değiştiren kadınlar, kötü hijyenli kadınlar ve düşük sosyoekonomik seviye bulunmaktadır. Aynı zamanda kadının partnerinin seksüel hikayesi de kadınınki kadar önemlidir (13). Daha önce servikal kanserli bir kadınla evli olan erkeklerin eşlerinde neoplazi gelişme riski yüksektir. Kadının eşi evlilik dışında 15 veya daha fazla partnere sahipse kadında risk 7,8 kat artmaktadır (17). Bu, kocaların kaptığı "enfeksiyöz" ajanla ve hanımının bu ajana maruziyet süresiyle ilişkili olabilir (21).

Yaş ile hastalığın derecesi arasında da ilişki vardır. Serviks kanseri görülme yaşı genel olarak 20-80 yaş gibi geniş bir yelpazeye yayılır. Displaziler 20-34 yaş grubunda, karsinoma in situ ise en sık 25-40 yaş grubunda görülür. Mikroinvazif kanserler 45-54 yaşları arasında, klinik kanserler ise sıklıkla 65-69 yaşları arasında görülür (4).

Servikal kanser insidansı siyahlarda beyazlara oranla 2 kat daha fazladır ve mortalite oranı yaklaşık 2,4 defa artmıştır. Koyu esmerlerden Amerikalı Kızılderililerde ve Havai toplumlarında servikal kanser oranlarının yükseldiği gözlenmektedir (22).

Genital sistemde bulunan her madde -sperm, smegma, spiroketler, trikomonas, sifiliz, klamidya, fungus, Herpes Simplex Virus II (HSV II), Human Papilloma Virus (HPV)- yıllarca etiyolojik ajan olarak görülmüştür (21). Özellikle HSV tip II ve HPV virüslerinin %25-30 oranında serviks kanserine sebep oldukları düşünülmektedir (1).

İmmünsüpresyon servikal kanser riskini büyük ölçüde artıran bir durumdur. İmmünsüpresif ilaç kullanan renal transport hastaları ve HIV pozitif tüm hastalar bu gruba dahildir (23,24). Özellikle son yıllarda ciddi bir sorun haline gelen HIV (Human Immundeficiency Virus) serviks kanserinin etiyolojisinde tartışılmaktadır. HIV pozitif olgularda patolojik sitolojik bulgu 10 misli daha fazla bulunmuştur. Risk hastadaki immunosüpresyonun derecesine bağlıdır (4).

Serviks ve penis arasında engel oluşturan kontraseptif yöntemlerin (kondom, diafragma) ise serviks kanseri riskini azalttığı bildirilmektedir (4,24).

Multiparlarda serviks kanseri riskinin arttığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Çok doğum yapan kadınlarda hipertrofiye olmuş serviksin silindirik epitelinin portioya dönmesi ve erken yassı epitel metaplazisi gelişmesinin, risk artışında sorumlu olabileceği öne sürülmektedir (4).

Daha az sıklıkta görülen; anne karnında iken dietilstilbestrole (DES) mağruz kalma sonucunda oluşan hücre tipleri de servikal kanserle ilişkilendirilmiştir (15).

Sigara içmek, pelvik radyasyon, immün yetmezlik, oral kontraseptifler, diyetle beta karoten eksikliği ve C vitamininin az alınmasının da serviks kanseri riskini arttırdığı bildirilmektedir (4,15).

2.1.2. Serviks Kanserinin Belirtileri

Prekanseroz lezyonlar olan Servikal Intraepitelial Neoplazilerin (CIN) klinik semptomu yoktur. CIN için ortalama yaş, serviks invazif kanseri yaşından (45-50

yaşları), yaklaşık 10 yıl daha öncedir. Hücrelerdeki bozukluklar, serviks ülserasyonuna yol açmadığından, hastalarda anormal uterus kanamalarına genellikle rastlanmaz. Bazılarında ise, lezyonun, epiteli, temasla kanamaya yol açabilecek şekilde zayıflatması sonucunda, vajinal duş, muayene veya koitus sonrası, lekelenme görülebilir. Karsinoma in situ vakalarının %60'ı tamamen asemptomatiktir ve rutin muayene sırasında lezyon sıklıkla gözlenmemektedir (10,21).

İnvazif serviks kanseri belirtileri ise; intermenstrüel kanlı akıntı, postkoital kanama, bazen postmenapozal kanama, ileri evrelerde; kötü kokulu vaginal akıntı, uyluk ağrısı (pelvik duvara yayılma), yan ağrısı (üreteral yayılma), kilo kaybı, obstrüktif üropati, rektal kanama, bir veya iki ekstremitede birden ödem, preterminal dönemde; masif kanama ve üremi belirtileri ortaya çıkar (16,25,26).

2.1.3. Serviks Kanserinin Evreleri

Serviks kanserinin gelişimi oldukça yavaştır ve büyük bir kısmı displazik değişikliklerle başlar, karsinoma gelişimi için ortalama 10-15 yıl arasında bir süre gerekir (16,18). Henüz insitu karsinom olarak tanımlanmayan, fakat atipi özellikleri gösteren serviksin çok katlı örtücü epitelinin değişiklikleri displazi olarak tanımlanır. Serviksin bu intraepitelyal lezyonları CIN adı altında incelenmektedir. CIN, bir ucunda hafif displazi ile başlayan ve sonunda invaziv kanserle biten intraepitelyal değişme spektrumudur (10).

Serviks epitelindeki atipik değişikliklerin derecesine göre displaziler sınıflandırılırlar. CIN'in displazilerle olan ilişkisi şu şekilde yorumlanabilir (10):

CIN "grade" 1: Hafif derecede displazi

CIN "grade" 2: Orta derecede displazi

CIN "grade" 3: Ağır displazi- Karsinoma Insitu.

Servikal kanser öncü lezyonları, kesin ayrımlı alt gruplar yapmaksızın, bir olay devamlılığı gösterirler. Değişik "grade"lerin sıklıkla birbirinin yanı sıra bulunduğu ve bir evrenin diğerine karıştığı bilinmektedir (10).

FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) evreleme anlaşması, merkezlerarası tedavi karşılaştırmalarına, tedavi yöntemlerinin

tanımlanması da bir merkez içindeki tedavi kıyaslamalarına olanak sağlar (Tablo 2.1) (25). Evre (stage), hastalığın klinik yaygınlığını belirler, sınıf (class) sitolojik smear sonucudur ve derece (grade), histolojik incelemede belirlenen tümör farklılaşmasıdır (differensiasyonudur) (10). Bu lezyonların tümü invaziv Ca gelişme potansiyeli taşır (19).

Tablo 2.1 Serviks Kanserinin FIGO Klinik Sınıflandırılması (25):**Preinvaziv Karsinoma**

Evre 0 “Karsinoma insitu”, intraepitelyal karsinoma (evre 0 herhangi bir teröpatik istatistiğe dahil edilmemelidir).

İnvaziv Karsinoma

Evre I Karsinoma servikstedir (korpusta uzantılar ihmal edilmemelidir).

Evre IA Preklinik kanser, sadece mikroskopla tanınır.

Evre IA1 Minimal, mikroskopik olarak kanıtlanmış stromal invazyon

Evre IA2 Mikroskopik olarak ölçülebilir lezyon

İnvazyon derinliği yüzey epitelden ya da glanddan<5mm
Horizontal yayılım<7mm. Büyük lezyonlar stage IB olarak kabul edilmelidir.

Evre IB Klinik olarak görülsün veya görülmesin IA2'nin üzerinde yayılma var. Vasküler alan katılımı, evrelemeyi değiştirmez fakat ilerdeki tedaviye yönelik kararları etkileyebilir düşüncesiyle spesifik olarak bu özellik belirlenmelidir.

Evre II Karsinom serviksin dışındadır fakat henüz pelvik duvara ulaşmamıştır. Vajinaya yayılma vardır, fakat alt üçte birine kadar uzanmaz.

Evre IIA Parametrial tutulum yok.

Evre IIB Parametrial tutulum var.

Evre III Karsinom pelvik duvara uzanmıştır. Rektal muayenede tümör ve pelvik duvar arasında kanser olmayan doku yoktur. Tümör alt 1/3 vajene yayılmıştır. Bütün hidronefroz ve böbrek fonksiyon bozuklukları bu evreye dahil edilir.

Evre IIIA Pelvik duvara uzanmamış.

Evre IIIB Pelvik duvara uzanmış ve/veya hidronefroz ya da böbrek fonksiyon bozukluğu var.

Evre IV Karsinom pelvis dışına yayılmış ya da klinik olarak mesane ve rektum mukozasını tutmuştur. Bullöz ödemi olması bu evreye dahil etmek için gerekli değildir.

Evre IVA Komşu organlara yayılım.

Evre IVB Uzak organlara yayılım.

2.1.4. Serviks Kanserinin Prognuzu

CIN'in ilerleyip invaziv kansere dönüşmesi birçok araştırmada incelenmiş ve karsinoma insitununun tedavi edilmediği takdirde, büyük bir olasılıkla invaziv kansere dönüştüğü saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda displazi olgularının %6,4'ünün her yıl invaziv kansere dönüştüğü görülürken, %32 olguda ise regresyon görülmektedir. Daha önce normal pap smearı olan olguda displazi olma olasılığı binde 0,04'tür. Daha önce displazi olanlarda ise bu oran yüzde 4'tür (17).

Erken evredeki servikal kanser vakalarında, prognoz çok iyidir. Evre 0 lezyonları 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 (10).

Servikal kanserde, tekrarların %90'ı tedavinin 24 ayı içinde görülür. Pelvis, periaortik düğümler, karaciğer ve akciğerler bu neoplazmin en sık tekrarladığı bölgelerdir. Tedaviden sonra, izleme kapsamında, periodik pap smearlerin yanı sıra, pelvis, abdomen ve göğüsün periodik muayenesi gereklidir. Servikal kanser, üremi, enfeksiyon veya hemoraji ile ölüme neden olur. Üreminin nedeni, kanser ve fibröz dokunun üreteri sıkıştırarak hidronefroz ve pyelonefrite yol açmasıdır. Bu en sık rastlanan ölüm nedenidir (tedavi edilmemiş servikal kanser vakalarında %60, tedavi edilmiş hastalarda %50). Enfeksiyon, bir lokal pelvis absesi olabilir veya peritona/kan akımına yayılarak, bakteriel endotoksin şokuyla ölüme yol açar. Enfeksiyon, ölümlerin, yaklaşık %40'ından sorumludur. Kontrol edilemeyen kanama, vakaların yaklaşık %2-7'sinde ölüm sebebidir (10).

2.1.5. Serviks Kanserinin Tanı Yöntemleri:

Serviksin prelinik lezyonları sitolojik ve histolojik olarak kolaylıkla, güvenle ve ekonomik olarak tespit edilebilirler (19). Sitoloji, kolposkopi ve biyopsi ile tanı alırlar (16).

a. Sitoloji: Servikal veya vajinal smear adı verilen bu tanı metodu, genital kanaldan dökülen hücrelerin bir lam üzerine yayılarak fikse edilip boyandıktan sonra mikroskopik olarak incelenmesidir (16).

b. Kolposkopi: Serviksin 6 ile 40 kez büyütülerek ışık altında incelenmesi işlemidir. Vajinaya spekulum tatbik edildikten sonra servikal mukus silinir, önce direkt muayene yapılır. Transformasyon zonu (SCJ), atipik damar yapısının olup olmadığı yönünde incelenir. Serviksten pap smear için örnek alınır. Daha sonra servikse %3-5'lik asetik asit uygulanır. Asetik asit epitel hücre proteinlerini geçici olarak denatüre ederek normal ve anormal kolposkopik bulguların ayrımını sağlar. Eğer hücrede premalign veya malign gelişme olup aşırı protein varsa epitel opak beyaz bir renk alır (acetowhite epitel). Yüzey damarlarında nokta görünümü "punctuation" veya "mozaik" görünümü varsa bunlar atipi kriterleridir. Ayrıca HPV enfeksiyonları dikensi mikronkondilomatöz lezyonlar şeklinde görülebilir. Kolposkopik bulgular saat kadranı istikametinde tespit edilerek form üzerine işaretlenir. Kolposkopi sadece anormalliği gösterir kesin tanı patolojik doku incelenmesiyle konur (14,16,21,27).

c. Servikal Biopsi: Eğer sitoloji class III ve üzeri gelmiş ise kolposkopik olarak patolojik bulgular varsa biopsi yapılır. Biopsi kolposkop altında patolojik bölgelerden alınır. Eğer kolposkopi imkanı yok ise saat 3-6-9-12 hizalarından dört kadrandan biopsi alınır (16).

d. Konizasyon: Schiller testi ile sınırları saptanan alanın koni şeklinde çıkartılmasıdır. İşlem öncesinde %2'lik iyot solüsyonu portio yüzeyine uygulanır. İyotla koyu renge boyanan bölgeler Schiller Negatif (iyot pozitif), iodla boyanmayan (renk almayan) bölgeler ise Schiller Pozitif (iyot negatif) olarak değerlendirilir (Schiller testi) (14). Koninin tepesi servikal kanalın yukarı kısımlarına kadar ulaşır. Serviks kanseri multisantrik geliştiğinden, alınan biopsi CIN III gelmiş ise başka bir alana invaziv kanser gelişimi olabilir. Yani ne kadar doku gönderilirse o kadar net bilgi sahibi olunur. Bu yüzden özellikle çocuk arzusunda bulunan ve genç yaşta olan hastalarda önce konizasyon biopsi tercih edilir (16).

2.1.6. Serviks Kanserinin Tedavisi

CIN tedavisinde belirli standartlar yoktur. Tedavi planlanırken lezyonun yaygınlık derecesi, hastanın yaşı ve çocuk arzusu gibi birçok faktör gözönüne alınmaktadır. Buna göre aşağıdaki tedavilerden biri tercih edilebilir (16,17).

a. Elektrokoterizasyon: Hasta genç ve lezyon yaygın değilse serviks koterize edilebilir. Schiller Testi ile lezyon sınırları kesin belirlendikten sonra kolposkop altında koterizasyon yapılır (16). Elektrokoterizasyon çok derine uygulanırsa ağırlı bir işlemdir (21).

b. Krioterapi: Lezyonun dondurularak tedavi edilmesidir. Isının ani düşmesine bağlı olarak intrasellüler sıvı kristalize olur, hücre membranı ve organeller parçalanır. Kriyoterapi için en çok karbondioksit veya nitroz oksit kullanılır. Lezyon suda çözünür bir jelle kaplanır ve servikse uygun prob uygulandıktan sonra prob etrafında ani bir kartopu oluşur. Bunun 4-5 mm'ye yayılması beklenir (ortalama 3-4 dakika). Daha sonra donuk bölge erimeye bırakılıp işlem ikinci kez tekrarlanır. Kriyoterapide komplikasyon nadirdir (14,17).

c. Laser vaporizasyonu: Laser ışığı, içinde sıvı bulunan ortamlarca bol miktarda absorbe edilir. Lezyon sınırları tesbit edildikten sonra 7-10 mm derinliğe kadar olan bölge silindir şeklinde vaporize edilir. Lezyon yok olup geriye bir krater kalır. Bu krater en geç 45 gün içinde epitelize olur. Kriyoterapiye göre oldukça ağırlıdır. Tüm lezyonların, özellikle de küçük lezyonların tahribatı uzun zaman alır (16,21).

d. Laser konizasyonu: Lezyon sınırları tespit edildikten sonra laser ışını yardımı ile serviksten konik şekilde bir parçanın çıkarılmasıdır. Özellikle CIN III veya mikroinvaziv kanser tespit edilen vakalarda, tüm dokunun histopatolojik tetkikine imkan sağlar (16).

e. Sıcak konizasyon: Elektrokoterin serviks için hazırlanmış özel kesici tel ucu tarafından gerçekleştirilir. Kanamanın daha az ve postop serviks anatomisinin daha iyi oluşu soğuk konizasyona tercih sebebidir (16).

f. Soğuk konizasyon: Bistüri yardımıyla gerçekleştirilen klasik konizasyondur. Cerrahi sınırların bozulmayıp histopatolojik tetkike engel olmayışı diğer konizasyonlara üstünlüğüdür. Operasyon sonrası serviks konfigürasyonunun diğerlerine göre daha olumsuz oluşu dezavantajdır (16).

g. Loop Elektrocerrahi Eksizyon Prosedürü (LEEP): Kolposkopi altında tüm transformasyon zonu görülebiliyorsa lokal anestezi altında düşük voltaj diatermi loop'u ile eksize edilebilir. Lokal anestetik 10 ml'den daha az kullanılır, kan kaybını azaltmak için de epinefrin veya vazopressin saat 3, 6, 9 ve 12 hizalarından servikse enjekte edilir. Yaklaşık 3-5 dakika sonra da tüm lezyonu eksize edebilecek büyüklükte bir loop ile eksizyon yapılır. Bu tekniğin, inceleme için doku elde edilmesi ile tanı ve tedavi aynı seansta yapılabilmesi gibi pek çok avantajı vardır. Bu güne kadar yapılan çalışmalarda kolposkopik inceleme sırasında saptanamayan erken invaziv lezyonların LEEP ile saptandığı görülmüştür. Bundan dolayı tahrip edici tekniklere göre avantajlıdır. Başlıca yan etkisi kanamadır. Birçok doktor, serviksin büyük bölümü alındığından dolayı genç ve çocuk sahibi olmayan hastalarda LEEP yapmamaktadır (21).

h. Histerektomi: CIN'in tüm tedavi metodları arasında en yüksek başarı oranına sahiptir çünkü intraepitelyal veya invaziv kanser rekürrensi %1'den azdır. Histerektomi, çocuk isteği olmayan, kalıcı kontrasepsiyon isteyen, düzenli kontrollere istekli olmayan ve histerektomi gerektiren ek patolojisi olan CIN'li olgularda uygun tedavi şeklidir. Birçok alternatif tedavi seçeneği olduğundan tek başına CIN histerektomi endikasyonu değildir. Tedavi kararı hasta, hastanın ailesi ve doktor tarafından birlikte verilmelidir. İnvaziv hastalık rekürrens riski az olmasına rağmen rekürrens görülebilir, bu yüzden hastalar sürekli takip altında tutulmalıdır (17,21).

Tüm tedavi yöntemlerinde %10'a ulaşan rekürrens riski olduğundan hastanın

bir yıl içinde her 3-4 ayda bir pap smear takibi gereklidir (28).

2.1.7. Gebelikte Servikal Neoplazi

Gebelikte CIN 3 sıklığı yediyüzellide birdir. Bütün hamile kadınlardan ilk antenatal kontrolleri sırasında pap smear alınmalı, şüpheli lezyonlardan biyopsi yapılmalıdır (25). Hamilelik esnasında olan kanamalar genellikle hamileliğe bağlandığından, serviks kanserinin teşhisinde gecikme olmaktadır. Gebelikte 100 kadının 10-15'inde anormal pap smear saptanır (14). Gebelerde yapılan pap smear incelemeleri, asemptomatik lezyonların saptanmasına ve nadir olarak "karsinoma in situ" nun bulunmasına yol açmaktadır. Pozitif pap smear sonucu alındığında, invaziv hastalıktan şüphe edildiği takdirde, kolposkopi ve yönlendirilmiş biyopsi endikedir. Eğer pap smearde invaziv kanser hücreleri görülürse ve invaziv kanserin tanısı kolposkop ve biyopsi ile konulamıyorsa tanısız konizasyon gereklidir. Konizasyon hem anneyi hem bebeği komplikasyonlara maruz bırakacağından ancak 2. trimesterde, pap smearde invazyonu gösteren kesin bulgular varsa ve kolposkop uygun olarak yapılamıyorsa uygulanmalıdır. İlk trimesterde yapılan konizasyonda %33 abortus riski vardır (25).

CIN'in her derecesinde, hastanın sonuna kadar gebeliği yürütmesi ve vajinal doğum yapması mümkündür. Kesin tedaviye, postpartum dönemde, hastanın durumunun yeniden değerlendirilmesi sonrasında karar verilir (10).

2.2. Pap Smear

Pap smear ilk olarak 1943'te Papa Nicolaou ve Traut ile jinekolojide kullanılmaya başlamıştır (16,20). Pap smear jinekolojide genital kanser taramasında (özellikle serviks kanseri), hormonal durumun değerlendirilmesinde, vajinal ve servikal iltihapların değerlendirilmesinde, genital kanserlerin tedavisi (radyoterapi) sırasında ve sonrasında tedavi sonuçlarının değerlendirilmesinde kullanılır (20). Pap smear incelemesinde ek olarak bakteri (bakteriyel vajinozis), protozoa (trikomona),

mantar (candida) ve virüs enfeksiyonlarına (HPV enfeksiyonu ya da genital siğil) da dolaylı olarak tanı konabilmektedir. HPV (Human papilloma virus) enfeksiyonu hiç bir belirti vermese de pap smearda HPV tarafından enfekte olmuş hücrelerin (koilosit hücreleri) görülmesiyle ortaya çıkarılabilmektedir. HPV enfeksiyonuyla serviks kanseri arasındaki yakın ilişki nedeniyle bu tanı önemlidir. Pap smear bazı durumlarda vajina ve endometrium (rahim iç tabakası) kanseri hakkında da dolaylı bilgiler verebilir (29).

Serviks kanserinin en ucuz standart tarama metodu pap smeardir. Tanımlanan bir popülasyonda, tanımlanan intervallerle sistematik olarak uygulanan medikal bir prosedür olan tarama, diagnostik prosedürden tamamen farklıdır. Diagnostik prosedür, genellikle hasta şikayeti veya semptomu ortaya çıktığında uygulanır. Bir tarama testi hastalığın tedavisinin daha kolay olduğu preklinal evrelerini tanımlayabilmelidir (30). Pap smear taramasının amacı invaziv kanserli bireyi değil, intraepitelyal lezyonları olan bireyi tanımadır. İnvaziv kanseri olan kişiler muhtemelen semptomatik olacaklardır ve semptomlar araştırılırken tanı konacaktır (21).

Pap smear testi serviks kanserinin kontrol altına alınabilmesini sağlayabilecek niteliktedir. Bu tanı metodunun önemi, son kırk yıl içinde, hastalığa ilişkin olarak kaydedilen tüm terapötik gelişmelerin ötesindedir (10).

2.2.1. Pap Smear Tarama Sıklığı

Serviksi olan herkes yani bütün kadınlar pap smear ile taranmalıdır. Ancak maliyeti olan bu işlemin kapsamına tüm kadınları almak ve hepsini aynı sıklıkta taramak finansman ve organizasyon ile belirli bir iş hacmi gerektirecektir ve gerektiğinden daha sık tarama yapmanın da anlamı ve yararı yoktur. Bu sebeple genel yaklaşım kadınları serviks kanseri açısından yüksek ve düşük risk grupları olarak ayırıp, pap smear tarama sıklığını buna göre belirlemektir (12).

Servikal kanser taramada pap smear testinin başlanma zamanı, tarama sıklığı ve sonlandırılma zamanı ile ilgili tartışmalar devam etmektedir. Amerikan Kanser Derneği ve Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Koleji (ACOG) cinsel ilişki

başlangıcından 3 yıl sonra veya 21 yaşından sonra taramaya başlanması gerektiğini önermektedirler (6,31). Amerikan Aile Hekimleri Akademisi, Kanada Koruyucu Sağlık Görev Gücü, Amerikan Koruyucu Tıp Koleji ve ABD Koruyucu Hizmetler Görev Gücü taramanın kadında cinsel aktivite başladığında başlatılması görüşündedirler. Amerikan Koruyucu Tıp Koleji ve ABD Koruyucu Hizmetler Görev Gücü eğer kadının cinsel geçmişi bilinmiyorsa veya bildirilen öykü inandırıcı gelmiyorsa taramanın 18 yaşında başlayabileceğini ifade etmektedirler (6,32).

Serviks kanseri hızları düşük çoğu Avrupa ülkesinde cinsel yönden aktif ergen veya genç kadınlar taranamamaktadır. Örneğin Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Servisi tarama yaşını 21 olarak önermektedir. Finlandiya kanser organizasyonu ise taramaya 30 yaşında başlanmasını tavsiye etmektedir (32).

Servikal taramamanın başlamasından sonra konvansiyonel servikal sitolojik smear ile yıllık veya sıvı bazlı sitoloji (thin prep) kullanarak her 2 yılda bir tarama gerçekleştirilmelidir. Otuz yaş sonrası arka arkaya 3 normal veya negatif sitoloji sonucunda tarama 3 yılda 2 tarama yapılmalıdır (anamnezinde uterusu DES'e maruz kalanlar, HIV pozitif olanlar, immünsüprese olanlar, kemoterapi alanlar veya kronik kortikosteroid ilaç kullananlar hariç) (6,33).

1988'den beri U.S. profesyonel tıbbi derneklerin çoğu ortalama kadınlar için yıllık pap smear taramasının gerekli olmadığını kabul etmiştir. American College of Physicians ortalama riskteki kadınların her 3 yılda bir taranmasını ve ABD Koruyucu Hizmetler Görev Gücü bir kadının risk faktörlerine bağlı olarak 3 yıldan fazla arayla tarama tavsiye etmektedir (22,33).

1995'te Amerikan College of Obstetrics and Gynecology (ACOG) tarama önerilerini bildirmiştir (30,33):

1. Halen veya geçmişte seksüel yönden aktif olan veya 18 yaşında olan bütün kadınlar yıllık pap smear aldırılmalı ve pelvik muayene yaptırmalıdır. İlk tarama yaşa bakılmaksızın seksüel aktif kadınların hepsinde veya 18 yaşında başlanmalı,
2. Belirli yüksek risk faktörleri servikal kanser ve servikal intraepitelyal neoplazinin gelişmesiyle ilişkilendirilmiştir. Yüksek riskli kişiler (şimdiki veya önceki HPV enfeksiyonu veya kondilomata, şimdiki veya önceki HSV enfeksiyonu, HIV ile enfekte olan kadın, cinsel yolla bulaşan hastalık hikayesi, immünsüprese kadınlar, servikal displazi, servikal kanser, endometrial, vaginal veya vulvar kanser öyküsü,

düşük sosyoekonomik seviye) yıllık veya daha sık taranmalı,

3. Arka arkaya 3 veya daha fazla normal smearı olan ve memnun edici normal muayene bulguları olan kadınlar düşük riskli kadınlardır ve bunlarda pap smear hekimin tavsiyesine göre daha seyrek olarak tekrarlanabilir.
4. Uterusta DES'e maruz kalmış hastalarda tarama menarşta veya 14 yaşında semptomlarla birlikte başlanır ve her 6 ayda veya 1 yılda tekrarlanır.
5. Histerektomi sonrası vajinal sitoloji en az 3-5 yıl aralıklarla yapılmalıdır.
6. Preinvazif serviks hastalıklarının tedavisi sonrası tarama 2 yılda bir yapılmalıdır.
7. İnvazif serviks kanseri tedavisi sonrası tarama 2 yıl için 3 ay aralıklarla ve sonra 6 ay aralıklarla yapılmalıdır.

Gebelere pap smear taraması yapılmalıdır ve anormal sonuçlar gebe olmayan kadınlardaki gibi değerlendirilmelidir (34).

Benign nedenlerden histerektomi olan (serviksi de alınan) kadınlarda anormal kanser hücreleri hikayesi yoksa rutin pap smear alınmayabilir. Ancak CIN 2 veya CIN 3 hikayesi varsa ardarda üç negatif pap smear sonucu alınmaya kadar her yıl tarama yapılmalıdır (31). Bugünkü kurallar süresince subtotal histerektomi olan kadınlarda servikal kanser tarama devam etmelidir (6).

The International Union Against Cancer (IUAC) 1990'da, 25-60 yaş grubunda 3-5 yıl intervallerle tarama yapılmasının maksimum etkiyi sağladığını ifade etmiştir (30).

Servikal kanser insidansı hem geçmiş riski hem de önceki yıllardaki tarama aktivitelerini yansıtır. Taranmamış bir popülasyonda servikal kanser insidansı 50 yaş civarında maksimum seviyeye ulaşmaktadır. Taranmış popülasyonlarda ise insidansın 60 yaş üzeri kadınlar için en yüksek seviyede olduğu görülmektedir (7).

Menapozdan sonra düşük estrogen seviyesine bağlı olarak fizyolojik değişiklikler hem smear alımını hem de yorumunu zorlaştırır. Pek çok menopoz sonrası kadın süreci daha rahatsız edici bulur. Serviksi açığa vurma zordur, squamocolumnar junctionı örneklendirmek daha zordur, yüzey epiteli kolaylıkla zarar görebilir. Menapoz sonrası taranmamış kadınlar CIN ve kanser riskine daha çok sahipken, üretken yıllarında düzenli normal smear geçmişine sahip kadınların servikal neoplasia geliştirmeleri yüksek olasılıkla mümkün değildir (35).

ABD Koruyucu Hizmetler Görev Gücü 65 yaşına kadar düzenli taraması

yapılmış ve sürekli normal sonuçlar alınmış kadınlarda taramanın sona erdirilmesini önermesine rağmen, çoğu grup taramanın sona erdirilmesi konusunda herhangi bir yaş belirtmemektedir. Kanada Görev Gücü bu kadınlarda taramalarının 69 yaşında sona erdirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Amerikan Koruyucu Tıp Koleji 65 yaşına kadar düzenli şekilde taraması yapılmış ve son 9 yıl içinde daima normal sonuçlar alınmış kadınlarda taramanın sona erdirilmesini önermiştir (32).

Yetmiş yaşından önceki 10 yıl içinde belgelenmiş ardarda 3 veya daha fazla tatmin edici normal veya negatif pap smear sonucu olan 70 ve daha yaşlı kadınlarda servikal kanser tarama durdurulabilir. Önceki pap smearı olmayan, önceki taraması hakkında bilgi olmayan ve son taraması normal olmayan kadınlar için tarama tavsiye edilir. Servikal kanser hikayesi olan, uterusu dietilstilbestrole maruz kalan ve/veya immünsüprese olan kadınlar için tarama devam etmelidir. HPV DNA pozitif olan 70 ve daha yaşlı kadınlar taramaya devam edilmelidir (6).

Amerikan Kanser Derneği benign nedenlerden dolayı histerektomi olan kadınlarda ve 70 yaşından büyük kadınlar için taramanın durdurulabileceğini önermektedir (36).

Her toplumun risk faktörleri, sağlık problemleri, koruyucu hekimlik programları farklı olmasına karşın, bugün dünyada kabul edilen her yıl pap smear ile serviks kanseri taraması yapılmasıdır. Hatta bazı otoriteler 6 ayda bir yapılacak pap smear ile daha erken lezyonların tanınabileceğini savunmaktadırlar (17). Tüm kılavuzlar ardarda üç normal pap smear sonucu alınmışsa, testler arasındaki sürenin 3 yıla kadar uzatılabileceğini ifade etmektedir. Bununla birlikte bazı kılavuzlar risk faktörleri taşıyan kadınlarda sürekli yıllık tarama yapılması gerektiğini belirtmektedir (32).

2.2.2. Pap Smearın Alınır Hazırlanması

Pap smear basit, uygulaması çok kolay, ucuz, emin ve tekrarlanabilir bir yöntemdir (37). Örnek almak kolaydır ve hastayı rahatsız etmez (10). Serviks kanseri tarama amacıyla pap smear almak için son adet kanamasının başlangıcından sonraki 10.-20. günler arası en uygun zamandır (20,34).

Pap smear alınırken vajinadaki dökülen hücrelerin bütünlüğünün bozulmadan alınması gerekir. Bunun için pap smear alınmadan önce vaginal muayene yapılmaz, lavaj veya herhangi bir solüsyon kullanılmaz ve kuru spekulumlar tercih edilir (20). Aksi takdirde morfolojide bozulmalar olmaktadır (3,10). Hasta pap smear testinden 48 saat önce tampon, kontraseptif köpük, jel, veya diğer vaginal kremlerden kullanmamış olmalı, vaginal lavaj yapmamalı ve koitusta bulunmamalıdır (6,34). Kanama çok miktarda olmadığı sürece pap smear alınabilir (20). Menstruasyon döneminde olan, 48 saat içerisinde vaginal muayene veya vaginal kontraseptif kullanımı öyküsü bulunan kadınlardan pap smear alınmaması önerilmektedir (38). Genital yollarda iltihap varsa önce iltihap giderilmelidir (28).

Pap smear bimanuel muayeneden önce alınır. Muayeneden önce kuru ve temiz bir spekulum takılır (20). Kullanılan spekulum antiseptik solüsyonlu olmamalı, suyla ıslatılmış veya kuru olmalıdır (28). Uygun bir smear almak için serviksin ve vaginanın üst bölümünün tam olarak görülmesi gerekmektedir (29). Vaginal yayma alınmadan önce serviks inspekte edilir. Epitel rengi ve yüzeyin özellikleri not edilir (11). Kanamayı önlemek için çok fazla maniplasyondan kaçınılmalıdır. Pap smeardan yeterli örnekleme için servikal kanserlerin çoğunun orjin aldığı squamocolumnar junction veya transformasyon zonunundan örnek alınmalıdır (27). Pap smear materyalinin endoservikal glandular hücreleri içermesi transformasyon zonunun yeterli örneklendiğini göstermektedir (34,39). En iyi sonuç için, sitolojik açıdan önemli üç ayrı bölgeden üç ayrı smear alınmalıdır: Posterior vaginal forniks-squamocolumnar junction- endoservikal kanal. Önce eksternal osa endoservikal fırça sokulur ve 180 derece çevrilerek endoserviksten sürtme veya aspirasyon tekniği ile örnek alınır (29). Sonra plastik spatula eksternal osa sokulur ve etrafında 360 derece çevrilerek kazıma tekniği ile smear alınır (20,24). Yanlış negatif pap smearların en azından üçte birinin örnekleme konuları ile ilgili olduğu tahmin edilmektedir. Amerikan Kanser Topluluğu endoservikal fırça ile endoservikal örneklemeden önce ektoservikal hücrelerin genişletilmiş uçlu spatula ile toplanmasını tavsiye etmektedir. Fakat rastgele yapılmış klinik bir çalışma endoservikal örnekleme ilk yapıldığında yüksek oranda yeterli smear elde edildiğini bulmuştur (39). Ayrıca uterusu iken dietilstilbestrole (DES) maruz kalan kadınlarda vajinal karsinomunun belirlenmesi için vajinal örnek alınması tavsiye edilmektedir (6).

Alınan materyal hemen lama ince bir şekilde yayılmalıdır. Yayma sırasında üç ayrı örnek üç ayrı lama yayılabileceği gibi bir lam üzerinde üç ayrı bölgeye de yayılabilir. İkinci uygulamada her bir örneğin yayıldığı bölge sabit olmalı, hem smear alan hem de değerlendiren kişi tarafından bilinmelidir. Bunun için şu yöntem kullanılabilir: Lamın işaretli kenarına yakın kısma posterior forniks (V), orta kısma ekto serviks (C), diğer ucuna da endo serviks (E) materyali yayılır. Materyal yayılır yayılmaz hemen fikse edilmelidir. Pap smear materyalinin alınıp lama fikse edilmesi geleneksel (konvansiyonel) smear alma tekniğidir (29).

Fiksasyonda en önemli nokta lam üzerine ince bir tabaka halinde yayılmış olan materyalin, yayma yapılır yapılmaz kurumadan hemen fikse edilmesidir. Fiksasyondaki gecikme selüler şekillerin bozulmasına ve kurummasına yol açar. Fiksasyon solüsyonu olarak, genellikle eşit miktarlarda %95'lik etil alkol ve eter karışımı kullanılır. Genital sistemden alınan yayma preparatın bu solüsyonda fiksasyonu için en az 15 dakika gereklidir, lamlar fiksatif içinde 7-10 gün kadar bozulmadan kalabilmektedir. Ayrıca fiksasyon için ticari spreylere de (etil alkol vb.) vardır. Fiksasyon için özel solüsyon olmadığı takdirde saç spreylere de bu amaçla kullanılabilir (16,20,27).

Smear preparatlarına ve istek formlarına hastanın isminin açık bir şekilde yazılması ciddi karışıklıkların önlenmesi açısından çok önemlidir. Ayrıca hastanın yaşı, son adet tarihi, gebelik, önceki veya şimdiki hormon tedavisi, varsa daha önceki patolojik smear sonucu ve buna ilişkin tedavisi, lezyon varlığı, radyoterapi veya kemoterapi hikayesi, histerektomi öyküsü gibi bilgilerin bulunması sitolog veya patoloğun tanısını kolaylaştırır ve şüphede kaldığı durumlarda daha kolay karar vermesine yardımcı olur (20,34,38).

Patolog kendisine gelen preparatı boyar ve ışık mikroskopu altında inceleyerek tanısını koyar. Papanicolaou boyama yöntemi genital sistem patolojisiyle uğraşanlar tarafından diğer yöntemleri dışlayacak şekilde kabul edilmiştir. Papanicolaou yönteminde; Harris Hematoksileni, Orange G6 ve EA50 ile boyama yapılır. Bugün birçok sitoloji laboratuvarında kullanılmakta olan bu teknik 1942 yılında Papanicolaou tarafından tanımlanmıştır (20).

2.2.3. Pap Smearın Değerlendirilmesi

Servikovajinal smear preparatlarında hastanın hücrenel durumu, hormonal durumu ve mikrobiyolojik durumu değerlendirilebilir. Pap smear preparatlarında servikal ve vajinal hücreler, bakteriler, trikomononas, kandida gibi vajinal enfeksiyon etkenleri, kan elemanları ve spermeler bulunabilir. Servikal ve vajinal hücrelerin yapısı kanser ve kanser öncülü lezyonlar hakkında bilgi verirken, bu hücre türlerinin sayısı hormonal durumu yansıtır. Dolayısı ile üreme çağındaki ve menopoz dönemindeki kadınlardan alınan pap smear görüntüleri birbirlerinden farklıdır (20).

Pap smear sonuçlarının değerlendirilmesinde en sık Papanicolaou sınıflaması kullanılır (12). Papanicolaou (1954), sitolojik örneklerin raporlarının kolay anlaşılabilmesi için, yaymaları kanser hücreleri açısından 5 kategoride değerlendiren bir sınıflama önermiştir (16,20,24):

Class I (Negatif I): Tamamen normal yayma görünümü.

Class II (Negatif II): Anormal fakat kesinlikle selim tipte hücreler ve tam iltihabi yayma görünümü.

Class III (Şüpheli): Anormal hücrelerin bulunuşu. Bu gruptaki hücreler normalden sapmış oldukları ve kuşku uyandırdıkları halde habis tanımına uyacak kadar da anormal değildirler.

Class IV (Zayıf pozitif) : Birkaç habis hücre.

Class V (Kuvvetli pozitif) : Çok sayıda habis hücre. Kanser hücreleri vardır.

İlk defa displazi 1953 yılında Reagan tarafından tarif edilmiştir. Bu tarihe kadar süperfisiel kanser tanımı kullanılmıştır. Uluslararası histolojik adlandırma komitesi 1962 yılında in situ kansere varan bütün değişikliklere displazi denmesini önermiştir. Richart ve arkadaşları 1967 yılında başlattıkları çalışmaların sonunda, 1970'li yılların başında displaziyi CIN olarak adlandırdılar ve şiddet derecelerine göre üç grupta topladılar. Günümüzde intraepitelyal lezyonlar Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO) ve Uluslararası Jinekolojik Patologlar Derneği (ISGYP)'nin tavsiyeleri doğrultusunda CIN 1 (hafif displazi), CIN 2 (orta derecede displazi) ve CIN 3 (ağır displazi, carcinoma in situ)olarak değerlendirilirler (4).

Klinisyen ile sitoloğun anlaşmasında ve histolojik terminoloji ile uyum sağlamada Papanicolaou sınıflamasının yetersiz kalmaya başladığı fark edildikten

sonra Bethesda Sistemi geliştirilmiştir. ABD’de, Bethesda’da 12-13 Aralık 1988 tarihinde National Cancer Institute’un önderliği altında, uzman konsültanlar, ünlü sitopatologlar ve çeşitli tıbbi dernek temsilcilerinden oluşan bir komite toplanarak yeni ve deskriptif bir rapor sistemi hazırladılar (12). Bu sistem servikal smearlarda görülen sitomorfolojik değişikliklerin temeline dayanır ve klinik bilgi ile morfolojik bulguların karışımını yansıtır (28).

Bethesda sınıflamasına göre üç tipte bulgu tanımlanır (14):

1- Normal sınırlarda

2- Önemi belirsiz atipik yassı epitel hücreleri (Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance=ASGUS)

3- a. Düşük derecede squamoz intraepitelial lezyonu düşündüren hücrel değişiklikler (Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion =LGSIL)

b. İleri derecede squamoz intraepitelial lezyonu düşündüren hücrel değişiklikler (High-Grade Squamous Intraepithelial Lesion=HGSIL).

En son 2001 yılında revize edilen Bethesda Sisteminde yaklaşık 30 tanı grubu yer almaktadır (Tablo 2.2). Smear preparatı ilk önce yeterlilik açısından değerlendirilmektedir. Bunun için gönderilen materyalin kimliğinin tesbiti, yeterli klinik bilginin varlığı yanısıra preparatın teknik ve hücrel açıdan yeterliliği önemlidir. Yeterli bir smear, sitolojik inceleme yapan kişiye hastalığın varlığını ya da olmadığını kesin bir doğrulukta saptamasını sağlayacak materyal içeren smeardir. Bunun için pap smearde servikal transformasyon hattından örnek alındığına ilişkin bulgunun gözlenmesi gerekir. Pap smearde endoservikal hücrelerin olması geleneksel olarak transformasyon hattından örnek alındığının bir kanıtı olarak değerlendirilmektedir (40). Pap smearında endoservikal hücreleri eksik olan kadınlar için farklı yönetim stratejileri üzerine bilimsel bir çalışma yoktur. Klinik Sistemleri Geliştirme Enstitüsü ve diğerleri pap smearın 4’ten 6 aya kadar tekrar edilmesini önermektedir. Servikal örnekte devamlı endoservikal hücrelerin eksikliği görülüyorsa, pap smear normal olarak değerlendirilmeli ve standart tavsiyelerden daha sık tekrarlanmalıdır (39).

Pap smear preparatları yeterli bulunduktan sonra epitelyal hücre anomalisi varlığı yönünden değerlendirilir. Bu aşamada epitelyal hücre anomalisi bulunmayan olgular negatif intraepitelyal lezyon tanımlaması altında bulunan çeşitli

organizmaların varlığı, enflamasyon, enflamatuvar değişiklikler, atrofi gibi benign hücresel değişiklikler açısından araştırılarak rapor edilir. Epitelyal hücre anomalileri bulunan smear preparatları ise skuamöz hücre ve diğer malign neoplazm gruplarında yer alan tanı kategorilerine ayrılırlar (23).

Tablo 2.2 Bethesda Sistemi (2001 revizyonu) (38)

Değerlendirme için Yeterlilik

-Yeterli

-Yetersiz

Negatif intraepitelyal lezyon (benign hücresel değişiklikler)

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

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

-Histerektomi sonrası glandüler hücreler

-40 yaş üzeri endometrial hücre

Epitel hücre anomalisi

Skuamoz hücre anormallikleri

-ASCUS (önemi bilinmeyen atipik hücreler)

-LSIL (düşük dereceli lezyon)

-HSIL (yüksek dereceli lezyon)

Glandular hücre anormallikleri

-AGUS (önemi bilinmeyen atipik glanduler hücreler)

-Adenokarsinoma in situ

-Adenokarsinom

Diğer malign neoplazmlar (sarkom, lenfoma, metastaz)

Yorumlar, öneriler (opsiyonel)

2.2.4. Pap Smearın Güvenilirliği

Sitolojik preperata ne kadar uzman bakarsa baksın belli bir oranda yanlış payı vardır (20,21). Yanlış pozitif ve yanlış negatif değerlendirmeler pap smear değerlendirmesinde önemli bir sorundur. Yanlış negatif; histolojik olarak habis tümör olduğu halde, sitolojinin negatif çıkmasıdır. Bu olgularda mevcut patoloji tanınmamış ve hasta açısından çok önemli zaman kaybına yol açılmıştır. Pap smearda yanlış negatiflik oranı yaklaşık %20'dir ancak bu oran ideal koşullarda %5'e indirilebilir. En sık nedenleri ise; yetersiz ve yanlış yerden alınan materyal, yanlış yayma tekniği, yetersiz boyama ve sitoloğun deneyimsizliğidir. Yanlış pozitif ise histolojik olarak habis tümör bulunmadığı halde sitolojik bulgunun pozitif çıkmasıdır. Kısa süreli sitolojik kontrollere ve hatta histolojik kontrole yol açtığı için daha çabuk ortaya çıkmaktadır. Buna yol açan en önemli neden genital sistemin iltihaplarıdır. Özellikle trikomonas vaginitis yanlış pozitifliğe yol açan önemli bir etkidir. Ayrıca atrofi, matür olmayan metaplazi, radyasyon, gebelik, havada kurutma ve fiksasyon hataları da yanlış pozitifliğe neden olabilmektedir (11,20).

Günümüzde sitolojik tanının sensitivitesi (patolojiyi doğru olarak gösterme) %80, spesifitesi ise (sağlamaları doğru olarak gösterme) %99 olarak kabul edilmektedir (11). Tek bir pap smear örneğinin duyarlılığı %60-80 arasında olduğundan zaman içinde tekrar edilerek duyarlılığın %95'lerin üzerine çıkması sağlanmalıdır. Teorik olarak 3 smearın hatalı negatif olma ihtimali %1'den azdır. Yine de pap smeari negatif olan kadınlarda 1 sene içerisinde kanser teşhisinin konulduğu rapor edilmiştir. Bazı çalışmalar pap smeari negatif olduğu halde daha sonra serviks kanseri tanısı konulan hastaların smearlerini yeniden muayene etmişler ve %50 örnek yine negatif olarak değerlendirildiği halde kalan %50'sinin yarısının yetersiz örnek olduğu, diğer yarısında ise hatalı okumaya bağlı negatif değerlendirme yapıldığı düşünölmüştür (3).

İstanbul Tıp Faköltesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Polikliniğine 1986 yılında çeşitli jinekolojik şikayetlerle başvuran 430 hastaya serviks kanserinin erken tanısı amacıyla vajinal smear ve servikal biyopsi yapılmış; 71 vakada vajinal smear ile, 89 vakada servikal biyopsi ile çeşitli derecelerde displazi

tespit edilmiş ve sitoloji ile patoloji arasında %79,8 oranında bir uygunluk görülmüştür (19).

2.2.5. Anormal Pap Smearda Yaklaşım

Anormal pap smearın sebepleri arasında; invaziv kanser, CIN, atrofik değişiklikler, yassı kondülom, inflamasyon (özellikle de trikomoniazis ve kronik servisit), zedelenme sonrasında rejenerasyon (metaplazi), vajinal kanser, vulvar kanser, üst genital traktus kanseri (endometrium, fallop tüpleri, overler) öncesinde radyasyon tedavisi almak bulunmaktadır (10,21) .

a. Önemi Belirsiz Atipik Skuamöz Hücreler-(ASC-US): Pap smear sonucu ASC-US olarak rapor edilen hastalarda eşit etkinlikteki 3 yaklaşımdan herhangi biri imkanlar ve klinik tecrübeye bağlı olmak üzere seçilebilir (23):

-Tekrar pap smear ile izlem: Hastalar 4 ve 6 aylık aralar ile en az iki ardışık negatif sonuç alınana kadar pap smear ile takip edilirler. Takip sonunda pap smear sonucu negatif olan hastalar rutin izleme alınırken, sonucu tekrar ASC-US veya daha ileri bir patoloji olan hastalara da kolposkopi yapılır (21,23).

-HPV testi: Pap smear sonucu ASC-US olarak rapor edilen hastalarda HPV DNA testi ile olguların % 31-60'ında yüksek riskli HPV enfeksiyonu tespit edilir. Kullanımı giderek artan thin prep gibi sıvı bazlı sistemler ile yapılan pap smear testleri HPV DNA testini günümüzde önemli bir alternatif haline getirmiştir. Bu sistemlerde yayma yapıldıktan sonra artan sıvı HPV DNA testi (reflex test) için kullanılabilir (23).

-Kolposkopi: Pap smear sonucu ASC-US olarak gelen hastalarda direkt olarak kolposkopi yapılabilir. Kolposkopik incelemesi normal olan hastalar 12 aylık periotlar ile izlenebilir. Eğer anormal kolposkopik muayene bulguları varsa yönlendirilmiş biyopsi sonuçlarına göre değerlendirme yapılır (23).

Pap smearde ASC-US tespit edilen olgularda standart yaklaşıma istisna olan iki durum vardır. Bunlar “postmenapozal kadınlar” ve “immünsüpresyon” durumlarıdır.

-Postmenapozal kadınlar: Postmenapozal estrogen eksikliği sonucu estrojene duyarlı hücrelerin atrofisinin morfolojik deformasyona sebep olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle klinik olarak atrofi tespit edilen postmenapozal hastalarda yaklaşık 1 aylık intravajinal estrogen tedavisinin bitiminden 1 hafta sonra pap smearın tekrar edilmesi önerilen bir alternatiftir. Tedavinin ardından pap smear testi intraepitelyal lezyon açısından negatif değil ise kolposkopi yapılır. Eğer pap smear sonucu normal olarak rapor edilirse hasta tekrar pap smear ile izlenebilir (21,23).

-İmmünsüpresyon: ASC-US tespit edilen immünsüprese hastalara kolposkopi yapılmalıdır. Kolposkopide şüpheli alanlardan biyopsi yapılarak histolojik sonuca göre tedavi planlanmalıdır (23).

Gebelikte ASC-US tanısında, gebelik haftasından bağımsız olarak gebe olmayan hastalar gibi değerlendirme yapılmalıdır (23).

b. Düşük Dereceli Skuamöz İntraepitelyal Lezyon (LSIL): Tüm pap smear örneklerinin %1-2'ini LSIL oluşturmakta ve LSIL tanısı alan hastaların %15-30'unda biyopside CIN 2-3 saptanmaktadır (23).

LSIL tanısı alan hastalarda tercih edilen ilk yöntem kolposkopidir. Postmenapozal ve adölesan hastalar bu yaklaşıma istisnadır. Kolposkopik muayenenin yetersiz olması veya kolposkopide bir lezyon saptanamaması halinde endoservikal örnekleme tercih edilir. Bu işlemler sonucunda CIN veya kanser saptanmamış ise hastalar tekrar 6-12 ay ara ile sitoloji veya 12 ay ara ile HPV DNA testi ile takip edilebilir. Eğer sitolojide ASC veya daha ileri bir epitelyal anormallik rapor edilirse veya hastada HPV DNA pozitif ise hasta tekrar kolposkopi ile değerlendirilir (23).

-Postmenapozal kadınlar: Özellikle klinik veya sitolojik atrofi bulguları olan hastalarda intravajinal estrogen tedavisinden sonra tekrar sitolojik inceleme yapılabilir. Bu hastalarda takip sitolojide ASC veya daha ileri bir epitelyal anormallik saptanırsa hasta kolposkopiye sevk edilir. Eğer sonuç negatif ise bir kez daha 4-6 ay aralıklı pap smear sonrasında hastalar rutin normal izleme dönebilir. HPV DNA testi ile izlem diğer bir alternatif yaklaşımdır. HPV pozitif hastalar kolposkopiye gönderilirken negatif olan hastalar sitoloji ile takip edilirler (23).

-Adölesanlar: Adölesan dönemde LSIL rapor edilen hastalarda kolposkopi, tekrar sitoloji veya HPV testinden oluşan üç yaklaşımdan biri kullanılabilir. Adölesanlarda başlangıç olarak tüm hastalarda kolposkopik inceleme ile başlayıp rutin LSIL protokolü uygulanabilir. Bunun yanında tekrar sitoloji veya HPV DNA testleri ile hangi hastaların tekrar kolposkopiye sevk edileceği şeklinde seçim yapılabilir. Tekrar sitoloji 6 ay sonra yapılır ve ASC veya daha ileri bir anormal sonuç durumunda hasta kolposkopiye sevk edilir. Eğer tekrar sitoloji negatif ise bir kez daha 6 ay ara ile pap smear yapıldıktan sonra hasta rutin normal izleme dönebilir. HPV DNA testi 12 ay sonra yapılır ve pozitif ise hastalar kolposkopiye sevk edilir. Negatif ise rutin normal takibe dönülebilir (23).

-Gebeler: Gebelikte LSIL tesbit edilen hastalara yaklaşım gebe olmayan hastalar gibidir (23).

c. Yüksek Dereceli Skuamöz İntraepitelyal Lezyon (HSIL): HSIL tüm sitoloji sonuçlarının %0,5'ini oluşturması nedeniyle nispeten nadir ama sonuçları itibariyle çok önemli bir tanıdır. Sitolojik inceleme sonrasında HSIL rapor edilen kadınlarda %70-75 oranında CIN 2-3, %1-2 oranında ise invaziv kansere rastlanmaktadır (23).

Bütün HSIL tanısı alan hastalarda kolposkopik inceleme ve endoservikal örnekleme en iyi yaklaşım olarak kabul edilmektedir. Bu yaklaşım sonucu histolojik olarak CIN teşhis edilen olgularda uygun tedavi yapılır. Ancak kolposkopide herhangi bir lezyon tespit edilemeyen olgularda sitoloji, kolposkopi ve histolojik değerlendirmenin tekrar gözden geçirilmesi önerilir. Bu gözden geçirmeye rağmen sitoloji HSIL ve kolposkopide lezyon yoksa konizasyon veya LEEP gibi tanısal eksizyonel prosedür önerilir. Tanısal eksizyonel prosedür yapılacak hastalarda endoservikal küretaj (ECC) yapılmayabilir (23).

Sitolojide HSIL tesbit edilen olgularda kolposkopiye takiben LEEP yapılmasına “gör ve tedavi et” yaklaşımı adı verilir. Tek bir vizite tanı ve tedavinin yapılabilmesi nedeniyle maliyet etkin bir yaklaşımdır. Ancak belli bir hasta grubunda CIN olmamasına rağmen uygulamanın yapılması maliyet ve morbidite açısından dezavantajlıdır. Takibe gelemeyecek veya yaşlı hastalarda tercih edilir (23).

-Reproduktif dönemdeki genç hastalar: Çok genç yaştaki hastalarda

servikal konizasyon veya diğerk eksizyonel prosedürlerin morbiditesinden kaçınmak için izlem şeklinde bir yaklaşım tercih edilebilir. Sitolojisi HSIL rapor edilmiş genç hastalarda ancak kolposkopik inceleme yeterli ve lezyon yok, endoservikal değerlendirme normal yani herhangi bir CIN lezyonunun mevcut olmadığı durumda hastanın da kabul etmesi ile 4-6 aylık aralıklarla 1 yıla kadar takip edilebilir. Bu takipte 1 yıl sonunda HSIL tanısı sebat ederse veya kolposkopik bulgular kötüleşirse tanısal eksizyonel prosedür önerilir (23).

-Gebeler: Sitoloji sonucu HSIL olarak rapor edilen gebe hastalarda kolposkopik inceleme bu konuda deneyimli doktorlar tarafından yapılmalıdır. Kolposkopi altında lezyonlardan biyopsi yapılabilir. Ancak servikal küretaj gebelik sırasında önerilmez. Gebelik sırasında ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler nedeni ile kolposkopi hemen her zaman tatminkardır. İntraepitelyal neoplazi tedavisi doğum sonrası 6. haftaya bırakılır. Gebelik sırasında tanısal eksizyonel prosedür sadece invazyon şüphesi varlığında yapılmalıdır (23).

d. Atipik Glandüler Hücreler (AGC): AGC tanısı alan hastalarda ilk yaklaşım kolposkopiye ek olarak endoservikal örnekleme yapılmasıdır. Özellikle 35 yaş üzerindeki hastalarda kaynak genellikle endometriumdur. Bu nedenle 35 yaş üzerindeki hastalarda kolposkopi ile birlikte endometrial örnekleme yapılmalıdır. Daha genç hastalarda ise açıklanamayan vajinal kanama olması durumunda veya sitolojide atipik endometrial hücrelerin saptanması durumunda endometrial örnekleme önerilmektedir. AGC hastalarında neoplazi riski yüksek olduğu için eğer kolposkopi ve endometrial örnekleme ile sonuç alınamazsa sitoloji ve biyopsi sonuçları tekrar gözden geçirilmelidir (23).

2.2.6. Pap Smear Teknolojisindeki Gelişmeler

Pap smeardeki doğruluk oranının %100 olmadığı bilinmektedir (21). Son yıllarda özellikle sitolojik taramalardaki yalancı negatif sonuçları azaltmaya yönelik yeni teknolojiler geliştirilmeye başlanmıştır. Ayrıca sitoloji ile konan servikal kanser tanısının getirdiği mediko-legal sorunların giderek artması da, bu yönde yeni

tekniklerin geliştirilmesini teşvik etmiştir. Bu alanda halen başlıca dört yeni yöntem bazı merkezlerde uygulamaya girmiştir:

- İnce preperat yöntemi
- PAPNET yöntemi
- Otopap yöntemi
- Roche görüntü analiz sistemi (20,21).

a. İnce preparat yöntemi (Thin Prep): Sitoloğun daha iyi değerlendirme yapması ve tarama hatalarının azaltılması için uniform, hücrelerin kan, mukus ya da inflamatuvar oluşumlarla yapısının bozulma oranının azaltıldığı, hücrelerin tabakada iyi bir şekilde dağıldığı, sıvı içinde, ince yayma preperatlar geliştirilmiştir. Toplama aygıtı lama yayılmak yerine, bir sıvı solüsyonla tamponlanmış bir düzenekte yıkanır. Hücre süspansiyonu, kan ve debrisin ayrıştırıldığı bir filtre sistemine konur ve hücre örnekleri 20 mm çapındaki bir lamele yayılır. Bu preperat normalde görünene oranla çok daha temizdir. Daha sonra lamalar klasik yöntemle sitoteknolog ve patolog tarafından incelenir Bu teknik FDA tarafından onaylanmıştır (6,21).

İnce yayma yönteminde tanısal hücre grupları bozulmamakta, hücreler arası bağlar yıkılmamaktadır. Papanicolaou smearde anormal hücreler, kan ve iltihabi elemanlar arasında gizli kalabilmekte ve hücre dağılımının uniform olmayışı yüzünden hücre grupları bu anormal hücreleri gölgeleyebilmektedir. İnce yayma smearde sitopatolog belli bir alana homojen dağılan hücreleri incelediğinden inceleme işlemi daha az zaman almakta ve inceleme alanı tümüyle değerlendirilebilmektedir (41). İnce yayma yönteminin diğer bir avantajı da özel sıvı solüsyonu sayesinde tanı koydurucu hücreleri uzun süre koruyarak, anormal hücreler saptandığında, ileri testlerin (örneğin HPV DNA gibi) yapılmasına olanak vermesidir (12,23,39).

Amerikan Kanser Derneği konvansiyonel yöntem kullanılıyorsa rutin pap smearin yıllık olmasını fakat sıvı bazlı sitoloji kullanılıyorsa her iki yılda bir yapılmasını tavsiye eder. Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Koleji ise sıvı bazlı pap testin konvansiyonel sitolojiye göre az da olsa üstün olduğunu belirtmekte fakat kullanılan sitolojik metoda dayalı taramada herhangi bir farklılık belirtmemektedir (39).

b. PAPNET Bilgisayarlı Yeniden Tarama Yöntemi: Daha önce mikroskopla taranmış negatif sitolojik smearlerin (konvansiyonel pap smearler), bilgisayarlı bir mikroskop ve renkli kamera ile yeniden taranmasına dayanan bir sistemdir. Amaç, yanlış negatiflik oranını minimuma indirmektir. Yeterli bir pap smear 50.000-300.000 kadar hücre içerir. Bazen bu kadar hücre içinde sadece 10- 12 anormal veya atipik hücreye rastlanır (20). Bunlar konvansiyonel taramalarda kolayca gözden kaçabilir, bazen de yanlış değerlendirilebilir. İşte bu network donanımlı PAPNET Bilgisayar sistemi sayesinde lam üzerindeki en kötü görünümlü 128 alan patoloğun yeniden incelemesine sunulmaktadır. Bu hücreler anormal olarak değerlendirilirse patolog, smearı yeniden sınıflamakta, normal kabul edilirse ilk tanı değiştirilmemektedir. Deneyimli bir sitopatoloğun bu 128 görüntüyü incelemesi 1,5- 2 dakikasını alır. Yaymada anormal, şüpheli veya tartışmalı hücreler saptandığında ikinci kez mikroskopik inceleme yapılır (20,21).

Bu yöntem sayesinde klasik mikroskopik tarama ile gözden kaçmış birçok anormalliğin ortaya çıkarılabildiğini gösteren araştırmaların sayısı giderek artmaktadır. Ancak büyük bir aşama gibi görülmele birlikte, PAPNET sisteminin bütün olgularda anormal hücreleri yakalaması da beklenemez; fakat yine de gerek hekim, gerekse hasta için bir kalite kontrol aracı olarak yeni bir emniyet sağladığı da kabul edilmektedir (12).

c. Oto Pap 300 QC- Otomatik Pap Tarama Sistemi: Bu bilgisayarlı yeniden tarama sistemi ile, yanlış negatif preparatların saptanmasına yardımcı olmak amaçlanmaktadır. Bu sistemde smearlerin yaklaşık %25'i makine tarafından ekarte edilmekte olup, normal sınırlarda ve yeterli kabul edilen tüm smearleri yeniden tarayarak anormal hücreler içermesi olasılığı bulunan lamaları ayırır. Kalan %75'i sitopatoloğlara ikinci inceleme için gönderilmektedir. Bunlar yeniden manuel olarak taranır (3).

Bu bilgisayarlı sistem, yüksek tarama hızlı bir video mikroskobu, bir alan görüntüleyici bilgisayar (alandaki sitolojik görüntüleri hızla yorumlayan) ve uygun görüntü yorumlayıcı bir yazılım içerir. Hergün çok sayıda yayma preparatın tarandığı merkezlerin tarama programlarında kural olarak randomize seçilmiş %10 preparat

ikinci kez taranmaktadır. Bu işlem Oto Pap sistemine yaptırıldığında, yanlış negatiflik oranının 5-7 kat daha düşük olduğu gösterilmiştir (3,42).

d. Roche görüntü analiz sistemi: Yakın zamanlarda klinik araştırmalara giren bu sistem, sıvıya dayalı ince tabaka sistemi (Cytoscan) ile otomatize yeniden tarama sistemini (AUTOcyte) birleştirmektedir. Bu sistemin konvansiyonel yeniden tarama yönteminin yerini alması planlanmaktadır. Ancak henüz araştırma aşamasında olan bu donanım piyasaya sürülmemiştir (12,20).

Bu işlemler bir yanda taramanın duyarlılığını artırırken bir yandan da serviks kanseri tarama maliyetlerini de artırmaktadır. Bu yöntemlerle maliyet-etkinlik, kullanıldığı şekle bağlı olmaktadır. Her üç senede bir taramanın yapıldığı bir program dahilinde maliyet-etkin olabilmektedirler; yıllık taramanın duyarlılığını geliştirmek amacıyla kullanılıyorsa kurtarılan her yılın maliyeti çok yüksektir. Yeni tarama yöntemleri testlerinin duyarlılığı görece düşük olan laboratuvarlarda gerçekleştirildiğinde, daha fazla maliyet-etkin olacaktır. Pap yayma sonuçlarını daha önceden büyük bir kesinlikle değerlendirmiş olan laboratuvarlarca bu durum benimsendiğinde, maliyet-etkinlikten söz edilemez (32).

ABD Koruyucu Hizmetler Görev Gücü servikal kanseri taramak için yeni teknolojilerin rutin kullanılmasının lehine veya aleyhine yeterli kanıtı bulamamıştır (39).

Bu tekniklerden herhangi birinin invaziv servikal kanser insidansını azaltıp azaltmadığına ya da sağ kalım oranlarını artırıp artırmadığına dair geniş popülasyonlu herhangi bir prospektif çalışma yapılmamıştır. Bu sebeple günümüzde standart uygulamaya girmemişlerdir (21).

III. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Kesitsel tipte araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Afyonkarahisar, Eskişehir, Konya ve Kütahya illerinde 4 Ekim 2004–30 Nisan 2005 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırma Evreni

Afyonkarahisar, Konya, Eskişehir ve Kütahya il merkezlerinde görev yapan UH'ler ile PH'lerden oluşturulmuştur. UH'ler üniversite hastaneleri, resmi kurumlar, özel merkezlerde (özel hastaneler ve muayenehaneler) çalışanlardan, PH'ler ise sağlık ocakları ve AÇS/AP (Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması) merkezlerinde çalışanlardan araştırma kapsamına alınmıştır.

3.4. Araştırma Örnekleme

Araştırmada örneklem yapılmaksızın üniversite hastaneleri, resmi kurumlar, özel merkezlerde (özel hastaneler ve muayenehaneler) çalışan 129 UH ile 282 PH'in tümüne örneklem yapılmaksızın ulaşılması hedeflenmiştir.

3.5. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından hazırlanan anket formlarının yüz yüze görüşme tekniği kullanılmasıyla toplanmıştır.

3.6. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak hazırlanan hekimlerin tanımlayıcı özellikleri, pap smear isteme sıklıkları, bu sıklığı etkileyen faktörler, serviks kanseri ve pap smear hakkındaki bilgileri, pap smear materyalini alma ve hazırlama konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını içeren anket formu (EK-1) kullanılmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

UH'lere ait veriler bölüm I'de, PH'lere ait veriler ise bölüm II'de değerlendirilmiştir.

Özel hastane, poliklinik ve muayenehanelerde çalışanların tamamı özel merkezde çalışanlar olarak alınmıştır.

UH'lerin hizmet süresi için yalnızca uzman olarak çalıştıkları süre alınmıştır.

Jinekolojik masa ve pap smear almak için malzeme (fırça, lam, alkol, sprey vb) olan kurumlarda uygun altyapı var kabul edilirken, bunların bulunmadığı kurumlarda ise uygun altyapı yok olarak kabul edilmiştir.

Serviks kanseri için yüksek riskli grupta yer alan kişiler;

- Erken yaşta cinsel ilişkiye başlayanlar,
- Multiple seksüel partneri (kadın veya eşi) olanlar,
- CYBH geçirmiş/geçiriyor olanlar,
- Kanser gelişmesi yönünde ek risklerin bulunduğu bilinen kişiler,
- İmmun süprese edici ilaç kullananlar,
- Düşük sosyoekonomik seviyede olanlar olarak kabul edilmiştir

(13,15,21,24,34).

Serviks kanseri için düşük riskli grupta yer alan kişiler;

- Tek eşliler,
- Bekarlar,
- Önceki pap smear testi normal olanlar olarak kabul edilmiştir (4,12,33).

Hastaların pap smear testi için gelmeden önce dikkat etmeleri gereken noktalar;

- Menstruasyon döneminde test yaptırmaya gelmemeli,
- 48 saat içerisinde vaginal muayene yaptırmamalı,
- 48 saat içerisinde vaginal kontraseptif kullanmamalı,
- 48 saat öncesinden itibaren vaginal lavaj yapmamalı olarak kabul edilmiştir (6,20,34).

Hekimlerin pap smear almadan önce dikkat etmeleri gereken kurallar;

- Smear alınmadan önce vaginal muayene yapılmamalı,
- Kuru spekulum tercih edilmeli,
- Lavaj veya solüsyon kullanılmamalı,
- Serviko-vaginal enfeksiyon varsa, smear almadan önce tedavi edilmeli şeklinde kabul edilmiştir (10,20,28).

Hekimlerin pap smear istek formuna hastanın adı dışında hasta ile ilgili yazılması gereken bilgiler;

- Hastanın yaşı,
- Klinik özellikleri,
- Klinik tanı veya öntanı,
- Anamnez olarak kabul edilmiştir (20,34,38).

Ortalamalar ortalama±standart sapma olarak verilmiştir. Verilerin analizinde Kruskal-Wallis varyans analizi, Mann Whitney U testi, korelasyon analizi ve ki-kare testleri kullanılmıştır. Anlamlılık seviyesi olarak $p<0,05$ alınmıştır.

IV. BULGULAR

Yüzyirmidokuz UH'nin 112'si (%86,9) ankete katılırken, 11'i (%8,5) görüşmeyi kabul etmemiştir. Altı (%4,6) UH'ye ise ulaşılammıştır.

Toplam 282 PH'den ancak 172'si (%61,0) ankete katılırken, 76'sı (%27,0) görüşmeyi kabul etmemiş, 34'üne (%12,0) ulaşılammıştır.

Tablo 4.1 Araştırmaya Katılan Hekimlerin Cinsiyet Dağılımları

Cinsiyet	Uzman		Pratisyen		Toplam		P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Kadın	43	38,4	104	60,5	147	51,7	<0,001
Erkek	69	61,6	68	39,5	137	48,3	
Toplam	112	100,0	172	100,0	284	100,0	

Tablo 4.1'de UH'lerin çoğunluğu erkek iken, PH'lerin çoğunluğunun kadın olduğu görülmektedir (p<0,001).

Tablo 4.2 Araştırmaya Katılan Hekimlerin Yaş ve Hizmet Süresi Ortalamaları

	Uzman	Pratisyen	P*
Yaş Ortalaması (yıl)	41,1±8,1	34,6±5,3	<0,001
Hizmet Süresi Ortalaması (yıl)	12,5±7,9	10,3±5,4	0,054

*Mann Whitney U testi

Tablo 4.2'de görüldüğü gibi araştırmaya katılan UH'lerin yaş ortalaması 41,1±8,1 (min:29, max:66) dir. UH'lerin uzman olarak yaptığı hizmet süresi ortalaması 11,5±7,6 (min:0,7, max:33) yıl bulunmuştur. Hekimlerin yaş ortalamalarında fark görülürken (p<0,001) hizmet süresi ortalamalarında fark (p=0,054) görülmemiştir.

BÖLÜM I

Tablo 4.3 UH'lerin Çalıştıkları Kurumlara Göre Dağılımı

Çalışılan Kurum	Sayı	Yüzde
Devlet Hastanesi	75	67,0
Özel Merkez	18	16,0
Üniversite Hastanesi	17	15,2
AÇSAP	2	1,8
Toplam	112	100,0

Tablo 4.3'te UH'lerin %67'sinin devlet hastanesinde çalıştığı görülmektedir.

Tablo 4.4 UH'lerin İhtisas Aldıkları Kurumların Dağılımı

Kurum	Sayı	Yüzde
Üniversite Hastanesi	61	54,5
Eğitim Hastanesi	51	45,5
Toplam	112	100,0

Tablo 4.4'de görüldüğü gibi UH'lerin %54,5'inin ihtisasını üniversite hastanelerinde tamamladığı saptanmıştır.

Görüşülen UH'lerin hepsi çalıştıkları yerlerde pap smear almak için alt yapı olduğunu belirtmiştir.

Tablo 4.5 UH'lerin Muayeneye Gelen Hastalardan Rutin Pap Smear Alma Durumlarının Dağılımı

Rutin Pap Smear Alma Durumu	Sayı	Yüzde
Rutin alan	32	28,6
Bazen alan	37	33,0
Hiç almayan	43	38,4
Toplam	112	100,0

Tablo 4.5'te UH'lerin ancak 32'sinin (%28,6) muayene için gelen hastalarından rutin olarak pap smear aldığı görülmektedir.

Tablo 4.6 UH'lerin İhtisas Aldıkları Yere Göre Rutin Pap Smear Alma Durumlarının Dağılımı

Rutin Pap Smear Alma Durumu	Üniversite Hastanesi		Eğitim Hastanesi		Toplam		P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Rutin alan	24	39,3	8	15,7	32	28,6	
Bazen alan	17	27,9	20	39,2	37	33,0	0,022
Hiç almayan	20	32,8	23	45,1	43	38,4	
Toplam	61	100,0	51	100,0	112	100,0	

Rutin alan-hiç almayan ($p=0,013$), rutin alan-bazen alan ($p=0,014$), bazen alan-hiç almayan ($p=0,960$).

UH'lerin ihtisas aldıkları yere göre rutin pap smear alma durumları karşılaştırıldığında üniversite hastanelerinde ihtisasını tamamlamış olanların daha fazla pap smearı rutin tetkik olarak aldığı tespit edilmiştir ($p=0,022$).

Tablo 4.7 UH'lerin Hastalarından Yıllık Pap Smear Kontrolü Yapma Durumlarının Dağılımı

Yıllık Pap Smear Kontrolü Yapma Durumu	Sayı	Yüzde
Yıllık kontrol yapan	54	48,2
Bazen yapan	40	35,7
Hiç yapmayan	18	16,1
Toplam	112	100,0

Tablo 4.7'de UH'lerin 54'ü (%48,2) hastalarına yıllık pap smear kontrolü yaptıklarını belirtirken, 40'ı (%35,7) yıllık kontrolü bazen yaptığını, 18'i (%16,1) ise hiç yapmadığını belirtmiştir.

Tablo 4.8 UH'lerin İhtisas Aldıkları Yere Göre Hastalarından Yıllık Pap Smear Kontrolü Yapma Durumlarının Dağılımı

Yıllık Pap Smear Kontrolü Yapma Durumu	Üniversite Hastanesi		Eğitim Hastanesi		Toplam		P*
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Yıllık kontrol yapan	31	50,8	23	45,1	54	48,2	
Bazen yapan	19	31,2	21	41,2	40	35,7	0,524
Hiç yapmayan	11	18,0	7	13,7	18	16,1	
Toplam	61	100,0	51	100,0	112	100,0	

*Ki-kare

Tablo 4.8'de görüldüğü gibi UH'lerin ihtisas aldıkları yer ile yıllık pap smear kontrolü yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,524).

Tablo 4.9 UH'lerin İhtisas Aldıkları Yere Göre Yıllık Ortalama Pap Smear Alma Sayıları

	Üniversite Hastanesi	Eğitim Hastanesi	P*
Ortalama Pap Smear Sayısı	548,0±594,8	522,2±769,0	0,842
Min-max, medyan	10-3000, 450	10-5000, 300	

*Mann whitney U testi

Tablo 4.9'da görüldüğü gibi UH'lerin ihtisas aldıkları yerle yıllık ortalama pap smear alma sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,842).

Uzman başına düşen yıllık ortalama pap smear alma sayısının 536,3±676,6 (min:10, med: 375 max:5000) olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.10 UH'nin Çalıştıkları Kuruma Göre Yıllık Ortalama Pap Smear Alma Sayılarının Karşılaştırılması

	Üniversite Hastanesi	Devlet Hastanesi	Özel Merkezler	P*
Ortalama pap smear sayısı	602,9±324,7	562,5±781,2	390,5±438,7	
Min-max, medyan	100-1500, 500	100-5000, 300	50-2000, 255	0,018

*Kruskal-Wallis varyans analizi

Üniversite hastanesi-devlet hastanesi $p=0,014$, devlet hastanesi-özel merkezler $p=0,506$, üniversite hastanesi-özel merkezler $p=0,004$.

Tablo 4.10'da görüldüğü gibi UH'lerin çalıştıkları kuruma göre yıllık ortalama pap smear alma sayıları karşılaştırıldığında üniversite hastanesinde çalışanların, devlet hastanesi ve özel merkezlerde çalışanlardan daha fazla sayıda pap smear aldığı tespit edilmiştir ($p=0,018$).

Üniversite hastanesi ile devlet hastanesinde çalışan UH'lerin yıllık ortalama pap smear alma sayısı arasında istatistiksel olarak fark vardır ($p=0,014$).

Devlet hastanesi ile özel merkezlerde çalışan UH'lerin yıllık ortalama pap smear alma sayısı arasında istatistiksel olarak fark yoktur ($p=0,506$).

Üniversite hastanesi ile özel merkezlerde çalışan UH'lerin yıllık ortalama pap smear alma sayısı arasında istatistiksel olarak fark vardır ($p=0,004$).

UH'lerin uzman olarak geçirdikleri hizmet süresiyle yıllık ortalama pap smear alma sayıları arasında ilişki görülmemiştir ($r=0,082$, $p=0,392$).

Tablo 4.11 UH'lere Göre Serviks Kanseri Tarama Amaçlı Rutin Pap Smear Alma Sıklığının Dağılımı

Pap Smear Alma Sıklığı	Sayı	Yüzde
Altı ayda bir	21	18,8
Yılda bir	54	48,2
Ard arda 3 yıl negatif çıktıktan sonra 2 yılda bir	4	3,6
İki yılda bir	12	10,7
Diğer*	21	18,7
Toplam	112	100,0

* Hastanın durumuna ve risk taşıyıp taşımadığına göre değişir (7), üç yılda bir (3), ard arda 3 yıl negatif çıktıktan sonra 3 yılda bir (3), hastanın jinekolojik şikayeti olduğu zaman alınır (2), 18-40 yaş arasında her yıl daha sonra 3-5 yılda bir (1), 35 yaşından önce yıllık sonra 6 ayda bir (1), 40 yaşından önce 2 yılda bir sonra yılda bir (2), 40 yaşından sonra 2 yılda bir (1), hastada serviks kanseri riski yoksa almam (1).

UH'lerin 54'ü (%48,2) serviks kanseri tarama amaçlı rutin pap smear alma sıklığının yılda bir olması gerektiğini düşünmektedir.

Tablo 4.12 UH'lerin En Çok Pap Smear Alma Amaçlarının Dağılımı

Amaç	Sayı	Yüzde
Genital kanser taramasında	93	83,0
Vajinal/servikal enfeksiyonların değerlendirilmesinde	17	15,2
Genital kanserlerin tedavisinde/ tedavi sonuçlarının değerlendirilmesinde	1	0,9
Genel değerlendirme	1	0,9
Toplam	112	100,0

Tablo 4.12'de UH'lerin 93'ünün (%83) pap smearı en çok genital kanser taraması için aldıkları görülmektedir.

UH'lerin 46'sının (%41,1) ise genital kanser taraması dışında en çok vajinal veya servikal enfeksiyonların değerlendirilmesi amacıyla pap smear aldıkları görülmüştür.

Tablo 4.13 UH'lerin Hastalarından Pap Smear İstemelerini Etkileyen En Önemli Faktörlerin Dağılımı

Faktör	Sayı	Yüzde
Muayenede görünen lezyonu olanlardan	45	40,2
Yıllık rutin servikal kanser taraması	36	32,1
Hastanın şikayetlerine (akıntı, erezyon, kanama, vs) bağlı	16	14,3
Risk grubu olanlardan	8	7,1
Menapozda olanlardan	2	1,8
Hastanın isteği	2	1,8
Diğer*	3	2,7
Toplam	112	100,0

* 35 yaş üzeri kadınlar (2), servikal intraepitelyal neoplazi takibi (1).

Tablo 4.13'te UH'lere hastalarından pap smear istemelerini etkileyen en önemli faktörler sorgulandığında vajinal muayene sırasında saptanan servikal lezyon

varlığının %40,2'i ile en önde geldiği görülmüştür.

UH'lerin hastalarından pap smear istemelerini etkileyen bunun dışındaki faktörün ise %30,4 ile yıllık rutin servikal kanser taraması olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.14 UH'lerin Pap Smear İstemesini Etkileyen Faktörlerin Dağılımı

Faktör	Etkiler		Kısmen Etkiler		Etkilemez		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Sosyal güvence	44	39,3	24	21,4	44	39,3	112	100,0
Sosyo-kültürel durum	31	27,7	20	17,9	61	54,5	112	100,0
Ekonomik durum	42	37,5	23	20,5	47	42,0	112	100,0

Tablo 4.14'te görüldüğü gibi hastanın sosyal güvencesinin olup-olmamasının UH'lerin %39,3'ünde pap smear almalarını etkilediği, %21,4'ünü de kısmen etkilediği ve %39,3'ünde de etkilemediği bulunmuştur.

Hastanın sosyo-kültürel durumu UH'lerin %27,7'sinde pap smear almalarını etkilerken, %17,9'unda kısmen etkilemekte, %54,5'inde ise etkilememektedir.

Hastanın ekonomik durumunun UH'lerin %37,5'inde pap smear almalarını etkilediği, %20,5'inde kısmen etkilediği ve %42'sinde de etkilemediği tespit edilmiştir.

Tablo 4.15 UH'lerin Serviks Kanseri için Yüksek Riskli Grupta Yer Alan Kişilerden Doğru Cevap Sayılarının Dağılımı

Doğru Cevap Sayısı	Sayı	Yüzde
Beş-altı	38	33,9
Üç-dört	24	21,4
Bir-iki	39	34,8
Sıfır	11	9,9
Toplam	112	100,0

Tablo 4.15'te UH'lerin 38'inin serviks kanseri için yüksek riskli grupta belirlenen hasta gruplarından 5-6 tanesini doğru bildikleri görülmektedir.

Tablo 4.16 UH'lerin Serviks Kanseri için Yüksek Riskli Gruptan Pap Smear Alma Sıklığı Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı

Pap Smear Alma Sıklığı	Sayı	Yüzde
Üç ayda bir	4	3,6
Altı ayda bir	56	50,0
Yılda bir	46	40,1
Diğer*	6	6,3
Toplam	112	100,0

* Önce yılda 3-4 kez pap smear alınır sonuç normal çıktıktan sonra 3 yılda bir alınır (2), 2 yılda bir (1), hastanın durumuna ve önceki pap smear sonucuna göre değişir (1), yılda 3 kere 1 yıl boyunca takip, sonra her yıl (2).

Tablo 4.16'da görüldüğü gibi UH'lerden yüksek riskli gruptan üç-altı ayda bir pap smear alınması gerektiğini düşünenlerin oranı %53,6 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.17 UH'lerin Serviks Kanseri için Yüksek Riskli Gruptan Pap Smear Alma Sıklıklarının Dağılımı

Pap Smear Alma Sıklığı	Sayı	Yüzde
Üç ayda bir	3	2,7
Altı ayda bir	43	38,4
Yılda bir	43	38,4
Hastanın muayene için geldiği zamanda	17	15,2
Diğer*	6	5,3
Toplam	112	100,0

* Yılda 3-4 kez pap smear alınır normal çıktıktan sonra 3 yılda bir (1), yılda 3 kere 1 yıl boyunca takip, sonra her yıl (3), 2 yılda bir (1), hastanın durumuna ve önceki pap smear sonucuna göre değişir (1).

Tablo 4.17'de UH'lerin 46'sının (%41,1) yüksek riskli gruptan 3-6 ayda bir pap smear aldıkları görülmektedir.

Tablo 4.18 UH'nin Serviks Kanseri için Düşük Riskli Grupta Yer Alan Kişilerden Doğru Cevap Sayılarının Dağılımı

Doğru Cevap Sayısı	Sayı	Yüzde
Üç	33	29,5
İki	33	29,5
Bir	35	31,3
Sıfır	11	9,7
Toplam	112	100,0

Tablo 4.18'de görüldüğü gibi UH'lerin 33'ü serviks kanseri için düşük riskli grupta belirlenen hasta gruplarından 3 tanesini doğru bilmektedirler.

Tablo 4.19 UH'lerin Serviks Kanseri için Düşük Riskli Gruptan Pap Smear Alma Sıklığı Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı

Pap Smear Alma Sıklığı	Sayı	Yüzde
Altı ayda bir	9	8,0
Yılda bir	33	29,5
İki yılda bir	32	28,6
Üç yılda bir	12	10,7
Üç yıl ard arda negatif çıktıktan sonra 3 yılda bir	12	10,7
Bilmiyorum	1	0,9
Diğer*	13	11,6
Toplam	112	100,0

* 3 yıl ard arda negatif çıktıktan sonra 2 yılda bir (3), 40 yaşına kadar yılda bir sonra 6 ayda bir (2), rutin olarak alınmaz (3), düşük riskli gruptan pap smear almaya gerek yoktur (3), 3-5 yılda bir (2).

Tablo 4.19'da görüldüğü gibi UH'den düşük riskli gruptan 1-3 yılda bir pap smear alınması gerektiğini düşünenlerin sayısı 92 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.20 UH'lerin Serviks Kanseri için Düşük Riskli Gruptan Pap Smear Alma Sıklıklarının Dağılımı

Pap Smear Alma Sıklığı	Sayı	Yüzde
Altı ayda bir	9	8,0
Yılda bir	30	26,8
İki yılda bir	25	22,3
Üç yılda bir	10	8,9
Üç yıl ard arda negatif çıktıktan sonra 3 yılda bir	7	6,3
Hastanın muayene için geldiği zamanda	21	18,8
Diğer*	10	8,9
Toplam	112	100,0

* Düşük riskli gruptan pap smear almıyorum (6), 3 yıl ard arda negatif çıktıktan sonra 2 yılda bir (2), 3-5 yılda bir (1), rutin olarak almıyorum (1).

Tablo 4.20'de görüldüğü gibi UH'lerin 74'ü düşük riskli gruptan 1-3 yılda bir pap smear almaktadır.

Tablo 4.21 UH'lerin Servikal Displazi Nedeniyle Servikal Konizasyon/LEEP Cerrahisi Geçirenlerden Pap Smear Alma Sıklığı Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı

Pap Smear Alma Sıklığı	Sayı	Yüzde
Üç ayda bir	12	10,7
Altı ayda bir	58	51,8
Yılda bir	21	18,8
İki yılda bir	4	3,6
Bilmiyorum	4	3,6
Diğer*	13	11,5
Toplam	112	100,0

* Önce 3 ayda bir sonra yılda bir (3), ilk yıl 6 ayda bir sonra her yıl (3), ilk 2 yıl 6 ayda bir sonra yıllık (2), displazinin evresine göre değişir (2), ardarda 3 yıl negatif çıktıktan sonra 3 yılda bir (1), konizasyon sonucuna göre değişir (1), ayda bir (1).

Tablo 4.21'de UH'lerin 70'inin (%62,5) servikal displazi nedeniyle servikal konizasyon veya LEEP cerrahisi geçirenlerden 3-6 ayda bir pap smear alınması

düşüncesinde oldukları görülmektedir.

Tablo 4.22 UH'lere Göre Pap Smear Taramasının Başlanma Zamanının Dağılımı

Başlanma Zamanı	Sayı	Yüzde
Cinsel aktivite başlangıcında	69	61,6
35 yaşında	26	23,2
18 yaşında	4	3,6
Diğer*	13	11,6
Toplam	112	100,0

* Cinsel aktivite başlangıcından 3 yıl sonra (4), cinsel aktivite başlangıcından 1 yıl sonra (2), 20 yaştan sonra (1), doğurganlıkla beraber (2), yüksek riskli grupta her yaşta, diğerlerinde 40 yaş üzeri (1), 40 yaş üzeri (1) ve hastanın şikayetlerine bağlı olarak taramaya başlanır (1).

Tablo 4.22'de görüldüğü gibi UH'lerin 69'u pap smear taramasına cinsel aktivite başlangıcında başlanması gerektiğini düşünmektedirler.

Tablo 4.23 UH'lere Göre Pap Smear Taramasının Sonlandırılma Zamanının Dağılımı

Sonlandırılma Zamanı	Sayı	Yüzde
Tarama sonlandırılmamalı	95	84,8
65 yaştan sonra	15	13,4
Diğer*	2	1,8
Toplam	112	100,0

* 50 yaştan sonra (1) ve 70 yaştan sonra (1).

Tablo 4.23'te görüldüğü gibi UH'lerin 95'i pap smear taramasının sonlandırılmaması fikrindedir.

Tablo 4.24 UH'lerin Pap Smear Almak için En Uygun Zaman Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı

En Uygun Zaman	Sayı	Yüzde
Son adet başlangıcından sonraki 10.-20. günler arasında	56	50,0
Hastanın jinekolojik muayeneye geldiği herhangi bir zamanda	44	39,3
Bilmiyorum	2	1,8
Diğer*	10	8,9
Toplam	112	100,0

* Birden fazla seçenek söyleyenler (5), adetten hemen sonra (2), siklusun 7.gününde (2), adetten 1-2 gün önce (1).

Tablo 4.24'te görüldüğü gibi UH'lerin yarısı pap smear almak için en uygun zamanın son adet kanamasının başlangıcından sonraki 10. ile 20. günler arasında olduğunu düşünmektedir.

Tablo 4.25 UH'lerin Pap Smear Aldıkları En Uygun Zamanların Dağılımı

En Uygun Zaman	Sayı	Yüzde
Hastanın jinekolojik muayeneye geldiği herhangi bir zamanda	89	79,5
Son adet başlangıcından sonraki 10.-20. günler arasında	15	13,4
Diğer*	8	7,1
Toplam	112	100,0

* Son adet kanamasının başlangıcından sonraki 10.-20. günler arasında ve hastanın jinekolojik muayeneye geldiği herhangi bir zamanda (7), kanama veya belirgin enfeksiyonun olmadığı bir dönemde (1).

Tablo 4.25'te UH'lerin 89'unun (%79,5) hastanın jinekolojik muayeneye geldiği herhangi bir zamanda hastadan pap smear almakta oldukları görülmektedir.

Tablo 4.26 UH'lerin "Hastaların Pap Smear Testi Yaptırmaya Gelmeden Önce Dikkat Etmeleri Gereken Kurallar" Hakkında Verdikleri Doğru Cevap Sayılarının Dağılımı

Doğru Cevap Sayısı	Sayı	Yüzde
Üç- beş	82	73,2
Bir-iki	29	25,9
Sıfır	1	0,9
Toplam	112	100,0

Tablo 4.26'da UH'lerin çoğunluğunun (%73,2) hastaların pap smear testi yaptırmaya gelmeden önce dikkat etmeleri gereken kurallardan 3-5 tanesine doğru cevap verdikleri görülmektedir.

Tablo 4.27 UH'lerin "Pap Smear Almadan Önce Dikkat Edilmesi Gereken Kurallar" Hakkında Verdikleri Doğru Cevap Sayılarının Dağılımı

Doğru Cevap Sayısı	Sayı	Yüzde
Üç-dört	75	66,9
Bir-iki	36	32,2
Sıfır	1	0,9
Toplam	112	100,0

Tablo 4.27'de UH'lerin 75'inin hastalarından pap smear almadan önce dikkat etmeleri gereken kurallardan 3-4 tanesine doğru cevap verdikleri görülmektedir.

Tablo 4.28 UH'lerin "Pap Smear Almadan Önce Dikkat Edilmesi Gereken Kurallar"dan Uyguladıklarının Dağılımı

Uygulama Sayısı	Sayı	Yüzde
Üç-dört	72	64,3
Bir-iki	39	34,8
Sıfır	1	0,9
Toplam	112	100,0

Tablo 4.28'de UH'lerin 72'sinin pap smear almadan önce dikkat edilmesi gereken kurallardan 3-4'ünü uyguladıkları görülmektedir.

Tablo 4.29 UH'lerin "Pap Smear Testi için Örnek Alınması Gereken Bölge" Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı

Bölge	Sayı	Yüzde
Posterior vaginal forniks ¹	2	1,8
Skvamokolumnar bileşke ²	15	13,4
Endoservikal kanal ³	6	5,4
1 ve 2	8	7,1
2 ve 3	18	16,1
1 ve 3	22	19,6
1, 2 ve 3	38	33,9
1 ve ektoserviks	2	1,8
Ektoserviks	1	0,9
Toplam	112	100,0

Tablo 4.29'da UH'lerin 38'i (%33,9) pap smearın posterior vaginal forniks, skuamokolumnar bileşke ve endoservikal kanaldan alınması gerektiğini düşünürken, 15'i (%13,4) sadece skuamokolumnar bileşkeden alınması gerektiğini düşünmektedir.

Tablo 4.30 UH'lerin Pap Smear için Örnek Aldıkları Bölgelerin Dağılımı

Bölge	Sayı	Yüzde
Posterior vaginal forniks ¹	3	2,7
Skvamokolumnar bileşke ²	18	16,1
Endoservikal kanal ³	7	6,3
1 ve 2	8	7,1
1 ve 3	26	23,2
2 ve 3	18	16,1
1, 2 ve 3	29	25,9
1 ve ektoserviks	1	0,9
Ektoserviks	1	0,9
Servikal lezyonun olduğu yerden	1	0,9
Toplam	112	100,0

Tablo 4.30’da UH’lerin 29’unun (%25,9) posterior vaginal forniks, skuamokolumnar bileşke ve endoservikal kanaldan, 18’inin (%16,1) ise sadece skuamokolumnar bileşkeden pap smear aldıkları tespit edilmiştir.

Tablo 4.31 UH’nin “Pap Smear Almada Kullanılması Gereken Araç(lar)” Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı

Araç	Sayı * (n=112)	Yüzde**
Ucu süpürge şeklinde özel plastik smear fırçası	100	89,2
Endoservikal kanal fırçası	35	31,2
Cyto-brush	26	23,2
Ayre spatulası	19	16,9
Tahta dilbasacağı	10	8,9
Ucuna pamuk sarılı çubuk	10	8,9

*Birden fazla seçenek söylenmiştir, ** satır yüzdesi verilmiştir.

Tablo 4.31’de pap smear almak için kullanılan araçlardan olan “ucu süpürge şeklinde özel plastik smear fırçası” UH’lerin 100’ü tarafından ifade edilmektedir.

Tablo 4.32 UH’lerin Pap Smear Almak için Kullandıkları Araçların Dağılımı

Araç	Sayı* (n=112)	Yüzde**
Ucu süpürge şeklinde özel plastik smear fırçası	100	89,2
Endoservikal kanal fırçası	23	20,5
Cyto-brush	14	12,5
Ayre spatulası	8	7,1
Ucuna pamuk sarılı çubuk	7	6,2
Tahta dilbasacağı	4	3,5

*Birden fazla seçenek söylenmiştir, ** satır yüzdesi verilmiştir.

Tablo 4.32’de pap smear almak için kullanılan araçlardan olan “ucu süpürge şeklinde özel plastik smear fırçası” UH’lerin 100’ü tarafından söylenirken, “ucuna pamuk sarılı çubuk” 7’si ve “tahta dil basacağı” da 4’ü tarafından söylenmiştir.

Tablo 4.33 UH'lerin "Pap Smear Alınırken Kullanılması Gereken Teknik" Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı

Teknik	Sayı	Yüzde
Konvansiyonel yöntem ¹	47	42,0
İnce yayma yöntemi ²	58	51,8
1 ve 2	6	5,3
Bilmiyorum	1	0,9
Toplam	112	100,0

Tablo 4.33'te görüldüğü gibi UH'lerin 58'i (%51,8) pap smear alınırken ince yayma yönteminin kullanılması gerektiği bilmektedir.

Tablo 4.34 UH'lerin Pap Smear Alırken Kullandıkları Tekniklerin Dağılımı

Teknik	Sayı	Yüzde
Konvansiyonel yöntem ¹	98	87,5
İnce yayma yöntemi ²	10	8,9
1 ve 2	4	3,6
Toplam	112	100,0

Tablo 4.34'te görüldüğü gibi UH'lerin 98'inin (%87,5) pap smear alırken konvansiyonel yöntemi kullanmakta oldukları tespit edilmiştir.

Tablo 4.35 UH'lerin "Konvansiyel Yöntemle Alınan Materyalin Yayılması Gereken Lam Sayısı" Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı

Lam Sayısı	Sayı	Yüzde
Bir	34	30,4
İki	59	52,7
Üç	9	8,0
İki veya üç	5	4,5
Hastanın özelliğine göre değişir	1	0,9
Bilmiyorum	4	3,6
Toplam	112	100,0

Tablo 4.35'te görüldüğü gibi UH'lerin 34'ü (%30,4) konvansiyonel yöntemle pap smear alındıktan sonra materyalin tek lama yayılmasının yeterli olduğunu düşünürken, 59'u (%52,7) ise 2 lam kullanılması gerektiğini düşünmektedir.

Tablo 4.36 UH'lerin Konvansiyel Yöntemle Pap Smear Aldıktan Sonra Materyali Yayıdıkları Lam Sayısının Dağılımı

Lam Sayısı	Sayı	Yüzde
Bir	77	68,8
İki	22	19,6
Üç	3	2,7
İnce yayma kullanan	10	8,9
Toplam	112	100,0

Tablo 4.36'da görüldüğü gibi UH'lerin 77'sinin (%68,8) konvansiyonel yöntemle pap smearı aldıktan sonra materyali tek lama yaydıkları tespit edilmiştir.

Tablo 4.37 UH'lerin Pap Smear Materyalini Lama Fikse Ederken Kullandıkları Yöntem(ler)in Dağılımı

Yöntem	Sayı* (n=112)	Yüzde**
Saç spreyi	73	65,1
Eşit miktarlarda %95' lik etil alkol ve eter karışımı	27	24,1
Alkol	22	19,6
Ticari spreyleyler (etil alkol vb.)	13	11,6
İnce yayma kullanan	10	8,9

*Birden fazla seçenek söylenmiştir, ** satır yüzdesi verilmiştir.

Tablo 4.37'de UH'lerin 73'ünün pap smear materyalinin lama fikse edilmesinde saç spreyi kullandıkları görülmektedir.

Tablo 4.38 UH'lere Göre "Pap Smear Materyalinin Fiksasyonu için Lamın Şale İçinde En Az Kalması Gereken Süre" Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı

Süre	Sayı	Yüzde
5 Dakika	6	5,4
15 Dakika	13	11,6
24 Saat	4	3,6
Bilmiyorum	68	60,7
Diğer*	21	18,7
Toplam	112	100,0

* İnce yayma kullanan (10), 12 saat (3), 1 saat (3), 1 dakika (3), hemen (2).

Tablo 4.38'de görüldüğü gibi UH'lerin %60,7'sinin pap smear materyalinin fiksasyonu için lamın alkol içinde en az kalması gereken süreyi doğru bilmedikleri tespit edilmiştir.

Tablo 4.39 UH'lerin "Pap Smear Materyalinin Spreyle En Az Ne Kadar Süre İçinde Fikse Edilmesi Gerektiği" Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı

Süre	Sayı	Yüzde
Hemen	79	70,5
1-2 dakika içinde	9	8,0
10 dakika sonra	6	5,4
İnce yayma kullanan	10	8,9
Bilmiyorum	8	7,1
Toplam	112	100,0

Tablo 4.39'da görüldüğü gibi UH'lerin 79'u (%70,5) pap smear materyalinin lama yayıldıktan sonra hemen spreyle ile fikse edilmesi gerektiğini düşünmektedir.

Tablo 4.40 UH'lerin "Pap Smear İstek Formuna Hastanın Adı Dışında Hasta ile İlgili Yazılması Gereken Bilgiler" Hakkında Verdikleri Doğru Cevap Sayılarının Dağılımı

Doğru Cevap Sayısı	Sayı	Yüzde
Üç-dört	85	75,9
Bir-iki	25	22,3
Sıfır	2	1,8
Toplam	112	100,0

Tablo 4.40'ta UH'lerin çoğunluğunun (%75,9) pap smear istek formuna hastanın adı dışında hasta ile ilgili yazılması gereken bilgilerden 3-4'üne doğru cevap verdikleri görülmektedir.

Tablo 4.41 UH'lerin Pap Smear İstek Formuna Hastanın Adı Dışında Hasta ile İlgili Yazdıkları Bilgilerin Sayısının Dağılımı

Doğru cevap sayısı	Sayı	Yüzde
Üç-dört	85	75,9
Bir-iki	26	23,2
Sıfır	1	0,9
Toplam	112	100,0

Tablo 4.41'de UH'lerin 85'inin pap smear istek formuna hastanın adı dışında hasta ile ilgili yazılması gereken bilgilerden 3-4'ünü yazdıkları görülmektedir.

Tablo 4.42 UH'lerin Pap Smear İstek Formuna Yazılması Gereken Hastanın Klinik Özellikleri ile İlgili Bilgilerinin Dağılımı

Klinik Özellikler	Sayı* (n=112)	Yüzde**
Son adet tarihi	104	92,8
Lezyon varlığı	96	85,7
Menstrual durumun tanımlanması	93	83,0
Gebelik durumu	86	76,7
Hormonal ilaç kullanma durumu	82	73,2
Histerektomi öyküsü	62	55,3
İntrauterin araç (RIA) kullanma durumu	50	44,6

* Birden fazla seçenek söylenmiştir, ** satır yüzdesi verilmiştir.

UH'lere pap smear istek formuna yazılması gereken hastanın klinik özellikleri ile ilgili bilgiler sorulduğunda “son adet tarihinin” 104, “lezyon varlığının” 96 ve “menstrual durumun tanımlanmasının” 93 kişi tarafından söylendiği görülmektedir.

Tablo 4.43 UH'lerin Pap Smear Alınma Zamanı Gelen Takipli Gebelerden Pap Smear Alma Durumlarının Dağılımı

Pap Smear Alma Durumu	Sayı	Yüzde
Pap smear alan	24	21,4
Bazen alan	30	26,8
Hiç almayan	58	51,8
Toplam	112	100,0

Tablo 4.43'te UH'lerin 58'inin (%51,8) pap smear alınma zamanı gelen takipli gebelerden pap smear almadıkları görülmektedir.

Tablo 4.44 UH'lerin “Pap Smear Sonucu ASC-US Şeklinde Gelen Hastanın Ek Risk Faktöründe Yoksa, Kontrol Pap Smear Testinin Ne Kadar Zaman Arayla Alınması” Konusunda Düşüncelerinin Dağılımı

Pap Smear Alma Sıklığı	Sayı	Yüzde
Üç aydan önce	9	8,1
Üç-altı ayda bir	88	78,5
Altı aydan sonra	14	12,5
Bilmiyorum	1	0,9
Toplam	112	100,0

Tablo 4.44'te UH'lerin 88'inin (%78,5) pap smear sonucu ASC-US şeklinde gelen hastanın ek risk faktörü de yoksa, kontrol pap smear testinin 3-6 ayda bir alınması gerektiğini düşündükleri görülmektedir.

Tablo 4.45 UH'lerin "İlk ve Kontrol Pap Smear Test Sonuçları ASC-US Gelen Hastada, Bir Sonraki Tanısal Testin Ne Olacağı" Konusunda Düşüncelerinin Dağılımı

Tanısal Test	Sayı* (n=112)	Yüzde**
Kolposkopi	79	70,5
LEEP	15	13,3
Servikal punch biyopsi	14	12,5
Human Papilloma Virus tiplendirmesi	8	7,1
Smear tekrarı	8	7,1
Koterizasyon	2	1,7
Kriyoterapi	2	1,7

* Birden fazla seçenek söylenmiştir, ** satır yüzdesi verilmiştir.

Tablo 4.45'te ilk ve kontrol pap smear test sonuçları ASC-US gelen hastada, bir sonraki tanısal test olarak kolposkopi yapılması gerektiği UH'lerin 79'u tarafından söylenmiştir.

Tablo 4.46 UH'lerin "Servikal Kanser Nedeniyle Radyoterapi Görmüş Olan Hastalardan Pap Smear Alınma Sıklığı" Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı

Pap Smear Alma Sıklığı	Sayı	Yüzde
Üç aydan önce	6	5,4
Üç-altı ayda bir	76	67,8
Altı aydan sonra	6	5,4
Pap smear almanın bir anlamı yoktur	10	8,9
Bilmiyorum	14	12,5
Toplam	112	100,0

Tablo 4.46'da UH'lerin 76'sının (%67,8) servikal kanser nedeniyle radyoterapi görmüş olan hastalardan 3-6 ayda bir pap smear alınması düşüncesinde oldukları görülmektedir.

Tablo 4.47 UH'lerin "Myoma Uteri Nedeniyle Histerektomi Olan Kadınların Vajen Kafından Kontrol Pap Smearı Alınması" Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı

Kontrol Pap Smearı Alma Düşüncesi	Sayı	Yüzde
Pap smear almaya gerek yok	55	49,1
Pap smear alınmalı	53	47,3
Bilmiyorum	4	3,6
Toplam	112	100,0

UH'lerin 55'inin (%49,1) myoma uteri nedeniyle histerektomi olan kadınların vajen kafından kontrol pap smearı alınmasına gerek olmadığı düşüncesinde oldukları tablo 4.47'de görülmektedir.

Tablo 4.48 UH'lerin "Servikal Kanser Nedeniyle Radikal Histerektomi Olan Kadınların Vajen Kafından Pap Smear Alınma Sıklığı" Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı

Pap Smear Alma Sıklığı	Sayı	Yüzde
Üç-altı ayda bir	75	66,9
Yılda bir	15	13,4
İki yılda bir	3	2,7
Bilmiyorum	9	8,0
Diğer*	10	9,0
Toplam	112	100,0

* Bu hastalardan pap smear almaya gerek yoktur (5), hastanın herhangi bir şikayeti yoksa pap smear almam (3), 2 ayda bir (1), 1 yıl 4 ayda bir, 2 yıl 6 ayda bir, 2 yıl her yıl olmak üzere 5 yıl boyunca takip edilmelidir (1).

UH'lerin 75'inin (%66,9) servikal kanser nedeniyle radikal histerektomi olan kadınların vajen kafından 3-6 ayda bir pap smear alınması düşüncesinde oldukları tablo 4.48'de görülmektedir.

Tablo 4.49 UH'lerin Pap Smear Sonucu CIN-II Çıktığında Yaklaşımlarının Dağılımı

Yaklaşım	Sayı	Yüzde
Kolposkopik muayene yapıp, şüpheli bölgeden biyopsi almak	49	43,8
Konizasyon yapmak	17	15,2
Jinekolojik onkoloji birimi bulunan bir merkeze sevk etmek	14	12,5
LEEP uygulamak	15	13,4
Hastanın yaşına ve çocuk isteğine göre uygulama değişik	8	7,1
Diğer*	9	8,0
Toplam	112	100,0

*Histerektomi yaparım (4), pap smear tekrarı (5).

Tablo 4.47'de UH'lerin 49'unun (%43,8) pap smear sonucu CIN II (yüksek derecede skuamöz intraepitelyal lezyon) çıktığında kolposkopik muayene yapıp, şüpheli bölge veya bölgelerden biyopsi yapılması gerektiği düşüncesinde oldukları görülmektedir.

Tablo 4.50 UH'lerin Kurumlarına Göre Çalıştıkları Laboratuvarların Dağılımı

Laboratuvar Türü	Üniversite hastanesi		Devlet hastanesi		Özel merkezler		AÇSAP		TOPLAM	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Üniversite patoloji laboratuvarı	17	100,0	-	-	-	-	-	-	17	15,2
Özel laboratuvar	-	-	-	-	18	100,0	1	50,0	19	16,9
Hastane laboratuvarı	-	-	75	100,0	-	-	1	50,0	76	67,9
Toplam	17	100,0	75	100,0	18	100,0	2	100,0	112	100,0

Tablo 4.50'de üniversite ve devlet hastanesinde çalışan UH'lerin buldukları kurumun patoloji laboratuvarı ile çalıştıkları tespit edilmiştir.

Tablo 4.51 UH'lerin Çalıştığı Laboratuvarın Kullandığı Sınıflama Sisteminin Dağılımı

Sınıflama Sistemi	Sayı	Yüzde
Papanicoloau Sistemi ¹	71	63,4
Bethesda Sistemi ²	37	33,0
1 ve 2	4	3,6
Toplam	112	100,0

Tablo 4.51’de UH’lerin 71’inin (%63,4) çalıştığı laboratuvarların papanicoloau sınıflama sistemini kullanmakta olduğu görülmektedir.

Tablo 4.52 UH'lere Göre Pap Smearın Güvenilirliğini Etkileyen Faktörlerin Dağılımı

Faktörler	Sayı* (n=112)	Yüzde**
Yetersiz veya yanlış yerden alınan materyal	101	90,1
Yanlış yayma tekniği	86	76,7
Sitoloğun deneyimsizliği	84	75,0
Havada kurutma veya fiksasyon hataları	76	67,8
Yetersiz boyama	65	58,0

* Birden fazla seçenek söylenmiştir, ** satır yüzdesi verilmiştir.

Tablo 4.42’de pap smearın güvenilirliğini etkileyen faktörlerden olan “yetersiz veya yanlış yerden alınan materyal” UH’lerin 101’i tarafından söylenmiştir.

UH'lere pap smear sonucuna duyulan güven (yüzde olarak) sorgulandığında UH’lerin pap smearı ortalama 70,9±16,2 (min:15, max:99) güvenilir buldukları anlaşıldı.

BÖLÜM II

Tablo 4.53 PH'lerin Çalıştıkları Kurumlara Göre ve Pap Smear Almak için Uygun Alt Yapı Olma Durumlarının Dağılımı

Uygun Altyapı	Kurum				TOPLAM	
	Sağlık Ocağı		AÇSAP		Sayı	Yüzde
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Var	2	1,2	15	8,7	17	9,9
Yok	152	88,3	3	1,8	155	90,1
Toplam	154	89,5	18	10,5	172	100,0

Tablo 4.53'te PH'lerin %89,5'inin sağlık ocağında çalıştığı görülmektedir. PH'lerin çoğunluğunun (%90,1) çalıştığı yerde pap smear almak için uygun altyapının olmadığı tespit edilmiştir.

PH'lerin 2'si muayeneye gelen hastalarından rutin olarak pap smear almakta iken, 3'ünün hastalarına yıllık pap smear kontrolünü bazen yaptıkları görülmüştür.

Tablo 4.54 PH'lere Göre Serviks Kanseri Tarama Amaçlı Rutin Pap Smear Alma Sıklığının Dağılımı

Pap Smear Alma Sıklığı	Sayı	Yüzde
Altı ayda bir	44	25,6
Yılda bir	77	44,8
İki yılda bir	10	5,8
Bilmiyorum	8	4,7
Diğer*	33	19,1
Toplam	172	100,0

*40 yaştan sonra yıllık (8), 35 yaştan önce yıllık sonra 6 ayda bir (6), 3 yılda bir (5), hastanın durumuna ve risk taşıyıp taşımadığına göre değişir (4), 40 yaştan önce 2 yılda bir sonra yılda bir (4), 30 yaştan sonra yıllık (4), ard arda 3 yıl negatif çıktıktan sonra 3 yılda bir (2).

Tablo 4.54'te görüldüğü gibi PH'lerin 77'si (%44,8) serviks kanseri tarama amaçlı rutin pap smear alma sıklığının yılda bir olması gerektiğini düşünürken, 44'ü

(%25,6) 6 ayda bir olması gerektiğini düşünmektedir.

Tablo 4.55 PH'lerin Serviks Kanseri için Yüksek Riskli Grupta Yer Alan Kişilerden Doğru Cevap Sayılarının Dağılımı

Doğru cevap sayısı	Sayı	Yüzde
Beş-altı	39	22,6
Üç-dört	58	33,8
Bir-iki	56	32,6
Sıfır	19	11,0
Toplam	172	100,0

Tablo 4.55'te PH'lerin 39'unun (%22,6) serviks kanseri için yüksek riskli grupta belirlenen hasta gruplarından 5-6 tanesini doğru bildikleri görülmektedir.

Tablo 4.56 PH'lerin Serviks Kanseri için Yüksek Riskli Gruptan Pap Smear Alma Sıklığı Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı

Pap Smear Alma Sıklığı	Sayı	Yüzde
Üç ayda bir	13	7,6
Altı ayda bir	109	63,3
Yılda bir	40	23,3
Bilmiyorum	5	2,9
Diğer*	5	2,9
Toplam	172	100,0

* Ayda bir (3), yılda 3-4 kez pap smear alınmalı normal çıktıktan sonra 3 yılda bir (1), yılda 3 kez 1 yıl boyunca takip sonra her yıl (1).

Tablo 4.56'da görüldüğü gibi PH'lerden yüksek riskli gruptan 3-6 ayda bir pap smear alınması gerektiğini düşünenlerin oranı %70,9 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.57 PH'nin Serviks Kanseri için Düşük Riskli Grupta Yer Alan Kişilerden Doğru Cevap Sayılarının Dağılımı

Doğru cevap sayısı	Sayı	Yüzde
Üç	40	23,3
İki	38	22,1
Bir	50	29,1
Sıfır	44	25,5
Toplam	172	100,0

Tablo 4.57'de görüldüğü gibi PH'lerin 40'ının serviks kanseri için düşük riskli grupta belirlenen hasta gruplarından 3 tanesini doğru bildikleri tespit edilmiştir.

Tablo 4.58 PH'lerin Serviks Kanseri için Düşük Riskli Gruptan Pap Smear Alma Sıklığı Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı

Pap Smear Alma Sıklığı	Sayı	Yüzde
Altı ayda bir	12	7,0
Yılda bir	81	47,1
İki yılda bir	32	18,6
Üç yılda bir	20	11,6
Üç yıl ard arda negatif çıktıktan sonra 3 yılda bir	4	2,3
Bilmiyorum	6	3,5
Diğer*	17	9,9
Toplam	172	100,0

*5 yılda bir (8), 3-5 yılda bir (2), 40 yaşına kadar yılda bir sonra 6 ayda bir (1), 35 yaş üzeri 6 ayda bir (1), önce 6 ayda bir risk yoksa yılda bir (1), 3 ayda bir (1), ayda bir (1), rutin değil (1), bu gruptan pap smear almıyorum (1).

Tablo 4.58'de görüldüğü gibi PH'lerin 137'si düşük riskli gruptan 1-3 yılda bir pap smear alınması gerektiğini düşünmektedir.

Tablo 4.59 PH'lere Göre Pap Smear Taramasının Başlanma Zamanının Dağılımı

Taramaya Başlanma Zamanı	Sayı	Yüzde
Cinsel aktivite başlangıcında	104	60,5
35 yaşında	49	28,9
18 yaşında	6	3,5
Diğer*	13	7,1
Toplam	172	100,0

*Doğurganlıkla beraber (3), 40 yaş üzeri (3), menapozdan sonra (3), 50 yaşında (1), 30 yaş üzeri (1), cinsel aktivite başlangıcından 3 yıl sonra (1), riskli grupta her yaşta başlanmalı diğerlerinde 40 yaş üzeri (1).

Tablo 4.59'da PH'lerin 104'ünün (%60,5) pap smear taramasına cinsel aktivite başlangıcında başlanması düşüncesinde oldukları görülmektedir.

Tablo 4.60 PH'lere Göre Pap Smear Taramasının Sonlandırılma Zamanının Dağılımı

Taramanın Sonlandırılma Zamanı	Sayı	Yüzde
Tarama sonlandırılmamalı	132	76,8
65 yaştan sonra	30	17,4
Bilmiyorum	1	0,6
Diğer*	9	5,2
Toplam	172	100,0

*Cinsel hayat bitince (4), menapozdan 1 yıl sonra (2), 70 yaştan sonra (1), 50 yaştan sonra (1), hastanın risk durumuna göre değişir (1).

Tablo 4.60'da PH'lerin 132'si (%76,8) pap smear taramasının sonlandırılmaması gerektiğini düşünmektedir.

Tablo 4.61 PH'lerin Pap Smear Almak için En Uygun Zaman Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı

En Uygun Zaman	Sayı	Yüzde
Hastanın jinekolojik muayeneye geldiği herhangi bir zamanda	103	59,9
Son adetın başlangıcından sonraki 10.-20. günler arasında	49	28,5
Bilmiyorum	13	7,6
Diğer*	7	4,0
Toplam	172	100,0

*Adetten hemen sonra (3), son adetın başlangıcından sonraki 10.-20. günler arasında ve hastanın jinekolojik muayeneye geldiği herhangi bir zamanda (3), siklusun 22.-24. günlerinde (1).

Tablo 4.61'de PH'lerin 103'ünün hastanın jinekolojik muayeneye geldiği herhangi bir zamanda pap smear alınabileceği düşüncesinde oldukları görülmektedir.

Tablo 4.62 PH'lerin "Hastaların Pap Smear Testi Yaptırmaya Gelmeden Önce Dikkat Etmeleri Gereken Kurallar" Hakkında Verdikleri Doğru Cevap Sayılarının Dağılımı

Doğru Cevap Sayısı	Sayı	Yüzde
Üç- beş	93	54,0
Bir-iki	61	35,5
Sıfır	18	10,5
Toplam	172	100,0

Tablo 4.62'de PH'lerin 93'ünün (%54) hastaların pap smear testi yaptırmaya gelmeden önce dikkat etmeleri gereken kurallardan 3-5 tanesine doğru cevap verdikleri görülmektedir.

Tablo 4.63 PH'lerin "Pap Smear Almadan Önce Dikkat Edilmesi Gereken Kurallar" Hakkında Verdikleri Doğru Cevap Sayılarının Dağılımı

Doğru Cevap Sayısı	Sayı	Yüzde
Üç-dört	81	47,1
Bir-iki	71	41,3
Sıfır	20	11,6
Toplam	172	100,0

Tablo 4.63'te PH'lerin 81'inin hastalarından pap smear almadan önce dikkat etmeleri gereken kurallardan 3-4 tanesine doğru cevap verdikleri görülmektedir.

Tablo 4.64 PH'lerin "Pap Smear Testi için Örnek Alınması Gereken Bölge" Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı

Bölge	Sayı	Yüzde
Posterior vaginal forniks ¹	15	8,7
Skvamokolumnar bileşke ²	23	13,4
Endoservikal kanal ³	23	13,4
1 ve 2	10	5,8
2 ve 3	14	8,1
1 ve 3	18	10,5
1, 2 ve 3	46	26,7
Bilmiyorum	14	8,1
Diğer*	9	5,3
Toplam	172	100,0

*Erezyon bölgesi ve skuamokolumnar bileşke (5), vajen girişi (3), posterior vaginal forniks ve ektoserviks (1).

Tablo 4.64'de PH'lerin 46'sı (%13,4) pap smearın posterior vaginal forniks, skuamokolumnar bileşke ve endoservikal kanaldan alınması gerektiğini düşünürken, 23'ü (%13,4) sadece skuamokolumnar bileşkeden alınması gerektiğini düşünmektedir.

Tablo 4.65 PH'lerin "Pap Smear Almada Kullanılması Gereken Araç" Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı

Araç	Sayı* (n=172)	Yüzde**
Ucu süpürge şeklinde özel plastik smear fırçası	128	74,4
Ucuna pamuk sarılı çubuk	31	18,0
Endoservikal kanal fırçası	12	6,9
Ayre spatulası	7	4,1
Tahta dilbasacağı	4	2,3
Cyto-brush	3	1,7

*Birden fazla seçenek söylenmiştir, ** satır yüzdesi verilmiştir.

Tablo 4.65'te görüldüğü gibi pap smear almak için kullanılan araçlardan olan "ucu süpürge şeklinde özel plastik smear fırçası" PH'lerin 128'i, "ucuna pamuk sarılı çubuk" 31'i ve "tahta dil basacağı" ise 4'ü tarafından söylenmiştir.

Tablo 4.66 PH'lerin "Pap Smear Alınırken Kullanılması Gereken Teknik" Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı

Teknik	Sayı	Yüzde
Konvansiyonel yöntem ¹	103	59,9
İnce yayma yöntemi ²	58	33,7
1 ve 2	1	0,6
Bilmiyorum	10	5,8
Toplam	172	100,0

Tablo 4.66'da PH'lerin 103'ü (%59,9) pap smear alınırken konvansiyonel yöntemin kullanılması gerektiğini düşünmektedir.

Tablo 4.67 PH'lerin "Konvansiyel Yöntemle Alınan Materyalin Yayılması Gereken Lam Sayısı" Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı

Lam Sayısı	Sayı	Yüzde
Bir	41	23,8
İki	83	48,3
Üç	17	9,9
Bilmiyorum	22	12,8
İki veya üç	9	5,2
Toplam	172	100,0

Tablo 4.67'de PH'lerin 83'ü (%48,3) konvansiyonel yöntemle pap smear alındıktan sonra materyalin iki lama yayılması gerektiğini düşünürken, 41'i (%23,8) ise tek lamın yeterli olacağını düşünmektedir.

Tablo 4.68 PH'lerin "Pap Smear İstek Formuna Hastanın Adı Dışında Hasta ile İlgili Yazılması Gereken Bilgiler" Hakkında Verdikleri Doğru Cevap Sayılarının Dağılımı

Doğru Cevap Sayısı	Sayı	Yüzde
Üç-dört	105	61,1
Bir-iki	62	36,0
Sıfır	5	2,9
Toplam	172	100,0

Tablo 4.68'de PH'lerin 105'inin (%61,1) pap smear istek formuna hastanın adı dışında hasta ile ilgili yazılması gereken bilgilerden 3-4'üne doğru cevap verdikleri görülmektedir.

Tablo 4.69 PH'lerin Pap Smear İstek Formuna Yazılması Gereken Hastanın Klinik Özellikleri ile İlgili Bilgilerinin Dağılımı

Klinik Özellikler	Sayı* (n=172)	Yüzde**
Lezyon varlığı	141	81,9
Menstrual durumun tanımlanması	122	70,9
Son adet tarihi	119	69,1
Gebelik durumu	101	58,7
Hormonal ilaç kullanma durumu	98	56,9
Histektomi öyküsü	84	48,8
İntrauterin araç (RIA) kullanma durumu	64	37,2

*Birden fazla seçenek söylenmiştir, ** satır yüzdesi verilmiştir.

Tablo 4.69'da görüldüğü gibi pap smear istek formuna yazılması gereken hastanın klinik özellikleri ile ilgili bilgilerden olan “lezyon varlığı” PH'lerin 141'i, “menstrual durumun tanımlanması” 122'si ve “son adet tarihi” ise 119'u tarafından söylenmiştir.

Tablo 4.70 PH'lere Göre Pap Smearın Güvenilirliğini Etkileyen Faktörlerin Dağılımı

Faktörler	Sayı* (n=172)	Yüzde**
Yetersiz veya yanlış yerden alınan materyal	146	84,8
Yanlış yayma tekniği	134	77,9
Havada kurutma veya fiksasyon hataları	113	65,6
Sitoloğun deneyimsizliği	100	58,1
Yetersiz boyama	87	50,5

*Birden fazla seçenek söylenmiştir, ** satır yüzdesi verilmiştir.

Tablo 4.70'de görüldüğü gibi pap smearın güvenilirliğini etkileyen faktörlerden olan “yetersiz veya yanlış yerden alınan materyal” PH'lerin 146'sı tarafından söylenmiştir.

PH'lere pap smeara duydukları güven sorulduğunda (yüzde olarak) PH'lerin pap smearı ortalama $74,8 \pm 14,3$ (min:0, max:100) güvenilir buldukları görülmüştür.

V. TARTIŞMA

Günümüzde mevcut tanı ve tedavi teknikleriyle serviks kanserinden kaynaklanan ölümleri azaltmak mümkündür (10,21). Pap smear ile büyük kitle taramaları yaparak premalign serviks lezyonları bulunan hastaları saptamak mümkün olabilmektedir.

UH'lerin ve birinci basamak sağlık hizmeti veren PH'lerin genital kanserlerin erken tanısı konusunda önemli sorumluluğu bulunmaktadır.

Geçmişte seksüel yönden aktif olan veya 18 yaşında olan bütün kadınlar yıllık pap smear aldırılmalı ve pelvik muayene yaptırmalı, arka arkaya 3 veya daha fazla normal smearı olan ve memnun edici normal muayene bulguları olan kadınlarda pap smear daha seyrek olarak ve hekimin tavsiyesine göre tekrarlanmalıdır (6). Bizim çalışmamızda ise serviks kanseri tarama amaçlı rutin pap smear alma sıklığının yılda bir olması gerektiği UH'lerin ve PH'lerin yaklaşık yarısı tarafından ifade edilmiştir. Hekimlerin bu konudaki bilgilerinin yetersiz olduğu görülmüştür. Hekimlere bu konuda yapılacak olan eğitimlerin bu oranı arttırabileceği düşünülmektedir.

Her yıl pap smear ile serviks kanseri taraması yapılmalıdır (17). UH'lerin yaklaşık yarısı hastalarına yıllık pap smear kontrolü yaptıklarını belirtmiştir. UH'lerin hepsinin çalıştıkları yerlerde pap smear almak için altyapı olmasına rağmen sadece %28,6'sının muayene için gelen hastalarından rutin olarak pap smear almaktadır. Bu veriler serviks kanseri taramasının UH'lerin inisiyatifi doğrultusunda yapıldığını düşündürmektedir. Bu şekilde yapılan tarama çalışmaları ise, sınırlı bir popülasyona ulaşabilmekte ve çoğu zaman süreklilik göstermemektedir. Pap smear taraması konusunda giderilmesi gereken bir örgütlenme ve organizasyon eksikliği mevcut olduğu söylenebilir. Burada ebe ve hemşirelere kadınların pap smear aldirmaları konusunda -bilinç düzeyinin arttırılmasında- önemli görev düşmektedir. Bunu için ev ziyaretlerinde veya muayeneye gelen kadınlara daha fazla eğitim vermelidirler.

PH'lerin sadece %9,9'unun çalıştığı yerde pap smear almak için uygun altyapının olduğu ve PH'lerin ancak 2'sinin muayene için gelen hastalarından rutin olarak pap smear aldığı görülmüştür. PH'lerin çalıştıkları sağlık ocaklarına uygun

altyapı sağlanması ve hekimlere gereken eğitimin verilmesi halinde birinci basamakta bu taramaların yapılmasının mümkün olabilir.

Serviks kanserinin standart tarama metodu pap smeardir (30). Pap smear jinekolojide hormonal durumun değerlendirilmesinde, vajinal ve servikal iltihapların değerlendirilmesinde, genital kanserlerin tedavisi (radyoterapi) sırasında ve sonrasında tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi için de kullanılır (20). Çalışmamızda UH'lerin büyük çoğunluğunun en çok genital kanser taraması amacıyla pap smear aldıkları görülmüştür. UH'nin %41,1 ise bunun dışında vajinal veya servikal enfeksiyonların değerlendirilmesi amacıyla pap smear almaktadırlar. UH'lerin hastalarından pap smear istemelerini etkileyen en önemli faktör %40,2 ile vajinal muayene sırasında saptanan servikal lezyon varlığı olduğu bulunmuştur. Bunun dışındaki faktörün ise %30,4 ile yıllık rutin servikal kanser taraması olduğu görülmüştür. UH'lerin hastalarından pap smear istemelerini etkileyen en önemli faktörün vajinal muayene sırasında saptanan servikal lezyon varlığı olması UH'lerin daha çok yüksek riskli grupları veya aşikar lezyonu bulunanları araştırmaya almakta olduklarını düşündürmektedir. Ayrıca bu veriler pap smearın tarama yöntemi olarak kullanılma yüzdesinin çok düşük olduğunu gösterir niteliktedir.

Hekimler tarafından risk faktörlerinin doğru bilinmesi, pap smear alınması gereken kadınların tespiti ve yapılacak jinekeolojik değerlendirmeler açısından önem oluşturmaktadır. Erken yaşta cinsel ilişkiye başlayanlar, multiple seksüel partneri olanlar, CYBH geçirmiş/geçiriyor olanlar, kanser gelişmesi yönünde ek risklerin bulunduğu bilinen kişiler, immünsüprese edici ilaç kullananlar, düşük sosyoekonomik seviyede olan kadınlar serviks kanseri için yüksek risk grubundadırlar (21,24,34). Tek eşliler, bekarlar ve önceki pap smear testinin normal olan kadınlar ise düşük risk grubundadırlar (4,12,33). Bizim çalışmamızda UH'lerin %33,9'u yüksek riskli gruptaki kadınlardan 5-6 grubu doğru bilirken, %29,5'i serviks kanseri için düşük riskli grupta yer alan gruplarının tamamını doğru bilmektedirler. PH'lerin ise ancak %22,6'sı serviks kanseri için yüksek riskli grupta belirlenen hasta gruplarından 5-6 tanesini doğru bilirken, %23,3'ü serviks kanseri için düşük riskli grupta belirlenen hasta gruplarının hepsini doğru bilmiştir. Hekimlerin bu konudaki bilgilerinin istenilen düzeyde olmaması, serviks kanseri konusunda yüksek riskli grubun belirlenmesini olumsuz olarak etkileyebilecektir.

Amerikan College of Obstetrics and Gynecology (ACOG) 1995 yılında tarama önerilerini bildirmiştir. Buna göre yüksek riskli kişiler ile servikal displazi, servikal kanser, endometrial, vaginal veya vulvar kanser öyküsü olanlar yıllık veya daha sık taranmalıdır (30,33). Düşük riskli kadınlarda ilk 3 yıl yılda bir defa; sonuç negatif ise daha sonra 3 yılda bir defa veya hekimin tavsiyesine göre daha seyrek olarak pap smear tekrarlanabilir (20,30,33). Bizim çalışmamızda UH'lerin yarısı yüksek riskli gruptan 6 ayda bir pap smear alınması gerektiğini bildikleri halde %38,4'ü bunu uygulayabilmektedir. Hastaların düzenli muayeneye gelmemelerinin uygulamanın azalmasında önemli bir neden olduğu söylenebilir. UH'lerin düşük riskli gruptan 1-3 yılda bir pap smear alınması gerektiğini %82,1'i bildiği halde, %66'sı bunu uygulayabilmektedir. PH'nin %63,3'ü yüksek riskli gruptan 6 ayda bir pap smear alınması gerektiğini söylerken, %79,6'sı düşük riskli gruptan 1-3 yılda bir pap smear alınması gerektiğini söylemiştir. UH'lere servikal displazi nedeniyle servikal konizasyon veya LEEP cerrahisi geçirenlerden pap smear alınma sıklığı hakkındaki düşünceleri sorulduğunda %62,5'si 3-6 ayda bir pap smear alınması gerektiğini belirtmiştir.

Kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarına yapılan bir çalışmada yanıt verenlerin %94,4'ü 18 yaşında veya cinsel aktivite başladıktan sonra pap smear taramasına başladıklarını ve %74,2'si de taramaya süresiz devam ettiklerini belirtmişlerdir (36). Bizim çalışmamızda ise UH'lerin %61,6'sı pap smear taramasına cinsel aktivite başlangıcında başlanması ve %84,8'si pap smear taramasının ömür boyu sürdürülmesi gerektiğini ifade etmiştir. PH'lerin %60,5'i pap smear taramasına cinsel aktivite başlangıcında başlanmasını söylerken, %76,8'i pap smear taramasının sonlandırılmaması gerektiğini söylemiştir.

Serviks kanseri taraması için pap smear alınmasında son adet kanamasının başlangıcından sonraki 10. ile 20. günler arası en uygun zamandır (20,34). Çalışmamızda hekimlere pap smear almak için en uygun zamanın ne olduğu sorulduğunda UH'lerin yarısı son adet kanamasının başlangıcından sonraki 10. ile 20. günler arasının olduğunu söylerken, çoğunluğu hastanın jinekolojik muayeneye geldiği herhangi bir zamanda pap smear aldıklarını belirtmiştir. Bu farklılığın kadınların jinekolojik muayenelere düzenli olarak gitmediklerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. PH'lerin %59,9'u ise hastanın jinekolojik

muayeneye geldiği herhangi bir zamanda pap smear alınabileceğini söylemiştir.

Kadınların menstruasyon döneminde pap smear testi yaptırmaya gelmemeleri, 48 saat içerisinde vaginal muayene yaptırmamış olmaları, 48 saat içerisinde vaginal kontraseptif kullanmamış olmaları, 48 saat öncesinden itibaren vaginal lavaj yapmamaları önerilmektedir (6,20,34). Bizim çalışmamızda hekimlerin hastaların pap smear testi yaptırmaya gelmeden önce dikkat etmeleri gereken kurallar hakkında verdikleri doğru cevap sayılarına bakıldığında, UH'lerin %73,2'si, PH'lerin de %54'ü bu kuralların 3 ve 5 tanesine doğru cevap verdikleri görülmüştür. Hekimlerin bu konudaki bilgilerinin beklenen düzeyde olmadığı görülmüştür. Pap smear sonuçlarının daha güvenilir olması için hekimlerin hastaların test öncesinde dikkat etmeleri gereken kuralları bilmeleri ve hastalarına bunları söylemeleri gerekmektedir.

Hekimler pap smear almadan önce vaginal muayene yapmamalı, kuru spekulum tercih edilmeli, lavaj veya solüsyon kullanmamalı, serviko-vaginal enfeksiyon varsa smear almadan önce tedavi etmelidirler (10,20,28). Çalışmamızda hekimlere pap smear almadan önce dikkat etmeleri gereken kurallar sorulduğunda UH'lerin %66,9'u bu kuralların 3-4'ünü doğru bilirken, %64,3'ünün bunları uyguladıkları görülmüştür. Pap smear test sonuçlarını etkileyebileceği için UH'lerin tamamının bilmesi ve uygulaması gereken bu kuralları daha az bir kesiminin bildiği ve uyguladığı görülmüştür. PH'lerin ise %47,1'i bu kuralların 3-4'ünü doğru bilmektedirler. PH'lerin bu konudaki bilgilerinin beklenen düzeyde olmadığı görülmüştür.

Karabacak ve arkadaşları pap smear materyalinin yeterliliği ve sitolojik değerlendirmenin sağlıklı olabilmesi için transformasyon zonunun örneklenmesi gerektiğini bildirmektedirler (43). UH'lerin %70,5'i skuamokolumnar bileşkeden örnek alınması gerektiğini söylerken, %65,1'i bu bölgeden smear aldıklarını söylemiştir. UH'lerin bu konudaki bilgi düzeylerinin ve uygulamalarının beklenen seviyede olmadığı görülmüştür. PH'lerin ise %54'ünün pap smearın transformasyon zonundan alınması gerektiğini bildikleri görülmüştür. Hekimlerin eğitim faaliyetlerine ağırlık vermeleri ve bilgilerini yenilemeleri gerektiği söylenebilir.

Schooff ve Lawlor servikal hücreler elde etmek için en etkili metot olarak endoservikal fırça ile genişletilmiş uçlu spatulanın birleşimi olan "cytobrush"ı ve servikal süpürge aletlerini önermektedirler. Ucuna pamuk sarılı çubuklar ise

endoservikal hücrelere daha az yatkın olduklarından dolayı önerilmemektedir (39). Bizim çalışmamızda ise UH'lerin büyük çoğunluğu pap smear almak için "ucu süpürge şeklinde özel plastik smear fırçası" kullanılması gerektiğini ve kendilerinin de bunu kullandıklarını ifade etmişlerdir. PH'lerin %74,4'ü pap smearın "ucu süpürge şeklinde özel plastik smear fırçası" kullanılarak alınması gerektiğini söylerken, %18'i ise "ucuna pamuk sarılı çubuk" kullanılarak alınması gerektiğini söylemiştir. PH'lerin mezuniyet sonrasında bu konudaki bilgilerini yenilemedikleri, okuldan kalan bilgilere sahip oldukları söylenebilir.

Sitoloji metodlarını karşılaştıran çalışmaların çoğu ince yayma yönteminin konvansiyonel yöntemle göre sensitivitesinin daha fazla, spesifitesinin daha az olduğunu bulmuştur (39). Yaşar ve arkadaşları konvansiyonel ve thin prep tekniği ile hazırlanan smearların yeterliliği ve servikal sitolojik anormallikleri saptamadaki doğruluklarını karşılaştırmak için yaptıkları çalışmada ince yayma yöntemi ile smear kalitesinin arttığını ve yanlış negatif sonuçların azaldığını tespit etmişlerdir (41). Çalışmamızda UH'lerin yaklaşık yarısı pap smear alınırken ince yayma yönteminin kullanılması gerektiği düşünürken, çoğunluğunun konvansiyonel yöntemle pap smear aldıkları tespit edilmiştir. Bu farklılığın ince yayma yönteminin henüz yaygınlaşmamış olmasından ve pahalı bir teknik olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. PH'lerin ise %59,9 pap smear alınırken konvansiyonel yöntemin kullanılması gerektiğini söylerken, %33,7'si ise ince yayma yönteminin kullanılması gerektiğini ifade etmiştir. PH'lerin pap smear teknolojisindeki yeni yöntemleri takip etmedikleri düşünülmektedir.

Yayma sırasında üç ayrı örnek üç ayrı lama yayılabileceği gibi bir lam üzerinde üç ayrı bölgeye de yayılabilir (29). Bizim çalışmamızda UH'lerin yarısı konvansiyonel yöntemle pap smear alındıktan sonra materyali yaymak için 2 lam kullanılması gerektiğini düşünürken, UH'lerin %68,8'inin pap smear materyalini tek lama yaydıkları görülmüştür. Pap smear için kullanılan her lamın ayrı bir emek ve maliyet getirmesinden dolayı hekimlerin tek lamı tercih ettikleri düşünülmektedir. PH'lerin de yaklaşık yarısı konvansiyonel yöntemle pap smear alındıktan sonra materyalin iki lama yayılması gerektiğini bilmektedirler.

UH'lerin büyük çoğunluğunun pap smear materyalini lama fikse ederken sprey kullandıkları görülmüştür. Hekimlerin daha pratik olduğu için bu yöntemi

kullandıkları düşünülmektedir.

Pap smear materyalinin fiksasyonu için lamın şale içinde en az 15 dakika kalması gerekmektedir (20). UH'lerin çoğunun bu süreyi yanlış bildikleri saptanmıştır. Bunun UH'lerin pap smear materyalini lama fikse ederken daha çok spreyi tercih etmelerinden kaynaklanabileceği söylenebilir.

Hastanın yaşı, klinik özellikleri, klinik tanı veya öntanı ve anamnez bilgileri pap smear istek formuna yazılmalıdır (20,34,38). Çalışmamızda UH'lerin çoğunluğunun pap smear istek formuna hasta ile ilgili yazılması gereken bilgilerden 3-4'ünü doğru bilmekte ve uygulamakta oldukları görülmüştür. PH'lerin ise %61,1'i pap smear istek formuna hasta ile ilgili yazılması gereken bilgilerden 3-4'üne doğru cevap vermişlerdir.

Yapılan bir çalışmada gebe olan kadınların taranabileceği ve pap smear sonucu ASCUS gelen hastada 4-6 ay içinde pap smear testinin tekrar edilmesi gerektiği bildirilmektedir (34). Bizim çalışmamızda ise UH'lerin yaklaşık yarısının pap smear alınma zamanı gelen takipli gebelerden pap smear almadıkları ve UH'lerin çoğunluğunun pap smear sonucu ASCUS gelen hastanın ek risk faktörü de yoksa, kontrol pap smear testinin 3-6 ayda bir alınması gerektiğini düşündükleri görülmüştür.

Noller ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada hekimler ASCUS raporları için çoğunlukla kolposkopi kullanırken, hekimlerin %65,1'i ASCUS raporları için HPV DNA testini arasına isterken, %81,9'u genellikle istemektedirler (36). Bizim çalışmamızda ise ilk ve kontrol pap smear test sonuçları ASC-US gelen hastada, bir sonraki tanısız test olarak kolposkopi yapılması gerektiğini UH'lerin %70,5'i, Human Papilloma Virus tiplendirmesini ise %7,1'i söylemiştir.

Avrupa Birliğinde kanser tarama üzerine yapılan tavsiyelerde (1999) pap smearın değerlendirilmesinde histoloji ve sitoloji için genel bir terminoloji uygulanması, laboratuvarlar için detaylı bir kalite kontrol programının kriterlere dayalı bir şekilde tarif edilmesi ve milli seviyede uygulanması bildirilmektedir (7). Bethesda Sistemi günümüzde pap smearın değerlendirilmesinde kullanılan en önemli ve kapsamlı sistemdir (38). Bizim çalışmamızda UH'lerin %63,4'ünün çalıştığı laboratuvarlar papanicolaou sınıflama sistemini kullanırken, %33'ünün çalıştığı laboratuvarlar ise bethesda sistemini kullanmaktadır. Bu oranlar UH'lerin çalıştıkları

laboratuvarlarda pap smear değerlendirilmesinde standart bir sınıflama sisteminin bulunmadığını dūşündürmektedir.

Bütün HSIL tanısı alan hastalarda kolposkopik inceleme ve endoservikal örnekleme en iyi yaklaşım olarak kabul edilmektedir (23). Bizim çalışmamızda UH'lerin 4'si (%43,8) pap smear sonucu CIN II (yüksek derecede skuamöz intraepitelyal lezyon) çıktığında kolposkopik muayene yapıp, şüpheli bölge veya bölgelerden biyopsi yapılması gerektiğini savunmaktadır.

Pap smearda yanlış negatiflik oranı yaklaşık %20'dir ancak bu oran ideal koşullarda %5'e indirilebilir. En sık nedenleri ise; yetersiz ve yanlış yerden alınan materyal, yanlış yayma tekniği, yetersiz boyama ve sitoloğun deneyimsizliğidir (20). Çalışmamızda UH'lerin çoğunluğu sırasıyla yetersiz veya yanlış yerden alınan materyalin, yanlış yayma tekniği ve sitoloğun deneyimsizliğinin pap smearin güvenilirliğini etkileyen faktörlerden olduğunu ifade etmişlerdir. UH'lere pap smear sonucuna duyulan güven (yüzde olarak) sorgulandığında ise UH'lerin ortalama $70,9 \pm 16,2$ (min:15, max:99), PH'lerin ise $74,8 \pm 14,3$ (min:0, max:100) güvenilir buldukları görülmüş ancak arada istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p=0.058$).

VI. SONUÇ

Pap smear uygulaması ucuz, hekim için kolay, hastayı rahatsız etmeyen basit bir testtir. Bu çalışma sonucunda pap smear testinin çoğunlukla uzman hekimlerin bulunduğu hastanelerde ve muayenehanelerde yapılabildiği görülmüştür. Birinci basamak sağlık hizmeti verilen sağlık ocaklarının neredeyse hepsinde pap smear almak için uygun altyapının olmadığı ve buralarda pap smear alınmadığı tespit edilmiştir.

UH'lerin ve PH'lerin pap smear tarama sıklığı hakkındaki bilgileri beklenen düzeyde bulunamamıştır.

UH'lerin muayene için gelen hastalarından rutin olarak pap smear almadıkları görülmüştür.

Serviks kanserinin taranması konusunda özellikle üniversite hastanelerinde çalışan hekimlerin diğer kurumlarda çalışan hekimlere göre daha yoğun bir çalışma içerisinde oldukları görülmüştür.

UH'lerin ve PH'lerin serviks kanseri için yüksek ve düşük riskli gruptaki kadınlar konusunda bilgilerinde yetersizlik olduğu saptanmıştır.

UH'lerin serviks kanseri için yüksek riskli ve düşük riskli grupların taranma sıklığı, serviks kanseri nedeniyle servikal konizasyon/LEEP cerrahisi geçirenlerden pap smear alınma sıklığı, servikal kanser nedeniyle radyoterapi görmüş olan hastalardan pap smear alınma sıklığı ve servikal kanser nedeniyle radikal histerektomi olan kadınların vajen kafından pap smear alınma sıklığı hakkındaki bilgilerinin beklenen düzeyde olmadığı görülmüştür. Özellikle ekonomik nedenler, hastaların takiplerine düzenli gelmemeleri ve laboratuvar imkanları gibi sebeplerden dolayı UH'lerin tüm hastalarından pap smear alamadıkları görülmüştür.

PH'lerin de serviks kanseri için yüksek riskli ve düşük riskli grupların taranma sıklığı ile ilgili bilgilerinin istenilen düzeyde bulunamamıştır.

UH'lerin pap smear almak için en uygun zaman, pap smear almadan önce ve alırken dikkat edilmesi gereken noktalar, pap smearın alındığı bölge ve materyalin hazırlanması hakkındaki bilgilerinin beklenen düzeyde olmadığı görülürken, PH'lerin bu konudaki bilgilerinin yetersiz olduğu görülmüştür.

Düzenli sağlık taramalarının olmadığı ve bazı üniversite hastaneleri dışında jinekolojik muayene sırasında rutin pap smear taramasının yapılmadığı ülkemizde kadınların serviks kanseri konusunda eğitim ve danışmanlığa ihtiyaçları vardır. Bunu yapacak sağlık personelinin başında kadınlarla yakın ilişki içinde olan ebe ve hemşireler gelmektedir. Ebe ve hemşireler özellikle risk gruplarının belirlenmesinde daha etkin oldukları için kadınları pap smear aldırılmaları konusunda teşvik edebilirler. Ebe ve hemşirelerin bu konuda eğitim ve danışmanlık yapabilmeleri için bu konuda yeterli bilgiye sahip olmaları ve bu bilgileri aktarabilmeleri gerekmektedir. Bu yüzden ebe ve hemşireler hekimlerle işbirliği içinde bu hizmetlerini gerçekleştirmelidirler.

Üniversitelerin, sağlık müdürlüklerinin ve kanser derneklerinin eğitim faaliyetlerine daha fazla ağırlık vermelerinin hekimlerin bilgilerinin artmasında ve yeni gelişmeleri öğrenmelerinde faydalı olacağı düşünülmektedir.

Ülkemiz açısından ise tarama politikaların oluşturulması ve buna uygun yasaların düzenlenmesi ve kanser erken tanı ve tarama merkezlerinin kurulması ile organize bir tarama programı ile bu olanaktan olabildiğince geniş bir popülasyonun yararlanması sağlanmalı ve bu popülasyonda taramanın periodik olarak, belli aralıklarla tekrarlanmasına imkan sağlanmalıdır.

Sağlık ocaklarının serviks kanseri taramasında daha aktif hale getirilmesi gerektiği söylenebilir. Yapılacak bu taramalar; tüm hekimler tarafından uygulanabilir olmalı, kişilerin kabul etme oranlarını ve test sonuçlarına olan güveni arttırmak için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Ayrıca testin ücretsiz yapılması veya maliyetinin mümkün olduğunca düşük olması birçok kadının taranabilmesi gibi önemli bir faydayı da sağlamış olacaktır.

VII. KAYNAKLAR

- 1 Aksu F. (1999) jinekolojik kanserlerin epidemiyolojisi (2.Baskı). In: Atasü T., Aydınlı K.(eds) Jinekolojik Onkoloji. Logos Yayıncılık, İstanbul.
- 2 Kalyoncu C., Işıklı B., Özalp S., Küçük N. (2003) Osmangazi Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuranların Pap Smear Hakkında Bilgi Tutum ve Davranışları. Sağlık ve Toplum **13**, 60- 8.
- 3 Turhal S. N. , Pekin T., Pekin S. (1999) Serviks Kanseri Etyolojisine Yönelik Standart ve Gelecek Vadeden Tarama Yaklaşımları. T Klin Jinekoloj Obst **9**, 215-20.
- 4 Atasü T., Aydınlı K. (1999) Serviks Kanseri (2.Baskı). In: Atasü T., Aydınlı K.(eds) Jinekolojik Onkoloji. Logos Yayıncılık, İstanbul.
- 5 Smith M, French L, Barry HC.(2003) Periodic abstinence from Pap (PAP) smear study: women's perceptions of Pap smear screening. Ann Fam Med **1**, 203-8.
- 6 Saslow D., Runowicz C.D., Solomon D., et al. (2002) Amerikan Cancer Society Guideline for the Early Detection of Cervical Neoplasia and Cancer. CA Cancer J Clin **52**, 342-62.
- 7 Recommendations On Cancer Screening In The European Union Prepared By The Advisory Committee On Cancer Prevention After The Conference On Screening And Early Detection Of Cancer Vienna 18th – 19th November 1999.
- 8 <http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/apk2001/092.htm> son erişim: 25.09.2005.

- 9 Zemheri E., Koyuncuer A. (2005) Servikal Kanserlerin Erken Tanısında Pap Testin Önemi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi **14**,1-4.
- 10 Disaia PJ. (1997) Uterus Serviksi Hastalıkları (7th ed) In: Scott JB, Disaia PJ (eds). Danforth's Obstetrics and Gynecology. JB Lippincott Company, Philadelphia.
- 11 Aydınli K., Kaleli S., Atasü T. (1999) Jinekolojik Kanserlerin Erken Tanısı (2.Baskı). In: Atasü T., Aydınli K.(eds) Jinekolojik Onkoloji. Logos Yayıncılık, İstanbul.
- 12 Bozkurt S. (1999) Jinekolojik Onkolojide Servikovajinal Sitoloji (2.Baskı). In: Atasü T. , Aydınli K.(eds) Jinekolojik Onkoloji. Logos Yayıncılık, İstanbul.
- 13 Kösebay D., Demirkıran F. (1996) İnvaziv Serviks Kanseri. In: Kışnişçi H.A, Gökşin E. (eds) Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Güneş Kitapevi, Ankara.
- 14 Ayhan A., Öncüoğlu C.(1996) Servikal İnterapitelial Neoplazi (CIN). In: Kışnişçi H.A, Gökşin E. (eds) Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Güneş Kitapevi, Ankara.
- 15 Berman M.L., Grosen E.A. (1995) Cervix. In: Haskell C.M., Berek J.S. Cancer Threatment, W.B. Saunders Company, Philadelphia.
- 16 Güner H. (1992) Serviks Kanseri (2.Baskı). In: Yıldırım M. Klinik Jinekoloji. Türkiye Klinikleri Yayınevi, Ankara.
- 17 Ünver M. (1996) Kadın Hastalıkları. Palme Yayınevi, Ankara.

- 18 Köse F., Yalvaç S. (1998) İnterapitelial Serviks, Vajen ve Vulva Hastalıkları (12. Baskı) In: Berek J.S. Novak Jinekoloji (Çev.Ed: Erk A). Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
- 19 Sarıkaya E. (1987) Serviks kanserinin erken tanısı amacıyla 1986 yılında kliniğimizde yapılan çalışma. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. İstanbul.
- 20 Atasü T., Şahmay S. (2001) Jinekolojide Eksfoliyatif Sitoloji (2.Baskı). In: Atasü T., Şahmay S.(Eds) Jinekoloji (Kadın Hastalıkları). Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
- 21 Ortaç F.U., Özpak E. (2003) Serviksin Preinvaziv Hastalığı (6.Baskı). In: Disaia P.J., Creasman W.T. (Eds), Klinik Jinekolojik Onkoloji, Güneş Kitapevi, Ankara.
- 22 Brownson Ross C., Remington P.L., Davis J.R. (Eds) (1998) Chronic Disease Epidemiology and Control (2nd ed). American Public Health Association, Washington.
- 23 Tuncer S. (2004) Servikal Sitolojik Anormalliklere Klinik Yaklaşım ASCCP Önerileri. Ankaraform, Ankara.
- 24 Screening and Preinvasive Disease (1997) In: Griffiths C.T., Silverstone A., Tobias J.S. Gynecologic Oncology, Mosby-Wolfe.
- 25 Ayhan A., Karaman D.(1997) Serviks Kanserleri (2. Baskı) In: Berek S.J. Pratik Jinekolojik Onkoloji (Çev. Ed:Güner H.) Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.

- 26 Holschneider C.H. (2003) Premalignant & Malignant Disorders of the Uterine Cervix (9th ed). In: DeCherney A.H., Nathan L. (Eds) Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment, Lange Medical Books/ McGraw-Hill, New York, Chicago, San Fransisco.
- 27 Rakel E.R. (2002) Texbook of Family Practice (8th ed). W. B. Saunders Company. Phidelphia, London, New York.
- 28 Kardeş E. (2000) Servikovaginal smearlerin Bethesda Sistemine göre değerlendirilmesi. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. Diyarbakır.
- 29 Oruç N. (1996) Jinekolojik Smear. In: Kışnişçi H.A, Gökşin E. (eds) Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Güneş Kitapevi, Ankara.
- 30 Ortaç F., Güngör M. (2000) Genital Kanselerde Tarama Metodları, Jinekolojik Onkoloji Dergisi **4**, 131-41.
- 31 Sperling R. (2004) American College of Obstetricians and Gynecologists Releases New Guidelines for Papanicolaou (Pap) Tests, Home Healthcare Nurse **22**, 163.
- 32 Akın S. (2001) Servikal Kansere Taramasında Güncel Yaklaşımlar, Literatür **35**, 468-72.
- 33 Sirovich E.B., Welch G. (2004) The Frequency of Pap Smear Screening in the United States. J Gen Intern Med, **19**, 243-50.
- 34 Ball C., Madden JE. (2003) Update on Cervical Cancer Screening Current Diagnostic and Evidence-Based Management Protocols. Postgraduate Medicine **113**.

- 35 Cruickshank ME. (2001) Is cervical screening necessary in older women? *Cytopathology* **12**, 351-3.
- 36 Noller KL, Bettis B, Zinberg S, Schulkin J. (2003) Cervical cytology screening practices among obstetrician-gynecologists, *Obstet Gynecol* **102**, 259-65.
- 37 Yazıcı (Yılmaz) S. (1994) Serviks kanserinde risk faktörlerinin belirlenmesi ve korunmada ebe/ebe-hemşirelerin etkinliği. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Doktora Tezi. Ankara.
- 38 Meteöglü İ., Çulhacı N., Hasgören S., Erkuş M., (2004), Pap Smear ve Bethesda Sistemi. *Sağlık ve Toplum* **14**, 26-8.
- 39 Schooff M, Lawlor A. (2004) What is the Best Collection Device For Screening Cervical Smears? *American Family Physician* **69**, 1661-4.
- 40 Klinik Araştırma, (1989). Serviksten Elverişli Sitolojik Örnek Almanın Göstergeleri, *Literatür* **10**, 563-6.
- 41 Yaşar L., Çelebi Z., Savan K. ve ark. (2002) İnce Yayma Yöntemi İle Konvansiyonel Yöntemle Hazırlanan Smearlerin, Servikal Patolojileri Taramadaki Etkinlikleri. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi* **16**, 16-20.
- 42 O'mera AT. (2002) Present Standarts for Cervical Cancer Screening, *Current Opinion in Oncology* **14**, 505-11.
- 43 Karabacak T., Aydın Ö., Düşmez D., (2001), Servikovajinal smearlerde sınırlılık/yetersizlik oranları ve nedenleri (2832 olgu), *Patoloji Bülteni* **18**, 22-25).

VIII. EKLER

EK-1 Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları ile Pratisyen Hekimlerin Pap Smear Alma Sıklığı Araştırması Anket Formu

Ünvanı : Kadın Hast. ve Doğum Uzmanı Pratisyen Hekim
 Cinsiyeti : Kadın Erkek
 Yaşı :
 Çalıştığı kurumu : Üniversite Hast. Devlet Hast. Özel Merkezler
 AÇSAP Sağlık ocağı
 Mezun olduğu yıl :
 Hizmet süresi : Pratisyen Hekim: AyYıl Uzman: AyYıl
 İhtisas aldığı kurum : Eğitim hastanesi Üniversite Hastanesi
 Halen çalışmakta olduğunuz kurumdaki hizmet süresi : AyYıl

1. Çalıştığınız kurumda PAP Smear almak için alt yapı var mı?
 Var Yok
2. Muayene için gelen hastalarınızdan **rutin olarak** PAP Smear alıyor musunuz?
 Evet Bazen Hayır
3. Muayene için gelen hastalarınızdan **yıllık** PAP Smear kontrolü alıyor musunuz?
 Evet Bazen Hayır
4. Yılda ortalama kaç adet PAP Smear alıyorsunuz ?
5. Sizce PAP Smear alma sıklığı ne olmalıdır ?
6. PAP Smearı **en çok** hangi amaçla alıyorsunuz?
 Genital kanser taramasında
 Hormonal durumun değerlendirilmesinde
 Vajinal veya servikal iltihapların değerlendirilmesinde
 Genital kanserlerin tedavisi sırasında veya sonrasında tedavi sonuçlarının değerlendirilmesinde
 Diğer
 - Bunun dışında **önem sırasına göre** hangi amaç/amaçlarla PAP Smear alıyorsunuz? Genital kanser taramasında
 Hormonal durumun değerlendirilmesinde
 Vajinal veya servikal iltihapların değerlendirilmesinde
 Genital kanserlerin tedavisi sırasında veya sonrasında tedavi sonuçlarının değerlendirilmesinde
 Diğer
7. Hastalarınızdan PAP Smear istemenizi etkileyen **en önemli faktör** nedir?
 Hastanın isteği
 Muayenede görünen lezyonu olanlardan
 Hastanın şikayetlerine (akıntı, erezyon, kanama, vs) bağlı
 Risk grubu olanlardan
 Menapozda olanlardan
 Yıllık rutin servikal kanser taraması
 Diğer

- Bunun dışında **önem sırasına göre** diğer faktör/faktörler nedir?
 - Hastanın isteği
 - Muayenede görünen lezyonu olanlardan
 - Hastanın şikayetlerine (akıntı, erezyon, kanama, vs) bağlı
 - Risk grubu olanlardan
 - Menapozda olanlardan
 - Yıllık rutin servikal kanser taraması
 - Diğer
- 8. Hastanın **sosyal güvencesinin** olup olmaması PAP Smear istemenizi etkiliyor mu?
 - Evet
 - Kısmen
 - Hayır
- 9. PAP Smear istemenizi hastaların **sosyo-kültürel durumu** etkiliyor mu?
 - Evet
 - Kısmen
 - Hayır
- 10. PAP Smear istemenizi hastaların **ekonomik durumu** etkiliyor mu?
 - Evet
 - Kısmen
 - Hayır
- 11. Serviks kanseri için **yüksek riskli grupta** sizce kim/kimler yer alır?
 - Erken yaşta cinsel ilişkiye başlama (18 yaşın altında)
 - Multiple seksüel partner (kadın veya eşi)
 - Cinsel yolla bulaşan hastalıkları (CYBH) önceden geçirmiş/geçiriyor olmak
 - Kanser gelişmesi yönünde ek risklerin bulunduğu bilinen kişiler
 - İmmun süprese edici ilaç kullanımı
 - Düşük sosyoekonomik seviye
 - Diğer
- 12. Sizce **yüksek riskli gruptan** ne sıklıkta PAP Smear alınmalıdır?
 -
 - Siz ne sıklıkta alıyorsunuz?.....
- 13. Sizce serviks kanseri için **düşük riskli grupta** kim/kimler yer alır?
 - Tek eşlilik
 - Bekarlık
 - Önceki PAP Smear testinin normal olması
 - Diğer
- 14. Sizce **düşük riskli gruptan** ne sıklıkta PAP Smear alınmalıdır?
 -
 - Siz ne sıklıkta alıyorsunuz?.....
- 15. Size **Servikal displazi nedeniyle servikal konizasyon/LEEP cerrahisi geçirenlerden** ne sıklıkta PAP Smear alınmalı?
- 16. Sizce PAP Smear taramasına **ne zaman başlanmalıdır?**
 - Cinsel aktivitenin başlangıcında
 - 18 yaşında
 - 35 yaşında
 - Diğer
- 17. Sizce PAP Smear taraması **ne zaman sonlandırılmalıdır?**
 - Tarama sonlandırılmamalı (ömür boyu sürdürülmeli)
 - 65 yaştan sonra
 - Diğer
- 18. PAP Smear almak için **en uygun zaman** nedir?
 - Son adet kanamasının başlangıcından sonraki 10.-20. günler arasında
 - Hastanın jinekolojik muayeneye geldiği herhangi bir zamanda
 - Diğer
 - Siz genellikle ne zaman alıyorsunuz?
 - Son adet kanamasının başlangıcından sonraki 10.-20. günler arasında
 - Hastanın jinekolojik muayeneye geldiği herhangi bir zamanda
 - Diğer

19. Hastaların PAP Smear testi için gelmeden önce **dikkat etmeleri gereken nokta/noktalar** nelerdir?

- Menstruasyon döneminde test yaptırmaya gelmemeli
 48 saat içerisinde vaginal muayene yaptırmamalı
 48 saat içerisinde vaginal kontraseptif kullanmamalı
 24 saat öncesinden itibaren vaginal lavaj yapmamalı
 24 saat öncesinden itibaren koitusta bulunmamalı
 Diğer

20. Menstruasyon döneminde PAP Smear alınır mı?

- Evet Hayır Bilmiyorum

21. Vajinal kontraseptif kullananlardan PAP Smear alınır mı?

- Evet Hayır Bilmiyorum

22. Sizce PAP Smear almadan önce **önem sırasına göre** nelere dikkat edilmelidir?

- Smear alınmadan önce vaginal muayene yapılmamalı
 Lavaj veya herhangi bir solüsyon kullanılmamalı
 Spekulum muayenesi için kuru spekulumlar tercih edilmeli
 Serviko-vaginal enfeksiyon varsa, smear almadan önce tedavi edilmeli
 Diğer

- Siz genellikle bunlardan hangi/hangilerini uygulayabiliyorsunuz?

- Smear alınmadan önce vaginal muayene yapılmamalı
 Lavaj veya herhangi bir solüsyon kullanılmamalı
 Spekulum muayenesi için kuru spekulumlar tercih edilmeli
 Serviko-vaginal enfeksiyon varsa, smear almadan önce tedavi edilmeli
 Diğer

23. Sizce PAP Smear için **hangi bölge/bölgelerden** örnek alınmalıdır?

- Posterior vaginal forniks
 Skuamokolumnar bileşke (Transformasyon zonu)
 Endoservikal kanal
 Diğer

- Siz nereden örnek alıyorsunuz?

- Posterior vaginal forniks
 Skuamokolumnar bileşke (Transformasyon zonu)
 Endoservikal kanal
 Diğer

24. Sizce PAP Smear **hangi araç/araçlarla** alınmalı?

- Ucuna pamuk sarılı çubuk
 Ucu süpürge şeklinde özel plastik smear fırçası
 Cyto-brush
 Endoservikal kanal fırçası
 Tahta dilbasacağı
 Ayre spatulası
 Diğer

- Siz ne ile örnek alıyorsunuz?

- Ucuna pamuk sarılı çubuk
 Ucu süpürge şeklinde özel plastik smear fırçası
 Cyto-brush
 Endoservikal kanal fırçası
 Tahta dilbasacağı
 Ayre spatulası
 Diğer

25. Sizce PAP Smear **hangi teknikle** alınmalı?

Konvansiyonel yöntem (firçayla servikal kanal ve skuamokolumnar bileşkeyi içerecek biçimde)

İnce yayma yöntemi (Thin prep)

• Siz hangi tekniği kullanıyorsunuz?

Konvansiyonel yöntem

İnce yayma yöntemi

26. Konvansiyonel yöntemle PAP Smear aldıktan sonra materyal kaç tane lama **yayılmalı**?

Bir İki Üç Diğer.....

• Siz kaç tane lama yayıyorsunuz?

Bir İki Üç Diğer.....

27. PAP Smear materyali lama fikse edilmesinde hangi yöntemi kullanıyorsunuz?

Eşit miktarlarda %95' lik etil alkol ve eter karışımı

Ticari spreyleyler (etil alkol vb.)

Alkol

Saç spreyi

Diğer

• Alkol kullanıyorsanız lam şale içinde **ne kadar süre** kalmalı?

.....

• Sprey kullanıyorsanız **ne kadar sürede** fikse edilmeli?

.....

28. Sizce PAP Smear istek formuna hastanın ismi dışında **hasta ile ilgili** hangi bilgi/bilgiler yazılmalıdır?

Hasta yaşı

Klinik özellikleri (son adet tarihi, gebelik, lezyon varlığı, ilaç kullanımı, histerektomi öyküsü, İntrauterin araç kullanımı vs.)

Klinik tanı/öntanı

Anamnez (şikayeti, varsa daha önceki patolojik smear sonucu, karsinom, servikal cerrahi veya travma, radyoterapi öyküsü)

Diğer

• Siz neler yazıyorsunuz?

Hasta yaşı

Klinik özellikleri (son adet tarihi, gebelik, lezyon varlığı, ilaç kullanımı, histerektomi öyküsü, İntrauterin araç kullanımı vs.)

Klinik tanı/öntanı

Anamnez (şikayeti, varsa daha önceki patolojik smear sonucu, karsinom, servikal cerrahi veya travma, radyoterapi öyküsü)

Diğer

29. PAP Smear istek formuna hastanın **klinik özelliklerinden** hangi/hangileri yazılmalıdır?

Son adet tarihi

Menstrual durumun tanımlanması (düzenli menstrual period, menapoz vs.)

Gebelik olup olmadığı

Lezyon varlığı

Hormonal ilaç kullanıp kullanmadığı (HRT vb.)

İntrauterin araç (RIA) kullanıp kullanmadığı

Histerektomi öyküsü

Diğer

30. PAP Smear alınma zamanı **gelen takipli gebelerinizden** PAP Smear alıyormusunuz?

Evet

Bazen

Hayır

31. Sizce **PAP Smear sonucu ASC - US (önemi belirlenemiyen atipik yassı hücre) şeklinde gelen hastanın ek risk faktörü de yoksa, kontrol PAP Smear testi ne kadar zaman arayla alınmalıdır?**

32. İlk ve **kontrol** PAP Smear test sonuçları **ASC - US** gelen hastada, bir sonraki tanısal test ne olmalıdır?

- Human Papilloma virus tiplendirmesi
 Kolposkopi
 LEEP
 Koterizasyon
 Kriyoterapi
 Diğer

33. **Servikal kanser nedeniyle radyoterapi görmüş olan hastalardan** ne sıklıkta PAP Smear alınmalıdır?

34. Myoma uteri nedeniyle **histerektomi olan kadınların vajen kafından kontrol** PAP Smear almaya gerek var mı?

- Evet Hayır Bilmiyorum

35. Servikal Ca nedeniyle radikal **histerektomi olan kadınların vajen kafından** ne sıklıkta PAP Smear alınmalıdır?.....

36. Sizin çalıştığınız laboratuvar hangi sınıflama sistemini kullanıyor?

- Papanicolaou Sistemi (Class I-V)
 Bethesda Sistemi
 Diğer

37. Genellikle hangi tür laboratuvarla çalışıyorsunuz?

- Üniversite patoloji AD
 Özel patolojik muayenehanesi
 Özel laboratuvarlar (Düzen, Büyük Ankara vb.)
 Diğer

38. PAP Smear sonucu CIN-II (yüksek derecede skuamöz intraepitelyal lezyon) çıktığında yaklaşımınız ne olur?

- Kolposkopik muayene yapar ve şüpheli bölge/bölgelerden biyopsi alırım
 Koterizasyon uygulamam
 LEEP uygulamam
 Jinekolog'a sevk ederim
 Jinekolojik onkoloji birimi bulunan bir merkeze sevk ederim

39. Sizce PAP Smear'in güvenilirliğini etkileyen faktör/faktörler nelerdir?

- Yetersiz veya yanlış yerden alınan materyal
 Yanlış yayma tekniği
 Havada kurutma veya fiksasyon hataları
 Yetersiz boyama
 Sitoloğun deneyimsizliği
 Diğer

40. PAP Smear sonucu sizce **ne kadar (%) güvenilir?**

.....