

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

**SİVAS İL MERKEZİNDE YAŞAYAN 35 YAŞ VE ÜZERİ KADINLARIN
SERVİKS KANSERİ VE ERKEN TEŞHİS YÖNTEMİ OLAN
PAP TESTİ HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK TEZİ

Dr. Havva TEMEL

UZMANLIK TEZİ

**SİVAS
2008**

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

**SİVAS İL MERKEZİNDE YAŞAYAN 35 YAŞ VE ÜZERİ KADINLARIN
SERVİKS KANSERİ VE ERKEN TEŞHİS YÖNTEMİ OLAN
PAP TESTİ HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

Dr. Havva TEMEL
Uzmanlık Tezi

Tez Danışmanı
Prof. Dr. R. Erol SEZER

SİVAS

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fakültesi Yönetim Kurulunun 12.03.2002 tarih ve 2000/1 sayılı kararı ve Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğü'nün 28.03.2002 tarih ve 463 sayılı yazısı ile uygun görülen Tez Yazım Kılavuzu'na göre hazırlanmıştır.

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

Bu tez jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda "TIPTA UZMANLIK TEZİ" olarak kabul edilmiştir.

BAŞKAN: Prof.Dr.R.Erol SEZER

ÜYE: Prof.Dr. Ömer CEVİT

ÜYE: Doç.Dr.Yeltekin DEMİREL

ÜYE: Yrd.Doç.Dr.Gonca İMİR YENİCESU

ÜYE: Yrd.Doç.Dr.Can TURAN

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

16/09/2008

Prof.Dr. Okay BULUT
DEKAN

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
KISALTMALAR	iv
TABLolar	v
ŞEKİLLER	vii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	5
A) Serviks Anatomisi, Embriyolojisi ve Histolojisi.....	5
1) Serviksin anatomisi.....	5
2) Serviks embriyolojisi.....	5
3) Serviksin histolojisi.....	6
4) Skuamokolumnar bileşke(SKB).....	7
5) Transformasyon zonu.....	7
B) Servikal Metaplazi.....	8
1) Servikal metaplazi patolojisi.....	8
2) Servikal metaplazinin önemi.....	9
C) Serviks Patolojileri.....	9
1) Serviksin benign lezyonları.....	9
2) Serviksin premalign lezyonları.....	10
a) CIN tanımı ve sınıflaması.....	10
b) Bethesda sınıflaması.....	11
c) Papanicolaou sınıflaması.....	11
3) Serviksin malign lezyonları.....	12
D) Serviks kanseri ve öncü lezyonları için risk faktörleri.....	13
E) HPV(Human Papillom Virüs) ile serviks kanser ilişkisi.....	13
F) HPV enfeksiyonundan korunma.....	15
G) Servikal lezyonların tanısında kullanılan yöntemler.....	16
1) Sitolojide yeni tanı metodları.....	16
a) Servikografi.....	16
b) Asetik Asit Testi (AAT).....	16
c) Speküloskopi.....	16
d) HPV-DNA Tanımlanması.....	17
e) THİN PREP (Sıvı bazlı sitoloji, İnce tabaka sitoloji).....	17
f) Yöntemlerin kombinasyonu ve kullanılan diğer yöntemler.....	18
2) Kolposkopi.....	18
H) Pap Testi.....	18
1) Pap testi özellikleri.....	18
2) Serviks kanserinde tarama.....	19
3.YÖNTEM VE GEREÇ	24
4.BULGULAR	25
5.TARTIŞMA	38
6.SONUÇ	46
7.ÖNERİLER	47

8.KAYNAKLAR.....	48
EK1.ANKET FORMU.....	54

TEŐEKKÜR

Çalışmamın başlangıcından bu güne kadar eğitici ve öğretici yardımlarını esirgemeyen ve çalışmalarıma rehberlik eden ve aynı zamanda tez danışmanım olan Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. R. Erol Sezer'e, her zaman yardıma hazır Doç. Dr. Yeltekin Demirel'e, bize ağabeylik yapan Yrd. Doç. Dr. Can Turan'a ve bana tez çalışmam sırasında yardımını esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Gonca İmir'e, şartlar her ne olursa olsun hep destek olan anne ve babama, onlar olmadan asistanlık yapmayacağımı düşündüğüm değerli arkadaşlarıma ve ankete katılmayı kabul edip çalışmama yardımcı olan tüm kadınlara teőekkür ve minnetlerimi sunmayı bir borç ve görev bilirim.

Sivas, 21.08.2008
Dr. Havva TEMEL

ÖZET

Bu çalışma Sivas İl Merkezi'nde yaşayan 35 yaş ve üzeri kadınların, serviks kanseri ve Pap testi konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemek için düzenlendi. Araştırma örnekleme her biri 25 kadın içeren 25 kümeden (625 kadından) oluşmuştur. Önce kümelerin seçileceği sağlık evleri belirlenmiştir. Bu amaçla il merkezindeki sağlık evlerinin yığılımlı nüfus frekans cetveli kullanılmış, her sağlık evine büyüklüğüyle orantılı seçilme olasılığı verilmiş ve bir sağlık evine tekrar, tekrar seçilme imkanı sağlanmıştır. Seçilmiş her sağlık evi için, sağlık evi ev halkı tespit fişleri listesinden bir hane randomla belirlenmiştir. Bu hanedeki 35 yaş ve üzeri kadın veya kadınlardan sonra bu haneye en yakın haneye geçilmiş, bu yaklaşım 25 kişilik küme tamamlanıncaya kadar sürdürülmüştür. 28 sorudan oluşan anket, araştırmacının örnekleme seçilmiş kadınlarla, evlerde yaptığı yüz yüze görüşmelerle doldurulmuştur. Veri analizi bilgisayar ortamında ve SPSS yazılımıyla tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare testi kullanılarak yapılmıştır. Çalışma grubunu oluşturan kadınların tamamı 35 yaş ve üzerinde idi. Örnekleme alınan 625 kadından 617'si(%98.7) ankete onam verdi ve çalışmaya katıldı. Katılanların yaş ortalaması 49 olup %42.9'u 35-44 yaş grubunda, % 97.1'i ev kadını, % 31.4'ü okul bitirmemiş, % 2.5'i üniversite mezunuydu. Aile aylık geliri, katılımcıların % 31.6'sında≤500 YTL, %58.3'ünde 501-1000 YTL idi. Örnekleme katılan kadınların gebelik ve doğum dışı nedenlerle en az bir kez jinekolojik muayene yaptırmış olma oranı %30.5'dir. Ömür boyu, son beş yılda ve son üç yılda en az bir kez Pap testi yaptırmaları ve bunlara ait % 95 güven aralıkları, sırasıyla, % 12.3 (%8.7-15.9), % 11 (%8-14), ve % 10.5 (%7.6-13.5)olarak bulunmuştur. Ömür boyu üç veya daha fazla sayıda Pap test yaptırmış kadın oranı ise %1.3'tür. Kadınların %12.6'sı, Pap testini genel olarak bilmektedir. Bir doktordan rahim ağzı kanseri için kontrol muayenesi yaptırmaya tavsiyesi almış kadın oranı %5.8, bu amaçla sevk almış kadınların oranı %0.2'dir. Bulgular, Sivas il merkezinde serviks kanseri erken tanısı konusunda önemli bir yetersizliği göstermektedir. Kadınlarda bu konuda önemli bir bilgi açığı vardır. Hekimler, hemşireler, ebeler ve sağlık kurumları bu konuda daha etkin çalışmalı, bu sorunu öncelikli konular arasına almalıdır.

Anahtar kelimeler: Serviks kanseri, Pap test, Sivas.

ABSTRACT

This population based questionnaire survey was conducted to determine knowledge, attitudes and practices of women aged ≥ 35 years regarding cervical cancer and Pap test in Sivas provincial center. The sample consisted of 625 women in 25 clusters each having 25 women. In the first stage, 25 catchment areas for midwifery services were selected with probability proportionate to size through the cumulative frequency table of the catchment area populations. Selection was made with replacement to let any catchment area be selected more than once. In the second stage, for every selected catchment area, one household from the households list was selected randomly. Every eligible women in the selected household was included in the sample. After the first household was visited the surveyor moved to the next household, which was defined as the one whose front door was closest to the one just visited. The questionnaire with 28 questions was completed by the surveyor based on face to face interview at the participant's home. This process continued until 25 eligible women were found. SPSS 13.0 software was used to tabulate and analyze the data. Among the 625 women 617(98.7%) gave informed consent and participated in the study. The mean age was 49 years. Of the participants 42.9 % were in the 35-44 age group, 97.1% were housewives, 31.4% were illiterate or those who had not graduated from any school, 2.5% were university graduates. Of the participants 31.6% had a monthly family income of ≤ 500 YTL, 58.3% 501-1000 YTL. The proportion of participants who reported that they have ever had a pelvic examination (without relation to pregnancy or delivery) was 30.5%. The proportion of women who reported having a Pap test, lifetime, in the last five years, and in the last three years was estimated as 12.3% (95% C.I.:8.7%-15.9%), 11% (95% C.I.:8%-14%), and 10.5% (95% C.I.:7.6%-13.5%) respectively. The proportion of women who reported having Pap test more then three times lifetime was 1.3%. Of the participants only 12.6 % knew about Pap test generally, 5.8% reported that they have ever had an advice from any physician regarding Pap test, and 0.2% reported that they have ever been referred to the gynecologist by any physician for Pap test. Preventive services regarding cervical cancer screening appeared to be insufficient, and there was a knowledge gap on Pap test and cervical cancer prevention among women in Sivas. Physicians, nurses midwives, and health care services and institutions having responsibility for cervical

cancer prevention should work more efficiently on this problem and take this problem among priorities.

Keywords: Cervical cancer, Pap test, Sivas, Turkey

KISALTMALAR

AIS: Adenokarsinoma in situ

AGH: Atipik Granüler Hücreler

AGUS: Atypical Glanduler Cells of Undetermined Significance (anlamı saptanamayan anormal glanduler hücreler)

ASCUS: Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance (anlamı saptanamayan anormal yassı epitel hücreleri)

ASC-H: Atypical Squamous Cells-can not exclude HSIL (yüksek grade lezyonun dışlanamadığı anormal yassı epitel hücreleri)

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists

ACS: American Cancer Society

CIN: Cervical Intraepitelial Neoplasm

CIS: Carcinoma In Situ

DES: Dietilstilbestrol

HPV: Human Papilloma Virus

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

HIV: Human Immun Deficiency Virus

KETEM: Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi

KTEM: Kanser Tarama ve Eğitim Merkezi

LSIL: Low-grade Squamous Intraepitelial Lesions (düşük dereceli yassı epitel lezyonları)

NCI: National Cancer İnstitute (Ulusal Kanser Enstitüsü)

PAP: Papanicolaou

SCJ: Squamo Columnar Junction

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

USPSTF: United States Preventive Services Task Force

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

TABLOLAR

Tablo1- Kadınların yaş gruplarına ve eğitim durumlarına göre dağılımları.....	26
Tablo 2- Kadınların çalışma durumlarının eğitimlerine göre dağılımı.....	27
Tablo 3- Kadınların medeni durum ve yaş gruplarına göre dağılımı.....	27
Tablo 4- Kadınların eğitimlerine göre gebelik ve doğum dışı bir nedenle ömür boyu jinekolojik muayene yaptıırma durumları.....	28
Tablo 5- Kadınlarda gebelik ve doğum dışında son beş yıl içerisinde jinekolojik muayene olma sayısı	28
Tablo 6- “Yakalanmaktan korktuğun herhangi bir organ kanseri var mı? Hangi organ kanserlerinden korkuyorsun?” sorularına verilen yanıtların dağılım.....	29
Tablo 7- Kadınlarda görülen ve öldürücü olan hangi kanserleri biliyorsun? Sorusuna verdiği cevapların dağılımları.....	29
Tablo 8- “Rahim ağzı kanserinin erken teşhisi mümkün mü? sorusuna verilen yanıtların ve yapılan açıklamaların eğitim durumuna göre dağılımı.....	30
Tablo 9- Katılımcıların “Pap smear (smear)” sözünü duyup duymama ve bunun ne anlama geldiğini doğru olarak ifade edebilme durumlarının eğitime göre dağılımı.....	30
Tablo 10- “Rahim ağzı kanserinin erken teşhisi için yapılan test konusunda bildiklerinizi ifade eder misiniz?” sorusuna verilen yanıtların dağılımı	31
Tablo 11- “Kadınların rahim ağzı kanserinin erken teşhisi için yapılan test (Pap testi) nasıl bir testtir?” sorusunun alt sorularını bilme durumu.....	32
Tablo 12- Kadınlardaki rahim ağzı testini(Pap testi) kimler yaptırmalı ile ilgili bilgi düzeylerinin dağılımı.....	32
Tablo 13- Kadınlardaki rahim ağzı kanseri testini(Pap testi) hangi aralarla yapılmalıdır? sorusuna verdiği cevapların dağılımı.....	32
Tablo 14- Katılımcılar toplam Pap testi yaptıırma sayılarının frekans dağılımı.....	34
Tablo 15- Kadınların herhangi bir nedenle son bir yıl içinde her hangi bir doktora gidip muayene olma durumu.....	34
Tablo 16- “Kadın doğum doktoru dışında size rahim ağzı kanseri için kontrol muayenesi olmanızı söyleyen bir doktor hiç oldu mu? Olduysa kaç kere ?” sorusuna verilen cevapların dağılımı.....	36

Tablo 17- “Sizi rahim ağızı kanseri erken teşhisi veya kontrolü için kadın doğum doktoruna sevk eden bir doktor oldu mu?” sorusuna verilen yanıtların dağılımı.....	36
Tablo 18- “Saydıklarımızdan hangisi veya hangileri rahim ağızı kanserine neden olabilir veya onu kolaylaştırabilir” sorusuna verilen yanıtların dağılımı.....	37

ŞEKİLLER

Şekil 1- İlk Pap testi yaptırma yaşı frekans dağılımı.....	34
--	----

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Kanserin aileler ve toplumlar üzerindeki etkisi göz ardı edilemeyecek kadar büyüktür. Kanseri; toplumda genç-yaşlı, zengin-fakir, kadın-erkek-çocuk ayrımı yapmadan bütün toplumu etkisi altına alan ve toplumlara büyük yük getiren hastalık grubudur. Kanseri, dünyada önde gelen ölüm nedenlerinden biridir(1). 2005 yılında meydana gelen 58 milyon ölümün 7.6 milyonu(%13) kanseri ölümleri oluşturmaktadır ve ölümlerin %70'ini düşük ve orta gelirli ülkelerdeki ölümler oluşturmaktadır(1). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılan tahminler kanserden ölümlerin giderek arttığı, 2015 yılında 9 milyon ve 2030 yılında 11.4 milyon kişinin kanserden öleceğini göstermektedir(1).

Dünyada görülen kanserlerin beşte biri kronik enfeksiyonlara bağlı olarak gelişmektedir. HPV(Human Papilloma Virus); serviks kanserine, HBV(Hepatit B Virus); karaciğer kanserine, Helicobacter Pylori; mide kanserine, Schistosomia; mesane kanserine neden olmaktadır(1).

Dünyada en çok görülen kanseri türleri incelendiğinde, cinsiyetler arasında farklılıklar görülmektedir. Erkeklerde en çok akciğer, mide, karaciğer, kolorektal, ösafagus ve prostat kanserleri görülürken, kadınlarda en çok meme, akciğer, mide, kolorektal ve serviks kanseri görülmektedir(1). WHO'nun verilerine göre sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel aktivite ve sigara kullanmama ile kanserlerin %40'ı önlenir(1). Tütün kullanımı, dünyada kanserin tek ve en büyük önlenir nedenidir. Bu amaçla serviks kanserinden korunmada eğitim ve erken tarama olanakları yaygınlaştırılarak serviks kanserinden korunma sağlanabilir(1).

Serviks kanserinin yavaş doğal seyri, displastik lezyonların erken tanınmasında ve invaziv kansere progresyonunun önlenmesinde tarama programlarının önemini ortaya koymaktadır. Hastalığın hafif displazi ile başlayıp invaziv karsinoma doğru devamlılık gösterdiğinin kanıtı servikal displazinin 20'li yaşlarda, karsinoma in situ'nun 25-35'li yaşlarda ve invaziv hastalığın 40 yaşından sonra görülmesidir(2). Serviks kanseri 20 yüzyıl başlarına kadar kadın genital organ kanserleri içinde ön sıralarda iken 1950'lerden sonra insidansı ve serviks kanserinden ölüm %50 oranında azalmıştır. Serviks kanseri mortalitesindeki bu düşüş, servikal kanseri taramasının jinekolojik muayenenin bir parçası olmasına bağlanmaktadır(3).Yirminci yüzyılın ilk yarısında, ABD'de serviks kanserinden ölüm, diğer kanseri türlerinden daha fazla olarak görülmekteydi. 1940'larda Papanicolaou

testi (Pap testi) uygulamaya girmesiyle preinvaziv lezyonların tanısı ve tedavisi mümkün hale gelmiştir. Bu gelişmelerle 20. yüzyılın sonlarına doğru ABD’de sıklık ve mortalite oranları %75’e varan oranlarda azalma göstermiştir(4).

Tüm dünyadaki servikal kanserlerin %70’inden HPV Tip16 ve HPV Tip18’in sorumlu olduğu düşünülmektedir(5). ABD’de yılda 13 000 hasta yeni tanı almakta ve 4100 hasta serviks kanseri nedeniyle hayatını kaybetmektedir(6). ABD’de tarama olmayan bölgelerde hayat boyu serviks kanseri riskinin % 3.67 mortalite riskinin %1.26 ve 50 yaşındaki insidansın 100.000 de 88 olduğu belirtilmektedir(7).

Türkiye’de 2003 yılı Sağlık Bakanlığı verilerine göre, kadınlarda en çok görülen on kanser arasında serviks kanseride yer almakta ve 763 serviks kanserli kadın olduğu belirtilmektedir. Yapılan araştırmalar sonucunda serviks kanserinin insan hayatında çok büyük bir tehlike olduğu bildirilmiş olup bu tehlikenin giderek arttığı, bu artışın her geçen yıl daha da fazla olacağını tahmin edildiği bildirilmiştir(8). Serviks kanseri tarama yöntemleri invaziv kanser insidansını ve mortalitesini azalttığı düşünülen ve bu açıdan etkinliği kanıtlanmış az sayıdaki tarama yöntemlerinden biridir. Risk altındaki hastaları saptayabilmek amacıyla önerilen aralarla mutlaka yapılmalıdır. Bu şekilde tarama yapılan ve anormal sonuçlar saptanan hastalarda ise önerilere uygun şekilde yapılacak ileri incelemeler sayesinde gerçekten tedavi gereken hastalar saptanıp gerekli tedavileri yapılmalıdır. Çünkü serviks kanserinin insidans ve mortalitesindeki azalma sadece taramayla değil, taramanın uygun tedaviyle birleştirilmesiyle sağlanabilir(9).Tarama programları her ne kadar gelişmekte olan ve geri kalmış ülkelerde insidansı azaltmış olmakla beraber maddi olumsuzluklar ve hasta bilincinin yeterli düzeyde olmaması nedeni ile istenilen düzeye ulaşmamıştır. Serviks kanserinde erken tanıda çok önemli bir yere sahip olan Pap testinin öneminin kadınlar tarafından fark edilmesini sağlamak önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Birçok farklı tarama metodu geliştirmiş olmakla beraber hala serviks kanserinde, erken tanı yöntemi olan Pap testi önemini korumaktadır. Pap testini bilen kadınların oranı düşüktür. Pap testi yaptırma oranı yok denecek kadar azdır(9).

Türkiye de serviks kanseri taraması ulusal standartları çerçevesindeki temel amaç; ülke çapında oluşturulacak ulusal bir tarama programını hedef popülasyona uygulayarak, servikal patolojileri henüz preinvaziv evrede iken tespit etmektir. Etkin ve basit

yöntemlerle tedavi etmek suretiyle invaziv kanser sıklığı, buna bağlı mortalite ve morbiditeyi düşürmek, aksi takdirde uygulanması gereken karmaşık ve pahalı tedavileri önlemektir(9). Hedef popülasyon; taramada mutlak hedef 35–40 yaş aralığında tüm kadınların en az 1(bir) kez Pap testi aldırmasıdır. Ülkemiz koşulları dikkate alındığında gerçekleştirilebilir ideal hedef ise, 35 yaşında başlanacak olan toplum tabanlı taramadır(9). Taranacak popülasyon, ETF’ler(Ev Halkı Tespit Fişi) esas alınarak tanımlanmalı ve geliştirilecek davet yöntemleriyle 5 yıllık intervallerle tekrarlanmalı ve son iki testi negatif olan 65 yaşındaki kadınlarda tarama kesilmelidir(9). Bu şekildeki standartlar Türkiye için, 2007 Mayıs ayı içerisinde belirlenmiş olup henüz toplum tabanlı bir tarama programı hayata geçmemiştir. Dünya Sağlık Örgütü’nün “Herkese Sağlık” programı çerçevesinde ülkemizde de kanserde hedef; “ 2020 yılına kadar 65 yaş altı nüfusta tüm kanserleri % 10, 2030 yılına kadar akciğer kanserini %25, tüm kanserleri %15 azaltmayı amaçlamaktadır(10). Bu amaca yönelik olarak Sağlık Bakanlığınca 2005 yılına kadar 26 ilde Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi(KETEM) kurulmuştur(10). Yine bu amaçla AB(Avrupa Birliği) projesi ile 11 ilde Kanser Tarama ve Eğitim Merkezleri(KTEM) 2004 yılında açılmıştır. Şimdi ise 2005–2006 yılları içerisinde “Kansersiz Yasam” projesi kapsamında 14 ilde daha KTEM açılacaktır. 2005 yılından itibaren her ilde bir KTEM açılması çalışmaları başlamıştır(10).

Sağlık Bakanlığı ve Avrupa Birliği ortak protokolleri ile Türkiye’de 11 ilde(İzmir, Ankara, İstanbul, Balıkesir, Trabzon, Diyarbakır, Gaziantep, Sivas, Erzurum, Adana) 10.02.2006 tarihinde KETEM’lerin resmi açılışları yapılmıştır(10).

KETEM projesinde; meme, serviks ve cilt kanseri taramaları ile mortalite ve morbiditeyi düşürmek hedeflenmiştir. Hiçbir şikâyet ve belirtisi olmayan kişilerin başvurduğu merkezde şu uygulamalar da yapılmaktadır.

- Hemşire tarafından merkezi tanıtıcı ve yapılacak hizmetlerle ilgili danışmanlık hizmeti
- Sertifikalı ebe tarafından 18 yaş üstü her kadına KKMM (Kendi Kendine Meme Muayenesi) eğitimi
- Sertifikalı doktor tarafından ilk muayene ve klinik meme muayenesi (KKMM)
- Sertifikalı doktor tarafından jinekolojik muayene ve Pap testi yapılması.
- 35–69 yaş arası her kadına Pap testi uygulaması.

- 50 yas üstü kadınlara mammografi çekimi(10).

KETEM biriminin açıldığı il merkezlerinde de henüz beklenen amaçlara yönelik çalışmalar sürdürülmekte olup serviks kanseri için tarama yapılmamaktadır. Sivas il merkezinde yer alan KETEM'e başvuran kadınlara Pap testi anlatılmakta ve testi kabul edenlere Pap testi yapılmaktadır.

Bu çalışmadaki amacımız; ekonomik açıdan zayıf ülkelerde(gelişmemiş ve/veya gelişmekte olan ülkeler) servikal kanser ve preinvaziv lezyonların saptanmasında tarama testi olarak kullanılan Pap testinin kadınlar tarafından ne kadar bilindiğini öğrenmektir. Litaratür araştırmaları ve Sivas İl Merkezi'nde yaptığımız ön incelemeler sonucu Pap testinin ve serviks kanserinin kadınlar tarafından bilinmediği sonucuna ulaştık. Bu sonucun ne kadar doğru olduğunu araştırmak için Sivas İl Merkezin de bu konuda bir çalışma yapmaya karar verdik. Pap testi yaptırma sıklığının Sivas İl Merkezi için belirlenmesi, kadınların bu teste karşı tutum ve davranışlarını, bu konuda bilgili olup olmadıklarını araştırmayı ve kanatimizin doğru olup olmadığı gerçeğini bilimsel olarak ortaya koymayı amaçladık.

2.GENEL BİLGİLER

A) Serviksin anatomi, embriyoloji ve histolojisi

1) Serviksin anatomisi: Serviks (Latince; cerviks; boyun) uterusun dar, silindirik bir segmentidir. Vajene ön vajinal duvardan geçerek girer ve sıklıkla vajene dik olarak yerleşmiştir. Normal kadında 2–4 cm uzunluğunda olup uterus korpusunun iç tarafı ile devamlılık gösterir. Uterus ve serviks birleşim noktası isthmus olarak bilinir; bu alanda lümen hafif daralmıştır. Önde serviks mesaneden yağ dokusu ile ayrılmıştır ve yanda Broad Ligament ve Parametrium(kan desteğini içinden geçerek sağlar) ile bağlıdır. Serviksin alt intravajinal kısmı, vajenin kubbesine doğru uzanan serbest bir segment olup müköz membranla döşelidir. Serviks vajinal kaviteye external os aracılığı ile açılır. Servikal kanal anatomik external os'tan internal os'a uzanarak uterus kavitesine bağlanır. Histolojik internal os, endoservikal bezlerden endometrial bezlere değişimin olduğu yerdir (11). External os doğurmamış kadınlarda küçük, yuvarlak iken, doğum yapmış kadınlarda enine bir yarık olarak görünür (12).

Serviksin stroması, içinden serviksin damar, sinir ve lenfatiklerinin geçtiği yoğun fibromüsküler dokudan oluşur. Serviksin arterleri, uterin arterin servikal ve vajinal dallarından köken alır ve serviksin dış yüzünden saat 3 ve 9 pozisyonunda inerler. Venler arterlere paralel seyrederek ve hipogastrik venöz ağa drene olurlar. Serviksin lenfatikleri; common, internal ve eksternal iliak, obturator ve parametrial nodlara drene olurlar. Serviksin sinirleri hipogastrik pleksustan köken alır. Endoservikste yoğun duyu uçları vardır fakat ektoservikste pek bulunmaz. Sempatik ve parasempatik lifler de endoservikste çok bol bulunduğundan, endoserviksin manipülasyonu bu sinir uçlarını uyarabilir ve bazen baş dönmesi veya bayılmalara neden olabilir (12).

2) Serviksin embriyolojisi: İntrauterin hayatın 6.ve 7. haftalarında müllerian kanalın birleşmesi ile alt genital kanal meydana gelir ve aşağıda ürogenital sinüs ile invajinasyon yaparak birleşir. Serviks ve vajeni oluşturan müllerian kanal kolumnar epitelyumla döşelidir. İntrauterin 4.ayda vajen ve serviksin kolumnar epitelyumu skuamoz metaplazi ile skuamoz epitele dönüşmeye başlar (13). Bu dönemdeki kolumnar epitel-yassı epitel sınırına, orjinal skuamokolumnar bileşke (SKB)denir. Doğumdan sonra (özellikle menarşdan sonra) uyarılara (travma, hormonal faktörler, PH değişiklikleri, enfeksiyonlar vs.) yanıt olarak skuamoz metaplazi oluşur. Bu yeni oluşmuş sınıra da fizyolojik SKB

denir. İşte orijinal SKB ile fizyolojik SKB arasındaki bu sürekli değişim bölgesine transformasyon zonu denir ki; serviksin prekanseröz lezyonlarının %90'ının bu bölgeden oluştuğu bilinir (14,15).

3) Serviksin histolojisi: Serviks iki tip epitel ile kaplıdır; skuamokolumnar bileşkede birleşen çok katlı yassı epitel ve kolumnar epitelyum. Skuamoz epitel ektoserviksin geniş bir kısmını kaplayan, nonkeratinize, glikojen içeren, çoklu hücre (15–20) tabasından oluşur. Gözle muayenede soluk pembe renkli görünür. Koyu boyanan, büyük çekirdekli ve küçük sitoplâzmalı, yuvarlak bazal hücrelerden oluşan tek tabakalı bir bazal membran içerir(12).

Bazal membran, epiteli altındaki stromadan ayırır. Bazal hücreler parabazal, intermediate ve süperfisial tabakaları oluşturmak için bölünür ve farklılaşırlar. Bazal tabakadan süperfisial tabakaya doğru gittikçe hücreler, sitoplâzmalarında artış ve çekirdeklerinin büyüklüğünde küçülme, böylece de protein içeriklerinde azalma gösterirler. Asetik asit, geri dönüşlü olarak hücresel proteinlerle presipite olur. Normal epitele asetik asit uygulanması, süperfisial hücrelerin düşük protein içeriğinden dolayı renk değişimine neden olmaz. İntermediate ve süperfisial tabaka hücreleri sitoplâzmalarında bol miktarda glikojen içerirler. Glikojen içeren hücreler iyot ile kolayca boyandığından, Lügol solüsyonu ile normal epitel kahverengi veya siyah renge boyanır. Postmenopozal dönemde, skuamoz epitel hücreleri parabazal tabakadan sonrasına olgunlaşamazlar, böylece skuamoz epitel ince ve atrofik hale gelir(12).

Kolumnar epitel; endoservikal kanalı döşeyen, çekirdekleri koyu boyanan tek tabaka hücrelerdir. Gözle muayenede damarlı, kırmızı renkli görünür, çünkü tek katlı hücre tabakası alttaki stromanın renginin kolayca görünmesini sağlar. Servikal stromaya, endoservikal kript oluşumu ile sonuçlanan çok sayıda invajinasyonlar olur. Kolumnar hücreler serviksi ve vajinayı ıslatan mukus salgırlarlar. Üst sınırında, endometrial epitel ile alt sınırında ise skuamokolumnar bileşkede skuamoz epitel ile karşılaşır. Skuamokolumnar bileşke; çok katlı yassı epitel ile kolumnar epitelin birleştiği yerdir ve keskin bir sınır olarak görünür. eksternal os'a göre yeri yaş, hormonal durum, gebelik gibi çeşitli fizyolojik durumlara bağlı olarak değişir. Çocuklukta ve perimenarşta, eksternal os'ta veya çok yakınındadır. Puberte sonrası ve reprüduktif dönemde, kadın genital

organları östrojenin etkisi altında büyür. Böylece serviks büyür ve endoservikal kanal uzar. Bu olay ektoserviksteki kolumnar epitelin, özellikle ön ve arka dudaklarda eversiyonuna yol açar ve ektropiyon ile sonuçlanır. Bu nedenle, reprüdüktif çağda ve gebelikte skuamokolumnar bileşke ektoservikte ve eksternal os'a uzak yerleşmiştir(12).

Dışa dönen kolumnar epitel, asidik vajen ortamı ile karşılaştığında, kolumnar epitelin harabiyetine ve yeni oluşan metaplastik skuamoz epitel tarafından yerinin alınmasına yol açar. Bir kadın reprüdüktif yaşamında perimenopozal yaş grubuna doğru ilerlerken, skuamokolumnar bileşkenin yeri giderek ektoserviksten external os'a doğru ilerlerken, skuamokolumnar bileşkenin yeri giderek ektoserviksten external os'a doğru ilerlemeye başlar. Perimenopozal dönemden ve menopozun başlamasından sonra, serviks, östrojen eksikliği sonucu küçülür ve bunun sonucu olarak skuamokolumnar bileşkenin external os'a ve endoservikal kanalın içine doğru yer değiştirmesi daha da hızlanır. Postmenopozal kadında skuamokolumnar bileşke endoservikal kanal içinde yerleşmiştir ve gözle muayenede görülmez (12).

4) Skuamokolumnar bileşke (SKB) :Endoservikse ait silindirik epitelin bitip, ektoserviksin çok katlı yassı epitelinin başladığı yerdir.

SKB; puberte, hamilelik, menopoz ve hormonal uyarılma olaylarına yanıt veren dinamik bir noktadır.

Yeni doğanlarda SKB ektoservikse yerleşmiştir. Reprüdüktif dönemde ise, östrojen üretimi vajinal epitelin glikojenle dolmasını sağlar. Laktobasiller PH' 1 değiştirmek suretiyle, skuamokolumnar rezerv hücrelerinin metaplaziye geçmesini uyarır. Metaplazi, orjinal SKB'nin iç kısmından external os'a doğru ve kolumnar villusların üzerinden ilerleyerek transformasyon sınırının oluşmasına neden olur. Metaplazinin en aktif olduğu dönemde(reprüdüktif dönem, gebelik sonrası) onkojenlerle karşılaşma (özellikle HPV) CIN(Servikal İntraepitelyal Neoplazi) gelişmesinde önemlidir (16).

5) Transformasyon zonu: Transformasyon zonu kolumnar epitelin metaplastik skuamoz epitel tarafından değiştirildiği ya da değiştirileceği serviks alanıdır.

Premenopozal kadınlarda, transformasyon zonu endoservikte yer alır. Menopozdan sonra, ileri yaşlara doğru östrojenlerin azalan seviyeleri ile serviks küçülür ve transformasyon zonu endoservikal kanalın içine doğru çekilir. Hemen hemen bütün servikal neoplaziler bu zonda, skuamokolumnar bileşke yakınında gelişir (12).

Normal transformasyon zonu: Vajina ve ektoserviksteki orjinal skuamoz epitel dört tabakadan oluşur:

1.Bazal Tabaka: Büyük çekirdekli ve az miktarda sitoplâzmaya sahip olan tek bir immatür hücreler dizisidir.

2.Para bazal Tabaka: Normal mitoz değerlerine sahip olan ve fazla epitelin yenilenmesini sağlayan 2–4 adet immatür hücre dizileridir.

3.Orta Tabaka: Daha fazla sitoplâzmalı ve hücreler arası bir aralık tarafından ayrılan çok yüzlü hücrelerden oluşan 4–6 adet dizi içerir. Glikojen yapımında farklılıkların oluşturduğu hücreler arası köprüler, ışık mikroskopuyla görülebilir.

4.Yüzeysel Tabaka: Glikojenle dolu sitoplâzma ve küçük çekirdekli 5–8 sıra basık hücrelerden oluşur. Çekirdek piknotik olur ve hücreler de yüzeyden ayrılırlar. Bu hücreler, Papanicolaou (Pap) testinin temelini oluşturur (16).

B) Servikal Metaplazi

1) Servikal metaplazi patolojisi: Metaplazi teriminin karşılığı, patoloji sözlüğünde “ bir matür dokunun yerini, eşit derecede matür diğer bir tip dokunun alması” şeklinde geçer. Uterus serviksinde metaplaziden söz edildiği zaman ise yassı epitel metaplazisi yani silindirik müsinöz epitelin yerini çok katlı yassı epitelin alması anlaşılır. Bu olay, fiziksel, kimyasal veya inflamatuvar olayların yol açtığı kronik irritasyona veya hormonal değişikliklere bağlı olarak ortaya çıkan tamamen selim bir reaksiyondur (17).

Skuamoz metaplazide ilk olay kolumnar epitelin ekspozite alanlarında, rezerv hücre adı verilen küçük, yuvarlak, subkolumnar hücrelerin ortaya çıkışıdır. Düşük vajinal asidite varlığında bu rezerv hücreler çoğalırlar ve çok hücreli immatür skuamoz epitel adı verilen bir epitel oluşturmak için farklılaşırlar. İmmatür skuamoz metaplastik epiteldeki hücreler glikojen içermezler. Kadınların büyük çoğunluğunda; matür, sıralı, glikojen içeren, her bakımdan ektoservikte bulunan skuamoz epitele benzeyen skuamoz metaplastik epitel gelişir. Kadınların bir kısmında ise; immatür skuamoz metaplazi, bazı HPV tipleri ile enfeksiyon sonucu displastik epitele(prekanseröz hücresel değişiklikler gösteren değişime uğramış epitel) dönüşebilir (12).

Metaplaziyi başlatan olayların temelinde endoserviks epitelinin eversiyonu yatar. Burada söz konusu olan olay hormonal veya çeşitli fizik etkenlerle normalde

endoservikal kanalda yer alması gereken silindirik epitelin ektoservikte bulunması ve yassı-silindirik epitel sınırının dışı kaymasıdır.

Sözü edilen olayın başlıca özelliği makroskopik olarak çıplak gözle ektoservikse bakıldığında dış orifisin etrafını çevreleyen kırmızı bir plak halinde gözükmesidir. Bu kırmızı görünümün nedeni ektoserviks epiteline göre çok daha ince ve şeffaf olan tek sıralı endoservikal epitel dōşeli bir bölge olması ve epitelin hemen altında damardan oldukça zengin serviks stromasının bulunmasıdır. Bu, normal bir fizyolojik bulgudur ve patolojik bir sapma olarak ele alınmamalıdır(17).

2) Servikal metaplazinin önemi: Servikte metaplazi olayı, yaşamın değişik dönemlerinde ortaya çıkan fizyolojik ve benign bir olaydır.

Ancak bugün bilinmektedir ki; servikal neoplaziye götüren tüm değişiklikler, servikal metaplazi sonucu oluşan transformasyon zonunda gelişirler. Yassı epitel metaplazisinin daha başlangıcında, genç metaplastik hücrelerin fagositoz yeteneği vardır. Bunlar vajinada ne bulursa fagosite eder. Bu durumda yassı epitel metaplazisinin erken dönemleri, hücre değişimi ve servikal neoplazi gelişmesi açısından olayın kaderini belirleyecek en kritik dönemdir. Bu sırada vajinada bir mutajen(virüs vs.) bulunduğu takdirde, epitelde premaling değişikliklere dönüşme olabilecektir. Bu yeni viral DNA ile birleşmiş metaplastik olay; atipik metaplazi olarak da adlandırılmaktadır. Atipik metaplastik epitel; hücrelerin kendi aralarında şekil, büyüklük, çekirdek ve kromozom içeriği ile epitel diferansiyasyonu açısından farklılıklar göstermesiyle, fizyolojik metaplaziden ayrılır(17).

Sonuç olarak şunu söylemek gerekir ki; serviksin yassı epitel metaplazisi, hemen her genç kadında rastlanan fizyolojik bir olaydır, iyi huyludur, klinik, kolposkopik, sitolojik veya histolojik olarak saptanmış olması, bir patolojiyi göstermez; sadece uygun ve yeterli bir inceleme yapıldığını kanıtlar (17).

C) Serviks Patolojileri:

1) Serviksin Benign Lezyonları:

- Kondilomlar(genital siğiller, Condyloma Acuminata)
- Serviksin enfeksiyonları(T.Vaginalis, C.Albicans, G.Vaginalis v.b.)
- Servikal polipler ve kistler
- Servikal lökoplaki(hiperkeratoz)

- Servikal papillomlar
- Servikal leomyomlar(18).

2) Serviksin Premalign Lezyonları:

a) Servikal İntraepitelyal Neoplazi(CIN) tanımı ve sınıflaması:

İlk olarak 1949 yılında Papanicolaou tarafından invaziv kansere progresyon gösteren lezyonları belirlemek için “displazi” terimi tanımlanmıştır. WHO, displaziyi “epitelin kalınlığının değişen oranlarında atipi gösteren hücrelerle yer değiştirdiği bir lezyon” olarak tanımlar(19,20).

İnvaziv kansere dönüşme potansiyeli olmayan lezyonlar; bazal hücre hiperplazisi, rezerv hücre hiperplazisi, immatür skuamoz metaplazi ve matür skuamoz metaplazi gibi benign fizyolojik durumlardan oluşur(17).

Malign potansiyel taşıyan grupta displazi ve karsinoma in situ yer alır. Displazi hafif, orta ve ağır derecelere ayrılır(17).

Daha sonra, 1968 yılında Richard ve Baron tarafından displazi sınıflaması modifiye edilerek, invaziv karsinoma ile ilişkili lezyonların hepsi “Servikal İntraepitelyal Neoplazi”(CIN)olarak tek ortak sınıfa alındı(17).

CIN serviksin epitelyal değişiklikleri için kullanılan bir terim olarak yerini aldı. Serviksin çok katlı yassı epitelyumu 25–30 kat hücreden oluşur ve tabakalar düzgün sıralardan oluşur. Tabakalanma düzeninde anormalliklerle hücresel düzeyde patolojik değişiklikler olursa CIN’den bahsedilir. CIN tanısı için histolojik kriterler: nükleer anoploidi, anormal mitotik şekiller, epitelyumda normal maturasyon kaybı (19,20).

Anormal lezyonların gelişimi; epitelin alt 1/3’ünde sınırlı ise CIN I, alt 2/3’ünde ise CIN II, epitelin tamamına yakını tutulmuş ise CIN III, tamamını içeriyorsa CIS(in situ kanser) olarak adlandırılır. Bütün lezyonlarda bazal membran sağlamdır. Fakat CIN’lerde invazyon potansiyeli her aşamada vardır(12).

Yapılan moleküler çalışmalarda, displastik hücrelerin CIS hücrelerle gerçekte aynı yapıda olduğu ve benzer derecede kromozomal anormallikler gösterdiği belirtilmiştir. Yaklaşık CIS olgularının %50 oranında invaziv karsinoma progresyon gösterdiği ve %25 displazi vakasının sonuçta invaziv karsinoma dönüştüğü belirtilmiştir.

Dolayısıyla displazi zararsız görülüp bırakılmamalıdır. Displazik lezyonlar CIS’a dönüşmeden de invaziv karsinoma geliştirebilir(19,20).

CIN I lezyonlarının büyük çoğunluğunun geçici olduğu; kısa dönemlerde normale gerilediği veya yüksek derecelere ilerlemediği iyi bilinmektedir. Diğer taraftan, yüksek dereceli CIN (II, III)'ler, her ne kadar bu tür lezyonların da bir kısmı gerilese de, yüksek oranda invaziv kansere ilerleme olasılığı taşırlar. Servikal öncü lezyonların invaziv kansere ilerlemesinin ortalama 10 yıldan 20 yıla kadar uzun bir zaman aldığı bilinmektedir(12).

Kolumnar epitelden gelişen öncü lezyonlar adenokarsinoma in situ (AIS) olarak adlandırılır. AIS' da normal kolumnar epitel; hücre ve nükleus boyutları artmış, nükleer hiperkromazi, mitotik aktivite, sitoplazmik müsin salınımı, hücre tabakalaşmasında bozulmaya bağlı düzensiz dizilmiş hücrelerin oluşturduğu anormal epitel ile yer değiştirmiştir(12).

b) Bethesda Sınıflaması:

1988 yılında Bethesda Maryland'de yapılan bir Ulusal Kansere Enstitüsü (NCI) çalışması, sitolojik raporlar için Bethesda Sınıflaması'nın geliştirilmesiyle sonuçlanmıştır (21).

1991 yılında Bethesda II olarak yeniden düzenlenmiştir. 2001 yılına kadar yaygın bir şekilde kullanılan bu sınıflama, 2001 yılında üçüncü bir toplantı ile tekrar ele alınmış ve en son şeklini almıştır (22,23,24). Bethesda Sınıflama' sında, potansiyel premalign skuamoz lezyonlar dört kategoriye ayrılmaktadır. Önemi belirgin olmayan atipik skuamoz intraepitelyal lezyonlar (ASCUS) ve ekarte edilemeyen HSIL (ASC-H), düşük grade skuamoz intraepitelyal lezyonlar (LSIL) ve yüksek grade skuamoz intraepitelyal lezyonlar (HSIL)(17).

Glandüler epitelle ilgili patolojiler ise bu sistemde; Önemi belirlenemeyen atipik glandüler hücreler (AGUS), endoservikal adenokarsinom, endometriyal adenokarsinom, extrauterin adenokarsinom ve orijini belirlenemeyen adenokarsinom başlıkları altında toplanmaktadır (17).

c) Papanicolaou Sınıflaması:

Class I (Pap I) : Normal

Class II (Pap II) : Atipik inflamasyon veya uterin hücreler

Class III (Pap III) : Displastik hücreler (hafif, orta, ağır)

Class IV (Pap IV) : Karsinoma in situ

Class V (Pap V) : Malign hücreler invaziv kanseri destekler (25).

3) Serviksin Malign Lezyonları:

ACS(Amerikan Kanser Birliği) 2007 yılında 11.150 yeni serviks kanseri olgusunun olacağını ve aynı yıl içerisinde 3.670 kadının serviks kanseri nedeniyle öleceğini belirtmektedir(ACS 2007)(26). NCCC (National Cervical Cancer Coalition) her yıl Amerika’da 14.000 kadına serviks kanseri tanısının konulduğunu ve 3.900 kadının yine bu kanser nedeniyle hayatını kaybettiğini belirtmektedir(NCCC 2007)(27). WHO’ ya göre 2006’da her gün 650’den fazla kadın serviks kanseri nedeniyle hayatını kaybetmiştir(1). Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de serviks kanseri kadınların hayatını tehdit etmektedir. 2003 yılı Sağlık Bakanlığı’nın verilerine göre kadınlarda en çok görülen on kanserin içinde serviks kanseride bulunmaktadır. Türkiye’de 763 serviks kanserli kadın olduğu belirtilmektedir(Sağlık Bakanlığı 2003)(8).

İnvaziv serviks kanseri, uzun preinvaziv dönemi, servikal sitoloji tarama programlarının varlığı ve preinvaziv lezyonların etkin tedavisinin mümkün olması nedeniyle önlenebilir bir kanser olarak kabul edilir(28).

Serviks kanseri görülme yaşı genel olarak 20–80 yaş gibi geniş bir yelpazeye yayılır. En sık 50–59 yaşları arasında görülmektedir. Ülkemiz koşullarında invaziv serviks kanserlerinin %65’i 40–60 yaş grubunda görülmektedir(11).Güney Afrika Ulusal Kanser Derneği’ne göre bir kadının yaşamı boyunca servikal kanser geliştirme riski 1/26’dır(29).

Erken serviks kanserinin olası ilk semptomu, sıklıkla hasta tarafından farkına varılmayan ince, su gibi, kanla karışık vajinal akıntıdır. Klasik semptomu, en sık rastlanan belirti olmamasına rağmen ara ara olan ağrısız metroraji veya postkoital lekelenmelerdir. Geç semptomlar veya daha fazla ilerlemiş hastalık belirtileri, sekonder olarak ureterler, pelvik duvar veya siyatik sinirlerin tutulumuna bağlı veya bacağı vuran ağrı gelişmesidir.

Hastaların çoğu, dizüri, hematüri, rektal kanama veya konstipasyondan şikâyetçidir. Terminal dönemde ise üremi gelişimi söz konusudur. (11)

Serviks karsinomasının görüntüsü oldukça değişkendir. Makroskopik olarak, en yaygın görülen serviks kanseri tipi “ekzofitik” olup, “infiltratif ” ve “ülseratif” tiplerine de rastlanır(11).

Serviks kanserlerinin yaklaşık %85–90' ı skuamoz hücrelidir ve kalan %10–15' i adenokarsinomlardır. Skuamoz hücreli serviks kanserlerinin en iyi prognoza sahip olan büyük hücreli keratinize olmayan tipi iken, en kötü prognoza sahip olan küçük hücreli kanser tipleridir(11).

D) Serviks kanseri ve öncü lezyonları için risk faktörleri

1) Demografik faktörler:

- İleri yaş
- Irk(siyah, hispanik)
- Asya, Afrika ve Latin Amerika yerleşimi
- Düşük sosyoekonomik durum
- Düşük eğitim düzeyi

2) Davranış ve seksüel faktörler:

- Fazla sayıda seksüel partner(kendisinin veya eşinin)
- Erken ilk koitus yaşı
- Sigara
- Uzun süreli oral kontraseptif kullanımı
- Folat, karoten ve vitamin C'den fakir diyet

3) Medikal/Jinekolojik faktörler:

- Multiparite
- Erken ilk gebelik yaşı
- Cinsel yolla bulaşan hastalık anamnezi(özellikle Herpes ve HPV)
- Spesifik tip HPV enfeksiyonu
- HIV enfeksiyonu
- İntrauterin dönemde DES(dietilbesterol) ile karşılaşma
- Rutin sitolojik tarama olmaması
- İmmun yetmezlik(30).

E) HPV(Human Papilloma Virüs) ile serviks kanseri ilişkisi

HPV; çift sarmallı, dairesel, 8000 baz çifti içeren, zarfsız bir DNA virüsü olup bugün için 120 civarında değişik tipi tanımlanmıştır(31). Yapılan çalışmalar göstermektedir

ki en az bir 100 tipi daha tanımlanacaktır(32).Tutulum bölgelerine göre kutanöz ve mukozal olarak ikiye ayrılırlar. Onkojenik özelliklerine göre düşük riskli, orta riskli ve yüksek riskli olarak gruplandırılmaktadır(32).Genital sistemde 40'ın üzerinde değişik HPV tipi tanımlanmış olup bunların yaklaşık olarak yarısı yüksek riskli gruba dâhildirler. Munoz ve ark. 16,18,31,33,35,39,45,51,52,56,58,59,68,73 ve 82'yi yüksek riskli olarak tanımlamışlardır(32).Tüm dünyadaki servikal kanserlerin %70'inden HPV Tip 16 ve 18'in sorumlu olduğu düşünülmektedir(5).

HPV prevalansı örneklenen topluma, yaşa ve kullanılan tekniğin sensitivitesine göre değişiklik göstermektedir. Enfeksiyon çoğunlukla geçici olduğundan gerçek rakamlar tam olarak tespit edilememektedir(29). Özellikle ABD'de oldukça kapsamlı araştırmalar yapılmış ve HPV enfeksiyonu en sık rastlanılan seksüel yolla bulaşan hastalık(STD) olarak rapor edilmiştir(33). Toplumun %15' nin virüsle enfekte ve yıllık insidansın 5.5 milyon olduğu düşünülmektedir(33,34).

Yaşlara göre dağılım incelendiğinde adolosan dönemde ilk kez karşılaşılması, immünitinin olmaması, transformasyon zonundaki aktif metaplazi ve serbest seksüel aktivite gibi nedenlerle daha yüksek olduğu saptanmaktadır(35,36). ABD'de 14–59 yaş arası 1921 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada; HPV enfeksiyon prevalansı %26.8(CI %95,%23.3–30.9)'dir(37).14–19 yaş grubunda %24.5(CI %95, %19.6–30.5), 20–24 yaş grubunda %44.8(CI %95, %36.3–55.3), 25–29 yaş grubunda %27.4(CI%95, %21.9–34.2), 30–39 yaş grubunda %27.5(CI%95, %20.8–36.4), 40–49 yaş grubunda %25.2(CI%95, %19.7–32.2), 50–59 yaş grubunda %19.6(CI %95, %14.3–26.8) olarak saptanmıştır. Yaş ilerledikçe büyük bir azalma gözlenmektedir(38).HPV, ABD'ndeki kadınlar arasında yaygındır. Veriler kadınlar arasında çok görülen HPV enfeksiyonu yükünün önceki tahminlerden daha büyük olduğunu ve 20–24 yaş arası en yüksek sıklıkta olduğunu göstermektedir. Ancak HPV aşı tiplerinin prevalansı nispeten düşüktür(6–11–16–18 etkili olduğu tipler)(37).

Çok sayıda araştırmacı tarafından HPV 16 ve 18'in HSIL ve invaziv karsinoma ile sıkı ilişkisi gösterilmiş, buna karşılık HPV 6 ve 11 daha çok kondilomlar ve düşük gradeli displazilerde bulunmuştur(38). Bosch ve ark., 22 ülkeden 1000 serviks kanserinin biyopsi örneklerini içeren bir uluslararası çalışma yapmışlar; örneklerin %93'ünde HPV DNA'sı bulmuşlardır.Olguların yarısında HPV 16 (+) iken, HPV 18 tek olarak %10-15 (+)

bulunmuştur. HPV 18 özellikle, adenokarsinomlar da %40–50 oranında pozitif bulunmaktadır (38).

Serviks kanserinde en önemli risk faktörü HPV virüsü ile enfekte olmaktır. HPV'in insandan insana bulaşması cinsel ilişki yolu ile olmaktadır(26). Korunmasız cinsel ilişkilerde, birden fazla cinsel partneri olan kadınlarda HPV ile enfekte olma riski çok yüksektir. HPV enfeksiyonu, başlangıçta skuamoz epitelyumda bazale yakın ve bazal hücrelerde dir. En önemli bulgu koilositotik atipidir. Nükleer atipi yanısıra peri nükleer halo görülür. Servikste ki bu değişiklikler tedavi edilmezse kansere neden olmaktadır(26). Epidemiyolojik çalışmalar, > %99 invaziv serviks kanserinde, yüksek risk HPV varlığını göstermektedir. Preinvaziv lezyonların invaziv serviks kanserine dönüşmesi için yüksek risk HPV varlığı gerekmektedir(26).

HPV enfeksiyonlarının %70–90'ı geçici olup klinik bulgu vermeden 12–30 ay içerisinde spontan olarak enfeksiyondan arınırlar. Pap testi ile HPV virüsünün servikste ki hücrelerde neden olduğu değişiklikler saptanabilir (ACS 2006 d; ACS 2007)(26).

HPV serviks kanseri için önemli bir risk faktörü olsa bile, bu virüsle enfekte olmuş kadınların birçoğu serviks kanseri olmazlar. Araştırmacılar serviks kanserinin oluşumunda diğer risk faktörlerinin de etkili olduğunu vurgulamaktadırlar(ACS 2006 d; ACS 2007).(26).

HPV enfeksiyonu, var olan servikal neoplaziden önce onu belirleme olanağı verir. Enfekte olup normal sitolojiye sahip kadınların birkaç yıl içinde CIN veya serviks kanseri geliştirme riskleri belirgin şekilde artmıştır (39,40)). Enfekte olan kadınların küçük bir kısmında enfeksiyon dirençlidir ve bu durum, konağın İmmun yapısı ile ilişkilidir. Yine sigara içimi, oral kontraseptif kullanımı, multiparite ve diğer cinsel geçişli enfeksiyonlar direnç gelişimini önemli derecede etkiler (41,42).Bütün bu risk faktörlerinin dışında; servikal kanser için en büyük risk, hiç Pap testi yaptırmamak veya onun sık olarak kullanılmamasıdır. Dünyada servikal kanser ölüm oranı insidanslarının azaldığı her yerde aktif bir tarama programı mevcuttur (11).

F) HPV enfeksiyonundan korunma

Serviks kanserinden korunmada iki yol vardır. Bunlar risk faktörlerinden (HPV ile enfekte olmamak) kaçınmak ve Pap testinin düzenli olarak yaptırılmasıdır.

Haziran 2006 tarihinde FDA tarafından HPV aşısı onaylanmıştır. Onaylanan Quadrivalent aşı serviks kanserlerinin %70'ine neden olan HPV virüsünün iki tipi (HPV 16 ve 18) ve %90 genital siğillere neden olan HPV virüsünün iki tipi (HPV 6 ve 11) için uygulanmaktadır. Quadrivalent aşı ise genital siğillere neden olan HPV 6 ve 11 ile yüksek onkojenik HPV 16 ve 18'in neden olduğu klinik hastalıklardan korunmada %100 etkindir (43).

HPV aşısının tek başına hayat boyu kanser riskini %43 azalttığı saptanmıştır. Aşının Pap testi ile kombine edilmesi hayat boyu kanser olma riskini %60 azalttığı rapor edilmiştir. 12 yaşın altında aşı yaptırmak ve 35–45 yaş arası 3 kez Pap testi yaptırmamanın maliyet etkin olduğu sonucuna varılmıştır (44).

Quadrivalent HPV aşısının HPV' nin 6, 11, 16, 18 tipleri üzerinde etkilidir. 9–26 yaş arası kız ve kadınlar için önerilmektedir. 0,5ml'lik üç ayrı doz şeklinde intramüsküler uygulanmalıdır. Birinci doz belirlenen tarihte, ikinci doz birinci dozdan iki ay sonra, üçüncü doz birinci dozdan altı ay sonra uygulanması önerilmektedir(43).

G) Servikal Lezyonların Tanısında Kullanılan Yöntemler

1.Sitolojide Yeni Tanı Metodları: Alternatif sunulan metodlar; servikografi, asetik asit testi, speküloskopi ve HPV tanımlamasıdır(45). THİN PREP(Sıvı bazlı sitoloji, ince tabaka sitoloji) yöntemide konvansiyonel sitolojiye alternatif olarak düşünülmektedir.

a) Servikografi: Serviksin seyreltilmiş asetik asit uygulandıktan sonra, özel bir kamera(sevikoskop)aracılığı ile görüntülenmesidir. Sensitivitesi %50, spesifitesi %88'dir(45).Düşük dereceli lezyonlar için daha duyarlıdır. Bu yöntemin başlıca dezavantajı; ileri teknoloji gerektirmesi, pahalı olması ve hastaları geri çağırma gereksinimidir(45).Primer tarama yöntemi olarak kullanılabilirliği araştırmalarla sınırlıdır(45).

b) Asetik asit testi(AAT)(Visual inspection of cervix after acetic acid application: Asetik asit uygulanmasından sonra serviksin çıplak gözle incelenmesidir. Asetowhite alan görülmesi pozitif test sonucunu vermektedir(45). Sensitivitesi %70-80'lerde fakat spesifitesi %50–70 düşüktür(45). Önemli avantajları; basit ve ucuz bir test olması, hemen sonuç vermesi, oldukça düşük maliyetidir. Dezavantajı ise; yüksek derecede aşırı tanıdır(45).

c) Speküloskopi: Asetik asit testinin varyantıdır. Asetik asitten sonra serviksin kemilüminesant ışık altında incelenerek spesifitesin yükseltilmesi amaçlanmıştır. Fakat yapılan çalışmalarda sensitivite ve spesifitesin asetik asit testi ile benzer olduğu görülmüştür. Dolayısı ile asetik asit testine üstünlüğü yoktur, hatta daha pahalıdır(45).

d) HPV-DNA Tanımlaması: Servikal neoplazili hastaların %80 veya daha fazlası yüksek riskli HPV(özellikle 16,18,31,33)ile enfektedir(45). Bu metod hâlihazırda oldukça pahalı ve geliştirilme safhasında olduğundan gelişmekte olan ülkelerde yaygın değildir(45).

e) THİN PREP(Sıvı bazlı sitoloji, ince tabaka sitoloji):Geçen yıllar içinde FDA tarafından birçok sıvı-bazlı teknik onay almıştır. Bu metodlar klasik Pap testi toplanmasından birçok yönden farklılıklar göstermektedir. Klinisyen skuamo-kolumnar bileşke ve ektoserviksin transformasyon bölgesinden spatül ve fırça ile örnek aldıktan sonra örnekler fiksativ solüsyonu ile dolu bir şişeye daldırılmakta ve cam lam üzerine hücrelerin yayılmasından ziyade hücreler şişe içindeki fiksative toplanmaktadır. Lam yerine sitoloji laboratuvarına fiksativ ile dolu şişe etiketlenerek gönderilmektedir. Laboratuarda bir makine tarafından 40.000 epitelyal hücre ince bir tabaka halinde lama yayılarak hazırlanmaktadır. Hazırlanan preparat klasik Papanicolaou boyası ile boyanmakta ve sitolojist ya da sitopatolojistler tarafından değerlendirilmektedir(4).

Birçok çalışmada sıvı bazlı bu teknik sayesinde daha çok tanısal servikal hücrenin toplandığı ve örnekten hazırlanan preparatlarda hücre kümeleşmesi, kan ve yangısal değişikliklere bağlı artefaktların daha az olduğu gösterilmiştir. Böylece daha iyi örnek hazırlanmakta ve daha iyi yorum yapılması sağlanmaktadır(4).

FDA tarafından 1996 yılında ThinPrep'in, 2003 yılında ise SurePath'in onaylanması sıvı bazlı sitolojik yöntemlerin kullanıma girişini hızlandırmıştır(46). Sıvı bazlı sitolojinin, yüksek grade lezyonların saptanmasında %16–100 artış ve yetersiz smear raporlanmasında düşüş sağladığı birçok çalışmada rapor edilmiştir.(47,48).ABD'de 1999 yılında yapılan bir analizde ThinPrep'in kanser olgularını, kanser ölümlerini ve histerektomi gibi ciddi girişimleri 3 yıllık tarama aralıklarında maliyeti %12 artırarak %50 oranında, 2 yıllık tarama aralıklarında maliyeti %14 artırarak %57 oranında azalttığı hesaplanmıştır. Ancak sensitivitedeki bu artış spesifitede görülememiştir(49).ACS 2002 yılında ThinPrep sıvı bazlı sitolojik incelemenin konvansiyonel sitolojik incelemeye,

HSIL saptanmasında daha fazla sensitif, ancak daha az spesifik olduğunu bildirmiş ve konvansiyonel smeare alternatif olarak 2 yılda bir yapılacak sıvı bazlı sitolojik incelemeyi önermiştir(50). Ancak US Preventive Services Task Force(USPSTF), 2003 yılında sıvı bazlı sitoloji önermek için henüz yeterli veri olmadığını belirtmiştir. ACOG ise henüz sıvı bazlı sistemin konvansiyonel Pap teste göre üstün olduğunu söyleyememiştir(51).

f) Yöntemlerin Kombinasyonu ve Kullanılan Diğer Yöntemler: Tek bir tarama testinin sensitivite ve spesifite açısından yeterli olmaması nedeniyle, testlerin kombinasyonu araştırılmıştır. Testlerin herhangi bir kombinasyonu sensitiviteyi önemli oranda artırır(45). Bu yaklaşımın dezavantajı maliyeti artırması ve spesifiteyi düşürmesidir(45).

PAPNET(Bilgisayarlı yeniden tarama yöntemi), OTOPAP gibi serviks için kullanılan nadir yöntemlerde mevcuttur(17).

2.Kolposkopi:

Kolposkop, parlak ışıkta, serviksin 6–40 kez büyütülerek direkt incelenmesini sağlayan stereoskopik bir mikroskoptur. Servikal kolposkopinin amacı; transformasyon zonunda, serviks üzerinde ya da servikal kanalda bulunan lezyonların tanımlanması, prekanseröz serviks lezyonlarının varlığının araştırılması ve anormal Pap testi sonucunda biyopsi yapılacak alanların tesbit edilmesidir(17).

H) Pap Testi

1) PapTesti(Servikovajinal sitoloji)özellikleri: Dökülen normal hücreler ve hastalık nedeniyle değişmiş hücrelerin incelenmesine dayanan bir testtir. Servikal patolojileri taramada sitoloji halen ilk sırada gelmektedir. Serviks uterusun diagnostik sitolojisi bugün en iyi bilinen sitolojik yöntem olarak, tüm dünyada yaygın bir şekilde kullanılmaktadır(17).

Dr. George Papanicolaou ve Jin. Dr.Herbert Traut tarafından 1928 yılında tanımlanmıştır. “The Diagnostic Value of Vaginal Smears in Carcinoma of Uterus” adlı makale ile “American Journal of Obst.&Gynecol” dergisinde 1941’de yayınlanmıştır. Tüm kanserler içerisinde en iyi tarama testidir. 1950’den beri servikal kanser insidansını %79, mortaliteyi %70 oranında azaltmıştır. Tanı koydurmaz, displazi ve kanser için riski belirler(52).

Sitolojik yöntem, hızlı ve kolay tanıma olanağı sağlar, dokuya zarar vermez ve sık olarak hücre örneği almak açısından elverişlidir. Sitolojinin görevi diğer basamakların, yani hasta için yapılması gereken klinik ve laboratuvar işlemlerinin mümkün olduğunca tartışılmaz biçimde oluşturulmasını sağlamaktır. Sitoloji, sadece tarama testi olup, mevcut hastalığın en son kanıtı değil, sadece diğer yöntemlerle (kolposkopi ve histoloji) incelenmesi gereken bir yansımadır(17).

Sitolojinin görevi, dökülen normal hücreleri göstermenin yanı sıra, servikte meydana gelmiş değişikliklerin neoplastik mi, yoksa nonneoplastik mi olduğunu mümkün olduğunca objektif kriterler kullanarak ayırt etmeye çalışmaktır(17).

Çekirdekte büyüme veya küçülme, kromatin miktarında değişme, azalma veya artma (hiperkromazi), çekirdekçiklerin ortaya çıkması, çekirdek sayısı, büyüklük ve boyanma özelliklerinde değişimler gözlenebilir. Çekirdek içinde, sitoplâzma inklüzyonlar ortaya çıkabilir. Mitoz sayısında artma, bazen atipik mitozlar görülebilir. Tek tek hücrelerde oluşan bu normalden sapma haline “atipi” adı verilir. Bu hücre grupları bir arada ele alındığında genellikle birbiriyle olan pozisyon ilişkilerinin de bozulduğu görülür. Bu normalden sapmış genel görünümüne de “displazi” adı verilmektedir. Bu değişimler nonneoplastik rejeneratif grupta, hücre katmanlarının alt 1/3 (hafif displazi) veya alt 2/3 (orta displazi)bölümünde ortaya çıkar. Tüm katmanlarda oluşması bu tip lezyonlar için enderdir ve görülmesi halinde lezyonun neoplastik nitelikte olduğu öncelikle düşünülmelidir(17).

2)Serviks Kanserinde Tarama

USPSTF; meme, serviks ve kolorektal kanserin taranmasını önermiştir(53). Hakama, yayınladığı bir araştırmada, tarama programının kanser mortalitesini %6–10 düşürdüğünü belirtmiştir(54). Pap testi ile servikal kanser taraması, kanser önlenmesine yönelik ve maliyet açısından etkin olan çok nadir girişimlerden birisidir. Servikal lezyonların premaling aşamada yakalanması ve tedavi edilmesi insidans ve mortaliteyi düşürür(55).

Servikal kanser taramasının başlaması ile tüm dünyada çok sayıda tarama programları oluşturulmuş ve daha önceden kadınlarda bir numaralı kanserden ölüm nedeni olan invaziv servikal kanser insidansında ve ölüm oranlarında azalma sağlanmıştır. Kanada’da bulunan “British Columbia” tarama programlarının ne kadar etkili

olabileceğini gösteren örneklerden biridir. 1949 yılında başlayan toplum bazlı Pap servikal sitoloji taramasından sonra invaziv servikal kanser insidansı 100.000 kadında 30'dan 5'e ve mortalite oranı 100.000 kadında 12'den 3'e düşmüştür. Bu mükemmel sonuçların elde edildiği popülasyon bazlı tarama programında her üç yılda bir kadınlara tarama zamanının geldiğini hatırlatan bir merkezi kayıt sistemi ve kadınların haberdar olduğundan emin olunan bir karşılıklı arama sistemi, merkez sitoloji laboratuvarı, smearleri alan eğitimli klinisyenler ve anormal smear bulgularının değerlendirildiği kolposkopi takip klinikleri bulunmaktadır. Bu çok iyi organize edilmiş programda her düzeyde kalite kontrolü sağlanmakta ve o bölgede yaşayan herkesin bu tarama programına ve takiplere katılımını sağlayan parasal destek sağlanmaktadır. Tarama programında başarı sağlamak için tüm bu bileşenlerin sağlanması gerekmektedir(4).

Servikal kanser taraması ve erken tanı sayesinde serviks kanseri mortalitesi son 5 yıl içinde %70 düşmüştür. Serviks kanseri bir zamanlar ABD'de kanser mortalitesinde 1 numara iken şu an 13. sıraya dek düşmüştür. Dünyada halen meme kanserinden sonra ikinci sırada yer alıyor olması özellikle az gelişmiş ülkelerde tarama programında yetersizlikler olduğunu düşündürmektedir(56). Pap testi hataları genellikle örnek alımında hata, laboratuvar hatası ve laboratuvar kalite denetiminde yetersizlik gibi nedenlere bağlıdır. Konvansiyonel Pap testi taramasının sensitivitesi %11–98, spesifitesi %14–97, yanlış negativitesi %6–55 arasındadır ve yanlış negativitenin %70'i anormal hücre içermemesi nedeniyle gerçek negatif olarak sınıflandırılabilirken sadece %30'u laboratuvar hatasına bağlıdır(57,58). Smearde hücre bulunmaması, örnekleme ve hazırlama hatalarından kaynaklanır ve son derece basit bir işlem olarak adlandırılabilen Pap testi alınmasından cama yayılmasına geçen süreçte hücrelerin %80'i kaybedilmektedir. Cama yayılabilen hücreler arasında normal hücreler saptandığında, havada kurumaya bağlı artefaktlar, ortamda bulunan kan, mukus, inflamatuvar debris gibi kontaminasyonlar ve yaymanın kalın yapılmış olması smearin yorumlanmasında hatalara yol açabilmektedir(59). ABD'de servikal kanser hastalarının %50'sinin smear yetersizliği veya yokluğuna bağlı olduğu düşünülmektedir(60).

Pap smear alma konusunda standardizasyon, 2000 yılında ortaya konan American Kanser Birliği'nin kriterleri ile sağlanmış olup bu kriterlerin uygulanması daha

uygun teknikle smear alınmasını ve dolayısıyla yanlış negativite oranının düşmesini sağlayacaktır(61).

American Kanser Birliğinin sitopatoloji kriterleri:

- Pap smear son adet tarihinden 10–18 gün sonra alınmalıdır.
- Testten önceki 48 saat içinde; vajinal duş, vajinal tampon, vajinal kontraseptif ajanlar, ilaç kullanımı ve cinsel ilişki olmamalıdır.
- Pap smear ile birlikte hastanın; adı-soyadı, yaşı, menstruel durumu (son adet tarihi, histerektomi, gebelik, hormon replasman tedavisi, postpartum durumu), önceki anormal sitoloji ve biyopsi sonuçları, önceki tedavi ve cerrahi girişimler, hastanın risk durumu, örneğin alındığı yer (serviks, vajen) açıkça belirtilmelidir.
- Steril ve tek kullanımlık spekulum kullanılmalıdır.
- Lumbrikan kullanılmamalıdır (kayganlaştırıcı olarak ılık su kullanılabilir). Hücrelerin spatüle üzerinde kalmaması amacıyla tahta spatüle ve pamuksu çubuk yerine plastik spatüle kullanılmalıdır. İlk olarak spatüle ile vajen veya ektoserviks örneği alınmalıdır. Spatüle 360° dönüşle kullanılmalıdır. Smear alınan sahanın dışında şüpheli bölge varsa, bu bölgeden ayrıca smear alınır. Sonra fırça ile endoserviks örneği alınmalıdır. Transformasyon bölgesi tam olarak görülmelidir. Fırça 45–90° dönüşle kullanılmalı, uzunluğu boyunca camın yarısına fırça ile örnek yayılmalı, daha sonra camın diğer yarısına fırça yuvarlanarak örnek yayımına devam edilmelidir. Örnek yayımı sırasında fırçanın aşırı basıncı veya ileri geri farklı yönlere hareketlerinden kaçınılmalıdır.
- Smear hemen fiske edilmelidir. Fırça 360° ve 5 tur dönüşle kullanılmalıdır. Uzunluğu boyunca cam üzerine fırçanın uzun aksı paralel olacak şekilde önce bir yüzü daha sonra aynı trase boyunca diğer yüzü üzerindeki hücreler yayılır. Fiksasyon alkolle yapılıyorsa örnek için ayrı kap ve ayrı solüsyon gerekir.20–30 dakika alkol içinde tutulduktan sonra çıkartılıp havada kurutulabilir. Fiksasyon sprey ile yapılıyorsa, özel üretilmiş spreyle kullanılmalı, saç spreyi kullanılmalıdır. Sprey camdan 15–25 cm uzaklıkta kullanılmalıdır(61).

2003 yılında American Kanser Birliği servikal smear tarama kriterlerini şu şekilde belirlemiştir:

- Tüm kadınlar cinsel ilişkiye başladıklarından 3 yıl kadar sonra, ancak 21 yaşını geçmeden önce servikal kanser tarama programına alınmalıdır. Tarama konvansiyonel Pap testi ile yılda bir, sıvı bazlı Pap testi ile 2 yılda bir yapılmalıdır.
- 3 defa normal Pap testi incelemesi olan kadınlar, 30 yaşından itibaren 2–3 yılda bir konvansiyonel veya sıvı bazlı Pap testi ile taranabilir. İmmun sistemde zayıflık oluşturan koşullar, HIV enfeksiyonu veya intrauterin dönemde DES ile karşılaşma söz konusu ise yıllık taramalara devam edilmelidir.
- 30 yaşın üzerindeki kadınlar için önerilebilecek diğer bir yöntemde, 3 yılda bir yapılacak konvansiyonel veya sıvı bazlı Pap testine ek olarak HPV DNA incelemesi ile taranmalıdır.
- 70 yaşın üzerinde, son 10 yılda anormal Pap testi sonucu olmayan, 3 veya daha fazla normal Pap testi sonucu olan kadınlar servikal kanser tarama programından çıkartılabilir. Servikal kanser anamnezi immun sistemde zayıflık oluşturan koşullar, HIV enfeksiyonu veya intrauterin dönemde DES ile karşılaşma söz konusu ise, genel sağlık durumu iyi olduğu sürece taramalara devam edilmelidir.
- Total histerektomi geçirmiş kadınlar, cerrahi girişim servikal kanser veya prekanser nedeniyle yapılmamışsa servikal kanser tarama programından çıkartılabilir(50).

Pap testi ile serviks kanserinin öncül lezyonları (prealign lezyonları) saptanabilir. CIN olarak adlandırılan bu lezyonların tespiti ve uygun tedavisi ile serviks kanseri gelişimi nlenmiş olur. Gerekli vakalarında, kolposkopi ve kolposkopik yönlendirilmiş servikal punch biyopsi ile histolojik değerlendirme yapılarak serviksin prealign/ preinvaziv lezyonlarının uygun tedavisi yapılabilir

WHO, 35–40 yaş arası kadınlarda 1 defa yapılacak Pap testinin invaziv kanser riskini %65 azaltabileceğini belirtmiş fakat sensitivitesi %50 veya daha az olan bir testin bu başarıyı sağlaması güçtür(62). Bu ve diğer servikal kanser tarama programlarının etkinliğine rağmen Pap testi tarama programının bazı sınırlamaları vardır. Mart 2003'te Amerikan Jin.&Obst. Dergisinde yayınlanan iki büyük meta-analiz sonuçlarına göre konvansiyonel Pap test sensitivitesinin yaklaşık %51, spesifitesinin ise %90 olduğu belirtilmiştir.(63). Bu tek bir testin birçok kadında servikal lezyonu saptayamayacağını

göstermektedir. Bu sınırlı duyarlılığa rağmen arka arkaya yapılan üç test de negatifse hastada servikal anormallik olma şansı %1 'den azdır(4). Bu nedenle serviks kanserinden korunmada eğitim ve erken tarama olanakları yaygınlaştırılarak, düzenli aralıklarla yapılacak Pap testi ile serviks kanserinden korunma sağlanabilir.

3.YÖNTEM VE GEREÇ

Bu tez çalışması Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'nın 06.11.2007 tarihli 2007-9/4 sayılı toplantısında alınan 9/4 no.lu izin kararına uygun olarak yapılmıştır. Araştırmanın saha çalışması, İl Sağlık Müdürlüğünden izin alındıktan sonra Kasım 2007-Şubat 2008 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın evreni, Sivas il merkezinde yaşayan 35 yaş ve üzeri kadınlardır. Araştırmanın örnekleme, tanımlanan araştırma evrenini temsil edecek şekilde küme örnekleme tekniğiyle seçilmiştir. Örneklem büyüklüğü, literatür incelemesine dayalı olarak(64,65) popülasyonda beklenen Pap test yaptırma oranı $p = \% 15$, yapılacak kestirimin güven düzeyi: $\%95$, kabul edilebilecek maksimum örnekleme hatası [maximum likely error]: 0.04, küme örnekleminin varyans büyütücü etkisi [design effect]: 2 kabul edilerek , $[0.04^2 = 1.96^2 * 2 * 0.15 * 0.85 / n]$ formülüyle $n = 612$ olarak hesaplanmıştır. Buna dayalı olarak örneklemin 25 kişi içeren 25 kümeden oluşması kararlaştırılmıştır. Örneklem seçimi için İl Sağlık Müdürlüğünden Sivas il merkezindeki ebe hizmet alanı olan sağlık evlerinin nüfus listesi elde edilmiştir. Buna dayalı olarak sağlık evlerine göre yığılımlı nüfus frekans cetveli oluşturulmuş, küme seçimi bu cetvel kullanılarak yapılmıştır. Bu seçimde her sağlık evine büyüklüğüyle orantılı seçilme olasılığı tanınmış, bir sağlık evinin tekrar ve tekrar seçimine imkân verecek şekilde iadeli seçim şekli uygulanmış ve random sayılar cetveli kullanılmıştır. Seçilmiş her sağlık evi için, sağlık evi ev halkı tespit fişleri listesinden (hane listesinden) bir hane randomla belirlenmiştir. Bu hanedeki 35 yaş ve üzeri kadın veya kadınlardan sonra bu haneye en yakın haneye geçilmiş, bu yaklaşım 25 kişilik küme tamamlanıncaya kadar sürdürülmüştür.

Araştırma verileri, ekte örneği sunulan ve 28 sorudan oluşan bir anket formu aracılığıyla, çalışma kapsamına alınan kadınların evlerinde yapılan yüz yüze görüşmelerle toplanmıştır. Ekte sunulan anket formu, saha çalışmasından önce çalışma kapsamı dışındaki 25 kadın üzerinde denenmiş, buna göre düzeltilerek son haline getirilmiştir. Tüm görüşmeleri aynı araştırma görevlisi yapmıştır. Bu araştırma görevlisi gittiği her evde kendini tanıştırmış, araştırma hakkında bilgi vermiş ve kapsama giren kadınların onamlarını aldıktan sonra yaklaşık yarım saat süren bir görüşme yapmıştır. Bu görüşme ankette yer alan soruların sorulup yanıtlanmasını ve soruların bitiminde yapılan bilgilendirmeyi içermiştir. Ortalama olarak günde 12 görüşme yapılmış, saha çalışması

52 iş günü sürmüştür. 625 kadından sekizi ankete olur vermediği için çalışmaya katılmamıştır. Her kadına uygulanan anketin son sorusu olan “Bu testi yaptırmayı ister misin?” sorusundan önce serviks kanseri ve Pap test hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Bu bilgilendirmede serviks kanseri ve risk faktörleri, serviks kanserinin erken teşhisinin ve Pap testinin testinin önemi, bu testin nerede, nasıl yapıldığı, kimlerin ve hangi aralarla yaptırması gerektiği konularında bilgi verilmiştir. Veri analizi bilgisayar ortamında SPSS (ver 13.0) programı kullanılarak yapılmıştır. Sivas il merkezi için Pap testi yaptırma oranlarının % 95 güven sınırlarının hesaplanmasında Cochran’ın önerdiği küme örnekleme standart hata hesaplama yaklaşımı(66).

4.BULGULAR

1) Çalışma grubunun özellikleri:

Çalışma grubunu oluşturan kadınların tamamı 35 yaş ve üzerinde idi. Örneklem alınan 625 kadından %98.7'si (617) ankete onam verdi ve çalışmaya katıldı. %1.3(8) kadın anketi kabul etmedi. Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması 49 (Minimum 35, maksimum 88, standart sapma(ss) \pm 10.8) olarak bulunmuştur. Tablo 1, kadınların yaş gruplarına ve eğitim durumlarına göre dağılımlarını göstermektedir. Yaş düştükçe, okul bitirmemiş olanların oranı düşmekte, lise veya yüksek eğitim görmüş olanların oranı ise artmaktadır. Bu değişim ileri düzeyde anlamlı olup kadınlarda eğitimdeki hızlı iyileşmeyi düşündürmektedir. Örneklemde frekansı en yüksek gruplar, yaş için % 42.9 ile 35–44 yaş, eğitim için %53.5 ile ilk öğretim gruplarıdır. Tablo 2, kadınların eğitim ve çalışma gruplarına göre dağılımını yansıtmaktadır. Örneklemdeki kadınların tamamına yakını (%97.1'i) ev kadınıdır. Çalışan kadınlarda lise veya üniversite eğitimi olma oranı, çalışmayan kadınlara göre önemli düzeyde yüksektir. Örneklemde okul bitirmemiş kadınların oranı % 31.4'tür.

Tablo 1-Kadınların yaş gruplarına ve eğitim durumlarına göre dağılımları

Yaş	Okul bitirmemişler		İlköğretim		Ortaokul		Lise		Üniversite		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%*
35–44	26	9.8	151	57.0	30	11.3	48	18.1	10	3.8	265	42.9
45–54	38	22.3	93	54.7	9	5.3	23	13.5	7	4.1	170	27.6
55–64	80	67.2	28	23.5	7	5.9	3	2.5	1	0.8	119	19.3
65+	50	79.4	12	19.0	0	0	1	1.6	0	0	63	10.2
Toplam	194	31.4	284	46.0	46	7.5	75	12.2	18	2.9	617	100

Lise ve üniversite kategorileri birleştirildikten sonra $X^2=209.09$, $sd=9$, $p=0.000$

Sütun yüzdesi(Diğerleri satır yüzdesidir)

Tablo 2- Kadınların çalışma durumlarının eğitimlerine göre dağılımı

Çalışma durumu	Okul bitirmemiş		İlkokul veya ortaokul		Lise veya üniversite		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%*
Çalışıyor	0	0.0	3	16.7	15	83.3	18	2.9
Çalışmıyor	194	32.4	327	54.6	78	13.0	599	97.1
Toplam	194	31.4	330	53.5	93	15.1	617	100.0

$X^2=67.844$, $sd=2$, $p=0.000$; *:Sütun yüzdesi (Diğerleri satır yüzdesi)

Aile aylık geliri, kadınların % 31.6'sında(195) 500 YTL veya daha az, % 58.3'ünde(360) 500–1000 YTL, %10.1'inde(62) 1000YTL'nin üzerindedir. Örneklem alınan evlerin hane halkı ortalaması 4.36 (Minimum 1, maksimum 15, standart sapma (ss) ± 1.77) olarak bulunmuştur. Örneklem %20.1'inin Emekli Sandığına, %60.3'ünün SSK'ya, % 9.9'unun Bağ-kur'a bağlı olduğu, % 5'inin Yeşil Kartının olduğu, % 4.7'sinin sağlık güvencesine sahip olmadığı gözlenmiştir. Lise veya üzeri eğitim alma oranı Emekli sandığı grubunda % 29.8, Bağkur grubunda % 22.9, SSK grubunda % 10.8, Güvencesizler veya Yeşil kart grubunda %3.3'tür. Örneklem alınan kadınların medeni durum ve yaş gruplarına göre dağılımları Tablo 3'te yer almaktadır. Kadınların % 85.3'ü(526) evli, % 1.5'i(9) evli fakat ayrı yaşıyordu, % 12.8'inin(79) eşi ölmüş, % 0.5'i(3) hiç evlenmemiştir. Eşin ölmüş olma oranı beklenebileceği gibi yaş ile anlamlı düzeyde artmaktaydı (Tablo 3'ün satırları eşi ölmüş olanlar ve diğerleri şeklinde yeniden düzenlendiğinde ($X^2=184.4$, $sd=3$, $p=0.000$)).

Tablo 3-: Kadınların medeni durum ve yaş gruplarına göre dağılımı

Medeni durum	35–44		45–54		55–64		65+		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Evli	256	96.6	156	91.8	89	74.8	25	39.7	526	85.3
Evli ayrı yaşıyor	6	2.3	2	1.2	1	0.8	0	0.0	9	1.5
Eşi ölmüş	1	0.4	11	6.5	29	24.4	38	60.3	79	12.8
Evlenmemiş	2	0.8	1	0.6	0	0.0	0	0.0	3	0.5
Toplam*	265	42.9	170	27.6	119	19.3	63	10.2	617	100.0

* Satır yüzdesi (Diğerleri sütun yüzdesi)

2) Katılımcıların ömür boyu ve son beş yıl içinde gebelik ve doğum dışı bir nedenle jinekolojik muayene yaptırma durumları:

Katılımcıların eğitimlerine göre ömür boyu gebelik veya doğum dışı bir nedenle jinekolojik muayene yaptırma durumları Tablo 4'te gösterilmiştir. Kadınların ancak %30.5'i (188) bu anlamda jinekolojik muayene yaptırdığını ifade etmiştir. Jinekolojik muayene olma durumu eğitim ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur, eğitim düzeyi yükseldikçe jinekolojik muayene yaptırmış olma oranları artmaktadır. Kadınların gebelik ve doğum dışında son beş yıl içinde jinekolojik muayene yaptırma durumu Tablo 5'te gösterilmiştir. Katılımcıların % 85.9'u(530) son beş yıl içinde gebelik veya doğum dışı bir nedenle jinekolojik muayene yaptırmadığını ifade etmiştir.

Tablo 4-Kadınların eğitimlerine göre gebelik ve doğum dışı bir nedenle ömür boyu jinekolojik muayene yaptırma durumları

Eğitim	Ömür boyu jinekolojik muayene durumu				Toplam	
	Yaptırmış		Yaptırmamış			
	n	%	n	%	n	%*
Okul bitirmemişler	42	21.6	152	78.4	194	31.4
İlköğretim	100	30.3	230	69.7	330	53.5
Lise veya üniversite	46	49.5	47	50.5	93	15.1
Toplam	188	30.5	429	69.5	617	100.0

$X^2=22.963$, $sd=2$, $p=0.000$ * Sütun yüzdesi(Diğerleri satır yüzdesidir)

Tablo 5- Kadınlarda gebelik ve doğum dışında son beş yıl içerisinde jinekolojik muayene olma sayısı

Jinekolojik muayene sayısı	Jinekolojik muayene yaptıran kadın sayısı	%
0	530	85.9
1	67	10.9
2	12	1.9
3	5	0.8
4+	3	0.5
Toplam	617	100.0

3) Kanser korkusu:

“Yakalanmaktan korktuğun herhangi bir organ kanseri var mı? Hangi organ kanserlerinden korkuyorsun?” sorularına verilen yanıtların dağılımı Tablo 6'da

görülmektedir. Görüldüğü gibi rahim kanserine yakalanma korkusu veya endişesi katılımcılarda yok gibidir.

Tablo 6-“Yakalanmaktan korktuğun herhangi bir organ kanseri var mı? Hangi organ kanserlerinden korkuyorsun?” sorularına verilen yanıtların dağılımı

Kansere yakalanma korkusu		n	%
Yok		516	83.6
Var	Meme	35	5.7
	Rahim	12	1.9
	Rahim ağzı	10	1.6
	Mide	1	0.2
	Tümü	27	4.4
	Meme, rahim	10	1.6
	Akciğer	4	0.6
	Rahim, akciğer	1	0.2
Lösemi	1	0.2	
Toplam		617	100.0

4) Kadınlarda görülen ve öldürücü olabilen organ kanseri bilgisi:

Kadınlarda görülen ve öldürücü olabilen bir organ kanseri biliyor musunuz? sorusuna verilen yanıtların dağılımı Tablo 7’dedir. Katılımcıların % 44.7’si meme kanserini, % 38.2’si ise rahim ağzı veya rahim kanserini kadınların öldürücü kanserleri arasında saymışlardır.

Tablo 7-Kadınlarda görülen ve öldürücü olan hangi kanserleri biliyorsun? Sorusuna verdiği cevapların dağılımları

İfade edilen kanserler	n	%
Hayır	262	42.5
Meme kanseri	113	18.3
Rahim ağzı kanseri	28	4.5
Rahim kanseri	43	7.0
Meme, rahim ağzı kanser	20	3.2
Meme, rahim kanseri	142	23.0
Meme kanseri, diğer	1	0.2
Rahim kanseri, diğer	3	0.5
Diğer kanserler	5	0.8
Toplam	617	100.0

5) Örnekleme alınan kadınların eğitim durumlarına göre erken teşhis mümkün mü? sorusuna verdiği cevaplar ve Pap testini duyma durumu:

Örnekleme alınan kadınların eğitim durumlarına göre erken teşhis mümkün mü? sorusuna verdiği cevaplar Tablo 8’de gösterilmiştir. Evet, cevabının yeterli veya tatmin edici bir evet olup olmadığına, evet diyenlere nasıl sorusu sorularak ve bu soruya verdiği yanıt dikkate alınarak araştırmacı tarafından ve anket sırasında karar verilmiştir. Kadınların %13’ü tatmin edici açıklama ile evet cevabı verirken, %42.8’i bildiğini gösterir bir açıklama yapamadan evet, %44.2’si ise hayır yanıtlarını vermiştir. Yeterli açıklama ile evet cevabı verme oranı, eğitim düzeyi yükseldikçe anlamlı düzeyde artmaktadır.

Tablo 8- “Rahim ağzı kanserinin erken teşhisi mümkün mü? sorusuna verilen yanıtların ve yapılan açıklamaların eğitim durumuna göre dağılımı

Yanıt	Okul Bitirmemiş		İlköğretim		Lise veya Üniversite		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Yeterli açıklama ile evet	7	3.6	37	11.2	36	38.7	80	13.0
Yetersiz açıklama ile evet	49	25.3	176	53.3	39	41.9	264	42.8
Hayır	138	71.1	117	35.5	18	19.4	273	44.2
Toplam*	194	31.4	330	53.5	93	15.1	617	100.0

$X^2=134.432$, $sd=4$, $p=0.000$; *: Satır yüzdesi (Diğerleri sütun yüzdesi)

Katılımcıların “Pap test” sözünü duyup duymama ve bunun ne anlama geldiğini doğru olarak ifade edebilme durumlarının eğitime göre dağılımı Tablo 9’da görülmektedir. Pap test sözünü duymuş olma ve bunun ne anlama geldiğini doğru olarak ifade edebilme oranı %9.4’tür. Bu oran, okul bitirmemişlerde % 1 olup eğitimle yükselmekte, lise veya üniversite mezunu olanlarda % 35.5’e çıkmaktadır.

Tablo 9- Katılımcıların “Pap smir (smear)” sözünü duyup duymama ve bunun ne anlama geldiğini doğru olarak ifade edebilme durumlarının eğitime göre dağılımı

	Okul Bitirmemişler		İlköğretim		Lise veya Üniversite		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Duymuş, açıklama doğru	2	1.0	23	7.0	33	35.5	58	9.4
Duymuş, açıklama yanlış	1	0.5	6	1.8	4	4.3	11	1.8
Duymamış	191	98.5	301	91.2	56	60.2	548	88.8
Toplam*	194	31.4	330	53.5	93	15.1	617	100.0

“Duymuş, açıklama yanlış” ve “Duymamış” grupları birleştirildikten sonra $X^2=92.538$, $sd=2$, $p=0.000$; *: Satır yüzdesi (Diğerleri sütun yüzdesi)

“Rahim ağzı kanserinin erken teşhisi için yapılan test konusunda bildiklerinizi ifade eder misiniz?” sorusuna verilen yanıtların dağılımı Tablo 10’dadır. İfade edilmesi beklenen 6 bilgi ögesinin her birinin ifade edilme oranı % 11.2 ile % 12.6 arasında değişmiştir. Bu altı bilgi ögesinin hiçbirini ifade edememişlerin oranı % 87, beş veya altısını ifade edenlerin oranı % 12, bir ile dört arasında bilgi ögesini ifade edenlerin oranı ise % 1 olmuştur. Katılımcılara test ile ilgili bilgi ögeleri, tek tek, sırayla ve onların anlayabileceği şekilde açılarak da sorulmuştur. Alınan cevaplarla bu bilgi ögelerinin hangi oranda bilindiği saptanmaya çalışılmış olup Tablo 11’de gösterilmiştir. Bu şekilde de ilgili bilgi ögelerini bilme oranları % 11.2 ile % 12.6 arasında değişmiştir.

Tablo 10: ‘‘Rahim ağzı kanserinin erken teşhisi için yapılan test konusunda bildiklerinizi ifade eder misiniz?’’ sorusuna verilen yanıtların dağılımı

İfade edilmesi beklenen bilgi ögeleri (Yaklaşık ifadeler kabul edilmiştir)	İfade etti	İfade etmedi	Toplam
	n (%)	n (%)	n (%)
Kolay ve ucuz bir testtir	76(12.3)	541(87.7)	617(100.0)
Jinekolojik muayene yapılmasını, rahim ağzından sürüntü alınmasını gerektirir	76(12.3)	541(87.7)	617(100.0)
Yapılan muayene ve işlem zedeleyici (can acıtıcı) değildir	73(11.8)	544(88.2)	617(100.0)
Alınan sürüntü cama yayılır ve mikroskopta incelenmesi için laboratuara götürülür	69(11.2)	548(88.8)	617(100.0)
Laboratuar sonucu rahim ağzı kanserinin erken teşhisi konusunda bilgi vericidir	78(12.6)	539(87.4)	617(100.0)
Erken teşhis edildiği zaman tedavisi tam ve kolaydır. Teşhis geciktiği zaman tedavi güçleşir ve öldürücü olabilir	78(12.6)	539(87.4)	617(100.0)

6) Rahim ağzı kanseri erken teşhisi için yapılan testi (Pap smear testini) kimler yaptırmalı ve hangi aralarla yaptırmalı konusundaki bilgi durumu:

“Rahim ağzı kanseri erken teşhisi için yapılan testi (Pap testini) kimler yaptırmalıdır?” sorusuna verilen cevapların dağılımı Tablo 12’de, “Kadınlar rahim ağzı kanseri testini (Pap testi) hangi aralarla yaptırmalıdır?” sorusuna verilen cevapların dağılımı ise Tablo 13’tedir.

Tablo 11- Kadınların rahim ağzı kanserinin erken teşhisi için yapılan test(Pap testi) nasıl bir testtir?’’ sorusunun alt sorularını bilme durumu

Test ile ilgili araştırmacının sırayla ve anlaşılmayı kolaylaştırıcı ifadeler kullanarak sorduğu sorular	Doğru cevap verdi	Doğru cevap vermedi	Toplam
	n(%)	n(%)	n(%)
Kolay mı? Zor mu?	76(12.3)	541(87.7)	617(100.0)
Nasıl yapılır (Kan testi mi? idrar testi mi? Kadın doğum doktoru muayenesini mi gerektirir?	76(12.3)	541(87.7)	617(100.0)
Yapılan muayene ve işlem zedeleyici(can acıtıcı) mi değil mi?	76(12.3)	541(87.7)	617(100.0)
Kadın doğum muayenesi sonrası ne olur?	69(11.2)	548(88.8)	617(100.0)
Ne yarar sağlar	78(12.6)	539(87.4)	617(100.0)

Tablo 12- Kadınlardaki rahim ağzı testini(Pap testi) kimler yaptırmalı ile ilgili bilgi düzeylerinin dağılımı

	n	%
Bütün evli kadınlar	335	54.3
35+ kadınlar	31	5.0
40+ kadınlar	21	3.4
Menopozdaki bayanlar	10	1.6
Yaşlı kadınlar	1	0.2
Bilmiyorum diyenler	182	29.5
şikâyeti olan kadınlar	19	3.1
Kanserden korkanlar	1	0.2
Bütün kadınlar	14	2.3
Adet görmeye başlayanlar	2	0.3
Risk altındakiler	1	0.2
Toplam	617	100.0

Tablo 13- Kadınlardaki rahim ağzı kanseri testini(Pap testi) hangi aralarla yapılmalıdır? sorusuna verdiği cevapların dağılımı

	n	%
6 ay ara ile yapılmalıdır	74	12.0
1 yıl ara ile yapılmalıdır	196	31.8
2 yıl ara ile yapılmalıdır	6	1.0
3 yıl ara ile yapılmalıdır	8	1.3
Bilmiyorum	284	46.0
5 yıl ara ile yapılmalıdır	1	0.2
Bir kez yapılsa yeterlidir	38	6.2
Doktor önerisine göre	9	1.5
şikâyeti olmayana kadar	1	0.2
Toplam	617	100.0

7) Örneklemeye alınan kadınların Pap testi yaptırma durumları:

617 katılımcınının 76'sı (%12.3'ü) en az bir kez Pap testi yaptırdığını ifade etmiştir. Son üç yılda en az bir kez Pap testi yaptırma oranı % 10.5, son beş yılda en az bir kez Pap testi yaptırma oranı % 11 olarak belirlenmiştir. Sivas il merkezindeki 35 yaş+ kadınlar için bu oranlar Cochran'ın(66) yaklaşımıyla aşağıdaki gibi tahmin edilmiştir:

En az bir kez Pap test yaptırma oranı: % 12.3 (%95 güven aralığı: %8.7 - %15.9), son üç yılda en az bir kez Pap test yaptırma oranı: % 10.5 (% 95 güven aralığı: %7.6 - %13.5), son beş yılda en az bir kez Pap test yaptırma oranı: % 11 ((% 95 güven aralığı: %8 - %14).

Pap testini en az bir kere yaptırma oranı okul bitirmemiş kadınlarda % 4.6, ilk veya orta okul mezunlarında % 11.2, lise veya üniversite mezunlarında %32.2 bulunmuştur ($X^2= 45.202$, $sd=2$, $p=0.000$). Pap testi yaptırma oranı benzer şekilde aylık gelir yükseldikçe de anlamlı düzeyde yükselmektedir. Pap testini en az bir kere yaptırma oranı, 500 YTL veya daha az aylık gelirlilerde % 5.7, 501–1000 YTL gelir grubunda %13.9, 1001+ gelir grubunda %24.3 olarak bulunmuştur ($\chi^2=16.833$, $s.d.=2$, $p=0.000$). Pap testi yaptırdığını ifade eden 76 kadından 70'i sonuçların normal çıktığını, üçü dondurma işlemi, ikisi yaktırma işlemi yapıldığını, 1 kadın ise histerektomi olduğunu ifade etmişlerdir. Pap-testini en az bir kere yaptırma oranı, Emekli Sandığı grubunda %21.7, SSK grubunda % 9.9, Bağ-kur grubunda %18, Yeşil kartı olanlar veya Güvencesizler grubunda % 1.7 olarak saptanmıştır ($X^2=20.351$, $sd=3$, $p=0,000$). Güvence durumunun etkisini eğitimden bağımsız olarak inceleyebilmek için en az bir kere Pap testi yaptırmış olma oranı, bu analize imkân veren ilköğretimliler grubunda güvence durumuna göre karşılaştırılmıştır. En az bir kere Pap testi yaptırma oranı, ilköğretimlilerde, Emekli Sandığı grubunda % 18.6, SSK grubunda %9.6, Bağ-kur grubunda %18.5, Yeşil Kart veya Güvencesizler grubunda % 3 olarak bulunmuştur ($X^2=7.577$, $sd=3$, $p=0,056$).

8) Örneklemeye alınan kadınların Pap smear testini kaç defa yaptırdıkları ile ilgili özellikleri:

Örneklemeye alınan kadınların Pap testini toplam kaç defa yaptırdıklarının dağılımı Tablo 14'te yer almaktadır. Görüldüğü gibi en az üç kere test yaptırmış olanların

oranı ancak % 1.2'dir. Yaptırmış olduğu Pap test sayısı üçten fazla olan yedi kişinin tamamı da en az bir anormal sonucu olan kişilerdir.

Tablo 14-Katılımcılar toplam Pap test yaptırmaya sayılarının frekans dağılımı

Test Sayısı	n	%
0	541	87.7
1	57	9.2
2	12	1.9
3	4	0.6
≥4	3	0.6
Toplam	617	100.0

9) Pap-smear testini ilk yaptırmaya yaşı:

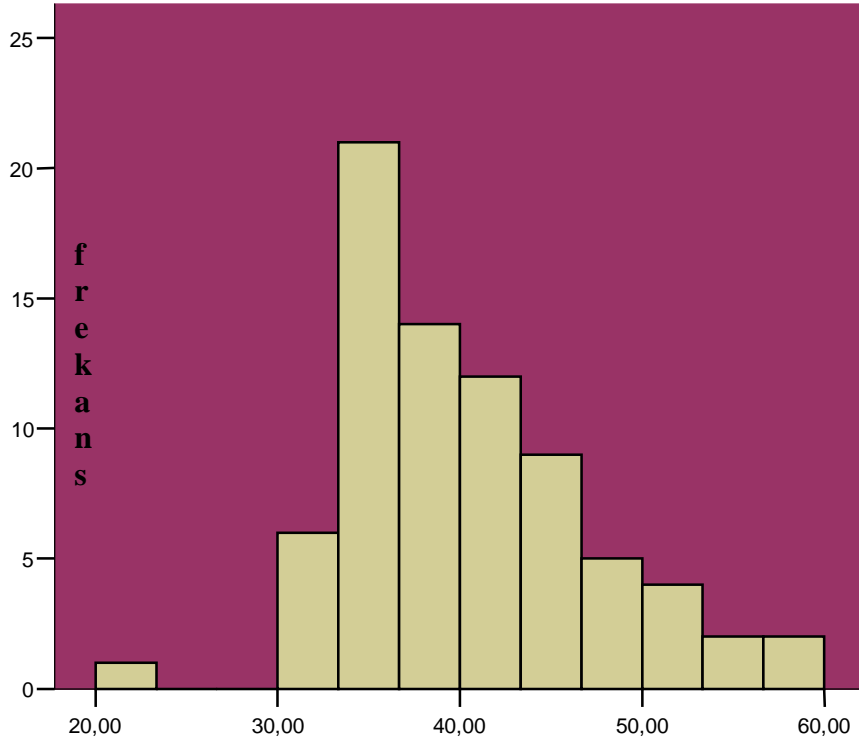
Şekil 1'de Pap smear yaptıran toplam 76 kadının ilk smear yaşının dağılımı, aritmetik ortalaması ve standart sapması görülmektedir.

10) Kadınların herhangi bir nedenle son bir yıl içinde herhangi bir doktora gidip muayene olma durumu:

Örnekleme alınan kadınların herhangi bir nedenle son bir yıl içinde doktora gidip muayene olma durumları Tablo 15'te yer almaktadır. Kadınların %65.5 son bir yıl içinde hiç muayene olmamış, %27.2'si 1 defa, %2.8'i 2 defa, %0.2'si 3 defa, %1.5'i 4 defa, %2.9'u 5 veya daha fazla muayene yaptırmıştır.

Tablo 15- Kadınların herhangi bir nedenle son bir yıl içinde herhangi bir doktora gidip muayene olma durumu

Muayene Sayısı	n	%
0	404	65.5
1	168	27.2
2	17	2.8
3	1	0.2
4	9	1.5
5+	18	2.9
Toplam	617	100.0



Şekil 1- İlk Pap testi yaptırma yaşı

Ortalama = 40,1842
Standart sapma = ± 6,91416
N = 76

11) Katılımcıların ifadelerine göre doktorların hastalarına rahim ağzı kanseri testini tavsiye etme veya onları test yaptırmak üzere sevk etme durumları:

“Kadın doğum doktoru dışında size rahim ağzı kanseri için kontrol muayenesi olmanızı söyleyen bir doktor hiç oldu mu? Olduysa kaç kere ?” sorusuna verilen cevapların dağılımı Tablo 16’da, “Sizi rahim ağzı kanseri erken teşhisi veya kontrolü için kadın doğum doktoruna sevk eden bir doktor oldu mu?” sorusuna verilen yanıtların dağılımı Tablo 17’de gösterilmiştir.

Tablo 16- “Kadın doğum doktoru dışında size rahim ağzı kanseri için kontrol muayenesi olmanızı söyleyen bir doktor hiç oldu mu? Olduysa kaç kere ?” sorusuna verilen cevapların dağılımı

Doktorun söyleme sayısı	n	%
Hayır, söyleyen olmadı	579	93.8
Evet, bir kez	31	5.0
Evet, iki kez	4	0.6
Evet, üç kez	1	0.2
Hatırlamayanlar	2	0.3
Toplam	617	100.0

Tablo 17- “Sizi rahim ağzı kanseri erken teşhisi veya kontrolü için kadın doğum doktoruna sevk eden bir doktor oldu mu?” sorusuna verilen yanıtların dağılımı

Yanıtlar	n	%
Sevk eden doktor olmadı	615	99.6
Bir doktor sevk etti	1	0.2
Hatırlamıyor	1	0.2
Toplam	617	100.0

12) Kadınların rahim ağzı kanseri nedenleri hakkında bilgi düzeyleri:

Örnekleme alınan kadınların rahim ağzı kanseri nedenleri hakkında açık uçlu bir soruyla sorgulandıklarında %79.7’si(498) bu konuda hiç fikri olmadığını, %18.0’i(113) rahim ağzından sık sık mikroplara bağlı hastalık geçirmek olduğunu ifade ederken, %1.0’ı(6)’i mikrobun (virüsün) cinsel temasla bulaşması olabileceği yanıtını vermiştir. “Saydıklarımızdan hangisi veya hangileri rahim ağzı kanserine neden olabilir veya onu kolaylaştırabilir” sorusuna verilen yanıtların dağılımı, Tablo 18’de yer almaktadır.

13) Kadınların Pap testi yaptırmayı isteme durumları:

“Pap testi yaptırmayı ister misiniz? Sorusuna kadınların %51.7’si(319) yaptırmak istemediğini, %48.3’ü(298) yaptırmak isteğini belirtmiştir. Test yaptırmayı isteyenlerin oranı, okul bitirmemiş grupta % 23.7, ilk öğretim grubunda %54, lise veya yüksek öğretim grubunda % 78.5 olarak bulunmuştur ($X^2=85.593$, $sd=2$, $p=0.000$).

Tablo 18- “Saydıklarımızdan hangisi veya hangileri rahim ağzı kanserine neden olabilir veya onu kolaylaştırabilir” sorusuna verilen yanıtların dağılımı

Nedenler	Biliyor		Bilmiyor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Rahim ağzından sık sık enfeksiyon geçirmek(mikrobunun var olması)	326	52.8	291	47.2	617	100.0
Mikrobun(Virüsün) cinsel temasla bulaşması	322	52.2	295	47.8	617	100.0
Beslenme ve kilolu olma	161	26.1	456	73.9	617	100.0
Erken evlenmek veya ilk cinsel ilişkinin erken yaşta olması	230	37.3	387	62.7	617	100.0
Sigara kullanmak	220	35.7	397	64.3	617	100.0
Erken ilk gebelik yaşı ve çok sayıda doğum yapmak	178	28.8	439	71.2	617	100.0
Düşük sosyoekonomik düzey	164	26.6	453	73.4	617	100.0
Düşük eğitim düzeyi	162	26.3	455	73.7	617	100.0

5.TARTIŞMA

1) Çalışma grubunun özelliği:

Sivas il merkezinde yaşayan 35 yaş ve üzerindeki kadınları temsil etmek üzere seçilmiş çalışma grubumuzda 35–44 yaş kadınlar %42.9'luk frekans ile en büyük grubu oluşturmuştur. 65+ yaş grubunun örneklemdaki payı ise % 10.2'dir. TNSA(Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması) 2003 sonuçlarına göre 35 yaş ve üzerinde olan ve şehirlerde yaşayan kadınlar arasında 35–44 yaş arası kadınların oranı %38.6, 65 yaş+ kadınların oranı ise % 17'dir(67). Bu karşılaştırma, Sivas merkezde yaşayan 35+yaş kadın nüfusun Türkiye kentlerinde yaşayan 35+ yaş kadın nüfustan biraz daha genç olduğunu düşündürmektedir. Kadınlarda eğitim durumunun yaşla değişimi konusundaki bulgu, yeni kuşakların eğitim durumunda sürekli bir iyileşmeyi yansıtmakta olup TNSA 2003(67) Türkiye bulgularıyla da uyumludur(Tablo 1). Çalışma grubumuzda okul bitirmemiş kadınların oranı % 31.4'tür. Bu değer 35+ yaş kadınlar için tüm Türkiye'de % 49'dur(67). Sivas il merkezine ait örneklem değerinin, Türkiye değerinden daha düşük olması, Türkiye değerinin kırsal kesim kadınlarını da içermesi ve kırsal kesimde bu değer yüksek olmasıyla ve örnekleminin yaş dağılımının daha genç olma özelliğiyle ilgili olabilir. Örnekleme oluşturulan kadınların tamamına yakını(%97.1) ev kadınıdır. Lise veya yüksekokul mezunu kadınlar, çalışan kadınların %83,3'ünü, çalışmayan kadınların % 13'ünü oluşturmaktadır, bu bulgu eğitimin kadınların çalışmasında etkili bir faktör olduğunu düşündürmektedir. TNSA 2003 sonuçlarına göre çalışma oranı, Türkiye'de 15–49 yaş kadınlarda %27, 35–49 yaş grubu kadınlarda ise % 13.8'dir(67). Örnekleminizde 35–49 yaş grubu kadınların çalışma oranının % 3.5'tir. Bu durum örnekleminizde çalışma oranının düşük olduğunu göstermektedir. Bu düşüklük, çalıştığı için bazı kadınların çalışma kapsamına girememiş olmasından kaynaklanmış olabilir. Aile aylık gelirinin, kadınların % 31.6'sında 500 YTL'den az, %58.3'ünde 501-<1000 YTL olduğu dikkate alınır, örnekleme oluşturulan kadınların büyük çoğunluğunun düşük gelir düzeyli olduğu söylenebilir. Örnekleme alınan kadınların hane halkı sayısı ortalaması 4.36'dır. TNSA 2003 sonuçlarına göre hane halkı sayısı ortalaması 4'dür(67). Örneklemin %20.1'inin Emekli Sandığı'na, %60.3'ünün SSK'ya, % 9.9'unun Bağ-kur'a bağlı olduğu, % 5'inin Yeşil kartının olduğu, % 4.7'sinin ise sağlık güvencesine sahip olmadığı görülmektedir. Kadınların % 85.3'ü evli, % 1.5'i evli fakat ayrı yaşıyordu, % 12.8'inin eşi ölmüş, % 0.5'i hiç evlenmemiştir. TNSA 2003,

Türkiye’de 15–49 yaş kadınların % 95’inin evli, % 2,9’unun boşanmış olduğunu veya ayrı yaşadığını, % 2,1’inin ise eşini kaybettiğini bildirmiştir(67). Örneklemimizde eşin ölmüş olma oranı beklenebileceği gibi yaş ile anlamlı düzeyde artmaktaydı (Tablo 3).

2) Çalışmaya katılan kadınların ömür boyu veya son beş yıl içinde jinekolojik muayene yaptırma durumları ile ilgili özellikleri:

Örnekleme katılan kadınların gebelik ve doğum dışı nedenlerle en az bir kez jinekolojik muayene yaptırmış olma oranı %30.5’dir (Tablo 4). Bu oran, okul bitirmemişlerde % 21.6, ilköğretimi bitirmişlerde % 30.3, lise veya üniversiteyi bitirmiş olanlarda %49.5 olarak saptanmıştır. İstatistiksel olarak önemli bulunan bu farklılaşma eğitim düzeyi yükseldikçe kadın sağlığı hizmetlerinden yararlanma düzeyinin de yükseldiğini düşündürmektedir. Son beş yıl içinde gebelik ve doğum dışında jinekolojik muayene olma oranı ise % 14.1’dir. Bir çalışma(68), 57 ülkeye ait verileri ve bulguları kullanarak “En az bir kez jinekolojik muayene olmuş olma oranı”nı geliştirmekte olan ülkeler için % 44.7, gelişmiş ülkeler için %93.6 olarak bildirmiştir. Görüldüğü gibi bulduğumuz jinekolojik muayene olma oranı, geliştirmekte olan ülkeler için bildirilen ortalama oranın da altındadır. Jinekolojik muayene olma oranı, Pap test yaptırma durumu hakkında dolaylı bir bilgi niteliğinde olabilir.

Ülkemizde kadınların bilgi eksikliği, sağlık sorunlarını önemsememe, utanma, parasal sorunlar gibi nedenlerle sağlık kuruluşlarına başvurmadıkları belirtilmektedir(69). Sağlık kuruluşlarına başvurmama nedenleri ise; hastalıklar, hastane ortamı, hastanede uygulanan tanı, tedavi işlemlerini bir tehlike olarak algılamalarıdır. Hastane ortamına giren kadınlar, başkalarına bağımlı hale gelmekte, hastane ortamının yabancılığı, tanımadığı kişiler, bilinmeyen aletler, işlemler, tedaviler, korkutucu kurallar, anlaşılmayan tıbbi dil, klinik ortamda yaşanan günlük olaylar, bireyselliğin göz ardı edilmesi ve mahremiyet gibi nedenlerle anksiyete yaşayabilmektedirler(69). Jinekolojik muayene, kadınlarda anksiyete yaratan uygulamalardan birisidir. Jinekolojik muayenede kadının anksiyete yaşamasının nedenleri, yukarıda belirtilen nedenlere ilave olarak kadının cinselliği olumsuz olarak algılaması, sağlık personelinin olumsuz tutumu, muayene eden kişinin karşı cinsten olması,

muayene pozisyonu ve kullanılan aletler, önceki olumsuz muayene deneyimleri, mahremiyete dikkat edilmemesidir(70). Jinekolojik muayene sırasında yaşanan anksiyete, kadınların muayeneden kaçmalarına ve ancak sıkıntıları ile baş edemeyecekleri duruma geldiklerinde hekime başvurmalarına neden olmaktadır. Bu durum hastalıkların erken tanı ve tedavisini güçleştirebilir ve belki olanaksız hale getirebilir.

3) Kanseri önemseme ve kanser endişesi:

Çalışmaya katılan kadınların korktuğu organ kanseri hakkında verdiği cevaplar Tablo 6’da gösterildiği gibidir. Örnekleme katılan kadınların%83.6’sı korktuğum bir organ kanseri yok diye cevap verirken,%5.7’si en çok korktukları kanserin meme kanseri olduğunu, %1.9’u en çok korktuğu kanserin rahim kanseri olduğunu, %1.6’sı en çok korktuğu kanserin rahim ağzı kanseri olduğunu söylemiştir. Bu bulgu kadınların önemli bir çoğunluğunun meme ve rahim ağzı kanserleri konusunda duyarlı olmadıklarını akla getirmektedir. Kadınlarda görülen ve öldürücü olan hangi kanserleri biliyorsun? Sorusuna verilen cevaplar, kadınların % 38.2’sinin rahim kanserini öldürücü bir kanser tipi olarak ifade edebildiklerini göstermektedir.

Ege Üniversitesi Kanseri Savaş Uygulama ve Araştırma Merkezi 1991’de başlatılan “İzmir Kanseri İnsidansı ve Veri Toplama Projesi “ dâhilinde Ege Üniversitesi Hastanesi kanser verilerini toplamaktadır. 1992–2004 yılları arasında kanser tanısı almış 34134 olgu incelenmiştir(71). Kanseri tanısı alan 34134 olgunun %56.6’sı erkek, %43.4’ü kadın olup yaşları 0–86 arasındadır. Kadın kanserleri sıralamasında; birinci sırada %26,2 ile meme kanseri, ikinci sırada %20.0 ile jinekolojik kanserler, üçüncü sırada gastrointestinal sistem kanserleri yer almıştır. Jinekolojik kanser olgularının %38.6’sını serviks kanseri, %39.8’ini endometrium kanseri oluşturmuştur.

4) Kadınların Pap testi bilgisi:

Örnekleme katılan kadınların eğitim durumlarına göre erken teşhis mümkün mü? konusundaki bilgileri Tablo 8’de görüldüğü gibidir. Evet, cevabının yeterli veya tatmin edici bir evet olup olmadığına, evet diyenlere “Nasıl?” sorusu sorularak ve bu soruya verdiği yanıt dikkate alınarak araştırmacı tarafından ve anket sırasında karar verilmiştir. Kadınların %13’ü tatmin edici açıklama ile evet cevabı verirken,%42.8’i bildiğini gösterir

bir açıklama yapamadan evet cevabı, %44,2'si hayır yanıtlarını vermişlerdir. Yeterli açıklama yaparak evet cevabı verme oranı oldukça düşüktür, bu oran eğitim düzeyi yükseldikçe anlamlı düzeyde artmaktadır. “Pap smear” veya “Pap testi” ifadelerini duymuş olma ve ne anlama geldiğini doğru olarak ifade edebilme oranı %9.4 bulunmuştur (Tablo 9). Bu oran okul bitirmemişlerde %1 olup eğitimle anlamlı olarak yükselmekte, lise veya üniversite mezunu olanlarda %35.5'e çıkmaktadır. Bu bulgular kadınların bu konudaki bilgilerinin ne kadar yetersiz olduğunu göstermektedir. Eskişehir'de 2002 yılında Üniversite Hastanesi Kadın-Doğum polikliniğine başvuran hastalarda yapılan bir çalışmada smear testini hiç duymayanların oranı %24.9, duydukları halde yaptırmayanların oranı %2.9, duymuş ve yaptırmış olanların oranı %72.2'dir(72). Johannesburg'ta 1984'te zenci kadınlar arasında yapılan bir saha araştırmasında ise 89 kadın Pap testi ile ilgili sorgulanmış ve bunlardan yalnızca 4 (%4.5)'ü Pap testinin ne olduğunu duyduğunu veya bu testi yaptırdığını belirtmiştir(73).

“Rahim ağzı kanserinin erken teşhisi için yapılan test konusunda bildiklerinizi ifade eder misiniz?” sorusuna verilen yanıtlarda ifade edilmesi beklenen 6 bilgi ögesinin her birinin doğru olarak ifade edilme oranı % 11.2 ile % 12.6 arasında değişmiştir (Tablo 10). Katılımcılara test ile ilgili bilgi ögeleri, tek tek, sırayla ve onların anlayabileceği şekilde açılarak da sorulmuştur. Alınan cevaplarla bu bilgi ögelerinin hangi oranda bilindiği saptanmaya çalışılmış olup Tablo 11'de gösterilmiştir. Bu şekilde de ilgili bilgi ögelerini bilme oranları % 11.2 ile % 12.6 arasında değişmiştir. Bu bulgular kadınların Pap testiyle ilgili bilgileri büyük oranda bilmediklerini göstermektedir.

Aksaray Devlet Hastanesine bağlı KETEM biriminde 2007 yılı içerisinde 139 sağlık personeline 20 sorudan oluşan bir anket uygulanarak Pap testi hakkında bir araştırma yapılmıştır(74). “Pap testinin niçin yapıldığını biliyor musunuz?” sorusuna sağlık personelinin %11'i hayır cevabını vermiştir. Pap smear testinin niçin yapıldığını bilen % 89 sağlık personeli arasında Pap smear testi yaptırdığını belirtenlerin oranı % 10 olarak bildirilmiştir. Sağlık personelinin %18.4'ünün mahremiyeti gerekçe göstererek Pap testi yaptırmaması üzerinde durulması gereken önemli konulardandır(74).

5) Örnekleme katılan kadınların Pap testini kimler yaptırmalı? Ve hangi aralarla Pap testi yaptırmalı? Konusundaki bilgi düzeyi özellikleri:

Pap testini kimler yaptırmalı sorusuna %54.3 kadın ‘bütün evli kadınlar’ cevabını vermiştir(Tablo 12). Pap testi hangi aralarla yapılmalı sorusuna %31.8 kadın 1 yıl ara ile cevabını vermiştir(Tablo 13). Daha önceki sorulara verdikleri yanıtlar dikkate alındığında bu iki soruya verilen yanıtların gerçek bir bilgiyi yansıttığından emin olunamaz. Yanıtlar, test ile ilgili araştırmacının yaptığı açıklamaları takiben kişilerin çıkarımlarının bir sonucu olabilir.

6) Örnekleme alınan kadınların Pap smear testi yaptırma durumları:

Ömür boyu en az bir kez, son üç yılda en az bir kez ve son beş yılda en az bir kez Pap testi yaptırma oranlarının sırasıyla % 12.3, % 10.5, % 11 olarak bulunması Sivas’ta bu konuda önemli bir hizmet açığı olduğunu göstermektedir. Bu açık, hem kişilerle ilgili hem de sağlık hizmeti sunan yapılarla ilgili olabilir.

Pap test yaptırma sıklığı değişik çalışmalarda rapor edilmiştir. 57 ülkeyi kapsamına alan ve topluma dayalı yapılmış çalışmaları birlikte değerlendiren bir çalışma(68) ülke nüfuslarını ağırlık olarak dikkate alan bir yaklaşımla, tüm ülkeler için, son üç yılda en az bir Pap testi yaptırmış olma oranını %40 olarak tahmin etmiştir. Aynı çalışmada yer alan karşılaştırmalar, son üç yılda en az bir kez Pap testi yaptırma oranının Avusturya ve Lüksemburg’ta %80’in üzerinde, Bengaldeş, Etiyopya ve Myanmar’da % 1’in altında olduğunu bildirmektedir. Son üç yılda en az bir kez Pap testi yaptırma oranı, bu çalışmaya göre gelişmiş ülkelerde ortalama %63, gelişmekte olan ülkelerde ortalama % 19’dur. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasındaki farklılaşma bu grupların kendi içlerindeki yoksul ve zengin gruplar arasında da gözlenmektedir, gelir düzeyi yüksek gruplarda oranlar yükselmektedir. Saha çalışması 2000 yılında yapılan ABD Ulusal Sağlık Araştırmasında 21+ yaş grubundaki 16467 kadının serviks kanser taramasıyla ilgili bulgularına göre kadınların % 93’ü 18 yaş ve üzeri dönemde en az bir kez Pap testi yaptırmıştır (75). Bu çalışmaya göre en az bir kez Pap test yaptırmış olup hiç anormal sonuç almayanların % 55’i bu testi yılda bir kez , % 17’si iki yılda bir, % 16’sı üç yılda bir tekrarlamaktadır. Daha önce yaptırdığı testlerden en az birinde anormal sonuç alan kadınların ise % 79’u Pap testini her yıl , % 11’i iki yılda bir, % 7’si üç yılda bir

tekrarlamaktadır. ABD'deki Vietnamlı kadınlar üzerinde yapılan yapılan bir çalışmada kadınların %67'si Pap testi yaptırdıklarını, bunların %89'u son bir yıl içinde de yaptırdıklarını ifade etmişlerdir (Ho ve ark.2005)(76). New York'ta yaşayan Güney Asyalı kadınlar arasında yapılan bir çalışmada da kadınların %67'sinin Pap test yaptırdığı ve %13'ünün son bir yıl içerisinde de yaptırdığı bildirilmiştir (Islam N.ve ark.2006)(77). Londra'da yapılan bir araştırma, cevap verenlerin %80.5'inin en az bir kez, %71,5'inin ise düzenli Pap testi yaptırdığını bildirmiştir(78). Tayvan'da yapılan bir çalışmada kadınların %40'ının Pap test yaptırdığı ve bunların %14'ünün son bir yıl içinde de yaptırdığı bulunmuştur(Wang ve ark.1996)(79). Pap test yaptırma oranı, Nijerya'da hemşirelerde yapılan bir çalışmada (Udigwe 2006) %5.7, sağlık çalışanlarında yapılan bir araştırmada %9 bulunmuştur (Anya ve ark. 2005). Uganda'da sağlık çalışanları ile yapılan bir araştırmada kadınların %87'sinin hiç Pap test yaptırmadığı bildirilmiştir (Mutyaba ve ark. 2006)(80,81,82).

Ülkemizde GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran 19–61 yaşları arasında halen ve geçmişte cinsel aktif olan ve histerektomi ameliyatı geçirmemiş 265 kadın ile yapılan anket araştırma sonucuna göre; %51'i Pap test yaptırmıştır(65). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine başvuran halen ve geçmişte cinsel aktif olan 205 kadın üzerinde yapılan bir araştırmada %72.2 kadının “Pap smear”i duydıkları ve yaptırdıkları bulunmuştur(72). Diyarbakır il merkezinde farklı meslek gruplarına mensup 15–65 yaş arası 1007 kadın üzerinde meme ve serviks kanserinden korunma konusunda yapılan kesitsel tipte bir araştırmada, kadınların %10'unun Pap test yaptırdığı ve bunların yaklaşık yarısının son bir yıl içerisinde Pap test yaptırdığı bildirilmiştir(64). Bizim çalışmamızda bulduğumuz Pap test yaptırma oranı, Diyarbakır il merkezinde yapılmış çalışmayla çok benzerdir. Biri Ankara diğeri Eskişehir'de Üniversite Kadın-doğum polikliniklerine başvuran hastalar üzerinde yapılan iki araştırmanın bildirdiği Pap test yaptırma oranlarının, Sivas ve Diyarbakır'da bulunan oranlardan göreceli olarak yüksek oluşu, bu grupların hastanelere başvuran seçilmiş gruplar olması ile ilgili olabilir. Sivas il merkeziyle ilgili bulgularımız, ilimizdeki Pap test yaptırma oranlarının geri kalmış toplumlardaki oranlara benzediğini göstermektedir. Bireylerin toplam Pap test yaptırma sayıları incelendiğinde (Tablo 14), düzenli aralarla (yılda bir veya iki yılda bir veya üç -beş yılda bir) Pap testi yaptıran olmadığı anlaşılmaktadır. Tablo

14'te yaptırmış olduğu test sayısı üç ten fazla olan yedi kişi vardır, bunların tamamı da en az bir anormal sonucu olan kişilerdir. Düzenli test yaptırma oranının % 0 düzeyinde olması bu konunun ileri düzeyde aksadığını ve bu soruna ivedi bir müdahalenin gerekli olduğunu göstermektedir. Şekil 1'de gözlenen Pap test yaptırma yaşı dağılımı, yaptıranlar için teste başlama yaşının çoğunlukla 30'lu yaşlar olduğunu göstermektedir. Fakat test yaptıranların % 88'inin sadece bir kez test yaptırmış olması anlamlıdır. Bu test yapıldığında, bu testin düzenli aralarla yapılmasının önemi kişilere tekrar yaptırma motivasyonu oluşturacak düzeyde anlatılmalıdır. Bulgularımız bu konuda da bir aksama olduğunu düşündürmektedir.

Pap testini en az bir kere yaptırma oranının okul bitirmemiş kadınlarda % 4.6, ilk veya orta okul mezunlarında % 11.2, lise veya üniversite mezunlarında %32.2 bulunması ve bunun istatistiksel olarak da anlamlı olması bu konudaki literatürle uyumludur(68). Pap testi yaptırma oranı benzer şekilde aylık gelir yükseldikçe de anlamlı düzeyde yükselmektedir. Pap testini en az bir kere yaptırma oranı, Emekli Sandığı grubunda %21.7, SSK grubunda % 9.9, Bağ-kur grubunda %18, Yeşil kartı olanlar veya güvencesizler grubunda % 1.7 olarak saptanmıştır. Güvence durumunun etkisini eğitimden bağımsız olarak inceleyebilmek için en az bir kere Pap testi yaptırmış olma oranı, bu analize imkân veren ilköğretimler grubunda güvence durumuna göre karşılaştırılmıştır. En az bir kere Pap testi yaptırma oranı, ilköğretimlilerde, Emekli Sandığı grubunda %18.6, SSK grubunda %9.6, Bağ-kur grubunda %18.5, Yeşil Kart veya Güvencesizler grubunda % 3 olarak bulunmuştur($p=0,056$). Güvencesizler devre dışı bırakıldığında, $p= 0.092$ 'ye çıkmaktadır. Güvencesizler grubunun eğitim ve gelir düzeylerinin de anlamlı düzeyde düşük olduğunun gözlemlendiği dikkate alındığında güvence durumuna göre gözlenen test yaptırma durumu farklılaşmalarının eğitim ve gelir düzeylerinin yansımaları olduğu anlaşılmaktadır.

7) Doktora gitme ve doktordan Pap test için tavsiye ve sevk alma durumu

Örnekleme alınan kadınların herhangi bir nedenle son bir yıl içinde doktora gidip muayene olma durumları Tablo 15'te yer almaktadır. Kadınların %65.5'i son bir yıl içinde hiç muayene olmamış, %27.2'si 1 defa, %2.8'i 2 defa, % 4.6'sı 3 veya daha fazla sayıda muayene olmuştur. Bu bulgu kadınların çoğunun her yıl en az bir kez doktora gitmediğini düşündürmektedir. Kadınların, "Kadın doğum doktoru dışında size rahim ağzı

kanseri için kontrol muayenesi olmanızı söyleyen bir doktor hiç oldu mu? sorusuna % 93.8 oranında (Tablo 16), “Sizi rahim ağzı kanseri erken teşhisi veya kontrolü için kadın doğum doktoruna sevk eden bir doktor oldu mu?” sorusuna da %99.6 oranında (Tablo 17) hayır cevabı vermeleri, hekimlik hizmeti sunumunda bu konunun ne kadar ihmal edildiğini göstermektedir.

8) Çalışma grubuna katılan kadınların serviks kanserinin nedenleri hakkındaki bilgi durumu özellikleri:

Örnekleme alınan kadınların rahim ağzı kanseri nedenleri hakkında açık uçlu bir soruyla sorgulandıklarında %79.7’si bu konuda hiç fikri olmadığını, %18.0’i rahim ağzından sık sık mikroplara bağlı hastalık geçirmek olduğunu ifade ederken, %1.0’ mikrobun (virüsün) cinsel temasla bulaşması olabileceği yanıtını vermiştir. “Saydıklarımızdan hangisi veya hangileri rahim ağzı kanserine neden olabilir veya onu kolaylaştırabilir” sorusuna verilen yanıtların dağılımı incelendiğinde (Tablo 18), doğru fikri olanların oranının yükseldiği görülmektedir. Fakat söylenene katılma, bilmeden söyleneni kabul etme niteliğinde de olabilir. Bu bulgulardan kadın popülasyonunun yaygın olarak bu konuda yeni bilgi ve tutumlara ihtiyaç duyduğu anlaşılmaktadır.

Kadınlara son soru olarak “Pap test yaptırmayı ister misiniz? sorusu sorulmadan önce serviks kanseri ve Pap test hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Bu bilgilendirmeyi takiben kadınların yaklaşık yarısının yaptıрма isteğini ifade etmesi, bu konuda her çabanın önemli olduğunu fakat tüm popülasyona yönelik değişimin sürekli ve etkili çok yanlı çalışmalarla ancak gerçekleştirilebileceğini düşündürmektedir. Test yaptırmayı isteyenlerin oranının, okul bitirmemiş grupta % 23.7, ilk öğretim grubunda %54, lise veya yüksek öğretim grubunda % 78.5 olarak bulunması değişimin düşük eğitim gelirli grup için daha çok çaba gerektiğini düşündürmektedir.

6.SONUÇ

Sivas İl Merkezi'nde yaşayan kadınların kendi sağlığı hakkında bilgileri ve bilinçleri konusunda çok önemli sorunlar ve yetersizlikler vardır. Kadınların serviks kanseri belirtileri ve risk faktörleri, jinekolojik muayene olmanın önemi, erken teşhisin anlamı ve önemi, Pap testinin önemi ve Pap test aralıkları konusunda bilgi ve bilinçleri çok kötü düzeydedir. Kadınların kadınlarda görülen ve öldürücü olabilen kanserler hakkındaki bilgileri önemli ölçüde eksiktir, kendileri ile ilgili kanserler ve hastalıklar yönünden genel bir bilgisizlik ve bilinç eksikliği mevcuttur. Bilgi eksikliği ve bilinçli olmamalarında sağlık personeli ve hekimlere de önemli görevler ve sorumluluklar düşmektedir. Çünkü sağlık personelinin de eğitim verme konusunda eksik ve yetersiz olduğu kanaatindeyiz. Ülkemizde WHO hedeflerine ulaşılması için çalışmalar son yıllarda başlamıştır. Toplum bazlı tarama programı için hedefler belirlenmiş ve çalışmalar devam etmektedir. Henüz toplum bazlı tarama programı ülkemizde yerleşmemiştir. Tarama programlarının oluşturulması için çalışmaların devam etmesi gerekmektedir.

7.ÖNERİLER

1. Sivas İl Sağlık Müdürlüğü ve Sivas İl Merkezinde de bulunan KETEM ile işbirliği yaparak sağlık personeline hizmet içi eğitim vererek serviks kanseri ve Pap testi taraması için bilgi ve duyarlılıklarının artırılması sağlanabilir. Böylelikle sağlık personeli her vizitte hastaları eğitmek için daha yoğun çaba gösterebilir daha duyarlı olabilir.

2. Sivas İl Sağlık Müdürlüğü ve Sivas İl Merkezinde de bulunan KETEM ile işbirliği yapılarak halk eğitimleri artırılabilir. Bu eğitimler için sağlık ocakları, halk eğitim merkezleri, hastane konferans salonları, yerel televizyonlar kullanılabilir. Eğitim programlarında kadınların eğitim düzeyleri dikkate alınmalı ve anlaşılır bir dil kullanılmalıdır. Kadınlara serviks kanseri risk faktörü ve belirtilerinin önemi, erken teşhisin önemi, Pap testinin önemi, Pap testi yaptırma aralıkları, taramanın anlamı ve önemi konusunda bilgi ve eğitim verilmesi için çalışmalar yapılmalıdır. Kadınların bilgi ve bilinçlenmeleri için medya ve kitle iletişim araçlarına daha fazla yer verilmelidir. Medyanın mutlak her evde olduğu ve bütün kadınlara ulaşmada en önemli faktör olacağı unutulmamalıdır.

3. Türkiye de serviks kanseri morbidite ve mortalitesini düşürmek için gerekli alt yapı için daha fazla zaman kaybetmemeli ve en kısa zamanda toplum bazlı tarama sistemi 35 yaş ve üzeri kadınlar için oluşturulmalıdır. Unutmayalım ki hangi kanser olursa olsun, kanser tedavisi için tarama yapmaktan daha fazla ekonomik kayba uğruyoruz.

8.KAYNAKLAR

1. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2006 Yılı Kanser Raporu.
2. Foltz AM, Kelsey SL, Annual Pap Test: dubious policy success *Mulbank Mem Find&Health Soc* 1978;54:426–62.
3. Paraskevaidis E, Bilirakis E. Cervical regeneration after diathermy excision of cervical intraepithelial neoplazi as assessed by transvaginal sonography. *Evr J.Obstet Gynecol and Reprod Biol* 2002;102:88–91.
4. Te Linde's Operative Gynecology Dokuzuncu Basım (Türkçe Basım) Jhan A.Rock, HowardW,JonesBölüm45-46sayfa;1231.1232.1233.1234.1235.1252.1254.
5. Bosch FX, de Sanjose S Human Papillomavirus and cervical Cancer burden and assessment of causality. *J Natl Cancer Inst Monographs* 2003;2003: 3–13.
6. Jemal A,Thomas A, Murray T,et Al. Cancer statistics,2002. *CA J Clin* 2002;52:23–47.
7. Myers ER, McCrory DC, Nanda K, et al. Mathematical model for the natural history of human papillomavirus infection and cervical carcinogenesis *Am J Epidemiol* 2000;151: 1158–1171.
8. Sağlık Bakanlığı Kanser İstatistikleri 2003.Erişim: <http://www.saglik.gov.tr/KSDB/>
9. Ulusal Kanser Danışma Kurulu, Erken Tanı ve Tarama Alt Kurulu Raporu, Türkiye.
10. Kanser Erken Teşhis ve Eğitim Merkezi.Erişim:<http://www.ddh.gov.tr/ketem.html>.
11. Dısaia J.Phılıp, Creasman T. William; Klinik Jinekolojik Onkoloji:2003;altıncı baskı (sayfa;3–61,633).
12. Sankaranarayanan R, Ramani S, Wesley R.Servikal Neoplazilerde Gözle Tarama Pratik El Kitabı. 1. baskı. Ankara 2005.
13. Patnick J. Cervical cancer control in Europe. *CME Journal of Gynecologic Oncology* 2000;5:8–12.
14. Patnick J.Cervikal screening programme. *J Med Screen* 1999;6:57.
15. Stilson T, Knight AL, Elsvick RK Jr. The effectiveness and safety of two cervical cytologic techniques during pregnancy. *Journal of Family Practice* 1997;45:159–63
16. Hatch KD. Handbook of colposcopy. Diagnosis and treatment of Lower Genital Tract Neoplasia and HPV Infections. Boston: Litle, Brown and Co 1989;7–19.
17. Atasü T. , Aydınlı K. , ; Jinekolojik Onkoloji; 1999;ikinci baskı (sayfa: 178–259)
18. Atasü T. , Şahmay S. ; Jinekoloji; 2001; ikinci baskı (sayfa 249–254).

19. Schiffman MH, Bower HM, Heover RN, Glass AG, Codell DM: epidemiyolojik evidence showing that human papillomavirus infection causes most cervical intrepithelial neoplasia. Articles Journal of the National Cancer İnstitute 1993;85:958-964.
20. Buckley CH, Butler EB, Fox H: Cervical İntraepithelial Neoplasia. Review article,1981.
21. Cheng X, Bian X, Lang J, Gai M, Liu X, Zhang J, Liu M.Papanicolaou test in pregnancy; Zhongguo Yi Xue Ke Xue Yuan Xue Bao. 2000 Apr; 22 (2): 174–6
22. APGO Objectives. Cervical neoplasia and carcinoma. In Beckman CRB et al, editors. Obstetrics and Gynecology. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2002. p. 547–565.
23. Raab SS, Hart AR, D'Antonio JA, Grzybicki DM. Cincal perception of disease probability associated with Bethesda system diagnoses. Medscape General Medicine (serial online) 2001; 1(1) : [11 screens]. Available from: URL: <http://www.medscape.com/viewarticle/40685>
24. Banks E. Highlights in gynecology from the annual meeting of the American College and Obstetricians and Gynecologists. Medscape General Medicine (serial online 2002 June; 1(1): [5screens]. Available from:URL:<http://www.medscape.com/viewarticle/434334>
25. Çiçek NM, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A.Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi 2. baskı. Ankara 2006;sy 863.
26. American Cancer Society Cancer Facts & Figures 2007Erisim: <http://www.cancer.org/downloads/STT/CAFF2007PWSecured.pdf>
27. National Cancer İnstitute 2007Erisim: <http://www.cancer.gov/cancertopics/wyntk/breast/page4>
28. Berek S.J., Adashi E.Y., Hillard A.P.; Novak Jinekoloji; 1998; birinci baskı (sayfa; 435, 458–1111)
29. Sitas F, Madhoo J, Wessie J. Incidence of histologically diagnosed cancer in South Africa, 1993–1995. National Cancer Registry. Johannesburg: South African Institute of Medical Research, 1998.

30. Quinn MA. Screening and prevention of gynaecological cancer. *Rev Gynaecol Prac* 2003;3:148–155
31. De Villiers EM. Human papillomavirus. Introduction. *Semin Cancer Biol* 1999;9:377.
32. Munoz N. Human papillomavirus and cancer: the epidemiological evidence. *J Clin Virol* 2000;19:1–5.
33. Van Oortmarssen GJ, Habbema JD. Epidemiological evidence for age-dependent regression of pre-invasive cervical cancer. *Br J Cancer* 1991;64:559–65.
34. Castle PE, Wacholder S, Lorincz AT, et al. A prospective study of high-grade cervical neoplasia risk among human papillomavirus infected women. *J Natl Cancer inst* 2002;94:1406–14.
35. Figuerosa JP, Ward E, Luthi TE, et al. Prevalence of human papillomavirus among STD clinic attenders in Jamaica: Association of younger age and increased sexual activity. *Sex Transm Dis* 1995;22:114–118.
36. Moscicki AB, Burt VG, Kanowitz S, et al. The significance of squamous metaplasia in the development of low-grade squamous intraepithelial lesions in young women. *Cancer* 1999;85:1139–1144.
37. Prevalence of HPV infection among females in the USA, *JAMA*. 2007 Feb 28;297(8): 813–9
38. Arends MJ, Buckley CH, Wells MA. Etiology, pathogenesis and pathology of cervical neoplasia. *J Clin Pathol* 1998;51:96–103.
39. Sherman ME, Schiffman m, Herrero R. Performance of a semiautomated Pap smear screening system: results of a population based study conducted in Guanacaste, Costa Rica. *Cancer* 1998;84:273–80.
40. Gay JD, Donaldson LD; Goellner JR. False negative results in cervical cytologic studies. *Acta Cytol* 1985;29:1043–6.
41. Koutsky LA, Holmes KK, Critchlow CW, et al. A cohort study of the risk of cervical intraepithelial neoplasia grade 2 or 3 in relation to HPV infection. *N. Engl J Med* 1992;327:1272–8.
42. Bosh FX, Munoz N, de Sanjose S et al. Risk factors for cervical cancer in Colombia and Spain. *Int J cancer* 1992;52:750–8.
43. Kuyumcuoğlu U. 2007, Dicle Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Dersi HPV ve

aşı ders notu.

44. Goldie SJ. , KIM JJ. , Kobus K. , Goldhaber-Fiebert JD. , Salomon J.2005.Cost effectiveness of HPV 16,18 vaccination in Brazil. Epub a head of print.
45. Cronje HS. Screening for cervical cancer in a developing countries. Int J Gynecol and Obstet 2004;84:101–108.
46. www.fda.gov.
47. Klinkhamer PJ, Meering WJ, Rosier PF, Hanselaar AG. Liquid based cervical cytology Canser 2003;99:259–62.
48. Limaye A,Connar AJ, Huang X, Luff R.Comparative analysis of conventional Papanicolaou test and a fluid-based thin-layer method Arch Pathol Lab Med 2003;127: 200–4.
49. Agency for Health Care Policy and Research,www.ahrq.gov
50. Saslow D, Runowicz CD, Solomon D, et al. American Cancer Society guideline for the early detection of cervical neoplasia and cancer CA Cancer J Clin 2002;52:342–62
51. ACOG Practice Bulletin No.45 Obstet Gynecol 2003;102:417–27
52. Prof. Dr. Gamze Mocan KUZHEY Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji ABD. Sitopatoloji Ünitesi 2004 Türk-Alman Jinekoloji Kongresi Sitolojide Güncel Değişiklikler adlı sunumundan.
53. Cancer Screening Test Recommended by the Tast Force JNCI 1996;88(2)74–6.
54. Hakama M.Potential contribution of screening to cancer mortality reduction cancer. Detect Prev 1993;17(4/5):513–20.
55. Wilson J,Jungner G.Principles and practice of screening for disease. World Health Organization Public Health Paper 34,WHO, Geneva 1968.
56. Greenlee RT, Murray T, Bolden S, Wingo PA. Cancer statistics 2000. CA Cancer J Clin 2000;50:7–33
57. McCrory DC, Matchan BB, Bastain L, et al. Evaluation of cervical cytology. Evidence Report Technology Assessment no.5AHCPR Publication No. 99–010, Rockville, MD: Agency for Healthcare Policy and Research; 1999.
58. Fahey MT, Irwig L,Macaskill P.Meta-analysis of Pap test accuracy. Am J Epidemiol 1995; 141: 680–9.
59. DeMay RM. Cytopathology of false negatives preceding cervical carcinoma. Am J

- Obstet Gynecol 1996;175:1110–3.
60. Shingleton HM, Patrick RL, Johnston WW, Smith RA. The current status of the Papanicolaou smear. *CA Cancer J Clin* 1995;45:305–20
61. www.cytopathology.org
62. WHO meeting. Control of cancer of the cervix uteri *Bull World Health Organ* 1986;64: 607–18.
63. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* March 2003 Meta-analysis of PAP smear Sensivity and Specificity.
64. Farklı Meslek Gruplarına Mensup 15–65 yaş arası kadınların, meme ve serviks kanserinden korunma ile ilgili bilgi ve davranışlarının değerlendirilmesi, *Halk Sağlığı A.B.D. Yüksek Lisans Tezi*, 2007, sayfa;62.
65. *Gülhane Tıp Dergisi* 2006;48:25–29, Kadınların Pap Smear Yaptırma durumları ile bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi.
66. Cochran WG. *Sampling Techniques*. Second Edition, John Wiley and Sons, New York and London, 1963, 413 pp.
67. TNSA(Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması) 2003 rapor sonuçları.
68. Gakidou E, Nordhagen S, Obermeyer Z. Coverage of cervical cancer screening in 57 countries: Low average levels and large inequalities. *PLOS Medicine*. 2008; 5: 863–868.
69. Birol L (1985) Hastanede yatan hastaların tıbbi terminoloji bilgisinin araştırılması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12:1, 15–22. //Cengiz G(1980) Hastaların hastaneye yatışı ve hemşire. *Türk Hemşireler Dergisi*, 1:4, 44–47.
70. Billing JA (1977) Pelvic examination instruction and doctor patient relationship. *J. Medication Education*, 52:10. 7//Jensen MD (1982) *Maternity and Gynecologic Care. The Nurse And Family*. St. Louis The CV Mosby Comp. s.206 229. //Jonsen SR (1987) *Gynecologic And Obstetric*. W Drafemueller, JJ Scianna, Harper and Rom Publishers, Philedelphia.
71. *Türk Onkoloji Dergisi* 2007;22(1):22–28.
72. Kalyoncu C, Işıklı B, Özalp S, Küçük N. Osmangazi Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine başvuranların Pap smear hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları. *Sağlık ve Toplum* 2003;13:60–66.

73. Emdon S, Gerard U, Jones R. Knowledge about and utilization of facilities for cervical smears among black women in Johannesburg. *S. Afr Med. J*; 25; 65(8): 289–90, 1984.
74. www.aksaraydevlethastanesi.gov.tr. Meme Kanseri İle Serviks Kanseri Konusunda Sağlık Personelinin Bilgi Ve Davranışlarının Ölçülmesi Aksaray Devlet Hastanesi, Kanseri Erken Teşhis Ve Tarama Merkezi (Ketem).
75. The frequency of Pap smear screening in the United States Brenda E. Sirovich, MD, MS, H. Gilbert Welch, MD, MPD. *J Gen intern MED*, 2004; 19: 243–250.
76. HO V, YAMAL JM, ATKINSON EN, BASEN-ENGQUIST K, TORTOLERO-LUNA G, FOLLEN M (2005). Predictors of Breast and Cervical Screening in Vietnamese Women in Harris County, Houston, Texas. *Cancer Nurs. Mar- Apr*; 28 (2) : 119 – 29
77. ISLAM N, KWON SC, SENIE R, KATHURIA N (2006). Breast and Cervical Cancer Screening Among South Asian Women in New York City. *J Immigr Minor Health Jul*; 8 (3) : 211–21.
78. Yu CK, Rymer J: Women's attitudes to and awareness of smear testing and cervical cancer. *Br J Fam Plan*; 23(4): 127–33, 1998.
79. WANG PD, LIN RS (1996). Sociodemographic Factors of Pap Smear Screening in Taiwan. *Public Health. Mar*; 110 (2): 123–7.
80. UDÍGWE GO (2006). Knowledge, attitude and practice of cervical cancer screening (Pap smear) among female nurses in Nnewi, South Eastern Nigeria. *Niger J Clin Pract. Jun*; 9 (1) : 40–3.
81. ANYA SE, OSHI DC, NWOSU SO, ANYA AE (2005). Knowledge, Attitude and Practice of Female Health Professional Regarding Cervical Cancer and Pap Smear. *Niger J Med. Jul-Sep*; 14 (3) : 238–6.
82. MUTYABA T, MMIRO FA, WEIDERPASS E (2006). Knowledge, Attitudes and Practices on Cervical Cancer Screening Among The Medical Workers of Mulago Hospital, Uganda. *BMC Med. Educ. Mar* ; (1) 13–6.

EK 1. ANKET FORMU:**SİVAS İL MERKEZİNDE YAŞAYAN 35 YAŞ VE ÜZERİ KADINLARDA SERVİKS KANSERİ VE PAP SMEAR TESTİ HAKKINDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞ ANKET FORMU:**

- 1) Form No:
- 2) Sağlık Ocağı:.....Sağlık Evi(Ebe):.....
- 3) Ev Adresi:
- 4) Doğum Tarihi:
- 5) Eğitim Durumu:
 - 1) OYD
 - 2) OY
 - 3) İlkokul
 - 4) Ortaokul
 - 5) Lise
 - 6) Yüksekokul
- 6) Çalışma Durumu:
 - 1) Çalışıyor
 - 2) Çalışmıyor
- 7) Medeni Durum:
 - 1) Evli
 - 2) Evli ayrı yaşıyor
 - 3) Eşi ölmüş
 - 4) Hiç evlenmemiş
- 8) Ailenin aylık geliri nedir? (Kira düştükten sonra)

- 9) Hane halkı sayısı nedir?

- 10) Sosyal güvenceniz nedir?
 - 1) Emekli Sandığı
 - 2) SSK
 - 3) Bağ Kur
 - 4) Yeşil Kart
 - 5) Diğer
 - 6) Yok

11) Menopoza kaç yaşında girdiniz? (Adetten kesilme üzerinden geçen sürenin 12 ay olduğu yaşınız)

12) Gebelik ve doğum dışında hiç jinekolojik muayene yaptırdınız mı?

1) Evet

A) Nerede:

1) Hastane Kadın-doğum

2) AÇSAP

3) Kadın-doğum muayenehane

4) Diğer:

B) Kim:

1) Kadın-doğum doktoru

2) AÇSAP doktoru

3) Ebe

4) Diğer

2) Hayır

13) Gebelik ve doğum dışında son beş yıl içinde kaç kere jinekolojik muayene yaptırdınız?

14) Yakalanmaktan korktuğun herhangi bir organ kanseri var mı? Hangi organ kanserlerinden korkuyorsun?

15) Kadınlarda görülen ve öldürücü olabilen bir organ kanseri biliyor musunuz?

1) Evet, (Hangi kanser veya kanserler) :

2) Hayır

16) Rahim ağzı kanserinin erken teşhisi mümkün müdür yoksa mümkün değil midir? Bu konuda siz ne dersiniz?

1) Evet, mümkün (Nasıl) (Verilen cevabın laf olsun diye bir evet mi olup olmadığı konularak ortaya konmaya çalışılacak).

a) Açıklaması tatmin edici ve yeterli

b) Açıklama tatmin edici ve yeterli değil

2) Hayır, mümkün değil

17) Rahim ağız kanserinin erken teşhisi için yapılan testin adını duydunuz mu?

- 1) Evet (Nedir:.....)
- 2) Hayır

18) Pap smear nedir bu sözü duydunuz mu?

- 1) Evet (Nedir:.....)
- 2) Hayır

19) Rahim ağız kanserinin erken teşhisi için yapılan test konusunda bildiklerinizi ifade eder misiniz?

İfade edilmesi beklenen bilgi öğeleri (Yaklaşık ifadeler kabul edilmiştir)	İfade etti	İfade etmedi
Kolay ve ucuz bir testtir		
Jinekolojik muayene yapılmasını, rahim ağzından sürüntü alınmasını gerektirir		
Yapılan muayene ve işlem zedeleyici (can acıtıcı) değildir		
Alınan sürüntü cama yayılır ve mikroskopta incelenmesi için laboratuara götürülür		
Laboratuar sonucu rahim ağız kanserinin erken teşhisi konusunda bilgi vericidir		
Erken teşhis edildiği zaman tedavisi tam ve kolaydır. Teşhis geciktiği zaman tedavi güçleşir ve öldürücü olabilir		

- 20) Rahim ağzı kanserinin erken teşhisi için yapılan test (Pap testi) nasıl bir testtir, Ne dersin?

Test ile ilgili araştırmacının sırayla ve anlaşılmayı kolaylaştırıcı ifadeler kullanarak sorduğu sorular	Doğru cevap verdi	Doğru cevap vermedi
Kolay mı? Zor mu?		
Nasıl yapılır (Kan testi mi? idrar testi mi? Kadın doğum doktoru muayenesini mi gerektirir?		
Yapılan muayene ve işlem zedeleyici(can acıtıcı) mi değil mi?		
Kadın doğum muayenesi sonrası ne olur?		
Ne yarar sağlar		
Kimler yaptırmalıdır? Kaç kere yapılmalıdır? Hangi aralarla yapılmalıdır? Nerede yaptırılabilir?		

- 21) Hayatınızda bugüne kadar rahim ağzı kanseri yönünden kontrol için bir test yaptırdınız mı?

- 1) Evet, (Tanımlayabilir misiniz?)
- 2) Hayır

- 22) Rahim ağzı kanseri testini yaptırdıysanız şu soruları cevaplayınız?

- 1) En son ne zaman rahim ağzı kanseri testi yaptırdınız?
- 2) Bugüne kadar kaç defa bu testi yaptırdınız?
- 3) İlk bu testi yaptırdığınızda kaç yaşında idiniz?

- 23) Bugüne kadar yaptırmış olduğunuz rahim ağzı kanseri testlerinin sonuçları ne oldu?

Sayısı:

Normal Dışı Sonuç Sayısı:

Müdahale Yöntemi (Her Anormal Sonuç İçin Ne Yapıldığı Biliyor musunuz ?) :

- 24) Son bir yıl içinde kaç defa herhangi bir sağlık sorunu için doktora gidip muayene oldunuz?
- 25) Kadın doğum doktoru dışında size rahim ağzı kanseri için kontrol muayenesi olmanızı söyleyen bir doktor hiç oldu mu?
 1) Evet (Kaç kere söylenmiş)
 2) Hayır, olmadı
 3) Hatırlamıyorum
- 26) Sizi rahim ağzı kanseri erken teşhisi veya kontrolü için kadın doğum doktoruna sevk eden bir doktor oldu mu?
 1) Evet (Kaç kere söylenmiş)
 2) Hayır, olmadı
 3) Hatırlamıyorum
- 27) Sizi rahim ağzı kanseri erken teşhisi veya kontrolü için kadın doğum doktoruna gitmenizi tavsiye eden her hangi bir kişi oldu mu?
 1) Evet (Kim) :
 2) Hayır
- 28) Sizce rahim ağzı kanseri neden ortaya çıkar? Neler kolaylaştırır? (Eğer hiçbir cevabınız yoksa şu söylediklerimden hangisi neden gösterilebilir?)

	Biliyor	Bilmiyor
Rahim ağzından sık sık enfeksiyon geçirmek (Mikrobu, virüsü var)		
Mikrobun (Virüsün) cinsel temasla bulaşması		
Beslenme ve kilolu olma		
Erken evlenmek veya ilk cinsel ilişkinin erken yaşta olması		
Sigara kullanmak		
Erken ilk gebelik yaşı ve çok sayıda doğum yapmak		
Düşük sosyoekonomik düzey		
Düşük eğitim düzeyi		

Bu testi yaptırmayı ister misin? Ne kadar çok (1ile 5 arasında bir not ver):

Ne düşünerek bu notu verdin?
