



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ**

**GEBE KADINLARIN PAP SMEAR TESTİ KONUSUNDA BİLGİ
DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

**TUĞBA TOKGÖZ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. AYTEN DİNÇ**

İSTANBUL-2009

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Tuğba TOKGÖZ tarafından hazırlanan
“Gebe Kadınların Pap Smear Testi Konusunda Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi” konulu
çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 29.09.2009

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

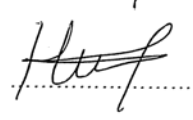
Jüri Üyesi :Yrd.Doç.Dr.Ayten DİNÇ
:Serbest
(Danışmanı)



Jüri Üyesi :Prof.Dr.Nezihe KIZILKAYA BEJİ
:İstanbul Üni./ Florence Nigh. HYO



Jüri Üyesi :Yrd.Doç.Dr.Hatice YORULMAZ
:Haliç Üniversitesi / HYO.



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun
görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

I. TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans dönemi boyunca bilgileriyle bana yol gösteren, çalışmalarım süresince benden yardım ve desteğini esirgemeyen değerli danışman hocam Dr. Ayten Dinç'e,

Araştırma süresince bana her konuda destek olan Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başkekimi Doç. Dr. Alper Cihan'a, benimle ve tezimle yakından ilgilenen Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhemşiresi Uzman Hemşire Fatma Kurnaz'a ve veri toplama sürecinde çalışmalarına yardımcı olan Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Asistanı Dr. Hatice Kübra Kökçen'e,

Her zaman yanımda olduklarını bana hissettiren sevgili aileme ve nişanlım Özkan Çiçek'e yürekten teşekkür ederim.

Tuğba Tokgöz

II. İÇİNDEKİLER

I. TEŞEKKÜR.....	I
II. İÇİNDEKİLER.....	II-IV
III. KISALTMALAR.....	V
IV. ŞEMA LİSTESİ.....	VI
V. TABLO LİSTESİ.....	VII-VIII
1. ÖZET.....	1
2. SUMMARY.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3-4
4. GENEL BİLGİLER.....	5
4.1 Tarihçe.....	5
4.2 Serviksin Anatomik Özellikleri.....	6-7
4.3 Serviksin Embriyolojisi.....	8
4.4 Serviko-vajinal Sitoloji.....	8
4.5 Smear Alma Yöntemi.....	9-10
4.5.1. Servikal Kanselerde Tarama.....	11-12
4.6 Bugüne Kadar Yapılan Belli Başlı Sınıflamalar.....	13
4.6.1. Papanicolaou Sınıflaması.....	13
4.6.2. Bethesda Sistemi-Servikal / Vajinal Sitolojide Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü Terminolojisi ve Sınıflaması.....	14-17
4.7. Servikal Kanser.....	18
4.7.1. Servikal Kanser Sıklığı.....	18
4.7.2. Türkiye’de Servikal Kanser Sıklığı.....	19
4.7.3. Serviks Knaserlerinde Risk Faktörleri.....	19-22
4.8. Gebelikte Servikal İntraepitelyal Lezyonlar ve Serviks Kanseri.....	23-24
4.9. Gebelikte Servikal Lezyonlar ve Serviks Kanseri.....	24-28
4.10. Serviks Kanserin Önlenmesinde ve Erken Tanısında Hemşirenin Rolü.....	29-30
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	31
5.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli.....	31

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	31
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	31
5.4. Araştırmanın Uygulanması.....	31-32
5.5. Verilerin Toplanması.....	32
5.5.1 Görüşme Formu.....	32
5.5.2 Pap Smear Testi.....	32
5.5.3. Ayre Spatulası.....	33
5.5.4. Bethesda Sınıflaması.....	33
5.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	33
5.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	34
5.8. Tez Çalışmasında Kullanılan Mevcut Olanaklar.....	34
5.9. Tezin Yürütülmesinde İş Birliği Yapılan Yerler Ve Kişiler.....	34
5.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	34
5.11. Araştırmanın Varsayımları.....	35
5.12. Araştırmanın Yapılması Sırasında Karşılaşılan Durumlar.....	35
6. BULGULAR.....	36
6.1. Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	36
6.1.1. Gebelerin Sosyo- Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	36-39
6.1.2. Gebelerin Obstetrik Ve Jinekolojik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	39-42
6.2. Gebelerin Pap Smear Testi Ve Servikal Kansere İlgili Bilgi Düzeylerine İlişkin Bulgular.....	42-49
6.3. Gebelerin Pap Smear Sonuçlarına İlişkin Bulgular.....	50-51
7. TARTIŞMA.....	52
7.1. Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerini İçeren Bilgilerin Tartışılması.....	52
7.1. Gebelerin Sosyo- Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	52-55
7.1.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Tartışılması.....	55-56
7.2. Gebelerin Pap Smear Testi ve Servikal Kansere İlgili Bilgi Düzeylerine İlişkin Verilerin Tartışılması.....	57-59
7.3. Gebelerin Pap Smear Sonuçlarına İlişkin Verilerin Tartışılması.....	60-61

8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	62
8.1. Sonuçlar.....	62-63
8.2. Öneriler.....	63
9.EKLER.....	64
9.1. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dilekçesi (Ek-1).....	65
9.2. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı (Ek-2).....	66
9.3. Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ek-3)..	67-68
9.4. Anket formu (Ek-4).....	69-72
9.5. Bethesda Sınıflaması (Ek-5).....	73
10. KAYNAKLAR.....	74-79
11. ÖZGEÇMİŞ.....	80

III. KISALTMALAR

AIS: Adenokarsinoma in situ

AGUS: Atypical glanduler cells of undetermined significance (anlamı saptanamayan anormal glanduler hücreler)

ASC: Atipik skuamöz hücreler

ASC-H: Yüksek gradeli lezyonların ekarte edilmesi gereken grup

ASC-US: Atypical squamous cells of undetermined signifiience (anlamı saptanamayan anormal yassı epitelyum hücreleri)

BS: Bethesda Sistemi

CIN: Servikal İntraepitelyal Neoplazi

CIS: Karsinoma in situ

HIV: Human immün deficiency virüs

HPV: Human papilloma virüs

HSIL: High grade squamous intraepitelial lesions (yüksek grade'li yassı epitelyum lezyonları)

HSV: Herpes simplex virüs

LSIL: Low grade squamous intraepitelial lesions (düşük grade'li yassı epitelyum lezyonları)

PAP: Papanicolaou

IV. ŞEMA LİSTESİ

Şema 1 Pap Smear Sonucu Anormal Geldiğinde Uygulanması Gereken Tedavi ve Takip Protokollerinin Özeti

V. TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Gebelerin Yaş, Eğitim, Meslek ve Sosyo-Ekonomik Durumlarına Göre Dağılımları

Tablo 2: Gebelerin Evlenme Yaşı, Evlilik Süresi ve Partner Sayısına Göre Dağılımları

Tablo 3: Gebelerin Sigara Kullanım Durumlarına Göre Dağılımları

Tablo 4: Gebelerin Trimestirlere Göre Dağılımları

Tablo 5: Gebelerin Gebelik Sayıları, Canlı Doğum Sayıları, Önceki Doğum Şekli, Düşük ve Küretaj Öykülerine Göre Dağılımları

Tablo 6: Gebelerin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık Geçirme Durumuna İlişkin Özelliklerin Dağılımı

Tablo 7: Gebelerin Daha Önce Jinekolojik Muayene Olma Durumlarına Göre Dağılımları

Tablo 8: Gebelerin Jinekoloji Polikliniğine Başvurma Nedenlerine Göre Dağılımları

Tablo 9: Gebelerin Ailesinde Kanser Öyküsü Olma Durumu ve Kanser Tipine Göre Dağılımları

Tablo 10: Gebelerin Pap Smear Testini Duyma ve Yaptırma Durumuna Göre Dağılımları

Tablo 11: Gebelerin Pap Smear Testi Yaptırma Zamanına Göre Dağılımları

Tablo 12: Gebelerin Pap Smear Testini Öneren Kişilere Göre Dağılımları

Tablo 13: Gebelerin Pap Smear Testinin Yapılma Nedenini Bilme Durumuna Göre Dağılımı

Tablo 14: Gebelerin Pap Smear Testi Yaptırma Nedenini Bilme Durumunun Yaş, Meslek, Doğurganlık, Öğrenim Durumu ve Sosyo-Ekonomik Değerlerle Karşılaştırılmasına Yönelik Verilerin Dağılımı

Tablo 15: Gebelerin Pap Smear Testini Kimlerin Yaptırması Gerekliğini Bilme Özelliklerine Göre Dağılımları

Tablo 16: Gebelerin Pap Smear Testini Yaptırma Sıklığını Bilme Durumuna İlişkin Verilerin Dağılımı

Tablo 17: Gebelerin Serviks Kanserini Duyma ve Bilme Durumuna İlişkin Özelliklerin Dağılımı

Tablo 18: Gebelerin Serviks Kanserinden Korunmak İçin Yapılması Gerekenler Hakkında Bilgi Düzeylerinin Dağılımı

Tablo 19: Gebelerin Kendilerini Serviks Kanseri Açısından Riskli Görme Durumuna İlişkin Verilerin Dağılımı

Tablo 20: Gebelerin Kendilerini Serviks Kanseri Açısından Riskli Görme Nedenlerine Göre Dağılımı

Tablo 21: Gebelerin Smear Sonuçlarına Göre Dağılımı

Tablo 22: Gebelerin Enfeksiyon Etkenlerine Göre Dağılımı

Tablo 23: Gebelerin Bethesda Sınıflaması'na Göre Smear Sonuçlarının Dağılımı

1. ÖZET

Gebe Kadınların Pap Smear Testi Konusunda Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi

Amaç: Bu çalışma, gebe kadınların pap smear testi konusunda bilgi düzeylerinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı yöntemle gerçekleştirildi.

Gereç ve Yöntem: Araştırma; Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'nde 22 Aralık 2008–22 Mart 2009 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırmanın örneklemini; Kadın Doğum Polikliniği'ne başvuran gebelerden rastgele seçilen ve son 1 yıldır smear aldırmadığını bildiren, gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden 103 gebe oluşturdu. Araştırmaya kabul ölçütleri arasında son 48 saat içinde koitusta bulunmamış, vajinal ovül kullanmamış ve vajinal lavaj yapmamış olması yer aldı. Gebelere 33 sorudan oluşan anket uygulandı. Ayre spatulası kullanılarak pap smear alındı, patoloji laboratuvarında incelenerek Bethesda sistemi ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmamızda gebelerin yaş ortalaması $27,16 \pm 4,77$, % 98,1'i ev hanımı, % 62,1'i ilkokul mezunu olarak saptandı. Gebelerin % 50,5'inin pap smear testini daha önce duymadığı, % 60,2'sinin pap smear testinin niçin yapıldığını bilmediği, % 93,2'sinin serviks kanserini duyduğu ancak % 86,4'ünün serviks kanserinin belirtilerini bilmediği saptandı. Gebelerin smear sonuçlarının % 31,1'i normal sınırlarda bulunurken, % 16,5'inde enfeksiyon bulguları, % 54,4'ünde reaktif hücresel değişiklik ve % 1'inde ASCUS tespit edildi.

Sonuç: Antenatal kontroller pap smear taraması için iyi bir fırsattır. Rutin muayenenin bir bölümü haline getirilmesi pap smear testinin yaygınlaşmasını sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, servikal kanser, pap smear testi, tarama.

2. SUMMARY

Studying Pregnant Women's Knowledge Levels About Pap Smear Test

Aim: This study was planned according to definitive method in order to examine the pregnant women's knowledge levels about pap smear test.

Material and Method: The study was carried in Bağcılar Training and Research Hospital, Obstetrics and Gynaecology Polyclinic between the dates of 22 December 2008-22 March 2009. The research sample was comprised of 103 pregnant, voluntary women who were chosen with random selection among the ones who applied to Maternity Polyclinic, who also informed that they have not taken smear test for the last 1 year. Not having coitus in last 48 hours, not using vaginal pessary and not having vaginal lavage were among the acceptance criteria of the research. The pregnant women completed a questionnaire, comprising 33 questions. Pap smear was taken by using Ayre's spatula, then examined in pathology laboratory and assessed with Bethesda system.

Findings: In our study, mean age of pregnant women was $27,16 \pm 4,77$; 98,1% of them were housewives and 62,1% of them were primary school graduates. It was detected that 50,5% of pregnant women had not heard about pap smear test, 60,2 % of them had not known why pap smear test is made, 93,2% had heard about cervical cancer but 86,4% had not known the symptoms of cervical cancer. In smear results of pregnant women, 31,1% were within normal limits, 16,5% had infecton finding, 54,4% had reactive cellular differentiation and 1% had ASCUS.

Result: Antenatal controls are good occasions for pap smear screening. If pap smear test is made a part of routine examination, this test will become widespread.

Key words: Pregnancy, cervical cancer, pap smear test, screening

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Serviks kanseri dünya genelinde; kadınlarda görülme sıklığı açısından ikinci, kanserin neden olduğu ölümlerde ise üçüncü sırayı almaktadır (3). Her yıl dünya çapında 470.000'in üzerinde yeni vaka ve 233.400 ölüm görülmektedir. Bu olguların büyük bir çoğunluğu (%80) gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Türkiye'de ise en sık görülen jinekolojik kanserdir (3,5). İnsidansın en düşük ve en yüksek olduğu ülkeler arasında yaklaşık 20 kat fark vardır. Örneğin yaşamı süresince bir kadında servikal kanser gelişme riski İngiltere'de 1/116 iken, Güney Afrika'da 1/26'dır (52).

Gelişmiş ülkelerde son 50 yıldır rutin pap smear testinin kullanılmasıyla invaziv serviks kanseri oranları azalmıştır. Bu azalmanın, sitolojik incelemelerin yaygın kullanıldığı tarama programlarının başarısına bağlı olduğu bildirilmektedir (3,6). Ancak gelişmekte olan ülkelerde, tarama programlarının yetersizliği nedeniyle yüksek insidans ve mortalite sürmektedir (5,6,18).

Pap smear ideal bir tarama yönteminin özelliklerine sahiptir, ucuzdur, kolayca uygulanabilir (3). Yıllık PAP smear testi ile bir kadının serviks kanserinden ölme riskinin 4/1000'den 5/10000'e düştüğü tahmin edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı bir analizde 10 yılda bir yapılacak tarama ile dahi serviks kanseri insidansının %64 azaltılabileceği belirtilmektedir (1). Amerikan Kanser Derneği'nin (ACS) ve American Obstetrik ve Jinekoloji Koleji (ACOG) önerilerine göre servikal kanser taraması ilk cinsel ilişkiden 3 yıl sonra veya 21 yaşından itibaren başlamalıdır. 30 yaşından küçük kadınlardan yılda bir kez PAP smear alınmalı, 30 yaşından büyüklerde ise, ardışık 3 smear sonucunun negatif olduğu durumlarda en az 2-3 yılda bir tekrarlanmalıdır. Servikal kanser tarama sıklığı ne olursa olsun her kadına yılda bir kez pelvik muayene yapılmalıdır (52). ABD gibi gelişmiş ülkelerde kadınların % 85'i yaşamları boyunca en az bir kez Pap smear yaptırmış iken az gelişmiş ülkelerde bu oran sadece % 5'tir (6,18).

Gebelik, ülkemizdeki gibi periyodik olarak pap smear yaptırma alışkanlığı olmayan toplumlarda serviksin neoplastik ve enfeksiyöz hastalıklarının taranması için önemli bir fırsattır. Literatürde gebelik sırasında yapılan pap smear testlerinin %3-5'inde anormal sitoloji sonucu saptanmıştır. Birleşik Devletlerde servikal sitoloji rutin gebelik taraması arasında yer almaktadır. Birçok Batı ülkesinde sitolojik taramanın

antenatal takibin standart bir bölümünü oluşturmasına rağmen ülkemizde böyle bir tarama programı henüz mevcut değildir (1,52).

Gelişmiş ülkelerde kanser erken tanı programları konusunda eğitilmiş hemşireler halk sağlığı taramalarında ve eğitim programlarında sağlık ve sosyal bakım elemanları ile birlikte çalışarak vazgeçilmez bir rol üstlenmişlerdir. Hemşirelerin, kadınların serviks kanserinden korunma ve erken tanısı konusunda bilgi gereksinimlerini karşılamak, riskli aileleri taramaya cesaretlendirmek, smear testini uygulamak, tarama neticesinde elde edilen verileri toplamak, değerlendirmek gibi sorumlulukları vardır (5,6).

4. GENEL BİLGİLER

4.1 Tarihçe

Doğal veya artifisyel yolla dökülen servikovajinal hücrelerin incelenmesine dayanan sitolojik incelemelerin başlangıcı 19. yüzyılın ortalarına kadar dayanır. Bilindiği kadarıyla, klinik sitolojinin ilk uygulama alanlarından biri, vajinal hücrelerin incelenerek, kadın hastaların endokrinolojik durumlarının değerlendirilmesi olmuştur (2).

Hücre anomalilerinin saptanması ile ilgili ilk servikovajinal çalışmalar 1927 yılında yapılmıştır. 1928 yılında Papanicolaou ve Romanyalı araştırmacı Babes birbirlerinden habersiz olarak “vajinal smear” den servikal kanseri teşhis etmede yararlanılabileceğini gösterdiler. Papanicolaou ve Trout 1943 yılında var olan kanser ve kanser öncülerini saptamak için uterus serviksini pul pul dökülen hücrelerinden alınan örneklerle uyguladıkları pap sürüntüsü testini geliştirmişlerdir (57).

Papanicolaou tarafından kullanılan orijinal sitolojik sınıflandırma beş basamaktan oluşmaktaydı. Bu sınıflamada “ PAP 1” normal, benign olarak, “ PAP 5” ise invazif kanser açısından şüpheli olarak ifade ediliyordu. Bu terminoloji zamanla hafif, orta, ağır displazi ve karsinoma in situ histolojik terimleri ile yer değiştirdi. Zaman içinde histopatologların ve sitopatologların ağır displazi ve karsinoma in situ arasında kesin ve tekrarlanabilir ayırım yapamadıkları ortaya çıkmıştır. Bu yüzden 1976 yılında Richart ağır displazi ve karsinoma in situ kategorilerini bir araya toplayan servikal intraepitelyal neoplazi CIN 3 terimini önerdi (2,52).

Servikal intraepitelyal neoplazi, derece 1 (CIN1) hafif displazi ile aynı tanımlamadır ve CIN 2 orta displaziye benzerdir. Fakat CIN 3 ağır displazi ile karsinoma in situ’yu bir arada kombine etmiştir ve böylece 4 kategori olan sınıflandırma 3’e inmiştir. Bu pratik terminoloji klinisyenler tarafından onaylanmış ve tüm dünyada benimsenmiştir (2,43).

Daha sonra 12-13 Aralık 1988’de ABD’de National Cancer Institute önderliği altında uzman konsültanlar, ünlü sitopatologlar ve çeşitli tıbbi dernek temsilcilerinden oluşan bir komite toplanarak Bethesda Sistemi adı altında yeni ve tanımlayıcı bir rapor sistemi hazırladılar (5,6). Bu sistem 1991’de yeniden gözden geçirilmiştir. Daha sonra

6-8 Eylül 2001'de Bethesda'da yapılan büyük bir profesyonel grubun çalışmasıyla Bethesda 3 sistemi geliştirilmiştir (2).

Tarama testinden yeterli verimi alabilmek ve yalancı negatif sonuçları en aza indirebilmek için yeni teknoloji arayışları devam etmektedir. Sıvı bazlı ince yaymalar bu alanda geliştirilmiş en son yöntemdir. Thin-Prep smear ideal olmamakla birlikte zorunluluk durumunda kanama varlığında da alınabilir. Smear ile ilgili bir başka teknoloji de otomasyondur. PAPNET adı verilen bu yöntemde hazırlanan lam mikroskop altına konur ve bir bilgisayar görüntüyü yorumlar. Maliyetinin yüksek olması nedeniyle PAPNET'in rutin uygulanması önerilmemektedir, ancak 2-3 yılda bir uygulanıyorsa bu yöntemler tercih edilebilir (52).

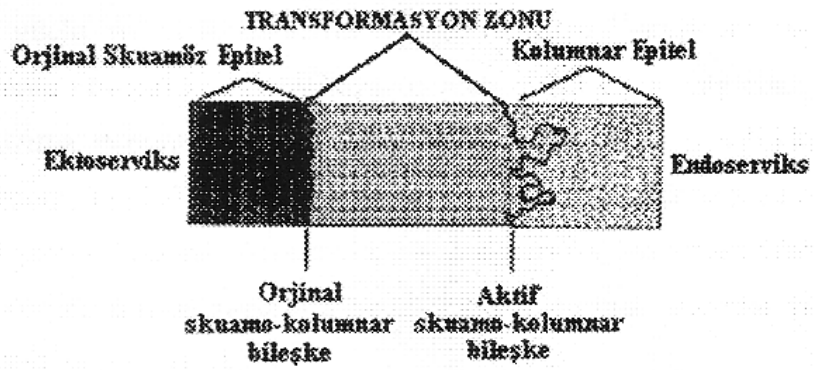
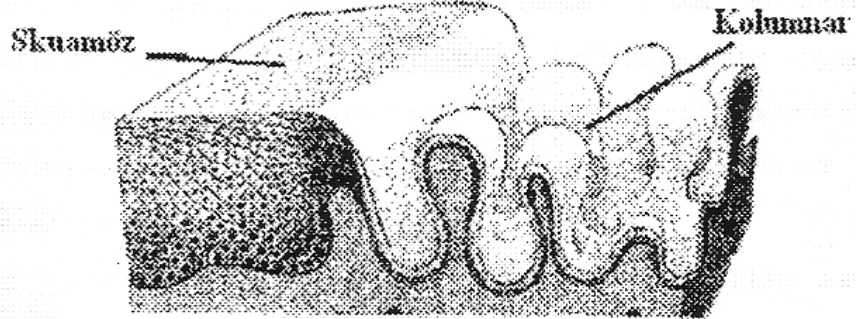
4.2 Serviksin Anatomik Özellikleri

Erişkinde uterusun alt 1/3 kısmını oluşturan serviks uteri 2-4 cm'dir. Serviks, uterusun endometriyal kaviteyle vajen arasındaki bağlantıyı sağlayan kısımdır (49,50). Serviksin vajina içerisinde kalan bölümü porsio vaginalis (ektoserviks) olarak adlandırılır. Porsiyonun dış kısmı, vagina epiteli gibi çok katlı yassı epitel ile, servikal kanal ise silindirik epitel ile örtülüdür. Ortasında uterus kavitesi ile vajinayı birleştiren servikal kanal bulunur. Kanalin uterusa açılan kısmına internal os, vajinaya açılan kısmına eksternal os adı verilir (49).

Doğum yapmamış kadınlarda eksternal os yuvarlaktır. Doğumdan sonra bu yuvarlaklık transvers bir çizgiye dönüşür. Serviksin en önemli özelliği doğum sırasında inceliş, açılmasıdır. Serviksin bu elastikiyetini sağlayan faktör, yapısında elastik fibrin ihtiva eden bağ dokusu ve kas fibrinlerinin olmasıdır.

Servikal kanalda bol miktarda mukus salgılayan glandlar (bezler) vardır. Sayıları 100'e kadar yaklaşan mukoz glandların salgısı kokusuz ve alkalendir (51). Bu mukus, spermilerin, asit olan vajende yaşamalarını sağlar ve bir tıkaç oluşturarak kavum uteriye mikroorganizma geçişini engeller. Porsiyonun çok katlı yassı epiteli ile servikal kanalın silindirik epitelinin birleşme sınırı (skuamokolumnar bileşke) özellikle serviks kanserinin en sık geliştiği bölge olarak özel bir önem taşımaktadır (5,49).

SKUAMO-KOLUMNAR BİLEŞKE



Şekil 1. Skuamo-Kolumnar Bileşke

Skuamokolumnar birleşim bölgesi sabit değildir ve hormonların etkisi altında içeri veya dışarı doğru yer değiştirir. Puberteden sonra eksternal osun dışında olan birleşim bölgesi cinsel olgunluk döneminde external osa doğru geriler. Yaşlılık döneminde ve puberte öncesinde ise endoservikse çekilmiştir (18).

Serviks, önde mesaneden yağlı bir doku ile ayrılır, yanda ise serviksin damar ve lenfatiklerinin bulunduğu ligamentum kardinale ve parametriumlar bulunur. Parametrium içinde seyreden üreterlerle yakın komşuluğu vardır (18,50).

4.3 Serviksin Embriyolojisi

Kadın genital kanalı, başlıca iki embriyolojik oluşumdan kaynaklanır.

- Çöломik mezodermden kaynaklanan Müller Kanalları (Paramezonefrik kanal)
- Ürogenital Sinus

Müller kanalları orta hatta birleşerek uterovaginal taslağı meydana getirirler. Tuba, uterus ve vagina 1/3 üst kısmı bu taslaktan gelişmiştir. Serviks epitelyumi, uterovaginal taslağın alt kısmından oluşmuştur (2).

4.4 Serviko-vaginal Sitoloji

Sitolojinin kelime anlamı hücre bilimidir. Vücudun herhangi bir yerinden alınan materyalde hücrelerin özelliklerinin incelenmesidir. Organizmada devamlı hücresel yenilenme olduğu ve hücrelerin ait oldukları dokunun sağlık durumunu gösterdikleri bilinmektedir. Bu gerçekten hareketle, hastaya fazla zarar vermeden, basit bir yöntemle vücut boşluklarına dökülen hücrelerin incelenerek tanıya gidilmesi çalışmaları sitopatolojinin temelini oluşturmaktadır. Kadın genital sisteminden alınan hücreler materyalin sitolojik muayenesi de jinekolojik tanıda önemli bir yardımcı yöntemdir (5,6).

Sitolojinin jinekolojide kullanıldığı başlıca amaçlar şunlardır:

- Genital kanser taraması (özellikle serviks kanseri)
- Hormonal durumun değerlendirilmesi
- Vajinal ve servikal iltihapların değerlendirilmesi
- Genital kanserlerin tedavisi (radyoterapi) sırasında ve sonrasında tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi

Vajinal smear vajina ektoserviks ve endoserviks, endometriumdan nadir de olsa over, tuba ve periton boşluğundan vajinaya dökülen normal, anormal ve atipik hücrelerin mikroskop altında incelenmesidir. Vajina boşluğundan alınan smearde karşılaşacağımız başlıca hücreler, vajina epitelinin üst tabakasına ait devamlı dökülen hücrelerdir. Bunlar genellikle posterior fornikte toplanırlar, servikal kanal ile uterus kavitesine ait dökülen hücrelerle karışabilirler. Ayrıca bir havuz kabul edebileceğimiz posterior fornikte lökositlere, lenfositlere, histiositlere, bakterilere, protozoonlara (Trikomonas vajinalis), mantarlara ve eritrositlere rastlanılabilir. Bu hücrelerin alınan vajinal materyalde bulunması, fizyolojik ve patolojik tanıda yardımcı olur (2,5,6).

Sitoloji raporunda yer verilen tıbbi ifade ve sonuçların, sonraki aşamalarda rol alacak sağlık görevlilerine verilen mesajın bilimsel, tartışılmaz, doğru ve herkes tarafından aynı şekilde anlaşılır özellikte olması gerekir. Sitolojik değerlendirme, sadece ilk basamak olmakla birlikte, hastalığın teşhis ve tedavisinde önemli rol oynayan başlangıç noktasını oluşturmaktadır (2,50).

4.5 Smear Alma Yöntemi

Smear hazırlanırken amaç, vajinadaki dökülen hücrelerin bütünlüğünü bozmadan almaktır. Bunun için smear almadan önce hasta muayene edilmemeli, lavaj veya herhangi bir solüsyon kullanılmamalı ve kuru spekulumlar tercih edilmelidir (33).

İyi bir smear'in nasıl alınması gerektiği Amerikan Sitoloji Derneği tarafından şöyle tanımlanmıştır:

- Pap smear son adet tarihinden 10-18 gün sonra alınmalıdır.
- Testten önceki 48 saat içinde vajinal duş, vajinal tampon, vajinal kontraseptif ajan veya ilaç kullanımı olmamalıdır.
- Pap smear ile birlikte hastanın adı, soyadı (son 5 yıl içinde değişiklik varsa belirtilmelidir), yaşı ve/veya doğum tarihi, menstruel durumu, son adet tarihi, histerektomi, gebelik, postpartum, oral kontraseptif kullanımı veya hormon replasman tedavisi, intrauterin araç kullanımı, önceki anormal sitoloji veya biyopsi sonuçları, önceki tedaviler veya cerrahi girişimler, risk durumu ve önceki patolojik sitoloji ve histopatoloji bulguları, örneğin alındığı yer (serviks, vajen) belirtilmelidir.
- Steril veya tek kullanımlık spekulum kullanılmalıdır.
- Lubrikan kullanılmamalıdır (kayganlaştırıcı olarak ılık su kullanılabilir).
- Hücrelerin spatula üzerinde kalmaması amacıyla tahta spatula veya pamuklu çubuk yerine plastik spatula kullanılmalıdır.
 - İlk olarak spatula ile vajen ve ektoserviks örneği alınmalıdır ve spatula 360 derece dönüşle kullanılmalıdır.
 - Smear alınan sahanın dışında şüpheli bölge varsa, bu bölgeden ayrıca smear alınır.

- Daha sonra fırça ile endoserviks örneği alınmalıdır. Transformasyon bölgesi tam olarak görülmelidir. Fırça 45-90 derece dönüşle kullanılmalıdır.
- 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 hareketlerden kaçınılmalıdır.
- Smear hemen fiske edilmelidir.
- Fiksasyon sprey ile yapılıyorsa bu amaçla üretilmiş spreyleyler kullanılmalıdır. Saç spreyi kullanılmamalıdır. Sprey camdan 15-25 cm uzaklıkta kullanılmalıdır.
- Vajinal ve ektoservikal örnekler aynı preparat üzerine yayılabilir ve endoservikal örnek ayrı bir preparata hazırlanabilir. Tek preparat-çift preparat arasında maliyet ve iş gücü dışında, medikal açıdan üstünlük yoktur (2,33).

Yeni bir smear alabilmek için bir önceki smear en az 3 ay önce alınmış olmalıdır.

Yapılmış servikal bir cerrahinin üzerinden en az 3 ay geçmiş olmalıdır. Doğum sonrası en az 6-8 haftalık süre boyunca tarama amacıyla smear almaktan kaçınılmalıdır çünkü bu dönemdeki reaktif inflamatuvar değişiklikler nedeniyle preparatların kalitesi düşüktür. Vajinal kanama bol miktarda olmadıkça smear almak yanlış değildir (2,35). Smear alınması için kontrendikasyon yaratan durumlar şunlardır:

- Total histerektomi
- Servikal amputasyon
- Servikte makroskopik olarak görülen şüpheli bir lezyonun varlığı (bu durumda kolposkopik inceleme ve/veya biyopsi yapmak gereklidir.

Smear kalitesini etkileyen faktörler ise şunlardır:

- Vajinal enfeksiyon / inflamasyon
- Şiddetli genital atrofi(menopoz)
- Gebelik, doğum sonrası dönem ve emzirme dönemi
- Radyoterapi öyküsü

4.5.1 Servikal Kanserde Tarama

Papanicolaou'nun serviko-vajinal sitolojiden servikal kanser tanısında yararlanabileceğini göstermesinden bu yana ve özellikle son 40 yıl içinde bütün ülkelerde tarama programları geliştirilmiş, bu sayede klinik olarak invazif kanser insidansında önemli derecede azalmalar kaydedilmiştir (2). Uygun bir tedavi ile, invazif kansere doğru ilerlemenin önüne geçilebilir. Şu halde, tarama programlarının sonucunda, serviks kanseri insidansında ve mortalite oranlarında düşüş sağlanması beklenir. Gerçekten de öyle olmuştur. Hemen hemen bütün dünyada tarama programlarının ulaştırıldığı popülasyonla doğru orantılı olarak, bir yandan invazif karsinom insidansında önemli düşüşler kaydedilirken, diğer yandan in situ karsinom (CIS) sıklığında büyük ölçüde artış gözlenmiştir. Yapılan araştırmalarda klinik olarak invazif yassı epitel hücreli serviks karsinomunun insidansı %78, mortalite ise % 72 oranında azaldığı bildirilmektedir. Karsinoma in situ (CIS) oranı ise yaklaşık 3 kat artış göstermektedir (2,41).

Jinekolojik kanserler açısından tarama özellikle serviks kanseri için söz konusudur. Servikal kanserlerde invazif kanser gelişene kadar iyi tanımlanmış uzun bir preinvazif sürecin mevcudiyeti ve bu organın kolayca gözlenebilmesi kitlesel tarama programlarının başarılı olmasında başlıca hususlar olmuştur (50).

Serviko-vajinal sitolojinin, serviks kanserinden korunmada çok önemli bir katkısı vardır. Yapılması gereken; organize bir tarama programı ile, bu olanaktan olabildiğince geniş bir popülasyonun yararlanmasını sağlamak, bu popülasyonda taramanın periyodik olarak, belli aralıklarla yapılmasına olanak sağlamaktır. Servikal kanserin erken tanısı için, hastanın yaşı, geçmiş tarama öyküsü ve risk faktörleri göz önüne alınarak servikal sitoloji taraması yapılması önerilmektedir.

Amerikan Kanser Derneği'nin (ACS) ve American Obstetrik ve Jinekoloji Koleji (ACOG) önerilerine göre servikal kanser taraması ilk cinsel ilişkiden 3 yıl sonra veya 21 yaşından itibaren başlamalıdır. 30 yaşından küçük kadınlardan yılda bir kez PAP smear alınmalı, 30 yaşından büyüklerde ise, ardışık 3 smear sonucunun negatif olduğu durumlarda en az 2-3 yılda bir tekrarlanmalıdır. Ancak HIV (Human Immunodeficiency virüs) pozitif olanlar, bağışıklık yetersizliği olanlar, inutero DES (diethylstilbestrol)'e maruz kalanlar, organ transplantasyonu yapılmış olanlar, kemoterapi veya kronik kortikosteroid tedavisi alanlarda tarama sıklığı artırılmalıdır. Servikal

kanser tarama sıklığı ne olursa olsun her kadına yılda bir kez pelvik muayene yapılmalıdır (52).

Aşağıda belirtilen durumlarda PAP testine gerek yoktur:

- Selim nedenlerle total histerektomi geçiren ve CIN (cervical intraepithelial neoplasia) hikayesi olmayan kadınlar,
- CIN 2,3 hikayesi olan ancak total histerektomi öncesinde 3 tane ardışık negatif PAP smear'i olanlar,
- 70 yaşından büyük, son 10 yıla ait en az 3 tane negatif PAP smear'i olan kadınlar.

Ancak inutero DES'e maruz kalmış ve total histerektomi geçirmiş kadınlar ile HPV (Human Papilloma Virus) DNA pozitif, 70 yaşını aşmış olanlara sağlık durumları elverdikçe yıllık PAP smear tekrarı yapılmalıdır (52).

Yıllık PAP smear testi ile bir kadının serviks kanserinden ölme riskinin 4/1000'den 5/10000'e düştüğü tahmin edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı bir analizde 10 yılda bir yapılacak tarama ile dahi serviks kanseri insidansının %64 azaltılabileceği belirtilmektedir. Gelişmiş ülkelerin büyük kısmında serviks tarama testleri ile ilgili sağlık politikası belirlenmişken ne yazık ki ülkemizde bu tür bir strateji geliştirilmemiştir. Ülkemizde PAP smear taraması büyük ölçüde kadın doğum hekiminin yönlendirmesi, daha düşük oranda ve sosyokültürel düzeyine bağlı olarak da hastanın isteği ile yapılmaktadır (2,16,52).

Yalnızca hekimler değil; ebeler, hemşireler ve sağlık memurları da gerek muayeneye gelen hastalara, gerek genel sağlık taramalarında ya da aşı kampanyalarında kadınlara ya da ailelere, servikal Pap smear taramasının basit ve kolay bir yöntem olduğunu, kanserden koruyuculuğunu ve erken tanıya yardımcı olduğunu anlatmalıdır. Devlet Hastaneleri, AÇS-AP merkezleri ve kadın-doğum hastaneleri ile sağlık ocakları arasında servikal smearlerin alınması ve hastayı göndermeden bu smear'lerin kurumlar arası sevk zincir sistemi kurularak patoloğlara gönderilmesi hedeflenmelidir (57).

4.6 Bugüne Kadar Önerilen Belli Başlı Sınıflamalar

4.6.1. Papanicolaou Sınıflaması

Hücre anomalilerinin saptanması ile ilgili ilk servikovajinal çalışmalar 1927 yılında yapılmıştır. Papanicolaou ve Trout, 1943 yılında, altta yatan kanser ya da kanser öncülerini saptamak için uterus serviksini pul pul dökülen hücrelerinden alınan örneklerle uyguladıkları Pap sürüntüsü testini geliştirmiştir. Bu testin ortaya çıkışı ve yaygın kullanımından beri Birleşik Devletler’de serviks kanserinden ölümler % 75 oranında azalmıştır.

Yaklaşık 50 yıl süreyle en sık olarak kullanılan sınıflandırmadır. Hatta servikovajinal smear yerine “Papanicolaou smear” veya kısaca “ Pap-smear” terimi yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu sistem, sitolojik tabloyu 5 sınıf içinde değerlendirir:

Tablo 1. Papanicolou Sınıflaması

Papanicolaou Sınıflaması	
Klas 1	Normal, atipik hücre yok
Klas 2	Negatif. Selim bazı hücre değişiklikleri (örneğin enfeksiyon)
Klas 3	Şüpheli. Hafif, orta şiddette ya da şiddetli displazi Kesin olarak kanser hücresi olmayan anormal hücreler
Klas 4	Karsinoma in situ. Büyük olasılıkla kötü huylu hücreler
Klas 5	Kuvvetli pozitif. Tartışmasız kanser hücreleri

(Vural E., Gönenç L., Aka N., Köse G.: Antenatal Kontrollerde Pap Smear Taraması ve Sonuçları, Türkiye Aile Hekimliği Dergisi,2004,8(3): 111-115).

4.6.2 Bethesda Sistemi - Servikal / Vajinal Sitolojide Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü Terminolojisi ve Sınıflaması

Klinisyen ile sitoloğun anlaşmasında ve histolojik terminoloji ile uyum sağlamada Papanicolaou sınıflamasının yetersiz kalmaya başladığı fark edildikten sonra geliştirilen bir diğer sistem de Bethesda sistemidir. 12-13 Aralık 1988’ de ABD’ nde Bethesda’ da Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü önderliği altında hazırlanan yeni ve deskriptif bir rapor sistemidir. Bethesda sistemi başlangıçta yeni terminoloji içermesi nedeniyle karışık gibi görünmesine rağmen, gerçekte hemen hemen tüm laboratuvarlarda aynı terimlerin kullanılması hastaların yönlendirilmesinde daha kolaylık sağlamıştır (30,50).

İlk defa 1989’da geliştirilen Bethesda sistemi en son 2001’de yeniden gözden geçirilerek bazı değişiklikler yapılmıştır, buna göre raporda şu bölümler bulunmalıdır: örnek tipi, örnek yeterliliği, genel kategori, ek testler (yapıldıysa HPV DNA), yorum/sonuçlar, öneriler. Bethesda III sisteminde (Bethesda 2001) eskiden kullanılan “normal limitler içinde ve benign hücresel değişiklikler” terimleri kaldırılarak “intraepitelyal lezyon veya habaset negatif” terimi getirilmiş, buna ek olarak görülen selim değişikliklerden (enfeksiyon bulguları, mikroorganizmalar, endometrial hücre varlığı gibi) bahsedilmesi zorunlu kılınmıştır. En önemli değişikliklerden biri atipik skuamöz hücre (ASC, Atypical squamous cells) tanımında yapılmış; ASC iki alt kategoriye ayrılmıştır.

1. ASC-US: Önemi belirlenemeyen atipik skuamöz hücreler

2. ASC-H: Yüksek dereceli intraepitelyal lezyonların ekarte edilemediği atipik skuamöz hücreler.

Yine Bethesda III’de eskiden kullanılan “önemi belirlenemeyen atipik glandüler hücre” (AGUS, Atypical glanduler cells-undetermined signifiense) terimi ASCUS ile karıştığından kaldırılarak “atipik glandüler hücre” (AGS:Atypical glanduler cells) teriminin kullanılmasına karar verilmiştir ve AGC’de 3 alt kategoriye ayrılmıştır.

1. AGC-NOS (atypical glandular cells, not otherwise specified):

Başka şekilde belirtilmeyen endoservikal veya endometriyal orjinli atipik glandüler hücre

2. AGC- “favor neoplasia”: Neoplaziye benzeyen endoservikal veya endometriyal orjinli atipik glandüler hücre

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

Ülkemizde, laboratuvar ve sitologların farklı terminolojiler kullanmaları kavram kargaşasına, tanı ve tedavi sorunlarına yol açabilmektedir. Bizim de tercih ettiğimiz Bethesda III sistemi, alınan örneğin yeterli olup olmadığını eğer yetersiz ise neden yetersiz olduğunu belirtmesi açısından avantajlıdır. Ayrıca enfeksiyon ya da benzeri nedenlere bağlı iyi huylu hastalıkların tanımlanabilmesi de ek bir avantaj sağlar.

Tablo 2. Bethesda Sınıflaması (2001)

Bethesda Sınıflaması
Yeterlilik
- Yeterli
- Sınırlı
- Yetersiz
Tanımlama
- Normal
- Selim hücresel değişiklikler
- Enfeksiyon ve /veya reaktif değişiklikler
- Epitel hücre anomalileri
- Atipik skuamöz hücreler (Atypical squamous cells)
• ASC-US (Atypical squamous cells-undetermined significance; Atipik skuamöz hücreler-önemi belirlenmemiştir.
• ASC-H (Atypical squamous cells-cannot exclude high grade squamous intraepithelial lesion; Atipik skuamöz hücreler
- LSIL (Low grade squamous intraepithelial lesion)
- HSIL (High grade squamous intraepithelial lesion)
- Skuamöz hücreli karsinom
- Glandüler hücre anomalisi
- Atipik glandüler hücreler (AGC-NOS, AGC-favor neoplasia, AIN)
- Adenokarsinom

(Gökaslan H., Uyar E.: Pap Smear İle Servikal Kanseri Taraması. Türk Aile Hekimliği Dergisi, 2004, 8(3):105-110).

Anormal PAP smear varlığında yaklaşım ile ilgili önerileri tam anlamı ile anlayabilmek için öncelikle bazı konuların iyi bilinmesi gerekir:

- PAP smear bir tanı yöntemi değildir.
- PAP smear sadece servikse ait lezyonların taranması için geçerli olan bir tekniktir.
- PAP smear alınırken uygun şekilde alındığından emin olunması gerekir.

ASC: PAP smear sonucu ASC olarak rapor edilen bir kadında ileri tetkik ile CIN (servikal intraepitelyal neoplazi) saptama riski % 5-17'dir, ASC-H rapor edilirse bu risk %24-94'lere yükselir. Bu nedenle ASC alt tipine göre verilecek karar değişir.

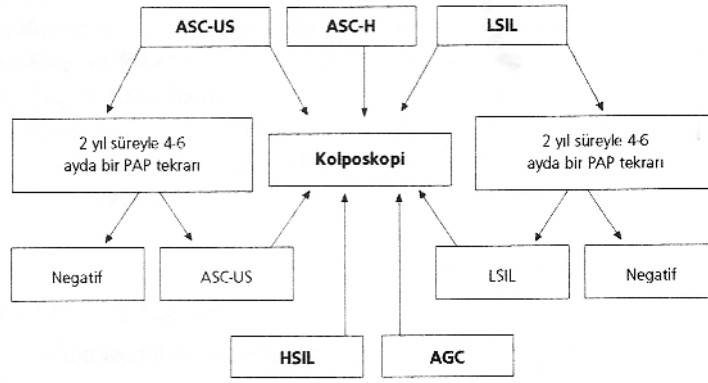
ASC-US: PAP smear tekrarı ve takip veya hemen kolposkopi yapılabilir. PAP smear ile takibe karar verilen hastalarda testin tekrarı negatif gelirse, 2 yıl boyunca 4-6 ay arayla PAP smear tekrarlanmalı, bir kez daha ASC-US saptanırsa kolposkopi yapılmalıdır.

ASC-H: Mutlaka hemen kolposkopi uygulanmalıdır.

LSIL (Low grade squamous lesion): Tedavi edilmediği durumda spontan düzelebilir ve % 1 invaziv kansere ilerleme riski vardır. Kolposkopi uygulanır ve biyopsi alınırsa % 15-30 oranında CIN varlığı saptanır. Bazı kaynaklarda smear tekrarı ile takip edilmesi önerilse de hemen kolposkopi uygulanması daha uygun bir seçenektir.

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

AGC: ASC ile karşılaştırıldığında altta yatan CIN veya invaziv kanser riski çok daha fazladır. Bu nedenle bütün hastalara mutlaka kolposkopi uygulanmalıdır. 35 yaş ve üzerindeki tüm kadınlarda veya düzensiz vajinal kanaması olan 35 yaş altı kadınlarda kolposkopiye endometriyal örnekleme eklenmelidir (16,52).



Şekil 2. Pap Smear Sonucu Anormal Geldiğinde Uygulanması Gereken Tedavi ve Takip Protokollerinin Özeti (Gökaslan H., Uyar E.: Pap Smear İle Servikal Kanser Taraması. Türk Aile Hekimliği Dergisi, 2004, 8(3):105-110).

Pap testinin yüksek dereceli lezyonlara duyarlılığı %60-80'dir, düşük dereceli lezyonlara duyarlılığı ise daha azdır. Pap smear yalancı negatif tanı oranı %40 olup, en sık nedenleri; örnekleme hatası (%40) ve çok düşük oranda değerlendirme hatasıdır. Tarama testinden yeterli verim alabilmek ve yalancı negatif sonuçları en aza indirebilmek için yeni teknoloji arayışları devam etmektedir.

Sıvı bazlı ince yaymalar bu alanda geliştirilmiş en son yöntemdir. Thin-Prep adı verilen teknikte alınan örnek doğrudan lam üzerine yayılmak yerine tamponlanmış alkol içeren bir şişe içerisine karıştırılır. Elde edilen bu hücre süspansiyonu özel bir filtre sisteminden geçirilerek kan, mukus ve diğer ölü hücreler ayrıştırılır, geride kalan hücreler lam üzerine yayılır. Bu sayede diğer hücreler tarafından maskelenmeyen serviks hücreleri daha kolay incelenebilir. Thin-prep smear ideal olmamakla birlikte zorunluluk durumunda kanama varlığında da alınabilir. Glandüler lezyon saptama özgüllüğü ve intraepitelyal lezyonlara duyarlılığı PAP testinden daha fazladır.

Smear ile ilgili bir başka yeni teknoloji de otomasyondur. PAPNET adı verilen yöntemde hazırlanan lam mikroskop altına konur ve bir bilgisayar görüntüyü yorumlar. En sık karşılaşılan 128 anomali bilgisayar tarafından tanınır ve örnek manuel incelemeye alınır. Thin-prep ve PAPNET yöntemlerinin her ikisi de Amerikan İlaç ve Gıda Dairesi (FDA) tarafından onaylanmıştır. Maliyetinin yüksek olması nedeni ile PAPNET'in rutin uygulanması önerilmemektedir, ancak 2-3 yılda bir uygulanıyorsa bu yöntemler tercih edilebilir.

4.7. Servikal Kanser

4.7.1 Servikal Kanser Sıklığı

Serviks kanseri dünyada kadın malign neoplazmlarının ikinci en yaygın olanıdır. Diğer kanserlere göre daha genç yaştaki bireyleri etkiler. Gelişmekte olan ülkelerde birinci sıradadır. Tüm kanserlerin ise yaklaşık % 10'unu oluşturur. Serviks kanseri için en yüksek risk alanları Güney ve Doğu Afrika, Karayipler ve Orta Amerika'dır (17,37). Kanser hakkındaki en erken epidemiyolojik çalışmalardan biri 1842 yılında Rigoni Stern tarafından yapılmıştır. Servikal kanserin evli kadınlarda olduğunu ve bekar kadınlarda hemen hemen hiç ortaya çıkmadığını belirtmiştir. Diğer araştırmacılar servikal kanserin cinsel ilişkiye girmeyen kadınlarda hiç ortaya çıkmadığını ve kadının servikal kanser geliştirme riskinin doğrudan erkek partner sayısı ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (15).

Dünyada her yıl serviks kanserinden 273.000 ölüm gerçekleşmektedir. Bunların dörtte üçünden fazlası gelişmekte olan ülkelerdir (37).

Genelde insidans ve mortalite arasında bir korelasyon vardır. Fakat Afrika gibi bazı bölgelerde orantısız yüksek mortalite saptanmıştır. Gelişmekte olan ülkelerdeki serviks kanserli kadınların % 50'den azı 5 yıldan daha uzun yaşar. Gelişmiş ülkelerde 5 yıllık sağ kalım hızı % 66'dır (2,37).

ABD'de yaklaşık olarak yılda 16.000 yeni invaziv servikal kanser olgusu tanı almaktadır ve bu hastalıktan 5.000 ölüm beklenmekte iken 2006 yılında tarama programlarının başarısı nedeniyle beklenen yeni vaka sayısı 9710, beklenen hastalıktan ölüm ise 3700'e düşmüştür (21).

Servikal kanser için en büyük risk hiç Pap smear yaptırmamaktır. ABD gibi gelişmiş ülkelerde kadınların % 85'i yaşamları boyunca en az bir kez Pap smear yaptırmış iken, az gelişmiş ülkelerde bu oran sadece % 5'tir (23).

4.7.2 Türkiye’de Servikal Kanser Sıklığı

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı verilerine göre ise; 1996’da 623 tane serviks kanseri saptanmış olup, tüm kadın kanserleri arasında 7. sırada iken, 2002 yılında bu sayı 708’e çıkmış ancak tüm kadın kanserleri arasında da 10.sıraya gerilemiştir. International Agency for Research on Cancer’in 2002 yılında yaptığı GLOBOCAN çalışmasına göre ise Türkiye’deki serviks kanseri insidansı yüz binde 4.5’tir. Aynı yıl içinde 1364 yeni serviks kanseri vakası ve serviks kanserine bağlı 726 ölüm olması beklenmektedir (47,52).

4.7.3 Serviks Kanselerinde Risk Faktörleri

Ortalama görülme yaşı 52 olup 35-39 ve 60-64 yaşlarında iki ayrı dönemde pik yapmaktadır (31,37). Serviks kanseri risk faktörleri arasında ilk ilişki yaşının küçük olması (<16), seksüel partner sayısı, yüksek parite, ırk, düşük sosyoekonomik düzey ve sigara içimi önemli bir yer tutmaktadır. Özellikle paritenin önemi yaklaşık 150 yıldır bilinmekte olup cinsel temasa ve buna bağlı faktörlere araştırmacıların dikkatini çekmiştir. Bu nedenle cinsel yolla bulaşan hastalık ve virüsler araştırılmıştır.

Öncelikle dikkatler Herpes Virüs üzerinde toplanmış ancak yapılan çalışmalarda kesin bir sonuca ulaşılamamıştır. Daha sonraları 1970’li yıllarla beraber Human Papilloma Virüs (HPV) üzerinde çalışmalar başlamış ve pozitif bulgularla beraber günümüzde önemli bir bilgi birikimi elde edilmiştir. Bugün serviks kanseri gelişimi için HPV’nin mutlaka var olması gerektiği, diğer risk faktörlerinin ya virüsle karşılaşma oranlarını artırdığı ya da viral persistansı-karsinojenik süreci hızlandırdığı için önemli olduğu üzerinde durulmaktadır (18).

Birçok çalışmada servikal kanser paterni cinsel yolla geçen bir hastalık için tipik paterne benzemektedir. Bu nedenle araştırmacılar cinsel yolla geçen etyolojik ajan varlığına odaklanmıştır. Servikal neoplazi ile tüm cinsel yolla geçen ajanlar (gardnerella, mikoplazma, trikomonas, gonore, sifiliz, klamidya, kandida gibi) arasındaki ilişki araştırılmıştır. Tüm cinsel yolla geçen ajanlar servikal neoplazi etyolojisinde rol oynar gözükmeyle birlikte, bunlar içinde Herpes simpleks virüs tip 2 (HSV-2) biraz daha dikkat çekici bulunmuştur. Çünkü kanlarında antikör negatif olan kadınlara göre oldukça yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu gözlemler sonucu araştırmacılar

HSV-2'nin servikal kanser patogenezinde etyolojik role sahip olabileceği sonucuna varmışlardır. Ancak bu ilişkinin nedensel değil, rastlantısal olduğu da düşünülmektedir.

(2).

Serviks kanseri HPV ilişkisi ise ilk olarak 1980'lerin başında Alman Virolojist Herold Zun Hausen tarafından belirlenmiş, zamanla daha iyi anlaşılmıştır. HPV serviks kanseri bağlantısı akciğer kanseri sigara bağlantısından daha önemlidir. 1996'da Dünya Sağlık Örgütü HPV'nin servikal kanserdeki önemini belirtmiştir. Dünya genelinde HPV % 99.7 skuamöz kanserle birlikte bulunmuştur. Adenokanser de HPV ile ilişkilidir, ancak bu ilişki skuamöz kanserdeki kadar kuvvetli değildir. Bu ilişki yaş ile bağımlıdır. 40 yaş altında adenokanserde HPV % 89, 60 yaş üstünde ise % 43'tür (2). HPV zararsız lezyonlardan kansere dek farklı klinik kondiyonlarla ilişkilidir. Çoğunluğu benignidir. HPV dünya genelinde hem erkek, hem de kadında en sık cinsel temasla bulaşan hastalıklardan biridir (11,12). Skuamöz hücreli kanserlerin % 95'inde, adenokarsinomların da % 90'ında HPV DNA pozitif bulunmuştur. Preinvaziv lezyonlarda belirtildiği gibi yüksek riskli onkojenik HPV tiplerinden HPV 16 daha çok skuamöz hücreli karsinomlardan, HPV 18 ise daha çok adenokarsinomlardan sorumludur. ABD' de en sık viral cinsel yolla bulaşan hastalık olarak bilinmektedir. Bildirimi zorunlu olmadığı için gerçek insidans ve prevalansı bilinmemektedir (12,13). Günümüze kadar 60'ın üzerinde tipi tanımlanan Human Papilloma Virüs (HPV), selim ve malign çeşitli genital lezyonlarda saptanmıştır. Kondiloma akuminatum oluşumundan tip 6 ve 11 sorumlu olup, tip 16, 18 ise servikal kanserlerde saptanmaktadır. CIN ve servikal kanserlerde HPV 16 ve 18' in HPV 6 ile 11'e oranla daha sık görüldüğü bildirilmektedir. HPV 16 ve 18 içeren CIN I olguları, HPV 6 içerenlere kıyasla 3 kez daha yüksek oranda CIN III' e dönüşmektedir. Yakın zamanda insan immün yetmezlik virüsü (HIV) de dahil olmak üzere her tür immün yetmezliğin önemli oranda kadında servikal neoplazi riskini artırdığı gösterilmiştir (2).

Pek çok rapor tip spesifik HPV aşılarının serviks kanserini azalttığını, ancak elimine etmediğini göstermiştir. Aşının uzun süreli etkinliğini, immünite süresi tip spesifik aşılamanın diğer HPV tipleri üzerine etkisi ile ilgili veriler birkaç 10 yıl daha bilinmeyecektir. Yaygın servikal kanserden korunma programları primer koruma ve sekonder koruma programları şeklinde olmalıdır (28).

Tarama ve aşıyı içeren gelecek sağlık politikası, tarama programı üzerine aşılamanın pozitif etkisini göstermelidir. Mesela eğer bir HPV 16/18 aşısı SIL prevelansında azalma ile beraberse, daha az tarama maliyeti ile ekonomik yarar sağlanacaktır (42).

Serviks kanserinin önlenmesi için, HPV aşılmasının 20 yaşından önce uygulanması gerekmektedir. Aşılama kampanyası ile beraber, olguların ve ailelerin eğitimi için de kampanyalar gerekli olacaktır. Ülkemizde serviks kanserinden korunmada HPV aşılarının maliyet-etkinlik yararının tespiti için HPV tiplerine ve sıklık araştırmalarına ihtiyaç vardır (28).

Günümüzde çok doğum yapan kadınlarda hipertrofi olmuş serviks silindirik epitelinin dışa dönmesi ve erken skuamöz metaplazisi gelişmesinin sonucu risk artışından sorumlu olabileceği öne sürülmekte ise de multipariteden daha çok bozuk sosyoekonomik koşulların asıl risk faktörü olduğu kabul edilmektedir.

Bazı epidemiyolojik çalışmalarda sigara ile preinvaziv ve invaziv serviks kanserleri arasında bir ilişkinin olduğu gösterilmiş ve sigara içen kadınlarda serviks kanseri riskinin 2 kat kadar arttığı saptanmıştır. Servikal mukusta nikotin gibi sigara ile ilişkili maddelerin bulunması ve sigara içen kadınlarda servikal hücre hasarının saptanması serviks kanseri ile sigara arasındaki ilişkiyi gösteren bulgular olarak değerlendirilebilir (18,50).

Serviks kanseri gelişmesinde diğer pek çok faktörün rol oynadığı bildirilmiştir. Bunların başında vitamin C, beta karoten ve folat eksikleri gelir. Vitamin A ile serviks kanseri arasındaki ilişki, vitamin A ile diğer epitelyumiyal tümörler arasındaki ilişkiden giderek açıklanmaktadır. Vitamin C epitelyal dokuları karsinojenlere karşı korur. Bunun yanında folik asit eksikliğin HPV'ye yardımcı faktör olarak servikal neoplazmların gelişmesinde rol oynadığı düşünülmektedir. Diyetel faktörlerin servikal patolojiler üzerindeki etkisini netleştirmek için yeni araştırmalara ihtiyaç vardır.

Önceleri simegmanın ve sünnetsiz olmanın serviks kanseri gelişmesinde rol oynadığı düşünülmüştür. Ancak bu görüşler yavaş yavaş önemini kaybetmektedir.

Serviks kanseri görülme sıklığında ırklar arası farklılıklar da vardır. Örneğin Yahudilerde az, zencilerde ise oldukça yaygın görülür. Bu farklılıkların yaşam koşulları ve sosyoekonomik düzeyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca genetik ve sosyo ekonomik faktörler olayın gelişmesinde rol oynayabilir (18,50).

Seksüel davranışın servikal kanser için bir risk faktörü olduğu uzun zamandan beri bilinmektedir. Özellikle bekar yaşayan çok partnerli hanımlarda ve erken evlenenlerde servikal kanser gelişimi riski yüksektir. Bu da seksüel geçişli enfeksiyonlara daha uzun süre maruz kalmaya neden olur. Çok partnerlilik ise enfeksiyon kapma riskini yükseltir. Belirli seksüel risk faktörleri, servikal transformasyon zonunun HPV ile kronik enfeksiyonuyla ilişkilidir. Birçok retrospektif çalışma erken yaşlarda koitin sonradan gelişecek servikal kanserde olası bir risk faktörü olduğunu belirtmiştir. Örneğin, 16 yaşından önce evlenen kadınlarda servikal kanser riski, 20 yaşından sonra evlenenlerden iki kat daha fazladır, ayrıca partner sayısı ile direkt ilişkilidir. Bunun muhtemel nedeni olarak da servikal transformasyon zonunun menarş ile 16 yaş arasında enfeksiyonlara açık olması gösterilmiştir. Bu zaman diliminde, metaplazinin periferinde, pratik olarak serviksin yüzeyinde, çok fazla sayıda indiferansiye hücre bulunmaktadır. Bu alan HPV enfeksiyonlara karşı dirençsiz gözükmektedir. Ayrıca erken koitte HPV'ye karşı sekonder immun cevap efektif olmamakta, yetersiz kalmaktadır (26).

İmmunsupresyon, servikal displazi ve kanser gelişiminde risk faktörü olarak tanımlanmıştır. Porreco ve arkadaşları genellikle immunsupresif ilaçlar alan renal transplant hastalarında normal popülasyondaki kadınlarla karşılaştırıldığında servikal karsinoma in situ gelişimi için relatif riski 13.6 olarak bildirmişlerdir. HIV ile infekte kadınlarda infekte olmayanlara göre invaziv servikal kanser gelişiminde risk oranı tam olarak bilinmese de Maiman ve arkadaşları HIV ile infekte kadınlardaki servikal kanserlerin agresif davrandığını, standart tedavilere kötü cevap verdiğini ve prognozlarının kötü olduğunu bildirmişlerdir. 1993'te Centers For Disease Control And Prevention, invaziv servikal kanseri AIDS ile birlikte görülebilecek hastalıklardan biri olarak tanımlamıştır (26).

Mart 2006'da yayınlanan bir çalışmada HIV (+)'liğinin süresi ile SIL ve kanser gelişimi arasında bağlantı saptanmıştır ($p=0.007$). Bu çalışmada 231 HIV(+) kadın demografik, jinekolojik faktörler açısından değerlendirilmiş ve pap smear uygulanmıştır. LSIL %2.2, HSIL %8.3, skuamöz karsinom %2.2 olarak tespit edilmiştir (26).

Oral kontraseptif kullananlarda serviks kanserinin daha sık görüldüğüne dair bazı çalışmalar vardır. Hormonal etkilere serviksin hassasiyetinden dolayı, oral

kontraseptiflerin servikal karsinomayı arttırdığı veya indüklediği biyolojik olarak kabul edilebilir. Oral kontraseptiflerin özellikle servikal adeno kanser oluşumunda risk faktörü olabileceği iddia edilmiştir. Gestagenden zengin olan kontraseptiflerin uzun süre kullanılması halinde servikal silindirik epitelyumun adenomatöz hiperplaziye uğradığı ve bu değişikliğin aynı endometrial hiperplazi kadar riskli olduğu bildirilmektedir. Ursin ve arkadaşları özellikle 12 yıldan fazla oral kontraseptif kullananlarda serviks adenokarsinomu riskinin 2 kat arttığını bildirmişlerdir (26). Buna karşılık oral kontraseptiflerin koruyucu olduğunu ileri süren çalışmalar da vardır. Oral kontraseptif kullananlarda serviks kanserinin artmadığını, sadece oral kontraseptif kullanıldığı için sıkça yapılan kontroller sayesinde yakalanma oranının arttığını savunanlar da vardır (24,26).

4.8 Gebelikte Servikal İntraepitelyal Lezyonlar ve Serviks Kanseri

Gebelikte en sık rastlanan jinekolojik maligniteler sırasıyla non-invazif serviks kanseri, invazif serviks kanseri ve over kanseridir (1,2). Alt genital yolda gebeliğe bağlı olarak meydana gelen fizyolojik değişiklikler yorumlamada bir takım güçlükler neden olsa da gebelikte serviksin preinvazif ve erken invazif lezyonlarının araştırılmasında pap smear ve kolposkopinin etkinliği kanıtlanmıştır. Bu tekniklerin etkinliği sayesinde gebelikte servikse uygulanan invazif girişimlerinin sayısında azalma kaydedilmiştir. Diğer tanıma modellerinde olduğu gibi pap smearde de yalancı pozitif ve yalancı negatif sonuçlar elde edilebilir. Genel olarak gebelik yalancı negatif sonuç oranında belirgin bir değişikliğe neden olmasa da gebelikte meydana gelen birçok fizyolojik değişiklik nedeniyle pap smearin tanısal yorumunda güçlükler olabilir. Gebelikte sıklıkla izlenen ektropion, glandüler epitelin vajinal ortama girmesi ile meydana gelmekte ve pap smearde inflamatuvar değişiklikler şeklinde rapor edilmektedir (28).

Bethesda sisteminin 1988'de pap smear sınıflandırmasının yerini almasıyla örnek kalitesi ve yorumu ile ilgili birtakım yeni söylemler ortaya çıkmıştır. Yayımda endoservikal hücrelerin bulunmaması halinde sonuç yeterli ancak sınırlı şekilde rapor edilir. Smear yorumu normal ancak sınırlı şekilde rapor edilirse yalancı-negatif sonuçların olabileceği ve atlanabilecek bir prekanseröz lezyonun varolma olasılığı ortaya çıkar. Rutin smearlerde endoservikal hücrelerin yokluğunun önemi tartışmalı da olsa birçok hekim sınırlı şekilde rapor edilen bir smear'i mütakip pap smear'i tekrarlar.

“ Cytobrush”, “Cervix brush”, Bayne brush” gibi örnekleme aletlerinin kullanıma girmesi ile pap smearde endoservikal hücrelerin bulunma oranı artmıştır. Bu örnekleme aletlerinin gebelikte kullanımı ve gebelikte pap smearin yeterliliği konuları tartışmalıdır. Bu aletlerin gebelikte kullanımı teorik anlamda belirgin kanama riski ile birlikte (2,17).

Gebelik lenfositlerin immunolojik yanıtında azalmaya neden olan bir durumdur. Gebelikteki bu göreceli immünosupresyon hali, organizmanın fetusu reddinin önlenmesine yönelik fizyolojik öneme haizdir. Hücrel immunitedeki azalmanın gebelikte HPV ve HPV sekelleriyle ilgili prevalansta artışa yol açabileceği öne sürülmüştür. Serviksteki premalign lezyon insidansının gebeliğe sekonder olarak artış göstermediği bilinse de birçok çalışmada özellikle üçüncü trimesterde alt genital yolda HPV prevelansında artış olduğu bildirilmiştir (2).

4.9. Gebelikte Servikal Lezyonlar ve Serviks Kanseri

Kanser üreme çağındaki kadınlarda izlenen ikinci en sık ölüm nedeni olup, gebeliklerin yaklaşık % 0.02-0.1’ini oluşturur (25,54). Son yıllarda tanı parametrelerinin ilerlemesi ile bu birlikteliğin bir miktar arttığı ve artmaya devam edeceği görülmektedir. Ayrıca bilimsel gelişmelere paralel olarak enfeksiyon hastalıklarına, kanamalara ve gebelik komplikasyonlarına bağlı ölümler azalmaktadır. Buna karşılık kansere bağlı anne ölüm oranı önemini korumaya devam etmektedir (57) .

Gebelikte en sık izlenen kanserler meme ve serviks kanserleri, malign melanoma, lenfoma ve lösemilerdir (38). Birleşik Devletler verilerine göre bu ülkede her yıl 3.500 gebeye kanser tanısı konmaktadır ve bu da 1.000 gebelik için 1 vakaya karşılık gelmektedir (2,55).

Gebelikte en sık görülen kanser serviks kanseridir (17,42). Serviks kanserinde ortalama görülme yaşı 31’dir (2). Genç yaşlarda görülmesi yaklaşımla ilgili etik, emosyonel ve sosyal konuları da gündeme getirmektedir. Mevcut gebeliğin hastalık ve hastalığın tedavisinden etkilenmesi ve daha sonraki üretkenlik durumu hasta ile tartışılması gereken diğer sorunlardır (34).

Serviks kanserinde intraepitelial dönemde doğrudan hastalığa bağlı semptomlar yoktur. invaziv kanserlerde görülen semptomlar kanama, kanlı akıntı, temas sonrası kanama, gebelik komplikasyonlarına bağlı semptomlar olarak değerlendirilebilir (44).

Hastaların % 30'u asemptomatiktir. Eğer semptom varsa en sık karşılaşılan spontan vajinal kanama olmaktadır, bunu vajinal akıntı ve postkoital kanama takip eder. Yine, gebede vajinal kanamanın nedenini belirlemenin gerekliliği ortaya çıkmaktadır (2). Gebelik serviks kanseri taraması için en uygun dönemdir. Özellikle gelişmekte olan ve rutin smear taramasının uygulanmadığı ülkelerde kadınların gebelik kontrolü için geldiklerinde smear alınması gereklidir. Ayrıca direkt gözlem ile kanser şüpheli lezyonların değerlendirilmesi mümkündür. Bu yaklaşımla hastalığın erken dönemde teşhisi sağlanacaktır.

Gebelikte olgularının %83'ü evre I'de teşhis edilmekte ve histolojik dağılım gebe olmayanlara benzerdir (21). Gebe olan serviks kanserli olgular FIGO kriterlerine göre evrelendirilir (34).

Tablo 3 Uluslar arası Obstetrik ve Jinekoloji Federasyonu (FIGO)'ya Göre Serviks Kanserin Sınıflandırılması

Evre	Tanımlama
Evre 0	Karsinoma in situ, intraepitelyal kanser
Evre I	Kanser yalnız servikstedir (korpusta yayılım dikkate alınmaz)
Evre IA	Serviksin klinik öncesi dönem kanseridir. Tanı mikroskopla konulur.
Evre IA1	Mikroskopik olarak minimal ölçüde stroma invazyonu vardır.
Evre IA2	Mikroskopik olarak belirlenen lezyonlar ölçülebilir.
	Kaynaklandığı, yüzeysel ya da glandular epitelyum tabanından yapılan ölçümün en üst sınırı 5mm'den daha derin bir invazyonu göstermeli ve ikinci bir boyut olarak enine yayılım, 7 mm'yi aşmamalıdır. Daha büyük lezyonlar, Evre IB kabul edilmelidir.
Evre IB	Klinik olarak görünseler de, görünmeseler de lezyonlar Evre IA2'den daha büyüktür ve şekillenmeden önce kapladıkları alan ile evrelemeleri değişmez. Ancak daha sonraki tedavi kararlarını etkileyebileceğinden kaydedilmelidirler.
Evre II	Kanser serviksten ileriye uzanır, ancak pelvis duvarına ulaşmamıştır. Kanser, vajeni de etkiler ancak üçte bir alt kısmına ulaşır.
Evre IIA	Parametriyumda belirgin bir etkilenme yoktur.

- Evre IIB** Parametriumda belirgin bir etkilenme vardır.
- Evre III** Kanser, pelvik duvara ulaşmıştır. Rektal muayenede pelvik duvar ve tümör arasında, kansersiz bir alan yoktur. Tümör vajenin üçte bir alt kısmını da etkiler. Hidronefroz ya da böbreklerin işlevlerini kaybetmesi de söz konusudur.
- Evre IIIA** Pelvik duvara yayılım yoktur. Tümör vajenin üçte bir alt kısmını etkiler.
- Evre IIIB** Pelvik duvara yayılım ya/ya da hidronefroz ya da böbreklerin işlev görmemesi söz konusudur.
- Evre IV** Kanser pelvis boyunca yayılmıştır ya da klinik olarak mesane ya da rektum mukozasını etkiler. Büllöz ödem gibi durumların olması, vakayı Evre IV olarak tanımlamayı gerektirmez.
- Evre IVA** Komşu organlara yayılım vardır.
- Evre V** Uzak organlara yayılım vardır.

(Reis, N.: Jinekolojik Kanser ve Tedavilerinin Kadın Cinsel Sağlığına Etkileri. C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7(2), 35-40,2003.)

Görünen lezyonu olan olgularda yaklaşım biyopsi alınarak doğrudan tanıya yönelik tedavinin uygulanmasıdır. Buna karşılık lezyonu olmayan olgularda yaklaşım anormal sitolojik sonuç geldiğinde kolposkopik gözlem olacaktır. Sitolojik örnek endoservikal hücreleri de içermelidir. Yapılan çalışmalarda endoservikal sitolojik örnek almanın gebelik üzerine olumsuz etkisi olmadığını göstermiştir (32). Gebelikte yeterli nitelikte sitolojik örnek alınmak isteniyorsa spatul ve fırça yöntemi birlikte kullanılabilir (45).

Gebelik dışı uygulamalarda da olduğu gibi gebelikte de yalancı pozitif veya yalancı negatif olasılığı vardır (34). Bu dönemde ektoservikste oluşan enflamatuvar değişiklikler, aşırı ektropion, desidual reaksiyonlar ve endometriyumdan dökülen trafoblastik hücreler vajinal smearda tanısal hatalara neden olurlar (2). Gebelikte sitolojik değerlendirmenin güvenilirliğini azaltan bir diğer unsur, bu dönemde alınan yaymalarda endoservikal hücrelerin daha az görülmesidir. 1984 yılında yapılan bir çalışmada, antepartum yaymaların % 44'ünde, postpartum yaymaların ise % 82'sinde

endoservikal hücreler görülmüş ve postpartum yaymalarda tanısal doğruluğun daha yüksek oranlarda olduğu saptanmıştır (27).

Anormal sitolojik sonucu olan gebelerde kolposkopik değerlendirme sonucunda, olgu biyopsiye yönlendirilir. Gebelik sırasında servikal biyopsinin komplikasyonları çok azdır, fakat konizasyon sadece invaziv karsinomun ekarte edilemediği veya mikroinvaziv karsinom bulunan hastalarda kullanılır. Gebelik sırasında yapılan yapılan konizasyonlarda maternal kanama % 7 ve fetal kayıp ise % 4 civarında görülür. Gebelik sırasında skuamokolumnar bileşkenin eversiyonundan dolayı konizasyon daha kolaydır ve daha yüzeysel biyopsi ile yetinilebilir. Konizasyonun en güvenli olduğu dönem geç birinci trimester ile erken ikinci trimesterdir. Bazılarına göre sadece 24 hafta öncesinde yapılır. 24 hafta üzerindeki hastalarda ise fetusun pulmoner maturitesi için beklenebilir ve konizasyon postpartum 4. haftada yapılır (2,50).

Servikste premalign lezyon insidansının gebelikte artmadığı bilinse de birçok çalışmada alt genital yolda HPV prevalansının arttığı bildirilmiştir (Schneider ve ark. 1987). Gebelikte tespit edilen lezyonların takibi büyük önem taşır. ABD’de yapılan retrospektif bir çalışmaya göre ASCUS ve SIL saptanan gebelerin lezyonlarının %64’ü gerileyebilirken, % 34’ü sebat etmekte, CIS olan hastaların % 67’sinde lezyon postpartum dönemde de sebat etmektedir (43).

Gebelikte preinvaziv servikal neoplazi tespit edildiği zaman PAP smear takibi ve kolposkopi, doğuma kadar üçer aylık aralarla uygulanmalı, doğum sonrası uterus involüsyonunun tamamlanmasıyla serviks yeniden değerlendirilmelidir. Kontrol smearinin postpartum sekizinci haftadan sonra alınması inflamatuvar smear sonuçlarını azaltabilir (32).

Servikal kanser teşhis edildikten sonra olgu, jinekolojik onkolog, maternal-fetal tıp uzmanı, radyasyon onkoloğu, neonatolog ve patoloğdan oluşan bir ekip tarafından değerlendirilmelidir. Erken evre olgularda genel kabul gören yaklaşım 20 haftanın altındaki gebeliklerde tedavinin gebeliğin düşünülmeden sonlandırılması, 20 haftanın üzerindeki gebeliklerde fetal matürite sağlandıktan sonra doğumun gerçekleştirilmesidir (2).

Kanserli gebelerin takip ve tedavilerindeki temel amaçlar anne hayatının kurtarılması, fetus veya yenidoğanın kanser tedavisinin zararlı etkilerinden korunması ve annenin reproduktif sisteminin ileriki gebelikler için korunabilmesi olmalıdır. Bu

nedenle kanserli gebelerin yönetimi multidisipliner ve titiz bir yaklaşım gerektirmektedir (51).

Uygulanacak tedavi şekilleri hem anne hem de fetus sağlığı açısından dikkatli bir şekilde gözden geçirilmeli, ayrıca aile detaylı bir şekilde tedavi seçenekleri ve fetus üzerine olabilecek zararlı etkiler hakkında bilgi verilmelidir.

Birçok Batı ülkesinde sitolojik taramanın antenatal takibin standart bir bölümünü oluşturmasına rağmen ülkemizde böyle bir tarama programı henüz mevcut değildir (7,8). Ülkemizde olduğu gibi, periyodik kontrol alışkanlığı olmayan toplumlarda, rutin kontroller için gebelik sırasında başvurulması, serviksin neoplastik ve enfeksiyöz değişikliklerini taramak açısından iyi bir fırsat sağlamaktadır (52).

Tablo 4 Gebe Kadınlarda preinvazif ve invazif servikal neoplazi insidansı

Yayınların Yazar Ve Yılı	Gözlenen Gebe Olgu Sayısı	Gözlem Metodu	Herhangi Derecedeki Neoplazi (%)	İnvaziv Kanser veya CIN (%)
Nesbitt & Nellman (1952)	300	Biyopsi	-	0.7
Marsh & Fitzgerald (1956)	4067	Biyopsi	-	0.6
Beecham & Emich (1959)	1041	Sitoloji	-	1.4
Reagan et al (1961)	930	Sitoloji	3	-
Rudletge et al (1962)	3872	Sitoloji	1.6	-
Stromme (1969)	-	Sitoloji	0.4	-
Bibbo et al (1971)	8230	Sitoloji	1.7	0.4
Lurain & Gallup	-	Sitoloji	1.3	-
Khatree et al (1980)	2000	Sitoloji	1.1	0.6
Bertini-Oliveira (1982)	3534	Sitoloji	3.5	0.9

(Vural E., Gönenç L., Aka N., Köse G.: Antenatal Kontrollerde Pap Smear Taraması ve Sonuçları, Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 2004, 8(3): 111-115).

4.10 Serviks Kanserin Önlenmesinde ve Erken Tanısında Hemşirenin Rolü

Jinekolojik kanserlerin tanı ve tedavisindeki gelişmeler, bu gruptaki hastaların yaşam süresini uzatarak kaliteli yaşam beklentisini artırmıştır. Bu bakış, hastaya verilen bakım ve desteğin boyutunu değiştirerek, hemşirenin görev ve sorumluluklarında olumlu değişikliklere yol açmıştır. Günümüzde kanserli hastaya yaklaşım, sağlıklı yaşam alışkanlıkları edindirme, risk tanılama ve gereken önlemleri alma gibi, erken tanının önemini kavramadan başlayarak hastalığı kabullenme, öz bakım gücünü geliştirerek kronik hastalıklarda olduğu gibi, onunla yaşamını sürdürme becerisi geliştirme ve yaşamın son döneminde, terminal hasta bakımına kadar uzanan çok geniş bir yelpaze içinde ele alınmaktadır.

Üreme organ kanserlerinin kadın sağlığı üzerindeki etkileri, büyük yıkım ve hasar yaratma şeklindedir. Özellikle hastalık ilerledikçe oluşan patolojik değişikliklerin geriye dönüşü olmadığı gibi ilerlemiş olgularda sağ kalım süresi, 5 yıla sınırlıdır. Bu nedenle kanser kontrolü ve sağlığı sürdürme çabalarında tedavi yerine “önleme” ön plana çıkmaktadır. Hemşireler, genellikle kadın olma özelliği ve sağlık ekibi içerisinde kolay ulaşılabilir bir konumda olması nedeniyle bireylere kanser riskini azaltıcı tutum ve davranış biçimi kazandırmada önemli ölçüde etkili kişilerdir (41).

Serviks kanserinden korunmada tek partnerli yaşam ya da tek eşlilik, en etkili önleyici önlemdir. Genç kadınların partner sayısı ve maruz kalacakları sağlık sorunlarına yönelik bilgilendirilmeye ihtiyaçları vardır. Danışmanlıkta; ısrarla partner sayısının az sayıda tutulması ve düzenli olarak kondom kullanılması üzerinde durulması, HPV dahil diğer infeksiyonlara maruz kalmayı azaltabilir. Kadının sigarayı bırakması ya da en aza indirmesi, diğer pek çok organ açısından da yararlı olacaktır. Kadınların pap smear dahil düzenli pelvik muayenelerini yaptırmaları konusunda desteklenmesi, serviks kanserlerinin önlenmesi ve oluşan değişikliklerin zamanında saptanması açısından yararlı olacaktır. Kadınların düzenli olarak yaptıracakları jinekolojik muayenelerin önemini içeren sağlık eğitimi, bakımın önemli unsurunu oluşturur. Kadınlar yıllık olarak yapılan bu muayeneleri, bilgilerini geliştirici ve yenileyici bir zaman dilimi olarak görürlerse, bu kontrollere daha istekli katılabilirler (41,49).

Jinekolojik kanser tanısı ve beraberinde uygulanan tedaviler, kadının cinsel fonksiyonlarında ve cinsel sağlığı üzerinde büyük etkilere sahiptir. Sağlık bakım

profesyonelleri, kanser tanı ve tedavisinin neden olduğu fiziksel ve psikolojik sorunları belirleme ve cinsel sorunları bulunan kadına yardım etmede çok uygun pozisyonudur. Sağlık bakımı veren kişilerin, cinselliğe karşı kendi tutum ve değerlerinin farkında olması ve hasta/partneri ile cinselliği tartışırken n yargısız olması önemlidir (41).

Hemşireler sağlık sistemi içinde, servikal kanser risk faktörlerini, korunma yollarını, tarama yöntemlerini, erken tanı ve tedavinin önemini, morbidite ve mortalite risklerini topluma açıklayacak önemli bir konuma sahiptir (49). Gelişmiş ülkelerde kanser erken tanı programları konusunda eğitilmiş hemşireler halk sağlığı taramalarında ve eğitim programlarında sağlık ve sosyal bakım elemanları ile birlikte çalışarak vazgeçilmez bir rol üstlenmişlerdir. Hemşirelerin, kadınların serviks kanserinden korunma ve erken tanısı konusunda bilgi gereksinimlerini karşılamak, riskli aileleri taramaya cesaretlendirmek, smear testini uygulamak, tarama neticesinde elde edilen verileri toplamak, değerlendirmek gibi sorumlulukları vardır (41).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli:

Araştırma, gebelerin pap smear testi konusunda bilgi düzeylerinin belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı yönetime göre planlandı.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı:

Çalışma, 22 Aralık 2008 – 22 Mart 2009 tarihleri arasında, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dilekçesi (Ek-1) ile İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izin alınarak (Ek-2), Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'nde gerçekleştirildi.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:

Araştırmanın evrenini, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği'ne başvuran gebeler oluşturdu. Örneklem kapsamını ise; Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği'ne başvuran gebelerden rastgele seçilen ve son 1 yıldır smear aldırmadığını bildiren, gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden 103 gebe oluşturdu.

Ayrıca araştırmaya kabul ölçütleri arasında son 48 saat içinde koitusta bulunmamış, vajinal ovül kullanmamış ve vajinal lavaj yapmamış olması yer aldı.

5.4. Araştırmanın Uygulanması:

22 Aralık 2008- 22 Mart 2009 tarihleri arasında hafta içi her gün mesai saatleri içinde yukarıda belirtilen özelliklere sahip gebeler smear alınmak üzere jinekoloji polikliniğine yönlendirildi.

Çalışma kapsamındaki bireylere araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verildi ve katılımları için yazılı onamları alındı (Ek 3). Verilerin doğru olarak elde edilebilmesi için, onam formunda isim belirtmenin zorunlu olmadığı, her türlü bilginin gizli kalacağı açıklandı.

Gebelere pap smear testi hakkında bilgi verilip, onam alındıktan sonra smear testi uygulandı. Vural ve arkadaşlarının 2004 yılında yaptıkları çalışmada ayre spatulası kullanılarak gebelerin hiçbirinde komplikasyon görülmediği bildirilmiştir (52). Bu

nedenle bizim çalışmamızda da smear testini, ayre spatulası kullanılarak uygulandı.

Sonuçlar patoloji laboratuvarında incelenerek Bethesda 3 sınıflaması ile değerlendirildi (Ek 5).

5.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verilerini toplamak amacıyla, kaynakçada yer alan, farklı literatürlerden yararlanılarak hazırlanan aşağıda belirtilen anket formu ve pap smear testi için ayre spatulası kullanıldı.

5.5.1 Görüşme Formu

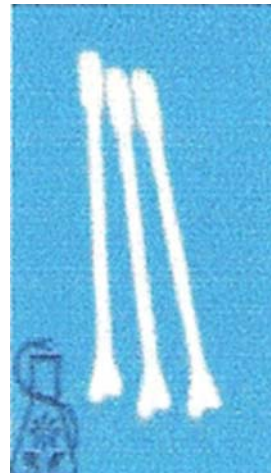
Görüşme formu, araştırmaya katılan kişilerin sosyo-demografik özelliklerini, jinekolojik ve obstetrik öykülerini, alışkanlıklarını, pap smear testi ve servikal kanser ile ilgili bilgi düzeylerine ilişkin verileri elde etmek amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen bir formdur (Ek-4). Bu form, katılımcı ile ilk tanışma sonrası, araştırmacı tarafından jinekoloji polikliniğinde uygulandı.

5.5.2 Pap Smear Testi

Pap smear testi; serviksteeki neoplastik ve enfeksiyöz değişiklikleri saptamakta kullanılan güvenli ve noninvaziv bir tarama testidir. Papanicolaou ve Trout tarafından 1943 yılında geliştirilmiştir. Pap smear sensitivitesinin oldukça yüksek, yanlış pozitiflik oranının düşük olması nedeniyle tüm dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır (16,52).

5.5.3. Ayre Spatulası

Ayre spatulası, smear almak için kullanılan bir metaryaldir. Tahta ve plastik formları mevcuttur.



5.5.4. Bethesda Sınıflaması

Papanicolaou'nun sınıflamasının yetersiz kalmaya başladığı fark edildikten sonra geliştirilen bir sınıflama sistemidir. Bethesda Sınıflaması, 12-13 Aralık 1988' de ABD' nde Bethesda' da Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü önderliği altında hazırlanan yeni ve deskriptif bir rapor sistemidir. 1991 yılında Bethesda 2, 2001 yılında Bethesda 3 yayınlanarak son 10 yılda elde edilen bilgiler doğrultusunda yeniden düzenlenmiştir (Ek 5) (2). Bethesda sınıflaması başlangıçta yeni terminoloji içermesi nedeniyle karışık gibi görünmesine rağmen, gerçekte hemen hemen tüm laboratuvarlarda aynı terimlerin kullanılması hastaların yönlendirilmesinde daha kolaylık sağlamıştır (2).

5.6. Verilerin Değerlendirilmesi:

Elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for Social Science) 15 for Windows paket programı kullanılarak; yüzdelik, ortalama (X), standart sapma(SS), χ^2 =Chi-Square (Ki-Kare) uygulandı.

Araştırma bulgularının analizinde gebelerin bilgi düzeylerinin karşılaştırılmasında χ^2 =Chi-Square (Ki-Kare) kullanılmıştır. Ölçülebilir verilerimizde ortalama (X), standart sapma (SS) ile birlikte verilmiştir.

5.7. Araştırmanın Etik Yönü:

1. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü adına gerekli izin alınması için dilekçe, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne teslim edildi. (Ek-1).

2. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nün yönlendirmesi doğrultusunda istenilen araştırma önerisi ve ekler hazırlanarak; araştırmanın uygulanması için gerekli yazılı yasal izin alındı (Ek-2).

3. İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden gerekli izin alındı.

4. Araştırmaya katılan gönüllü kişilerin sadece bilgilendirilmiş onam formuna adı soyadı alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ad ve soyadları geçmemektedir.

5. Araştırmanın yapıldığı kurumun talebi doğrultusunda araştırmanın sonuçlarının ve önerilerinin değerlendirebilmesi amacıyla geri bildirimde bulunmasına karar verildi.

6. Araştırma tamamlandıktan sonra araştırmaya katılan kişilere smear sonuçları telefon ile görüşülerek bildirildi.

5.8. Tez alışmasında Kullanılan Mevcut Olanaklar

1. Anket çalışmalarında araştırma yapılan Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin olanaklarından yararlandı.

2. Kırtasiye, bilgisayar, fotokopi, pap smear testi için kullanılan ayre spatulası v.b. masraflar araştırmacı tarafından karşılıandı.

5.9. Tezin Yürütülmesinde İş Birliği Yapılan Yerler Ve Kişiler

Yerler: İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği.

Kişiler: Araştırma yapılan Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ndeki hemşireler, asistanlar, profesörler ve diğer sağlık personeli.

5.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

❖ Araştırma, verilerin toplanacağı İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği ile sınırlıdır.

❖ Gebelikte rutin Pap smear testinin yapılmıyor olması, kişilerin araştırmaya gönüllü katılımlarında azalmaya neden olabilir.

5.11. Araştırmanın Varsayımları

1. Gebelerin pap smear testi ve servikal kanser konusunda bilgi düzeyleri düşüktür.

2. Gebelerde pap smear testinin rutin hale gelmesi sağlanabilir.

5.12. Araştırmanın Yapılması Sırasında Karşılaşılan Durumlar

Olumlu Durumlar;

İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimisi Doç.Dr. Alper Cihan'ın, Başhemşire Uzman Hemşire Fatma Kurnaz'ın ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Asistanı Dr. Hatice Kübra Kkşen'in verilerin toplanması aşamasında işbirlikçi

bir yaklaşım içerisinde olması ve her tür desteği vermeleri çalışmanın yürütülmesinde yardımcı olmuştur.

Olumsuz Durumlar;

❖ İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden Ekim ayında gelmesi beklenen izin yazısının tez konusunun incelenmesi nedeni ile Aralık ayında çıkması veri toplanması için zaman kaybettirdi.

❖ Gebelerin birçoğu pap smear testi hakkında bilgi sahibi olmadıkları için ve gebeliklerine zarar vereceği düşüncesi ile pap smear testi yaptırmak istemediler. Gebeleri ikna etmek, araştırmayı kabul etmelerini sağlamak verileri zamanında toplamayı güçleştirdi.

❖ Uzman hekimlerin araştırmaya katılmak istememesi araştırmaya katılan kişileri ikna sürecini zorlaştırdı.

6. BULGULAR

Gebe kadınların pap smear testi konusunda bilgi düzeylerinin incelenmesi amacıyla planlanan çalışmamız, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, antenatal poliklinikte takip edilen, katılmaya istekli 103 gebe üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Araştırmadan elde edilen bulgular üç bölüm halinde ele alınmıştır:

- ❖ Birinci bölümde; gebelerin tanıtıcı özelliklerini içeren veriler,
- ❖ İkinci bölümde; gebelerin pap smear testi ve servikal kanser ile ilgili bilgi düzeylerine ilişkin veriler,
- ❖ Üçüncü bölümde; gebelerin pap smear sonuçlarına ilişkin veriler sunulmuştur.

6.1 Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde çalışmaya katılan gebe kadınların demografik özelliklerine ilişkin bulgular, obstetrik ve jinekolojik özelliklerine göre dağılımları tabloalanmıştır.

6.1.1 Gebelerin Sosyo- Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde gebelerin yaş grupları, eğitim durumları, meslekleri, sosyo-ekonomik düzeyleri, evlilikle ilgili özellikleri (evlilik yaşı, evlilik süresi, ilk cinsel ilişki yaşı, partner sayısı) ve sigara kullanım durumları tabloalanmıştır.

Tablo 1: Gebelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Verilerin Dağılımı

Yaş	n	%
≤ 20 yaş	7	6,8
21-25	33	32,0
26-30	38	36,9
31-35	20	19,4
36-40	5	4,9
Toplam	103	100,0
Eğitim Düzeyi		
Okuryazar değil	5	4,9
Okuryazar	4	3,9
İlkokul mezunu	64	62,1
Ortaokul mezunu	9	8,7
Lise mezunu	18	17,5
Üniversite mezunu	3	2,9
Toplam	103	100,0
Meslek		
Ev Hanımı	101	98,1
İşçi	1	1,0
Memur	1	1,0
Toplam	103	100,0
Sosyo Ekonomik Durum		
Kötü	2	1,9
Orta	99	96,1
İyi	2	1,9
Toplam	103	100,0

Tablo 1’de gebelerin demografik özelliklerine ilişkin veriler sunulmuştur. Gebelerin % 6,8’inin 20 yaş altı, % 32’sinin 21-25 yaş arası, % 36,9’unun 26-30 yaş arası, % 19,4’ünün 31-35 yaş arası, % 4,9’unun 36-40 yaş arası olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalaması $27,16 \pm 4,77$ olarak saptanmıştır.

Çalışmaya katılan gebelerin eğitim durumları incelendiğinde % 4,9'unun okuryazar değil, % 3,9'unun okuryazar, % 62,1'inin ilkokul mezunu, % 8,7'sinin ortaokul mezunu, % 17,5'inin lise mezunu, % 2,9'unun üniversite mezunu oldukları bulunmuştur.

Gebelerin % 98,1'i ev hanımı, % 1'i işçi, % 1'i memur idi. Gebelerin % 1,9'unun sosyo-ekonomik durumlarının kötü, % 96,1'inin orta, % 1,9'unun iyi düzeyde olduğu saptanmıştır.

Tablo 2: Gebelerin Evlenme Yaşı, Evlilik Süresi ve Partner Sayılarına Göre Dağılımları

Evlenme Yaşı	n	%
14-17	10	9,7
18-21	58	56,3
22-25	29	28,2
26-30	6	5,8
Toplam	103	100,0
Evlilik Süresi		
1-3 yıl	30	29,1
4-10 yıl	56	54,4
11-15 yıl	10	9,7
16-20 yıl	7	6,8
Toplam	103	100,0
Partner Sayısı		
1	102	99,0
2	1	1,0
Toplam	103	100,0

Gebelerin evlenme yaşı gruplarına göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 2); % 9,7'sinin 14-17 yaş arası, % 56,3'ünün 18-21 yaş arası, % 28,2'sinin 22-25 yaş arası ve % 5,8'inin 26-30 yaş arasında evlendiği saptanmıştır. Araştırmaya katılan gebelerin evlilik yaşı ortalaması $20,45 \pm 2,74$ olarak bulunmuştur.

Gebelerin evlilik sürelerine bakıldığında (Tablo 2); % 29,1'nin 1-3 yıl arası, % 54,4'ünün 4-10 yıl arası, % 9,7'sinin 11-15 yıl arası, % 6,8'inin 16-20 yıl arasında evli olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan gebelerin evlilik süresi ortalaması $6,40 \pm 4,53$ olarak saptanmıştır.

Gebelerin % 99'unun partner sayısı 1'dir (Tablo 2).

Tablo 3: Gebelerin Sigara Kullanım Durumlarına Göre Dağılımları

Sigara Kullanımı	n	%
Evet	19	18,4
Hayır	84	81,6
Toplam	103	100,0

Gebelerin sigara kullanım durumları incelendiğinde (Tablo 3); % 18,4'ünün sigara kullandığı saptanmıştır.

6.1.2 Gebelerin Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerine Göre Dağılımları

Bu bölümde gebelerin trimestrlara göre dağılımı, gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, önceki doğum şekli, düşük, küretaj sayısı, jinekoloji polikliniğine başvurma nedenleri ve cinsel yolla bulaşan hastalık geçirme durumları tablolanmıştır.

Tablo 4: Gebelerin Trimestrlara Göre Dağılımları

Trimestr	n	%
1.Trimestr	36	35,0
2.Trimestr	50	48,5
3.Trimestr	17	16,5
Toplam	103	100,0

Araştırmaya katılan gebelerin % 35'i 1. trimestrde, % 48,5'i 2. trimestrde, % 16,5'i 3. trimestrde idi. Gebelerin gebelik haftası ortalaması $16,42 \pm 7,89$ olarak saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 5: Gebelerin Gebelik Sayıları, Canlı Doğum Sayıları, Önceki Doğum Şekli, Düşük ve Küretaj Öykülerine Göre Dağılımları

Gebelik Sayısı	n	%
1	56	54,4
2	32	31,1
3 ve üzeri	15	14,6
Toplam	103	100,0
Canlı Doğum Sayısı *		
1	72	92,3
2	4	5,1
3 ve üzeri	2	2,6
Toplam	78	100,0
Önceki Doğum Şekli *		
Normal Doğum	53	67,9
Sezeryan	25	32,1
Toplam	78	100,0
Düşük Öyküsü		
Evet	13	12,6
Hayır	90	87,4
Toplam	103	100,0
Küretaj Öyküsü		
Evet	17	16,5
Hayır	86	83,5
Toplam	103	100,0

*** Canlı doğum yapmamış olan bireyler bu soruyu yanıtlamamıştır.**

Gebelerin gebelik sayılarına ilişkin özellikleri incelendiğinde (Tablo 5); % 54,4'ünün gebelik sayısı 1, % 31,1'inin 2, % 14,6'sının 3 ve üzeridir. Araştırmaya katılan gebelerin gebelik sayısı ortalaması $2,51 \pm 1,25$ olarak saptanmıştır.

Gebelerin canlı doğum sayısı dağılımları incelendiğinde (Tablo 5), % 92,3'ünün canlı doğum sayısı 1, % 5,1'inin 2, % 2,6'sının 3 ve üzerindedir. Araştırmaya katılan gebelerin canlı doğum sayısı ortalaması $1,57 \pm 1$ olarak saptanmıştır.

Gebelerin önceki doğum şekli özellikleri incelendiğinde (Tablo 5); % 67,9'unun normal doğum, % 32,1'inin sezeryan ile doğum yaptıkları bulunmuştur.

Araştırmaya katılan gebelerin % 12,6'sının düşük, % 16,5'inin kürtaj öyküsü olduğu saptanmıştır.

Tablo 6: Gebelerin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık Geçirme Durumuna İlişkin Özelliklerin Dağılımı

Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık Geçirme	n	%
Evet	15	14,6
Hayır	88	85,4
Toplam	103	100,0

Gebelerin % 14,6'sının cinsel yolla bulaşan hastalık geçirdiği saptanmıştır.

Tablo 7: Gebelerin Daha Önce Jinekolojik Muayene Olma Durumlarına Göre Dağılımları

Daha Önce Jinekolojik Muayene Olma	n	%
Evet	95	92,2
Hayır	8	7,8
Toplam	103	100,0

Gebelerin daha önce jinekolojik muayene olma durumları incelendiğinde (Tablo 7); % 92,2'sinin jinekolojik muayene oldukları saptanmıştır.

Tablo 8: Gebelerin Jinekoloji Polikliniğine Başvurma Nedenlerine Göre Dağılımları

Jinekoloji Polikliniğine Başvurma Nedenleri	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Antenatal Kontrol	103	100,0	-	-
Genital Enfeksiyon	39	37,9	64	62,1
Kasık ve bel ağrısı	55	53,4	48	46,6
Üriner enfeksiyon	26	25,2	77	74,8
Cinsel Problemler	11	10,7	92	89,3
Genital bölgede oluşum	2	1,9	101	98,1

* Satır yüzdesi verilmiştir.

Gebelerin jinekoloji polikliniğine başvurma nedenlerine yönelik dağılımları incelendiğinde (Tablo 8); % 100'ünün antenatal kontrol, % 53,4'ünün kasık ve bel ağrısı % 37,9'unun genital enfeksiyon, % 25,2'sinin üriner enfeksiyon, % 10,7'sinin cinsel problemler, % 1,9'unun genital bölgede oluşum nedeni ile jinekoloji polikliniğine başvurduğu saptanmıştır.

6.2 Gebelerin Pap Smear Testi ve Servikal Kansere İlgili Bilgi Düzeylerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan gebelerin ailede kanser öyküsü varlığı, pap smear testini duyma ve yaptırma durumları, pap smear testini yaptırma zamanı, yaptırma nedeni, pap smear testi ile ilgili bilgi düzeyleri (pap smear testinin yapılma nedenini ve kimlerin yaptırması gerektiğini, yaptırma sıklığını bilme durumları), serviks kanseri ile ilgili bilgi düzeylerine (serviks kanserini duyma ve bilme durumları, serviks kanserinden korunmak için yapılması gerekenler, kendilerini serviks kanseri açısından riskli görme durumları ve riskli görme nedenleri) göre dağılımları tablolanmıştır.

Tablo 9: Gebelerin Ailesinde Kanser Öyküsü Olma Durumu ve Kanser Tipine Göre Dağılımları

Ailede Kanser Öyküsü Olma Durumu	n	%
Evet	35	34,0
Hayır	68	66,0
Toplam	103	100,0
Kanser Tipi		
Endometrium Kanseri	4	11,4
Meme Kanseri	5	14,3
Sindirim sistemi	15	42,9
Solunum Sistemi	11	31,4
Toplam	35	100,0

Gebelerin ailede serviks kanseri öyküsü olma durumları incelendiğinde (Tablo 9); % 34'ünün ailesinde kanser öyküsü mevcut idi.

Gebe kadınların ailesinin % 11,4'ünde endometrium kanseri, % 14,3'ünde meme kanseri, % 42,9'unda sindirim sistemi, % 31,4'ünde solunum sistemine ait kanser öyküsü bulunmuştur.

Tablo 10: Gebelerin Pap Smear Testini Duyma ve Yaptırma Durumuna Göre Dağılımları

Pap Smear Testini Duyma Durumu	n	%
Evet	51	49,5
Hayır	52	50,5
Toplam	103	100,0
Daha Önce Pap Smear Testini Yaptırma		
Evet	26	25,2
Hayır	77	74,8
Toplam	103	100,0

Gebelerin pap smear testini duyma ve yaptırma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 10); % 49,5'inin pap smear testini önceden duyduğu, % 25,2'sinin daha önce pap smear testi yaptırdığı saptanmıştır.

Tablo 11: Gebelerin Pap Smear Testi Yaptırma Zamanına Göre Dağılımları

Pap Smear Testi Yaptırma Zamanı	n	%
1 yıl önce	18	69,2
2 yıl önce	6	23,1
3 yıl önce	-	-
4 yıl ve üzeri	2	7,7
Toplam	26	100,0

*** Pap smear testini yaptırmayan olgular bu soruyu yanıtlamamıştır.**

Gebelerin pap smear testi yaptırma zamanına göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 11); % 69,2'si 1 yıl, % 23,2'si 2 yıl önce, % 7,7'si 4 yıl ve üzeri zaman önce pap smear testi yaptırdığını bildirmiştir.

Tablo 12: Gebelerin Pap Smear Testini Öneren Kişilere Göre Dağılımları

Pap Smear Testini Öneren Kişi	n	%
Hekim önerisi ile	20	76,9
Kendi isteği ile	6	23,1
Toplam	26	100,0

Gebelerin pap smear testini öneren kişilere göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 12); % 76,9'unun hekim önerisi ile, % 23,1'inin kendi isteği ile pap smear testi yaptırdığı saptanmıştır.

Tablo 13: Gebelerin Pap Smear Testinin Yapılma Nedenini Bilme Durumuna Göre Dağılımı

Pap Smear Testinin Yapılma Nedenini Bilme	n	%
Jinekolojik kanser	39	37,9
Enfeksiyon	2	1,9
Bilmiyorum	62	60,2
Toplam	103	100,0

Gebelerin pap smear testinin yapılma nedenini bilme durumlarına göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 13); % 60,2'si pap smear testinin niçin yapıldığını bilmediğini, % 37,9'u jinekolojik kanserin erken teşhisi için, % 1,9'u enfeksiyon nedeni ile yapıldığını ifade etmiştir.

Tablo 14: Gebelerin Pap Smear Testi Yaptırma Nedenini Bilme Durumunun Yaş, Meslek, Doğurganlık, Öğrenim Durumu ve Sosyo-Ekonomik Değerlerle Karşılaştırılmasına Yönelik Verilerin Dağılımı

	Yaş	Meslek	Doğurganlık	Öğrenim Durumu	Sosyo Ekonomik Durum
Pap Smear Yaptırma Nedenini Bilme	$\chi^2=14,171$ P=0,077	$\chi^2=2,305$ P=0,680	$\chi^2=4,856$ P=0,773	$\chi^2=21,969$ P=0,015	$\chi^2=2,752$ P=0,600

Gebelerin pap smear testi yaptırma nedenini bilme durumu ile meslek ($\chi^2=2,305$, $p=0,680$), doğurganlık ($\chi^2=4,856$, $p=0,773$), sosyo-ekonomik ($\chi^2=2,752$, $p=0,600$) ve yaş ($\chi^2=14,171$, $p=0,077$) durumları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 14). Gebelerin pap smear testi yaptırma nedenini bilme durumunun öğrenim durumu ($\chi^2=21,969$, $p=0,015$) ile karşılaştırılması sonucu aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 14).

Tablo 15: Gebelerin Pap Smear Testini Kimlerin Yaptırması Gerektiğini Bilme Özelliklerine Göre Dağılımları

Pap Smear Testini Kimler Yaptırır	n	%
Bütün kadınlar	31	30,1
Evli kadınlar	19	18,4
40 yaş üstü kadınlar	1	1,0
Doğum yapmış kadınlar	1	1,0
Bilmiyorum	51	49,5
Toplam	103	100,0

Gebelerin pap smear testini kimlerin yaptırması gerektiğini bilme durumları incelendiğinde (Tablo 15); % 30,1'i pap smear testini bütün kadınların yaptırması gerektiğini, % 18,4'ü evli kadınların, % 1'i 40 yaş üstü kadınların, % 1'i doğum yapmış kadınların yaptırması gerektiğini söylemiş ve % 49,5'i ise bu konuda bilgisi olmadığını ifade etmiştir.

Tablo 16: Gebelerin Pap Smear Testini Yaptırma Sıklığını Bilme Durumuna İlişkin Verilerin Dağılımı

Pap Smear Testi Ne Sıklıkta Yapılır	n	%
Her yıl	40	38,8
2 yılda bir	1	1,0
Bilmiyorum	62	60,2
Toplam	103	100,0

Gebelerin pap smear testini yaptırma sıklığını bilme durumları incelendiğinde (Tablo 16); % 38,8'i smear testinin her yıl yapılması gerektiğini, % 1'i 2 yılda bir, % 60,2'i ise bu konuda bilgisi olmadığını ifade etmiştir.

Tablo 17: Gebelerin Serviks Kanserini Duyma ve Bilme Durumuna İlişkin Özelliklerin Dağılımı

Serviks Kanserini Duyma	n	%
Evet	96	93,2
Hayır	7	6,8
Toplam	103	100,0
Serviks Kanserinin Belirtilerini Bilme		
Biliyor	2	1,9
Bilmiyor	89	86,4
Kısmen	12	11,7
Toplam	103	100,0

Gebelerin serviks kanserini duyma ve belirtilerini bilme durumlarına ilişkin özellikleri incelendiğinde (Tablo 17); % 93,2'sinin serviks kanserini duyduğu, % 86,4'ünün serviks kanseri belirtilerini bilmedikleri, % 11,7'sinin kısmen bildikleri saptanmıştır.

Tablo 18: Gebelerin Serviks Kanserinden Korunmak İçin Yapılması Gerekenler Hakkında Bilgi Düzeylerinin Dağılımı

Serviks Kanserinden Korunmak İçin Yapılması Gerekenler	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Prezervatif Kullanmak	52	50,5	51	49,5
Az sayıda ilişki ve tek eşlilik	13	12,6	90	87,4
Hijyen	8	7,8	95	92,2
Sigara içmemek	2	1,9	101	98,1
Az sayıda ve en az 2 yıl ara ile gebelik	74	71,8	29	28,2
İlk cinsel ilişki yaşının erken olmaması	2	1,9	101	98,1
Hiçbir fikrim yok	5	4,9	98	95,1

* Satır yüzdesi verilmiştir.

Gebelerin serviks kanserinden korunmada yapılması gerekenler hakkındaki bilgi düzeylerine göre dağılımı incelendiğinde (Tablo 18); % 71,8'i az sayıda ve en az 2 yıl ara ile gebelik, % 50,5'i prezervatif kullanmak, % 12,6'sı az sayıda cinsel ilişki ve tek eşlilik, % 7,8'i hijyen, % 1,9'u sigara kullanmamak ve % 1,9'u ilk cinsel ilişki yaşının erken yaşta olmaması gerektiğini ifade etmiştir.

Tablo 19: Gebelerin Kendilerini Serviks Kanseri Açısından Riskli Görme Durumuna İlişkin Verilerin Dağılımı

Riskli Görme Durumu	n	%
Evet	36	35,0
Hayır	67	65,0
Toplam	103	100,0

Gebelerin kendilerini serviks kanseri açısından riskli görme durumlarına ilişkin verilerin dağılımı incelendiğinde (Tablo 19); % 35'inin kendilerini serviks kanseri açısından riskli gördüğü saptandı.

Tablo 20: Gebelerin Kendilerini Serviks Kanseri Açısından Riskli Görme Nedenlerine Göre Dağılımı (n=36)

Gebelerin Kendilerini Riskli Görme Nedenleri	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Sık jinekolojik enfeksiyon	8	22,2	28	77,8
Gebelik sayısının fazla olması	7	19,4	29	80,6
Sık ve korunmasız ilişki	19	52,8	17	47,2
Hijyenik olmamak	1	2,8	35	97,2
Genetik,aile öyküsü	5	13,9	31	81,6
Partner sayısının fazla olması	1	2,8	35	97,2

* Kendilerini serviks kanseri açısından riskli gören olgular cevaplandırmıştır.

Gebelerin kendilerini serviks kanseri açısından riskli görme nedenlerine göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 20); % 22,2'si sık jinekolojik enfeksiyon, % 19,4'ü gebelik sayısının fazla olması, % 52,8'i sık ve korunmasız ilişki, % 2,8'i hijyenik olmamak, % 13,9'u genetik, aile öyküsü ve % 2,8'i partner sayısının fazla olması yönünden kendilerini riskli gördüklerini ifade etmiştir.

6.3. Gebelerin Pap Smear Sonuçlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde çalışmaya katılan gebelerin pap smear testi sonuçlarına göre dağılımları tablolanmıştır.

Tablo 21: Gebelerin Smear Sonuçlarına Göre Dağılımı

Smear Sonuçları	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Yeterli	100	97,1	3	2,9
Yetersiz	3	2,9	100	97,1
Sınırlı	39	37,9	64	62,1
Reaktif Hücresel değişiklik	56	54,4	47	45,6
Enfeksiyon	17	16,5	86	83,5

* **Birden fazla şıkla cevap verilmiştir.**

Gebelerin smear sonuçlarının dağılımı incelendiğinde (Tablo 21); % 97,1’inde yeterli, % 2,9’unda yetersiz ve % 37,9’unda sınırlı materyal tespit edilmiştir. Smear sonuçlarının % 54,4’ünde reaktif hücresel değişiklik ve % 16,5’inde enfeksiyon saptanmıştır.

Tablo 22: Gebelerin Enfeksiyon Etkenlerine Göre Dağılımı

Enfeksiyon Etkenlerinin Dağılımı	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Kandida	3	2,9	100	97,1
Trikomonas	-	-	103	100,0
Lactobasil	16	15,5	87	84,5

* **Satır yüzdesi verilmiştir.**

Gebelerin enfeksiyon etkenlerinin dağılımı incelendiğinde (Tablo 22); gebe kadınların % 15,5’inde lactobasil, % 2,9’unda kandida saptanmıştır.

Tablo 23: Gebelerin Bethesda Sınıflaması'na Göre Smear Sonuçlarının Dağılımı

Smear Sonuçları	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Normal	32	31,1	71	68,9
ASCUS	1	1,0	102	99,0
LGSIL	-	-	103	100,0

* Satır yüzdesi verilmiştir.

Gebelerin smear sonuçları Bethesda sistemine göre değerlendirildiğinde (Tablo 23); % 31,1'inin sonucu normal, % 1'inin sonucu ASCUS olarak saptanmıştır.

7. TARTIŞMA

Serviks kanseri dünya genelinde; kadınlarda görülme sıklığı açısından ikinci, kanserin neden olduğu ölümlerde ise üçüncü sırayı almaktadır. Serviks kanserinin yüksek insidansı özellikle gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sorundur. Türkiye’de ise en sık görülen jinekolojik kanserdir (5,6).

Pap smear ile servikal kanser taraması, kanser önlenmesine yönelik ve maliyet açısından etkin olan çok nadir metodlardan birisidir (16). Gelişmiş ülkelerde özellikle son 40 yıl içinde tarama programları geliştirilmiş, bu sayede klinik olarak invazif kanser insidansında önemli derecede azalmalar kaydedilmiştir (2,16). Birçok Batı ülkesinde sitolojik taramanın antenatal takibin standart bir bölümünü oluşturmasına rağmen ülkemizde böyle bir tarama programı henüz mevcut değildir (52). Gebelik ülkemizdeki gibi periyodik olarak pap smear yaptırma alışkanlığı olmayan toplumlarda serviksın neoplastik ve enfeksiyöz hastalıklarının taranması için önemli bir fırsattır.

Gebe kadınların Pap smear testi konusundaki bilgi düzeylerinin incelenmesi amacıyla planlanan bu araştırma 103 gebe kadın ile gerçekleştirildi.

Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulgular literatür doğrultusunda 3 ana başlıkta tartışılmıştır.

- 7.1. Gebelerin tanıtıcı özelliklerini içeren verilerin tartışılması,
- 7.2. Gebelerin pap smear testi ve servikal kanser ile ilgili bilgi düzeylerine ilişkin verilerin tartışılması
- 7.3. Gebelerin pap smear sonuçlarına ilişkin verilerin tartışılması

7.1 Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerini İçeren Bilgilerin Tartışılması

Bu bölümde çalışmaya katılan gebelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular, obstetrik ve jinekolojik özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması yer almaktadır.

7.1.1 Gebelerin Sosyo- Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde gebelerin yaş grupları, eğitim durumları, meslekleri, sosyo-ekonomik düzeyleri, evlilikle ilgili özellikleri (evlilik yaşı, evlilik süresi, ilk cinsel ilişki yaşı, partner sayısı) ve sigara kullanım durumlarına ilişkin verilerin tartışılması yer almaktadır.

Literatüre göre servikal intraepitelyal neoplazilerin en sık görüldüğü dönem 20'li yaşların sonlarıdır. Karsinoma in situ yaklaşık 35 yaşlarında, invazif kanser ise 55-60 yaşlarında görülür (2). Bu yüzden invazif kanser aşamasına gelmeden önce lezyonları yakalamak için taramaya erken yaşlarda başlanmalıdır. Bazı yazarlar adenokarsinomların genç yaşlarda pik yapmasından dolayı tarama yaşının 18'e çekilmesini önermektedir (18,22).

Çalışmamızda gebelerin yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 1); % 32'si 21-25 yaş grubunda, % 36,9'u 26-30 yaş grubunda, % 19,4'ü 31-35 yaş grubunda, % 6,8'i 20 yaş ve altında ve % 4,9'u 36-39 yaş grubundadır. Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalamasının $27,16 \pm 4,77$ olduğu saptanmıştır. Vural ve ark. (2004)'nin, antenatal kontrollerde pap smear taraması amacıyla yaptıkları çalışmalarında, gebelerin % 45,88'inin 21-26 yaş grubunda, % 28,35'inin 27-32 yaş grubunda, % 11,6'sinin 33-38 yaş grubunda saptanmıştır (52). Aksu (2008)'nin gebelikte servikojenital değişikliklerin değerlendirilmesi amacıyla 144 gebe üzerinde yaptığı çalışmasında gebelerin yaş ortalaması $28,12 \pm 0,45$ olarak saptanmıştır (2). TNSA 2003 verilerine göre Türkiye'de kadınların ilk doğurganlık deneyimini 20-24 yaş arasında yaşadıkları, 29 yaşından sonra doğurganlık düzeyinin yavaş bir şekilde düştüğü bildirilmektedir (20). Türkiye sonuçlarının, Vural ve ark. (2004)'nin, Aksu (2008)'nin sonuçlarıyla paralellik gösteren çalışmamızın sonucu üreme çağındaki annelerimizin 30 yaş altı grupta yoğunlaştığını göstermektedir. Prekanseroz lezyonların görülme yaşı ile üreme çağı döneminin çakıştığı düşünülürse gebelik dönemi smear taraması yapılmasında ve bu lezyonların yakalanmasında önemli bir fırsattır.

Tablo 1'de görüldüğü gibi gebelerin % 62,1'inin ilkökul mezunu, % 8,7'sinin ortaokul mezunu, % 17,5'inin lise mezunu, % 2,9'unun üniversite mezunu ve % 4,9'unun ise okuryazar olmadığı belirlenmiştir. TNSA 2003 verilerine göre, kadınların % 21,8'inin eğitimi yok/ilkokulu bitirmediği, % 53,7'sinin ilkökul mezunu, % 7,4'ünün

ortaokul mezunu ve % 17'sinin lise ve üzeri düzeyde olduğu saptanmıştır (20). Araştırmamızda bulunan sonuç ülke geneliyle paralellik göstermektedir.

Literatürde serviks kanseri görülme sıklığı gelir düzeyi düşük olanlarda, gelir düzeyi yüksek olanlara oranla daha fazladır. Sosyo-ekonomik durumun kötü olması kişilerin hijyene ilişkin davranışlarını olumsuz etkiler. Ayrıca sosyo-ekonomik durum sağlık kurumlarına başvurmayı da etkilemektedir (3,18). Araştırmada gebelerin % 98,1'i ev hanımı, % 96,1'inin sosyo-ekonomik durumu orta seviyede idi.

Birçok retrospektif çalışma erken yaşta evlilik ve cinsel ilişkinin sonradan gelişecek servikal kanserde olası bir risk faktörü olduğunu belirtmiştir. Örneğin, 16 yaşından önce evlenen kadınlarda servikal kanser riski, 20 yaşından sonra evlenenlerden iki kat daha fazladır, ayrıca partner sayısı ile direkt ilişkilidir. Bunun muhtemel nedeni olarak da servikal transformasyon zonunun menarş ile 16 yaş arasında infeksiyonlara açık olması gösterilmiştir (16). Çalışmamızda gebelerin % 9,7'sinin 17 yaşından önce evlendiği, % 56,3'ünün 18-21 yaş arasında evlendiği saptanmıştır (Tablo 2). Çalışmamıza katılan tüm gebelerin ilk cinsel ilişki deneyimlerini evlendiklerinde yaşadıkları saptanmıştır. Bizim çalışmamıza paralel olarak, Vural ve ark. (2004)'nın yaptıkları çalışmada araştırmaya katılan gebelerin % 22,1'inin ilk cinsel ilişki yaşı 18 yaş ve altında, % 53,6'sının 19-22 yaş arasında olduğu saptanmıştır (52). TNSA 2003 verilerine göre Türkiye'de kadınların ilk evlilik yaş ortalaması 20 yaş olarak saptanmıştır (20). Çalışmamızda Türkiye verilerine paralel olarak gebelerin evlilik yaşı ortalaması $20,45 \pm 2,74$ olarak bulunmuştur.

Çalışmamızdaki gebelerin % 99'unun partner sayısı birdir ve evlilik süresi ortalamaları ise $6,40 \pm 4,53$ olarak saptanmıştır (Tablo 2).

Sigara içenlerin sayısının günden güne arttığı bilinmektedir. Gebelikte sigara içildiğinde abortus, amnios kesesinin erken açılması, abortus komplikasyonları, perinatal ölümler, prematüre doğumlar, düşük kilolu bebek doğumu, günde 10 sigaradan fazla içildiği durumlarda da çocuklarda mental gerilik görülür (18). Ayrıca bazı epidemiyolojik çalışmalarda sigara ile preinvaziv ve invaziv serviks kanserleri arasında bir ilişkinin olduğu gösterilmiş ve sigara içen kadınlarda serviks kanseri riskinin 2 kat kadar arttığı saptanmıştır (18). Araştırmamızda gebelerin % 18,4'ünün sigara kullandığı saptanmıştır (Tablo3). Vural ve ark.(2004)'nın yaptıkları çalışmada gebelerin % 26,8'inin sigara kullandığı bulunmuştur (52). TNSA 2003 verilerine göre 15-49 yaş

arası evlenmiş kadınlardan % 28'i ara sıra ya da düzenli olarak ve gebe kadınların % 15'inin düzenli olarak sigara kullandığı saptanmıştır (20). Çalışmamızdaki sonuç ülke genelinde elde edilen sonuç ile paralellik göstermektedir.

7.1.2 Gebelerin Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerinin Tartışılması

Araştırmaya katılan gebelerin % 35'i 1. trimestırda, % 48,5'i 2. trimestırda, % 16,5'i 3.trimestırda idi. Gebelerin gebelik haftası ortalaması $16,42 \pm 7,89$ olarak saptanmıştır (Tablo 4).

Literatüre göre serviks kanserinin görülme sıklığı, gebelik sayısı ile paralel olarak artış gösterdiği, gebelik sayısının 4 ve ilk gebeliğin 20 yaşından önce olması önemli bir risk faktörü olarak bildirilmektedir (6,18). Çalışmamızda gebelerin % 14,6'sının 3 ve üzeri doğum yaptıkları saptanmıştır (Tablo 5). Gebelerin gebelik sayısı ortalaması $2,51 \pm 1,25$ olarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılan gebelerin canlı doğum sayısı ortalaması $1,57 \pm 1$ olarak saptanmıştır. TNSA 2003 araştırmasına göre Türkiye' de ortalama bir kadının 1.84 çocuk doğurduğu, bu çocuklar arasından araştırma tarihinde hayatta olan çocukların sayısının 1.69 olduğu bildirilmektedir (1,46).

TNSA 2003 verilerine göre ülke genelinde evli kadınlarda istemli düşük sıklığı 100 gebelikte 21,3 olarak bildirilmektedir (20). Bizim çalışmamızda gebelerin % 12,6'sında istemli düşük öyküsü bulunmuştur.

Gebelerin önceki doğum şekli özellikleri incelendiğinde (Tablo 5); % 67,9 'unun normal doğum, % 32,1'inin sezeryan ile doğum yaptıkları bulunmuştur. Ocakoğlu ve ark. (2008)'nin Bursa'da gebelik sonuçları ve ilişkili riskler ile ilgili 808 gebe ile yapmış oldukları çalışmalarında gebelerin önceki doğum şekilleri incelendiğinde; % 56,2'sinin normal doğum, % 43,8'inin sezeryan ile doğum yaptığı saptanmıştır (31). Türkiye'de 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na (TNSA) göre % 21,2 olan sezeryan oranının, son doğum sayılarına bakıldığında yer yer % 40'lara ulaştığı görülmekte ve bu oranı yükselten nedenler arasında isteğe bağlı ve mükerrer sezeryanların artması, endikasyonların genişletilmesi gibi faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir (46). Çalışmamızda sezeryanla doğum oranı Ocakoğlu ve ark. (2008)'nin çalışmasına göre daha düşük ve Türkiye geneline göre benzer özellik

göstermektedir (31). Bu sonuç gebe kadınların genç bir gruptan oluşması ve isteğe bağlı sezeryan tercih etmesi şeklinde yorumlanabilir.

Birçok çalışmada tüm cinsel yolla geçen ajanlar (gardnerella, mikoplazma, trikomonas, gonore, sifiliz, klamidya, kandida gibi) arasındaki ilişki araştırılmış ve servikal neoplazi etyolojisinde rol oynadığı saptanmıştır. Özellikle serviks kanseri açısından Herpes simpleks virüs tip 2 (HSV-2) önemli bir etken olarak gösterilmiştir (34). Çalışmamızda gebe kadınların % 14,6'sının cinsel yolla bulaşan hastalık geçirdiği saptanmıştır (Tablo 6).

Çalışmamızda gebelerin % 92,2'sinin daha önce jinekolojik muayene oldukları saptanmıştır (Tablo 7). Bizim sonucumuza benzer şekilde Karaca ve ark. (2008)'nin 834 kadın üzerinde yaptıkları "Pap smear ne kadar biliniyor, ne kadar uygulanıyor?" konulu çalışmalarında kadınların % 92,8'inin daha önce en az 1 kez jinekolojik muayene oldukları bulunmuştur (24).

Gebelerin jinekoloji polikliniğine başvurma nedenlerine yönelik dağılımları incelendiğinde (Tablo 8); % 53,4'ünün kasık ve bel ağrısı, % 37,5'inin genital enfeksiyon, % 25,2'sinin üriner enfeksiyon, % 10,7'sinin cinsel problemler, % 1,9'unun genital bölgede oluşum şikayeti ile başvurdukları saptanmıştır. Vural ve ark. (2004)'nin yaptığı çalışmada gebelerin % 60,8'inin genital enfeksiyon, % 12,2'sinin kasık ve bel ağrısı, % 5,6'sının cinsel problemler, % 1'inin genital bölgede oluşum ve % 0,5'inin lekelenme tarzı kanama şikayeti ile polikliniğe başvurduğu bulunmuştur (52).

7.2. Gebelerin Pap Smear Testi ve Servikal Kansere İlgili Bilgi Düzeylerine İlişkin Verilerin Tartışılması

Bu bölümde araştırmaya katılan gebelerin ailede kanser öyküsü varlığı, pap smear testini duyma ve yaptırma durumları, pap smear testini yaptırma zamanı, yaptırma nedeni, pap smear testi ile ilgili bilgi düzeyleri, serviks kanseri ile ilgili bilgi düzeylerine ilişkin verilerin tartışılması yer almaktadır.

Çalışmamızda gebe kadınların % 34'ünün ailesinde kanser öyküsü mevcuttur. Ailesinde kanser öyküsü bulunanların % 11,4'ünde endometrium kanseri, % 14,3'ünde meme kanseri, % 42,9'unda sindirim sistemi, % 31,4'ünde solunum sistemine ait kanser öyküsü bulunmuştur (Tablo 9).

Çalışmamızda gebelerin % 49,5'inin daha önce pap smear testini duydukları saptanmıştır (Tablo 10). Akyüz ve ark. (2006)'nın 265 kadın üzerinde yaptıkları çalışmalarında pap smear testini daha önce duyanların oranı % 76,92, Dönmez (2007)'in 366 kadın üzerinde yaptığı çalışmasında % 37, Karaca ve ark. (2008) 'nın 834 kadın üzerinde yaptıkları çalışmalarında % 29,9, Koyuncu (2006)'nun 982 kadın üzerinde yaptığı çalışmasında % 16,1 olarak bulmuşlardır (3,13,24,26). Literatürdeki sonuçların çok farklı çıkması farklı yaş, eğitim grubundaki kadınların incelenmesinden kaynaklanması şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda gebelerin % 25,2'sinin daha önce pap smear testini yaptırdıkları, saptanmıştır (Tablo 10). Daha önce pap smear yaptırma oranını Kalyoncu ve ark (2003) % 20, Akyüz ve ark.(2006) % 51,32, Dönmez (2007) % 31,8, Karaca ve ark. (2008) % 16,2 oranında bulmuşlardır (3,13,22,24). Çalışmamızda Pap smear testini yaptıran kadınların oranının düşük olması bu tür tarama programlarının rutin hale gelmesi gerektiğini göstermektedir.

Gebelerin % 69,2'si 1 yıl, % 23,2'si 2 yıl önce, % 7,7'si 4 yıl ve üzeri zaman önce pap smear testi yaptırdığını bildirmiştir (Tablo 11).

Gebelerin pap smear testini öneren kişilere göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 12); % 76,9'unun hekim önerisi ile, % 23,1'inin kendi isteği ile smear testi yaptırdıkları saptanmıştır. Çalışmamıza paralel olarak Karaca ve ark. (2008)'nin çalışmasında kadınların % 91,1'i hekim önerisi ile, % 8,9'u ise kendi isteği, Kalyoncu ve ark (2003)'nin yaptıkları çalışmalarında % 82'sinin sağlık personelinin önerisiyle,

Gichangi ve ark (2003)'nin Kenya'da yaptıkları çalışmalarında % 82'sinin sağlık personelinin önerisiyle, % 7'sinin arkadaşlarının önerisiyle smear yaptırdıkları saptanmıştır (22,24). Çalışmamız literatür bulgularıyla uyumludur.

Gebelerin pap smear testinin yapılma nedenini bilme durumları incelendiğinde (Tablo 13); % 60,2'sinin pap smear testinin yapılma nedenini bilmedikleri saptanmıştır. Pap smear testinin yapılma nedenini bilmeyen kadın sayısı Akyüz ve ark. (2006)'nın çalışmasında % 68, Dönmez (2007)'in çalışmasında % 32,8 oranında bulunmuştur (3,13). Çalışmamızda gebelerin çoğunluğunun pap smear hakkında bilgisi olmadığı ve bu konuda eğitime ihtiyaçları olduğu görülmektedir.

Gebelerin pap smear testi yaptırma nedenini bilme durumu ile meslek ($\chi^2=2,305$, $p=0,680$), doğurganlık ($\chi^2= 4,856$, $p=0,773$), sosyo-ekonomik ($\chi^2=2,752$, $p=0,600$) ve yaş ($\chi^2=14,171$, $p=0,077$) durumları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Gebelerin eğitim seviyesi arttıkça ($\chi^2=21,969$, $p=0,015$) pap smear testi yaptırma nedenini bilme durumunun arttığı saptanmıştır (Tablo 14).

Gebelerin pap smear testini kimlerin yaptırması gerektiğini bilme durumları incelendiğinde (Tablo 15); % 30,1'i bütün kadınların, % 18,4'ü evli kadınların, % 0'ı 40 yaş üzeri kadınların, % 1'i çok doğum yapmış kadınların ve % 49,5'i bu konuda bilgisi olmadığını ifade etmiştir. Akyüz ve ark. (2006)'nın yaptıkları çalışmada kadınların % 62,34'ü pap testini bütün kadınların yaptırması gerektiğini, % 100'ü jinekolojik problemi olan kadınların, % 100'ü evli kadınların, % 100'ü 40 yaş üzeri kadınların ve % 29,58'inin testi kimlerin yaptırması gerektiğini bilmedikleri saptanmıştır (3). Çalışmamızdaki kadınların bu konuda yeterli bilgiye sahip olmadıkları görülmektedir.

Gebelerin pap smear testini yaptırma sıklığını bilme durumları incelendiğinde (Tablo 16); % 60,2'si smear testinin yapılma sıklığını bilmediğini ifade etmiştir. Akyüz ve ark. (2006)'nın çalışmalarında smear testinin hangi sıklıkla yapılmasını bilmeyen kadınların oranı % 34, Dönmez (2007)'in çalışmasında % 38 olarak saptanmıştır (3,13). Çalışmamızdaki smear testinin sıklığını bilmeyen kadınların oranı Akyüz ve ark. (2006)'nın, Dönmez (2007)'in çalışmalarına göre daha yüksek oranda çıkmıştır.

Toplumda yaygın olarak görülen serviks kanserine bağlı kadın ölümleri kadınların bilinçlendirilmesiyle azaltılabilir. Ancak yapılan çalışmalar özellikle gelişmekte olan ülkelerde kadınların serviks kanserini ve risk faktörlerini bilmediklerini göstermektedir (13). Wellensiek ve ark (2002) Güney Afrikada yaptıkları çalışmada

sosyo-ekonomik ve eğitim düzeyi düşük olan kadınların % 87'sinin pap smear testini bilmedikleri için yaptırmadıklarını saptamıştır (26). Maaita ve Barakat Ürdün'de 600 kadın ile yaptıkları çalışmada % 75'inin daha önce pap smear testi yaptırmadıkları ve % 77'sinin de serviks kanseri ile ilgili risk faktörlerini bilmedikleri saptanmıştır (26). Ralston ve ark (2003) ise yaptıkları çalışmada Çinli kadınların serviks kanseri risk faktörleri ile ilgili bilgi durumlarını inceledikleri çalışmada, kadınların risk faktörlerinin çoğunu bilmediklerini saptamışlardır (40). Waller ve ark (2004) yaptıkları çalışmada kadınların % 38'inin serviks kanserinin riskini artıran faktörler konusunda bilgisiz olduklarını ve eğitim seviyesi yükseldikçe bilgilerinin arttığını belirlemişlerdir (26).

Çalışmamızda % 93,2'sinin serviks kanserini duyduklarını ancak % 86,4'ünün serviks kanserinin belirtilerini bilmedikleri saptanmıştır (Tablo 17).

Gebelerin serviks kanserinden korunmada yapılması gerekenler hakkındaki bilgi düzeyleri incelendiğinde (Tablo 18); % 71,8'i az sayıda ve en az 2 yıl ara ile gebeliğin, % 50,5'i prezervatif kullanmanın, % 12,6'sı az sayıda cinsel ilişki ve tek eşliliğin, % 7,8'i hijyene dikkat etmenin serviks kanserinden korunmak için yapılması gerektiğini bilmişlerdir.

Çalışmamızda gebelerin % 35'i kendilerini serviks kanseri açısından riskli görmekte idi (Tablo 19). Akyüz ve ark. (2006)'nın çalışmalarında smear yaptıran kadınların % 50'si kendini riskli görmektedir (3). Gebelerin kendilerini serviks kanseri açısından riskli görme nedenlerine göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 20); sık ve korunmasız ilişki nedeniyle (% 52,8) kendilerini daha fazla riskli gördükleri saptanmıştır. Gebe kadınların çoğunun yaşları küçük ve evlilik sürelerinin kısa olması nedeniyle kendilerini bu açıdan daha riskli gördükleri düşünülebilir.

7.3 Gebelerin Pap Smear Sonuçlarına İlişkin Verilerin

Tartışılması

Bu bölümde çalışmaya katılan gebelerin pap smear testi sonuçlarına göre dağılımlarına ilişkin verilerin tartışılması yer almaktadır.

Gebelerin smear sonuçlarının dağılımı incelendiğinde (Tablo 21); smear sonuçlarının % 54,4'ünde reaktif hücresel değişiklik ve % 16,5'inde enfeksiyon saptanmıştır. Yatlı ve ark. (2003)'nin gebelerde servikal smear taraması konulu 812 gebe üzerinde yaptıkları çalışmalarında gebelerin % 69,95'inde enfeksiyon, % 2,67'sinde reaktif ve reperatif değişiklikler saptanmıştır (56). Vural ve ark. (2004)'nin çalışmasında gebelerin % 55,15'inde enfeksiyon, % 5,67'sinde reaktif ve hücresel değişiklikler saptanmıştır (52). Jimenez ve ark (1995)2nin 460 gebede yaptıkları çalışmada smear sonuçlarının % 65,5'inde enfeksiyon tespit edilmiştir (26). Pisharodi ve Jovanaska (1995) gebelikte elde edilen anormal smearları topladıkları bir seride % 61 oranında belirgin enflamatuar değişiklikler saptamışlardır (39). Çalışmamızda gebelerde enfeksiyon oranı Yatlı ve ark. (2003)'nin, Vural ve ark. (2004)'nin, Pisharodi ve Jovanaska (1995)'nin çalışmasına göre daha düşük oranda tespit edilmiştir. Bu sonucun vaka sayısının az olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Serviksteki premalign lezyon insidansının gebelikte artmadığı bilinse de bir çok çalışmada alt genital yolda HPV prevalansının arttığı bildirilmiştir (18). Smith ve arkadaşları gebelikte HPV prevalansının gestasyon ilerledikçe arttığını tespit etmişlerdir (52). Biz çalışmamızda HPV'ye rastlamadık.

Gebelerin enfeksiyon etkenlerinin dağılımı incelendiğinde (Tablo 22); % 15,5'inde lactobasil, % 2,9'unda kandida saptanmıştır. Aksu (2008)'nun yaptığı çalışmasında gebelerde en yüksek oranda kandida etkeni (% 20,8) saptanmıştır (2). Pisharodi ve Jovanaska (1995)'nin çalışmasına göre Candida ve trichomonas vajinitlerde en sık tespit edilen ajanlardır (39). Beziroğlu ve Öniç'in (2004) yaptığı çalışmalarında en sık vajinit etkeni olarak bakteriler bulunmuş, ikinci sırada kandida ve üçüncü sırada trikomanas vajiniti gelmektedir (9). Çalışmamızdaki bulgu Beziroğlu ve Öniç'in (2004) yaptığı çalışmayla uyumludur.

Gebelerin smear sonuçları Bethesda sistemine göre değerlendirildiğinde (Tablo 23); % 31,1'inin sonucu normal, % 1'inin sonucu ASCUS olarak saptanmıştır.

Gebelerde HGSIL ve invazif karsinom bulgusu saptanmamıştır. Vural ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (2004) gebelerin % 1,55'inde ASCUS, % 0,51'inde HGSIL saptanmıştır (52). Yatlı ve ark. (2003)'nın çalışmasında gebelerin % 0,086'sında ASCUS, % 0,049'unda SIL (HPV ile uyumlu), % 0,012'sinde ise invazif serviks karsinomu saptandı (56). Aksu (2008)'nin çalışmasında gebelerde ASCUS ve daha ağır smear sonucuna rastlanmamıştır (2). Chhieng ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (2001) smear ile AGUS tanısı alan gebelerin % 29,4'ünde biyopsi ile SIL (% 60'ı HGSIL ve % 40'ı LGSIL) tespit edilmiş, bu oran gebe olmayanlara benzer olduğu için dikkatle izlenmesi gerektiği vurgulanmıştır (11). Çalışmamızdaki sonuç literatür bulgularıyla paralel özelliktedir.

Çalışma sonucumuz antenatal kontroller sırasında hemşirelerin; gebelerin serviks kanserinden korunma ve erken tanı konusunda bilgi gereksinimlerini karşılamak, riskli grupları taramaya cesaretlendirmek, smear testini uygulamak, tarama programlarına katılmada daha aktif rol almaları gerektiğini göstermektedir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

8.1. Sonuçlar

Araştırmamız gebe kadınların pap smear testi konusunda bilgi düzeylerinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiş ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalaması $27,16 \pm 4,77$, % 62,1'inin ilkökul mezunu, % 98,1'inin ev hanımı, % 96,1'inin sosyo-ekonomik durumunun orta seviyede olduğu, % 18,4'ünün gebelikte sigara içtiği saptanmıştır.

Gebelerin % 9,7'sinin 17 yaşından önce evlendiği saptanmıştır. Gebelerin evlilik yaşı ortalaması $20,45 \pm 2,74$, evlilik süresi ortalaması $6,40 \pm 4,53$ olarak bulunmuştur.

Gebelerin % 35'i 1. trimestırda, % 48,5'i 2. trimestırda, % 16,5'i 3. trimestırda olduğu bulundu. Gebelerin gebelik haftası ortalaması $16,42 \pm 7,89$ idi.

Çalışmamızda gebelerin gebelik sayısı ortalaması $2,51 \pm 1,25$, canlı doğum sayısı ortalaması $1,57 \pm 1$, % 12,6'sında düşük öyküsü saptanmıştır.

Çalışmamızda gebe kadınların % 53,4'ünün kasık ve bel ağrısı, % 37,5'inin genital enfeksiyon, % 25,2'sinin üriner enfeksiyon, % 10,7'sinin cinsel problemler nedeniyle jinekoloji polikliniğine başvurdıkları saptanmıştır.

Gebe kadınların % 49,5'inin pap smear testini önceden duyduğu ve % 25,2'sinin daha önce pap smear testi yaptırdığı, % 69,2'sinin 1 yıl önce, % 23,2'sinin 2 yıl önce, % 7,7'sinin 4 yıl ve üzeri zaman önce pap smear testi yaptırdığı saptanmıştır. Gebelerin % 76,9'u hekim önerisi ile % 23,1'i kendi isteği ile smear testi yaptırmıştır. Gebelerin % 60,2'sinin pap smear testinin yapılma nedenini bilmedikleri, eğitim seviyesi arttıkça ($\chi^2=21,969$, $p=0,015$) pap smear testi yaptırma nedenini bilme durumunun arttığı saptanmıştır.

Çalışmamızda gebelerin % 93,2'si serviks kanserini duyduklarını ve % 86,4'ü serviks kanserinin belirtilerini bilmediklerini ifade etmişlerdir. Gebelerin serviks kanserinden korunmada yapılması gerekenler hakkındaki bilgi düzeyleri incelendiğinde; % 71,8'i az sayıda ve en az 2 yıl ara ile gebelik, % 50,5'i prezervatif kullanmak, % 12,6'sı az sayıda cinsel ilişki ve tek eşlilik, % 7,8'i hijyen ifade etmiştir. Gebe kadınların sık ve korunmasız ilişki nedeniyle kendilerini servikal kanser açısından daha fazla riskli gördükleri saptanmıştır.

Gebelerin smear sonuçlarının % 54,4'ünde reaktif hücresel değişiklik ve % 16,5'inde enfeksiyon saptanmıştır. Gebelerin smear sonuçları Bethesda sistemine göre değerlendirildiğinde; % 31,1'inin sonucu normal, % 1'inin sonucu ASCUS olarak saptanmıştır. Gebelerde HGSIL ve invazif karsinom bulgusu saptanmamıştır.

8.1. Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Sağlık personelinin kadınları serviks kanserine neden olan faktörler konusunda aydınlatması ve bu konuda bilinçlendirmesi,

Hemşirelerin, özellikle riskli grupta olmak üzere tüm kadınları eğitmesi ve belli aralıklarla tarama için başvurmaya teşvik etmesi ve riskli grupları cesaretlendirmesi,

Pap smear testinin ne amaçla ve ne sıklıkta yaptırılması gerektiğinin ve öneminin anlatılması, bu konuda sağlık eğitimlerinin yaygınlaştırılması, medyada tarama programlarına daha sık yer verilmesi ve etkili bir tarama programı geliştirilmesi sağlanmalı,

Ülkemizde olduğu gibi periyodik sağlık kontrollerine gitme alışkanlığı olmayan toplumlarda gebelik kontrollerinin iyi bir fırsat olması nedeniyle, pap smear taramasının gebelikte rutin muayenenin bir bölümü haline getirilmesi,

Pap smear testinin rutin gebelik testleri arasına sokulması önerilebilir.

9. EKLER

Bu bölümde yer alan ekler:

- 9.1. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dilekçesi (Ek-1)
- 9.2. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı (Ek-2)
- 9.3. Araştırma amaçlı çalışma için bilgilendirilmiş onam formu (Ek-3)
- 9.4. Anket formu (Ek-4)
- 9.5. Bethesda Sınıflaması (Ek-5)

9. 1. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dilekçesi



.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAYI : B.30.2.HAL.0.A1.00.00-
KONU:

İSTANBUL
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Tuğba TOKGÖZ'ün Öğr.Gör.Dr.Ayten DİNÇ danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı *"Gebe Kadınlarda Pap Smear Testi Bulgularının İncelenmesi"* konulu araştırmasının anketlerini Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde uygulayabilmesi için gerekli iznin verilmesini saygılarımla arz ederim.

Öğr.Gör.Dr.Ayten DİNÇ
Tez Danışmanı

Prof.Dr.Tayyip ÇALIŞLAR
Sağlık Bilimleri Enst. Müdürü V.

Ek(1):Anket Formu

Büyükdere Cad. No: 101 Mecidiyeköy – İstanbul
Tel: (0212) 275 20 20- 444 25 42
e-mail : info@halic.edu.tr İnternet: www.halic.edu.tr

9.2. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı

PROTOKOL

Taraflar:

Madde 1- Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı ile HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
Üniversitesi/Hastanesi SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Fakültesi/Kliniği arasında düzenlenmiştir.
Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluş... BACILAR SAH
.....dir.
Çalışmanın adı... "Genel Kadınlarale Pap Smear Testi Bulgularının
İncelenmesi".....dir.

Bu çalışmada görevlendirilen kişi/kisiler... TUGBA TOKGÖZ
Çar. Fikr. AYTEN DİNG.....dir.

Konusu:

Madde 2- Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.
Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.
Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.

Sözleşme şartlarında aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak Sağlık Müdürlüğünün onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

Protokolün süresi: Başlangıç... 22.12.108.../Bitiş... 22.10.3.109.....

Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır. Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülecek çözülecektir.

Yürürlük:

Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğünün ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilir.
Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca vilayet oluru da alınacaktır.
Her çalışmanın biri Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.
Yapılan çalışmanın Sağlık Müdürlüğü ilgili şubesi ile görüş alışverişinde bulunacak ve yürütücüsü... 3. ay süre ile değerlendirmeler yapılacaktır.

Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet oluru da alınacaktır.

Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

Ek Bilgi:

Taraflar:

23.1.2/2008
Ünvanı-Adı-Soyadı

Tugba TOKGÖZ
Dnl.

OLUR
24.12.2008
Vali/a.
Uz. Dr. Mehmet BAKAR
Sağlık Müdürü

Handen
22.1.12/2008
Ünvanı-Adı-Soyadı
Uz. Dr. Handen
AKPINAR KARAKÇI

9.3. Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Bilgilendirilmiş Onam Formu

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

(Araştırmacının Açıklaması)

”Gebe Kadınlarda Pap Smear Testi Bulgularının İncelenmesi” amacıyla yeni bir araştırma yapmaktayız. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni, kadınları pap smear konusunda bilgilendirmek ve pap smear kullanımını yaygınlaştırmaktır. Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nin ortak katılımı ile gerçekleştirilecek bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Tuğba Tokgöz veya onun görevlendireceği bir hekim tarafından muayene edileceksiniz ve bulgular kaydedilecektir. Muayene sonucunda doktorunuz uygun görürse bu çalışmaya alınacaksınız. Yine izniniz doğrultusunda bu çalışmayı yapabilmek için öncelikle smear testi hakkında bilgi verildikten sonra smear testi uygulanacaktır.

Smear alınması sırasında oluşabilecek riskler: Az bir ihtimal de olsa smear alınması sırasında lekelenme tarzında kanama görülebilir.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahiptir.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Sayın Hemşire Tuğba Tokgöz tarafından Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'nde tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına

inaniyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim)* Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Hemşire Tuğba Tokgöz (iş) 0212 440 17 31 no'lu telefonda ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nden arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adı

Adres:

Tel.

İmza

Adres:

Tel.

İmza:

Katılımcı ile görüşen hekim/hemşire

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

9.4 Anket Formu

ANKET SORULARI

- 1) Yaşınız.....
- 2) Eğitim Durumunuz
 - a) Okuryazar değil
 - b) Okuryazar
 - c) İlkokul mezunu
 - d) Ortaokul mezunu
 - e) Lise mezunu
 - f) Üniversite mezunu
- 3) Mesleğiniz
 - a) Ev hanımı
 - b) İşçi
 - c) Memur
 - d) Diğer.....
- 4) Sosyo-ekonomik durumunuz
 - a) Kötü
 - b) Orta
 - c) İyi
 - d) Çok iyi
- 5) Evlilik yaşıınız.....
- 6) Evlilik süreniz.....
- 7) İlk cinsel ilişki yaşıınız.....
- 8) Partner sayınız.....
- 9) Sigara kullanıyor musunuz?
 - a) Evet
 - b) Hayır
 - c) Gebelik nedeniyle bıraktım.
- 10) Gebelik haftası.....
- 11) Gebelik sayınız.....

12) Canlı doğum sayınız.....

13) Önceki doğum şekli

a) Normal Doğum

b) Sezeryan

14) Düşük sayınız.....

15) Küretaj sayınız.....

16) Gebe kalmadan önce hangi AP yöntemi ile korunuyordunuz?

a) Korunmuyor

b) Oral kontraseptif

c) RİA

d) Prezervatif

e) Geri çekme

f) Diğer

17) Daha önce jinekolojik muayene oldunuz mu?

a) Evet

b) Hayır

18) Jinekoloji polikliniğine başvurma nedeninizi belirtiniz.

(18.soruda birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

a) Gebelik kontrolü

b) Kötü kokulu akıntı

c) Kaşıntı

d) Kasık ve bel ağrısı

e) Ağrılı cinsel ilişki

f) Genital bölgede oluşumlar

g) Lekelenme tarzı kanama

h) Diğer.....

19) Akrabalarınız arasında kanser hastalığı olan var mı?

a) Evet

b) Hayır

20) Evet ise kanser tipi

a) Genital

b) Meme

c) Diğer

21) Pap smear testini daha önce duydunuz mu?

- a) Evet
 b) Hayır

22) Daha önce pap smear testi yaptırdınız mı?

- a) Evet
 b) Hayır (26. soruya geçiniz.)

Cevabınız evet ise 23 ve 24. soruyu cevaplayınız.

23) Pap smear testini ne zaman yaptırdınız?.....

24) Pap smear testini neden yaptırdınız?

- a) Muayeneye gittiğim zaman hekim önerisiyle yaptırdım.
 b) Servikal kanser taraması nedeniyle kendi isteğimle yaptırdım.
 c) Enfeksiyon nedeniyle yaptırdım.
 d) Diğer.....

25) Pap smear testi hangi hastalığın tanısı için yapılmaktadır?

- a) jinekolojik kanser
 b) enfeksiyon
 c) Doğum sonrası oluşan sorunlara yönelik
 d) Bilmiyorum

26) Sizce pap smear testini kimler yaptırır?

- a) Bütün kadınlar
 b) Evli kadınlar
 c) 40 yaş üstü kadınlar
 d) Doğum yapmış kadınlar
 e) Jinekolojik hastalığı olan kadınlar
 f) Diğer.....

27) Pap smear testi ne sıklıkta yaptırılır?

- a) Her yıl
 b) 2 yılda bir
 c) Doğum yaptıktan sonra
 d) Muayenede hekim önerisi olursa

28) Cinsel yolla bulaşan hastalık geçirdiniz mi?

- a) Evet
 b) Hayı

29) Rahim ağzı kanserini duydunuz mu?

- a) Evet
 b) Hayır

30) Rahim ağzı kanserinin belirtileri hakkında neler biliyorsunuz?

- a) Bilmiyor
 b) vajinal kanama
 c) cinsel ilişki sırasında kanama
 d) Diğer.....

31) Sizce rahim ağzı kanserinden korunmak için neler yapmak gerekir?

- a) Prezervatif kullanmak
 b) Az sayıda cinsel ilişki
 c) Gebelik sayısının az olması
 d) Diğer.....

32) Kendinizi serviks kanseri için riskli görüyor musunuz?

- a) Evet
 b) Hayır

33) Cevabınız evet ise neden kendinizi riskli görüyorsunuz?

- a) Sık jinekolojik enfeksiyon geçirme
 b) Çok çocuk doğurma
 c) Sık cinsel ilişki
 d) Korunmasız cinsel ilişki
 e) Diğer.....

• **SPEKULUM MUAYENE SONUÇLARI**

	Var	Yok
Erozyon	()	()
Kist	()	()
Polip	()	()
Enfeksiyon	()	()
Kondilom	()	()

9.5. Bethesda Sınıflaması

Bethesda Sistemi'ne Göre PAP Smear Bulgularının Değerlendirilmesi:

Yeterlilik

- 1 Yeterli
- 2 Sınırlı
- 3 Yetersiz

Tanımlama

- 1 Normal
- 2 Benign
- 3 Epitel hücre anomalisi
 - ASCUS (önemi bilinmeyen atipik hücreler)
 - LSIL (düşük dereceli lezyon)
 - HSIL (yüksek dereceli lezyon)
- 1 Glandular hücre anomalisi
 - AGUS (atipik glandular hücreler)
 - Adenokarsinom (kanser)

10. KAYNAKLAR

- 1) Akın A.: Türkiye’de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler. 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Sonuçları, 2002, s:184-216.
- 2) Aksu M.: Gebelikte Servikovajinal Sitolojik Değişikliklerin Değerlendirilmesi. S.B.İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008, (Danışman: Doç.Dr. Serpil Bozkurt).
- 3) Akyüz A., Gülten G., Tülay Y., Çetintürk A., Kök G.: Kadınların Pap Smear Yaptırma Durumları İle Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Gülhane Tıp Dergisi,2006, sayı 48, ss 25-29.
- 4) Apgar BS., Zoschnick L., Wright TC Jr.:The 2001 Bethesda System terminology. Am Fam Physician , 2003, 68(10)1992-8.
- 5) Atasü T., Şahmay Ş.: Serviksin Malign Hastalıkları. Jinekoloji 2nd ed. İstanbul, 2001, s:257-264.
- 6) Aydınlı K., Bozkurt S., Ergün E.: Kadınlarda genital kanser nsidansı. Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi, 1987, 1:33-8.
- 7) Barut A.: Serviks Kanserinde Erken Tanı ve Tedavi. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 2000.
- 8) Bertan M., Güler Ç.: Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara, Güneş Kitabevi, 1997, s:126.
- 9) Beziroğlu İ., Öniz A.: Vajinal akıntı yakınması ile başvuran hastaların akıntı örneklerinin direk mikroskopik değerlendirilmesi. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 2004, 13:11-422.

- 10)** Burger RA., Creasman WT., DiSaia PJ., Monk BJ., Mutch DG.: İnvazif Serviks Kanseri. Klinik Jinekolojik Onkoloji, Ankara, Güneş Kitabevi, 2003, s:53-111.
- 11)** Chhieng DC., Elgert P., Canglarella JF., Cohen JM.: Significance of AGUS PAP Smears in pregnant and postpartum women, Acta Cytol, 2001,45: 294-9.
- 12)** Dindelli M., Parazzini F., Rabaiotti E., Ferrari A.:Assessment of the use of the Pap test in a sample of pregnant women. Minerva Gynecol, 1990, 42: 350-8.
- 13)** Dönmez A.: Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Kadın Sağlık Personelinin Serviks Kanseri İlişkin Bilgi Düzeyinin ve Farkındalığının Araştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2007, (Koordinatör: Doç.Dr. Yüksel Altuntaş).
- 14)** Fang, J.: Pelvis Maligniteleri, Edi: Uçar Asena, Kadın Hastalıkları ve Doğum. Nobel Tıp Kitabevleri,1998,ss 409-13.
- 15)** Ferlay J., Bray F., Pisani P., Parkin DM.: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide IARC Cancer Base No. 5, version 2.0. Lyon: IARC Pres ,2004.
- 16)** Gökaslan H., Uyar E.: Pap Smear İle Servikal Kansere Taraması. Türk Aile Hekimliği Dergisi, 2004, 8(3):105-110.
- 17)** Green MS., Nauman W., Eliot M.: Sexual dysfunction following vulvectomy.Gynecologic Oncology,2000, s:73-77.
- 18)** Güner H., Taşkıran Ç.: Serviks Kanseri Epidemiyolojisi ve Human Papillomavirüs. 2007, Cilt 4, Sayı1:11-19.
- 19)** Güngör M.Y., Güngör L., Açık Y., Oğuzöncül F.: Elazığ Devlet Hastanesi'nde Görev Yapan Evli, Hamile Olmayan Hemşire, Ebe ve Bayan Sağlık Teknisyenlerinde Pap Smear Taraması, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2001;15(3):471-76.

- 20)** Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2003). Bölüm 3-4,2003, s:33-60.
- 21)** Jones WB., Shingleton HM., Russell A.: Cervical carcinoma and pregnancy: A national patterns of care study of the American Collage of Surgions. 1996, 77:1479-85.
- 22)** Kalyoncu C., Işıklı B., Özalp S., Küçük N.: Osmangazi Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuranların Pap Smear Hakkında Bilgi Tutum ve Davranışları. Sağlık ve Toplum, 2003, 13:60-8.
- 23)** Karabacak T., Aydın Ö., Düşmez D., Polat A., Cinel L., Eğilmez R.: Servikovajinal smearlerde sınırlılık/yetersizlik oranları ve nedenleri. Patoloji Bülteni, 2001, 18(3):22-5.
- 24)** Karaca M., Palancı Y., Aksu S.: Pap Smear Ne Kadar Biliniyor, Ne Kadar Uygulanıyor ?. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst, 2008, 18:22-28.
- 25)** Kennedy S., Yudkin, P., Greenall M.: Cancer in pregnancy. Eur J Surg Oncol. 1993, 19:405-7.
- 26)** Koyuncu E.: Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Hastaların Servikal Sitolojilerinin Servikal Kanser Risk Faktörlerine Göre Analizi–Normal ve Anormal Sitolojik Sonuçlarda Yüksek Onkojenik Riskli HPV Prevelansı. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006, (Danışman: Op.Dr.Yavuz Tahsin Ayanoğlu).
- 27)** Leslie, NS.: Role of the nurse practitioner in breast and cervical cancer prevention. Cancer Nurs. 1995, 18(4): 251-7.
- 28)** Metindir, J.: Servikal Kanser Kontrolünde Human Papillomavirüs İnfeksiyonlara Karşı Aşılama. 2007, 40:5-10.

- 29)** Munoz N., Bosch FX.: Castellsague X, et al. Against which human papillomavirüs types shall we vaccinate and screen? The international perspective. *Int J Cancer*, 2004;111:275-85.
- 30)** Nahhas WA., Clark MA., Brown M.: Abnormal Papanicolaou smears and colposcopy in pregnancy: ante and postpartum findings, *Int J Gynecol Cancer*,1993, 3: 239-44
- 31)** Ocakoğlu H., Gülay M., Kizek Ö., İrgil E.: Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesinde 2005-2006 Yıllarındaki Gebelik Sonuçları ve İlişkili Riskler. *TAF Prev Med Bull*, 2008, 7(6):491-96.
- 32)** Orr JW., Barrett JM., Orr PF.: Efficacy and safety of the cytobrush during pregnancy. *Gynecol. Oncol*, 1973, 1:283-8.
- 33)** Ozan H.: Pap Smear ne zaman, nasıl, kimden.Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler, *TJOD*, 2005, s:35-40.
- 34)** Özalp S., Yalçın Ö.: Gebelikte Preinvaziv ve İnvaziv Serviks Kanseri. *T Klin Jinekolo Obst*, 2000, 10:116-119.
- 35)** Özbaşar D., Köse M., Meydanlı MM.: Gebelik ve Jinekolojik Kanserler, 2001, s:996-1002.
- 36)** Pairwuti S.: Pap smear examinations in women with near-term pregnancy. *J Med Assoc Thai* 1991;74: 156-8.
- 37)** Parkin, DM.: et al. *Int J Cancer*. 1999, 80:827-41.
- 38)** Pavlidis NA.: Coexistence of pregnancy and malignancy. 2002, 7:279-87.

- 39) Pisharodi L., Jovanoska S.: Spectrum of cytologic changes in pregnancy. *Acta Cytol*, 1995, 39:905-8.
- 40) Ralston J.D., Taylor V.M., Yasui Y.: Knowledge of Cervical Cancer Risk Factors Among Chinese Immigrants in Seattle, *J Community Health*, 2003;28:41-57.
- 41) Reis, N.: Jinekolojik Kanser ve Tedavilerinin Kadın Cinsel Sağlığına Etkileri. *C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2003, 7(2), 35-40.
- 42) Sanders GD., Taira AV.: Cost-effectiveness of a potential vaccine for human papillomavirus. *Emerg Infect Dis* 2003, 9:37-48.
- 43) Siddiqui G., Kurzel RB., Lampley EC., Kang HS., Blankstein J., Cervical dysplasia in pregnancy: Progression versus regression post-partum, *Int J Fertil Womens Med*. 2001, 46: 278-80.
- 44) Sood AK., Sorosky JI.: Invasive cervical cancer complicating pregnancy. How to manage the dilemma. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 1998, 25:343-8.
- 45) Stillson T., Knight AL., Elwick RK.: The effectiveness and safety of two cervical cytologic techniques during pregnancy. *J Fam Prac*, 1997, 45:159-65.
- 46) T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü İstatistik Yıllığı. Ankara, 2007, s:43-99.
- 47) Tarlan N., Gül T.: Gebelik ve Servikal Kanser Olgu Sunumu, *Dicle Tıp Dergisi*, 2000, Cilt 27, Sayı 1.
- 48) Tarwireyi F., Chirenje Z.M., Rusakaniko R.: Cancer of the cervix. Knowledge, Beliefs and Screening Behaviours of Health Workers in Mudzi District in Mashanoland East Province, Zimbabwe, *Cent Afr J Med*, 2003;49:83-6

49) Taşkın L.: Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Sistem Ofset Matbaacılık, 6. Baskı, Ankara, 2003, s:22-23.

50) Tuncer, S.: Serviksin Preinvaziv Hastalıkları, Edi: Hadun Güner, Jinekolojik Onkoloji. Çağdaş Medikal Kitabevi ve Yayıncılık Hizmetleri, 2002, s:63-67.

51) Ulukuş M., Akercan F., Öncül S., Sezak M., Göker E., Karadaş N.: Ewing Sarkomu ve Gebelik: Olgu Sunumu ve Literatür Özeti. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi, 2008,Cilt 5, s:44-7.

52) Vural E., Gönenç L., Aka N., Köse G.: Antenatal Kontrollerde Pap Smear Taraması ve Sonuçları, Türkiye Aile Hekimliği Dergisi,2004,8(3): 111-115

53) Walboomers J., Jacobs M., Manos M.: Human Papillomavirüs is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. J Pathol 1999, 189:12-9.

54) Weisz B., Schiff, E., Lishner M.: Cancer in pregnancy:maternal and fetal implications. Hum Reprod Update, 2001, 7:384-93.

55) Wingo PA., Tang T., Bolden S.: Cancer statistics. 1995, 45:8-30.

56) Yatlı S.,Altıntepe G., Dayıcioğlu V.: Gebelerde servikal smear taraması. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 2003, 34(1):7-11.

57) Zemheri E., Koyuncuer A.: Servikal Kanserlerin Erken Tanısında Pap Testinin Önemi. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 2005, 14 (4).

11. ÖZGEÇMİŞ

1983 yılında İstanbul'da doğan Tuğba TOKGÖZ, ilk ve ortaokulu Şirinevler İlköğretim Okulu'nda, liseyi Bakırköy Hasan Polatkan Lisesi'nde okuduktan sonra 2002 yılında Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda üniversite eğitimine başlamıştır.

2006 yılında Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'ndan mezun olan Tuğba TOKGÖZ, aynı yıl Bakırköy Acıbadem Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde servis hemşiresi olarak göreve başlamış ve 2007 yılında Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne atanmıştır. Aynı dönemde Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programına girmiştir.

Halen, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde sorumlu hemşire olarak görev yapmaktadır.

İstanbul-2009