T.C.
İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

20 YAŞ VE ÜZERİ KADINLARIN JİNEKOLOJİK KANSERLERE İLİŞKİN BİLGİ VE FARKINDALIKLARI İLE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

SÜMEYYA ÖZ

DANIŞMAN
DOÇ. DR. NURTEN ÖZEN

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI
HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

İSTANBUL-2021

T.C.
İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

20 YAŞ VE ÜZERİ KADINLARIN JİNEKOLOJİK KANSERLERE İLİŞKİN BİLGİ VE FARKINDALIKLARI İLE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

SÜMEYYA ÖZ

DANIŞMAN
DOÇ. DR. NURTEN ÖZEN

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI
HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

İSTANBUL-2021

TEZ ONAYI

Bu tezin Yüksek Lisans / Doktora derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

Anabilim Dalı Başkanı	Enstitü Müdürü
Prof. Dr. Samiye METE	Prof. Dr. Semra SARDAŞ

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

Doç. Dr. Nurten ÖZEN
Danışman

Okuduğumuz ve savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Jüri Üyeleri

Dr. Öğr. Üyesi Fatma Ay	İstanbul Üniversitesi
Doç. Dr. Nurten Özen	Demiroğlu Bilim Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Tülay Kavlak	İstinye Üniversitesi

ETİK BEYANI

Yüksek Lisans/Doktora tezi olarak sunduğum, “20 Yaş ve Üzeri Kadınların Jinekolojik Kanserlere İlişkin Bilgi ve Farkındalıkları ile Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi” adlı çalışmanın, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim

Sümeyya ÖZ

İTHAF

Jinekolojik kanserler sebebi ile hayatını kaybetmiş kadınlara ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Çalışmaya başladığımız ilk günden itibaren, birlikte yürüttüğümüz bilimsel çalışmalar ve yüksek lisans tezimin her aşamasında bilgi ve desteğini hiç esirgemeyen, beni başarabileceğime inandırıp hızlandıran, titiz ve bilimsel bir çalışmanın nasıl yürütüleceği konusunda bana yol gösteren Danışman Hoca'm Doç. Dr. Nurten Özen'e,

Kendisiyle çalışırken tanıştığım ve yüksek lisans yapma konusunda fikirlerimi değiştirip bu yola girmeme vesile olan, tüm ders ve tez dönemi boyunca doğum ve kadın hastalıkları hemşireliği alanında kendisinden çok şey öğrendiğim ve her konuda desteğini esirgemeyen Hoca'm Dr. Öğr. Üyesi Tülay Kavlak ve diğer hocalarıma,

Meslek hayatım boyunca birlikte çalıştığımız ve birbirimizden birçok şey öğrenerek bu mesleğe daha da bağlanmamı sağlayan tüm çalışma arkadaşlarıma,

Bu yolculuğa çıktığım andan itibaren beni destekleyen ve yüreklendiren hocam Tanburi Özer Özel'e,

Hayatımın her alanında yanımda olan ve üzerimde en çok emeği olan başta Annem Hediye Öz ve Babam Yaşar Öz olmak üzere tüm aileme ve dostlarıma,

Son olarak İstanbul Eğitim Araştırma ile Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nin çalışanlarına ve bu çalışmaya katılmayı kabul ederek tezin oluşmasına katkı sağlayan kadınlara teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
ETİK BEYANI ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ ..... Vİİİ
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ ..... İX
ÖZET X
ABSTRACT ..... Xİ
GİRİŞ 1
1. GENEL BİLGİLER 3
1.1. Jinekolojik Kanserler 3
1.2. Jinekolojik Kanser Türleri 3
1.2.1. Vajinal Kanserler 3
1.2.2. Vulva Kanseri 7
1.2.3. Epitelyal Over, Tuba ve Periton Kanseri 10
1.2.4. Endometriyum Kanseri 15
1.2.5. Serviks kanseri 19
1.3. Jinekolojik Kanserlere İlişkin Farkındalığın Artırılmasında Hemşirelik Yaklaşımları 23
2. MATERYAL VE METOD 27
2.1. Araştırmanın Amacı 27
2.2. Araştırmanın Şekli 27
2.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman 27
2.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 27
2.5. Veri Toplama Araçları 28
2.5.1. Kişisel Bilgi Formu 28
2.5.2. Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği (EK-8) 28
2.6. Araştırma Süreci 29
2.7. Verilerin Analizi 29
2.8. Araştırmanın Kısıtlılıkları 29

2.9. Araştırmanın Etik Yönü 30
3. BULGULAR 31
4. TARTIŞMA 46
5. SONUÇ 56
KAYNAKÇA 58
EKLER 78
EK-4: ÖLÇEK İZNİ 83
EK-5 : ETİK KURUL ONAYI 1 84
EK-6 : ETİK KURUL ONAYI 2 85
İNTİHAL RAPORU 94
ÖZGEÇMİŞ ..... **HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.**

TABLOLAR LISTESI

Tablo 1.1: Vajinal kanserlerde evrelendirme 4
Tablo 1.2: Vulva kanserinde evrelendirme 9
Tablo 1.3: Epitelyal over, tuba ve periton kanserinde evrelendirme 13
Tablo 1.4: Endometriyum kanserlerinin özellikleri 15
Tablo 1.5: Endometriyum kanserinde evrelendirme 17
Tablo 1.6: Serviks kanserinde evrelendirme 21
Tablo 3.1: Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Ilişkin Bulgular (N= 122) 31
Tablo 3.2: Katılımcıların Jinekolojik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular 32
Tablo 3.3: Aile Bireylerinde Var Olan Jinekolojik Kanser Türlerine Ilişkin Bilgiler (N= 12) 34
Tablo 3.4: Katılımcıların Jinekolojik Kanserlere İlişkin Bilgi Sahibi Olma ve Oral Kontraseptif Kullanma Durumlarına İlişkin Bulgular (N= 122) 34
Tablo 3.5: Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeğine İlişkin Bilgiler 35
Tablo 3.6: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırma Sonuçları 35
Tablo 3.7: Katılımcıların Obstetrik Özellikleri ile Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırma Sonuçları 38
Tablo 3.8: Katılımcıların Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları ile Bazı Değişkenlere İlişkin Korelasyon Sonuçları 40
Tablo 3.9: Katılımcıların Jinekolojik ve Obstetrik Özellikleri ile Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarına İlişkin Karşılaştırma Sonuçları ... 40
Tablo 3.10: Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği Toplam Puanı Üzerine Etki Eden Değişkenlerin Lineer Regresyon Analizi Sonuçları 45

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists

AJCC : American Joint Committee on Cancer

CIN : İntraepitelyal Neoplazi

DES : Dietilstilbestrol

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

FIGO : The International Federation of Gynecology and Obstetrics

GLOBACON : Global Cancer Observatory

HIV : Human Immunodeficiency Virus

HNPCC : Herediter Non-Polipozis Kolorektal Kanser

HPV : Human Papilloma Virüs

KT : Kemoterapi

OKS : Oral Kontraseptif

RIA : Rahim İçi Araç

RT : Radyoterapi

SHK : Squamoz Hücreli Karsinom

VIN : Vulvar İntraepitelyal Neoplazi

5-FU : 5-fluorouracil

ÖZET

Öz, S. (2021). 20 Yaş ve Üzeri Kadınların Jinekolojik Kanserlere Ilişkin Bilgi ve Farkındalıkları ile Etkileyen Faktörlerin Incelenmesi. İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu araştırma ile 20 yaş ve üzeri kadınların jinekolojik kanserlere ilişkin bilgi düzeyi ve farkındalık durumları ile etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlandı. Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışma İstanbul'da yer alan iki tane eğitim ve araştırma hastanesi kadın doğum servislerinde yatarak tedavi gören 20 yaş üstü kadınlar ve refakatçileri ile yürütüldü. Veriler; kişisel bilgi formu ve jinekolojik kanserler farkındalık ölçeği (JİKFÖ) ile toplandı.

Araştırmaya katılan kadınların menarş yaş ortalaması 12.96±1.43 yıl, ilk cinsel ilişkiye girme yaşları 14 ile 37 yıl arasında değişmekte olup, ilk jinekolojik muayeneye gitme yaşı ortalaması 21.76±6.5'dır. Kadınların %23'ünün pap-smear testi yaptırdığı, %50.9'unun ilk jinekolojik muayeneye gebe kaldıklarında gittikleri saptandı. Medeni durumu bekar olan, eğitim düzeyi üniversite ve üzerinde olan, gelir durumu yüksek ve çalışan, düzenli pap-smear yaptıran, aile planlaması yöntemi kullanan, jinekolojik kanserlere ilişkin bilgi sahibi olan ve bu bilgiyi üniversitedeki derslerden edinen kadınların JİKFÖ genel ve bazı alt boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$). Yaşta gerçekleşen 1 birimlik (1 yıllık/yaşlık) artışın JİKFÖ toplam puanında 5.783 puan artışa, jinekolojik kanser tanı yöntemleri hakkında bilgi sahibi olduğunu düşünme durumunun JİKFÖ toplam puanında 6.195 puan artışa neden olduğu saptandı.

Araştırmaya katılan kadınların yaşlarının ve jinekolojik kanserlere ilişkin bilgiye sahip olma durumlarının, jinekolojik kanserlere ilişkin farkındalığı etkileyen faktörler olduğu belirlendi. Kadınların jinekolojik kanserlere ilişkin farkındalığını artırmaya yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi ve konuyla ilgili yapılacak toplum tabanlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kadın, Jinekolojik Kanser, Farkındalık, Tarama Testi, Eğitim

ABSTRACT

Öz, S. (2021). Gynecologial Cancer Awareness of Women Aged 20 Years and Over and The Factors Effecting the Situation. Istinye University, Institute of Health Science, Obstetrics and Gynecology Nursing. Master Thesis. Istanbul.

The purpose of this study was to examine the level of knowledge and awareness of the women aged 20 and over about gynecological cancers and the affecting factors. This prospective, descriptive, and cross-sectional study was carried out with the participation of the women aged 20 and over who were having an inpatient treatment in the obstetrics clinics of two training and research hospitals in Istanbul and their companions. The data of the study were collected using the personal information form and the gynecological cancers awareness scale (GCAS).

The participants' mean age at menarche was 12.96±1.43 years, their age at the first sexual intercourse ranged between 14 and 37 years, and their mean age at the first gynecological examination was 21.76±6.5 years. It was found that 23% of the participants had a pap-smear test, and 50.9% of them had the first gynecological examination when they became pregnant. It was found that the scores for the overall GCAS and some of its sub-dimensions were significantly higher in the participants who were single, had a university education and above, had a high income level and were working, had regular pap-smear test, used a family planning method, had information about gynecological cancers, and received this information from the courses at the university ($p<0.05$). It was found that a 1-year increase in age increased the overall GCAS score by 5.783 points, and having knowledge about the diagnosis methods for gynecological cancer increased it by 6.195 points.

The participants' age and knowledge about gynecological cancers were found to affect their awareness about gynecological cancers. Therefore, it can be asserted that there is a need for community-based studies on this subject and training programs to increase women's awareness about gynecological cancers.

Key Words: Women, Gynecologial Cancer, Awareness, Screening Test, Education

GİRİŞ

Global Kanser Gözlemevi [Global Cancer Observatory (GLOBACON)] verilerine göre; dünyada 2020 yılında 19 milyon 292 bin 789 yeni kanser vakasının ortaya çıktığı, bunların 9 milyon 958 bin 133 kişinin ise kansere bağlı olarak yaşamını yitirdiği ve 2040 yılında bu rakamların iki kat artacağı tahmin edilmektedir (IARC, 2020a). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2019 yılı verilerine göre ülkemizde; 40-59 yaş arasındaki kadınlarda ilk 10 ölüm sebebi içerisinde; over kanseri yedinci, serviks kanseri ise dokuzuncu sırada yer almaktadır (WHO, 2019).

Jinekolojik kanserler, kadınlarda tüm yaş gruplarında görülmekle beraber; tarama programlarının artırılması, riskli grupların taranmasına öncelik verilmesi, erken tanı ve tedavi ile kontrol edilebilir. Böylece sağlık sistemi üzerine olan yük de azaltılmış olacaktır (Parveen ve ark., 2018). Obezitenin ve sigara kullanımının önlenmesi, human papilloma virüs (HPV) aşısının yaptırılması, erken belirti ve bulguların tanınmasına yönelik farkındalık ve toplum tabanlı tarama programlarının oluşturulması ile jinekolojik kanserlerin gelişimine neden olan faktörler ortadan kaldırılabilir ve/veya erken dönemde tanı koyulabilir (Stewart ve ark., 2013; WHO, 2019). Korunma ve erken teşhis, kanser ilişkili ölümlerin önlenmesinde son derece kritiktir (Evas ve ark., 2014; T.C. Novinson ve ark., 2019; Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019; IARC, 2020a). Ancak kadınların bilgi eksikliği, finansal sorunlar, kadının kendini riskli olarak görmemesi ve jinekolojik muayene olmaktan korkma gibi nedenlerden dolayı kadınların jinekolojik kanserlere yönelik tarama yaptırmak için sağlık kuruluşlarına başvurmadıkları görülmektedr (Hawkins ve ark., 2011; Öztürk ve Gürsoy, 2020).

Hemşireler kadınlara sağlık kuruluşlarında kolaylıkla ulaşabilen sağlık profesyonelleridir. Birey ve toplumla sürekli iletişim halinde bulunan hemşireler bu konuda sağlık danışmanlığı yaparak ve uygun veri toplayarak bireyleri doğru sağlık alışkanlıkları konusunda bilgilendirmelidir. Kadınların jinekolojik kanserlere ilişkin bilgi düzeyindeki yetersizlik ve farkındalığın düşük olması tarama testlerinden yeterince faydalanamamalarına neden olur. Bu bağlamda hemşirelerin toplumu, özellikle de risk altında olan bireyleri kanserden korunma ve erken tanı belirtileri konusunda bilgilendirmeleri oldukça önemlidir (WHO, 2014). Yapılan çalışmalarda kadınların jinekolojik kanserlere ilişkin farkındalıklarının düşük olduğu ve bilgisi olanların da

yarısından azının ebe ya da hemşireden bilgi edindikleri ortaya koyulmuştur (Eftekhar ve Yarandi, 2004; Cooper ve ark., 2011; Özcan ve Demir Doğan, 2021).

Literatürde jinekolojik kanserlere ilişkin kadınların bilgi düzeyinin ve tutumlarının değerlendirildiği çalışmaların genel olarak tüm jinekolojik kanserlere yönelik değil; serviks ve over kanseri gibi spesifik kanser türlerine yönelik yapıldığı görülmektedir. Mevcut durumu ortaya koymak adına Pubmed veri tabanında 2017-2021 yılları arasında yapılan çalışmalar "jinekolojik kanserler" ve "farkındalık" anahtar kelimeleri ile tarandı. Sonuçta 283 araştırmaya ulaşıldı ve bu araştırmaların serviks (Yuanyue ve ark., 2018; Lin ve ark., 2019), uterus (Novinson ve ark., 2019), over (Freij ve ark., 2018; Puckett ve ark., 2018) gibi kanser türlerine yönelik olduğu ve tüm jinekolojik kanserlere ilişkin farkındalığın değerlendirildiği bir çalışmaya ulaşıldı (Wegwarth ve ark., 2018). Diğer veri tabanlarında (google akademik, scopus, vb.) yapılan taramalarda ise tüm jinekolojik kanserlere ilişkin kadınların bilgi düzeyi ve farkındalıklarının değerlendirildiği çalışmaların kısıtlı sayıda olduğu görüldü (Teskereci ve ark., 2020; Özcan ve Demir Doğan, 2021).

Bu konuda yapılmış tüm çalışmalarda araştırmacıların ortak önerisi daha çok çalışma yapılması gerektiğidir (Atlas, 2020; Dal ve Ertem, 2017). Kadınların bilgi düzeyleri ve farkındalıklarının neden istendik düzeyde olmadığı, bilgi düzeyi ve farkındalık seviyeleri yüksek olan kadınların ise davranışlarında neden gerekli değişikliklerin olmadığı araştırmaya devam edilmesi gereken konulardır. Jinekolojik kanserlerin kadınlar ve ülke ekonomisi üzerindeki etkisi göz önünde bulundurularak, yukarıda sayılan tüm nedenlerden ötürü bu çalışmanın yapılmasına karar verildi.

1. GENEL BİLGİLER

1.1. Jinekolojik Kanserler

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan 2016 yılı kanser istatistiklerine göre kadınlarda: 15-24 yaş arasında over kanseri beşinci; 25-49 yaş arasında uterus kanseri dördüncü, serviks kanseri beşinci ve over kanseri altıncı; 50 yaş ve üzerinde ise uterus kanseri beşinci sırada yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019). DSÖ ve GLOBACON verilerine göre de 2040 yılında jinekolojik kanser ilişki mortalite oranının iki kat artacağı öngörülmektedir (WHO, 2019; IARC, 2020a).

1.2. Jinekolojik Kanser Türleri

1.2.1. Vajinal Kanserler

Vajinal kanserler nadir görülen ve jinekolojik kanserlerin %1-2'sini oluşturan heterojen tipte tümörlerin neden olduğu bir malignitedir. Amerikan Kanser Birliği'ne göre 2016 yılında 4.600 kadına vajinal kanser tanısı konmuş ve 950 kadın ise hayatını kaybetmiştir. Vajinal kanserlerin büyük bir kısmını squamoz hücreli karsinomlar (SHK) oluşturmakta ve 60-70 yaş arasında sıklıkla görülmektedir. Adenokarsinomlar ve diğer tür vajinal kanserler ise sıklıkla genç popülasyonda görülmektedir (Krill ve Randall, 2015). Ülkemizde ise vajinal kanserlerin insidans ve prevalansına ilişkin herhangi bir veriye ulaşılamadı.

Hastalığa ilişkin risk faktörleri; 60 yaş ve üstünde olma, HPV enfeksiyonu geçirme, servikste anormal hücre ya da serviks kanseri öyküsü olma, uterusta anormal hücre ya da uterus kanseri öyküsü olma ve histerektomi operasyonu geçirmedir. HPV enfeksiyonu ile squamoz hücreli karsinom gelişimi arasında güçlü bir ilişki mevcut olup, yaklaşık üçte ikisinin nedeni HPV16 ve HPV 18'dir Gebelikte kadınların düşük yapmasını önlemek amacıyla 1950'li yıllarda Dietilstilbestrol (DES) kullanılmaktaydı ve ilacı kullanan bazı kadınlarda adenokarsinoma geliştiği görülmüştür (Krill ve Randall, 2015; Williams, 2018). Bununların yanında sigara kullanma, cinsel partner sayısının beş ve üzerinde olması, genital yaralanmala öyküsü, düşük sosyo-ekonomik düzey ve ilk cinsel ilişki yaşının 17'nin altında olması diğer risk faktörleri arasında yer almaktadır (Oleszewski, 2011).

Vajinal kanserler genellikle erken belirti ve bulgular ile seyretmez ve kadınların %5-10'unda hastalık asemptomatiktir. Ağrısız vajinal akıntı, postkoital veya postmenopozal kanama en sık görülen belirtilerdir. Bunun yanında cinsel ilişki sırasında ağrı, vajinada ele gelen kitle, idrar yaparken ağrı, konstipasyon ve melena da görülebilmektedir. Sıklıkla rutin pelvik muayenesi ve Pap-smear testi ile tanı koyulur. Pelvik ağrı varlığı hastalığın ileri evresinde görülen bir belirtidir (Krill ve Randall, 2015; Williams, 2018).

Belirti ve semptomu bulunan tüm kadınların kapsamlı bir anemnezi alınmalıdır. Bazı kadınlarda vajinal kanser ikinci bir pelvik kanser olarak da ortaya çıkabilir. Kadının HPV'ye maruz kalıp kalmadığı sorgulanmalıdır. Vajinal kanserin gelişiminde majör risk faktörü olan DES kullanımı mutlaka sorgulanmalıdır (Oleszewski, 2011). Tanının doğrulanması için biyopsi gereklidir. Vajen ve serviksten alınan hücreler mikroskop altında incelenerek tanı konur. Pap-smear testinde anormal hücrelerin saptanması sonrasında yapılan kolposkopi sırasında da hastaya biyopsi uygulanabilir (Williams, 2018).

Vajinal kanser tanısı konulduktan sonra kanserli hücrelerin vajen içine ya da vücudun diğer bölümlerine metastaz yapıp yapmadığının ve tedaviye ilişkin seçeneklerin belirlenmesi için evreleme yapılması gereklidir. Evrelemede sıklıkla Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu [The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO)] ve Amerikan Ortak Kanser Komitesi [American Joint Committee on Cancer (AJCC)] TNM sınıflandırma sistemleri kullanılmaktadır (ACS, 2018). Her iki sistemde de temelde aynı sınıflandırma ve 3 anahtar nokta benzer şekilde kullanılmaktadır. Tümörün boyutu T, lenf nodlarına yayılım varlığı N ve uzak organ metastazı ise M ile ifade edilmektedir. Vajinal kanserlerin evrelendirilmesine ilişkin bilgiler Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1.1: **Vajinal kanserlerde evrelendirme**

AJCC		**FIGO**	
Evre	**Tanımı**	**Evre**	**Tanımı**
IA	T1a N0 M0	I	Kanser sadece vajen ile sınırlı ve 2cm'den büyük değil (T1a) Lenf nodlarına yayılım (N0) ve uzak organ metastazı yok (M0)
IB	T1b N0	I	Kanser sadece vajen ile sınırlı ve 2cm'den büyük değil (T1b)

	M0		Lenf nodlarına yayılım (N0) ve uzak organ metastazı yok (M0)
IIA	T2a N0 M0	II	Kanser vajen duvarına doğru ilerlemiş ancak pelvik duvarı kadar yayılmamış ve 2 cm'den büyük değil (T2a) Lenf nodlarına yayılım (N0) ve uzak organ metastazı yok (M0)
IIB	T2b N0 M0	II	Kanser vajen duvarına doğru ilerlemiş ancak pelvik duvara kadar yayılmamış ve 2 cm'den büyük değil (T2b) Lenf nodlarına yayılım (N0) ve uzak organ metastazı yok (M0)
	T1 ile T3 N1 M0	III	Kanser herhangi bir boyutta ve pelvik duvarda büyüyor olabilir ve / veya vajinanın alt 1/3 kısmına doğru büyüyor ve / veya böbreklerin çalışmamasına neden olan idrar akışını (hidronefroz) engellemiş olabilir (T1 ile T3) Pelvisdeki ya da inguinal alandaki lenf nodlarına ilerlemiş (N1) ancak uzak organ metastazı yok (M0)
III	VEYA		
	T3 N0 M0	III	Kanser pelvik duvarın içine doğru büyüyor ve / veya vajinanın alt 1/3 kısmına doğru büyüyor ve / veya böbreklerin çalışmamasına neden olan idrar akışını (hidronefroz) engelledi (T3) Lenf nodlarına yayılım (N0) ve uzak organ metastazı yok (M0)
IVA	T4 Herhangi bir N M0	IVA	Kanser mesaneye veya rektuma doğru büyüyor veya pelvisin dışına doğru büyüyor (T4) Pelvis veya inguinal bölgedeki (Herhangi bir N) lenf düğümlerine yayılmış olabilir veya olmayabilir uzak organ metastazı yok (M0)
IVB	Herhangi bir T Herhangi bir N M1	IVB	Kanser akciğer, karaciğer gibi uzak organlara ya da kemiğe kadar yayılım göstermiş (M1). Herhangi bir boyutta olabilir ve yakındaki yapılara veya organlara dönüşmüş olabilir veya olmayabilir (Herhangi bir T) Yakındaki lenf nodlarına yayılmış olabilir veya olmayabilir (Herhangi bir N)

AJCC: American Joint Committee on Cancer.
FIGO: International Federation of Gynecology and Obstetrics.
T: Tümörün boyutu; N: Lenf nodlarına yayılım varlığı; M: Uzak organ metastazı.

Hastalık ilişkili morbidite ve mortalite oranlarının yüksek olması nedeniyle tarama programlarının ve hastalıktan korunmaya yönelik önlemlerin alınması son derece kritiktir. Vajinal kanserde 5 yıllık sağ-kalım oranı; kanserli hücreler sadece vajen duvarı ile sınırlı ise %66, lenf nodlarına yayılım gösterirse %55 ve akciğer, karaciğer gibi uzak organ metastazı yaparsa %21'lere kadar inmektedir (ACS, 2018).

Hastalıktan primer korunmada bağışıklama önemlidir. Özellikle HPV-16 serotipine uzun süre maruz kalan kadınlarda squamoz hücreli intraepitelyal lezyonlar gelişir ve bu durumda vajen kanserine yol açar (Serrano ve ark., 2015; Lamos ve ark., 2016). Primer

korunma stratejisi olarak HPV aşılamasının yapılması önemlidir ve ayrıca aşılanan kadınlarda serviks dışı gelişen kanserlerde de azalma olduğu ortaya koyulmuştur (Garland ve ark., 2016). HPV kaynaklı vajinal kanser gelişiminin önlenmesi için kaynaklarda farklı değerler belirtilmekle beraber 9-14 yaş aralığında HPV aşılamasının yapılması önerilmektedir (Krill ve Randall, 2015; Bhatla ve ark., 2018). Kanserden sekonder korunmada tarama programlarının uygulanması önemli bir yer tutar. Ancak vajinal kanserlere ilişkin rutin bir tarama programı henüz bulunmamaktadır. Aynı zamanda histereskopi sonrası vajende bening tümörü bulunan kadınlara yönelik de herhangi bir tarama programı da önerilmemektedir. Böyle bir durumda kadının belirli zaman dilimlerinde rutin muayenesinin yapılması önemlidir (Farghaly ve ark., 2006). Vajinal kanserlerin çoğu skuamöz hücreli karsinom histolojisine sahip olduğundan, sıklıkla etiyoloji serviks kanseri ile benzerlik gösterir (Sherman ve ark., 2008). Prekanseröz lezyonların vajinal kansere dönüşme oranı %2-12 arasında değişmektedir (Hodeib ve ark., 2016). Pap-smear asemptomatik lezyonların saptanmasında en etkili yöntemdir ve test sonucunda anormal hücrelerin saptanması ile kolposkopi uygulanır. DES kullanım öyküsü var ise kadının yılda bir kere Pap-smear testi yaptırması önerilir (Oleszewski, 2011). Lezyonun saptanması durumunda tedavi bireye özgü bir şekilde planlamalıdır (Adams ve Cuello, 2018). Lezyonun lazerle ablazyonu, cerrahi eksizyon, topikal kremler ve 5-fluorouracil (5-FU) gibi topikal kemoterapi uygulanan tedavi yöntemleri arasındadır (Adams ve Cuello, 2018). Kronik vajinal irritiasyona neden olan tampon ve kayganlaştırıcı gibi ürünlerin kullanımı azaltılmalı, cinsel ilişki sırasında koruyucu bariyer önlemler alınmalı ve kadın sigara kullanıyorsa bırakması için desteklenerek bir sağlık kuruluşuna yönlendirilmelidir (Oleszewski, 2011).

Vajinal kanserlerin tedavisinde farklı seçenekler bulunmaktadır. Bazıları standart tedaviler olmakla birlikte bazıları ise klinik olarak deneme aşamasındadır. Cerrahi tedavi, kemoterapi (KT) ve radyoterapi (RT) vajinal kanserlerin tedavisinde kullanılan yöntemlerdir (Adams ve Cuello, 2018; Saito, 2019). Cerrahi, en sık kullanılan tedavi yöntemidir. Vajinal tümörlerin %56'sı vajenin 1/3 üst bölümünde yer alır ve posterior duvarda lokalizedir. Eğer tümör vajenin 1/3 alt ya da orta kısmına yayılırsa, vajenin tamamının çıkarılması için pelvik ekzenterasyon veya vulvektomi gerekebilir. Bu işlem hastanın yaşam kalitesinde ciddi bozulmaya yol açabilir ve doktorlar sıklıkla böyle bir durumda radyasyon tedavisi uygulanmasını tercih ederler. Vajenin üst kısmında evre I

veya evre II tümör olması durumunda, serviks kanserinde olduğu gibi vajinektomi ile birlikte genellikle radikal veya modifiye radikal histerektomi uygulanır (Adams ve Cuello, 2018; Saito, 2019). Tümörün yerleşim yeri, kadının yaşı ve cinsel yaşamı tedavinin seyrini etkileyen etmenler arasındadır. RT, vajinal kanserin tüm evrelerinde sıklıkla uygulanan bir tedavi yöntemidir. Özellikle hastalığın ileri evresinde tedavinin köşe taşlarından biridir (Adams ve Cuello, 2018). Metastatik ya da tekrarlı vajinal kanser durumunda cerrahi tedavi ya da RT'nin etki etmediği durumlarda KT uygulanan bir diğer tedavi yöntemidir (Slomovitz ve Colemna, 2007).

1.2.2. Vulva Kanseri

Vulva kanseri, nadir görülür ve jinekolojik kanserlerin %2-5'ini oluşturmaktadır. Vulvanın squamoz hücreli karsinomu en sık görülen tipidir ve postmenopozal kadınlarda daha sık gelişir. Dünyada HPV insidansı artışı ile birlikte vulva kanserinin görülme yaşı da giderek azalmaktadır (Butt ve ark., 2017; Faber ve ark., 2017; Xiao ve ark., 2017; Muigai ve ark., 2018). Vulva kanseri daha çok vajenin dış dudak kısmını, daha az sıklıkta ise vajenin iç dudak kısmını, klitoris ve vajinal glandları etkiler. Hastalık yıllar içinde zamanla oluşur, anormal hücreler vulvar deri yüzeyinde uzun süre büyümeye devam ederler ki bu durum vulvar intraepitelyal neoplazi (VIN) olarak adlandırılır (Williams, 2018).

Hastalığın etiyolojisi kısmen bilinmekle birlikte multifaktöriyel olabileceği belirtilmektedir. Güncel veriler hastalığın iki tipinin olduğunu; ilkinin (Tip I) özellikle HPV-16 nedeni ile meydana geldiğini ve VIN ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Moore ve ark., 2005; Sutton ve ark., 2008). VIN tanısı alan kadınların %70-80'inde HPV enfeksiyonu olduğu görülmektedir (Scurry ve Wilkerson, 2006). HPV kaynaklı tanı alan kadınlarda; sigara tüketiminin fazla olduğu, sıklıkla genç yaşta oldukları, ilk cinsel deneyimlerini erken yaşta yaşadıkları ve birden fazla cinsel partnerlerinin olduğu görülmektedir. İkinci tip vulva kanseri (Tip II) sıklıkla ileri yaşta ve Liken Skleroz ya da vulvar inflamasyon öyküsü olan kadınlarda görülür. Bu tipte tümör genellikle tek alanda yer alır ve iyi diferensiye (keratinize) olmuştur (Canavan ve Cohen, 2002; Oleszewski, 2011).

Hastalığa ilişkin risk faktörleri HPV dışında; VIN tanısı alma, genital bir yaralanma öyküsü, birden fazla cinsel partnerin varlığı, ilk cinsel deneyimini erken yaşta yaşama, Pap-smear testinde anormal hücrelerin saptanması, immunsupresif ilaç kullanımı, 60 yaş

ve üzerinde olma, herpes simpleks tip 2 virüse maruz kalma ve sigara kullanmadır (Oleszewski, 2011; Williams, 2018). Kadının kronik vulvar bir hastalık ve alt genital sisteme ilişkin malignite öyküsünün olması da diğer risk faktörleridir. Organ transplantasyonu yapılan ya da insan Human Immunodeficiency Virus [İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü (HIV)] taşıyan kadınlar da vulva kanseri gelişimi açısından risk altındadır (Jones ve ark., 2005). Kanser tanısının koyulmasında aile öyküsü önemlidir, ancak ailede vulva kanseri varlığı potansiyel bir risk faktörü değildir (Oleszewski, 2011).

Vulva kanseri erken dönemde belirti ve bulgu göstermez. Vulvada yumru görünümünün olması, vulvar bölgede renk değişikliği veya ülser gibi yaraların görülmesi, vulva ile sınırlı kalan kaşıntı, ara kanamaların görülmesi, vulvar alanda hassasiyet görülür. Vulvar alanda kanama ve akıntı, dizüri ise daha az sıklıkta görülen semptomlardır. Kanser gelişen kadınların %20'si asemptomatik seyreder ve %50'sinden fazlasında lezyonlar sadece pelvik muayene sırasında saptanır (Rogers ve Cuello, 2018; Williams 2018).

Tanı fizik muayene, anamnez ve biyopsi ile konur. Rutin jinekolojik muayene sırasında vulvanın inspeksiyonunun yapılması önem taşır. Neoplazinin sıklıkla multifokal olması nedeniyle vulvanın girişi ve perineal alanda dikkatli bir şekilde muayene edilmelidir. Kasık bölgesindeki lenf nodları değerlendirilmeli, Pap-smear testi yapılmalıdır. Vulvada lezyonun saptanması durumunda pigmentesyonun ve ülserasyonun yer aldığı alan da dahil biyopsi örneği alınmalıdır (Rogers ve Cuello, 2018). Göğüs röntgeni çektirilmeli, tam kan ve rutin biyokimya için kan örneği alınmalıdır. Bilgisayarlı tomografi ve magnetik rezonans görüntüleme uzak organ metastazlarının varlığını doğrulamak için önemlidir. Bazı vakalarda sistoskopi ve sigmoidoskopi yapılması gerekebilir. Kadın pelvik ağrıdan yakınırsa kemik metastazı olup olmadığını sorgulamak için kemik grafi çektirilmelidir (Rogers ve Cuello, 2018). Vulva kanserinde uygun tedavi sonrası ortalama 5 yıllık sağ-kalım % 70 civarında olup, evre arttıkça sağkalım oranı da azalmaktadır. Bu nedenle korunma yöntemlerinin uygulanması ve hastalığın erken dönemde tanılanması mortalitenin azaltılmasında kritik rol oynar (Rogers ve Cuello, 2018).

Evrelemede FIGO kriterleri kullanılmakta olup, 2014 yılında revize edilen evreleme sisteme Tablo 2'de yer almaktadır (FIGO, 2014).

Tablo 1.2: Vulva kanserinde evrelendirme

Evre	Tanım
I	Tümör vulvada sınırlı
IA	Tümör vulva ya da perinede sınırlı, en büyük çapı ≤2 cm ve stromal invazyon, ≤1 mm, lenf nodu yok
IB	Tümör vulva ya da perinede sınırlı, en büyük çapı >2 cm veya stromal, invazyon >1mm, lenf nodu negative
II	Tümör herhangi bir büyüklükte ve komşu perineal yapılara uzanım göstermekte (1/3 alt üretra, 1/3 alt vajen, anüs), lenf nodu negative
III	Tümör herhangi bir büyüklükte ya da komşu perineal yapılara uzanım göstermekte (1/3 alt üretra, 1/3 alt vajen, anüs), pozitif inguino-femoral lenf nodları
IIIA	(i) 5mm'e eşit ya da büyük 1 lenf nodu metastazı ya da (ii) 5mm'den küçük 1-2 lenf nodu metastazı
IIIB	(i) 5mm'e eşit ya da büyük 2 ya da daha fazla lenf nodu metastazı ya da (ii) 5mm'den küçük 3 ya da daha fazla lenf nodu metastazı
IIIC	Ekstrakapsüler yayılımı olan pozitif lenf nodu/nodları
IV	Tümör diğer bölgesel yapılara uzanım göstermekte (2/3 üst üretra, 2/3 üst vajen) ya da uzak yapılara invazyon
IVA	(i) üst üretra ve/veya vajinal mukoza, mesane mukozası, rektal mukoa, ya da pelvik kemiğe fikse ya da (ii) fikse ya da ülsere inguinofemoral lenf nodları
IVB	Pelvik lenf nodları da dahil herhangi bir uzak metastaz

Vulva kanserinden primer korunma yöntemleri içerisinde bağışıklama programına dikkat çekilmektedir. Özellikle HPV-16'ya ve tekrarlayan HPV enfeksiyonuna uzun süre maruziyet vulvanın squamoz hücreli karsinomuna neden olmaktadır (Serrano ve ark., 2015; Rantshabeng ve ark., 2017). Servikal kanserlerin önlenmesinde uygulanan HPV aşılamasının servikal olmayan prelezyonların görülme prevalansını da azalttığı bilinmektedir (Oleszewski, 2011; Garland ve ark., 2016; Hansen ve ark., 2018). Kanserden sekonder korunmada tarama programlarına yer verilmesi önemli iken, vulva kanserine spesifik bir tarama programı bulunmamaktadır. Vulvar kanser gelişimin neden olan Liken Sklerozu'nun erken dönemde teşhisi için kadının kendi kendine vulva muayenesi yapması önemlidir (Halonen ve ark., 2014). Ayrıca muayene esansında kadın vulvayı renk değişimi ve ülser varlığı açısından da değerlendirmelidir. Servikste intraepitelyal lezyonu bulunan kadın, vajen ve anüsü de muayene sırasında kontrol etmelidir (Oleszewski, 2011; Palumbo ve ark., 2016). Tersiyer korunmada ise; vulva kanseri insidansını azaltmak için predispozan ve preneoplastik lezyon ilişkili kanser

gelişimine neden olan faktörleri azaltmaya yönelik etkili stratejiler geliştirilmelidir (Oleszewski, 2011). Vulvanın squamoz hücreli karsinomunun gelişimine neden olan iki patofizyolojik mekanizma vardır (Rakislova ve ark., 2017). İlkinde; SHK genellikle ileri yaştaki kadınlarda meydana gelir ve sıklıkla Liken Sklerozu ve/veya vulvar intraepitelyal neoplazi ilişkili gelişir. İkinci ise sıklıkla genç yaştaki kadınlarda özellikle HPV 16, 18, 31 ve 33 kaynaklı prekanseröz lezyonların varlığı sonucunda ortaya çıkar (Faber ve ark., 2017). HIV enfeksiyonu ve sigara içme kansere neden olan predispozan faktörler arasında yer alır (Barlow ve ark., 2015; Hacker and Barlow, 2015; Rantshabeng ve ark., 2017).

Hastalığın tedavisinde çeşitli tedavi seçenekleri uygulanmaktadır. Bazı tedaviler standart yöntemler olmakla birlikte bazıları ise hala klinik olarak test aşamasındadır (Williams, 2018). Cerrahi en sık uygulanan tedavi yöntemlerinden biridir ve amaç kadının seksüel fonksiyonlarında herhangi bir kayıba neden olmadan kanseröz alanın tamamen ortadan kaldırılmasıdır. Bu amaçla lazer cerrahi, geniş veya radikal lokal eksizyon ve tümörü parçalamak için ultrason dalgaları kullanılarak cerrahi aspirasyon uygulanmaktadır. Vulvektomi sonrası Evre I ve II'de 5 yıllık sağ-kalımın ortalama %90 olduğu belirtilmiştir (Stehman, 2007). Evre II vulva kanserinde radikal vulvektominin yapılacağı daha kapsamlı bir cerrahi operasyon gerekebilir (Holschneider ve ark., 2007). Evre III'de tümör üretra, vajen, anüs ve inguinal alandaki lenf nodlarına da yayılım gösterir. Bu nedenle radikal vulvektomi ve bilateral inguinofemoral lenfadenoktomi yapılması önerilir (Blake, 2003). Evre IV'de vulvektomi ve pelvik ekzenterasyon cerrahisi ile inen kolon, rektum ve mesanenin yanı sıra serviks, vajen, overler ve lenf nodları da tamamen alınmaktadır (Hacker, 2007; Russell, 2007). RT vulva kanserinde uygulanabilecek bir diğer tedavi yöntemidir ve amaç; vulvanın mümkün olduğunca sağlam olması ve kullanımının sağlanmasıdır. KT öncelikli olarak RT ile birlikte kombine uygulanır (Kim ve ark., 2002). KT tedavisinde başarı oranı %56 olup, 1 yıllık sağ-kalım %32'dir (Wagenaar ve ark., 2001).

1.2.3. Epitelyal Over, Tuba ve Periton Kanseri

Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu tarafından over, fallop tüpü ve periton kanseri aynı sınıflandırma sistemi içerisinde değerlendirilmeye başlanmıştır (Berek ve ark., 2018). Fallop tüpü maligniteleri nadir olarak görülse de histolojik, moleküler ve genetik kanıtlar over ya da peritona ait seröz karsinomların %80'inin fallop tüpünün fimbriyal ucundan kaynaklanmış olabileceğini göstermektedir. Over kanseri

ülkemizde jinekolojik maligniteye bağlı ölümlerin en önde gelen sebebidir ve %95'i epitelyal kökenli olup kalan kısmi diğer over hücrelerinden gelişen germ hücreli tümör ve seks kord stromal tümörüdür (Siegel ve Miller, 2016). Türkiye'de yıllık yeni epitelyal over-tuba-periton kanseri vaka sayısı 2020 yılında 4.060 iken, ölen hasta sayısı 2730'dur. DSÖ'ye göre bu sayı 2040 yılında neredeyse iki katına yakın bir değere ulaşacaktır (IARC, 2020b). Epitelyal over-tuba-periton kanseri görülme sıklığı yaş ile artmakta olup en sık 50-70 yaş arasında izlenmektedir (Siegel ve Miller, 2016). Over tümörleri her yaş aralığında görülebilir. Örneğin; 20 yaş altındaki kadınlarda germ hücreli tümör, 30-40 yaş aralığındaki kadınlarda borderline tümör ile 50 yaş ve üstündeki kadınlarda ise invaziv epitelyal over kanseri sıklıkla görülür (Berek ve ark., 2018). Hastalığın gelişiminde genetik, üreme sistemi ve hormonal ile çevresel faktörler önemli rol oynar (Martin, 2011a).

Genetik faktörler, over-tuba ve periton kanserinin yaklaşık %20'sinin gelişiminden sorumludur. Herediter over kanseri en sık BRCA1 ve BRCA2 genlerindeki patojenik mutasyon kaynaklı gelişmekle birlikte hastalık gelişen kadınların %40'ında ailesel bir öykü bulunmayabilir (Chetrit ve ark., 2008). BRCA1 mutasyonu ilişkili kanser özellikle 40'lı yaşların ortalarında görülür (Berek ve ark., 2018).

Over kanserlerinin gelişimi kesintisiz ovulasyon, aşırı gonadotropin uyarımı ve enflamasyon olmak üzere 3 hipotez ile açıklanmaktadır (Martin, 2011a). Tekrarlayan sürekli ovulasyon over epiteli üzerinde minor travmaya yol açarak epitelyal over kanseri insidansını artırmaktadır. Bu hipotezi destekleyen kanıtlar; overde sürekli ovulasyonu engelleyen oral kontraseptif kullanımı ile gebelik ve laktasyonda epitelyal over kanseri insidansının azalması ile desteklenmektedir. Overlerin, kronik gonadotropin maruziyeti ve artmış ostrojen konsantrasyonu sonucunda karsinojenik olduğu kabul edilmektedir. Enflamasyonun çevresel faktörler kaynaklı gelişebileceği gibi, enflamasyon durumunda salınımı artan sitokinler ve prostaglandinler nedeniyle de kanser görülebileceği düşünülmektedir (Martin, 2011a).

Nulliparlarda, ilk gebeliğini erken yaşta yaşayan ve erken menapoza giren kadınlarda hastalığın gelişme riski yüksektir. Bu faktörlerin fallop tüpü kanseri gelişimi üzerine etkisine ilişkin bilgiler ise yeterli değildir (Martin, 2011a). İnfertilitenin over kanseri gelişimi üzerine olan etkisi tartışmalıdır ve infertil kadınlarda dolaşımdaki yüksek gonadotropin seviyesinin büyüme hormonu etkisi göstererek hastalığa neden olduğu

düşünülmektedir (Vo ve Carney, 2007). İnfertilite tedavisinde ovülasyon indüksiyonunu sağlayan ajanların kanser gelişiminde olası bir risk faktörü olduğu da düşündürmektedir (Mahdavi ve ark., 2006). Ovülasyonu baskıladığı bilinen laktasyonun bazı kadınlarda koruyucu olduğu bilinmektedir. Uzun dönem oral kontraseptif kullanımı over kanserine karşı koruyucu etki göstermektedir (Franco ve Duarto–Franco, 2008).

Aşırı kilo ve obezitenin birçok kanser türünde olduğu gibi over kanseri gelişimi ile de ilişkili olduğu görülmüştür. Galaktoz metabolizmasındaki bozukluğun over kanseri gelişiminde bir risk faktörü olduğu ve oositler için toksik etki gösterdiği ortaya koyulmuştur (Cramer ve ark., 1994). Fiziksel aktivitede bulunmak ve farklı egzersizleri yapmanın over kanseri riskine karşı koruyucu etki gösterdiği ortaya koyulmasına karşın; haftada dört gün ve üzeri egzersiz yapan kadınların kanser gelişimi açısından 2.5 kat risk taşıdığını ortaya koyan çalışma sonucu da mevcuttur (Mink ve ark., 1996). Bunu nedeni olarak, düzenli olarak yapılan aktivitelerin östrojen geri bildirim mekanizması üzerine negatif etki göstererek serum gonadotropin seviyesinde artışa neden olması gösterilmiştir (Daly ve Obrams, 1998). Perineye pudra, sprey uygulanması ile kondom ve diyafram kullanımı da olası risk faktörleri arasında yer almaktadır (Martin, 2011a).

Jinekolojik Kanser Vakfı, Jinekolojik Onkologlar Birliği ve Amerikan Kanser Derneği tarafından 2007 yılında yayınlanan Over Kanseri Semptom Uzlaşı Raporu'na göre; şişkinlik, pelvik ya da abdominal ağrı, hızlı yemek yeme ve erken doygunluk hissi ile üriner semptomların (sık ve acil idrar çıkma isteği) genel topluma oranla over kanserli kadınlarda daha sık görüldüğü belirtilmiştir. Bu semptomları birkaç haftadan uzun süre yaşayan kadınların pelvik muayene için sağlık kuruluşuna başvurmaları önerilmektedir (Committee Opinion No. 477, 2011). Aynı zamanda menstruel bozukluklar, dispepsi, konstipasyon gibi sindirim sistemine ilişkin semptomlar da görülebilir (Nagle ve ark., 2011).

Hastalığın erken evresinde tanı koyulması durumunda prognoz iyi seyirlidir. Tümör markerları tanının koyulmasında yardımcıdır. İnsan gonadotropin ve alfa-fetoprotein düzeyi pelvik bölgede ve overde şüpheli kitle ile başvuran genç hastalarda germ hücreli tümör varlığını dışlamak için bakılmalıdır. Over kanserlerinin yaklaşık üçte ikisi Evre III veya Evre IV iken tanı koyulmaktadır. Hastalığın ilerleyen dönemlerinde abdominal distansiyon kaynaklı batında asit ve buna bağlı solunum sistemine ilişkin bozukluklar ortaya çıkabilir. Anormal vajinal kanama, hastalığın yaygın olmayan semptomlarından

biridir. Fallop tüpü ve periton kanserinde de over kanserindeki gibi benzer belirti ve bulgular görülür (Berek ve ark., 2018). Kapsamlı bir anamnez ve aile öyküsü alınarak hastalığın gelişimine neden olabilecek olası risk faktörleri değerlendirilmelidir. Ardından meme, pelvik ve rektal alanı da içeren kapsamlı bir fiizk muayene yapılması oldukça önemlidir. CA125 ve karsiyoembriyojenik antijen gibi tümör markerları bakılmalıdır (Berek ve ark., 2018). CA125 seviyesindeki yükseklik; over, fallop tüpü ve periton kanseri tanısının koyulmasında sıklıkla kullanılmaktadır (Sørensen ve Mosgaard, 2011). Olası bağırsak kanseri varlığını değerlendirmek açısından kolonoskopi yapılması da önerilmektedir (Berek ve ark., 2018).

Over, fallop tüpü ve periton kanserinin sınıflandırılmasında FIGO tarafından 2014 yılında yayınlanan güncel sınıflama sisteminin kullanımı önerilmektedir (Prat, 2015). Bu sınıflama ile hastalığın seyri ve uygulanacak olan tedavi yöntemlerine ilişkin karar verilmektedir (Berek ve ark., 2018).

Tablo 1.3: **Epitelyal over, tuba ve periton kanserinde evrelendirme**

Evre	Tanım
I	Tümör over ve fallop tüpleri ile sınırlı
IA	Tümör tek overde (kapsül intakt) ya da fallop tüpünde sınırlı; yüzeyde tümör yok; peritonel alanda asit ya da malign hücreler yok
IB	Evre IA ile aynı özellikleri göstermekte, sadece tümöral tutulum her iki overde ve fallop tüplerinde mevcut
IC	Tümör bir ya da her iki overde veya fallop tüplerinde
IC1	Cerrahi sırasında yayılım
IC2	Cerrahi öncesi kapsül rüptürü veya over ya da fallop tüpünün yüzeyinde tümör
IC3	Periton ya da asit sıvısında malign hücreler
II	Tümör bir ya da iki overi ya da fallop tüplerini de içerecek şekilde pelvik alana doğru uzanır ya da primeri periton kanseridir
IIA	Uterus ve/veya fallop tüplerine yayılım ya da implant
IIB	Diğer intraperitoneal pelvik organlara yayılım
III	Tümör, sitolojik veya histolojik olarak doğrulanmış peritona pelvis dışında yayılma ve/veya retroperitoneal lenf düğümlerine metastaz ile bir veya her iki over veya fallop tüpü veya birincil periton kanserini içerir.
IIIA	Sadece retroperitoneal lenf düğümlerine yayılım (sitolojik veya histolojik olarak kanıtlanmış): (i) 10 mm'e kadar olan metastaz

	(ii) 10 mm'den büyük olan metastaz
IIIA2	Mikroskopik, ekstrapelvik (pelvik ağzına üzerinde) ve/veya pozitif retroperitoneal lenf nodu tutulumu
IIIB	Makroskopik, ekstrapelvik peritoneal metastaz <2 cm +/- retroperitoneal lenf nodu, karaciğer ve dalak kapsül tutulumu olabilir
IIIC	Makroskopik, ekstrapelvik peritoneal metastaz >2 cm +/- retroperitoneal lenf nodu, parankimal tuutlum olmaksızın karaciğer ve dalak kapsül tutulumu olabilir
IV	Peritoneal metastazlar hariç uzak metastaz
IVA	Plevral efüzyonda pozitif sitoloji
IVB	Parankimal metastaz ve ekstraabdominal organlarda metastaz (inguinal lenf nodu ve abdominal kavite dışında lenf nodu metaztazı)

Overler anatomik olarak pelvisin derinlerinde lokalize olduğu için kanserin erken dönemde saptanması güçtür. Tümör pelvik muayenede ele gelecek boyutta büyük ise tanının koyulmasına yardımcı olur. Pelvik muayene ile birlikte serum markerlarının bakılması ve ultrasonografinin kullanımı da taramada yardımcı olabilir. Ancak tüm bu testler kanserin erken evrede saptanmasına yardımcı olmamaktadır. Ne ultrasonografinin ne de CA-125 markerının kullanımı hastalığa ilişkin morbidite ve mortalite oranlarında azalmaya yardımcı olmamakla birlikte, toplumda tarama testi olarak kullanımına yönelik yeterli duyarlılık ve özgüllüğe de sahip değildirler (Modugno, 2003; US Preventive Services Task Force ve ark., 2018). Over-fallop tüpü kanseri açısından yüksek risk taşıyan kadınlarda hastalığın gelişim riskini azaltmak için salpingo-ooferektomi yapılması önerilmektedir. Genetik açıdan risk altında olan kadınlarda bilateral salpingo-ooferektomi yapılarak mortalitenin azaltılabileceği belirtilmektedir (Buys ve ark., 2011; US Preventive Services Task Force ve ark., 2018).

Kadınların yıllık rutin olarak bimanuel rektovajinal muayene ile birlikte pelvik muayenelerini yaptırmaları önerilmektedir. Muayene esnasında overlerin palpasyonu kanserin saptanması için bir tarama testi olarak önerilmemektedir. Kadının pap-smear testi muayene esnasında alınabilmekle birlikte, kanserin tanılanmasında yer teşkil etmemektedir. Overlerin boyutları premenapozal dönemdeki kadınlarda farklılık gösterebilir. Postmenapozal dönemdeki kadınlarda pelvik muayene esnasında saptanan pelvik kitle anormal bir durumun göstergesidir ve ultrasonografi ile tanının koyulması sağlanmalıdır (Martin, 2011a).

Cerrahi ve KT, over-fallop tüpü ve periton kanserinin tedavi yöntemleri arasındadır. Cerrahiye karar verirken hastalığın evresi ve tümörün histopatolojik özellikleri önem taşımaktadır. Standart tedavide sitoredüktif cerrahi ile tüm tümörlerin tam rezeksiyonunun sağlanması amaçlanır. Birincil amaç kitlenin tam rezeksiyonu ya da küçültülmesi ve kombine KT uygulamasıdır (Martin, 2011a). Hastalara neoadjuvan KT'nin yanı sıra intraperitoneal KT'de uygulanmakta ve bu tedaviler yaşam kalitesinde ve hasta sonuçlarında iyileşme ile sonuçlanmaktadır (Berek ve ark., 2018; Armstrong ve ark., 2019).

1.2.4. Endometriyum Kanseri

Endometriyum kanseri en fazla görülen jinekolojik kanser olup, gelir düzeyi yüksek olan ülkelerde görülme prevalansı yüksektir. Düşük gelirli ülkelerde de obezitedeki artışa paralel olarak hastalığın görülme insidansı giderek artmaktadır (Siegel ve ark., 2018). Tüm kanserler içerisinde en sık görülen beşinci ve jinekolojik kanserler içerisinde ise ilk sırada yer alan endometriyum kanseri morbidite ve mortalite oranlarının yüksek olması sebebiyle kadın hayatıda önemli bir yere sahiptir (Ferlay ve ark., 2015). Erken teşhis edilmesi durumunda tedaviye en iyi cevap veren kanser türüdür. Endometriyal karsimoların %97'si corpus uteri kaynaklı gelişmekte olup, kalan %3'lük kısmı ise uterin sarkomu kaynaklıdır. Endometriyum kanseri esas olarak postmenapozal dönemdeki kadınlarda görülür ve tanının koyulduğu yaş ortancası 61'dir (Williams, 2018).

Endometriyum kanseri Tip I ile Tip III arasında sınıflandırılmaktadır ve her birinin risk faktörleri farklılık göstermektedir (Tangjitgamol ve ark., 2013) (Tablo 4).

Tablo 1.4: **Endometriyum kanserlerinin özellikleri**

	Tip I	**Tip II**	**Tip III**
Başlangıç yaşı	Perimenapoz dönem	Geç postmenapozal dönem	Tip I'in başlangıç yaşından 10 yıl daha erken
Risk faktörleri	Artmış östrojen	-	Ailesel risk (Lynch Sendromu)
Endometriyumun durumu	Hiperplazi	Atrofi	-
Diaybet, obezite	Sıklıkla ilişkili	İlişkili değil	İlişkili değil
Evre	Başlangıç evresi	İleri evre	-

Miyometriyal invazyon	Minimal	Derin	-
Prognoz	İyi (5 yıllık toplam sağ-kalım %85)	Kötü (5 yıllık toplam sağ-kalım %55)	-

Obezite ve metabolik sendrom varlığı endometriyum kanseri için risk faktörleridir (Williams, 2018). Kadının postmenapozal dönemde olması, nulliparite, geç yaşta menapoza girme, diyabet varlığı, polikistik over sendromu ve tamoksifen kullanımı da risk faktörleri arasında yer almaktadır (Soliman ve ark., 2005). Endometriyum kanseri olup, vücut kitle indeksi > 40 kg/m^2 olan kadınlarda normal kilolu kadınlara göre ölüm görülme oranının 6.25 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (Calle ve Thun, 2004). Prediyabetik kadınlarda ve diyabetin erken evrelerinde dolaşımdaki insülin seviyesinin yüksekliği ve östrojen gibi diğer hormonlar kaynaklı endometriyum kanseri gelişebileceği düşünülmektedir (Williams, 2018). Diyabet varlığının yanı sıra hipertansiyon ile endometriyum kanseri gelişimi arasında ilişki bulunsa da tam olarak gelişim mekanizması bilinmemektedir (Saltzman ve ark., 2008). Aşırı endojen östrojen metabolizması ve progesteron üretimindeki yetersizlik durumlarında da endometriyum kanseri geliştiği belirtilmektedir. Çeşitli hormonal bozukluklar obezite ile ilişkili olabilir ve artmış vücut kitle indeksi androjenlerin östrojene dönüşümüne yol açar. Yağ hücreleri östrojenin depolanması için mükemmel bir kaynaktır ve bu şekilde östrojenin yavaş ve uzun süreli vücutta salınımı söz konusudur. Over tümörleri de bir diğer endojen östrojen kaynağıdır. Özellikle aile üyelerinde genç yaşta endometriyum kanseri tanısı almış biri var ise kadın kanser gelişimi açısından risk altındadır (Sonoda ve Barakat, 2006). Otozomal dominant kalıtım gösteren esas olarak MLH1 ve MHL2 genlerindeki germline mutasyonlar sonucu oluşan ve Lynch sendromu olarak da bilinen Herediter Non-Polipozis Kolorektal Kanser (HNPCC) sendromu da en sık kanser gelişimine neden olan durumdur (Hoffman ve ark., 2016).

Anormal vajinal kanama endometriyum kanserinin erken dönemde ortaya çıkan semptomlarından biridir. Postmenapozal kanama şikayeti ile sağlık kuruluşuna başvuran kadınlarda da her zaman dikkatli olunmalıdır. Bu semptom ile başvuran kadınların %20'sinde kanser mevcuttur. Vajinal serohemorajik akıntı veya menstruasyon dönemindeki ağır kanama, cinsel ilişki sırasında yaşanan ağrı da endometriyum kanserinin belirtisi olabilir. Özellikle ileri yaştaki kadınlarda görülen uterusun

enflamasyonu ve kanama varlığı; abdominal distansiyon, lumbosakral, hipogastrik ve pelvik ağrı da hastalığın ileri evrelerinde ortaya çıkabilir (McMeekin ve ark., 2009; Sorosky, 2012; Williams, 2018).

Kadının aile öyküsünü de kapsayan kapsamlı bir anamnez alınması gereklidir. Endometriyum kanserine özgü belirti ve bulgular, postmenapozal kanama mevcut ise kanamanın başlangıç zamanı, miktarı, süresi ve rengi sorgulanmalıdır. Özellikle supraklavikular ve inguinal lenf nodlarını da içine alan kapsamlı bir fizik muayene yapılmalı; tam bir pelvik muayene (dış genital organlar, vajen, serviks, uterusun boyutu, adneks) ile rektovajinal alan kontrol edilmelidir (Greven ve Corn, 1997).

Pap-smear endometriyum kanserinin tanısının koyulmasında her zaman etkili değildir. Endometriyum biyopsisi, endoservikal küretaj ya da Pap-smear testi postmenapozal kadınlarda birlikte yapılırsa %99 oranında kanser saptanabilir (Sonoda, 2003). Pelvik, abdominal ve nodal hastalıkların tanılanmasında histereskopi, magnetik rezonans görüntüleme, lenfanjiyografi ve histerografi uygulanmaktadır (Williams, 2018).

Endometriyum kanserinde FIGO'nun 2009 yılında güncellediği evrelendirme sıklıkla kullanılmaktadır (Tablo 5) (Pecorelli, 2009).

Tablo 1.5: **Endometriyum kanserinde evrelendirme**

Evre	**Tanım**
I	Uterin korpusta sınırlı tümör
IA	Myometriyal invazyon yok ya da %50'den az invazyon
IB	% 50 ya da daha fazla myometriyal invazyon
II	Servikal stromal tutulum*
III	Lokal, rejyonel ya da lokorejyonel tümöral yayılım
IIIA	Tümör uterin serozaya ulaşmış ve/veya adnekslerde tutulum mevcut#
IIIB	Vajinal ve/veya parametriyal tutulum mevcut
IIIC: Pelvik ve/veya para-aortik lenf nodlarına metastaz	
IIIC1	Pelvik lenf nodu tutulumu
IIIC2	Pelvik lenf nodu tutulumu olsun ya da olmasın para-aortik lenf nodu tutulumu
IV	Mesane ve/veya barsak mukozası tutulumu ve/veya uzak metastaz
IVA	Mesane ve/veya barsak mukozası tutulumu
IVB	Uzak metastaz (İntraabdominal metastaz ve/veya inguinal lenf nodu tutulumu da dahil)

Bütün evreler için tümöral grade 1,2 ya da 3 olabilir.
*Sadece endoservikal bez tutulumu evre I olarak değerlendirilmelidir.

Sitoloji pozitifliği evreyi değiştirmez, ayrı olarak belirtilmelidir.

Endometriyum kanserine yönelik spesifik bir tarama programı bulunmamaktadır (Williams, 2018). Pap-smear testi her zaman kanserin saptanmasında etkili değildir. Amerikan Kanser Birliği risk altındaki kadınların kanser gelişimine neden olan faktörler ile hastalığın belirti ve bulguları hakkında bilgilendirilmeleri önerisinde bulunmaktadır. Ayrıca anormal vajinal kanaması bulunan, menapoz dönemine giren kadınların da düzenli olarak doktor kontrolüne gitmeleri tavsiye edilmektedir. HNPCC açısından genetik risk taşıyan kadınların kesin bilimsel bir kanıt olmamakla beraber uzman görüşüne dayanarak 35 yaşından itibaren yıllık olarak jinekolojik muayene yaptırması önerilmektedir (Smith ve ark., 2005). Ayrıca her kadının yıllık jinekolojik muayenesini yaptırması önemlidir. Transvajinal ultrasonografi ve endometriyum biyopsisi şu an için önerilmese de asemptomatik kadınlarda uygun bir tarama yöntemi olarak kullanılabilir (Sonoda ve Barakat, 2006).

Oral kontraseptif kullanımının ve sigara tüketiminin endometrium kanseri gelişimine karşı koruyucu rol üstlendiği belirtilmektedir. Bu iki faktörün Tip I endometiryum kanseri gelişimine neden olan östrojenik stimülasyonu azalttığı bilinmektedir (Sonoda ve Barakat, 2006). Ancak sigaranın neden olduğu akciğer kanseri ve diğer sağlık problemleri düşünüldüğünde zararının yararından daha fazla olduğu görülmektedir (Terry ve ark., 2002). Gebelik dönemindeki yüksek progesteron seviyesi endometriyum kanseri gelişimi riskini azaltmaktadır. Nulliparlarda kanser gelişim riski doğum yapmış kadınlara göre iki kat daha fazladır (Sonoda ve Barakat, 2006). Kadınların fiziksel aktivite düzeylerini artırmaları ve kilo kontrolünü sağlamaları etkili bir korunma yöntemidir. Obezitenin önlenmesi için sebze ve meyve ağırlıklı beslenmek de kanser gelişimine karşı koruyucu etki göstermektedir (Bakkum-Gamez ve ark., 2008). Kanada ve Amerika Birleşik Devletleri'nin endometriyum kanseri tarama ve kontrolüne yönelik önerileri: progesteron ve kombine oral kontraseptif kullanımı; tamoksifen kullanımından kaçınmak; obezite, diyabet ve hipertansiyonun önlenmesi/kontrol altına alınması; yağlı beslenmeden kaçınmak; emzirmenin desteklenmesi ve fiziksel aktivitenin artırılması yönündedir (Franco ve ark., 2002).

Gecmişte endometriyum kanser tedavisi histerektomi ve intrakaviter RT'den oluşmaktaydı. Ancak gereksiz radyasyon maruziyetini önlemek için bu yaklaşım yerini

cerrahi evrelemeye bıraktı. Temel cerrahi prosedur Tip 1 total histerektomi ve bilateral salpingo-ooferektomidir (Soliman ve ark., 2010). İleri evre hastalarda, orta-risk endometriyum kanserinde olduğu gibi genellikle multimodal tedavi yöntemleri kullanılmaktadır (Solmaz ve ark., 216). Vajen nüksün en sık görüldüğü alandır ve adjuvan intravajinal brakietrapi orta riskli kadınlara uygulanmaktadır. Eksternal pelvik radyasyon uygulaması da da tedaviye eklenmektedir (Meyer ve ark., 2015; Williams ve ark., 2018).

1.2.5. Serviks kanseri

Serviks kanseri, dünyada kadınlarda en sık görülen ikinci kanser türüdür (WHO, 2021). Dünya genelinde 2012 yılında 527.624 yeni vaka tanılanmış ve 265.672 kadın ise yaşamını kaybetmiştir (Ferlay ve ark., 2015). Ülkemizde DSÖ verilerine göre; 2020 yılında yeni tanı alan serviks kanserli hasta sayısı 2.530 olup, 1.250 kadın ise yaşamını yitirmiştir (IARC, 2020a). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser İstatistikleri 2016 yılı raporuna göre ülkemizde kadınlarda servisks kanseri; 25-49 yaş arasında üçüncü, 50 ve üzeri yaş grubunda ise beşinci sırada görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019). Tarama programlarının olmadığı veya yeterli düzeyde yapılmayan ülkelerde daha sık görülmektedir (Pimple ve Mishra, 2019). Yeni vakaların ve bu vakalarda görülen ölüm oranlarının (yaklaşık %85-90) özellikle düşük gelirli ülkelerde ya da toplumda sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan bireylerde görüldüğü belirtilmektedir (Bhatla ve ark., 2018).

Servikal kanser gelişiminde HPV en önemli risk faktörüdür. Seksüel yolla en sık bulaşan virüs olup, 100'den fazla farklı türü tanımlanmış ve kırkdan fazlası seksüel yolla bulaşmaktadır. HPV enfeksiyonlarında, E2 proteini çekirdeğin birçok alanına bağlanıp virüsün replikasyonu sağlayarak, viral replikasyonun amplifikasyonu ve viral gen ürünü olan E6 ve E7 proteinleri normal hücrelerin kanser hücresine dönüşümünde rol almaktadır (Martin, 2011b). HPV Tip 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68 ve 73 yüksek riskli grupta yer almaktadır. Özellikle HPV 16, 18, 31, 33 ve 51'i servikal kanserlerin %95'inden fazlasından sorumludur. DSÖ'nün Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı HPV 16 ve 18'i insanlar içn karsinojenik olarak sınıflandırmıştır (Muñoz ve ark., 2003). HPV 18 servikal kanserlerin %15-50'sinden sorumlu olup, serviksin adenokarsinomuna neden olur. HPV 16 ise daha çok squamoz hücreli karsinom gelişiminden sorumludur (Burk ve ark., 2003). Sigara içme, birden fazla cinsel partnerin olması, immunsupresif tedavi görme, tarama testi yaptırmama, ileri yaş, uzun süre oral

kontraseptif kullanma, cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü bulunma, erken yaşta ilk cinsel birliktelik, gebelikte DES kullanımı, düşük folat, karoten ve C vitamini içerikli diyet ve multiparite HPV dışındaki diğer risk faktörleridir (Martin, 2011b; Jordan ve Tewari, 2015; Williams, 2018; ARC, 2021). Servikal kanser sıklıkla ortalama 35-44 yaş aralığında ortaya çıkar. 20 yaş ve altı kadınlarda ise nadiren görülür. Vakaların %20'sinden fazlası 65 yaş ve üstünde ortaya çıkabilir. Bu nedenle kadınların 65 yaşına kadar düzenli olarak tarama testlerini yaptırmaları gereklidir (ARC, 2021).

Cinsel ilişki sonrasında, postmenapozal dönemde görülen vajinal kanama ve her zamankinden uzun süren menstrual kanama önemli belirti ve bulgulardandır. Vajinal duş sonrasında da anormal bir kanama meydana gelebilir. Cinsel ilişki sırasında ağrı hissetme ve pelvik bölgedeki ağrı da hastalığın diğer belirti ve bulgularındandır. Bacakta ödem, kötü kokulu vajinal akıntı, bağırsak alışkanlığında değişiklik ve hematüri hastalığın ileri evresinde ortaya çıkar (Martin, 2011b; Williams, 2018; ARC, 2021).

Servikste lezyon varlığı servikal kanserin en sık rastlanan fiziksel bulgusudur (Williams, 2018). Lezyon, ülseratif ya da plak görünümü sergileyebilir ve lezyonun derinliğinin doğrulanması ve tanının koyulması için biyopsi yapılması gereklidir. Servikal kansere ilişkin belirti ve bulgular mevcut ve Pap-smear testinde anormal hücreler var ya da HPV testi pozitif ise kolposkopi uygulanarak eş zamanlı biyopsi örneği de alınabilir. Kolposkopi ile istenilen alan görüntülenemezse endoservikal küretaj yapılmaktadır. Bilgisayarlı tomografi, magnetik rezonans görüntüleme, tam kan sayımı ve rutin biyokimya ile göğüs röntgeni çektirilmelidir. Evre III'deki kadınların %30'unda üretral obstrüksiyon; Evre IV'deki kadınların %50'sinde ise hidronefroz gelişebilir. Lenfadenopati saptanması durumunda biyopsi yapılması gereklidir (Fischer, 2002). Servikal kanser tanısı alan kadınlarda kanserin evresine göre 5 yıllık sağ-kalım oranı %17 ile 92 arasında değişmektedir (ARC, 2021).

Pap-smear testi, serviks kanserinin erken tanı ve tedavisinde kullanılan kolay uygulanabilir ve ucuz bir yöntemdir. Bu test ile serviks yüzeyinden sürüntü örneği ile alınan hücreler incelenerek kansere dönüşebilecek anormal hücreler teşhis edilir. HPV nedenli neoplastik değişiklikler invaziv kanser gelişimi öncesi servikal intraepitelyal neoplazi (CIN) olarak başlar. CIN-I olarak başlamasının ardından CIN-II ve CIN-III'e ilerler. Derecesi ne kadar yüksek ise invaziv kanser gelişme riski o kadar yüksektir (Ozan, 2005).

Hastalığın sınıflandırılmasında kullanılan güncel FIGO kriterleri Tablo 6'da yer almaktadır (Bhatla ve ark., 2018).

Tablo 1.6: **Serviks kanserinde evrelendirme**

Evre	Tanım
I	Karsinom serviks ile sınırlıdır (uterus korpusuna uzanım göz ardı edilmelidir)
IA	Sadece mikroskobi ile teşhis edilebilen, maksimum invazyon derinliği <5 mm olan invaziv karsinom
IA1	Ölçülen stromal invazyon derinliği < 3 mm
IA2	3 mm ≤ Ölçülen stromal invazyon derinliği < 5 mm
IB	Ölçülen en derin invazyon invaziv karsinom ≥ 5 mm (Evre IA'dan daha büyük), lezyon serviks uteri ile sınırlı
IB1	Stromal invazyonun derinliği ≥ 5 mm ve en büyük çap < 2 cm
IB2	İnvaziv karsinom ≥ 2 cm ve en büyük çap < 2 cm
IB3	En büyüğünün çapı ≥ 4 cm invaziv karsinom
II	Pelvik duvar veya vajen alt üçte biri hariç uterus dışında servikal karsinom invazyonu
IIA	Parametrial invazyon olmadan vajenin 2/3 üst kısmı ile sınırlı tutulum
IIA1	En büyüğünün çapı < 4 cm invaziv karsinom
IIA2	En büyüğünün çapı ≥ 4 cm invaziv karsinom
IIB	Pelvik duvara kadar uzanmayan parametrial invazyon
III	Karsinom vajinanın alt üçte birini içerir ve / veya pelvik duvara uzanır ve / veya hidronefroza veya işlevsizliğe neden olur ve / veya pelvik ve / veya paraaortik lenf düğümlerini içerir
IIIA	Pelvik yan duvara uzanmadan tümör 1/3 vajenin alt kısmını tutuyor
IIIB	Tümör pelvik yan duvara uzanıyor ve/veya hidronefroz veya böbreğin işlevinde kayba yol açar (başka bir nedene bağlı olduğu bilinmiyorsa)
IIIC	Pelvik ve / veya paraaortik tutulum, tümör boyutu ve kapladığı alandan bağımsız olarak
IIIC1	Sadece pelvik lenf nodu metastazı
IIIC2	Para-aorik lenf nodu metastazı
IV	Karsinom, gerçek pelvisin ötesine geçmiş veya mesane veya rektum mukozasını tutmuştur (biyopsi ile doğrulanmış) (Bir büllöz ödem varlığı vakanın Evre IV olarak sınıflandırılmasına izin vermez)
IVA	Komşu pelvik organlara yayılım
IVB	Uzak organlara yayılım

Dünya Sağlık Örgütü serviks kanserinin önlenmesi için, devlet tarafından destekli tarama programlarının oluşturulmasını önermekte ve tarama çalışmalarının yapıldığı ülkelerde serviks kanseri morbidite ve mortalitesinde %70'in üzerinde azalma

görüldüğünü bildirmiştir (Bray ve ark., 2018). Pap-smear testinin düzenli aralıklarla yapılması serviks kanserinde erken tanı ve tedavinin yanı sıra koruyuculuk da sağlanmaktadır. Gelişmiş ülkelerde, son elli yıl içinde rutin Pap-smear taramaları ile invaziv serviks kanseri görülme sıklığının azaldığı görülmüştür. Serviks kanserinin erken tanı ve taramasında bir diğer önemli yöntem de HPV-DNA testidir. Mevcut tüm servikal tarama testleri içerisinde, HPV testi en objektif ve tekrarlanabilir olanıdır. HPV-DNA testinin serviks kanseri ile ilişkisi artık kanıtlanmış olup, serviks kanserli hastaların %99.9'unda HPV-DNA varlığı gösterilmiştir (Aydoğdu ve Özsoy, 2018). Servikal smear'ın sitolojik olarak değerlendirilmesi ve aynı örnekte eş zamanlı HPV DNA çalışılması "co-test" olarak adlandırılır. Co-test, günümüzde 30 yaş üzerindeki kadınlar için sıklıkla kullanılan tarama yöntemidir. Amerikan Kolkoskopi ve Servikal Patoloji Topluluğu ve American College of Obstetricians and Gynecologists [Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Koleji (ACOG)], 30–65 yaş arasında kadınların beş yılda bir co-test ile taranmasını önermektedir. Otuz yaş altındakilerde ise HPV enfeksiyonları yüksek oranda geçici olduğundan, bu yaş grubuna co-test önerilmemektedir. Bu nedenle, 21–30 yaş arasında üç yılda bir sadece sitoloji ile tarama önerilmektedir (Committee on Practice Bulletins—Gynecology, 2012; Saslow ve ark., 2012). ACOG tarafından Nisan 2021'de güncellenen rehberde servikal kanser için tarama ve HPV aşısının yapılma yaşının 21 olması önerisinde bulunulmaktadır (ACOG, 2021).

Ülkemizde Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı tarafından yayınlanan ulusal serviks tarama programına göre; kadınlarda 30-65 yaş arasında HPV veya Pap-smear testinin beş yılda bir tekrarlanması önerilmektedir. Son iki HPV veya Pap-smear testi negatif olan 65 yaşındaki kadınlarda ise tarama durudurulabilir. Benign jinekolojik nedenlerle total histerektomi yapılmış olguların takibi gerekli değildir. CIN II ve III nedeniyle histerektomi yapılan olgularda; belgelenebilen üç raporunda, teknik olarak yeterli negatif sitoloji ve son 10 yılda anormal/pozitif sonuç yokluğunda tarama kesilmelidir (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021).

Human Papilloma Virüs aşısının kadınlarda ilk cinsel ilişkiden önce başlanması hedeflenmekle birlikte kız çocuklarında 9-14 yaş aralığında yaptırılması önerilmektedir (Bhatla ve ark., 2018). Üç profilaktik HPV aşısı birçok ülkede bulunmaktadır ve hem erkeklerde hem de kadınlarda 9 yaş itibariyle yapıldığında serviks, vulva, vajen ve anüs kanserlerinde koruyucu olduğu belirtilmektedir. Bivalan aşı HPV 16 ve 18'e; kuadrivalan

aşı ise HPV 6, 11, 16 ve 18'e; nonavalent aşı ise HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 ve 58'e karşı etkilidir. Gardasil veya Cervarix'in serviks kanserinden en az beş yıl süre ile koruduğu belirtilmektedir. Gardasil; HPV 6, 11, 16 ve 18 ile ilişkili olan CIN II/III lezyonlarından korunmada riskli olan kadınlarda tam koruyuculuk sağlamaktadır (WHO position paper, 2017; Bhatla ve ark., 2018).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2020 yılında serviks kanserinin önlenmesine yönelik yayınladığı rehberde birincil, ikincil ve üçüncül korunma önlemleri yer almaktadır. Birincil korunma önlemleri; 9-14 yaş arasındaki kız çocuklarına HPV aşısının yapılması, kız ve erkek çocuklarının sigara kullanımının zararlarına yönelik bilgilendirilmesi, cinsel sağlık eğitimi verilmesi, cinsel ilişki sırasında kondom kullanımının öneminin anlatılması ve erkeklerin sünnet edilmesidir. İkincil korunma önlemeleri; 30 yaş üstü kadınlarda HPV testine eşit ya da daha iyi duyarlılıkta bir test ve/veya yöntem ile taramanın yapılması ve prekanseröz lezyonların varlığında en kısa sürede tedavinin başlanması yer almaktadır. Üçüncül korunmada ise; kanser tanısı alan kadınların cerrahi tedavi, RT ya da KT ile tedavi edilmesi ve palyatif bakım gereksiniminin karşılanması yer almaktadır (WHO, 2020).

Serviks kanserinde primer tedavi cerrahi ve RT olmakla birlikte KT'de hastalığın tedavisinde önemli bir yere sahiptir (Bhatla ve ark., 2018). Cerrahi, hastalığın erken evresinde total histerektomi ya da radikal histerektomi şeklinde kanserin yayılımına ve hastanın özellikleri göz önünde bulundurularak yapılır (Harkenrider ve ark., 2015). İleri evre serviks kanserlerinde neoadjuvan KT ile histerektomi ya da RT'den önce tümör boyutunda küçülme sağlamak amaçlanır (Bhatla ve ark., 2018).

1.3. Jinekolojik Kanserlere İlişkin Farkındalığın Artırılmasında Hemşirelik Yaklaşımları

Hemşireler jinekolojik kanserlere ilişkin toplumda farkındalık yaratılması ve kadınların bilgi düzeylerinin artırılmasında kilit role sahiptir (Challinor ve ark., 2016). Kadınların jinekolojik kanser hakkındaki bilgilerini ve farkındalığını artırmak, 2007'de Jinekolojik Kanser Eğitimi ve Farkındalık Yasası veya Johanna Yasası'nın kabul edilmesiyle birlikte Amerikan Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi aracılığıyla "Jinekolojik Kanserler Hakkında Gerçekleri Öğrenin" kampanyası başlatıldı. Serviks, over, uterus ve vulva kanserlerine yönelik hem kadınlar hem de hemşireler arasında belirti

ve bulgulara, risk faktörlerine ve korunma önlemlerine yönelik bilgilendirmeler yapıldı. Bu kampanya ile bilgi edinen hemşireler bu konulara ilişkin kadınların farkındalıklarının artırılmasına katkıda bulundular (Cooper ve ark., 2011). Kadınlarda tarama ile önlenebilecek kanserlerin başında serviks kanseri gelmektedir. Bu bağlamda DSÖ, serviks kanserine yönelik hemşirelerin kadınlara ulaşabildikleri her türlü ortamda eğitim ve danışmanlık hizmeti vermeleri gerektiğini vurgulamaktadır (WHO, 2014). Aile ve kadın sağlığının sürdürülmesinde etkin roller üstelenen ebe/hemşireler hastaneler ile aile ve toplum sağlığı merkezlerinde kadınlara hizmet vermektedir ve bu alanlarda kadınlara rahatlıkla ulaşabilirler (Qaseem ve ark., 2014).

Kadınların jinekolojik kanserlere ilişkin bilgi ve farkındalıkları hemşireler tarafından dört alanda değerlendirilmelidir. İlki; kadınların en çok farkında oldukları jinekolojik kanserlerin saptanmasına yönelik olmalıdır. Hemşire, kadının hangi jinekolojik kanserleri bildiğini sorgulamalıdır. Sıklıkla kadınların serviks, over ve uterus kanserini daha önce duyduğu, ancak vajinal ve vulvar kanserlere ilişkin herhangi bir bilgisinin olmadığı ortaya koyulmakla beraber vulvanın anatomik olarak yerini bile bilmedikleri belirtilmektedir. Ayrıca kadınların meme ve gastrointestinal sistem kanserlerini de jinekolojik kanserler olarak sınıfladıkları görülmektedir. İkinci alan; kanserlere yönelik tarama testlerini farkında olup olmadıkları ve bilgi düzeylerinin sorgulanması olmalıdır. Kadınların bir kısmı serviks kanserine yönelik Pap-smear testine ilişkin bilgi sahibi olduğunu söylerken, bir kısmı da bu testin birçok kanser türünde tanı koymak için bakıldığını belirtmektedir. Kadınların Pap-smear testini ne kadar sürede bir yaptırmaları gerektiğini bilmedikleri de görülmektedir. Üçüncü alan; kadınların kanserlere ilişkin risk faktörlerini bilmeleri gerekliliğidir. Kadınların birçoğu HPV'yi cinsel yolla bulaşan bir hastalık olarak bilmekte ve aşının yalnızca genç kadınlara yapıldığını düşünmekle birlikte; birçok kadın jinekolojik kanserlere ilişkin risk faktörlerini farkında değildir. Son alan ise; kadınların kanserlerle ilişkili yaşanabilecek semptomlara yönelik bilgi düzeyi ve farkındalıklarının sorgulanması olmalıdır. Kadınların anormal vajinal kanamanın serviks kanserinin bir belirtisi olduğunu bilmediği ve jinekolojik kanserlere ilişkin semptomların neler olduğunu farkında olmadıkları görülmektedir (Cooper ve ark., 2011).

Hemşireler, kadınların risk faktörlerine yönelik bilgilendirilmelerini sağlayarak kanserlerin görülmesini engelleyebilir. Kilo kontrolü, güvenli cinsel ilişki, sigaranın

bıraktırılması, ideal vücut ağırlığında olmanın gerekliliği ve sağlıklı yaşam davranışlarını uygulamalarıan yönelik eğitimler hemşireler tarafından verilebilir (Chelimo ve ark., 2013). Cohrane veri tabanında çeşitli ülkelerde yürütülen 16 çalışmanın değerlendirildiği bir derlemede hemşireler tarafından yürütülen sigara bıraktırma eğitimlerinin etkinliğinin daha faydalı olduğu ortaya koyulmuştur (Rice ve ark., 2013). Yapılan çalışmalarda hemşirelerin servikal kanserin önlenmesine yönelik tanı ve tedavi programlarının yürütülmesinde kayda değer katkılarının olduğu görülmüştür (Sankaranarayanan ve ark., 2007; Mwanahamuntu ve ark., 2011). Kadınların tarama programlarına katılmalarını ve bu programların öneminin anlatılması konularında hemşireler kadınlara hem yatarak hem de ayaktan tedavi için sağlık kuruluşlarına başvurduklarında bilgilendirme yapabilirler. Hemşireler, kadınlara Sağlık Bakanlığı bünyesinde sunulan ücretsiz tarama programlarına nasıl ulaşabileceklerini anlatarak yol gösterici bir rol üstlenirler (Gordils-Perez ve ark., 2017; Estrella ve ark., 2018). Jinekolojik kanser gelişimine neden olan risk faktörlerinin ortadan kaldırılması ya da azaltılması noktasında sosyal hizmet uzmanı ve diyetisyenden yardım almaları konusunda kadınları desteklerler (Liang ve Huh, 2018). Hemşire kadını, HPV aşısının önemi ve neden gerekli olduğuna ilişkin bilgi vererek aşı için ilgili sağlık kuruluşlarına yönlendirmelidir (Ledford ve Lockwood, 2019). Üstlendikleri bu roller ile hemşireler kanser insidansının ve sağlık harcamalarının azaltılmasında önemli bir role sahiptir (National Cervical Cancer Coalition, 2018).

Kadınların jinekolojik kanserlere ilişkin farkındalığını artırmaya yönelik hemşire tarafından risk faktörleri ve bu risk faktörlerine yönelik korunma önlemleri anlatılmalıdır. Over kanseri gelişimi ile BRCA1 ve BRCA2 mutasyonlu gen varlığı arasında ilişki bulunmaktadır. Bu nedenle hemşire kadının anne, kız kardeş veya ailesindeki kadınlardan herhangi birinde over kanseri mevcut ise genetik test yaptırması konusunda bilgilendirmelidir. Birinci veya ikinci derece yakınınında kanser var ise 45 yaşından önce mutlaka genetik test yaptırması gerektiği anlatılmalıdır. Obezitenin östrojen üretiminde artışa neden olarak kronik infalamasyona yol açtığı ve bu durumun da başta endometriyum kanseri olmak üzere bazı jinekolojik kanserlere neden olduğu belirtilmelidir. Kanserlerin yaş ilerledikçe görülme sıklığının arttığı ve bu nedenle menapoz sonrası dönemde de rutin doktor muayenesi yaptırması gerektiği ifade edilmelidir. HPV'nin serviks kanseri, vajina ve vulva gibi birçok kanser gelişimine neden olabileceği için Pap-smear testinin kanser tanısının koyulması için gerekliliğine

değinilmelidir. HPV aşısının kanser görülme insidansını hızlı ve etkili bir şekilde azalttığı söylenerek aşılama yaptırmalarının önemine vurgu yapılmalıdır (John Hopkins Medicine, 2021).

Korunma ve erken tanıda hemşirenin rolü primer, sekonder ve tersiyer olmak üzere üç başlık altında toplanabilir. Primer korunmada hemşirenin temel sorumluluklarından biri olan sağlık eğitiminin çok önemli bir yeri vardır. Toplum ve bireyle sürekli iletişimde bulunan hemşireler bu konuda sağlık danışmanlığı yaparak ve uygun veri toplayarak bireyleri doğru sağlık alışkanlıkları konusunda bilgilendirmelidir. Bu bağlamda hemşirelerin toplumu, özellikle de risk altında olan bireyleri kanserden korunma ve erken tanı belirtileri konusunda bilgilendirmeleri oldukça önemlidir (WHO, 2014). Kadınların jinekolojik kanserlere ilişkin bilgi düzeyindeki yetersizlik ve farkındalığın düşük olması tarama testlerinden yeterince faydalalanamamalarına neden olur.

2. MATERYAL VE METOD

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma ile 20 yaş ve üzeri kadınların jinekolojik kanserlere ilişkin bilgi düzeyi ve farkındalık durumları ile etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlandı.

2.2. Araştırmanın Şekli

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte yürütüldü.

2.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 28 Ocak 2020 – 17 Mayıs 2021 tarihleri arasında İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi kadın doğum servisinde yatarak tedavi gören ve hastalara refakat eden 20 yaş ve üzeri kadınlar ile yürütüldü. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastane'sinin kadın doğum servisi bir klinik ve 4 kadın doğum polikliniğinden oluşmakta olup, toplam 40 yataklıdır. Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi üç klinik ve 15 kadın doğum polikliniğinden oluşmakta olup, toplam 51 yataklıdır.

2.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 28 Ocak 2020 – 17 Mayıs 2021 tarihleri arasında İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'ne başvuran 2246 hasta ve onlara refakat edenler oluşturdu. Araştırmada herhangi bir örneklem seçimine gidilmeden belirtilen tarihler arasında ulaşılabilen tüm hasta ve yakınları çalışmanın örneklemini oluşturdu.

Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri:

- 20 yaş ve üzeri kadın olma
- Türkçe iletişim kurulabilen
- Herhangi bir psikolojik rahatsızlığı bulunmama
- Çalışmaya katılmayı kabul etme

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri:

- Çalışmada yer alan soruları tam cevaplamama
- Çalışmanın herhengi bir aşamasında araştırmadan çekilme

2.5. Veri Toplama Araçları

Veriler "Kişisel Bilgi Formu" ve "Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği (JKFÖ)" kullanılarak toplandı.

2.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Literatür taraması sonucunda araştırmacılar tarafından geliştirilen yarı yapılandırılmış formda; katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, obstetrik bilgileri, beslenme ve sağlık alışkanlıkları ile jinekolojik kanserlere ilişki bilgi ve davranışlarını sorgulayan sorular yer almaktadır. Sosyo-demografik özelliklere (yaş, cinsiye, çalışma durumu, vb.) ilişkin 14 soru, obstetrik özelliklere ilişkin (ilk menarş yaşı, doğum sayısı, vb.) 8 soru, beslenme ve sağlık alışkanlıkları ile ilgili (sigara ve alkol kullanımı, kahve tüketimi, vb.) 12 soru, jinekolojik özelliklere ilişkin (ilk jinekolojik muayene gitme yaşı, aile planlaması yöntemi kullanma durumu, HPV aşısı yaptırma, vb.) 17 soru olmak üzere toplam 51 soru yer almaktadır (EK-7).

2.5.2. Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği (EK-8)

Kadınların jinekolojik kanserlere ilişkin farkındalıklarını belirlemek üzere Alp Dal ve Ertem (2017) tarafından 20-65 yaş arası kadınlar için geliştirilmiştir. Ölçek beşli likert tipte olup, kesinlikle katılmıyorumdan kesinlikle katılıyoruma kadar ifade eidlmektedir. Toplam 41 madde ve dört alt boyuttan oluşan ölçekten alınabilecek en düşük puan 41, en yüksek puan 205'dir. Ölçekten alınan puan arttıkça kadınların jinekolojik kansereler ilişkin farkındalıkları da artmaktadır. Ölçeğin 1., 2., 12. ve 13. maddeleri "Jinekolojik Kanserlerde Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı" alt boyutunu; 3.-11. maddeleri "Jinekolojik Kanser Riskleri Farkındalığı" alt boyutunu; 14.-19. maddeleri maddeleri "Jinekolojik Kanserlerden Korunma Farkındalığı" alt boyutunu; 20.-41. maddeleri "Jinekolojik Kanserlerde Rutin Kontrol ve Ciddi Hastalık Algısı Farkındalığı" alt boyutunu oluşturmaktadır. Cronbach Alpha katsayısı ölçeğin geneli için 0.944, Jinekolojik Kanserlerde Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı alt boyutu için 0.708, Jinekolojik Kanser Riskleri Farkındalığı alt boyutu için 0.843, Jinekolojik Kanserlerden Korunma Farkındalığı alt boyutu için 0.778 ve Jinekolojik Kanserlerde Rutin Kontrol ve Ciddi Hastalık Algısı Farkındalığı alt boyutu için 0.979'dur (Alp Dal ve Ertem, 2017). Bu çalışmada Cronbach Alpha katsayısı ölçeğin geneli için 0.944, Jinekolojik Kanserlerde Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı alt boyutu için 0.708, Jinekolojik Kanser Riskleri Farkındalığı alt boyutu için 0.843, Jinekolojik Kanserlerden Korunma Farkındalığı alt boyutu için 0.778 ve Jinekolojik Kanserlerde Rutin

Kontrol ve Ciddi Hastalık Algısı Farkındalığı alt boyutu için 0.979 bulundu. Ölçeğin kullanımı için geliştiren kişilerden e-mail yoluyla izin alındı (Ek-4).

2.6. Araştırma Süreci

Araştırmanın yürütüldüğü hastanelerde dahil edilme kriterlerine uyan hasta ve hasta yakınlarına araştırmanın amacı anlatıldıktan sonra kabul edenlerin yazılı onamları alındı. Sorular araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile hasta ve hasta yakınları ile görüşülerek doldurulduu. Kadınlara öncelikle kişisel bilgi formunda yer alan sorular soruldu ve formun doldurulması yaklaşık 20 dakika sürdü. Kişisel bilgi formunun ardından JKFÖ'nde yer alan sorular kadınlara yöneltildi ve doldurulması yaklaşık 40 dakika sürdü.

2.7. Verilerin Analizi

İstatistiksel analizler için R vers. 2.15.3 programı (R Core Team, 2013) kullanıldı. Çalışma verilerinin raporlanmasında minimum, maksimum, ortalama, standart sapma, medyan, birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik, sıklık ve yüzde kullanıldı. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup arası değerlendirmelerinde Bağımsız gruplar t testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren değişkenlerin ikiden fazla grup arası değerlendirmelerinde Tek yönlü varyans analizi, anlamlılık gözlenmesi durumunda anlamlılığın kaynağını belirlemek amacıyla Bonferroni test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin ikiden fazla grup arası değerlendirmelerinde Kruskal-Wallis test, anlamlılık gözlenmesi durumunda anlamlılığın kaynağını belirlemek amacıyla Dunn-Bonferroni test kullanıldı. Nicel değişkenler arası ilişki düzeyinin belirlenmesinde Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Ölçeklerin iç tutarlılık düzeylerinin belirlenmesinde Cronbach alfa katsayısı kullanıldı. JİKFÖ Toplam puanı üzerine etki eden faktörleri belirlemek amacıyla çok değişkenli lineer regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık $p<0.05$ olarak kabul edildi.

2.8. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmada İstanbul'da iki araştırma hastanesinin sadece kadın hastalıkları ve servislerinde yatan hasta ve kadın hasta yakınlarının yer alması, hastanelerden birinin pandemi nedeni ile çok az hasta kabul ediyor olması, görüşmelerin hastaların kendisini rahat hissettikleri, ağrı ve/veya uyku durumunun olmadığı ve refakatçilerin uygun

olduğunu belirttiği bir zaman diliminde yanlarına tekrar uğrayıp kontrol edilerek yapılması çalışmanın kısıtlılıklarını oluşturmaktadır. Araştırmanın bir diğer kısıtlılığı örneklem sayısının küçük olmasıdır.

2.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce için İstinye Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Araştırmalar Etik Kurulu'nun 05.11.2019 tarih ve 2019/10 sayılı toplantısında izin alındı (EK-5). Araştırmanın yürütüleceği Araştırmanın yürütüleceği Özel Fatih Medikal Park Hastanesi (EK-1) ve İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden (EK-2) araştırmanın uygulama izni alındı. Pandemi nedeniyle araştırmanın yürütüleceği hastanelerde kadın doğum servislerinin kapatılması ve hastaneye başvuran hasta sayısındaki azalma sonucu toplanan veriler ile yeterli sayıya ulaşılamaması sebebiyle Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi de çalışmaya dahil edildi. Hastaneden uygulama izni alınarak İstinye Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Araştırmalar Etik Kurulu'na araştırmaya dahil edilen yeni merkeze ilişkin başvuruda bulunuldu ve yeni bir izin alındı (EK-3). Özel Fatih Medikal Park Hastanesi önce pandemi sonra kapatılması sebebiyle bu hastaneden veri toplanmadı ve örnekleme dahil edilmedi. Araştırma Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygun olarak yürütüldü.

3. BULGULAR

Tablo 3.1: Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Ilişkin Bulgular (N= 122)

	N	Min-Maks	Ort±ss
Yaş (yıl)	122	19-68	35.01±11.26
Boy (cm)	122	145-178	160.6±5.93
Kilo (kg)	122	48-124	72.11±13.74
BKI (kg/m^2)	122	18.75-44.46	28.01±5.45
Evlilik süresi (ay)	98	5-612	159.6±137.72
Eşin yaşı (yıl)	98	20-68	39.38±10.74
Çocuk sayısı	122	0-9	1.78±1.69
Gebelik sayısı	122	0-9	2.4±2.06
Canlı Doğum sayısı	122	0-9	1.8±1.71
Düşük sayısı	122	0-6	0.51±0.97
Menarş yaşı (yıl)	122	9-17	12.96±1.43
İlk cinsel ilişkiye girme yaşı (yıl)	105	14-37	21.61±5.19
Menopoza girme yaşı (yıl)	16	38-57	47.31±5.33
Sigara kullanma süresi (ay)	28	12-504	156.86±129.49
Alkol kullanım süresi (ay)	4	12-60	33±24.74
Kahve tüketim miktarı (fincan/haftada)	98	1-49	10.34±8.72
Çay tüketme miktarı (bardak/haftada)	114	5-140	37.9±28.97
Pap-smear en son yaptırma yaşı (yıl)	62	21-57	36.79±8.8
HPV pozitif çıkma yaşı (yıl)	6	28-50	40.5±7.92
KKMM ilk yapma yaşı (yıl)	88	14-46	27.81±8.03
İlk jinekolojik muayeneye gitme yaşı (yıl)	114	11-68	21.76±6.5
İlk mamografi çektirme yaşı (yıl)	27	19-62	39.78±10.14
Aile planlaması yönteminin kullanım süresi (ay)	12	1-264	100.17±77.59
Oral kontraseptif kullanma süresi (ay)	2	1-24	12.5±16.26

BKI: Beden Kitle İndeksi.
KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi
HPV: Human Papilloma Virüs
Ort±ss: Ortalama standart sapma

Araştırma 122 kadının katılımı ile tamamlandı. Katılımcıların yaşları 19 ile 68 yıl arasında değişmekte olup ortalama 35.01±11.26 yıl, BKI değerleri ortalaması 28.01±5.45 kg/m^2'dir. Kadınlardan evli olanların evlilik süreleri 5 ile 612 ay, gebelik sayıları 0 ile 9 ve düşük sayıları 0 ile 6 arasında değişmekte, menarş yaş ortalaması ise 12.96±1.43 yıldır. Daha önce cinsel ilişki deneyimi olan katılımcıların ilk cinsel ilişkiye girme yaşları 14 ile 37 yıl arasında değişmekte olup ortalama 21.61±5.19 yıl, menopoza girmiş olan katılımcıların menopoza girme yaşları ise 38 ile 57 yıl arasında değişmekte olup ortalama 47.31±5.33 yıldır. Katılımcılar ortalama 156.86±129.49 aydır sigara kullanmakta, haftada 1 ile 49 fincan arasında kahve tüketmektedir. HPV pozitif çıkan kadınların yaş ortalaması 40.5±7.92 yıl, daha önce jinekolojik muayeneye gitmiş olan katılımcıların ilk jinekolojik muayeneye gitme yaş ortalaması 21.76±6.5 yıl ve oral kontraseptif kullanan katılımcıların kullanım süre ortalaması 12.50±16.26 aydır (Tablo 3.1).

Tablo 3.2: **Katılımcıların Jinekolojik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular**

	N	**Min-Maks**	**Ort±ss**
Hastaneye başvurma nedeni	122		
Refakatçi		55	45.1
Doğum		30	24.6
Diğer*		37	30.3
HPV pozitiflik durumu	122		
Evet		6	4.9
Hayır		116	95.1
Düzenli pap-smear yaptırma durumu	122		
Evet		28	23.0
Hayır		94	77.0
Pap-smear yaptırma aralıkları	28		
Yılda bir kez		14	50.0
İki yılda bir kez		5	17.9
Üç yılda bir kez		6	21.4
Dört yılda bir kez		1	3.6
Beş yılda bir kez		2	7.1

İlk jinekolojik muayeneye gitme sebebi	114		
İlk gebe kaldığında		58	50.9
Adet düzensizliği		17	14.9
Diğer[+]		47	3.57
Düzenli jinekolojik muayene olma durumu	122		
Evet		32	26.2
Hayır		90	73.8
Jinekolojik muayeneye gitme aralıkları	32		
Yılda bir kez		12	37.5
İki yılda bir kez		4	12.5
Üç yılda bir kez		2	6.3
Dört yılda bir kez		1	3.1
Takip altında-sürekli		13	40.6
Aile planlaması kullanma durumu	122		
Evet		12	9.8
Hayır		110	90.2
Kullandığı aile planlama yönteminin çeşidi	12		
RIA		3	25.0
OKS		2	16.7
Kondom		3	25.0
Tüp ligasyonu		4	33.3

*Küretaj, bajinal kanama, kist operasyonu, vb.
[+]Kist varlığı, dismenore, postkoital kanama, myom takibi, vajinal akıntı, vb.
RIA: Rahim İçi Araç
OKS: Oral Kontraseptif
Ort±ss: Ortalama standard sapma

Katılımcıların %45.1'inin refakatçi olarak hastanede bulundukları, %4.9'unun HPV öyküsü olduğu, %23'ünün (n=28) düzenli aralıklarla pap-smear yaptırdığı saptandı. Kadınların %50'sinin (n=14) yılda bir kez, %17.9'unun (n=5) iki yılda bir kez pap-smear yaptırdığı, %50.9'unun ilk jinekolojik muayeneye gebe kaldıklarında gittikleri ve %26.2'inin düzenli jinekolojik muayeneye gittiği görüldü. Kadınların %9.8'inin bir aile planlaması yöntemi kullandığı ve bunlardan %25'inin RIA kullanırken, %16.7'inin de oral kontraseptif kullandığı saptandı (Tablo 3.2).

Tablo 3.3: **Aile Bireylerinde Var Olan Jinekolojik Kanser Türlerine Ilişkin Bilgiler (N= 12)**

	Anne	**Kardeş**	**Teyze**	**Hala**	**Kuzen**	**Yeğen**	**Anneanne**	**Babaanne**
	n (%)	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**
Endometriyum	2 (33.3)	1 (100)	0 (0)	2 (100)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Over	3 (50)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	0 (0)
Serviks	1 (16.7)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Kadınların, aile bireylerinde var olan jinekolojik kanserlere ilişkin bilgileri Tablo 3.3'de yer almaktadır. Katılımcıların aile bireylerinden 6'sında endometrium, 4'ünde over, 2'sinde serviks kanseri olduğu saptandı. Kadınların hiçbirinin ailesinde vajen ve vulva kanseri öyküsü olmadığı görüldü.

Tablo 3.4: **Katılımcıların Jinekolojik Kanserlere İlişkin Bilgi Sahibi Olma ve Oral Kontraseptif Kullanma Durumlarına İlişkin Bulgular (N= 122)**

Jinekolojik kanser hakkında bilgi durumu	N	%
Bilgim var	67	54.9
Bilgim yok	55	45.1
Doktor	26	38.8
Görsel yazılı basın	40	59.7
Ebe/hemşire/sağlık memuru	17	25.4
Eğitim/seminer/toplantı	14	20.9
Ofis/broşür	1	1.5
Arkadaş/komşu	31	46.3
Üniversitedeki dersler	9	13.4
Oral kontraseptif kullanma durumu		
Evet	2	1.6
Hayır	120	98.4
Oral kontraseptif kullanma nedeni		
Doğum kontrolü	1	50.0
Over kistinin küçülmesi için	1	50.0
Jinekolojik kanser tanı yöntemleri hakkında bilgi durumu		
Evet	43	35.2

Hayır	79	64.8
Doktor	13	30.2
Görsel/yazılı basın	22	51.2
Ebe/hemşire/sağlık memuru	6	14.0
Eğitim/seminer/toplantı	2	4.7
Akraba/komşu/arkadaş	10	23.3
Üniversitedeki dersler	6	14.0

*n katlandı

Katılımcıların %54.9'u (n=67) jinekolojik kanser hakkında bilgi sahibi olduğunu ifade etti. Kadınların %59.7'si (n=40) bilgiyi görsel/yazılı basından edindiğini, %25.4'ü (n=17) ebe/hemşire/sağlık memurundan ve %13.4'ü (n=9) üniversitedeki derslerden edindiklerini belirtti. Katılımcıların %1.6'ı (n=2) oral kontraseptif kullandığını ve bu katılımcıların %50'si (n=1) doğum kontrolü, %50'si (n=1) over kistinin küçülmesi için kullandıklarını ifade etti. Kadınların %35.2'si (n=43) jinekolojik kanser tanı yöntemleri hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtti. Katılımcıların %51.2'sinin (n=22) bilgiyi görsel/yazılı basından, %14'ünün (n=6) ebe/hemşire/sağlık memurundan ve yine %14'ünün (n=6) üniversitedeki derslerden edindiği saptandı (Tablo 3.4).

Tablo 3.5: **Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeğine İlişkin Bilgiler**

	Min-Maks	**Medyan**	**Ort±ss**
Rutin Kontrol ve Ciddi Hastalık Algısı Farkındalığı	68-110	88.00	87.67±7.98
Risk Farkındalığı	18-45	29.00	29.25±5.16
Korunma Farkındalığı	14-30	23.00	23.02±2.97
Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı	12-20	16.00	16.35±1.88
Toplam	127-200	154.00	156.3±13.81

Ort±ss: Ortalama standart sapma

Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeğine ilişkin bilgiler Tablo 3.5'de yer almaktadır. Ölçekten alınan puanlar; Rutin Kontrol ve Ciddi Hastalık Algısı Farkındalığı alt boyutu için 68 ile 110 arasında, Risk Farkındalığı alt boyutu için 18 ile 45 arasında, Korunma Farkındalığı alt boyutu için 14 ile 30 arasında, Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı alt boyutu için 12 ile 20 arasında ve toplam ölçek puanı için 127 ile 200 arasındadır.

Tablo 3.6: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırma Sonuçları (N= 122)

		Rutin Kontrol ve Ciddi Hastalık Algısı Farkındalığı	Risk Farkındalığı	Korunma Farkındalığı	Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı	Toplam
	N	**Ort±ss**	**Ort±ss**	**Ort±ss**	**Ort±ss**	**Ort±ss**
Yaş						
≤35	72 (59)	86.25±7.25	27.94±4.43	22.67±2.77	16.25±1.9	153.11±11.34
>35	50 (41)	89.72±8.6	31.14±5.57	23.52±3.2	16.5±1.84	160.88±15.76
[c]t		**-2.408**	**-3.522**	**-1.570**	**-0.722**	**-2.990**
P		**0.018***	**0.001***	**0.119**	**0.471**	**0.004***
Medeni durum						
Evli	97 (79.5)	87 (85, 88)	29 (26, 32)	23 (22, 24)	16 (15, 17)	154 (148, 159)
Bekâr/Boşanmış/dul	25 (20.5)	88 (83, 93)	30 (25, 36)	24 (22, 24)	17 (16, 19)	155 (150, 162)
[a]z		**-0.387**	**-1.103**	**-0.366**	**-3.034**	**-0.752**
P		**0.699**	**0.270**	**0.715**	**0.002***	**0.452**
Eğitim düzeyi						
İlköğretim ve altı	69 (56.5)	87 (85, 88)	30 (26, 32)	23 (22, 24)	16 (14, 16)	154 (149, 158)
Lise mezunu	24 (19.7)	87 (82, 88)	28 (25, 33)	22.5 (21, 24)	16 (16, 17)	151.5 (148, 156.5)
Üniversite ve üzeri	29 (23.8)	88 (86, 96)	28 (24, 33)	24 (22, 25)	18 (16, 19)	158 (150, 170)
[b]χ^2		**9.284**	**0.613**	**2.654**	**22.349**	**5.614**
P		**0.010***	**0.736**	**0.265**	**<0.001***	**0.060**
Çalışma durumu						
Çalışıyor	40 (32.8)	89.7±9.37	30.33±6.12	23.33±3.82	17.03±2.01	160.38±17.74
Çalışmıyor	82 (67.2)	86.68±7.07	28.73±4.57	22.87±2.47	16.02±1.73	154.3±11.01
[c]t		**1.802**	**1.460**	**0.693**	**2.703**	**1.986**
P		**0.076**	**0.149**	**0.491**	**0.009***	**0.052**
Meslek						
Ev hanımı	70 (59.3)	87 (84, 88)	29 (26, 32)	23 (22, 24)	16 (15, 16)	153 (149, 158)
İşçi	15 (12.7)	87 (82, 88)	30 (25, 33)	22 (22, 24)	16 (16, 17)	155 (147, 158)
Diğer	37 (28.0)	88 (86, 96)	29 (26, 33)	23 (22, 25)	17 (16, 19)	157 (150, 167)
[b]χ^2		**7.132**	**0.324**	**2.123**	**13.067**	**3.960**
P		**0.028**	**0.851**	**0.346**	**0.001***	**0.138**
Gelir-gider durumu						
Gelir giderden az	64 (52.5)	87 (83, 88)	29 (26, 32)	22 (22, 24)	16 (15, 16)	152.5 (148, 157.5)
Gelir gidere eşit	48 (39.3)	88 (84.5, 90.5)	29 (25.5, 32.5)	23 (22, 24)	16 (16, 18.5)	155 (149, 159.5)
Gelir giderden fazla	10 (8.2)	91 (86, 100)	29 (25, 31)	24.5 (22, 27)	16.5 (16, 19)	163.5 (152, 170)
[b]χ^2		**5.533**	**0.140**	**6.319**	**7.543**	**5.599**
P		**0.063**	**0.932**	**0.042***	**0.023***	**0.061**
Sigara kullanımı						
Evet	26 (21.3)	88 (83, 88)	30.5 (27, 33)	22 (20, 24)	16 (16, 18)	155.5 (148, 163)
Hayır	96 (78.7)	87 (84, 88)	29 (25.5, 32)	23 (22, 24)	16 (15, 17)	154 (149, 159.5)
[a]z		**-0.585**	**-1.535**	**-2.203**	**-1.182**	**-0.357**
P		**0.559**	**0.125**	**0.028***	**0.237**	**0.721**
Alkol kullanımı						
Evet	4 (3.3)	79.5 (69.5, 89)	22.5 (20.5, 34)	22 (20.5, 24.5)	18.5 (17.5, 19.5)	152 (139.5, 155.5)
Hayır	118(96.7)	88 (84, 88)	29 (26, 32)	23 (22, 24)	16 (15, 17)	154 (149, 160)
[a]z		**-0.921**	**-1.390**	**-0.616**	**-2.435**	**-1.007**

P		**0.357**	**0.164**	**0.538**	**0.015***	**0.314**
Kahve tüketme durumu						
Evet	99 (81.1)	88 (84, 88)	29 (26, 32)	23 (22, 24)	16 (16, 18)	154 (148, 159)
Hayır	23 (18.9)	86 (83, 88)	29 (26, 32)	24 (22, 25)	16 (15, 18)	153 (149, 161)
[a]z		**-0.619**	**-0.440**	**-1.422**	**-0.571**	**-0.419**
P		**0.536**	**0.660**	**0.155**	**0.568**	**0.675**
Çay tüketme durumu						
Evet	114(93.4)	88 (84, 88)	29 (26, 32)	23 (22, 24)	16 (15, 18)	154.5 (149, 160)
Hayır	8 (6.6)	86 (83, 87.5)	27.5 (25, 30)	23 (22, 24)	16 (16, 17)	151 (147.5, 157)
[a]z		**-0.910**	**-0.731**	**-0.332**	**-0.048**	**-0.683**
P		**0.363**	**0.465**	**0.740**	**0.961**	**0.494**
Düzenli spor yapma durumu						
Evet	31 (25.4)	89.32±9.27	28.9±6.05	23.84±3.22	16.87±1.77	158.94±16.84
Hayır	91 (74.6)	87.11±7.47	29.37±4.85	22.74±2.85	16.18±1.89	155.4±12.6
[c]t		**1.337**	**-0.437**	**1.801**	**1.798**	**1.073**
P		**0.184**	**0.663**	**0.074**	**0.075**	**0.289**
Sağlıklı beslendiğinizi düşünüyor musunuz?						
Evet	61 (50)	89.36±8.86	29.93±5.42	23.43±3.1	)16.84±2.08	159.56±15.16
Hayır	61 (50)	85.98±6.65	28.57±4.82	22.61±2.81	15.87±1.51	153.03±11.53
[c]t		**2.381**	**1.464**	**1.532**	**2.936**	**2.675**
P		**0.019***	**0.146**	**0.128**	**0.004***	**0.009***

[a]Mann-Whitney U test, sonuçlar medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) şeklinde sunuldu.
[b]Kruskal-Wallis test, sonuçlar medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) şeklinde sunuldu.
[c]Bağımsız gruplar t testi
*p<0.05

Katılımcılardan yaşı 35 ve üzerinde olanların JİKFÖ Rutin Kontrol ve Ciddi Hastalık Algısı Farkındalığı (p=0.018), Risk Farkındalığı (p=0.001) alt boyut ve ölçek toplam (p=0.004) puanlarının daha yüksek olduğu sonucu bulundu. Katılımcılardan medeni durumu bekar/boşanmış/dul olanların JİKFÖ Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı alt boyut puanının evli olanlardan daha yüksek olduğu (p=0.002), eğitim düzeylerine göre JİKFÖ Rutin Kontrol ve Ciddi Hastalık Algısı Farkındalığı alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu (p=0.010). Dunn-Bonferroni test ile yapılan ileri analizde eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olanların puanlarının ilköğretim ve altı (p=0.017) ve lise mezunu (p=0.027) olanların puanlarından daha yüksek olduğu saptandı. Katılımcıların eğitim düzeylerine göre JİKFÖ Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu (p<0.001). Dunn-Bonferroni test ile yapılan ileri analizde; eğitim düzeyi ilköğretim ve altı olanların puanlarının lise mezunu (p=0.034) ve üniversite ve üzeri (p<0.001) olanların puanlarından daha düşük olduğu saptandı. Katılımcılardan çalışanların JİKFÖ Erken Tanı

ve Bilgi Farkındalığı alt boyut puanının daha yüksek olduğu (p=0.009) ve mesleklerine göre JİKFÖ Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı (p=0.001). Dunn-Bonferroni test ile yapılan ileri analizde ev hanımı olanların puanlarının "diğer" meslek sahibi olanların puanlarından daha düşük olduğu saptandı (p=0.001).

Katılımcıların gelir-gider durumlarına göre JİKFÖ Korunma Farkındalığı alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı (p=0.042). Dunn-Bonferroni test ile yapılan ileri analizde; geliri giderinden fazla olanların puanlarının geliri giderinden az olanların puanlarından daha yüksek olduğu bulundu (p=0.049). Katılımcıların gelir-gider durumlarına göre JİKFÖ Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı (p=0.023). Dunn-Bonferroni test ile yapılan ileri analizde; geliri giderine eşit olanların puanlarının geliri giderinden az olanların puanlarından daha yüksek olduğu saptandı (p=0.047).

Katılımcılardan sigara kullanmayanların JİKFÖ Korunma Farkındalığı alt boyut puanının (p=0.028) ve alkol kullananların JİKFÖ Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı alt boyut puanının (p=0.015) diğerlerinden daha yüksek olduğu saptandı. Kadınlardan sağlıklı beslendiğini ifade edenlerin JİKFÖ Rutin Kontrol ve Ciddi Hastalık Algısı Farkındalığı (p=0.019) ve Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı alt boyut (p=0.004) ve ölçek toplam puanlarının (p=0.009) daha yüksek olduğu sonucuna varıldı. Diğer değişkenler ile ölçek toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0.05) (Tablo 3.6).

Tablo 3.7: Katılımcıların Obstetrik Özellikleri ile Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırma Sonuçları (N= 122)

		Rutin Kontrol ve Ciddi Hastalık Algısı Farkındalığı	**Risk Farkındalığı**	**Korunma Farkındalığı**	**Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı**	**Toplam**
Çocuk sahibi olma durumu						
Evet	86 (70.5)	87.84±7.94	29.98±4.6	22.83±3.03	16.14±1.85	156.78±13.58
Hayır	36 (29.5)	87.28±8.18	27.53±6.02	23.47±2.81	16.86±1.85	155.14±14.46
ʿt		**0.352**	**2.188**	**-1.097**	**-1.960**	**0.597**
P		**0.726**	**0.033***	**0.275**	**0.052**	**0.552**
Çocuk sayısı						
0	36 (29.5)	87.28±8.18	27.53±6.02	23.47±2.81	16.86±1.85	155.14±14.46

1-2	49 (40.2)	88.1±9.25	29.82±5.06	22.67±3.66	16.53±1.86	157.12±15.29
>2	37 (30.3)	87.49±5.89	30.19±3.96	23.03±1.94	15.62±1.74	156.32±11.12
[d]F		**0.123**	**3.014**	**0.747**	**4.612**	**0.211**
P		**0.884**	**0.053**	**0.476**	**0.012***	**0.810**
Gebelik sayısı						
0	25 (20.5)	88 (86, 89)	25 (23, 32)	24 (22, 24)	16 (16, 18)	154 (148, 158)
1-2	42 (34.4)	88 (83, 88)	28 (26, 32)	23 (22, 24)	16 (16, 18)	153.5 (149, 159)
>2	55 (45.1)	87 (84, 88)	30 (27, 33)	23 (22, 24)	16 (14, 17)	155 (149, 160)
[b]χ^2		**0.507**	**5.433**	**1.406**	**5.311**	**0.197**
P		**0.776**	**0.066**	**0.495**	**0.070**	**0.906**
Canlı Doğum sayısı						
0	36 (29.5)	87.28±8.18	27.53±6.02	23.47±2.81	16.86±1.85	155.14±14.46
1-2	50 (41)	88.04±9.22	29.6±4.93	22.64±3.64	16.5±1.85	156.78±15.23
>2	36 (29.5)	87.56±5.84	30.5±4.1	23.08±1.9	15.64±1.76	156.78±11.11
[d]F		**0.099**	**3.302**	**0.832**	**4.305**	**0.177**
P		**0.905**	**0.040***	**0.438**	**0.016***	**0.838**
Düşük sayısı						
0	84 (68.9)	88 (84.5, 88)	29 (25, 32)	23 (22, 24)	16 (15.5, 17)	154 (149, 158.5)
1-2	34 (27.9)	87.5 (84, 88)	30 (26, 32)	23 (22, 24)	16 (16, 18)	155.5 (148, 160)
>2	4 (3.3)	92.5 (78, 104)	29.5 (26, 34)	23.5 (21, 26.5)	17.5 (16, 18)	161 (145, 178.5)
[b]χ^2		**0.077**	**0.601**	**0.118**	**1.059**	**0.101**
P		**0.962**	**0.741**	**0.943**	**0.589**	**0.951**

[a]Mann-Whitney U test, sonuçlar medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) şeklinde sunuldu.
[b]Kruskal-Wallis test, sonuçlar medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) şeklinde sunuldu.
[c]Bağımsız gruplar t testi
*p<0.05

Katılımcılardan çocuk sahibi olan kadınların JİKFÖ Risk Farkındalığı alt boyut puanının daha yüksek olduğu saptandı (p=0.033). Katılımcıların çocuk sayılarına göre JİKFÖ Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu sonucuna ulaşıldı (p=0.012). Bonferroni test ile yapılan ileri analizde; çocuk sayısı 2 ve üzerinde olanların puanlarının hiç doğum yapmamış olanların puanlarından daha düşük olduğu saptandı (p=0.012). Diğer çocuk sayısı grupları arasında fark saptanmamıştır. Katılımcıların canlı doğum sayılarına göre JİKFÖ Risk Farkındalığı (p=0.040) ve JİKFÖ Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı (p=0.016) alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı. Benferroni test ile yapılan ileri analizde; canlı doğum sayısı 2 ve üzerinde olanların JİKFÖ Risk Farkındalığı (p=0.042) alt boyut puanlarının hiç doğum yapmamış olanların puanlarından daha yüksek olduğu, JİKFÖ Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı (p=0.016) alt boyut puanının ise hiç doğum yapmamış olanlardan daha düşük olduğu sonucuna ulaşıldı. Diğer doğum sayısı grupları arasında fark saptanmadı (Tablo 3.7).

Tablo 3.8: Katılımcıların Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları ile Bazı Değişkenlere İlişkin Korelasyon Sonuçları (N= 122)

		Rutin Kontrol ve Ciddi Hastalık Algısı Farkındalığı	Risk Farkındalığı	Korunma Farkındalığı	Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı	Toplam
Yaş	R	0.174	0.307	0.121	0.023	0.244
	P	**0.056**	**0.001***	**0.184**	**0.805**	**0.007***
BKI	R	-0.092	-0.054	-0.165	-0.221	-0.139
	P	**0.313**	**0.558**	**0.069**	**0.014***	**0.127**
Evlilik süresi (n=98)	R	0.083	0.248	0.107	-0.096	0.146
	P	**0.419**	**0.014***	**0.292**	**0.348**	**0.151**
Eşin yaşı (n=98)	R	0.098	0.258	0.066	0.028	0.168
	P	**0.337**	**0.010***	**0.520**	**0.785**	**0.098**
Çocuk sayısı	R	0.006	0.222	0.011	-0.264	0.053
	P	**0.951**	**0.014***	**0.908**	**0.003***	**0.565**
Gebelik sayısı	R	0.034	0.218	0.039	-0.193	0.083
	P	**0.712**	**0.016***	**0.666**	**0.033***	**0.364**
Doğum sayısı	R	-0.003	0.230	0.004	-0.268	0.049
	P	**0.978**	**0.011***	**0.966**	**0.003***	**0.592**
Düşük sayısı	R	0.104	0.099	0.071	0.069	0.122
	P	**0.256**	**0.277**	**0.434**	**0.453**	**0.182**
Menarş yaşı	R	0.133	-0.028	0.095	0.177	0.111
	P	**0.144**	**0.762**	**0.297**	**0.051**	**0.223**
İlk cinsel ilişkiye girme yaşı (n=105)	R	0.061	-0.112	-0.014	0.125	0.010
	P	**0.535**	**0.257**	**0.886**	**0.204**	**0.920**
Menopoza girme yaşı (n=16)	R	-0.337	-0.426	-0.063	-0.430	-0.349
	P	**0.202**	**0.100**	**0.818**	**0.097**	**0.185**

r=Pearson korelasyon katsayısı
*p<0.05

Yapılan istatiksel analiz sonucu kadınların BKI değerleri arttıkça JİKFÖ Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı alt boyutu puanının azaldığı saptandı (p=0.014). Katılımcıların evlilik süreleri (p=0.014) ve eşlerinin yaşları (p=0.010) arttıkça JİKFÖ Risk Farkındalığı alt boyut puanının da arttığı sonucuna bulundu. Kadınların gebelik, doğum ve sahip oldukları çocuk sayıları arttıkça JİKFÖ Risk Farkındalığı alt boyut puanının arttığı (sırasıyla p=0.016, p=0.011, p=0.014), Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı alt boyut puanının azaldığı (sırasıyla, p=0.033, p=0.003, p=0.003) sonucu ortaya kondu. Diğer değişkenler ile ölçek toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (p>0.05) (Tablo 3.8).

Tablo 3.9: Katılımcıların Jinekolojik ve Obstetrik Özellikleri ile Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarına İlişkin Karşılaştırma Sonuçları (N= 122)

		Rutin Kontrol ve Ciddi Hastalık Algısı Farkındalığı	Risk Farkındalığı	Korunma Farkındalığı	Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı	Toplam
	n (%)	**Ort±ss**	**Ort±ss**	**Ort±ss**	**Ort±ss**	**Ort±ss**
Cinsel yönden aktif olma durumu						
Evet	56	88.75±7.91	29.48±4.77	23.16±2.61	16.3±1.79	157.7±12.95
Hayır	66	86.76±7.99	29.06±5.49	22.89±3.26	16.39±1.96	155.11±14.49
[c]t		**1.379**	**0.448**	**0.493**	**-0.264**	**1.033**
P		**0.171**	**0.655**	**0.623**	**0.792**	**0.304**
Menopoz durumu						
Evet	16 (13.1)	88 (85, 88)	31 (29, 34.5)	24 (22, 25)	16 (15, 16.5)	156 (152, 161.5)
Hayır	106(86.9)	87 (84, 88)	28.5 (25, 32)	23 (22, 24)	16 (16, 18)	153.5 (148, 159)
[a]z		**-0.802**	**-2.200**	**-1.273**	**-0.737**	**-1.488**
P		**0.423**	**0.028***	**0.203**	**0.461**	**0.137**
Pap-smear yaptırma durumu						
Evet	62 (50.8)	88.6±9.09	29.1±5.47	23.21±3	16.71±1.67	157.61±15.21
Hayır	60 (49.2)	86.72±6.59	29.42±4.85	22.82±2.95	15.98±2.01	154.93±12.17
[c]t		**1.304**	**-0.341**	**0.729**	**2.171**	**1.072**
P		**0.195**	**0.733**	**0.467**	**0.032***	**0.286**
Düzenli pap-smear yaptırma durumu						
Evet	28 (23)	88 (86, 89)	29.5 (25.5, 32.5)	23 (22, 24)	16 (16, 18)	154.5 (148, 159.5)
Hayır	94 (77)	87 (84, 88)	29 (26, 32)	23 (22, 24)	16 (15, 17)	154 (149, 160)
[a]z		**-1.337**	**-0.168**	**-0.065**	**-0.977**	**-0.119**
P		**0.181**	**0.867**	**0.948**	**0.328**	**0.905**
HPV pozitifliği						
Evet	6 (4.9)	86.5 (83, 88)	32 (29, 36)	24 (23, 24)	16 (16, 16)	158 (152, 164)
Hayır	116(95.1)	88 (84, 88)	29 (26, 32)	23 (22, 24)	16 (15, 18)	154 (148.5, 159)
[a]z		**-0.138**	**-1.697**	**-1.353**	**-0.314**	**-1.096**
P		**0.890**	**0.090**	**0.176**	**0.754**	**0.273**
Düzenli jinekolojik muayene olma						
Evet	32 (26.2)	89.78±9.56	29.28±5.61	23.22±3.54	16.91±1.97	159.19±17.17
Hayır	90 (73.8)	86.92±7.25	29.24±5.02	22.94±2.76	16.16±1.81	155.27±12.35
[c]t		**1.755**	**0.035**	**0.447**	**1.967**	**1.385**
P		**0.082**	**0.973**	**0.656**	**0.051**	**0.169**
Daha önce mamografi çektirdiniz mi?						
Evet	27 (22.1)	88 (86, 88)	31 (29, 34)	23 (22, 24)	16 (16, 17)	156 (150, 160)
Hayır	95 (77.9)	87 (83, 88)	28 (25, 32)	23 (22, 24)	16 (15, 18)	153 (148, 159)
[a]z		**-1.486**	**-2.519**	**-0.151**	**-0.042**	**-1.577**
P		**0.137**	**0.012***	**0.880**	**0.967**	**0.115**
Düzenli mamografi çektirme						

Evet	7 (5.7)	88 (86, 110)	31 (28, 37)	22 (19, 27)	17 (16, 20)	158 (149, 197)
Hayır	115(94.3)	87 (84, 88)	29 (26, 32)	23 (22, 24)	16 (15, 18)	154 (148, 159)
[a]z		**-1.321**	**-1.390**	**-0.067**	**-1.149**	**-0.942**
P		**0.187**	**0.164**	**0.946**	**0.250**	**0.346**
Aile planlaması kullanma (n=106)						
Evet	10 (9.4)	88 (87, 95)	31.5 (28, 32)	22.5 (22, 23)	16 (16, 18)	158 (155, 165)
Hayır	96(90.6)	87 (83, 88)	28 (25, 32)	23 (22, 24)	16 (16, 18)	153 (148, 158)
[a]z		**-1.409**	**-1.446**	**-0.353**	**-0.151**	**-2.072**
P		**0.159**	**0.148**	**0.724**	**0.880**	**0.038***
Ailede kanser öyküsü						
Evet	38 (31.1)	87.82±7.53	28.87±5.3	22.95±3.17	16.16±1.88	155.79±14
Hayır	84 (68.9)	87.61±8.22	29.43±5.11	23.05±2.9	16.44±1.88	156.52±13.8
[c]t		**0.133**	**-0.554**	**-0.172**	**-0.769**	**-0.271**
P		**0.894**	**0.581**	**0.864**	**0.443**	**0.787**
Ailede jinekolojik kanser						
Evet	10	87.5 (80, 88)	29 (25, 34)	21 (19, 24)	16.5 (16, 19)	153.5 (146, 158)
Hayır	112	88 (84, 88)	29 (26, 32)	23 (22, 24)	16 (15, 17)	154 (149, 160)
[a]z		**-0.446**	**-0.229**	**-1.585**	**-1.740**	**-0.430**
P		**0.656**	**0.819**	**0.113**	**0.082**	**0.667**
Jinekolojik kanser hakkında bilgi						
Bilgim var	67 (54.9)	89.36±8.46	30.45±5.51	23.42±3.36	16.87±1.76	160.09±15.72
Bilgim yok	55 (45.1)	85.62±6.89	27.80±4.31	22.53±2.36	15.73±1.84	151.67±9.25
[c]t		**2.637**	**2.908**	**1.716**	**3.485**	**3.675**
P		**0.009***	**0.004***	**0.089**	**0.001***	**0.001***
JKBK = Doktor (n=67)						
Evet	26	88 (87, 88)	31 (27, 35)	24 (22, 24)	16 (16, 18)	156.5 (151, 162)
Hayır	41	88 (86, 94)	30 (28, 33)	23 (22, 25)	16 (16, 18)	156 (150, 167)
[a]z		**-0.216**	**-0.806**	**-0.189**	**-0.088**	**-0.296**
P		**0.829**	**0.420**	**0.850**	**0.930**	**0.767**
JKBK = Ebe/hemşire/sağlık memuru (n=67)						
Evet	17	87 (86, 94)	30 (28, 38)	24 (23, 26)	18 (16, 20)	156 (154, 167)
Hayır	50	88 (86, 89)	30 (26, 33)	23 (22, 24)	16 (16, 17)	156 (149, 163)
[a]z		**-0.617**	**-1.228**	**-1.232**	**-2.231**	**-1.046**
P		**0.537**	**0.220**	**0.218**	**0.026***	**0.296**
JKBK = Üniversitedeki dersler (n=67)						
Evet	9	98 (89, 108)	36 (28, 37)	26 (24, 30)	19 (18, 20)	170 (163, 194)
Hayır	58	88 (86, 88)	30 (27, 33)	23 (22, 24)	16 (16, 17)	156 (150, 160)
[a]z		**-2.521**	**-1.613**	**-2.419**	**-3.829**	**-2.641**
P		**0.012***	**0.107**	**0.016***	**<0.001***	**0.008***
Oral kontraseptif kullanma durumu (n=106)						

Evet	2	87.5 (87, 88)	34 (32, 36)	23.5 (23, 24)	16 (16, 16)	161 (158, 164)
Hayır	104	87 (84, 88)	28 (25, 32)	23 (22, 24)	16 (16, 18)	153 (148, 158.5)
[a]z		**-0.283**	**-1.629**	**-0.687**	**-0.313**	**-1.336**
P		**0.777**	**0.103**	**0.492**	**0.754**	**0.181**
Jinekolojik kanser tanı yöntemleri hakkında bilgi						
Evet	43 (35.2)	90.77±9.12	31.42±5.67	23.47±3.89	17.23±1.93	162.88±16.93
Hayır	79 (64.8)	85.99±6.78	28.08±4.46	22.77±2.31	15.87±1.67	152.71±10.23
[c]t		**3.014**	**3.584**	**1.069**	**3.896**	**3.600**
P		**0.004***	**<0.001***	**0.290**	**<0.001***	**0.001***
JKTYBK = Doktor (n=43)						
Evet	13	88 (84, 88)	30 (28, 32)	22 (21, 23)	16 (16, 18)	155 (153, 159)
Hayır	30	88 (87, 96)	31.5 (28, 37)	24 (22, 28)	16.5 (16, 20)	156 (151, 185)
[a]z		**-0.980**	**-0.676**	**-1.641**	**-0.517**	**-0.516**
P		**0.327**	**0.499**	**0.101**	**0.605**	**0.606**
JKTYBK = Görsel/yazılı basın (n=43)						
Evet	22	88 (87, 95)	31.5 (28, 34)	23.5 (22, 27)	16 (16, 18)	156.5 (150, 181)
Hayır	21	88 (86, 94)	30 (28, 36)	23 (21, 25)	17 (16, 19)	156 (153, 167)
[a]z		**-0.493**	**-0.365**	**-0.319**	**-0.788**	**0.000**
P		**0.622**	**0.715**	**0.750**	**0.431**	**0.999**
JKTYBK = Ebe/hemşire/sağlık memuru (n=43)						
Evet	6	87.5 (86, 108)	30.5 (28, 39)	24 (23, 27)	16 (16, 19)	155.5 (153, 194)
Hayır	37	88 (87, 94)	31 (28, 34)	23 (22, 25)	17 (16, 19)	156 (150, 167)
[a]z		**-0.160**	**-0.281**	**-0.778**	**-0.036**	**-0.684**
P		**0.873**	**0.779**	**0.437**	**0.971**	**0.494**
JKTYBK = Akraba/komsu/arkadaş (n=43)						
Evet	10	87.5 (87, 88)	28.5 (26, 30)	22.5 (21, 24)	16 (15, 16)	153.5 (150, 156)
Hayır	33	88 (86, 96)	32 (29, 37)	24 (22, 28)	18 (16, 20)	157 (152, 185)
[a]z		**-1.459**	**-2.161**	**-1.247**	**-2.559**	**-1.798**
P		**0.144**	**0.031***	**0.212**	**0.011***	**0.072**
JKTYBK = Üniversitedeki dersler (n=43)						
Evet	6	97.5 (89, 108)	36.5 (33, 38)	26.5 (24, 30)	19.5 (19, 20)	176.5 (163, 194)
Hayır	37	88 (86, 88)	30 (28, 33)	23 (22, 24)	16 (16, 18)	155 (150, 162)
[a]z		**-1.779**	**-1.985**	**-1.662**	**-2.633**	**-2.315**
P		**0.075**	**0.047***	**0.097**	**0.008***	**0.021***

r=Pearson korelasyon katsayısı
[a]Mann-Whitney U test, sonuçlar medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur.
[b]Kruskal-Wallis test, sonuçlar medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur.
[c]Bağımsız gruplar t testi
[d]Tek yönlü varyans analizi
*p<0.05

Katılımcılardan menapozda olanların JİKFÖ Risk Farkındalığı alt boyut puanının daha yüksek olduğu saptandı (p=0.028). Pap-smear yaptıran kadınların JİKFÖ Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı alt boyut puanın yüksek olduğu sonucuna ulaşıldı (p=0.032). Katılımcıların mamografi çektirmiş olma durumlarına göre JİKFÖ Risk Farkındalığı alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanırken (p=0.012) mamografi çektirmiş olanların puanlarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşıldı. Aile planlaması kullanan kadınların JİKFÖ toplam puanının yüksek olduğu saptandı (p=0.038). Katılımcıların jinekolojik kanser hakkında bilgi sahibi olma durumlarına göre JİKFÖ Rutin Kontrol ve Ciddi Hastalık Algısı Farkındalığı (p= 0.009), Risk Farkındalığı (p= 0.004), Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı (p= 0.001) alt boyut ve ölçek toplam puanları (p= 0.001) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanırken, bilgisi olanların puanlarının bilgisi olmayanların puanlarından daha yüksek olduğu sonucuna ulaşıldı.

Katılımcıların jinekolojik kanser hakkında edindikleri bilginin kaynağının ebe/hemşire/sağlık memuru olması durumuna göre JİKFÖ Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken (p=0.026) jinekolojik kanser hakkında bilgiyi ebe/hemşire/sağlık memurundan edinenlerin puanlarının daha yüksek olduğu saptandı. Kadınların jinekolojik kanser hakkında edindikleri bilginin kaynağının üniversitedeki dersler olması durumuna göre JİKFÖ Rutin Kontrol ve Ciddi Hastalık Algısı Farkındalığı (p=0.012), Korunma Farkındalığı (p=0.016) ve Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı (p=<0.001) alt boyut ve ölçek toplam (p=0.008) puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu sonucuna ulaşıldı ve jinekolojik kanser hakkında bilgiyi üniversitedeki derslerden edinenlerin puanlarının daha yüksek olduğu saptandı.

Katılımcıların jinekolojik kanser tanı yöntemleri hakkında bilgi sahibi olma durumlarına göre JİKFÖ Rutin Kontrol ve Ciddi Hastalık Algısı Farkındalığı (p=0.004), Risk Farkındalığı (p<0.001) ve Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı (p<0.001) alt boyut ve ölçek toplam (p=0.001) puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı. Yapılan analizde jinekolojik kanser tanı yöntemleri hakkında bilgi sahibi olanların puanlarının daha yüksek olduğu bulundu. Katılımcıların jinekolojik kanser tanı yöntemleri hakkında edindikleri bilginin kaynağının arkadaş/komşu/akraba olanların JİKFÖ Risk Farkındalığı (p=0.031) ve Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı (p=0.011) alt boyut puanlarının daha düşük olduğu saptandı. Jinekolojik kanser tanı yöntemleri

hakkında edindikleri bilginin kaynağının üniversitedeki dersler olan kadınların ise JİKFÖ Risk Farkındalığı (p=0.047) ve Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı (p=0.008) alt boyut ve ölçek toplam (p=0.021) puanlarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşıldı. Diğer değişkenler ile ölçek toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0.05) (Tablo 3.9).

Tablo 3.10: Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği Toplam Puanı Üzerine Etki Eden Değişkenlerin Lineer Regresyon Analizi Sonuçları

	Standartlaştırılmamış katsayılar		Std.Beta	T	P	Beta için %95 GA	
	Beta	s.e.				Alt sınır	Üst sınır
Sabit	143.477	3.723		38.542	<0.001*	136.093	150.862
Yaş (>35)	5.783	2.640	0.206	2.191	0.031*	0.546	11.020
Aile planlaması yöntemi kullanımı (evet)	0.138	4.268	0.003	0.032	0.974	-8.328	8.604
JK hakkında bilgi (evet)	4.420	2.683	0.168	1.648	0.103	-0.901	9.742
JK tanı yöntemleri hakkında bilgi (evet)	6.195	2.914	0.219	2.126	0.036*	0.413	11.976

s.e.=Standart hata
Std.Beta=Standartlaştırılmış beta katsayısı
GA=Güven Aralığı
*p<0.05

Gerçekleştirilen değerlendirme sonucunda elde edilen modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu, modele ilişkin düzeltilmiş R-kare düzeyinin 0.142 olduğu saptanmıştır (F=5.353, R^2_{adj}=0.142, p=0.001). Modelde yaş ve jinekolojik kanser tanı yöntemleri hakkında bilgi sahibi olma durumunun istatistiksel olarak anlamlı şekilde yer bulduğu saptanmıştır. Yaşın 35 ve üzerinde olması durumunun JİKFÖ Toplam puanında 5.783 puan artışa neden olduğu saptanmıştır [Beta (%95 GA) = 5.783 (0.546, 11.020), p=0.031]. Jinekolojik kanser tanı yöntemleri hakkında bilgi sahibi olduğunu düşünme durumunun JİKFÖ Toplam puanında 6.195 puan artışa neden olduğu saptanmıştır [Beta (%95 GA) = 6.195 (0.413, 11.976), p=0.036].

4. TARTIŞMA

Bu çalışmada rutin kontrol ve ciddi hastalık algısı farkındalığı alt boyut puan ortalaması 87.67±7.98 olup, diğer çalışmalarda 89.74±14.11, 91.1±12.6 ve 85 arasında değişmektedir (Dal ve Ertem, 2017; Atlas, 2020; Gözüyeşil ve ark., 2020), Jinekolojik kanser riskleri farkındalığı alt boyut puan ortalaması literatürde 30.1±5.1 ile 30.76±6.59 arasında olup (Dal ve Ertem, 2017; Atlas, 2020; Gözüyeşil ve ark., 2020), bu çalışmada 29.25±5.16 olarak bulundu. Bu çalışmada jinekolojik kanserlerden korunma farkındalığı alt boyut puan ortalaması 23.02±2.97, diğer çalışmalarda 22.0±3.9 ile 23.04±4.29 arasında değişmektedir (Dal ve Ertem, 2017; Atlas, 2020; Gözüyeşil ve ark., 2020). Jinekolojik kanserlerde erken tanı ve bilgi farkındalığı alt boyut puan ortalaması Dal ve Ertem'in (2017) çalışmasında 16.4±1.9, Atlas'ın (2020) çalışmasında 16.76±3.29, Gözüyeşil ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında 16 iken, bu çalışmada 16.35±1.88'dir. JİKFÖ toplam puan ortalaması Dal ve Ertem'in (2017) çalışmasında 155.8±17.5, Atlas'ın (2020) çalışmasında 160.31±22.42, Gözüyeşil ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında 153 olup, bu çalışmada ise 156.3±13.81 saptandı. JİKFÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları literature benzer şekildedir.

Literatürde yapılan çalışmalarda yaş ve jinekolojik kanser bilgi ve farkındalık ilişkisi üzerine farklı sonuçların yer aldığı görülmektedir. Şahin 2009'da yapmış olduğu çalışmada yaşın jinekolojik kanser bilgi puanını etkilemediği, ancak vulva, serviks ve endometrium bilgi puanlarının yaş arttıkça azaldığı sonucuna ulaşmıştır (Şahin, 2009). Atlas'ın çalışmasında 29 yaş ve altındaki kadınların JİKFÖ toplam ve alt boyut ölçek puanlarının yüksek olduğu sonucuna ulaşılırken (Atlas, 2020), başka çalışmalarda 20-29 yaş aralığındaki kadınların bilgi ve farkındalıklarının düşük olduğu ortaya konulmuştur (Akujobi ve ark., 2008; Silveira ve ark., 2016). Norveç'te 2021 yılında yapılan çalışmada kadın ve erkek katılımcılara en çok bildikleri kanser türleri sorulmuştur. Kadın katılımcılardan en yüksek oranla 79 yaş üstü ve sonrasında 18-29 yaş aralığında olanlar kadın genital organ kanserlerinden bahsetmiş, over ve endometrium kanserinde de bu sıralama değişmemiştir. Ancak, rahim ağzı kanserinde en yüksek farkındalığın 18-29 yaş aralığındaki kadınların, en az farkındalığın ise 79 yaş üstünün olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Fonnes ve ark., 2021). Moshi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise kadınların yaşları arttıkça serviks kanserine ilişkin farkındalıklarının arttığı görülmüştür (Moshi ve ark., 2018). Gözüyeşil 'in çalışmasında 30-39 yaş aralığındaki kadınların

JİKFÖ toplam ve alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Gözüyeşil, 2020). Bu çalışmada 35 yaşından büyük olan katılımcıların JİKFÖ Rutin Kontrol ve Ciddi Hastalık Algısı Farkındalığı (p=0.018), Risk Farkındalığı (p=0.001) alt boyut ve ölçek toplam (p=0.004) puanlarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşıldı (Tablo 3.6). Bu durumun nedeni olarak; kadınların yaşları arttıkça daha çok jinekolojik kanser riski taşıdığı ve buna bağlı olarak bilgi birikimlerinin arttığı düşünülmektedir.

Birey sağlığın geliştirilmesi için bedensel ve ruhsal iyi olma halinin artmasını sağlayacak etkinlikleri ve davranışları seçmelidir (Pehlivan ve ark., 2017). Walker ve arkadaşları yapmış olduğu çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını oluşturan başlıkları belirlemişler ve bunlardan birisinin de yeterli ve dengeli beslenme olduğunu söylemişlerdir (Walker ve ark., 1996). Sağlıksız beslenme ve normal kiloya sahip olmama kanser riskleri arasındadır (Temür ve ark., 2017). Koçkanat 2017 yılında yapmış olduğu çalışmada beslenme durumu ile jinekolojik kanser bilgi puanları arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur (Koçkanat, 2017). Bilal'in çalışmasına katılan doğurganlık ve menapoz dönemindeki kadınlar sağlıklı olmak için %49 oran ile düzenli ve dengeli beslenilmesi gerektiğini söylemişlerdir (Bilal, 2012). Bu çalışmaya katılan kadınlardan sağlıklı beslendiğini ifade edenlerin JİKFÖ Rutin Kontrol ve Ciddi Hastalık Algısı Farkındalığı (p=0.019) ve Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı (p=0.004) alt boyut ve ölçek toplam puanlarının (p=0.009) daha yüksek olduğu sonucuna varılırken (Tablo 3.6) yine bu çalışmada kadınların BKI değerleri arttıkça JİKFÖ Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı alt boyutu puanının azaldığı saptandı (p=0.014) (Tablo 3.8). Bazı çalışmalarda BKI yüksek olan kadınların kanser farkındalık ve tarama programlarına katılımları yüksek olarak bulunsa da, araştırmacılar bu durumu risk faktörüne sahip oldukları için sağlıklarından endişe etmelerine bağlanmıştır (Tekpınar ve ark., 2018). Ayrıca, kişilerin yaşamları boyunca sağlıklı bir hayat sürebilmesi için sağlıklı beslenmenin yanı sıra, tütün ve alkol kullanımının da önlenmesi gerekmektedir (TBSA, 2014). Mavi'nin yapmış olduğu çalışmada sigara kullanmayan öğrencilerin vajinal kanser bilgi puanı, kullananlara göre anlamlı derecede yüksek iken, alkol kullanma durumu ile jinekolojik kanser bilgi puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Mavi, 2012). Uganda'da yapılan bir çalışmada sigara ve tütün kullanan kadınların, serviks kanseri risk ve belirtileri konusunda farkındalıklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Mwaka ve ark., 2016). Açıkgöz ve arkadaşlarının 2011 yılında yapmış olduğu çalışmada, kadınların çoğunun sigaranın

kanserle ilgili kötü etkilerinden haberdar oldukları sonucuna ulaşılmıştır (Açıkgöz ve ark., 2011). Atlas'ın çalışmasında sigara kullananlar ve kullanmayanlar arasında anlamlı bir fark bulunamamış, alkol kullanan kadınların Jinekolojik Kanserlerde Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı alt ölçek puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Atlas, 2020). Bizim çalışmamızda katılımcılardan sigara kullanmayanların JİKFÖ Korunma Farkındalığı alt boyut puanının (p=0.028) ve alkol kullananların JİKFÖ Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı alt boyut puanının (p=0.015) diğerlerinden daha yüksek olduğu saptandı. (Tablo 3.6).

Evli bir kadının serviks kanserinin risk faktörü olan vajinal yaralanma ve enfeksiyon, HPV enfeksiyonu geçirme ve çok doğum yapma oranı bekar bir kadından çok daha fazladır (Alp Dal, 2017). Arslan'ın çalışmasında evli olan kadınların olmayanlardan daha fazla pap-smear testini duyduğu ve yaptırdığı, yine HPV aşısını duyduğu ve HPV aşısını yaptırdığını bulmuşlardır. Araştırmacı bu durumu evli olmayan kadınların çoğunlukla cinsel yönden aktif olmamaları nedeni ile jinekolojik muayene olmaktan kaçınmaları ve kendilerini riskli olarak görmemelerine bağlamıştır (Arslan, 2020). Başka bir çalışmada yine evli kadınların çok daha fazla pap-smear testini bildiği ve yaptırdığı belirlenmiştir (Duman, 2015a). Mavi Aydoğdu ve Bekar (2016) yapmış olduğu çalışmada evli/boşanmış bireylerin over, vulva ve toplam jinekolojik kanser bilgi puanlarının yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Brain ve arkadaşları (2014) 50 yaş ve üzeri kadınlardan bekar ve gelir düzeyi düşük olanların over kanseri erken belirti ve risk farkındalıklarının düşük olduğu sonucuna varmıştır. Demir Avcı'nın (2016) çalışmasında boşanmış kişilerin sağlık bilinçlerinin evli kişilere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak Erkan'ın çalışmasında bekar olan kadınların evli olanlardan %14.9 oranla daha fazla HPV testi yaptırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Erkan, 2020). Bu çalışmada bekar/boşanmış/dul olan kadınların erken tanı ve bilgi alt boyut puanı evli olanlardan daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 3.7). Boşanmış ve dul olan kadınların bilgi puanlarının yüksek çıkması literature, bekar olan katılımcıların ise yaşlarının daha küçük olması ve dolayısıyla görsel/yazılı basına daha çok vakit ayırma ihtimaline dayandırılabilir. Ayrıca bu çalışmada katılımcıların evlilik süreleri (p=0.014) ve eşlerinin yaşları (p=0.010) arttıkça JİKFÖ Risk Farkındalığı alt boyut puanının da arttığı sonucuna ulaşıldı (Tablo 3.8). Evlilik süresi, yaş ile paralellik gösterdiği için sonuçlar tutarlılık göstermektedir.

Literatürde gebelik ve doğum sayısının arttıkça serviks kanserinin görülme oranlarının da arttığını gösteren pek çok çalışma vardır (Pınar ve ark., 2007). Araştırmacılar bu durumu aşırı doğum sırasında servikse olan travmatik etkiye bağlamışlardır (Yücel, 2006). Can ve arkadaşlarının (2010) kadın sağlık çalışanlarının katılımıyla yaptığı çalışmada üç ve altı doğum yapan kadınların jinekolojik kontrollerine düzenli gittiği; erken tanı, bilgi ve risk farkındalıklarının yüksek olduğu görülmüştür (Can ve ark., 2010). Ancak endometrium ve over kanserinde bu durum değişmektedir. Hiç doğum yapmamış kadınların yapanlara göre endometrium kanser riski 2 ila 3 kat artmakta ve daha fazla over kanserine yakalanma riski olduğu belirtilmektedir (Pınar ve ark., 2008; Yetimalar ve ark., 2007). Bu çalışmada çocuk sahibi olan kadınların çocuğu olmayanlardan (p=0.033) ve canlı doğum sayısı 2 ve üzerinde olan kadınların hiç doğum yapmamış olanlardan (p=0.042) JİKFÖ Risk Farkındalık alt boyut puanı daha yüksek bulundu. Çocuk ve canlı doğum sayısı fazla olanların JİKFÖ Risk Farkındalığı alt boyut puanlarının daha yüksek çıkması daha çok risk altında olmaları ve farkındalıklarının bu yönde artmasına bağlanabilir. Çalışmamızda, çocuk (p=0.012) ve canlı doğum sayısı 2 ve üzerinde (p=0.016) olanların JİKFÖ Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı alt boyut puanı, hiç doğum yapmamış olanlardan daha düşük olduğu sonucuna ulaşıldı. Farkındalığın sebebi; bu bireylerin eğitim seviyesinin yüksek olması ve sağlıklı bir yaşam biçimi için gerekli davranış becerileri geliştirmeleri olarak gösterilebilir (Atlas, 2020) (Tablo 3.7).

Bilal'in çalışmasına katılan kadınlardan doğurganlık döneminde olanlar sağlıklı olma durumunu genellikle 'mutluluk ve huzur' kelimeleriyle tanımlarken, menapoz döneminde olanlar 'hastalık ve sakatlığın olmayışı' şeklinde ifade etmişlerdir. Çalışmada menapoz dönemindeki kadınların sağlıklı yaşam biçimi ve kanserden korunma davranışlarının daha kötü olduğu sonucu ortaya konmuştur. Bilal bu sonucun yaşın ilerlemesiyle birlikte sağlık algısı ve davranışlarındaki değişimleri ortaya koyduğunu söylemiştir (Bilal, 2012). Gözüyeşil'in çalışmasında menapoza girme durumu ile JİKFÖ toplam ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Gözüyeşil, 2020). Atlas'ın çalışmasında menapoz döneminde olmayan kadınların JİKFÖ toplam ve tüm ölçek alt boyutları daha yüksek bulunmuştur. Atlas literatürdeki bu farklılığın kadınların eğitim seviyesi, yaşadığı bölge ve pap-smear yaptırma durumlarından kaynaklandığını belirtmiştir (Atlas, 2020). Başka bir çalışmada menapoz dönemindeki kadınların serviks kanseri ve pap-smear testi farkındalığı daha yüksek bulunmuştur (Gökgöz ve Aktaş, 2015). Bizim çalışmamızda

menapozda olanların JİKFÖ Risk Farkındalığı alt boyut puanının daha yüksek olduğu saptandı (p=0.028) (Tablo 3.9). Kadınların menapoz dönemiyle birlikte jinekolojik kanser risklerinin de artıyor olması bu farkındalığı açıklamaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü devlet tarafından desteklenen tarama programlarının uygulandığı ülkelerde serviks kanserinin neden olduğu morbidite ve mortalitenin %70 oranında azaldığını belirtmektedir. Pap-smear testi, serviks kanserinin erken tanı ve takibinde kullanılan en yaygın ve etkili tarama testidir (Bray, 2018). Yanıkkerem ve arkadaşlar çalışmasında kadınların %64.4'ünün serviks kanserini bildiği, %43.1'inin pap-smear testini duyduğu ve %24.7'sinin ise pap-smear testini yaptırdığı görülmüştür (Yanıkkerem ve ark., 2013). Özçam ve arkadaşlarının, 20-62 yaş aralığındaki 200 sağlık çalışanı ile yaptıkları çalışmada, kadınların %56.5'inin hiç pap-smear testi yaptırmadıkları belirtilmiştir (Özçam ve ark., 2014). Şahin ve Sayın'ın çalışmasında da kadınların %40.1'inin pap-smear testi yaptırdığı görülmüş ve testi yaptıran kadınların jinekolojik kanserlere ilişkin farkındalıkların yüksek olduğu görülmüştür (Şahin ve Sayın, 2015). Bu çalışmada kadınların %23'ünün düzenli olarak pap-smear testi yaptırdığını ve bunların da %50'sinin yılda bir kez, diğerlerinin ise daha uzun aralıklarla testi yaptırdığı görüldü (Tablo 3.2). Çalışmamıza katılan kadınlardan pap-smear yaptırmış olma durumlarına göre JİKFÖ erken tanı ve bilgi farkındalığı alt boyut puanları bakımından istatiksel olarak anlamlı fark olduğunu saptadık (p=0.032) (Tablo 3.9). Bu durum bize pap-smear yaptıran kadınların jinekolojik kanserlerde erken tanının önemini ve durumun ciddiyetinin farkında olduklarını, bilgi ve farkındalıklarının davranış değişikliğine sebep olacak boyutta olduğunu göstermektedir.

Meme kanserinin tarama yöntemleri KKMM ve mamografidir (Duman ve ark., 2015b). Literatürde mamografi çektirme oranları değişiklik göstermektedir. Duman'ın 2015 yılında yapmış olduğu çalışmada araştırmaya katılan her iki kadından birinin KKMM yaptığı, ancak yalnızca iki katılımcının mamografi çektirdiği tespit edilmiştir. Kadınlardan bazıları düzenli mamografi çektirmenin gereksiz bulmakta ve ağrılı bir işlem olduğunu düşünmektedir. Büyük çoğunluğu ise memede kitle bulunmasından korktuğu ve tedavi edilemeyen bir hastalık olduğu için mamografi çektirmediğini ifade etmişlerdir. Diğer nedenler ise üşengeçlik, ihmal ve bilgisizlik olarak sıralanmıştır. (Duman, 2015a). Özçam'ın çalışmasında mamografi çektirme ve smear testi yaptırma durumları ile yaş ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Özçam, 2014). Bu çalışmada

mamografi çektiren kadınların JİKFÖ Risk Farkındalığı alt boyut puanlarını diğerlerinden anlamlı derecede yüksek bulundu (Tablo 3.9). Kadınların mamografiyi yaşı gereği daha riskli bir dönemde veya herhangi bir kanser belirtisi sonrası çektirmiş olması risk farkındalığının yüksek olmasına yol açmış olabilir.

Gamarra ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada aile planlaması yöntemi kullanan kadınların pap-smear testi bilgi düzeyi ve yaptırma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Gamarra ve ark., 2005). Mavi'nin yaptığı çalışmada etkin bir aile planlaması yöntemi kullanan kadınların jinekolojik kanserlere ilişkin bilgi puanı, kullanmayan kadınlardan anlamlı derecede düşük bulunmuş ve bu durumun nedeni olarak da; risk altındaki kadınların bilgi alma eğilimlerinin artması gösterilmiştir (Mavi, 2012). Bu çalışmada aile planlaması uygulayan kadınların JİKFÖ toplam puanının daha yüksek olduğu saptanırken (p=0.038) (Tablo 3.9), kadınların yalnızca %9.8'inin etkin bir aile planlaması yöntemi kullandığı ve bu yöntemlerin tüp ligasyonu, kondom, oral kontraseptif ve kondom olduğu görüldü (Tablo 3.2). Cinsel ilişki sırasında kullanılan kondom serviks kanserine karşı birinci sıradaki koruma önlemleri arasındadır (WHO, 2020) ve oral kontraseptif kullanımı endometrium ve over kanser riskini azaltırken, serviks kanseri riskini arttırmaktadır (Şahin ve Özdurna, 2017). Ünalan ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada katılımcıların aile planlaması yöntemi kullanımı ile serviks kanseri, pap-smear testi ve ve HPV aşısı hakkındaki bilgi düzeyi ve pap-smear testi yaptırma oranları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Ünalan ve ark., 2005). Fenandes'in (2009) Brezilya'da yapmış olduğu çalışmada etkin bir aile planlaması yöntemi kullanan kadınların serviks kanser taramasına yönelik bilgisi anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Fernandes ve ark., 2009). Literatüre benzer şekilde bu çalışmada da kadınların yüksek sağlık bilgisine sahip olduğunda farkındalıklarının arttığı düşünülebilir.

Bu çalışmada literatüre benzer şekilde kadınların gelir durumu (Türkol ve ark., 2010) ve eğitim seviyesi (Sivri Aydın ve ark., 2015; Moshi ve ark., 2018; Gyamfua ve ark., 2019; Idowu ve ark., 2016; Okunowo ve ark., 2018) arttıkça jinekolojik kanserlere ilişkin bilgi düzeylerinin arttığı görüldü (Tablo 3.6). Erdoğan'ın çalışmasında da kadınların eğitim ve gelir düzeyleri arttıkça pap-smear ile ilgili bilgi sorusuna verdikleri doğru cevap oranı artmıştır. Çalışan kadınlar kendilerini bu konuda daha bilgili bulduklarını ifade etmişler ve kadınların çalışma durumlarına göre serviks kanseri ve HPV aşısı bilgi düzeyleri

arasında istatiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Erdoğan bu farkın yine bizim çalışmamıza benzer şekilde ev hanımlarından kaynaklandığını belirtmiştir (Erdoğan, 2020). Erkan'ın çalışmasında çalışan kadınların ev hanımlarından daha çok HPV testi yaptırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Erkan, 2020). Arslan'ın çalışmasında kadınların gelir düzeyi arttıkça HPV taraması ve HPV aşısına ilginin arttığı ortaya koyulmuştur. Arslan bu sonucu gelir düzeyi arttıkça, sağlık hizmetlerine ulaşımın artmasına bağlamıştır (Erkan, 2020). Başka bir çalışmada yine geliri giderden fazla olanların JİKFÖ toplam ve ölçek alt boyut puanları diğerlerinden yüksek bulunmuştur (Gözüyeşil, 2020). Cooper ve arkadaşları 2013 yılında yaptığı çalışmada, kadınların kanser belirtilerini yaşamaları durumunda bir sağlık kuruluşuna başvurmayacaklarını ve bunun önündeki en büyük engelin maliyet olarak belirttiklerini ortaya koymuştur (Cooper ve ark., 2013). Erenoğlu'nun 2020 yılında yapmış olduğu çalışmada gelir düzeyi iyi olan kadınların Jinekolojik Kanserlerde Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı alt boyut puanının diğerlerinden anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (Erenoğlu, 2020). Bu çalışmada kadınların gelir düzeyi arttıkça JİKFÖ Korunma Farkındalığı ve Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı alt boyut puanlarının arttığı ortaya kondu. Literatüre benzer şekilde gelir durumu arttıkça kadınların sağlık hizmetlerine ulaşımlarının kolaylaşması kaynaklı tarama jinekolojik kanserlere ilişkin korunma ve bilgi düzeylerinin arttığı düşünülebilir.

Bu çalışmada kadınların eğitim seviyesi ile jinekolojik kanser ve tanı yöntemleri hakkında bilgi sahibi olduğunu düşünme durumu arttıkça, jinekolojik kanserlere ilişkin bilgi puanlarının da arttığı görüldü. Erkan'ın (2020) çalışmasında kadınların %44.7'sinin kanser taraması hakkında bilgisi olmadığı için pap-smear testi yaptırmadığı görülmüştür. Pınar'ın (2010) çalışmasında eğitim seviyesi yüksek olan kadınların pap-smear testini, serviks kanserinden korunma yöntemlerini ve HPV aşısını bildikleri, aynı zamanda da jinekolojik muayenelerine düzenli gittikleri sonucunu ortaya koymuştur (Pınar ve ark., 2010). Gözüyeşil'in yapmış olduğu çalışmada eğitim durumu ve JİKFÖ toplam ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Gözüyeşil, 2020). Lyimo ve Beran'ın (2012) yapmış olduğu çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan kadınların, eğitim düzeyi düşük olan kadınlardan dokuz kat daha fazla HPV taraması yaptırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Lyimo ve Beran, 2012). Atlas'ın çalışmasında eğitim düzeyi arttıkça JİKFÖ toplam ve tüm alt ölçek puanları da artmıştır (Atlas, 2020). Arslan'ın (2020) çalışmasında kadınların eğitim düzeyi arttıkça serviks kanseri hakkında bilgi alma eğilimleri ve HPV

aşısını duymuş olma oranları artmıştır. Arslan bu sonucu eğitim düzeyi yüksek olan kadınların daha bağımsız hareket etmesine ve buna bağlı olarak da doğru bilgi kaynağına ve sağlık hizmetlerine erişimlerinin artmasına bağlamıştır (Arslan, 2020). Erenoğlu'nun çalışmasında eğitim durumu üniversite ve üzeri olan kadınların Jinekolojik Kanser Riskleri Farkındalığı ve Jinekolojik Kanserlerde Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı alt boyut puanlarının diğerlerinden daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Erenoğlu, 2020). Bu çalışmada jinekolojik kanserlere ve tanısına ilişkin bilgiyi üniversitedeki derslerden edinen kadınların bilgi puanlarının daha yüksek olduğu görüldü. Bu nedenle çalışmada eğitim seviyesi arttıkça kadınların bilgi puanı artmış olabilir.

Bu çalışmada jinekolojik kanser hakkında bilgisi olduğunu söyleyenler ile bu bilgiyi ebe/hemşire/sağlık memurundan ve üniversitedeki derslerden edinenlerin, jinekolojik kanser tanı yöntemleri hakkında bilgisi olduğunu söyleyenler ile bu bilgiyi arkadaş/komşu/akrabadan ve üniversitedeki derslerden alanların JİKFÖ puanları diğerlerinden daha yüksek bulundu (Tablo 3.9). Ashtarian ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada en yüksek bilgi kaynağının %57.8 oranıyla sağlık çalışanları olduğu, sonra sırasıyla sosyal medya ve sosyal çevre geldiği ortaya koyulmuştur (Ashtarian ve ark., 2017). Erdoğan'ın (2020) çalışmasında en yüksek bilgi kaynağının sağlık çalışanları (%75.4) olduğu görülmüş, bunu sırasıyla sosyal medyanın (%13) ve sosyal çevrenin (%8.4) takip ettiği ortaya koyulmuştur (Erdoğan M., 2020). Serviks kanseri ile ilgili son ve güncel bilgilere erişildikten sonra sağlık çalışanlarının HPV bilgi düzeyi üzerine pek çok çalışma yapılmıştır (Özçam ve ark., 2014). Bunun sebebi; kanser farkındalığını arttırma konusunda özellikle ebe ve hemşirelerin rolünün oldukça büyük olmasıdır (Gözüyeşil ve ark., 2020). Evans ve arkadaşları (2014) bu konu üzerine bir çalışma yapmış, sağlık çalışanlarının farkındalığı arttırma konusunda olumlu bir davranış sergilediği ve bunu yaparken çoğunlukla broşür kullanma yöntemine başvurdukları sonucuna ulaşmıştır (Evans ve ark., 2014). Ancak yapılan çalışmalar bize hemşire ve ebelerin bilgi seviyesinin istendik düzeyde olmadığını da göstermektedir. Hemşirelerin jinekolojik kanserlere ilişkin bilgiyi %53.3'ünün hemşirelik okulundan edindiğini belirtmiştir. Bunu sırasıyla; sosyal medya (%47.7), akademik yayınlar (%18.2), seminerler (%2.9) ve sürekli tıp eğitimi oturumları (%8) izlemektedir. Ayrıca bu çalışmaya katılan hemşirelerin %84.6'sı hiç pap-smear testi yaptırmadıklarını ifade ederken, %22.6'sı da HPV aşısını duyduklarını belirtmişlerdir (Urasa ve Darj, 2011).

Özçam ve arkadaşlarının (2014) kadın sağlık çalışanlarının katılımıyla yaptığı çalışmada katılımcıların %72'si HPV aşısını bildiklerini ifade ederken, ancak %13'ü bu aşıyı yaptırdığını söylemiştir. Türkiye'de hemşirelik ve ebelik eğitiminin lisans düzeyinde veriliyor olması ve dolayısıyla eğitim seviyesinin bu sonucu etkilemesi durumu açıklamaktadır. Yine aynı çalışmada katılımcıların yarısının pap-smear testini hiç yaptırmamış olması bilgi düzeyinin davranış değişikliğine sebep olacak boyutta olmadığını göstermektedir (Özçam ve ark., 2014). Eğitim düzeyi tarama faaliyetlerinin artmasında olumlu bir etken olsa da, her eğitim düzeyi yüksek kadının bu davranış değişikliğini göstermediği de görülmektedir (Liao ve ark., 2006; Abotchie ve Shokar, 2009). Narayana ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında tam bir farkındalık ve davranış değişikliğinin oluşmasını sağlayan etkenler; yaş, yerleşim yeri, medeni durum, parite, eğitim düzeyi, meslek ve gelir düzeyi olarak sıralanmıştır (Narayana ve ark., 2017).

Erenoğlu ve Bayraktar'ın 2020 yılında yağmış olduğu çalışmada kadınlar %53.1 oran ile jinekolojik kanserler hakkında bilgi sahibi olduğunu ve bu bilgiyi %28.9 ile internetten, %18.3 ile sosyal çevreden ve %9.1 ile sağlık personelinden aldığını belirtmiştir (Erenoğlu ve Bayraktar, 2020). Tebeu ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada kadınlar serviks kanseri hakkındaki bilgiyi %75 oranla radyo, %41.7 oranla sağlık personeli ve %37.5 ile akrabalarından edindiklerini belirtmişlerdir (Tebeu ve ark., 2008). Yücel yapmış olduğu çalışmada bilginin %33.3'ünün TV-radyo, %33.3'ünün sağlık personeli ve %8.3'ünün arkadaş vasıtası ile edinildiği sonucuna ulaşmıştır (Yücel, 2006). Başka bir çalışmada, çalışmaya katılan öğrenciler %32.6 ile jinekolojik kanser hakkında bilgi sahibi olduğunu ve bu bilgiyi %53.9 ile öğretmenlerden, %18.2 ile kitap, medya ve internetten, %17.2 ile sağlık çalışanlarından ve %10.8 ile aile üyelerinden öğrendiğini belirtmişlerdir (Torun, 2019). Kolutek ve Avcı'nın yapmış olduğu çalışmaya katılan kadınların %14.4'ünün serviks kanseri hakkında bilgisi olduğu saptanmış ve kadınların bu bilgiyi %40.9 ile radyo/televizyondan, %15.9 ile ailedeki bireyler/akrabalardan, %9.1'le gazete-dergilerden ve %31.8 ile sağlık çalışanlarından edindiğini ortaya koyulmuştur (Kolutek ve Avcı, 2015). Literatürde pek çok çalışmada bilgi alma kaynakları değişmemiş, yalnızca sıralaması değişmiştir. Bizim çalışmamızda olduğu gibi bunlardan en önemlilerinden biri de sosyal çevredir. Cooper'ın çalışmasında katılımcılara sorular yöneltilmiş ve kadınlar bu konudaki bilgi kaynaklarını akraba ve arkadaşlarının,

kişilerarası etkileşimle haberdar oldukları insanların ve ünlülerin sağlık deneyimleri olduğunu ifade etmişlerdir (Cooper ve ark., 2011).

Jinekolojik kanserlerden korunmanın yaygınlaştırılması ve bu konuda farkındalık oluşturulması için yapılan çalışmalar yetersiz düzeydedir. Lyimo ve Beran (2012) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların yarısından fazlasının serviks kanserinden korunma konusundaki bilgisi yetersizdi (Lyimo ve Beran, 2012). Sağlık çalışanlarının en büyük görevi koruyucu sağlık hizmetlerini topluma aktarmaktır. Bunun için öncelikle kendisi donanımlı hale gelmeli, uzmanlaşmalı ve örnek olacak davranışlar sergilemelidir. Devlet ve bağlı bulunduğu kurumlar bu konuda çeşitli araştırmalar yapmalı ve eğitimler düzenlemelidir. Ancak bu şekilde kadınlar üzerinde yeterli etki oluşturulabilir (Özçam ve ark., 2014).

5. SONUÇ

Bu tez çalışmasının sonuçları aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

Katılımcıların JİKFÖ'ye ait en yüksek alt boyut puanının "Rutin Kontrol ve Ciddi Hastalık Algısı Farkındalığı", en düşük alt boyut puanının "Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı" olduğu ve toplam ölçek puanının 156.3±13.81 olduğu görüldü.

Kadınların yaşları ile JİKFÖ Rutin Kontrol ve Ciddi Hastalık Farkındalığı, Risk Farkındalığı ve ölçek toplam puanı arasında istatiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, "Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı" alt boyut puanı ile BKI, gebelik, çocuk ve canlı doğum sayısı, medeni durum, eğitim durumu, pap-smear testi yaptırma durumu, çalışma durumu ve meslek, sağlıklı beslendiğini düşünme durumu, jinekolojik kanserlere ve tanı yöntemlerine ilişkin bilgi sahibi olma durumu arasında fark saptandı.

"Rutin Kontrol ve Ciddi Hastalık Algısı Farkındalık" alt boyut puanı ile eğitim seviyesi, sağlıklı beslendiğini düşünme durumu, jinekolojik kanserlere ve tanı yöntemlerine ilişkin bilgi sahibi olma durumu arasında fark saptandı.

"Risk Farkındalığı" alt boyut puanı ile gebelik, çocuk ve canlı doğum sayısı, menapozda olma durumu, mamografi çektirmiş olma durumu, jinekolojik kanserlere ve tanı yöntemlerine ilişkin bilgi sahibi olma durumu arasında fark saptandı.

''Korunma Farkındalığı'' alt boyut puanı ile gelir gider durumu, sigara ve alkol kullanma ve jinekolojik kanser tanı yöntemlerine ilişkin bilgi sahibi olma durumu arasında, JİKFÖ toplam punı ile aile planlaması kullanma durumu ve jinekolojik kanser ve tanı yöntemleri hakkında bilgi sahibi olma durumu arasında fark saptandı.

Yaş ve jinekolojik kanserlere ilişkin bilgi sahibi olma durumunun JİKFÖ üzerine etki eden faktörler olduğu saptandı.

ÖNERİLER

Kadınların bilgi kaynakları olarak söyledikleri faktörler eğitimin hangi yollarla verilebileceği konusunda bize ışık tutmaktadır. Bu sebeple öncelikle sağlık çalışanlarının bilgi ve farkındalığının nasıl arttırılacağı ve davranış değişikliğinin nasıl sağlanacağı konularına ağırlık verilmesi.

Ebe ve hemşirelerin bu konularda uzmanlaşarak, kadınlara özel danışmanlık hizmeti sunmasının sağlanması

Her yaştaki kadının kolaylıkla bilgi ve sağlık hizmeti almasının sağlanması ve teşvik edilmesi

Görsel ve yazılı basında bu konuların daha çok yer almasının sağlanması

Tarama programlarına katılımı arttıracak ve dikkatleri bu yöne çekecek devlet destekli büyük kampanyalar düzenlenmesi ve bu kampanyalarda toplum tarafından benimsenmiş, örnek kişilerin yer alması

HPV aşısı hakkında bilgi sahibi olma ve yaptırma konusuna öncelik verilmesi önerilmektedir

KAYNAKÇA

Abotchie, P. N., & Shokar, N. K. (2009). Cervical cancer screening among college students in ghana: knowledge and health beliefs. International Journal Of Gynecological Cancer, 19(3), 412–416. doi: 10.1111/IGC.0b013e3181a1d6de

Abu-Rustum, N. R., Yashar, C. M., Bean, S., Bradley, K., Campos, S. M., Chon, H. S., ve ark. (2020). NCCN Guidelines Insights: Cervical Cancer, Version 1.2020. Journal of the National Comprehensive Cancer Network, 18(6), 660–666. doi: 10.6004/jnccn.2020.0027

Açıkgöz, A., Çehreli, R., & Ellidokuz, H. (2011). Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 25(3), 145-154.

Adams, T. S., & Cuello, M. A. (2018). Cancer of the vagina. International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 143 Suppl 2, 14–21. doi: 10.1002/ijgo.12610

Akujobi, C. N., Ikechebelu, J. I., Onunkwo, I., & Onyiaorah, I. V. (2008). Knowledge, attitude and practice of screening for cervical cancer among female students of a tertiary institution in South Eastern Nigeria. Nigerian Journal of Clinical Practice, 11(3), 216–219.

Alp Dal, N., & Ertem, G. (2017). Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği Geliştirme Çalışması. İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırma Dergisi, 6(5), 2351-2367.

Amant, F., Moerman, P., Neven, P., Timmerman, D., Van Limbergen, E., & Vergote, I. (2005). Endometrial cancer. The Lancet, 366(9484), 491–505. doi: 10.1016/S0140-6736(05)67063-8

American Cancer Society (ACS). (2018). Vaginal Cancer. Erişim: 11 Mayıs 2021, https://www.cancer.org/cancer/vaginal-cancer.html

American Cancer Society (ACS). (2021). Cervical Cancer. Erişim: 1 Mayıs 2021, https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8599.00.pdf

Armstrong, D. K., Alvarez, R. D., Bakkum-Gamez, J. N., Barroilhet, L., Behbakht, K., Berchuck, A., ve ark. (2019). NCCN Guidelines Insights: Ovarian Cancer, Version 1.2019. Journal of the National Comprehensive Cancer Network, 17(8), 896–909. doi: 10.6004/jnccn.2019.0039

Arslan, H. (2020). Aile hekimliği polikliniğine herhangi bir sebeple başvuran 18-65 yaş arası kadınların serviks kanseri taraması ve HPV aşısı hakkındaki bilgi düzeyi ve

davranışlarının değerlendirilmesi. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi, İzmir.

Ashtarian, H., PhD, Mirzabeigi, E., Bs, Mahmoodi, E., Bs, & Khezeli, M., PhD (2017). Knowledge about Cervical Cancer and Pap Smear and the Factors Influencing the Pap test Screening among Women. International Journal of Community Based Nursing and Midwifery, 5(2), 188–195.

Atlas, B. (2020). Çiğli bölge eğitim hastanesine başvuran kadınların jinekolojik kanserlerle ilgili farkındalığı. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Aydoğdu S. G. M., & Özsoy, Ü. (2018). Serviks kanseri ve HPV. Androloji Bülteni, 20, 25-29. doi: 10.24898/tandro.2018.62533

Bakkum-Gamez, J. N., Gonzalez-Bosquet, J., Laack, N. N., Mariani, A., & Dowdy, S. C. (2008). Current issues in the management of endometrial cancer. Mayo Clinic Proceedings, 83(1), 97–112. doi: 10.4065/83.1.97

Barlow, E. L., Kang, Y. J., Hacker, N. F., & Canfell, K. (2015). Changing Trends in Vulvar Cancer Incidence and Mortality Rates in Australia Since 1982. International Journal of Gynecological Cancer, 25(9), 1683–1689.

Berek, J. S., Kehoe, S. T., Kumar, L., & Friedlander, M. (2018). Cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum. International journal of gynaecology & obstetrics, 143 Suppl 2, 59–78. doi: 10.1002/ijgo.12614

Bhatla, N., Aoki, D., Sharma, D. N., & Sankaranarayanan, R. (2018). Cancer of the cervix uteri. International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 143 Suppl 2, 22–36. doi: 10.1002/ijgo.12611

Bilal, S. (2012). Doğurganlık ve menopoz dönemindeki kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının meme ve jinekolojik kanserlerden korunma davranışları ile ilişkisi. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Blake, P. (2003). Radiotherapy and chemoradiotherapy for carcinoma of the vulva. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 17(4), 649–661. doi: 10.1016/s1521-6934(03)00042-7

Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality

worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA-A Cancer Journal for Clinicians, 68(6), 394–424. doi: 10.3322/caac.21492

Brain, K. E., Smits, S., Simon, A. E., Forbes, L. J., Roberts, C., Robbé, I. J., ve ark. (2014). Ovarian cancer symptom awareness and anticipated delayed presentation in a population sample. BMC Cancer, 14, 171. doi: 10.1186/1471-2407-14-171

Burk, R. D., Terai, M., Gravitt, P. E., Brinton, L. A., Kurman, R. J., Barnes, W. A., ve ark. (2003). Distribution of human papillomavirus types 16 and 18 variants in squamous cell carcinomas and adenocarcinomas of the cervix. Cancer Research, 63(21), 7215–7220.

Butt, J. L., & Botha, M. H. (2017). Vulvar cancer is not a disease of the elderly: Treatment and outcome at a tertiary referral centre in South Africa. South African Medical Journal, 107(11), 1000–1004. doi: 10.7196/SAMJ.2017.v107i11.12497

Buys, S. S., Partridge, E., Black, A., Johnson, C. C., Lamerato, L., Isaacs, C., ve ark. (2011). Effect of screening on ovarian cancer mortality: the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) cancer screening randomized controlled trial. JAMA, 305(22), 2295–2303. doi: 10.1001/jama.2011.766

Calle, E., & Thun, M. (2004). Obesity and cancer. Oncogene, 23, 6365–6378. doi: 10.1038/sj.onc.1207751

Can, H., Kılıç Öztürk, Y., Güçlü, Y. A., Öztürk, F., & Demir, Ş. (2010). Kadın sağlık çalışanlarının serviks kanseri farkındalığı. Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi, 20(2), 77–84. doi: 10.5222/terh.2010.01954

Canavan, T. P., & Cohen, D. (2002). Vulvar cancer. American Family Physician, 66(7), 1269–1274.

Challinor, J. M., Galassi, A. L., Al-Ruzzieh, M. A., Bigirimana, J. B., Buswell, L., So, W., ve ark. (2016). Nursing's Potential to Address the Growing Cancer Burden in Low- and Middle-Income Countries. Journal of Global Oncology, 2(3), 154–163. doi: 10.1200/JGO.2015.001974

Chelimo, C., Wouldes, T. A., Cameron, L. D., & Elwood, J. M. (2013). Risk factors for and prevention of human papillomaviruses (HPV), genital warts and cervical cancer. The Journal of Infection, 66(3), 207–217. doi: 10.1016/j.jinf.2012.10.024

Chetrit, A., Hirsh-Yechezkel, G., Ben-David, Y., Lubin, F., Friedman, E., & Sadetzki, S. (2008). Effect of BRCA1/2 mutations on long-term survival of patients with

invasive ovarian cancer: the national Israeli study of ovarian cancer. Journal of Clinical Oncology, 26(1), 20–25. doi: 10.1200/JCO.2007.11.6905

Committee on Practice Bulletins—Gynecology (2012). ACOG Practice Bulletin Number 131: Screening for cervical cancer. Obstetrics and Gynecology, 120(5), 1222–1238. doi: 10.1097/aog.0b013e318277c92a

Committee Opinion No. 477: the role of the obstetrician-gynecologist in the early detection of epithelial ovarian cancer. (2011). Obstetrics and Gynecology, 117(3), 742–746. doi: 10.1097/AOG.0b013e31821477db

Cooper, C. P., Polonec, L., & Gelb, C. A. (2011). Women's knowledge and awareness of gynecologic cancer: a multisite qualitative study in the United States. Journal of Women's Health (2002), 20(4), 517–524. doi: 10.1089/jwh.2011.2765

Cooper, C. P., Polonec, L., Stewart, S. L., & Gelb, C. A. (2013). Gynaecologic cancer symptom awareness, concern and care seeking among US women: a multi-site qualitative study. Family Practice, 30(1), 96–104. doi: 10.1093/fampra/cms040

Cramer, D. W., Muto, M. G., Reichardt, J. K., Xu, H., Welch, W. R., Valles, B., ve ark. (1994). Characteristics of women with a family history of ovarian cancer. I. Galactose consumption and metabolism. Cancer, 74(4), 1309–1317. doi: 10.1002/1097-0142(19940815)74:4<1309::aid-cncr2820740421>3.0.co;2-w

Daly, M., & Obrams, G. I. (1998). Epidemiology and risk assessment for ovarian cancer. Seminars in Oncology, 25(3), 255–264.

Demir Avcı, Y. (2016). Kişisel Sağlık Sorumluluğu. TAF Preventive Medicine Bulletin, 15(3), 259-266. doi: 10.5455/pmb.1-1445494881

Duman, N. B., Koçak, D. Y., Albayrak, S. A., Topuz, Ş., & Yılmazel, G. (2015a). Kırk yaş üstü kadınların meme ve serviks kanseri taramalarına yönelik bilgi ve uygulamaları. GOP Taksim EAH JAREN, 1(1), 30-8. doi: 10.5222/jaren.2015.030

Duman, N.B., Yılmazel, G., Pınar, G. & Büyükgönenç, L. (2015b). The risk level of breast cancer and breast cancer awareness among the turkısh women aged 65 years and older. International Journal of Hematology and Oncology, 25 (1): 1-9. doi: 10.4999/uhod.15649

Eftekhar, Z., & Yarandi, F. (2004). Knowledge and concerns about cancer in patients with primary gynecologic cancers. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 5(2), 213–216.

Erdoğan, B. (2020). Aile sağlığı merkezine başvuran kadınların serviks kanseri ve HPV aşısı hakkındaki bilgi ve tutumları ile serviks kanseri taraması yaptırma durumları. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Erenoglu, R., & Bayraktar, E. (2020). Awareness levels of married women aged 20-60 years about gynaecological cancer and the affecting factors. International Journal of Caring Sciences, 13(1), 457-469.

Erkan, N. (2020). 30-65 yaş arası kadınların human papilloma virüs ve serviks kanseri taraması hakkındaki davranışlarına konu hakkında verilen eğitimin etkisi. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Estrella, J., Sullivan, H., Febryani, I., Vaughn, J., Villamin, C., & Bowman, G. (2018). Clinical Nurse Leader: Evolution of the Role in Oncology Care. Clinical Journal of Oncology Nursing, 22(4), 457–459. doi: 10.1188/18.CJON.457-459

Evans, R. E., Morris, M., Sekhon, M., Buszewicz, M., Walter, F. M., Waller, J., ve ark. (2014). Increasing awareness of gynaecological cancer symptoms: a GP perspective. The British Journal of General Practice, 64(623), e372–e380. doi: 10.3399/bjgp14X680161

Faber, M. T., Sand, F. L., Albieri, V., Norrild, B., Kjaer, S. K., & Verdoodt, F. (2017). Prevalence and type distribution of human papillomavirus in squamous cell carcinoma and intraepithelial neoplasia of the vulva. International Journal of Cancer, 141(6), 1161–1169. doi: 10.1002/ijc.30821

Ferghaly, H., Bourgeois, D., Houser, P. M., Padmanabhan, V., Lage, J. M., & Hoda, R. S. (2006). Routine vaginal Pap test is not useful in women status-post hysterectomy for bening disease. Diagnostic Cytopathology, 34(9), 640-643. doi: 10.1002/dc.20527

Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., ve ark. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. International Journal of Cancer, 136(5), E359–E386. doi: 10.1002/ijc.29210

Fernandes, J. V., Rodrigues, S. H., Costa, Y. G., Silva, L. C., Brito, A. M., Azevedo, J. W., ve ark. (2009). Knowledge, attitudes, and practices related to Pap test by

women, Northeastern Brazil. Revista de Saude Publica, 43(5), 851–858. doi: 10.1590/s0034-89102009005000055

FIGO Committee on Gynecologic Oncology (2014). FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and corpus uteri. International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics, 125(2), 97–98. doi: 10.1016/j.ijgo.2014.02.003

Fischer M. (2002). Cancer of the cervix. Seminars in Oncology Nursing, 18(3), 193–199. doi: 10.1053/sonc.2002.34081

Fonnes, T., Telle, I. O., Forsse, D., Falck, R., Trovik, J., Haldorsen, I. S., & Krakstad, C. (2021). Cancer awareness in the general population varies with sex, age and media coverage: A population-based survey with focus on gynecologic cancers. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 256, 25-31. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.10.051

Franco, E. L., Duarte-Franco, E., & Rohan, T. E. (2002). Evidence-based policy recommendations on cancer screening and prevention. Cancer detection and prevention, 26(5), 350–361. doi: 10.1016/s0361-090x(02)00118-6

Franco, E. L., & Duarte-Franco, E. (2008). Ovarian cancer and oral contraceptives. Lancet, 371(9609), 277–278. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60142-7

Freij, M., Al Qadire, M., Khadra, M., ALBashtawy, M., Tuqan, W., Al Faqih, M., ve ark. (2018). Awareness and Knowledge of Ovarian Cancer Symptoms and Risk Factors: A Survey of Jordanian Women. Clinical Nursing Research, 27(7), 826–840. doi: 10.1177/1054773817704749

Gamarra, C. J., Paz, E. P., & Griep, R. H. (2005). Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou entre mulheres argentinas [Knowledge, attitudes and practice related to Papanicolaou smear test among Argentina's women]. Revista De Saude Publica, 39(2), 270–276. doi: 10.1590/s0034-89102005000200019

Garland, S. M., Paavonen, J., Jaisamram, U., Naud, P., Salmerón, J., Chow, S. N., ve ark. (2016). Prior human papillomavirus-16/18 AS04-adjuvanted vaccination prevents recurrent high grade cervical intraepithelial neoplasia after definitive surgical therapy: Post-hoc analysis from a randomized controlled trial. International Journal of Cancer, 139(12), 2812-2826. doi: 10.1002/ijc.30391

Greven, K. M., & Corn, B. W. (1997). Endometrial cancer. Current Problems in Cancer, 21(2), 65–127. doi: 10.1016/s0147-0272(97)80002-5

Gordils-Perez, J., Schneider, S. M., Gabel, M., & Trotter, K. J. (2017). Oncology Nurse Navigation: Development and Implementation of a Program at a Comprehensive Cancer Center. Clinical Journal of Oncology Nursing, 21(5), 581–588. doi: 10.1188/17.CJON.581-588

Gökgöz, N., & Aktaş, D. (2015). Kadınların serviks kanseri ve pap-smear testi yaptırma durumlarına yönelik farkındalık düzeylerinin belirlenmesi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi, 3(2), 11-23.

Gözüyeşil, E., Düzgün, A. A., & Filiz, T. A. Ş. (2020). Bir aile sağlığı merkezine başvuran kadınların jinekolojik kanser farkındalıklarının değerlendirilmesi. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 14(2), 177-185. doi: 10.21763/tjfmpc.730022

Gyamfua, A. A., Nkrumah, I., Ibitoye, B. M., Agyemang, B. A., Ofosu, E. S., Tsoka-Gwegweni, J. M., ve ark. (2019). The level of knowledge and associated socio-demographic factors on cervical cancer among women: a cross-sectional study at Kenyase Bosore community, Ghana. The Pan African Medical Journal, 34, 44. doi: 10.11604/pamj.2019.34.44.19471

Hacker, N. F. (2007). Vulvar cancer. İçinde J. S. Berek, E. Y. Adashi, P. A. Hillard (Eds), Gynecology. (12 th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins, ss. 1231–1260

Hacker, N. F., & Barlow, E. L. (2015). Staging for vulvar cancer. Best practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology, 29(6), 802–811. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2015.01.004

Halonen, P., Jakobsson, M., Heikinheimo, O., Riska, A., Gissler, M., & Pukkala, E. (2017). Lichen sclerosus and risk of cancer. International Journal of Cancer, 140(9), 1998–2002. doi: 10.1002/ijc.30621

Hansen, B. T., Campbell, S., & Nygård, M. (2018). Long-term incidence trends of HPV-related cancers, and cases preventable by HPV vaccination: a registry-based study in Norway. BMJ open, 8(2), e019005. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019005

Harkenrider, M. M., Alite, F., Silva, S. R., & Small, W., Jr (2015). Image-Based Brachytherapy for the Treatment of Cervical Cancer. International journal of Radiation Oncology, Biology, Physics, 92(4), 921–934. doi: 10.1016/j.ijrobp.2015.03.010

Hawkins, N. A., Cooper, C. P., Saraiya, M., Gelb, C. A., & Polonec, L. (2011). Why the Pap test? Awareness and use of the Pap test among women in the United States. Journal of Women's Health, 20(4), 511–515. doi: 10.1089/jwh.2011.2730

Hodeib, M., Cohen, J. G., Mehta, S., Rimel, B. J., Walsh, C. S., Li, A. J., ve ark. (2016). Recurrence and risk of progression to lower genital tract malignancy in women with high grade VAIN. Gynecologic Oncology, 141(3), 507–510. doi: 10.1016/j.ygyno.2016.03.033

Hoffman, B. L., Schorge, J. O., Bradshaw, K. D., Halvorson, L. M., Schaffer, J. I., & Corton, M. M. (2016). Williams Gynecology. New York, USA: McGraw-Hill Education.

Holschneider, C. H., Berek, I. S. (2007). Vulvar cancer. İçinde J. S. Berek (Ed.), Novak's Gynecology. (14th ed). Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins, ss. 1549–1580.

Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, May 2017. (2017). Vaccins contre les papillomavirus humains: note de synthèse de l'OMS, mai 2017. Releve Epidemiologique Hebdomadaire, 92(19), 241–268.

Idowu, A., Olowookere, S. A., Fagbemi, A. T., & Ogunlaja, O. A. (2016). Determinants of cervical cancer screening uptake among women in Ilorin, North Central Nigeria: a community-based study. Journal of cancer epidemiology, 2016. doi: 10.1155/2016/6469240

International Agency for Research on Cancer (IARC). (2020a). Erişim: 15 Mayıs 2021, https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf

International Agency for Research on Cancer (IARC). (2020b). World Health Organization. Cancer Tomorrow. Erişim: 1 Nisan 2021, https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/dataviz/isotype?cancers=22&single_unit=50&sexes=2&populations=792

Jones, R. W., Rowan, D. M., & Stewart, A. W. (2005). Vulvar intraepithelial neoplasia: aspects of the natural history and outcome in 405 women. Obstetrics and Gynecology, 106(6), 1319–1326. doi: 10.1097/01.AOG.0000187301.76283.7f

John Hopkins Medicine. (2021). Gynecologic Cancer Awareness: Infographic. Eirşim: 12 Maayıs 2021, https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/gynecologic-cancer-awareness-infographic

Jordan, S. M. & Tewari, K. S. (2015). Cervical Cancer. İçinde R. M. Eskande, R. E. Bristow (Eds.), Gynecologic Oncology: A Pocketbook. USA; Springer, ss. 55-84.

Kang, J., Fader, A. N., & Viswanathan, A. (2017). Vaginal Cancer. İçinde D. S. Chi, A. Berchuck, D. S. Dizon, C. M. Yashar (Eds.), Principles and Practice of Gynecologic Oncology. (7th ed.). China; Wolters Kluwer, ss. 906-945.

Kim, R. Y., Alvarez, R. D., & Omura, G. A. (2002). Advances in the treatment of gynecologic malignancies. Part 1: Cancers of the cervix and vulva. Oncology, 16(11), 1510–1530.

Koçkanat, P. (2017). Kız öğrencilerin jinekolojik kanserlerden korunma konusundaki bilgi tutumlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.

Kolutek, R., & Avcı, I. A. (2015). The Effect of training and monitoring at home on the knowledge level and practices of married women regarding breast and cervical cancer. Journal of Breast Health, 11(4, 155-162

Krill, L., & Randall, L. M. (2015). Cancer of the Vulva and Vagina. İçinde R. M. Eskande, R. E. Bristow (Eds.), Gynecologic Oncology: A Pocketbook. USA; Springer, ss. 85-131.

Lamos, C., Mihaljevic, C., Aulmann, S., Bruckner, T., Domschke, C., Wallwiener, M., ve ark. (2016). Detection of Human Papillomavirus Infection in Patients with Vaginal Intraepithelial Neoplasia. PloS One, 11(12), e0167386. doi: 10.1371/journal.pone.0167386

Ledford, L., & Lockwood, S. (2019). Scope and Epidemiology of Gynecologic Cancers: An Overview. Seminars in Oncology Nursing, 35(2), 147–150. doi: 10.1016/j.soncn.2019.03.002

Liang, M. I., & Huh, W. K. (2018). Financial toxicity - An overlooked side effect. Gynecologic Oncology, 150(1), 3–6. doi: 10.1016/j.ygyno.2018.05.012

Liao, C. C., Wang, H. Y., Lin, R. S., Hsieh, C. Y., & Sung, F. C. (2006). Addressing Taiwan's high incidence of cervical cancer: factors associated with the Nation's low compliance with Papanicolaou screening in Taiwan. Public Health, 120(12), 1170–1176. doi: 10.1016/j.puhe.2006.07.028

Lin, W., Wang, Y., Liu, Z., Chen, B., Yuan, S., Wu, B., ve ark. (2019). Awareness and attitude towards human papillomavirus and its vaccine among females with and without daughter(s) who participated in cervical cancer screening in Shenzhen,

China. Tropical Medicine & International Health, 24(9), 1054–1063. doi: 10.1111/tmi.13283

Lyimo, F. S., & Beran, T. N. (2012). Demographic, knowledge, attitudinal, and accessibility factors associated with uptake of cervical cancer screening among women in a rural district of Tanzania: three public policy implications. BMC Public Health, 12, 22. doi: 10.1186/1471-2458-12-22

Mahdavi, A., Pejovic, T., & Nezhat, F. (2006). Induction of ovulation and ovarian cancer: a critical review of the literature. Fertility and sterility, 85(4), 819–826. doi: 10.1016/j.fertnstert.2005.08.061

Martin, V. R. (2011a). Ovarian Cancer. İçinde C. H. Yarbro, D. Wujcik, B. H. Gobel (Eds.), Cancer Nursing: Principles and Practice. (7th ed.). USA: Jones and Bartlett Publishers, ss. 1546-1579.

Martin, V. R. (2011b). Cervical Cancer. İçinde C. H. Yarbro, D. Wujcik, B. H. Gobel (Eds.), Cancer Nursing: Principles and Practice. (7th ed.). USA; Jones and Bartlett Publishers, ss. 1188-1204.

McMeekin, D. S., Alektiar, K. M., Sabbatini, P., Zaino, R. J. (2009). Corpus: epithelial tumors. İçinde R. R. Barakat, M. Markman, M. E. Randall ME (Eds.), Principles and Practice of Gynecologic Oncology. (5th ed.). Baltimore, MD: Lippincott, Williams, & Wilkins, ss. 683–732.

Mavi Aydoğdu, S. G. & Bekar, M. (2016). Üniversite kız öğrencilerinin jinekolojik kanserlerden korunma ile ilgili bilgi ve davranışların belirlenmesi. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 19(1), 25-32.

Meyer, L. A., Bohlke, K., Powell, M. A., Fader, A. N., Franklin, G. E., Lee, L. J., ve ark. (2015). Postoperative Radiation Therapy for Endometrial Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Endorsement of the American Society for Radiation Oncology Evidence-Based Guideline. Journal of Clinical Oncology, 33(26), 2908–2913. doi: 10.1200/JCO.2015.62.5459

Mink, P. J., Folsom, A. R., Sellers, T. A., & Kushi, L. H. (1996). Physical activity, waist-to-hip ratio, and other risk factors for ovarian cancer: a follow-up study of older women. Epidemiolog, 7(1), 38–45. doi: 10.1097/00001648-199601000-00008

Modugno, F., & Ovarian Cancer and High-Risk Women Symposium Presenters (2003). Ovarian cancer and high-risk women-implications for prevention, screening, and

early detection. Gynecologic oncology, 91(1), 15–31. doi: 10.1016/s0090-8258(03)00254-3

Moore, D. H., Koh, W. J., McGuire, W. P., Wilkinson, E. J. (2005). Vulva. İçinde W. J. Hoskins, C. A. Perez, R. C. Young (Eds.), Principles and Practice of Gynecologic Oncology. (4th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins, ss. 665–705.

Moshi, F. V., Vandervort, E. B., & Kibusi, S. M. (2018). Cervical Cancer Awareness among Women in Tanzania: An Analysis of Data from the 2011-12 Tanzania HIV and Malaria Indicators Survey. International Journal of Chronic Diseases, 2018, 2458232. doi: 10.1155/2018/2458232

Muigai, J., Jacob, L., Dinas, K., Kostev, K., & Kalder, M. (2018). Potential delay in the diagnosis of vulvar cancer and associated risk factors in women treated in German gynecological practices. Oncotarget, 9(9), 8725–8730. doi: 10.18632/oncotarget.23848

Muñoz, N., Bosch, F. X., de Sanjosé, S., Herrero, R., Castellsagué, X., Shah, K. V., ve ark. (2003). Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. The New England Journal of Medicine, 348(6), 518–527. doi: 10.1056/NEJMoa021641

Mwaka, A. D., Orach, C. G., Were, E. M., Lyratzopoulos, G., Wabinga, H., & Roland, M. (2016). Awareness of cervical cancer risk factors and symptoms: cross-sectional community survey in post-conflict northern Uganda. Health Expectations, 19(4), 854-867. doi: 10.1111/hex.12382

Mwanahamuntu, M. H., Sahasrabuddhe, V. V., Kapambwe, S., Pfaendler, K. S., Chibwesha, C., Mkumba, G., ve ark. (2011). Advancing cervical cancer prevention initiatives in resource-constrained settings: insights from the Cervical Cancer Prevention Program in Zambia. PLoS Medicine, 8(5), e1001032. doi: 10.1371/journal.pmed.1001032

Nagle, C. M., Francis, J. E., Nelson, A. E., Zorbas, H., Luxford, K., de Fazio, A., ve ark. (2011). Reducing time to diagnosis does not improve outcomes for women with symptomatic ovarian cancer: a report from the Australian Ovarian Cancer Study Group. Journal of Clinical Oncology, 29(16), 2253–2258. doi: 10.1200/JCO.2010.32.2164

Narayana, G., Suchitra, M. J., Sunanda, G., Ramaiah, J. D., Kumar, B. P., & Veerabhadrappa, K. V. (2017). Knowledge, attitude, and practice toward cervical cancer among women attending Obstetrics and Gynecology Department: A cross-sectional,

hospital-based survey in South India. Indian Journal of Cancer, 54(2), 481–487. doi: 10.4103/ijc.IJC_251_17

National Cervical Cancer Coalition. (2018). Gynecological cancer awareness month; 2018. Erişim: 10 Mayıs 2021, http://www.nccc-online.org/gynecological-cancer-awareness-month/

Norquist, B. M., Harrell, M. I., Brady, M. F., Walsh, T., Lee, M. K., Gulsuner, S., ve ark. (2016). Inherited Mutations in Women with Ovarian Carcinoma. JAMA Oncology, 2(4), 482–490. doi: 10.1001/jamaoncol.2015.5495

Novinson, D., Puckett, M., Townsend, J., Tortolero-Luna, G., Patterson, J. R., Gelb, C. A., ve ark. (2019). Increasing Awareness of Uterine Cancer Risks and Symptoms by Using Campaign Materials from Inside Knowledge: Get the Facts About Gynecologic Cancer. Journal of Cancer Education, 34(6), 1190–1197. doi: 10.1007/s13187-018-1427-4

Okunowo, A. A., Daramola, E. S., Soibi-Harry, A. P., Ezenwankwo, F. C., Kuku, J. O., Okunade, K. S., & Anorlu, R. I. (2018). Women's knowledge of cervical cancer and uptake of Pap smear testing and the factors influencing it in a Nigerian tertiary hospital. Journal of cancer Research and Practice, 5(3), 105-111. doi: 10.1016/j.jcrpr.2018.02.001

Oleszewski, K. (2011). Vulvar and Vaginal Cancer. İçinde C. H. Yarbro, D. Wujcik, B. H. Gobel (Eds.), Cancer Nursing: Principles and Practice. (7th ed.). USA; Jones and Bartlett Publishers, ss. 1719-1739.

Ozan, H. (2005). Pap smear: Ne zaman? nasıl? Kimden? TJOD - Uzmanlık Sonrası Eitim ve Güncel Gelişmeler, 2, 35-40.

Özcan, H., & Demir Doğan, M. (2021). Gynecological Cancer Awareness Among Women. Indian Journal of Gynecologic Oncology, 19, 13. doi: 10.1007/s40944-020-00481-w

Özçam, H., Çimen, G., Uzunçakmak, C., Aydın, S., Özcan, T., & Boran, B. (2014). Kadın Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri, Serviks Kanseri ve Rutin Tarama Testlerini Yaptırmaya İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Istanbul Medical Journal, 15(3), 154-160.

Öztürk, Y & Gürsoy, E. (2020). Kadınların pap smear tarama testini yaptırmalarının önündeki engeller. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 29, 61-68.

Palumbo, A. R., Fasolino, C., Santoro, G., Gargano, V., Rinaldi, M., Arduino, B., ve ark. (2016). Evaluation of Symptoms and Prevention of Cancer in Menopause: The Value of Vulvar Exam. Translational medicine @ UniSa, 15, 74–79.

Parveen, N., Sikander, R., Majida, & Shaheen (2018). Spectrum of Gynecological Malignancies at Jamshoro. Journal of the College of Physicians and Surgeons--Pakistan, 28(1), 52–55.

Pecorelli, S. (2009). Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 105(2), 103–104. doi: 10.1016/j.ijgo.2009.02.012

Pehlivan, Z., Ada, E. N., & Öztaş, G. (2017). Ev kadınlarının sosyal görünüş kaygıları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Spor Bilimleri Dergisi, 28(1), 11-23. doi: 10.17644/sbd.337990

Pınar, G., Algıer, L., Çolak, M., & Abbasoğlu, A. (2007). Hemşirelerin serviks kanseri ve HPV aşısı hakkındaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi, Türk Jinekoloji Onkoloji Dergisi, 10(4):94-98

Pinar, G., Algier, L., Doğan, N., & Kaya, N. (2008). Jinekolojik Kanserli Bireylerde Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. International Journal of Hematology & Oncology/UHOD: Uluslararasi Hematoloji Onkoloji Dergisi, 18(4).

Pınar, G., Topuz, Ş., An, Ş., Doğan, N., Kaya, N., & Algier, L. (2010). Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran kadınların HPV aşısı ve serviks kanseri ile ilgili bilgi düzeyleri. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 13(1), 11-18.

Pimple, S. A., & Mishra, G. A. (2019). Global strategies for cervical cancer prevention and screening. Minerva Ginecologica, 71(4), 313–320. doi: 10.23736/S0026-4784.19.04397-1

Prat, J., & FIGO Committee on Gynecologic Oncology (2015). FIGO's staging classification for cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum: abridged republication. Journal of gynecologic oncology, 26(2), 87–89. doi: 10.3802/jgo.2015.26.2.87

Puckett, M. C., Townsend, J. S., Gelb, C. A., Hager, P., Conlon, A., & Stewart, S. L. (2018). Ovarian Cancer Knowledge in Women and Providers Following Education with Inside Knowledge Campaign Materials. Journal of Cancer Education, 33(6), 1285–1293. doi: 10.1007/s13187-017-1245-0

Qaseem, A., Humphrey, L. L., Harris, R., Starkey, M., Denberg, T. D., & Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians (2014). Screening pelvic examination in adult women: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. Annals of Internal Medicine, 161(1), 67–72. doi: 10.7326/M14-0701

Rakislova, N., Clavero, O., Alemany, L., Saco, A., Quirós, B., Lloveras, B., ve ark. (2017). "Histological characteristics of HPV-associated and -independent squamous cell carcinomas of the vulva: A study of 1,594 cases". International Journal of Cancer, 141(12), 2517–2527. doi: 10.1002/ijc.31006

Rantshabeng, P. S., Moyo, S., Moraka, N. O., Ndlovu, A., MacLeod, I. J., Gaseitsiwe, S., ve ark. (2017). Prevalence of oncogenic human papillomavirus genotypes in patients diagnosed with anogenital malignancies in Botswana. BMC infectious diseases, 17(1), 731. doi: 10.1186/s12879-017-2832-8

Rice, V. H., Hartmann-Boyce, J., & Stead, L. F. (2013). Nursing interventions for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews, (8), CD001188. doi: 10.1002/14651858.CD001188.pub4

Rogers, L. J., & Cuello, M. A. (2018). Cancer of the vulva. International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 143 Suppl 2, 4–13. doi: 10.1002/ijgo.12609

Russell, A.H. (2007). Vulvar and vaginal carcinoma. İçinde L. L. Gunderson, J. E. Teppe (Eds.), Clinical Radiation Oncology. Philadelphia, PA: Churchill Livingstone, ss. 1385–1422.

Saito, T. (2019). Surgery for Vulvar Cancer and Vaginal Cancer. İçinde M. Mikami (Ed.), Comprehensive Gynecology and Obstetrics Surgery for Gynecologic Cancer. Singapur; Springer, ss. 415-431.

Saltzman, B. S., Doherty, J. A., Hill, D. A., Beresford, S. A., Voigt, L. F., Chen, C., ve ark. (2008). Diabetes and endometrial cancer: an evaluation of the modifying effects of other known risk factors. American journal of epidemiology, 167(5), 607–614. doi: 10.1093/aje/kwm333

Sankaranarayanan, R., Esmy, P. O., Rajkumar, R., Muwonge, R., Swaminathan, R., Shanthakumari, S., ve ark. (2007). Effect of visual screening on cervical cancer incidence and mortality in Tamil Nadu, India: a cluster-randomised trial. Lancet (London, England), 370(9585), 398–406. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61195-7

Saslow, D., Solomon, D., Lawson, H. W., Killackey, M., Kulasingam, S. L., Cain, J., ve ark. (2012). American Cancer Society, American Society for Colposcopy and

Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 62(3), 147–172. doi: 10.3322/caac.21139

Scurry, J., & Wilkinson, E. J. (2006). Review of terminology of precursors of vulvar squamous cell carcinoma. Journal of Lower Genital Tract Disease, 10(3), 161–169. doi: 10.1097/00128360-200607000-00008

Serrano, B., de Sanjosé, S., Tous, S., Quiros, B., Muñoz, N., Bosch, X., ve ark. (2015). Human papillomavirus genotype attribution for HPVs 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 and 58 in female anogenital lesions. European Journal of Cancer, 51(13), 1732–1741. doi: 10.1016/j.ejca.2015.06.001

Sherman, J. F., Mount, S. L., Evans, M. F., Skelly, J., Simmons-Arnold, L., & Eltabbakh, G. H. (2008). Smoking increases the risk of high-grade vaginal intraepithelial neoplasia in women with oncogenic human papillomavirus. Gynecologic Oncology, 110(3), 396–401. doi: 10.1016/j.ygyno.2008.05.015

Siegel, R. L., Miller, K. D., & Jemal, A. (2016). Cancer statistics, 2016. CA: a cancer journal for clinicians, 66(1), 7–30. doi: 10.3322/caac.21332

Siegel, R. L., Miller, K. D., & Jemal, A. (2018). Cancer statistics, 2018. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 68(1), 7–30. doi: 10.3322/caac.21442

Silveira, N. S., Vasconcelos, C. T., Nicolau, A. I., Oriá, M. O., Pinheiro, P. N., & Pinheiro, A. K. (2016). Knowledge, attitude and practice of the smear test and its relation with female age. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 24, e2699. doi: 10.1590/1518-8345.0700.2699

Sivri Aydın, D., Ekmez, M., Göksedef, B. P., Hasanova, M., Aşık, H., & Çetin, A. (2015). Polikliniğe başvuran kadınlarda smear farkındalığı ve yaptırma sıklığı. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 4, 127–130.

Slomovitz, B. M, & Colemna, R. L. (2007). Invasive cancer of the vagina and urethra. İçinde P. J. DiSaia, W. T. Creasman (Eds.), Clinical Gynecologic Oncology. (7th ed.). St. Louis, MO; Mosby, ss. 265–281.

Smith, R. A., Cokkinides, V., & Eyre, H. J. (2005). American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer, 2005. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 55(1), 31–56. doi: 10.3322/canjclin.55.1.31

Soliman, P. T., Oh, J. C., Schmeler, K. M., Sun, C. C., Slomovitz, B. M., Gershenson, D. M., ve ark. (2005). Risk factors for young premenopausal women with endometrial cancer. Obstetrics and Gynecology, 105(3), 575–580. doi: 10.1097/01.AOG.0000154151.14516.f7

Soliman, P. T., Frumovitz, M., Spannuth, W., Greer, M. J., Sharma, S., Schmeler, K. M., ve ark. (2010). Lymphadenectomy during endometrial cancer staging: practice patterns among gynecologic oncologists. Gynecologic Oncology, 119(2), 291–294. doi: 10.1016/j.ygyno.2010.07.011

Solmaz, U., Ekin, A., Mat, E., Dereli, L., Gezer, C., Gökçü, M., ve ark. (2016). Endometriyum kanserinde güncel yaklaşımlar. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 1, 7-16.

Sonoda, Y. (2003). Optimal therapy and management of endometrial cancer. Expert Review of Anticancer Therapy, 3(1), 37–47. doi: 10.1586/14737140.3.1.37

Sonoda, Y., & Barakat, R. R. (2006). Screening and the prevention of gynecologic cancer: endometrial cancer. Best practice & research. Clinical Obstetrics & Gynaecology, 20(2), 363–377. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2005.10.015

Sorosky, J. I. (2012). Endometrial cancer. Obstetrics and Gynecology, 120(2 Pt 1), 383–397. doi: 10.1097/AOG.0b013e3182605bf1

Sørensen, S. S., & Mosgaard, B. J. (2011). Combination of cancer antigen 125 and carcinoembryonic antigen can improve ovarian cancer diagnosis. Danish Medical Bulletin, 58(11), A4331.

Stehman, F. B. (2007). Invasive cancer of the vulva. İçinde P. J. DiSaia, W. T. Creasman (Eds.), Clinical Gynecologic Oncology. (7th ed.). St. Louis, MO: Mosby, ss. 235–264.

Stewart, S. L., Lakhani, N., Brown, P. M., Larkin, O. A., Moore, A. R., & Hayes, N. S. (2013). Gynecologic cancer prevention and control in the National Comprehensive Cancer Control Program: progress, current activities, and future directions. Journal of Women's Health (2002), 22(8), 651–657. doi: 10.1089/jwh.2013.4465

Sutton, B. C., Allen, R. A., Moore, W. E., & Dunn, S. T. (2008). Distribution of human papillomavirus genotypes in invasive squamous carcinoma of the vulva. Modern Pathology, 21(3), 345–354. doi: 10.1038/modpathol.3801010

Şahin, D. (2009). Kırklareli Devlet Hastanesi'nde çalışan sağlık personelinin ve hastaneye başvuran kadınların jinekolojik kanserler hakkında bilgi, tutum ve davranışları. Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kırklareli.

Şahin, D., & Sayın, N. C. (2015). Knowledge, attitude and behavior about gynecologic cancers in women admitted to and healthcare staff working at the state hospital in Kırklareli. Indian Journal of Applied Research, 5(3), 294-297.

Şahin, E., & Özdurna, Y. (2017). Oral kontraseptiflerin ilaç, bitki ve besinlerle etkileşimi. Lectio Scientific, 1(1), 40-52.

Tangjitgamol, S., Kavanagh, J., & Shetty, M. K. (2013). Endometrial Cancer: Risk Factors and Early Diagnosis in Low-Resource Countries. İçinde M. K. Shetty (Ed.), Breast and Gynecological Cancers: An Integrated Approach for Screening and Early Diagnosis in Developing Countries. Newyork: Springer, ss. 14-167.

TBSA. (2014). Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No: 931. Erişim: 27 Temmuz 2021

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2019). Türkiye Kanser İstatistikleri 2016. Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı Yayınları, ss. 26-28.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2021). Erişim: 17 Mayıs 2021, https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/serviks-kanseri-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html

Tebeu, P. M., Major, A. L., Rapiti, E., Petignat, P., Bouchardy, C., Sando, Z., ... & Mhawech-Fauceglia, P. (2008). The attitude and knowledge of cervical cancer by Cameroonian women; a clinical survey conducted in Maroua, the capital of Far North Province of Cameroon. *International Journal of gynecologic cancer*, *18*(4). doi: 10.1136/ijgc-00009577-200807000-00023

Tekpınar, H., Özen, M., & Aşık, Z. (2018). Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastaların kanser taramalarına ilişkin yaklaşımlarının değerlendirilmesi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 22(1), 28-36. doi: 10.15511/tahd.18.00128

Temür, M., Çift, T., Balcı, U. G., Güçlü, Y. A., Öngel, K., & Yılmaz, Ö. (2017). Kadın yaşamında obezitenin jinekolojik etkileri. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 24(4), 153–158. doi: 10.17343/sdutfd.302057

Terry, P. D., Rohan, T. E., Franceschi, S., & Weiderpass, E. (2002). Cigarette smoking and the risk of endometrial cancer. The Lancet. Oncology, 3(8), 470–480. doi: 10.1016/s1470-2045(02)00816-1

Teskereci, G., Öncel, S., & Özer Arslan, Ü. (2020). Meslek edindirme kurslarındaki kadınların jinekolojik kanserler açısından risk faktörlerine ve erken uyarı belirtilerine göre değerlendirilmesi. Sürekli Tıp eğitimi Dergisi, 29(4), 229-238. doi: 10.17942/sted.713748

The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2021). Updated cervical Cancer Screening Guidelines. Erişim: 17 Mayıs 2021, https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2021/04/updated-cervical-cancer-screening-guidelines

Torun, A. (2019). Lise kız öğrencilerinin sağlık algılarının jinekolojik kanserlerden korunma konusundaki bilgi düzeyleri ile ilişkisi. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.

Türkol, E., Güneş, G., Özen, G., & Omaç, M. (2009). Kadınların serviks kanseri, Pap smear ve HPV aşısı hakkında bilgi tutum ve davranışları. e-Journal of New World Sciences Academy, 4(3), 67-74.

Urasa, M., & Darj, E. (2011). Knowledge of cervical cancer and screening practices of nurses at a regional hospital in Tanzania. African Health Sciences, 11(1), 48–57.

US Preventive Services Task Force, Grossman, D. C., Curry, S. J., Owens, D. K., Barry, M. J., Davidson, K. W., ve ark. (2018). Screening for Ovarian Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA, 319(6), 588–594. doi: 10.1001/jama.2017.21926

Ünalan, P., Gülay, B., Atalay, A., Kasapbaş, T., & Uzuner, A. (2005). Marmara Üniversitesi kadın doğum polikliniğine başvuranların pap smear konusundaki bilgileri ve test sonuçları. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 36(4), 147-51.

Vo, C., & Carney, M. E. (2007). Ovarian cancer hormonal and environmental risk effect. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America, 34(4), 687–700, viii. doi: 10.1016/j.ogc.2007.09.008

Wagenaar, H. C., Colombo, N., Vergote, I., Hoctin-Boes, G., Zanetta, G., Pecorelli, S., ve ark. (2001). Bleomycin, methotrexate, and CCNU in locally advanced or recurrent, inoperable, squamous-cell carcinoma of the vulva: an EORTC Gynaecological Cancer Cooperative Group Study. European Organization for Research and Treatment of Cancer. Gynecologic Oncology, 81(3), 348–354. doi: 10.1006/gyno.2001.6180

Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. Nursing Research, 36(2), 76-81.

Wegwarth, O., Widschwendter, M., Cibula, D., Sundström, K., Portuesi, R., Lein, I., ve ark. (2018). What do European women know about their female cancer risks and cancer screening? A cross-sectional online intervention survey in five European countries. BMJ Open, 8(12), e023789. doi: 10.1136/bmjopen-2018-023789

Williams, A. L. (2018). Cancer SOURCEBOOK for Women. (6th ed.). Detroit; Omnigraphics Publishing. Detroit.

World Heealth Organization (WHO). (2014). Comprehensive cervical cancer control A guide to essential practice. (2th ed.). Erişim: 11 Mayıs 2021, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization (WHO). (2019). Erişim: 15 Mayıs 2021, https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death

World Health Organization (WHO). (2020). Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Erişim: 15 Mayıs 2021, file:///C:/Users/user/Downloads/9789240014107-eng.pdf

World Health Organization (WHO). (2021). Cancer Erişim: 15 Mayıs 2021, https://www.who.int/cancer/resources/keyfacts/en/

Xiao, X., Meng, Y. B., Bai, P., Zou, J., Zhang, Y., Nguyen, T., ve ark. (2017). Vulvar Cancer in China: Epidemiological Features and Risk Analysis. Journal of Cancer, 8(15), 2950–2958. doi: 10.7150/jca.20496

Yanikkerem, E., Goker, A., Piro, N., Dikayak, S., & Koyuncu, F. M. (2013). Knowledge about cervical cancer, pap test and barriers towards cervical screening of women in Turkey. Journal of Cancer Education, 28(2), 375–383. doi: 10.1007/s13187-012-0409-1

Yetimalar, M. H., Köksal, A. A., Çiftçi, M., Çukurova, K., İnceoğlu, M., & Keklik, A. (2007). Over Kanserlerinin Epidemiyolojik Faktörler Açısından İncelenmesi. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, *10*(3), 72-82.

Yuanyue, L., Baloch, Z., Shanshan, L., Yasmeen, N., Xiaomei, W., Khan, J. M., ve ark. (2018). Cervical Cancer, Human Papillomavirus Infection, and Vaccine-Related Knowledge: Awareness in Chinese Women. Cancer Control, 25(1), 1073274818799306. doi: 10.1177/1073274818799306

Yücel, U., (2006). Kadınlara serviks kanserine ilişkin risk faktörleri ve korunma konusunda verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

EKLER

EK - 1 : Kurum İzni 1 –Fatih Medikal Park Hastanesi

EK - 2 : Kurum İzni 2- İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

EK -3 : Kurum İzni 3 - Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları İzni

EK - 4 : Ölçek İzni

EK - 5 : Etik Kurul Onayı 1

EK - 6 : Etik Kurul Onayı 2

EK - 7 : Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Soru Formu

EK - 8 : Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği (JİKFÖ)

EK-1: Kurum İzni 1 – Fatih Medikal Park Hastanesi

MEDICALPARK

25.12.2019

İLGİLİ MAKAMA

Hastanemizde Ebe olarak çalışmakta olan Sümeyya Öz'ün, "20 Yaş ve Üzeri Kadınların Jinekolojik Kanserlere İlişkin Bilgi ve Farkındalığı ile Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" konulu araştırma çalışmasının yatan hasta katlarında yapılması hastane yönetimi tarafınca uygundur.

Bilgilerinize,

GİZLENMİŞTİR

GİZLENMİŞTİR

EK - 2 : Kurum İzni 2 – İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 15916306-604.01.01
Konu : Sümeyya ÖZ(Çalışma İzni)

İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Maltepe Mah. Edirne Çırpıcı Yolu, No:9 Zeytinburnu/İstanbul)

İlgi : 02/12/2019 tarihli ve 71211201-2973 sayılı yazı.

İlgi sayılı sayılı yazı ile Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Sümeyya ÖZ'ün **" 20 Yaş ve Üzeri Kadınların Jinekolojik Kanserlere İlişkin Bilgi ve Farkındalıkları ile Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi"** başlıklı tezin saha çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı kurumda yapma talebi Birimimize iletilmiş olup, Müdürlüğümüz *Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma-Yayın Değerlendirme Komisyonu 15.01.2020 tarih ve 2020/01 sayılı kararınca* uygun görülmüştür. Konunun çalışmada adı geçen kişiye tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

İSÜ İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL
GELEN EVRAK
Tarih 14.02.2020
Sayı 519

17.02.2020

e-imzalıdır.
Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Müdür a.
Başkan

Seyitnizam Mah. Mevlana Cad.No:85 Zeytinburnu-İstanbul Sağlığın Geliştirilmesi Birimi
Telefon: Faks No:
e-Posta:sinan.kavzan@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.istanbulsaglik.gov.tr

Bilgi için:Sinan KAVZAN
SÜREKLİ İŞÇİ
Telefon No:(0 212) 638 33 99

EK - 3: Kurum İzni 3–Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi

İSÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 22.02.2021-1241

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-15916306-604.01.01
Konu : Bilimsel Araştırma Başvurusu Hk.
(Sümeyya ÖZ)

İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : a) 23/12/2020 tarihli ve 71211201-2390 sayılı yazınız.
b) 16/02/2021 tarihli ve 74839299-604.01.01-01-2797 sayılı yazı.

İlgi (a) sayılı yazımızda Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Sümeyya ÖZ'ün, danışmanlığını Dr. Öğretim Üyesi Nurten ÖZEN'in yaptığı "*20 Yaş ve Üzeri Kadınların Jinekolojik Kanserlere İlişkin Bilgi ve Farkındalıkları Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı bir kurumda yapma talebi Birimimize iletilmiştir. Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayım, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu'nun 07.01.2021 tarih ve 2021/01 sayılı kararında ilgili sağlık tesisi tarafından değerlendirilmesi kararlaştırılmıştır.

İlgi (b) sayılı yazı ile bahse konu çalışmanın ilgili hastane tarafından değerlendirilmiş olup ekte sunulan uygun görüşüne istinaden Müdürlüğümüzce onaylanmıştır.

Bu kapsamda, çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (Başvuru dosyasında belirtilen zaman gözetilerek) sürecin koordinasyonunun tarafımızca sağlanması ve araştırmanın bitiminde bir nüshasının elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda,

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Müdür a.
Başkan

Ek: Sümeyya Öz Bilimsel Kurul Kararı

İstanbul Cad. General Kani Elitez Sok. No: 8-1 Yenimahalle Bakırköy İstanbul
Telefon: Faks No: 3173 (dahili)
e-Posta:gulhan.gundogdu@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.istanbulsaglik.gov.tr
Bilgi için:Gülhan GÜNDOĞDU
HEMŞİRE
Telefon No:(0 212) 638 33 99

EK-3 Devam

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
S.B.Ü.İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

BİLİMSEL KURUL TOPLANTI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi : 15.02.2021
Başhekim :Prof.Dr.Özgür YİĞİT
Üyeler : Dr.Esra KARABAL ARDA – Uz.Dr.Mehmet Emin PIŞKİNPAŞA – Mükerrem ALPAK – Meral KURT DURMUŞ – Mehmet Mustafa ÇELEBİ – Şaduman ÖZMAY

KARAR

İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğünden alınan 18.01.2021 tarih ve 334 sayılı yazısı ekinde bulunan İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi **Sümeyya ÖZ'ün**, danışmanlığını Dr. Öğretim Üyesi **Nurten ÖZEN'in** yaptığı **"20 Yaş ve Üzeri Kadınların Jinekolojik Kanserlere İlişkin Bilgi ve Farkındalıkları Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi"** başlıklı yüksek lisans tez çalışmasını hastanemizde yapma talebi incelenmiştir.

Adı geçenin yapacağı çalışma bilgi güvenliği ile bilimsel çalışmanın etkinliği açısından değerlendirilmiş olup, hastanemizde gerçekleştirilmesi **uygun** bulunmuştur.

GİZLENMİŞTİR

KVKK Yönergesince imzalar gizlenmiştir

EK-4: ÖLÇEK İZNİ



sumeyya oz 16 Eyl 2019 10:26 (3 gün önce)

Gizlenmiştir

Sayın Hocam

Kullanmış olduğunuz 'Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği' nı kullanma konusunda izninizi istemekteyim. İzin vermeniz durumunda ölçeğin orjinalini ve kullanım yönergesini de iletebilir misiniz?

Saygılarımla

Nursel alp dal 16 Eyl 2019 14:25 (3 gün önce)

Gizlenmiştir

Merhaba Sümeyye, ölçeğin sonuçlarını paylaşman koşu ile izin veriyorum. Ölçek ve değerlendirmesi ektedir. Kolaylıklar diliyorum.

Dr. öğr. Üyesi Nursel Alp Dal

Gizlenmiştir 16 Eyl 2019 Pzt, 10:26 tarihinde şunu yazdı:

EK-5 : ETİK KURUL ONAYI 1

İSÜ | İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL

T.C.
İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

Araştırmanın Başlığı: 20 Yaş ve Üzeri Kadınların Jinokolojik Kanserlere İlişkin Bilgi ve Farkındalıkları ile Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi					
Sorumlu Araştırmacı: Sümeyya ÖZ					
Toplantı Tarihi:	05.11.2019	**Toplantı Sayısı:**	2019/10	**Karar No:**	01

SONUÇ

☒ Uygun
☐ Düzeltme gereklidir: Etik sorun olabilecek sorular/maddeler, süreçler ya da unsurlar bulunmaktadır. Açıklama:
☐ Görevsizdir; Gerekçe, Görüş, Tavsiye ve Açıklamalar:

Başvuruda bulunduğunuz başvuru dosyası ve ilgili belgeleri İstinye Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Araştırmaları Etik Kurulu tarafından araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir.

GİZLENMİŞTİR

*Etik Kurul Başkanı

EK-6 : ETİK KURUL ONAYI 2

İSÜ İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ

T.C.
İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

Araştırmanın Başlığı: 20 Yaş ve Üzeri Kadınların Jinekolojik Kanserlere İlişkin Bilgi ve Farkındalıkları ile Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi					
Sorumlu Araştırmacı: Sümeyya ÖZ					
Toplantı Tarihi:	06.05.2021	**Toplantı Sayısı:**	2021/08	**Karar No:**	06

SONUÇ

☒ Uygun:

☐ Düzeltme gereklidir:

☒ Görevsizdir; Gerekçe, Görüş, Tavsiye ve Açıklamalar:

Açıklama: Etik Kurulu'nun 05.11.2019 tarih ve 2019/10 sayılı toplantısında değerlendirilen Sorumlu Araştırmacı Sümeyya ÖZ'ün "20 Yaş ve Üzeri Kadınların Jinekolojik Kanserlere İlişkin Bilgi ve Farkındalıkları ile Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" başlıklı çalışma Özel Fatih Medikal Park Hastanesi ve İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılacağı bilgisi verilmiş olup izinleri alınmıştır. Değerlendirme sonucunda Etik Kurul Uygunluk Kararı Araştırmacıya Tebliğ edilmiştir. Ancak pandemi nedeni ile çalışmanın yapılacağı hastanenin kadın doğum servisleri kapatılmış ve gerekli sayıya ulaşılamamıştır. Çalışmanın içeriğinde hiçbir değişiklik yoktur. Gerekli sayıya ulaşabilmek için yeni merkez Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi dahil edilmiştir.

İstinye Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Araştırmaları Etik Kurulu Yönergesi hükümleri gereğince etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmamış olup, araştırmanın ***uygunluğuna*** oy birliği ile karar verildi.

Başvuruda bulunduğunuz başvuru dosyası ve ilgili belgeleri İstinye Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Araştırmaları Etik Kurulu tarafından araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir.

GİZLENMİŞTİR

Etik Kurul Başkanı

EK-7 : Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Soru Formu

1- Yaşınız……
2- Boy:
3- Kilo:
4- Medeni Durumunuz : ( ) Evli ( ) Bekar ( ) Boşanmış/Dul
5- Kaç yıldır evlisiniz? : …….
6- Eğitim Düzeyiniz : ( ) Okuryazar Değil ( ) Lise mezunu
( ) Okuryazar ( ) Üniversite mezunu
( ) İlköğretim mezunu ( ) Üniversite üzeri

7- Çalışma durumu : ( ) Çalışıyor ( ) Çalışmıyor

8- Mesleğiniz : ( ) Ev Hanımı ( ) Memur ( ) İşçi ( ) Diğer……

9- Eşinizin Yaşı : ……

7- 10-Eşinizin Öğrenim Durumu: ( ) Okuryazar Değil ( ) Lise mezunu
( ) Okuryazar ( ) Üniversite mezunu
( ) İlköğretim mezunu ( ) Üniversite üzeri

11-Eşin çalışma durumu: ( ) Çalışıyor ( ) Çalışmıyor

12-Eşinizin Mesleği: ( ) Memur ( ) İşçi ( ) Çalışmıyor ( ) Diğer……..

13-Gelir Durumunuz

( ) Gelir-Giderden Az ( ) Gelir-Gidere Eşit ( ) Gelir-Giderden Fazla

14-Çocuğunuz var mı? ( )Evet ise kaç tane?: ……..
( ) Hayır

15-Gebelik sayınız :

16-Doğum sayınız :

17-Düşük sayınız :

18-Kaçıncı evliliğiniz :

19-İlk adet yaşınız? : ……

20-İlk cinsel ilişki yaşınız? : …….

21- Cinsel yönden aktif misiniz?: ( ) Evet ( ) Hayır

22- (Menopozda iseniz) Menopoza girme yaşınız? : …….

23- Sigara kullanma durumu:

( ) Evet ise ne kadar süredir içiyorsunuz?

( ) Hayır

24- Alkol kullanma durumu:

( ) Evet ise ne kadar süredir içiyorsunuz?

( ) Hayır

25- Kahve tüketme durumu:

( ) Evet ise ne kadar tüketirsiniz?

( ) Hayır

26- Çay tüketme durumu:

( ) Evet ise ne kadar tüketirsiniz?

( ) Hayır

27- Düzenli olarak spor yapıyor musunuz?: ( ) Evet ( ) Hayır

28- Sağlıklı beslendiğinizi düşünüyor musunuz?: ( )Evet ( )Hayır

29- Beslenme ve diyet ile ilgili hiç bilgi aldınız mı?

( ) Evet ise nereden veya kimden?.....

( ) Hayır

30- Beslenmenizde şekerli ürün tercih eder misiniz? (paketlenmiş gıdalar, hamur işi, vb.):

( ) Evet ( ) Hayır

31- Yemeklerinizde hayvansal yağ mı yoksa bitkisel yağları mı kullanırsınız?.....

32- Haftada kaç kez yeşil yapraklı sebze tüketirsiniz?.....

33- Haftada kaç kez yumurta, balık ve süt tüketirsiniz?.....

34- Şimdiye kadar hiç vitamin preparatı kullandınız mı?

( ) Evet ise kim önerdi? ……

( ) Hayır

35- Hastaneye başvurma nedeniniz nedir?:…….

36- Pap-smear yaptırdınız mı?: ( ) Evet ise ne zaman……

( ) Hayır

37- Düzenli olarak pap-smear testi yaptırıyor musunuz?:

( ) Evet ise ne sıklıkta?.....

( ) Hayır

38- HPV aşısı yaptırdınız mı? ( ) Evet ise ne zaman: ( ) Hayır

39- Kendi Kendine Meme Muayenesini düzenli olarak yapıyor musunuz:?

( ) Evet ise ne zaman yapıyorsunuz?: ( ) Hayır

40-İlk kez Kendi Kendine Meme Muayenesini ne zaman yaptınız?

41-Kendi Kendine Meme Muayenesini nerden öğrendiniz?: ….

42-İlk jinekolojik muayeneye ne zaman gittiniz?:

43-Jinekolojik muayene düzenli olarak gidiyor musunuz?:

( ) Evet ise ne kadar sürede bir?

( ) Hayır

44-Mamografiyi ilk olarak ne zaman çektirdiniz?:…….

45-Düzenli olarak mamografi çektiriyor musunuz?: ( ) Evet ise ne kadar sürede bir

( ) Hayır

46-Aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz?:

( ) Evet ise hangi yöntemi kullanıyorsunuz?

( ) Evet ise ne kadar süredir kullanıyorsunuz?

( ) Hayır

47-Ailenizde kanser tanısı alan var mı?: ( ) Hayır

( ) Evet	
Kim	
Ne zaman?	
Tanısı	

48-Ailenizde jinekolojik kanser tanısı alan var mı?: ( )Hayır

( ) Evet	
Kim	
Ne zaman?	
Tanısı	

49-Jinekolojik kanserler hakkında bilginiz var mı?

( ) Yeterince bilgim var ( ) Biraz bilgim var ( ) Hiç bilgim yok

Cevabınız evet ise bilgi kaynağınız nedir? ***(birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)***

( ) Görsel, yazılı basın ( ) Doktor ( ) Ebe-Hemşire-Sağlık Memuru

( ) Daha önceden alınan eğitim, seminer, toplantılar ( ) Arkadaş, komşudan

( ) Diğer (lütfen belirtiniz): …….

50-Oral kontraseptif kullanıyor musunuz?

( ) Evet ise:

Ne kadar süredir kullanıyorsunuz?

Neden kullanıyorsunuz?

( ) Hayır

51-Jinekolojik kanserlerde erken tanı yöntemleri hakkında bilginiz var mı?

( ) Evet ise nasıl bilgi edindiniz?

( ) Hayır

EK-8 : JİNEKOLOJİK KANSERLER FARKINDALIK ÖLÇEĞİ (JİKFÖ)

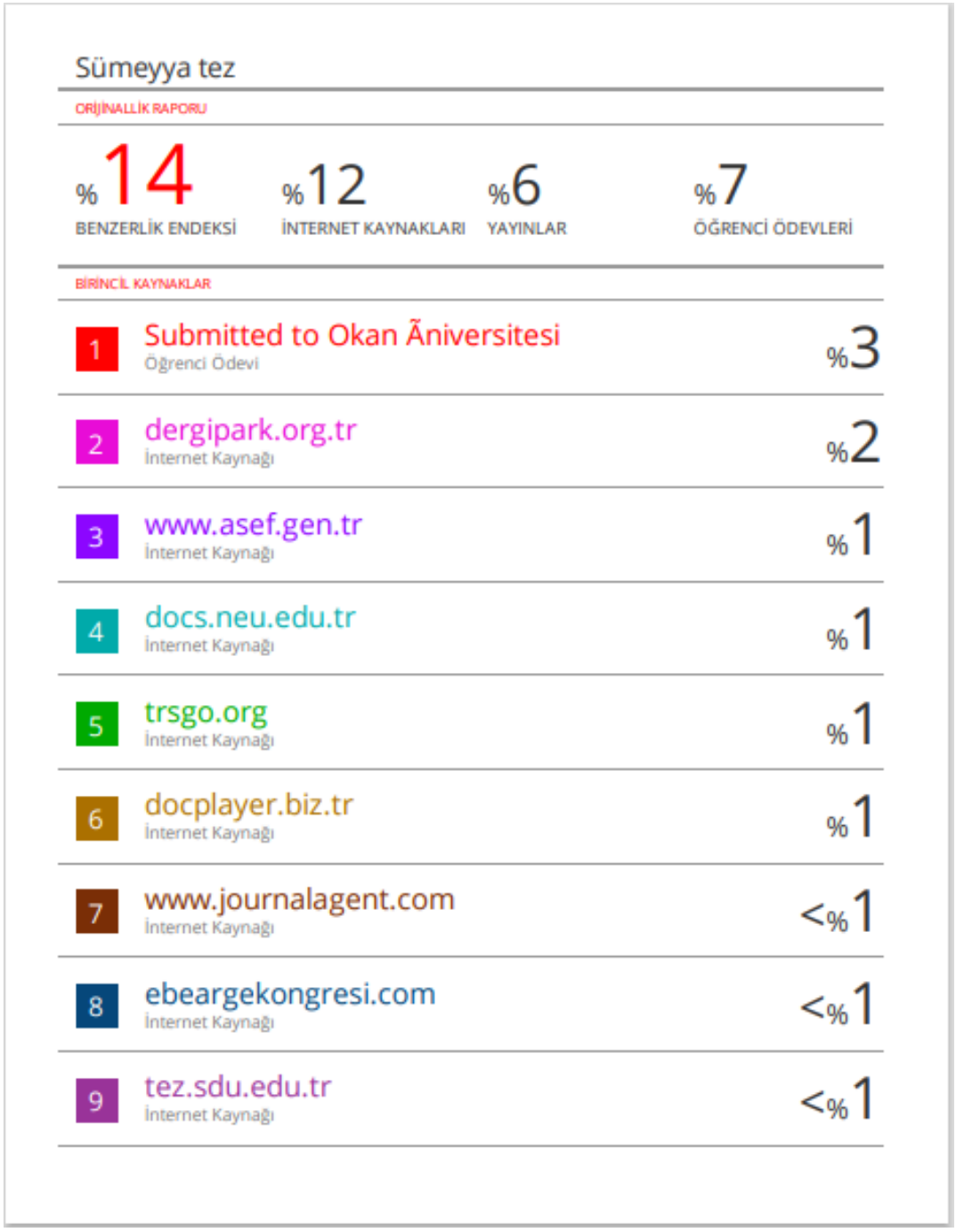
		Kesinlikle Katılmıyorum	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle Katılıyorum**
1	Yumurtalık kanseri bir kadın üreme organı kanseridir.					
2	Rahim kanseri bir kadın üreme organı kanseridir.					
3	Hiç doğum yapmamak yumurtalık kanseri olma riskini artırır.					
4	Erken yaşta adet görüp (9 yaşından önce) geç yaşta (52 yaşından sonra) menopoza girmek yumurtalık ve rahim kanseri olma riskini artırır					
5	Tüp bebek tedavisinde kullanılan ilaçlar yumurtalık kanseri olma riskini artırır.					
6	Menopoz sonrası hormon tedavisi görmek yumurtalık ve rahim kanseri olma riskini artırır.					
7	Aşırı kilolu olmak yumurtalık ve rahim kanseri olma riskini artırır.					
8	50 yaş üzerinde olmak rahim kanseri olma riskini artırır.					
9	Şeker hastalığı rahim kanseri olma riskini artırır.					
10	Hiç doğum yapmamak rahim kanseri olma riskini artırır.					

		Kesinlikle Katılmıyorum	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle Katılıyorum**
11	Doğum kontrol hapı kullanımı rahim ve rahim ağzı kanseri olma riskini arttırır.					
12	Kadın üreme organı kanserlerinde erken tanı önemlidir.					
13	HPV (rahim ağzı kanseri yapan virüs) testi yaptırmak rahim ağzı kanserini erken tespit etmek için önemlidir.					
14	Rahim ağzı kanserinin erken tespit edilmesi için rahim ağzından sürüntü aldırırım.					
15	Kadın dış üreme organ kanserini erken tanılamak için kendi kendime dış üreme organ muayenesi yaparım.					
16	Kadın üreme organı kanseri riskini azaltmak için sigaradan uzak dururum.					
17	Kadın üreme organı kanseri riskini azaltmak için stresten uzak dururum.					
18	Kadın üreme organı kanseri riskini azaltmak için stresten uzak dururum.					
19	Düzenli olarak kadın doğum doktoruna muayene olurum.					
20	Karın bölgemde ağrım olursa kadın doğum doktoruna giderim					
21	Karında şişlik olması ciddi bir hastalık belirtisi olabilir.					
22	Anormal vajinal kanamanın olması ciddi bir hastalık belirtisi olabilir					

		Kesinlikle Katılmıyorum	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle Katılıyorum**
23	Cinsel ilişki sonrasında kanama olması ciddi bir hastalık belirtisi olabilir.					
24	Adet kanamalarının fazla olması ciddi bir hastalık belirtisi olabilir.					
25	Kilo kaybının olması ciddi bir hastalık belirtisi olabilir.					
26	Cinsel bölgede bir kitle hissedilmesi ciddi bir hastalık belirtisi olabilir.					
27	Cinsel bölgede yara olması ciddi bir hastalık belirtisi olabilir.					
28	Adet arası kanama olması ciddi bir hastalık belirtisi olabilir.					
29	Ani ve düzensiz kilo kaybım olursa doktora giderim.					
30	Nedensiz ve uzun süreli ishal olursam doktora giderim.					
31	Ailemde yumurtalık kanseri olan kişiler var ise kadın doğum doktoruna giderim.					
32	Adetlerim arasında kanamam olursa kadın doğum doktoruna giderim.					
33	Kahverengi et suyuna benzer akıntım olursa kadın doğum doktoruna giderim.					
34	Sırtımda ağrı olursa doktora giderim.					
35	İdrar yapma ile ilgili sorun yaşarsam doktora giderim.					

		Kesinlikle Katılmıyorum	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle Katılıyorum**
36	Cinsel ilişki sırasında ağrı yaşarsam kadın doğum doktoruna giderim.					
37	Sürekli akıntım olursa kadın doğum doktoruna giderim.					
38	Cinsel bölgemde kaşıntı olursa kadın doğum doktoruna giderim.					
39	Cinsel bölgemde ağrı olursa kadın doğum doktoruna giderim.					
40	Cinsel bölgemde yanma olursa kadın doğum doktoruna giderim.					
41	Sulu, kanlı akıntım olursa kadın doğum doktoruna giderim.					

İNTİHAL RAPORU



Sümeyya tez

ORİJİNALLİK RAPORU

%14	%12	%6	%7
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Okan Ãniversitesi Öğrenci Ödevi	%3
2	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%2
3	www.asef.gen.tr İnternet Kaynağı	%1
4	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
5	trsgo.org İnternet Kaynağı	%1
6	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	%1
7	www.journalagent.com İnternet Kaynağı	<%1
8	ebeargekongresi.com İnternet Kaynağı	<%1
9	tez.sdu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1