T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. N. Cenk SAYIN

KIRKLARELİ DEVLET HASTANESİ'NDE ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNİN VE HASTANEYE BAŞVURAN KADINLARIN JİNEKOLOJİK KANSERLER HAKKINDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

(Yüksek Lisans Tezi)

Derya ŞAHİN

EDİRNE – 2009

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. N.Cenk SAYIN

KIRKLARELİ DEVLET HASTANESİ'NDE ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNİN VE HASTANEYE BAŞVURAN KADINLARIN JİNEKOLOJİK KANSERLER HAKKINDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

(Yüksek Lisans Tezi)

Derya ŞAHİN

Destekleyen Kurum

Tez No :

EDİRNE – 2009

Tezimin planlanması ve yürütülmesinde bilgi tecrübelerini benimle paylaşan değerli hocam ve danışmanım Doç. Dr. Niyazi Cenk SAYIN'a, bana her konuda destek ve yardımcı olan hocam Doç. Dr. Rehat FAİKOĞLU'na, istatistikle ilgili konularda yardımlarını esirgemeyen Prof. Dr. Şahamet BÜLBÜL'e ve Doç. Dr. Galip EKUKLU'ya, Kırklareli Devlet Hastanesi KETEM çalışanlarına ve eğitimim süresince gelişmeme katkısı ve desteği olan tüm hocalarıma teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
-GİRİŞ VE AMAÇ	1
-GENEL BİLGİLER	3
- SERVİKS KANSERİ	4
- ENDOMETRİUM KANSERİ	7
- OVER KANSERİ	10
- VULVA KANSERİ	13
- VAJİNA KANSERİ	15
- JİNEKOLOJİK KANSERLERDE TARAMA VE ERKEN TANI	16
- JİNEKOLOJİK KANSERLERDEN KORUNMA VE ÖNLEMLER	20
-GEREÇ VE YÖNTEMLER	24
-BULGULAR	27
-TARTIŞMA	42
-SONUÇLAR	52
-TÜRKÇE ÖZET	54
-İNGİLİZCE ÖZET	56
-KAYNAKLAR	58
-RESİMLEMELER LİSTESİ	66

-ÖZGEÇMİŞ 67

-EKLER 68

Ek 1: Etik Kurul Kararı

Ek 2: İl Sağlık Müdürlüğü Onayı

Ek 3: Anket Formu

Ek 4: Veriler (CD)

SİMGE VE KISALTMALAR

ABD : Amerika Birleşik Devletleri
ACS : American Cancer Society
AJCC : American Joınt Commitee on Cancer
CEA : Karsino Embriyojenik Antijen
CDC : Center for Disease Control and Prevention
D&C : Dilatasyon ve Kürtaj
DES : Diethylstilbestrol
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
FIGO : International Federation of Gynecology and Obstetric
HIV : Human Immunodeficiency Virus
HNPCC: Herediter Non Polyposis Colorectal Cancer
(Kalıtsal Non Polipozis Kolorektal Kanser)
HPV : Human Papilloma Virus
HRT : Hormon Replasman Tedavisi
HSV : Herpes Simpleks Virus
KETEM: Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi
KKVM: Kendi Kendine Vulva Muayenesi
OKS : Oral Kontraseptif
PKOS: Polikistik Over Sendromu
SCC : Squamous Cell Carcinoma (Skuamöz Hücreli Karsinom)
SHBG : Sex Hormone Binding Globuline (Seks Hormon Bağlayıcı Globulin)
SSK : Sosyal Sigortalar Kurumu
TNSA : Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmaları
TPA : Tissue Plasmonegen Activator
TVS : Transvajinal Ultrasonografi
WHO : World Health Organization

GİRİŞ VE AMAÇ

Jinekolojik kanserler tüm dünya kadınlarında mortalite ve morbidite açısından önemli bir sorun olması nedeniyle ciddi bir halk sağlığı problemidir (1). Günümüzde jinekolojik kanserler, tüm kanserlerin yaklaşık %15'inden, tüm kansere bağlı ölümlerin de %10'undan sorumludur (2). Jinekolojik kanserler meme, akciğer ve gastrointestinal sistem kanserlerinden sonra 4. sırada yer alır (3). Jinekolojik kanserlerin oluşumunda genel olarak genetik, hormonal, çevresel ve bireysel etkenler rol oynamaktadır. Sigara- alkol tüketimi, vücut kitle indeksi, virüsler, aile öyküsü, sedanter yaşam stili, perinatal gelişim, mesleki maruziyet, sosyo-ekonomik düzey bu etkenler arasında sayılabilir (4).

Jinekolojik kanserler de diğer kanser türleri gibi mortalite ve morbiditeyi arttırmalarına karşın, önlenebilir ve erken teşhis durumunda tedavi edilebilir hastalıklardır (5). Ne var ki kadınlarımızın çoğu eğitim yetersizliği, tarama programlarının yetersizliği ve eksikliği, ekonomik sorunlar, bilgi eksikliğinin de beraberinde getirdiği sağlık sorununu önemsememe gibi nedenler dolayısıyla erken tanı imkânından yararlanamamaktadırlar (6). Sağlık risklerinin belirlenmesi ve azaltılması, sağlık görevlilerinin, bireylerin ve grupların kendi kendine sağlıklarını en üst noktaya ulaştırmalarında yardımcı olabilecek niceliksel bir yaklaşımdır (7). Bu noktada koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir yeri ve rolü vardır. Bu hizmetin sağlanmasında sağlık personeli ön plana çıkar (tarama programları, eğitim vb.) ve özel eğitim almış hemşireler direkt olarak topluma bu hizmeti verebilirler. Kanserin önlenmesi ve erken tedavisinde risk faktörlerinin belirlenmesi yanı sıra erken tanı belirtilerinin hemşireler tarafından bilinmesi ve risk altındaki bireylere öğretilmesi gerekir (8).

Devlet Planlama Teşkilatı 2003 verilerine göre, Kırklareli İli Türkiye'de sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyinde 11. sırada, eğitim düzeyi olarak 7. sırada yer almaktadır (9).

Kırklareli eğitim düzeyi yüksek bir il olmasına karşın, poliklinik hastalarının ve sağlık personelinin jinekolojik kanserler konusunda bilgi düzeyi, tutum ve uygulamaları, erken tanıya yönelik girişimleri bilinmemektedir. Bu çalışmanın amacı, Kırklareli Devlet Hastanesi'nde çalışan sağlık personelinin ve hastaneye başvuran kadınların jinekolojik kanserler hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi ve bilimsel veri tabanı oluşturmaktır.

GENEL BİLGİLER

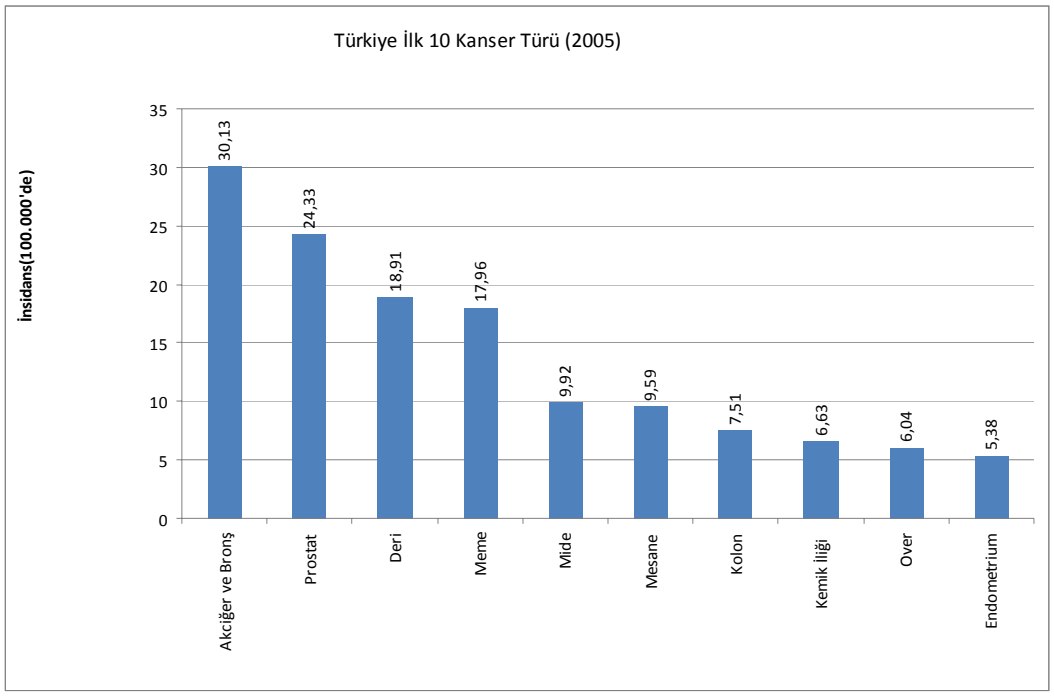
Kanser, hücrelerin anormal yayılımı ve kontrol edilemeyen büyümesi ile karakterize bir hastalık grubudur. Şayet yayılımı kontrol edilemezse ölümle sonuçlanabilir (10). Kanser gelişmiş ülkelerde ölüm nedenleri arasında kalp hastalıklarından (%40.6) sonra %11.6 ile ikinci sırada yer almaktadır (8,11). Ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde insidans giderek artmakta, ön sıralara doğru yer değiştirmektedir (11). "American Cancer Society" (ACS) verilerine göre, 2008 yılında Amerika'da 1437180 dolayında yeni kanser vakası beklenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yaptığı tahminlere göre, 2030 yılında dünyamızda 20 milyon yeni kanser vakası gelişecek, 12 milyon kansere bağlı ölüm olacaktır (5,10).

Kanser türlerinden biri olan kadın genital sistem kanserleri, bir diğer adıyla jinekolojik kanserler, temelinde eğitim eksikliği, aşırı doğurganlık, istenmeyen gebelikler, tekrarlayan düşükler, doğum öncesi ve sonrası bakım yetersizlikleri, erken yaş evlilikler ve bunlara bağlı jinekolojik sorunlar içerisinde kadın hayatını tehdit eden önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Jinekolojik kanserler, tüm kadın kanserlerinin 1/5'ini oluştururlar (6,12). Ege Üniversitesi'nin yapmış olduğu bir çalışma bunu destekler nitelikte olup, jinekolojik kanserlerin kadınlarda görülen kanserler içinde %20'lik oranla 2. sırada bulunduğu belirlenmiştir (13).

Jinekolojik kanserler; serviks, endometrium, over, vulva, vajina kanserlerinden oluşmaktadır. Tablo 1 ve Şekil 1'de görüldüğü üzere ülkemizde jinekolojik kanserlerin sıklık sırası over, endometrium, serviks kanseri şeklinde iken batılı ülkelerde endometrium, over, serviks kanseri sırasını izler (2,3,14).

Tablo 1: Türkiye'de kadınlarda en sık görülen on kanser türü (2003) (3)

Kanser Türü	Olgu	%	(100000) İnsidans
Meme	5634	26.58	16.25
Deri	1697	8.01	4.90
Mide	1173	5.53	3.38
Ovarium	1137	5.36	3.28
Kalın barsak	1007	4.75	2.90
Akciğer	926	4.37	2.67
Endometrium	813	3.84	2.35
Tiroid	797	3.76	2.30
Serviks	763	3.60	2.20
Kemik iliği	743	3.51	2.14



Şekil 1: Türkiye'de ilk 10 kanser türü (2005) (14).

SERVİKS KANSERİ

Serviks kanseri tüm dünya kadınları arasında meme kanserinden sonra en sık tanı konan kanserlerden ikincisidir. Serviks kanseri kadınlarda tüm kanserlerin yaklaşık %12'sini oluşturur. Avrupa'da her yıl 50 bin, dünyada ise 500 bin kadına serviks kanseri tanısı konmakta, Avrupa'da yılda 25 bin, dünyada 250 bin kadın bu nedenle ölmektedir (15-18).

Amerika'da 2008 yılında 11070 yeni invaziv servikal kanser vakası olacağı ve 3870 kadının bu nedenle öleceği tahmini ACS tarafından yayınlanmıştır (10). Ülkemizde serviks kanseri mortalite hızı GLOBOCAN 2002 verilerine göre yüz bin kadın yılında 2.4'tür (17,19).

Servikal kanserlerin %75-80'i skuamöz hücreli karsinom, %10-15'i adenokanserdir. Etyolojisinde cinsel yolla bulaşan hastalıklar araştırılmalıdır. Serviks kanseri cinsel aktivite ile yakından ilişkilidir (2).

Risk Faktörleri

Yaş: Ortalama görülme yaşı 52 olup, 35-39 ve 60-64 yaşlarında 2 ayrı dönemde zirve yapmaktadır. 21 yaşından daha genç kadınlarda nadiren görülür (20,21).

***"Human Papilloma Virüs"* (HPV) enfeksiyonu:** Tüm dünyadaki servikal kanserlerin yaklaşık %70'inden HPV tip 16 ve 18'in sorumlu olduğu düşünülmektedir. Bugün serviks kanseri gelişimi için HPV'nin mutlaka var olması gerektiği, diğer risk faktörlerinin ya virüsle karşılaşma oranlarını arttırdığı ya da viral persistansın karsinojenik süreci hızlandırdığı için önemli olduğu üzerinde durulmaktadır (20,22,23).

Sigara: İçenlerde içmeyenlere göre risk 2 kat daha fazladır. Servikal mukustaki nikotin ve kotinin karsinojenik nitrosaminlere dönüşür, immün sistemi baskılar, serbest radikallerde artışa neden olur (21).

Parite: Üç ve üzeri doğum, doğum travmaları, hormonal değişim, immünosupresyon değişimlere neden olarak serviks kanserine yol açabilir. Yirmi beş yaş altı gebeliklerde riskin arttığı, özellikle 16-18 yaşlardaki gebeliklerde daha belirgin olduğu görülmüştür (20,23,24).

Erken yaşta cinsel ilişki, seksüel cinsel eş (partner) sayısı: Cinsel aktivite ile serviks kanseri arasında yakın ilişki vardır. Cinsel yolla bulaşan hastalıklarla karşılaşma riski arttırır [HPV, "human immunodeficieny" virüs (HIV), "herpes simplex" virüs (HSV) tip 2, klamidya trakomatis] ve dolayısıyla kansere yakalanma riski artar (20,23).

Uzun süre oral kontraseptif (OKS) kullanımı: OKS'ler uzun süre kullanıldığında risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır. 5 yıldan az kullanımın riski arttırmadığı, ancak 5-9 yıl kullanımın riski 2.72 kat, 10 yıl ve üzeri kullanımın riski 4.40 kat arttırdığı tespit edilmiştir (20).

Beslenme ve diyet alışkanlıkları: Risk değerlendirmesi yapıldığında çok az çalışmada folik asit, retinol, E vitamini, C vitamini, betakaroten, B12, likopen gibi maddelerin koruyucu etkileri olduğu bulunmuştur. Sebzeler riski azaltırken, hayvansal yağlar riski arttırır (4,20).

Semptom ve Bulgular

Çoğunlukla semptomlar görülmemekle birlikte,
-Anormal vajinal kanamalar (menoraji, metroraji ya da postmenopozal kanamalar)
-İleri evrede ağrı, üriner problemler, kilo kaybı
-Lekelenme tarzı kanamalar
-Birleşme sonrası ya da muayene sonrası kanama
-Kötü kokulu ya da inatçı akıntıdır (9,21,23-25).

Tanı ve Evreleme

Serviks kanseri tanısı rutin kontroller sırasında veya hastanın şikayetleri üzerine tarama yöntemleri sonucu alınan örneklerle konur. En önemlisi "Papanicolaou" (Pap) smear testidir. Bunun dışında servikografi, kolposkopi yöntemleri ve tümör belirteçleri [skuamöz hücre karsinomu (SCC) antijeni ve "tissue polypeptide antigen"(TPA)] tanı yöntemleri olarak kullanılmaktadır. Evrelemesi klinik olarak yapılan tek kanserdir. "The International Federation of Gynecology and Obstetrics" (FIGO) evrelemesi kullanılır (2,23).

Prognostik Faktörler

Vajinal ya da endometrial kavite yayılımı, histolojik evre, tümör çapı, tümörün invazyon derinliği, vasküler invazyon, pelvik ya da paraaortik lenf nodu metastazı şeklinde sıralanmaktadır (26).

Tedavi

Tedavi seçiminde dikkat edilmesi gereken 2 nokta vardır. Birincisi kür sağlama oranı daha yüksek olan tedavinin uygulanması ve ikincisi uygulanacak tedavinin mortalite ve morbiditesinin daha düşük olmasıdır. Preinvaziv lezyonlarda elektrokoagülasyon, kriyoterapi, invaziv lezyonlarda ise radyoterapi, kemo-radyoterapi, cerrahi tedavi yöntemleri kullanılmaktadır (9,25,27).

Sağkalım

Lokalize serviks kanseri tanısı almış olan hastalarda 5 yıllık sağkalım oranı %92'dir (23).

ENDOMETRİUM KANSERİ

Endometrium kanseri en yaygın görülen jinekolojik kanserdir. Yüksek insidansına karşın ölüme neden olan kanserler arasında alt sıralarda yer almaktadır ve ölüm nedenleri arasında 7. sıradadır (28,29). Endometrium kanserinin iki tipi olup, en sık görüleni endometrioid adenokarsinomdur (30). Yaşam boyu görülme riski %2.7, ölüm riski ise %0.5'tir. ACS 2008 yılında 40100 yeni endometrium kanseri vakasına teşhis konulacağı, 7470 kansere bağlı ölüm olacağı tahminini yayınlamıştır (2,9).

Risk Faktörleri

Yaş: 50-70 yaşları arasında görülmekte olup, ortalama görülme yaşı 61'dir (2,28,31).

Obezite: Endometrium kanserinde riski arttıran majör bir faktördür. Obez hastalarda kanser ilişkisi dolaşımdaki östron düzeyinin yükselmiş olmasına bağlanmaktadır. Östronun devamlı etkisi sonucu östrojen etkisi belirgin biçimde ortaya çıkmaktadır. Ayrıca seks hormon bağlayıcı globulin (SHBG) düzeyi obez kadınlarda azalmakta ve serbest östrojen artmaktadır (29,31).

Diyabet: Endometrium kanserli hastaların %5-41'inde anormal glikoz tolerans testi saptanmıştır. Diyabet önemli bir tarama göstergesi olup, etyolojik bir gösterge değildir (29).

Hipertansiyon: Endometrium kanserli hastalarda yapılan çeşitli çalışmalar, hipertansiyonun daha çok artmış vücut ağırlığı ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Ayrıca hipertansiyonun yaşla artmış olmasının bu rastlantısal bulguyu yarattığı düşüncesiyle, risk faktörü olarak kuşku ile bakılır (29).

Nulliparite: Gebelik süresince yüksek düzeyde bulunan progesteronların östrojeni devamlı olarak dengelemesi ve endometriumu proliferatif etkiden uzak tutması sonucu, gebelik sayısı arttıkça endometrium kanseri sıklığının düşmesi beklenebilir. İnfertilite ve düzensiz adet hikayesi de anovulatuar sikluslara bağlı olarak riski arttırır (32).

Erken menarş ve geç menopoz: 12 yaş öncesi menarş ve 52 yaş sonrası menopozun endometrium kanseri riskini 2 kat arttırdığı gösterilmiştir. Bu durum endometrial kavitenin daha uzun süre östrojen ile uyarılması sonucunu doğurur. Daha çok anovulatuar siklusa neden olmaktadır (29,33).

Polikistik over sendromu (PKOS): Üreme çağındaki kadınların %4-7'sini etkileyen en yaygın endokrinopatidir. Yaklaşık olarak PKOS'lu hastaların %50'si obezdir. PKOS'lu kadınlar anovulasyona bağlı olarak yüksek risk taşımaktadırlar (29,34).

Sigara: Östrojen üretimi ve metabolizmasını etkilemek suretiyle endometrium kanseri riskini azaltır (33).

Oral kontraseptifler: Kombine OKS'lerin uzun süreli kullanımı koruyucu olurken, eksojen östrojen kullanımı risk faktörüdür (28).

İntrauterin araç kullanımı: Endometrium kanseri riskini azaltır. Bu etki östrojen seviyesini düşürmesi ile oluşmaktadır (31).

Hormon replasman tedavisi (HRT): İdeal HRT sadece menopozal semptomlar ve osteoporozisin önlenmesini sağlamayıp endometriumu, endometrium hiperplazisi ya da karsinomundan korur. Tek başına östrojen kullananlarla karşılaştırıldığında, östrojen ile birlikte progesteron kullananlarda endometrium kanseri insidansı düşük bulunmuştur (35,36).

Sosyo-ekonomik düzey: Sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan kadınlarda ve endüstrileşmiş bölgelerde risk yüksektir (23).

Diyet ve beslenme tarzı: Sebze, süt ürünlerinin tüketimi riski azaltır. Hayvansal protein ve yağların tüketimi, taze sebze-meyve ve lifli gıdaların tüketimi ile karşılaştırıldığında endometrium kanseri riski ile doğrudan ilişkili bulunmuştur (29).

Heredite: Endometrium kanserinde genetiğin rolü açık olarak tanımlanamamıştır. İngiltere'de yapılmış çalışmalarda hastaların %15'inde aile öyküsünün olduğu gösterilmiştir. Ailesel Adenokarsinom Sendromu (Lynch tip II) varlığında hastalar endometrium kanseri açısından taranmalı ya da anormal kanama olması halinde vakit geçirmeden değerlendirilmelidir (29).

Tamoksifen: Meme kanseri tedavisinde kullanılan zayıf bir östrojendir. Meme kanseri tedavisinde kullanılıyor iken tamoksifenin endometrium dokusuna etkisi çeşitlidir. Bunlardan en önemlisi östrojen benzeri etkisi ile endometrium kanseri geliştirebilmesidir. Tamoksifen kullanan meme kanseri vakalarında endometrium kanseri geliştiği gözlenmiştir ve Tamoksifen kullanımı riski yaklaşık 3 kat arttırır (33,37).

Lynch Sendromu (HNPCC- Kalıtsal Non Polipozis Kolorektal Kanser): Lynch Sendromu kanser gelişimine eğilim yaratan otozomal dominant kalıtım gösteren bir hastalıktır. HNPCC sendromlu kadınlardaki başlıca kanser tiplerinden endometrium kanserinin hayat boyu risk oranı %60 olarak belirtilmiştir (38).

Semptom ve Bulgular

-Anormal uterin kanama ya da lekelenme
-Kahverengi, et suyu renginde sulu akıntı
-Uterusta büyüme
-Alt kadranda, sırtta ağrı
-Ürinasyon, cinsel ilişki sonrası ağrı (12,24,29,30).

Tanı ve Evreleme

Endometrium kanserini erken dönemde tanımlamak önemlidir. Tanı yöntemleri: Jinekolojik muayene, sitoloji, endometrial biyopsi, radyolojik tetkikler, progesteron "challenge" testi, tümör belirteçleri [CA 125, CA 15.3, TAG-72, karsino embriyojenik antijen (CEA), CA 19.9]'dir. Evrelemesi FIGO cerrahi evrelemesine göre yapılmaktadır (33,39).

Prognostik Faktörler

Endometrium kanserinin lenf nodu metastazı dışında önemli prognostik faktörleri: Cerrahi evre, grad, myometrial invazyon derinliği, histolojik tipi, sitoloji, estrojen/progesteron reseptör durumu, lenfovasküler alan invazyonudur. Yayılım komşu organlara direkt olarak, transtubal, lenfatik ve hematojen yolla olmaktadır (12,33).

Tedavi

Kanserin hangi evrede olduğu tedavide önem taşımaktadır. Endometrium kanseri tedavisinde cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, hormon tedavisi ve destekleyici tedavi kullanılmaktadır (10,33).

Sağkalım

5 yıllık sağkalım oranı %95'tir. Hastalıksız sağkalım oranı evre I'de %90, evre II'de %83, evre III'te %43'tür (10,38).

OVER KANSERİ

Over kanseri, jinekolojik kanserler içerisinde etkili tarama yöntemlerinin ve spesifik olan erken belirtisi bulunmayan, en sık ölüme neden olan kanser türüdür. Kadın genital sistem kanserlerinin %47'sinden over kanserleri sorumludur. Her kadının yaşam boyu bu hastalıkla karşılaşma olasılığı %1.6'dır (1:63 kadın) (23,40,41). ACS 2008 yılında Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde 21650 yeni over kanseri vakası olacağı, 15520 kansere bağlı ölüm olacağı tahminini yayınlamıştır (10).

Semptom ve Bulgular

-Pelvik ya da abdominal ağrı
-Büyüyen abdomen
-Üriner inkontinans, üriner "urgency"
-Kilo kaybı
-Anormal vajinal kanama
-Zor beslenme ya da çabuk yorulma hissi
-Nedeni açıklanamayan ishal ya da kabızlık
-Sırt ağrısı
-Hazımsızlık
-Ağrılı cinsel ilişki (10,24,25).

Risk Faktörleri

Yaş: Over kanseri ileri yaş hastalığı olup görülme sıklığı yaşla artış göstermektedir. 50-75 yaş arası kadınlar risk altındadır. 70 yaşında zirve yapar (10,42).

Aile öyküsü: Over kanserinde en güçlü risk faktörüdür. Sadece epitelyal tipte over kanserlerinin %5-10'u kalıtsaldır. Ailesel herediter over kanseri 3 kategoride incelenir: Ailesel spesifik over kanseri, ailesel meme-over kanseri sendromu, Lynch sendromu tip II. İlk ikisi herediter vakaların %90'ında varolan tümör baskılayıcı genler BRCA-1 ve BRCA-2 mutasyonları ile ilişkilendirilir (22,42-44).

Gebelik: 30 yaş sonrası gebe kalan kadınlarda ya da nulliparitede risk artmıştır. Multiparite ise riski azaltmaktadır (41,43).

Erken menarş - geç menopoz: Bu konuda çelişkili veriler bulunmakla birlikte, over kanserinde çok küçük bir rolü olduğu söylenebilir. Uzun süre ovülasyonlu adet gören kadınlarda risk daha fazladır (42,43).

İnfertilite ve infertilite ilaçları: İnfertilite, özellikle nedeni açıklanamayan infertilite ile hem endometrium kanseri hem de over kanserinin ilişkisi bilinmektedir. İnfertilitede ovulasyonu uyarmak için kullanılan ilaçların over kanserine neden olabileceği ileri sürülmektedir. Bu şüphe birçok çalışmada belirtilmiş olup, invaziv ve borderline over tümörlerinde artış olduğu rapor edilmiştir (43).

Oral kontraseptif kullanımı: OKS'ler ovulasyonu baskılayarak ve hipofizer gonodotropin hormon sekresyonunu azaltarak gebeliğe benzer bir durum oluştururlar. OKS kullananlarda over kanseri riski hiç kullanmayanlara göre %40-60 azalmaktadır (43).

Tüp ligasyonu ve histerektomi: Over malignensi insidansının azaltılmasında etkili olabilir. Ovulasyonu azaltarak veya karsinojenlerin asendan yolla genital kanala geçişini önleyerek over kanseri riskini azalttığı ileri sürülür (10,42,43).

Hormon replasman tedavisi: HRT kullanımı ile over kanseri arasındaki ilişki tartışmalıdır. Fakat HRT kullanım süresi riski arttırmaktadır (özellikle 10 yıl ve üzeri kullanım) ve HRT kesildikten sonra 20 yıl daha risk devam etmektedir. Bazı çalışmalar HRT kullanımının over kanseri üzerinde önemli bir etkisi olmadığını; diğerleri ise östrojen tedavisi alanlarda riskin arttığını ancak bu artışın önemli olmadığını göstermiştir (4,45). İsveç'te yapılan bir araştırmada, özellikle sadece östrojen veya östrojen ile aralıklı progesteron kullanan kadınlarda over kanseri riskinde 1.5 kata varan artış kaydedilmiş ancak bu artış sürekli kullananlarda gözlenmemiştir. Sadece östrojen alan kadınlarda risk daha belirgindir (46,47).

Obezite: Tüm jinekolojik kanserlerde olduğu gibi obezite over kanseri için de bir risktir. Bu risk, premenopozal kadınlarda görülmesine karşın, 18 yaşında obez olmak over kanseri gelişimi riskini arttırır (4).

Beslenme: Sağlıklı bir diyetin koruyuculuğu yapılan birtakım çalışmalarda gösterilmiştir. Yüksek hayvansal yağlarla beslenme, alkol ve kahve tüketimi, sigara kullanımı over kanseri riskini arttırırken; karbonhidrattan zengin diyet, yeşil sebzeler, yumurta, balık, süt riski azaltır. Yeşil çay antikarsinojenik etkisiyle koruyucudur (4,41,45).

Sigara: Tartışmalı bir faktör olmasıyla birlikte, son verilere göre sigara içimi ile over kanseri riski arasında ilişki bulunmamaktadır (4,41).

Çevresel ve mesleki faktörler: Endüstriyel ajanlardan asbest ve talk epitelyal over ve periton tümörlerinin oluşumunda suçlanan ajanlardır. Diğer ajanlar: Herbisitler, magnezyum silikat, deri tozu, benzin ve dizel olarak sıralanabilir. Asbest/ deri tozuna fazla miktarda maruz kalındığında over kanseri insidans ve mortalitesi önemli derecede artabilir. Talk ya da magnezyum silikat, en sık kullanılan perineal tozdur. Talk asendan yolla genital kanala geçerek over kanseri riskini arttırabilir. İsveç'te yapılmış bir kohort çalışması kuru temizleme, telgraf, telefon işi, kağıt paketleme, grafik ve yazım işleri ile uğraşan kişilerde over kanseri riskinin arttığını göstermiştir (4,41-43,45).

Tanı ve Tedavi

Tanı, hangi evrede olursa olsun pelvik/ jinekolojik muayene ile konur. Pelvik muayene, radyolojik tetkikler (abdominal, transvajinal ultrasonografi, renkli Doppler), laboratuar tetkikleri (CA-125 ve OVX1) ile konur. Over kanserlerinin evrelemesinde de FIGO sistemi ve "American Joint Commitee on Cancer" (AJCC)'in önerdiği "TNM" evrelemesi kullanılmaktadır (43).

Prognostik Faktörler

Over kanserlerinde yayılım direkt olarak, lenfatik, dökülen tümör hücreler yoluyla peritoneal yayılım göstermektedir. Evre, en önemli prognostik faktördür. Yayılım arttıkça prognoz kötüleşmektedir. Diğer faktörler: Histolojik alt tip, grad, asit varlığı, hastanın yaşı, genel durumu, kemoterapi cinsi ve kemoterapiye yanıtıdır (43).

Tedavi

Over kanserinin primer tedavisi cerrahidir. Evre tedavi yöntemini etkilemekte olup kemoterapi, kombine tedavi diğer yöntemler arasındadır. Radyoterapinin etkinliği kemoterapiden üstün olmayıp, komplikasyonları nedeni ile pek kullanılmamaktadır (25,43).

Sağkalım

Eğer kanser evre I ise 5 yıllık sağkalım %92'dir. Tüm evreler için 5 yıllık sağkalım %53'tür (10,23).

VULVA KANSERİ

Vulva kanseri, jinekolojik malignensilerin %4'ünü, kadınlarda görülen kanserlerin ise %1'ini oluşturur. En yaygın görülen jinekolojik kanserler arasında dördüncü sıradadır. ACS 2008 yılında Amerika'da 3460 yeni vulva kanseri vakası olacağını, 870 kişinin bu kanser nedeniyle hayatını kaybedeceğini yayınlamıştır. Son yıllarda gerek yaşam süresinin uzaması gerekse HPV enfeksiyonları insidansının artması nedeniyle vulva kanseri sıklığında artış meydana gelmiştir (10,48,49).

Semptom ve Bulgular

-Kaşıntı
-Kitle
-Ağrı
-Kanama
-Ülserasyonlu lezyon varlığı
-Yanma
-Vulvadaki değişimler (50).

Risk Faktörleri

Yaş: Genelde vulva kanseri yaşlılarda görülmesine karşın, gençlerde görülme sıklığı artmaya başlamıştır. %5-15 olgu 40 yaş, %50 olgu ise 70 yaş ve üzerindedir. En sık görülme yaşı 65-75'tir (48,51).

İmmünsupresyon: Özellikle genç kadınlarda görülen vulva kanserleri immünsupresyon ile ilişkili bulunmuştur. İmmünsupresyon, HPV enfekte hücrelerin neoplastik transformasyonunda önemli bir faktördür (51).

Diabetes mellitüs, hipertansiyon ve ateroskleroz: Vulva kanseri bu gruplarda daha sık görülmüş olmasına rağmen, hiçbiri risk faktörü olarak belirlenmemiş, bunlar ileri yaşa bağlanmışlardır (48,51).

Sifiliz: Vulva kanseri olan hastaların yaklaşık %5'i sifiliz için pozitif serolojik test gösterirken, bu hastalarda kanser daha erken yaşlarda görülür ve daha az diferansiyedir (48).

***"Human Papilloma Virüs"*:** HPV-16 antikoru saptanan hastalarda vulval neoplazi riski 5.3 kat artmış olarak bulunur. HPV DNA'sı, vulva kanserlerinin birçok alt tipinde saptanabilmektedir. Yaşlı kadınlarda görülen vulva kanseri HPV ile ilişkisizdir (51).

Diğer hastalıklar: Vulva kanseri ile ilişkili olduğu saptanan diğer hastalıklar, HSV-2 enfeksiyonu, granülomatoz hastalıklar ve kronik immünsupresyondur. Sigara kullanan, birden fazla seksüel cinsel eşi olan, genital siğil hikayesi olan hastalarda risk önemli ölçüde artmış bulunmaktadır (48).

Sosyo-ekonomik düzey: Sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan yaşlı hastalarda vulva kanseri görüldüğü çalışmalarla gösterilmiştir. Vulva kanserinin yetersiz hijyen koşulları ile ilişkili olduğu düşünülse de kesin olarak kanıtlanamamıştır (48).

Meslek: Yaşlı kadınlarda görülen vulva kanseri tipi çamaşırhane veya temizleme işinde çalışanlarda; rölatif olarak genç kadınlardaki tip vulva kanseri ise hizmetçi ve uşaklarda görülür (51).

Tanı ve Evreleme

Vulva kanserinde fizik muayene önemlidir. Biyopsi ve kolposkopik değerlendirmeler diğer tanı yöntemleridir. Biyopside amaç, tanıyı doğrulamak ve invazyon derinliğini tespit etmektir. Vulva kanserinin en sık görülen tipi skuamöz hücreli karsinomdur. Evrelemesinde FIGO sistemi kullanılmaktadır (48,49).

Prognostik Faktörler

Vulva karsinomu lokal, lenfatik, hematojen yayılım yapar. En önemli prognostik belirteç lenf nodlarının durumudur. Diğer faktörler hastalığın evresine, tümörün büyüklüğüne, invazyon derinliğine, metastazların varlığına, cerrahi sınırların pozitif olup olmamasına, lenfovasküler alan tutulumu olup olmamasına göre değişmektedir. Moleküler faktörlerde önemlidir (48,52).

Tedavi

Tedavi seçiminde birçok faktör rol oynamakta olup, vulva kanseri tedavisinde cerrahi, radyoterapi, kemo-radyoterapi, destekleyici tedaviler kullanılır (51).

Sağkalım

Vulva kanserinde uygun tedavi sonrası ortalama 5 yıllık sağkalım %70 civarındadır. Evre arttıkça sağkalım oranı düşmektedir. Erken tanıda (Evre I) 5 yıllık sağkalım oranı %90'dır (48).

VAJİNA KANSERİ

Vajina kanserleri en nadir görülen jinekolojik kanserlerdendir. İnsidansı yüzbinde bir olup, genital malignitelerin %1.5-3.1'i vajinal kanserlerdir. Bu kanserlerin %90'ı serviks, endometrium, vulva kanserlerinin ve gestasyonel trofoblastik hastalıkların metastatik tümörleridir. Bu nedenle serviksi tutan vajinal kanserler, serviks kanseri; vulvayı tutan vajinal kanserler ise vulva kanseri olarak adlandırılmaktadır. ACS 2008 yılında Amerika'da 2210 yeni kanser vakası olacağı, 760 kansere bağlı ölüm vakası olacağı tahminini bildirmiştir (10,53).

Semptom ve Bulgular

-Vajinal akıntı (sulu, kanlı, pis kokulu akıntı)
-Temas sonrası vajinal kanama
-Palpabl kitle
-Vajinal değişiklikler
-Disüri
-İleri evrede sık ve acil idrara çıkma
-Ağrılı defekasyon (25,53,54).

Risk Faktörleri

Yaş: Vajina kanseri postmenopozal dönemdeki kadınların hastalığıdır. Ortalama görülme yaşı 64 olup, 45-65 yaşlar arası olmak bir risk olarak görülmektedir (25,53,54).

İntrauterin diethylstilbestrol (DES)'e maruziyet: DES ilacı kullanan annelerin kızlarında berrak hücreli vajinal kanser riski artmıştır ve genellikle menarş ile 40 yaş arasında ortaya çıkar (10,49).

Daha önce geçirilmiş kanser öyküsü: Daha önce genital kanalın preinvaziv hastalıkları nedeni ile tedavi görmüş kadınlar, vajinal kanser açısından yüksek risklidirler (53).

Bağışıklık sistemi baskılanmış hastalar ve buna yol açan tedavilerin, kronik iritasyonların (örneğin, vajinal pesser kullanımı), pelvik irradyasyonun da vajen kanseri ile birlikteliği belirgindir. HPV virüsünün skuamöz hücreli kanser ile yakın ilişkisi dikkat çekicidir (53).

Tanı ve Evreleme

Hastaların çoğu asemptomatiktir. Vajinal kanserin tanısı kliniktir ve tüm vakaların değerlendirilmesi, jinekolojik ve radyasyon onkolojistlerini içeren multidisipliner ekiple en iyi şekilde yapılmalıdır. Görsel muayene, dikkatli palpasyon (özellikle vajina ve serviksin üst kısımları), biyopsi ve sitolojik inceleme tanıda önemlidir. En sık görülen vajinal kanser skuamöz hücreli kanser olup, serviks kanseri gibi FIGO kriterlerine göre klinik olarak evrelenir (49,53,54).

Prognostik Faktörler

Bu konuda çok veri olmamakla birlikte kadının yaşı, tümörün evresi, lokalizasyonu, büyüklüğü, histolojisi, lenf nodu tutulumu önemli prognostik faktörler arasında gösterilmiştir (25,53).

Tedavi

Kadının yaşı, lezyonun genişliği, erken evre ve ileri evre tedavi yöntemini etkilemekle beraber, genelde cerrahi, radyoterapi (eksternal ya da internal), kemo-radyoterapi yöntemleri kullanılmaktadır (48).

Sağkalım

5 yıllık sağkalım oranı evre I ise %64-90, evre 0 ise %100 'dür (53).

JİNEKOLOJİK KANSERLERDE TARAMA VE ERKEN TANI

Kanser nedenli ölümler günümüzde önemli bir yer tutmaktadır ve kanser tedavisinin başarısı erken dönemde tanınmasına bağlıdır. DSÖ, kanserlerin 1/3'ünün erken yakalanabileceğine, etkin tedavi edilirse şifa ile sonuçlanabileceğine dikkat çekmiştir. Günümüz kanserle savaş politikası kanseri önlemek veya preinvaziv dönemde tanımak üzerine kurulmuştur (2,5).

Spesifik bir kansere yakalanma şansı olanları saptamak amacı ile hastalığın preklinik döneminde asemptomatik insanlara uygulanan sistematik testlere tarama testleri denir. Taramadaki amaç, hastalığı tedavi edilebilir bir evrede yakalamaktır (2).

Erken tanı, asemptomatik kişilerde hastalığın tanımlanması ve tedavi edilmesidir. Erken tanı, periyodik genel sağlık muayenesinin ve koruyucu sağlık hizmetleri kapsamındaki rutin tarama testlerinin yapılması ile mümkün olmaktadır. Ancak her kanser türü için taramalar pek uygun olmamaktadır. Erken tanı, risk faktörlerinin ve uygun tanı metotlarının bilinmesi ile mümkün olacağından, bireylere kanserler hakkında eğitim programları düzenlenmesi toplumun bilinç düzeyinin arttırılmasını sağlayacak ve erken tanıya katkıda bulunacaktır (11,55,56).

Serviks Kanseri

Serviks kanserinin ABD'de görülme sıklığı 1/117'dir. T.C. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2002 yılında Türkiye'de 708 serviks kanseri saptanmış, 2003 yılında bu oran 763'e ulaşmıştır. Serviks kanseri erken tanı konabilen ve uygun tarama yöntemleri ile önlenebilir bir kanser türüdür. Erken evrelerde tanı konulamaz ise yüksek mortalite riski taşır (23,57,58).

İstatistiklerin en güçlü olduğu ABD'de yaklaşık olarak yılda 16000 yeni invaziv servikal kanser olgusu tanı almaktadır ve bu hastalıktan 5000 ölüm beklenmekte iken, 2006 yılında tarama programlarının başarısı ile beklenen yeni vaka sayısı 9710'a, hastalıktan beklenen ölüm ise 3700'e düşmüştür (58).

Pap smear tarama testi: Pap smear jinekolojik muayene esnasında vajinal spekulum yerleştirildikten sonra portio ve servikal kanaldan örnekleme yapılarak anormal hücrelerin tespit edilmesini sağlayan bir yöntemdir (59). Pap smear testi ile servikal kanser taraması, kanserin önlenmesine yönelik ve maliyet açısından etkin olan çok nadir girişimlerden birisidir. Tekniğine göre uygulanmışsa Pap smear testi %90-95 doğru sonuç verir ve uygulandığı ülkelerde serviks kanseri morbidite ve mortalitesinde önemli azalma olmuştur (57,59). Servikal kanserlerin %50'den fazlasının daha önce hiç tarama yaptırmamış ve %60'dan fazlasının da son 5 yıl içerisinde hiç pap smear yaptırmamış kadınlarda olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Akyüz ve ark. (60) çalışmalarında kadınların %48.7'sinin pap smear yaptırmadığını belirtmiştir. Oysa yaşam boyu tek bir negatif pap smear serviks kanseri gelişim riskini %45 oranında azaltmaktadır (58).

Pap smear testi ilk cinsel ilişkiden 3 yıl sonra veya 18 yaşından itibaren başlamalıdır. 30 yaş altındaki kadınlarda yılda bir, 30 yaş üzeri kadınlarda ardışık 3 smear testi negatif çıkmışsa 2-3 yılda bir tekrarlanmalıdır ve 65 yaşından sonra da devam edilmelidir. Yeni bir smear almak için bir önceki smear en az 3 ay önce alınmış olmalıdır (57,59,61). Ancak HIV pozitif olanlar, bağışıklık yetersizliği olanlar, inutero DES'e maruz kalanlar, kemoterapi veya

kronik kortikosteroid tedavisi alanlarda tarama sıklığı arttırılmalıdır. 70 yaşından büyük, son 10 yıla ait en az 3 negatif pap smearı olan kadınlarda, histerektomi geçiren CIN hikayesi olmayan ya da CIN 2-3 hikayesi olup cerrahi öncesi 3 negatif sonucu olan kadınlarda tekrarlamaya gerek yoktur (59).

Kolposkopi: Sitolojiden sonra ikinci yöntem serviksin gözlenmesidir. Pap smearın olumsuz özellikleri nedeni ile anormal alanların ve diğer yöntemlerle gözden kaçabilecek lezyonların direkt olarak gözlenmesini sağlar. Dokudaki metabolik ve biyokimyasal değişimleri değerlendirir (2,62).

"*Human Papilloma Virüs*" genotiplendirmesi: HPV parvovirüs ailesinden bir DNA virüsüdür. Birçok çalışmaya göre, neoplazi gelişimi açısından yüksek riskli HPV (alt tip 16,18,31,33,35,39,45,51,52,56,58,59,68,82) ve düşük riskli HPV (6,11,40,42,43,44,53,54,61, 72,81) şeklinde bir sınıflama yapılmaktadır. HPV alt tiplemesi bir tarama testi değil, pap smear testine yardımcı bir yöntem olarak önerilmektedir (57,63).

Endometrium Kanseri

Endometrium kanseri genelde yaşlı kadınları etkileyen bir malignitedir. GLOBOCAN 2000 (64) verilerine göre ABD'de endometrium kanseri insidansı 15.5/100000, Türkiye'de 4/100000 olarak ortaya konmuştur. Bütün yüksek riskli ve 50 yaş üzeri kadınların endometrium kanseri için taranması önerilmektedir. Etkin bir tarama yöntemi yoktur ve tarama yöntemlerinden hiçbirisinin hastaların yaşam beklentisi üzerine olumlu bir etkisi bulunamamıştır. Taramada histolojik, sitolojik testler ve transvajinal ultrasonografi kullanılmaktadır (2,57).

Dilatasyon ve kürtaj (D&C): Tanıda altın standart olarak kabul edilmektedir. Endometrium biyopsileri ile karşılaştırıldığında D&C'nin endometrium kanserinin tanımlanması ve gradının saptanmasında daha doğru sonuç verdiği belirtilmiştir (29). D&C endometrial hiperplazi veya endometrium kanseri şüphesi olan durumlarda ve eğer tanı için yeterli endometrial biyopsi materyali yoksa önerilmektedir. Endometrial örneklemenin rutin kullanılabileceğine dair literatürde bilgi olmasına rağmen, gerek pahalı olması gerekse yeterli olmaması nedeniyle rutin kullanımı önerilmemektedir. Endometrial örnekleme, eğer anormal kanama şikayeti yoksa tedavi başlamadan veya sonrasında önerilmektedir (65,66).

Sitolojik tetkikler: Klasik servikovajinal pap smear tek başına güvenilir bir tanı yöntemi değildir. Endoservikal aspirasyonla birlikte uygulandığında tanı oranı %85'e çıkar (29).

Progesteron "challenge" testi: Postmenopozal dönemde progesteron verilerek kanama olup olmadığı prensibine dayanan bir tetkiktir. Eğer kanama varsa endometrial biopsi gerekir (2).

Transvajinal ultrasonografi (TVS): TVS endometrium kalınlığının ölçümünü sağlayan bir yöntemdir. Risk gruplarına ve anormal kanaması olan her kadına yapılır. Postmenopozal kadınların taranmasında idealdir. Tarama yöntemi olarak kullanılırsa kürtaj gerekliliği %32 oranında azalır (2,65).

Over Kanseri

Genital kanserler içerisinde mortalitesi en yüksek olanıdır. Hastalığın özelliklerinden dolayı over kanserinde tarama ve erken tanı büyük önem taşır. Ancak tarama için uygun bir hastalık değildir.

Birinci derece akrabasında over kanseri olan bir kadının over kanserine yakalanması, normal popülasyonla karşılaştırıldığında %3.6, yaşam boyu karşılaşma riski ise %5'dir. Eğer iki akrabası over kanseri ise bu risk %7'ye çıkar. Over kanserinde kitle taraması yerine prevalansın yüksek olduğu risk gruplarında taramanın yapılması yalancı pozitifliği azaltmaktadır. Postmenopozal dönemdeki kadınlar, ailesinde over kanseri hikayesi olanlar ve herediter over kanseri olan kadınlar tarama programına alınırlar (67). Günümüzde kullanılan mevcut tarama yöntemleri:

Bimanuel pelvik muayene: Erken evre kanseri saptamada etkisizdir. Sadece ileri evre hastalık saptanabilir. Tek başına taramada etkisizdir (57).

CA 125 taraması: CA 125 bir hücre yüzey glikoproteinidir. Erken evre kanserlerin %50'sinde yükselirken, ileri evre kanserlerin çoğunda yükselmektedir. Erken dönem olgular için iyi bir tarama testi değildir ve sadece over kanseri için spesifik bir tümör belirteci olarak değerlendirilmez (2,57).

Transvajinal ultrasonografi: En sık uygulanan yöntemdir. Adneksiyal kitlelerin saptanması ve morfolojik sınıflamasında doğruluk payı oldukça yüksektir. Taramanın geçerlilik ve güvenirliliğini arttırmak için diğer tanı yöntemleri ile kombine olarak kullanılabilir: TVS ile CA 125 belirteci, TVS ile renkli Doppler uygulaması bu kombinasyona örnek olarak verilebilir (57).

Vulva-Vajina Kanserleri

Vulva ve vajina kanserleri nadir görülen jinekolojik kanserlerdir. Etkin tarama yöntemleri yoktur. Vulva kanserlerinde inspeksiyon ve dikkatli jinekolojik muayene ile tanı konabilir (2,57).

Vulvanın inspeksiyonu: Vulvanın gözle muayenesi özenle yapılır. Vulva, pubik kıllanma, organ anomalisinin olup olmadığı, büyüklüğü, renk değişikliği gibi kanser habercisi bulgular yönünden gözlenir. Eğitimler yoluyla kadınlar bu konuda bilgilendirilip, her ay düzenli olarak ayna karşısında vulva derisindeki değişiklikleri kendi kendilerine değerlendirmeleri sağlanabilir (24).

Vulvoskopi: Kolposkopi genel olarak displazi alanlarını ve biyopsi alınacak alanları belirlemede kullanılır. Servikal lezyonların tanısında olduğu gibi vulva lezyonlarının tanısında da kullanılabilir. %3-5'lik asetik asit sürdükten 5-6 dakika sonra yapılırsa hiperkeratoz veya hiperplazi alanları daha belirgin olarak saptanır (68).

Biyopsi: Çok önemli bir tanı yöntemi olmasına karşın çok az başvurulan bir yöntem olan biyopsi, nedeni belli olmayan tüm kaşıntılarda alınmalıdır. Yöntemin az kullanımında hastaların direnç göstermesi kadar hekimlerin önemsememesi de rol oynamaktadır (68).

JİNEKOLOJİK KANSERLERDEN KORUNMA VE ÖNLEMLER

Sağlık hizmetlerinin ve bu hizmeti verenlerin amacı kişileri hastalıktan korumaktır. Etkili bir korunma programı yapabilmek için hastalıkların oluş mekanizmalarının aydınlatılması, hastalığın etyolojisinin iyi bilinmesi gereklidir.

Kanserden korunma değişik düzeylerde ele alınır. Primer korunma, çevresel karsinojenlerden uzak durmak ve bazı aşılama yöntemleriyle, sekonder korunma erken teşhis ve risk gruplarının taranmasıyla, tersiyer korunma ise antikarsinojenik ilaçlarla olur. Primer korunma daha etkilidir ve eğitimi de kapsar. Sağlık personeli tarafından risk altında bulunan bireylere gerekli uyarı yapıldığı zaman kişiler, bu uyarıyı dikkate alarak sağlık kuruluşuna başvurmakta ve hastalığın taranmasında pasif rolden aktif role geçirilmiş olmaktadır (11,56,69).

Serviks Kanseri

Serviks kanserinden korunmada cinsel yolla geçiş gösteren hastalıklara karşı tedbir alma, sigarayı bırakma, premalign lezyonların etkin takip ve tedavisi, smear taraması önemlidir. HPV aşıları korunmada önemli rol oynayacak gibi görünmektedir (70).

Cinsel davranış: Riskli cinsel davranışları elimine etmek, kondom kullanımının yaygınlaştırılması, sağlıklı cinsel yaşam ile ilgili eğitimler düzenlenmesi yoluyla sağlanabilir.

Beslenme: Serviks kanseri için primer korumada etkili olabilen bir risk faktörüdür. Karotenoidler, A ve E vitamini, retinoidler ve folat antikarsinojenik etkiye sahip sebze ve meyvelerde bulunmaktadır. Örneğin, az miktarda karotenoid alımının serviks kanseri riskini arttırdığı belirlenmiştir. Klinik çalışmalarla tüm trans-retinoik asitlerin, vitamin A ve provitamin A karotenoidlerinin güncel uygulamalarının CIN II' de gerilemeye neden olduğu gösterilmiştir (71).

"*Human Papilloma Virüs*" aşıları: Halk sağlığı açısından HPV aşısının birincil amacı, serviks kanseri ve öncü lezyonların insidansını azaltmaktır. Diğer beklentiler ise, HPV ile ilişkili diğer kanserler ve selim durumların sıklığında azalmadır (72). HPV aşıları oldukça yeni geliştirilmiş aşılardır. Viral nötralizan antikor salınımı ile yeni enfeksiyonlara karşı koruyucu profilaktik aşılar ve HPV ile enfekte epitelyal hücrelerde, hücresel immüniteyi arttıran teröpatik aşılar olmak üzere 2 tipi vardır. Faz III çalışmalarından elde edilen bilgiler, bu aşının kalıcı HPV enfeksiyonları ve servikal intraepitelyal neoplazmlara karşı koruyucu olabileceğini ve güvenlik profilinin iyi olabileceğini göstermektedir. Fakat bu aşıların oluşturacağı koruma süresi kesin olarak bilinmemektedir. Yayınlanan verilere göre, koruyuculuk süresi en azından "Kuadrivalan" HPV aşısı için 36 ay, "Bivalan" HPV aşısı için 53 aydır. Devam eden çalışmalar bu aşıların daha uzun dönem etkinliğine yönelik daha geniş bilgi verecektir. Antikor yanıtı tipe özgül olabilir ve aşılamanın virüsle karşılaşma öncesinde yapılması gereklidir (73,74).

Kuadrivalan HPV aşısının 16-25 yaş aralığındaki bayanlara, Bivalan HPV aşısının 15-25 yaş aralığındaki bayanlara 0.5 ml intramüsküler yolla 3 doz şeklinde uygulanması önerilmektedir (72,74). Bivalan aşı Avustralya'da 10-45 yaş kadınlarda kullanım için lisans almış durumda olup, "24. Uluslararası Papillomavirüs Konferansı"nda 24-45 yaş kadınlarda Kuadrivalan HPV aşısının dirençli enfeksiyonları, düşük grade servikal anomalileri, prekanseröz ve dış genital lezyonları %91 oranında önlediği belirtilmiştir (75,76).

Endometrium Kanseri

Endometrium kanseri için koruyucu olabilecek bir yöntem söz konusu değildir. Özellikle kompleks atipili hiperplazi olguları dışındaki endometrial hiperplazi olgularında, anovulatuar siklusları olan hastalarda (PKOS hastaları, perimenopozal dönemde) koruyuculuk progestinler ile sağlanabilir. Basit atipisiz hiperplazi olgularında %1, kompleks atipisiz hiperplazi olgularında %3, basit atipili hiperplazi olgularında %8, kompleks atipili hiperplazi olgularında %29 oranında endometrium kanseri gelişim riski vardır (77). Kombine OKS kullanımı endometrium kanseri riskini %50 azaltır. Sürekli OKS preparatları kullanımı koruyucu etkiler göstermektedir. Progesteron hormonu içeren tüm OKS'ler endometrium kanseri sıklığında azalmaya neden olur. Obez kadınlara kilo vermeleri ve egzersiz yapmaları önerilmektedir (65)

Over Kanseri

Genetik yatkınlığı olmayan kadınlarda hayat boyu over kanseri gelişim riski yaklaşık %1.5'tir. BRCA-1 taşıyıcılarının yaşam boyu over kanserine yakalanma riski %20-40, BRCA-2 taşıyıcılarında ise bu risk %10-20'dir (78).

Genel yaşam tarzı ile ilgili önlemler: Domates ve havuç içeren sebze ve meyve porsiyonlarından zengin sağlıklı bir beslenme, aşırı kilodan sakınmak, düzenli egzersiz yapmak, sigaradan sakınmak, uzun süre HRT kullanımından sakınmak olarak sıralanabilir (45).

Oral kontraseptifler: OKS ile riskte %40 azalma olur. Korunmanın düzeyi ve süresi OKS kullanım süresi ile ilişkilidir. 4-6 yıl kullanım uzun vadeli korunma sağlarken, 6 ay-2 yıl arası kullanmak minimal fayda sağlayacaktır (47). BRCA-1 ve BRCA-2 mutasyonu taşıyıcısı olan kadınlarda 6 yıl veya daha uzun süre OKS kullanımı over kanseri riskini %60 azaltır (45).

Profilaktik ooferektomi: Profilaktik ooferektomi, uzun dönem morbidite ve mortalite yönünde potansiyel yararlar getireceği düşüncesi ile overlerin çıkartılmasıdır. ABD'de 2005 yılında 854000 histerektomi yapılacağı ve 40 yaş üzerinde tüm kadınlara ooferektomi yapılırsa 2200 over kanseri vakasının önlenebileceği hesaplanmıştır. Profilaktik ooferektomi özellikle BRCA-1 ve BRCA-2 mutasyonu olan kadınlarda sadece over kanseri riskini önemli derecede azaltan bir seçenek olarak uygulanır. Bu kadınlara 35 yaş üzerinde veya doğurganlığın tamamlanmasından sonra profilaktik ooferektomi önerilir (45,78).

Jinekolojik Kanserleri Önlemede Genel Öneriler

Rieck G ve ark. (4) ile Hanna L ve ark. (45) 2006 yılında yaptıkları çalışmalar sonucunda jinekolojik kanserlerden korunmak için aşağıda belirtilen yaşam stili ve davranışlara yönelik genel öğütler vermişlerdir:

-Düzenli yıllık kontrolleri yaptırmak,
-Aşırı kilodan sakınmak ve obeziteyi önlemek,
-Düzenli egzersiz yapmak,
-Beslenme: Fazla yağlı diyetten sakınmak, her gün antioksidanlardan zengin, sebze ve meyve porsiyonları tüketmek,
-Sigara, alkolden uzak durmak,
-Uzun süre HRT kullanımından sakınmak,
-Güvenli seks,
-Stresi azaltmak, stresle baş etme yöntemlerini kullanmak,
-Mesleki ajanlara maruziyeti kontrol etmek.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız Kırklareli İl Merkez Devlet Hastanesi'nde hizmet veren polikliniklerde ve kliniklerde, 1 Aralık 2007- 25 Haziran 2008 tarihleri arasında gerçekleştirilen tanımlayıcı ve kesitsel tip bir epidemiyolojik araştırmadır. Bu çalışma Kırklareli Devlet Hastanesi'nde çalışan sağlık personelinin ve hastaneye başvuran kadınların jinekolojik kanserler hakkındaki bilgi düzeyleri, erken tanıya yönelik uygulamaları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacı ile planlanmıştır. Örnekleme dâhil edilen kadınlar 15-64 yaş aralığında bulunanlardan, gönüllülük esasına dayanarak seçilmiştir.

Çalışma için Trakya Üniversitesi Etik Kurul Komitesi'nden onay alınmasının ardından Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü aracılığı ile Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü'nden çalışmanın yapılması için gerekli izin alındı (EK-1, EK-2).

Araştırmada kadınların bilgi düzeylerini, davranışlarını ve tutumlarını belirleyebilmek üzere oluşturulmuş 70 soruluk anket formu (EK-3) kullanılmıştır. Anket formunun içeriğini, kadınların sosyo-demografik özellikleri, jinekolojik kanserlerin (vulva, vajina, over, endometrium ve serviks kanseri) belirtileri, risk faktörleri, erken tanı ve korunma, jinekolojik kanserlere yönelik tutum ve algılara yönelik sorular oluşturmaktadır. Anket formundaki sorular literatürler ışığında oluşturulmuş ve benzer konuda ülkemizde yapılmış olan bir araştırmanın anket formundan da yararlanılmıştır (60).

Çalışmamızın evrenini hastane polikliniklerine başvuran 15-64 yaş arası kadınlar ile hastanenin çeşitli birimlerinde hizmet veren bayan sağlık personeli oluşturmuştur. Kırklareli Devlet Hastanesi'nde 350 sağlık personeli görev yapmakta olup, bayan sağlık personeli sayısı 194'tür. Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü Merkez Sağlık Grup Başkanlığı'nın 2007 yılı

verilerine göre (79) Kırklareli merkezdeki 15-64 yaş grubu kadın sayısı 27568'dir. Her iki grup için belirtilen değerler araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

Örneklem büyüklüğü Epi-info 6.0 (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Atlanta) paket programı kullanılarak, evren sayısı bilinen (poliklinik hastaları için N:27568, sağlık personeli için N: 194) ve olayın görülüş sıklığı bilinen (%72) olgularda kullanılan yöntem ile %95 güven aralığında ve %5 sapma ile hesaplanmıştır. Sağlık personeli için hesaplama yapılmamış n=100 alınmıştır. Örneklem büyüklüğü hesaplanırken bilgi düzeyinin %20 yeterli çıkacağı varsayıldığında polikliniğe başvuran 15-64 yaş grubu kadınlarda n=245, bilgi düzeyinin %50 yeterli çıkacağı varsayıldığı takdirde polikliniğe başvuranlarda n=384 olarak hesaplandı. Gönüllülük esas alındığı ve çalışmanın sonuçlarının güvenilirliğinin artması için örneklem sayısı bunun üzerinde bir sayı (n=501) alınmıştır. Sağlık personelinde de "gönüllü olma" ölçütü bulunduğundan örneklem hacmini araştırmaya katılmayı kabul eden 96 kişi oluşturmuştur.

Anket formu yüz yüze görüşme tekniği ile tek bir araştırmacı (D.Ş) tarafından uygulanmıştır. Hastalar polikliniklere başvuranlar arasından yaş göz önünde bulundurularak seçilmiştir. Araştırmacı tarafından soruların bir kısmı örnekler verilerek daha da açık hale getirilmiştir. Her bir anket formunun uygulanması 20-25 dakika sürmüştür. Anket formunun uygulanması sonrasında örneklem grubunun merak ettiği sorulara da açıklık getirilmiş ve hastalar bilgilendirilmişlerdir. Veri toplama aşamasında kişilere anketin amacı, içeriği, yarar zararları konusunda açıklama yapılmış, kişilerden sözel onam alınmış ve kabul edenlere anket uygulanmıştır.

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Jinekolojik kanserlere yönelik bilgi ve davranışlar oluşturmuştur.

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

- Yaş
- Medeni Durum
- Eğitim durumu
- Meslek
- Sosyal güvence ve gelir düzeyi
- Jinekolojik muayene olma
- Sigara-alkol kullanımı
- Genetik yatkınlık

- İlk adet ve menopoz yaşı
- Cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü
- İlk cinsel ilişki ve evlilik yaşı, evlilik sayısı
- Gebelik, doğum ve kürtaj öyküsü
- Kontraseptif yöntem
- Koruyucu sağlık davranışları (pap smear testi, HPV aşısı, vb)

Anket formunun puanlamasında jinekolojik kanserleri oluşturan her bir kanser türü 50 puan üzerinden değerlendirilmiştir. İlk önce tüm 5 kanser türü için toplam 250 puan üzerinden 125-250 puan arası elde edenler "yeterli bilgi düzeyine sahip" kabul edilirken, 125 puanın altında alanlar "bilgi düzeyi yetersiz" olarak kabul edildi. Daha sonra, ileri bir analizde her bir kanser türü için 50 puan üzerinden 25 puan altı alanlar "bilgi düzeyi yetersiz", 25 -50 puan arası değer alanlar "yeterli bilgi düzeyine sahip" olarak tanımlandılar.

Örneklem büyüklüğünün ardından yapılan analizde araştırmanın gücü %87, α değeri 0.85 olarak belirlenmiştir.

Verilerin analizi WCP1331.00197 lisans numaralı Minitab Inc. Release 13.32 paket programı ile yapıldı. Verilerin incelenmesinde yüzde dağılımları, ki-kare, Anova, Kruskal-Wallis, Mann Whitney U testi ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. $p<0.05$ olduğunda istatistiksel anlamlı kabul edilmiştir. Çalışmada değerlendirmeye alınan tüm veriler ekte sunulmuştur (EK-4).

BULGULAR

Araştırmamızda 96'sı sağlık personeli ve 501'i polikliniklere başvuran 15-64 yaş arası hastalardan oluşan iki farklı grubun analizi yapılmıştır. Katılımcı sağlık personelinin 79'unu (%82.3) ebe-hemşire, 17 (%17.7)'sini diğer sağlık personeli (diş teknisyeni, laborant, radyoloji teknisyeni, diyetisyen) oluşturmuştur. Poliklinik hastalarının ve sağlık personelinin yaş ortalamaları sırasıyla 37.49±10.38 ve 34.35±6.53 yıl olup, sağlık personelinin %53.1'i 26-35 yaşlar arasında, poliklinik hastalarının %32.1'i 36-45 yaşlar arasında idi. Katılımcıların >%80'nin evli, sağlık personelinin %80.2'sinin yüksekokul mezunu olmasına karşın, poliklinik hastalarının %17.8'inin bu düzeyde eğitim aldıkları ve %64.3'ünün ev hanımı olduğu görülmüştür. Katılımcılara ait sosyo-demografik özellikler Tablo 2'de belirtildi.

Jinekolojik kanser bilgi düzeyi açısından poliklinik hastalarının başvurdukları bölümlere göre bilgi düzeyi farkı olmadığı (p=0.191), sağlık personelinin jinekolojik kanser bilgi düzeylerinin çalışılan bölümlere göre farklılık gösterdiği (F=2.908, p=0.039), bunun cerrahi ve Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi (KETEM) bölümlerinde çalışanlar arasındaki farklılıktan kaynaklandığı belirlendi (p=0.041). Bölümlere göre jinekolojik kanser alt türlerinin analizi yapıldığında, poliklinik hastalarının endometrium, sağlık personelinin ise over ve endometrium kanseri bilgi düzeylerinin anlamlı olarak yüksek olduğu görüldü. Serviks kanseri açısından ise sağlık personelinde sınırda fakat anlamlı olmayan sonuç saptandı (Tablo 3).

Tablo 2: Katılımcılara ait sosyo-demografik özellikler

Özellikler		Poliklinik hastaları (n=501)			Sağlık Personeli (n=96)		
		N	%	p	n	%	p
Yaş	15-25 yaş	72	14.4	0.273	7	7.3	0.501
	26-35 yaş	150	29.9		51	53.1	
	36-45 yaş	161	32.1		32	33.3	
	46-55 yaş	95	19.0		6	6.3	
	56 yaş ve üzeri	23	4.6		-		
Medeni Durum	Evli	429	85.6	0.023	77	80.2	0.130
	Bekar	49	9.8		12	12.5	
	Dul	23	4.6		7	7.3	
Eğitim Durumu	Okur- yazar	16	3.2	<0.001	-	-	0.900
	İlköğretim	268	53.5		-	-	
	Ortaöğretim	133	26.5		21	21.9	
	Yüksekokul/Lisans	84	17.8		75	78.1	
Meslek	Ev hanımı	322	64.3	<0.001	-	-	-
	Memur	55	11.0		96	100	
	İşçi	65	13.0		-	-	
	Serbest	22	4.4		-	-	
	Emekli	21	4.2		-	-	
	Öğrenci	16	3.1		-	-	
Sosyal Güvence	Bağ-Kur	83	16.6	<0.001	-	-	0.211
	Yeşil Kart	33	5.6		-	-	
	Emekli Sandığı	145	28.9		84	87.5	
	SSK	216	43.1		12	12.5	
	Özel Sigorta/ Ücretli	24	4.8		-	-	
Gelir durumu	Yok	20	4.0	<0.001	-	-	0.327
	500 YTL ve altı	121	24.2		-	-	
	500-800 YTL	150	29.9		4	4.2	
	801-1.000 YTL	63	12.6		22	22.9	
	1.000 YTL üzeri	147	29.3		70	72.9	

SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu

Ki-kare , Kruskall Wallis testi

Tablo 3: Katılımcıların jinekolojik kanser alt tiplerinde bilgi düzeylerinin bölüme göre dağılımı

	BÖLÜM			
	Poliklinik hastaları		Sağlık personeli	
Kanser türü	**χ^2**	**p**	**χ^2**	**p**
Vulva Kanseri	1.197	0.550	3.274	0.351
Vajen Kanseri	0.459	0.795	5.094	0.165
Over Kanseri	1.734	0.420	8.054	0.045
Endometrium Kanseri	10.660	0.005	13.876	0.003
Serviks Kanseri	2.462	0.292	7.822	0.050

Kruskal Wallis testi

Tüm araştırma grubunun (n=597) vulva, vajina, over, endometrium ve serviks kanseri bilgi puanları her bir kanser türünde sırasıyla 6.80±10.89, 10.21±14.12, 9.82±13.55, 12.25±14.27, 13.78±13.84 olarak hesaplandı. Sağlık personeli ve poliklinik hastalarının toplam bilgi puanları karşılaştırıldığında sağlık personelinin ortalama bilgi düzeyinin ileri derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (107.87±51.35, 41.83±47.18, p<0.001) (Tablo 4).

Tablo 4: Katılımcıların jinekolojik kanser ve alt türlerinde bilgi puanlarının dağılımı

Gruplar		**Ort±SS**	**U**	**p**
Jinekolojik Kanser	Sağlık personeli	107.87±51.35	8930	<0.001
	Poliklinik hastaları	41.83±47.18		
Vulva Kanseri	Sağlık personeli	16.46±13.16	12610	<0.001
	Poliklinik hastaları	4.94±9.34		
Vajen Kanseri	Sağlık personeli	21.82±13.55	11316	<0.001
	Poliklinik hastaları	7.99±13.12		
Over Kanseri	Sağlık personeli	21.41±12.87	11907.5	<0.001
	Poliklinik hastaları	7.60±12.52		
Endometrium Kanseri	Sağlık personeli	22.87±13.94	12968	<0.001
	Poliklinik hastaları	10.22±13.41		
Serviks Kanseri	Sağlık personeli	25.31±13.55	10906.5	<0.001
	Poliklinik hastaları	11.09±12.68		

Mann Whitney U testi

Tüm katılımcıların yaşa göre jinekolojik kanser toplam bilgi puan dağılımları incelendiğinde, en fazla puanı 26-35 yaş grubundaki kadınların aldığı (63.90±56.39), en az puanı ise 56 yaş ve üzeri olanların aldığı (20.13±34.37) tespit edilmiştir, fakat bu fark anlamlı düzeye ulaşmamıştı (p=0.056). Buna karşın vulva, vajina, over, serviks ve endometrium kanserleri tüm çalışma grubunda ayrı ayrı ele alındığında vulva, serviks, endometrium kanserleri ile yaş arası ilişkinin anlamlı olduğu (sırasıyla p=0.044, p<0.001, p=0.035), vulva kanseri için 26-35 yaş grubu ile 56 yaş ve üzeri grupta (p=0.028), endometrium kanseri için 26-35 yaş grubu ile 36-45, 56 yaş ve üzeri grup arası fark olduğu (sırasıyla p=0.004, p=0.026), serviks kanseri için ise 15-25 ile 26-35 yaş grupları arası, (p=0.002), 26-35 yaş grubu ile 36-45 ve 56 yaş ve üzeri gruplar arası (p=0.015, p<0.001), 56 yaş ve üzeri grup ile 36-45 ve 46-55 yaş grupları arasında fark olduğu saptandı (p=0.031, p=0.045). Bu sonuçlara göre daha genç yaşta olan gruplar tüm kanser türleri için daha yüksek bilgi puanlarına ulaşmışlardı.

Tüm katılımcıların medeni durumları ile jinekolojik kanser bilgi düzeyleri arasında farklılık olmayıp (p=0.234), gruplar ayrı ayrı incelendiğinde poliklinik hastalarında evli olmayanlarda jinekolojik kanser bilgi düzeyi anlamlı bulundu (p=0.023). Medeni duruma göre jinekolojik kanser alt gruplarının analizinde ise tüm katılımcıların (n=597) bilgi düzeyleri over kanseri (p=0.003) ve endometrium kanserinde (p=0.014) diğer jinekolojik kanserlere göre daha yüksekti (Tablo 5). Sağlık personelinde medeni durumun bilgi puanı düzeylerini etkilemediği görüldü (p>0.05).

Eğitim durumları ile bilgi puanları karşılaştırıldığında, araştırma grubundaki ilköğretim mezunlarının bilgi puanları diğer gruptakilere göre daha düşük olup (24.79±34.37), en yüksek bilgi puanının yüksekokul/ lisans mezunlarına ait olduğu (91.70±53.69) belirlendi**.** Çalışma grubumuz için tüm jinekolojik kanser tiplerinde eğitim durumuna göre bilgi düzeyleri farkı ileri derecede anlamlıydı (p<0.001) (Tablo 5). Gruplar arası incelemede sağlık personelinin eğitim düzeyi ile bilgi puanı arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı (p=0.900), poliklinik hastaları için anlamlı olduğu (p<0.001), eğitim düzeyi arttıkça bilgi puanlarının arttığı görüldü (r=0.505, p<0.001).

Araştırma grubunun %53.9 (n=322)'u ev hanımı, %25.5 (n=151)'i memur (poliklinik hastaları %11, sağlık personeli %100) idi. Poliklinik hastalarının çalışıp çalışmama durumlarına göre jinekolojik kanser bilgi düzeyi ilişkisinin önemli olduğu (p<0.001), çalışanlarda bilgi puanının daha yüksek bulunduğu (60.29±52.68), meslek grupları arasında ev hanımı ile memur ve emekli grubu arasında (p<0.001), memur ile işçi grubu arasında (p<0.001), işçi ile emekli grubu arasında (p=0.017) fark olduğu saptandı. Meslek gruplarına

göre jinekolojik kanser bilgi puanları dağılımı incelendiğinde en yüksek puanın memur grubuna ait olduğu (87.94±53.15), en düşük puanın ise ev hanımlarına ait olduğu (30.65±39.07) belirlendi. Tüm katılımcıların (n=597) mesleki durumlarına göre jinekolojik kanser alt türlerinde bilgi düzeylerinin incelenmesi neticesinde, vulva, vajen, over, serviks ve endometrium kanseri bilgi düzeyleri açısından ileri derecede farklılık olduğu görüldü (p<0.001) (Tablo 5).

Tablo 5: Katılımcıların bazı sosyo-demografik özellikleri ile jinekolojik kanser alt türlerinde bilgi düzeylerinin karşılaştırılması (n=597)

	Vulva Kanseri		Vajen Kanseri		Over Kanseri		Serviks Kanseri		Endometrium Kanseri	
	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p
Yaş	9.775	0.044	7.575	0.108	4.142	0.387	23.276	<0.001	10.315	0.035
Medeni durum	2.183	0.336	3.877	0.144	11.766	0.003	1.369	0.504	8.484	0.014
Eğitim durumu	48.859	<0.001	61.362	<0.001	75.374	<0.001	53.373	<0.001	56.306	<0.001
Meslek	71.786	<0.001	91.449	<0.001	122.956	<0.001	98.921	<0.001	70.558	<0.001
Sosyal güvence	31.162	<0.001	34.427	<0.001	43.467	<0.001	44.676	<0.001	32.661	<0.001
Gelir	27.016	<0.001	21.101	<0.001	52.259	<0.001	36.370	<0.001	42.463	<0.001

Ki-kare testi

Poliklinik hastalarının %28.9 (n=145)'u, sağlık personelinin %87.5 (n=84)'i Emekli Sandığı'na, poliklinik hastalarının %43.1 (n=216)'i, sağlık personelinin %12.5 (n=12)'i Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)'na tabi idi. Poliklinik hastaları için sosyal güvencenin jinekolojik kanser bilgi puanları açısından ileri derecede önemli olduğu görüldü (p<0.001). Sağlık personelinde bu anlamlı değildi (p=0.211). Emekli Sandığı'na mensup poliklinik hastalarının jinekolojik kanser bilgi puanlarının (60.56±55.08) diğer sosyal güvenceye sahip olanların bilgi puanlarından yüksek, yeşil kartlıların bilgi puanlarının ise düşük (15.42±27.30) olduğu bulundu (Bağkurlu 35.93±45.59, SSK mensubu 36.60±41.20, özel/ücretli 34.70±39.13). Tüm olguların vulva, vajen, over, serviks ve endometrium kanseri yönünden yapılan alt incelemesinde ise tüm araştırma grubunun bilgi puanlarının sosyal güvenceden etkilendiği gözlendi (p<0.001) (Tablo 5).

Gelir durumuna göre jinekolojik kanser bilgi puan dağılımı incelendiğinde poliklinik hastalarının gelir düzeyi arttıkça bilgi puanlarının arttığı saptandı (p<0.001, r=0.216). Sağlık personeli açısından gelir düzeyi ile bilgi puanı arasındaki ilişkinin önemli olmadığı görüldü (p=0.322). Tüm katılımcılar için jinekolojik kanser alt türlerinde de bu ilişki anlamlıydı (p<0.001) (Tablo 5). Poliklinik hastaları içerisinde geliri olmayanların oranı %4 olup,

hastaların %29.3 (n=147)'ünün, sağlık personelinin %72.9 (n=70)'unun 1000 YTL üzeri gelire sahip olduğu saptandı.

Sağlık personelinin %53.1 (n=51)'inin sigara, %11.5 (n=11)'inin alkol kullandığı, poliklinik hastalarının %34.5 (n=173)'inin sigara, %2.8 (n=14)'inin alkol kullandığı saptandı. Katılımcıların sigara kullanma durumlarına göre jinekolojik kanser bilgi puanları arasında anlamlılık saptanmamıştır (p=0.073). Alkol kullanımı ile jinekolojik kanser bilgi düzeyi arasındaki farkın poliklinik hastaları için anlamlı olduğu (p=0.042), alkol kullananlarda bilgi puanlarının daha yüksek olduğu (71.71±58.98 *vs* 40.97±46.59) belirlendi. Zararlı alışkanlıklar ile jinekolojik kanser alt türlerinde bilgi düzeyi incelendiğinde katılımcılar arasında sigara kullananlarda (n=597) vajen (p=0.021) ve over kanseri (p=0.044); alkol kullananlarda endometrium kanseri (p=0.019) ve over kanseri (p<0.01) bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu görüldü.

Katılımcı sağlık personelinin %10.7'sinin hiç çocuğu olmamakla birlikte %47.6'sının iki çocuğa sahip olduğu, %58.3'ünün ≥2 gebelik yaşadığı, %46.4'ünün iki doğum yaptığı; poliklinik hastalarının ise %34.2'sinin iki çocuk sahibi olduğu ve %83.5'inin ≥2 gebelik yaşadığı, %48.4'ünün iki doğum yaptığı saptandı. Araştırma grubundaki (ortanca) gebelik, doğum ve çocuk sayısı sağlık personelinde (2, 1, 1) ve poliklinik hastalarında (2, 2, 2) olarak belirlendi. Tüm katılımcıların %78.6 (n=425)'sının düşük öyküsü, %83.4 (n=451)'ünün kürtaj öyküsü bulunmamaktaydı.

Tablo 6: Katılımcıların gebelikle ilgili özellikleri ile jinekolojik kanser alt türlerinde bilgi düzeyleri ilişkisi

Özellik	Vulva Kanseri		Vajen Kanseri		Serviks Kanseri		Over Kanseri		Endometrium Kanseri	
	r	p	r	p	r	P	r	p	r	p
Gebelik	-0.167	<0.001	-0.155	<0.001	-0.105	0.015	-0.47	0.028	-0.108	0.012
Doğum	-0.124	0.004	-0.119	0.005	-0.135	0.002	-0.95	0.027	-0.124	0.004
Çocuk	-0.110	0.01	-0.101	0.019	-0.135	0.002	-0.83	0.054	-0.126	0.003
Kürtaj	-0.150	<0.001	-0.221	<0.001	-0.090	0.036	-0.057	0.185	-0.066	0.126
Düşük	0.016	0.719	0.107	0.013	0.059	0.167	0.122	0.005	0.055	0.200

Pearson Korelasyon

Gebelik ile ilgili özelliklerle jinekolojik kanser alt türlerine ait bilgi puanları arası yapılan incelemede aralarında ters ilişki olduğu çocuk, gebelik, doğum ve kürtaj sayısı arttıkça bilgi puanlarının azaldığı, buna karşın düşük sayısı arttıkça bilgi puanının arttığı belirlenmiştir (Tablo 6).

Tablo 7: Katılımcıların gebelik ve doğurganlık özellikleri ile jinekolojik kanser bilgi düzeylerinin karşılaştırılması

Özellikler		Poliklinik hastaları(n=457)			Sağlık Personeli(n=84)		
		n	%	p	n	%	p
Çocuk sayısı	Çocuğu yok	49	10.7	r=-0.086 p=0.067	9	10.7	r=-0.077 p=0.489
	Bir çocuk	118	25.8		35	41.7	
	İki çocuk	221	48.4		40	47.6	
	Üç çocuk	54	11.8		-	-	
	Dört ve üzeri çocuk	15	3.3		-	-	
Gebelik sayısı	Gebelik yok	27	5.9	r=-0.107 p=0.022	7	8.3	r=0.033 p=0.764
	Bir gebelik	94	20.6		28	33.4	
	İki gebelik	167	36.5		31	36.9	
	Üç gebelik	93	30.4		12	14.3	
	Dört ve üzeri gebelik	76	16.6		6	7.1	
Doğum sayısı	Doğum Yapmamış	49	10.7	r=-0.086 p=0.065	9	10.7	r=-0.094 p=0.394
	Bir	112	24.5		36	42.9	
	İki	219	47.9		39	46.4	
	Üç	56	12.3		-	-	
	Dört ve üzeri	21	4.6		-	-	
Düşük sayısı	Düşük Yok	363	79.4	r=0.016 p=0.739	62	73.8	r=0.183 p=0.096
	Bir	79	17.3		15	17.8	
	İki	13	2.8		5	6.0	
	Üç ve üzeri	2	0.4		2	2.4	
Kürtaj sayısı	Kürtaj Yok	372	81.4	r=-0.095 p=0.043	79	94.0	r=-0.164 p=0.135
	Bir	57	12.5		5	6.0	
	İki	16	3.5		-	-	
	Üç ve üzeri	12	2.6		-	-	

r: Pearson korelasyon

Poliklinik hastalarının jinekolojik kanser bilgi düzeyleri ile gebelik ve kürtaj sayısı arasında negatif ilişki olduğu (r=-0.107, p=0.022; r=-0.095, p=0.043), çocuk, doğum ve düşük sayılarının jinekolojik kanser bilgi düzeyini etkilemediği saptandı. Gebelik ile ilgili özelliklerin sağlık personelinin bilgi düzeyini etkilemediği belirlendi (p>0.05) (Tablo 7).

Tablo 8: Katılımcıların jinekolojik kanser bilgi düzeylerinin evlilik ve cinsellikle ilgili özelliklere göre dağılımı

Özellikler		Poliklinik hastaları			Sağlık Personeli		
		n	%	P	n	%	p
Evlilik sayısı	Bir	440	96.3	r=0.015 p=0.755	83	98.8	r =0.068 p =0.541
	İki	17	3.7		1	1.2	
	Toplam	**457**	**100.0**		**84**	**100.0**	
İlk evlilik yaşı	≤19 yaş	173	37.9	r=0.203 p<0.001	4	4.8	r=-0.122 p=0.269
	20-25 yaş	230	50.3		61	72.6	
	26-30 yaş	44	9.6		16	19.0	
	31 yaş ve üzeri	10	2.2		3	13.6	
	Toplam	**457**	**100.0**		**84**	**100.0**	
İlk cinsel ilişki yaşı	≤19 yaş	173	37.8	r=0.202 p<0.001	4	4.8	r=-0.125 p=0.256
	20-25 yaş	231	50.4		61	72.6	
	26-30 yaş	44	9.6		16	19.0	
	31 yaş ve üzeri	10	2.2		3	13.6	
	Toplam	**458**	**100.0**		**84**	**100.0**	
İlk gebelik yaşı	≤20 yaş	169	39.0	r=0.092 p=0.048	8	10.4	r =0.074 p=0.501
	21-30 yaş	252	58.2		64	83.1	
	31-40 yaş	12	2.8		5	6.5	
	Toplam	**433**	**100.0**		**77**	**100.0**	
Adet yaşı	9-11 yaş	48	9.6	r=0.097 p=0.030	9	9.4	r=0.148 p=0.150
	12-14 yaş	356	71.0		75	78.1	
	15 yaş ve üzeri	80	16.0		12	12.5	
	Hatırlayamayan	17	3.4		-	100.0	
	Toplam	**501**	**100.0**		**96**	**100.0**	
Menopoz yaşı	30-40 yaş	21	22.6	r=-0.018 p=0.696	**-**	**-**	r=-0.059 p=0.569
	41-50 yaş	61	65.6		**-**	**-**	
	51 yaş ve üzeri	11	11.8		4	100.0	
	Toplam	**93**	**100.0**		**4**	**100.0**	

Pearson korelasyon analizi

Katılımcıların evlilik ve cinsellik ile ilgili özellikleri Tablo 8'de gösterilmiştir. Sağlık personeli için ilk evlilik ve cinsel ilişki yaşı 23, ilk gebelik yaşı 24, ilk adet yaşı 13 yıl olup; poliklinik hastaları arasında ilk evlilik ve cinsel ilişki 20, ilk gebelik 21, ilk adet yaşı 13 yıl olarak saptandı.

Jinekolojik kanser bilgi puanları ile evlilik ve cinsellik ile ilgili özellikler arası ilişki incelendiğinde; ilk evlilik, ilk cinsel ilişki, ilk gebelik yaşı, adet ve menopoz yaşı ile jinekolojik kanser bilgi düzeyi arasındaki ilişkinin sağlık personeli için anlamlı olmadığı ($p>0.05$), poliklinik hastaları için anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$). Evlilik, ilk cinsel ilişki, ilk gebelik ve adet yaşı ile bilgi puanları arasında doğrusal yönde pozitif bir ilişki olduğu, evlilik, cinsel ilişki, gebelik ve adet yaşı arttıkça bilgi puanlarının arttığı belirlendi (Tablo 8). Menopoz yaşı ile bilgi puanları arası korelasyona bakıldığında ilişkinin anlamlı olmadığı saptandı ($p=0.696$).

Tablo 9: Katılımcıların evlilik ve cinsellikle ilgili özellikleri ile jinekolojik kanser alt türlerinde bilgi düzeyleri arasındaki ilişki (n=597)

	Vulva Kanseri		Vajen Kanseri		Serviks Kanseri		Over Kanseri		Endometrium Kanseri	
	r	p	r	p	r	P	r	p	r	p
Evlilik yaşı	0.179	<0.001	0.198	<0.001	0.218	<0.001	0.219	<0.001	0.201	<0.001
Cinsel ilişki	0.176	<0.001	0.195	<0.001	0.215	<0.001	0.216	<0.001	0.198	<0.001
Gebelik yaşı	0.088	0.042	0.065	0.132	0.093	0.030	0.184	<0.001	0.081	0.059
Adet yaşı	0.127	0.020	0.123	0.003	0.055	0.178	0.072	<0.001	0.048	0.242
Menapoz	-0.110	0.007	-0.81	0.047	-0.88	0.031	-0.34	0.406	-0.32	0.440

Pearson korelasyon analizi

Sağlık personeli ve poliklinik hastalarının oluşturduğu çalışma grubumuzun vulva, vajina, over, serviks ve endometrium kanseri bilgi puanları ile evlilik ve cinsellik özellikleri arası ilişki Tablo 9'da gösterilmiştir.

Katılımcıların jinekolojik muayeneye gitme ile ilgili görüşleri incelendiğinde, poliklinik hastaları arasında sıkıntıları arttıkça muayene olduğunu belirtenlerin oranı %23.2 (n=116), şikayetim olursa giderim diyenler %58.8 (n=295), belli aralıklarla muayene olanlar %18 (n=90) olup, sağlık personeli içerisindeki dağılım sırasıyla %32.3 (n=31), %55.2 (n=53) ve %12.5 (n=12) idi. Jinekolojik muayeneye gitme durumunun jinekolojik kanser (sağlık personeli $p=0.459$, poliklinik hastaları $p=0.765$) ve vulva, vajen, over, serviks, endometrium kanseri bilgi düzeylerini etkilemediği saptandı. ($p>0.05$) (Tablo 10).

Tablo 10: Katılımcıların jinekolojik kanser alt türlerinde bilgi düzeylerinin jinekolojik muayeneye gitme durumu ve aile planlaması yöntemine göre dağılımı

Özellikler	Vulva Kanseri		Vajen Kanseri		Over Kanseri		Serviks Kanseri		Endometrium Kanseri	
	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	P	χ^2	p	χ^2	p
Jinekolojik muayene	0.207	0.902	2.378	0.305	4.474	0.107	0.850	0.654	1.240	0.538
AP yöntemi	0.002	0.962	0.226	0.635	0.005	0.946	0.179	0.672	0.004	0.949

Ki-kare testi
AP: Aile planlaması

Tablo 11: Katılımcıların aile planlaması ile ilgili özellikleri

Özellik		Poliklinik hastaları		Sağlık personeli	
		n	%	n	%
Aile planlaması yöntemi	Kullanıyor	412	96.0	79	82.3
	Kullanmıyor	17	4.0	17	17.7
	Toplam	429	100.0	96	100.0
	Ki kare	χ^2= 1.177	p=0.278	χ^2=1.276	p=0.259
Yöntem türü* (n=412)	Modern yöntem	286	74.8	65	82.3
	Geleneksel yöntem	126	25.2	13	16.5

*1 kişi kullandığı yöntemi belirtmemiştir.

Tüm araştırma grubunun %82.2'si bir kontraseptif yöntem kullanırken, burada sağlık personelinin %82.3'ünün, poliklinik hastalarının %74.8'inin modern bir yöntem kullandığı belirlenmiştir. Aile planlaması yöntemi kullanımının jinekolojik kanser bilgi puanlarını etkilemediği bulundu (p=0.916) (Tablo 11). Jinekolojik kanser alt türlerinde de bu anlamlı değildi (p>0.05) (Tablo 10).

Araştırma grubu arasında birden fazla kanser öyküsü deneyimlemiş aile bireyleri olduğu belirlenmiş olup, poliklinik hastalarının %15.6'sının, sağlık personelinin %9,4'ünün ailesinde kanser öyküsünün mevcut olduğu; her iki grupta ailede meme kanserinin daha fazla görüldüğü (poliklinik hastaları %61.5, sağlık personeli %66.7) saptandı. Ailede kanser öyküsünün var olup olmama durumu ile jinekolojik kanser (p=0.859) ve alt grup analizinde bilgi puanları arasında sağlık personelinde farklılık olmadığı; poliklinik hastaları açısından ise anlamlı olduğu (p=0.046), endometrium kanseri için bilgi düzeyini etkileyen bir faktör olduğu belirlendi (p=0.027) (Tablo 12).

Tablo 12: Katılımcıların ailelerinde kanser öyküsü durumu

Özellik		Poliklinik hastaları		Sağlık personeli	
		n	%	n	%
Ailesinde kanser öyküsü	Var	78	15.6	9	9.4
	Yok	423	84.4	87	90.6
	Ki-kare	χ^2=3.990 p=0.046		χ^2=0.032 p=0.859	
Ailede mevcut kanser türü	Meme kanseri	48	61.5	6	66.7
	Endometrium kanseri	21	26.9	3	33.3
	Serviks kanseri	2	2.6	-	-
	0ver kanseri	7	9.0	-	-
	Toplam	**78**	**100.0**	**9**	**100.0**

Poliklinik hastalarının %57.1 (n=286)'i jinekolojik kanserler hakkında bilgisi olduğunu belirtti. Bunların %58 (n=167)'i bilgi kaynağı olarak görsel-yazılı basını, %9.7 (n=28)'si doktorları, %13.5 (n=39)'i ebe-hemşire-sağlık memurunu, %12.8 (n=37)'i daha önce almış olduğu eğitimleri, %3.8 (n=11)'i arkadaş-komşuyu, %2.1 (n=6)'i internet, sağlık kitapları ya da deneyimlerini gösterdi. Katılımcı sağlık personelinin %92.7 'si jinekolojik kanserler hakkında bilgisi olduğunu belirtti. Bunların %12.2 (n=11)'si bilgi kaynağı olarak görsel-yazılı basını, %4.4 (n=4)'ü doktorları, %11.1 (n=10)'i ebe-hemşire-sağlık memurunu, %72.3 (n=65) 'ü daha önce aldıkları mesleki eğitimlerini gösterdi.

Araştırma grubumuzda jinekolojik kanserler hakkında yeterli bilgisi olduğunu ifade edenlerin oranı oldukça düşük olup (%3.4), biraz bilgisi olduğu ifade edilen kanser türlerinin dağılımı sağlık personeli arasında %30.2 ile vulva, %42.7 ile vajina, %47.9 ile over, %61.5 ile endometrium ve %59.4 ile serviks kanseri idi. Poliklinik hastalarında bu dağılım sırasıyla %16.8, %19.2, %20, %33.5 ve %35.1 idi (Tablo 13).

Poliklinik hastaları arasında jinekolojik kanserler ile ilgili bilgi verilmesi konusundaki görüşleri incelendiğinde, %77.6 (n=389)'sı tamamıyla bu görüşe katıldığını, %7.4 (n=37)'ü kısmen katıldığını; verilecek bilgi içeriği yönünden %47.7 (n=239)'si detaylı, %32.1 (n=161)'i genel bir bilgi istediğini, %5.0 (n=25)'i korunma yolları, %4.8 (n=24)'i belirtiler, %1.2 (n=6)'si bulaşma yolları hakkında bilgi almak istediğini belirtmiş, %8 (40)'i soruyu yanıtlamadı. Sağlık personelinin jinekolojik kanserler ile ilgili bilgi verilmesi konusunda görüşleri incelendiğinde, %99 (n=95)'u tamamıyla, %1 (n=1)'i kısmen bu görüşe katıldığını; %1 (n=1)'i bulaşma yolları, %4.2 (n=4)'si korunma yolları, %1 (n=1)'i belirtiler hakkında bilgi almak istediğini, %12.5 (n=12)'i genel bilgi ve %81.3 (n=78)'ü detaylı bilgi almak istediğini belirtti.

Tablo 13: Katılımcıların kendilerinin jinekolojik kanser alt türlerinde bilgi düzeyi görüşleri

Özellikler		Poliklinik Hastaları (n=501)		Sağlık Personeli (n=96)	
		n	%	n	%
Vulva Kanseri	Yeterli bilgim var	18	3.6	37	38.5
	Biraz bilgim var	84	16.8	29	30.2
	Bilgim yok	399	79.6	30	31.3
Vajen Kanseri	Yeterli bilgim var	19	3.8	30	31.3
	Biraz bilgim var	96	19.2	41	42.7
	Bilgim yok	386	77	25	26
Over Kanseri	Yeterli bilgim var	16	3.2	27	28.1
	Biraz bilgim var	100	20	46	47.9
	Bilgim yok	385	76.8	23	24
Endometrium Kanseri	Yeterli bilgim var	17	3.4	17	17.7
	Biraz bilgim var	168	33.5	59	61.5
	Bilgim yok	316	63.1	20	20.8
Serviks Kanseri	Yeterli bilgim var	15	3	18	18.8
	Biraz bilgim var	176	35.1	57	59.4
	Bilgim yok	310	61.9	21	21.8

Tablo 14: Katılımcıların kanserden korunma yolları hakkındaki görüşleri

		Poliklinik Hastaları (n=295)		Sağlık Personeli (n=137)	
		n	%	n	%
Kanserden korunma yolları	Sigara/alkol kullanmama	60	20.3	30	21.9
	Yeterli/dengeli beslenme	90	30.5	32	23.4
	Spor, egzersiz	21	7.1	6	4.4
	Tarama yaptırmak/yapmak	13	4.4	12	8.8
	Rutin doktor kontrolü	49	16.6	27	19.7
	Aşı	5	1.7	3	2.2
	Sağlıklı cinsel yaşam	15	5.1	17	12.4
	Hijyen	13	4.4	5	3.6
	Düzenli hayat	7	2.4	4	2.9
	Stresten korunma	15	5.1	1	0.7
	Gereksiz ilaç kullanmama	2	0.7	-	-
	Radyasyona maruz kalmama	5	1.7	-	-

Jinekolojik kanserlerde erken tanı yöntemleri hakkında bilgisi olan poliklinik hastası sayısı 150 idi (%29.9). Bunların içinde erken tanının kurtarıcılığına inananlar 493 kişi (%98.4), sağlık personelinde erken tanı yöntemleri hakkında bilgisi olanların sayısı 68 (%70.8), erken tanının kurtarıcılığına inananların sayısı 89 (%92.7) idi. Poliklinik hastalarının %18'i, sağlık personelinin %33.3'ü yeterli ve dengeli beslenmenin önemli korunma yollarından olduğunu belirtti (Tablo 14).

Tablo 15: Katılımcıların pap smear testi ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları

	Poliklinik Hastaları		**Sağlık Personeli**	
	n	**%**	**n**	**%**
Pap smear testi yaptırma durumu				
Yaptıran	201	40.1	50	52.1
Yaptırmayan	300	59.9	46	47.9
Toplam	**501**	**100.0**	**96**	**100.0**
Pap smear Yaptırma Sıklığı				
1 kez	100	49.8	15	30
2 kez	41	20.4	19	38
3 kez	31	15.4	11	22
4 ve üzeri	29	14.4	5	10
Toplam	**201**	**100.0**	**50**	**100.0**
Pap smear Testinin Yaptırılması Gereken Sıklık				
Yılda bir	201	40.1	46	48
2 yılda bir	40	8	15	15.6
6 ayda bir	93	18.6	27	28.1
Her ay	6	1.2	-	-
Bilmiyorum	161	32.1	8	8.3
Toplam	**501**	**100.0**	**96**	**100.0**
Pap smear Yaptırması Gereken Grup				
Tüm cinsel ilişkisi olanlar	296	59.1	62	64.6
Kadın hastalığı olanlar	15	3	1	1
Evli olanlar	57	11.4	18	18.8
40 yaş üzeri kadınlar	50	10	13	13.5
Bilmiyorum	83	16.6	2	2.1
Toplam	**501**	**100.0**	**96**	**100.0**

Pap smear yaptırma oranı sağlık personelinde %52.1, poliklinik hastalarında %40.1 idi. Çoğunluğu en az bir kez pap smear yaptırmış olup (poliklinik hastalarının %49.8'i, sağlık personelinin %30'u), bu testin yılda bir kez yapılması gerekliliğini ifade edenlerin oranı poliklinik hastalarında %40.1, sağlık personelinde %48 idi. Poliklinik hastalarının %59.1'i, sağlık personelinin %64.6'sı tüm cinsel ilişkisi olan kadınların bu testi yaptırması gerekliliğini belirtmiştir (Tablo 15).

Tablo 16: Koruyucu sağlık davranışları ile jinekolojik kanser alt türlerine ait bilgi düzeyleri arası ilişkisi

	Vulva Kanseri		**Vajen Kanseri**		**Over Kanseri**		**Serviks Kanseri**		**Endometrium Kanseri**	
	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	P	χ^2	p	χ^2	p
KKVM	79.349	<0.001	54.382	<0.001	35.667	<0.001	28.674	<0.001	28.204	<0.001
Paptest	1.418	0.234	1.725	0.189	7.780	0.005	5.287	0.021	3.766	0.052
HPV	8.763	0.003	7.875	<0.001	20.088	<0.001	38.783	<0.001	30.329	<0.001

Ki-kare

KKVM: Kendi kendine vulva muayenesi, **HPV:** "*Human Papilloma Virus"*.

Pap smear yaptıran ve yaptırmayan grupların jinekolojik kanser bilgi puanları karşılaştırıldığında pap smear yaptıranların bilgi puanları daha yüksek bulundu (sağlık personeli 118.30±43.22 *vs* 96.54±57.27 p=0.369, poliklinik hastaları 48.41±48.48 *vs* 37.43±45.84, p=0.271) ancak bu fark anlamlı düzeye ulaşmamıştı. Buna karşın tüm katılımcıların (n=597) jinekolojik kanser alt türleri (vulva, vajina, over, endometrium, ve serviks kanserleri) bilgi puanları analizinde pap smear yaptırmanın serviks (p=0.021) ve over kanseri (p=0.005) bilgi düzeylerini etkilediği görüldü (Tablo 16).

HPV aşısını duyanların oranı sağlık personelinde %87.5 (n=84), poliklinik hastalarında %50.1 (n=251) olup, hiçbiri aşı yaptırmamıştı. Poliklinik hastaları içerisinde aşının serviks kanserine karşı koruyucu olduğunu belirtenlerin oranı %24.8 (n=124) olup, bunu %6 (n=30) ile endometrium kanseri, %0.2 (n=1) ile over, %0.6 (n=3) ile meme, %0.4 (n=2) ile vulva-vajina kanseri izlemekteydi. Sağlık personeli içerisinde HPV aşısının endometrium kanserine karşı koruyucu olduğunu belirtenlerin oranı %10.4 (n=10), serviks kanseri diyenlerin oranı %65.6 (n=63), vulva kanseri diyenlerin oranı %1 (n=1) idi. HPV aşısını duyan ve duymayanların jinekolojik kanser bilgi puanları arasında farklılık saptandı (sağlık personeli 112.49±49.16 *vs* 75.58±56.84, p=0.012; poliklinik hastaları 51.73±50.56 *vs* 31.90±41.30, p=0.004). Aşıyı duyanların bilgi puanları daha fazlaydı. HPV aşısını duymanın

jinekolojik kanser alt türlerinde de katılımcıların bilgi durumunu etkileyen bir değişken olduğu belirlendi (Tablo 16).

Kendi kendine vulva muayenesi (KKVM) hakkında bilgisi olanların oranı sağlık personeli içerisinde %51 (n=49) olup, uygulama sıklığını %57.1 (n=28)'i her banyoda, %20.4 (n=10)'ü ayda bir, % 16.3 (n=8)'ü yılda bir, %6.1 (n=3)'i 3 ayda bir olarak belirtmiştir. Poliklinik hastalarının %15.2 (n=76)'si KKVM hakkında bilgisi olduğunu, %38.2 (n=29)'si her banyo sırasında, %36.8 (n=28)'i ayda bir, %22.4 (n=17)'ü yılda bir , %2.6 (n=2)'sı üç ayda bir vulva muayenesi yaptıklarını belirtmiştir. KKVM yapma ile jinekolojik kanser bilgi puanları arasında farklılık saptandı (sağlık personeli 126.06±43.33 *vs*.88.91±52.59 p=0.002, poliklinik hastaları 83.28±51.76 *vs* 34.31±42.19. p<0.001). KKVM yapanların jinekolojik kanser bilgi puanları yapmayanlara göre daha yüksekti. Tüm katılımcılar birlikte ele alındığında serviks, endometrium, over, vulva, vajen kanseri bilgi düzeyleri ile KKVM uygulaması arası ilişkinin de önemli olduğu bulundu (p<0.001) (Tablo 16).

Jinekolojik kanserler konusunda kadınlara yönelik tarama programlarının arttırılması, eğitimler düzenlenmesinin bu tip kanserlerin azaltılmasında etkili olacağını düşünenlerin oranı sağlık personeli içerisinde %84.4 (n=81), biraz etkili olur diyenlerin oranı %14.6 (n=14), hiçbir etkisi olmaz diyenlerin oranı ise %1 (n=1) idi. Bu oranların dağılımı poliklinik hastaları içerisinde sırasıyla %90.6 (n=454), %8.2 (n=41) ve %1.2 (n=6) idi. Sağlık personeli arasında kendini jinekolojik kanserler açısından riskli görenlerin oranı %44.8 (n=43), poliklinik hastalarında bu oran %43.1 (n=216) olarak belirlendi.

TARTIŞMA

Kırklareli Devlet Hastanesi sağlık personeli ve poliklinik hastalarında jinekolojik kanserler hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları belirlemek amacı ile yapılan bu araştırmada, poliklinik hastalarının başvurdukları bölümlere göre jinekolojik kanser genel bilgi puanları arasında farklılık olmadığı, sağlık personelinin çalıştıkları bölümlere göre bilgi düzeylerinde farklılık olduğu saptandı. KETEM ve cerrahi bölümlerinde çalışan sağlık personelinin bilgi düzeyleri daha yüksekti. Jinekolojik kanser alt türlerinde çalışılan/başvurulan bölümün poliklinik hastalarında endometrium, sağlık personelinde over ve serviks kanseri bilgi düzeylerinde etkili olduğu bulundu. KETEM gibi kuruluşlarda toplumun kanser taraması ve mevcut kanserin erken tanınması, kanser hastalarında da ileri tetkikler uygulanıp olgunun tedavi aşamasına geçişi; cerrahi bölümlerinde ise bu hastaların tedavi ve kontrolleri sağlanmaktadır (80). KETEM'de çalışan sağlık personeli Sağlık Bakanlığı bünyesinde özel eğitimlere tabi tutulmakta, erken tanıya yönelik uygulama ve eğitimler verecek yeterliliğe erişmekte ve topluma yönelik eğitimler düzenlemektedirler. Cerrahi birimlerindeki sağlık personeli kanser vakalarına bakım vermeleri nedeni ile bu hastalıklarla yüzleşmekte ve bilgi dağarcıklarını genişletmektedirler. Bu nedenle bu bölümlerdeki sağlık personelinin bilgi düzeyinin diğer bölümlerden daha yüksek çıktığı kanaatindeyiz.

Bolsoy ve ark. (81) ebe ve hemşirelerin okulda ve mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim almalarının kanser bilgisini olumlu etkilediğini, ebe ve hemşirelerin %65.9'unun kendilerini jinekolojik kanserlerin erken tanı ve kanserden korunma konusunda birincil sorumlu sağlık çalışanı olarak gördüklerini saptamışlardır. Çalışmamızda sağlık personelinin bilgi puanının poliklinik hastalarına göre daha yüksek olduğu saptandı. Sağlık personelinin poliklinik hastalarına kıyasla farkındalıklarının ve bilgi düzeylerinin daha yüksek olması gerek

eğitimleri döneminde aldıkları bilgiler gerekse görevleri nedeni ile beklenen bir durumdur. Nitekim çalışmamızda sağlık personelinin %92.7'si jinekolojik kanserler hakkında bilgisi olduğunu belirtmiş ve bunların %72.3'ü kaynak olarak aldıkları eğitimleri göstermişlerdir. Buna karşın, poliklinik hastalarında yeterli bilgisi olduğunu ifade edenlerin oranı %57.1 idi ve bunların %58'i görsel yazılı basın yoluyla bilgi edindiklerini belirtmişlerdir. Sağlık personelinin yaklaşık %80'i yüksek okul mezunu olmasına karşın, poliklinik hastalarında bu oran sadece %17.8 olarak bulundu. Dolayısıyla, yüksek eğitim almanın beklendiği gibi önemli bir sağlık problemi olan jinekolojik kanser bilgi düzeyini direkt olarak etkilediği görünmektedir. Kamerun'da serviks kanseri konusunda yapılmış bir çalışmada (82) kadınların %75'inin radyo, %41.7'sinin sağlık personeli, %37.5'inin akrabaları kanalıyla; İzmir'de benzer konuda yapılmış bir başka çalışmada (83) %33.3'ünün TV-radyo, %33.3'ünün sağlık personeli, %8.3'ünün arkadaş kanalıyla bilgi sahibi olduğu belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda da poliklinik hastalarında bilgi kaynağı olarak basın-yayın önemli bir yer tutmaktaydı (%58), ancak doktor, ebe-hemşire gibi sağlık çalışanlarından bilgi edinenlerin oranı %23.2 ile düşük bulundu. Çalışmamızın sonuçları halkın bilinçlendirilmesinde görsel ve yazılı medyanın önemini vurgulamaktadır. Kişinin televizyonda gördüğü bir sağlık bilgisine kayıtsız kalmadığı, gazetede gördüğü bir sağlık konusunu okuduğu ve bilinçlendiğini yukarıda verilen çalışmalar desteklemektedir. Bu bağlamda, özellikle kadın programlarının hedef kitleye ulaşmada daha etkili olacağı kanısındayız. Bilgi kaynağı olarak sağlık personelinin eğitim payının az olması, sağlık eğitimleri sunumunun yetersizliği ya da halkın katılımının az olmasının göstergesi ve sonucu olabilir. Çalışmamızda tüm araştırma grubunda jinekolojik kanserler hakkında "yeterli" bilgisi olduğunu söyleyenlerin oranı ise sadece %3.4 olarak saptandı. Sağlık personelinde jinekolojik kanser alt türleri açısından yeterli bilgili olduğunu ifade edenlerin oranı %17.5 ile %38.5 aralığında; biraz bilgili olma durumu, over kanseri için yaklaşık %50, serviks ve endometrium kanserleri için ise yaklaşık %60 oranında saptanmasına karşın, vulva ve vajen kanserleri için %30 civarında belirtildi. Poliklinik hastalarında tüm jinekolojik kanser türleri için yeterli bilgisi olanlar yaklaşık %3 iken, biraz bilgisi olduğunu söyleyenlerin oranı %16-%35 aralığında bulundu. Jinekolojik kanser alt türlerinde sık görülen endometrium ve serviks kanseri konusunda yeterli bilgisi olduğunu belirtenlerin oranının düşük olması da ilginç bir sonuçtu.

Kişilerin bilgi düzeyi algıları göreceli bir kavram olup kişi, bilgisini yeterli olduğunu sandığı konularda yetersiz veya bunun tersi olabilir. Tebeu ve ark. (82) servikal kanser bilgi düzeyini değerlendirmişler ve katılımcıların %72'sinin daha önceden bilgisinin olmadığını saptamışlardır. Ege Üniversitesi'nde serviks kanseri üzerine yapılmış bir çalışmada (83)

kadınların ancak %8.8'inin genel kanser, %5.3'ünün ise serviks kanseri konusunda eğitim aldığı saptanmıştır. Ülkemizde sık görülen kanserler arasında 5 sırada olan over, 7. sırada olan endometrium ve 8. sırada olan serviks kanserinin yeterince bilinmemesi önemli bir halk sağlığı sorunu gibi görünmektedir, çünkü Avrupa'da her yıl sadece serviks kanseri nedeniyle 50 bin kadına tanı konmakta, 25 bin kadın bu nedenle hayatını kaybetmektedir (3,84,17).

Diğer yandan, çalışmamızda sağlık personelinin jinekolojik kanserler hakkında bilgili olma durumu oldukça düşük çıkmıştır. Tarwireyi ve ark. (85)'nın 2003 yılında yaptıkları bir çalışmada sağlık çalışanlarının serviks kanseri konusundaki bilgi, inanç ve pap smear testi yaptırma davranışları incelenmiş, sonuç olarak sağlık çalışanlarının serviks kanserleri ile ilgili risk faktörlerine yönelik bilgilerinin yetersiz olduğu, Koç ve ark.(86)'nın çalışmalarında ise hekimlerin %29'unun HPV aşısını duymadığı belirlenmiştir. Bilgi yetersizliği, sağlık personelinin konuya olan ilgi azlığı ve mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimlerinin yetersizliğine bağlanabilir. Nitekim çalışmamızda sağlık personelinin sadece %44.8'i kendisini jinekolojik kanserler açısından riskli görmekteydi. Poliklinik hastalarında ise kendini riskli görme oranı %43.1 bulundu. Yurt içinde yapılmış bir başka çalışmada (87) ise hemşirelerin %12.8'inin serviks kanseri açısından yüksek riske sahip olduğuna inandıkları belirlenmiştir. Sağlık risklerinin belirlenmesi ve azaltılması, sağlık görevlilerinin, bireylerin ve grupların kendi kendine sağlıklarını en üst noktaya ulaştırmalarında yardımcı olabilecek niceliksel bir yaklaşımdır (7). Bu doğrultuda çalışmamızda saptanan bir diğer durum ise katılımcıların jinekolojik kanserler açısından bilgiye açık olmalarıdır. Poliklinik hastalarının %77.6'sı, sağlık personelinin %99'u bu konu hakkında bilgi sahibi olmayı istediklerini söylemişlerdir. Hatta poliklinik hastalarının %47.7'si, sağlık personelinin %81.3'ü detaylı bilgi edinmeyi istediğini belirttiler. Yine sağlık personelinin %84.4'ü, poliklinik hastalarının %90.6'sı tarama yapılmasının jinekolojik kanserlerin yol açacağı ölümleri azaltacağına inandıklarını belirtmişlerdir.

Jinekolojik kanserler çoğunlukla ileri yaşlarda görülen kanserler olarak bilinmektedir (2,10,20,31,48,54). İzmir ili ve çevresinde (83) serviks kanserine yönelik eğitimin etkinliğinin değerlendirildiği çalışmada, yaşın eğitim öncesi ve sonrası bilgi puanlarını etkileyen bir faktör olmadığı belirlenmiştir. Bizim araştırmamızda da yaşın jinekolojik kanser bilgi puanlarını etkilemediği, ancak jinekolojik kanser alt türlerinde vulva, serviks ve endometrium kanseri bilgi puanlarını etkilediği, yaş arttıkça bilgi puanlarının azaldığı saptanmıştır. Yaş ilerledikçe üreme yeteneğinin kaybı kadınların benlik saygısında azalma ve duyarsızlaşmayı arttırırken, gençlerin eğitime açık olmaları ve kanser sıklığındaki artışın yarattığı korku, bunun beraberinde getirdiği duyarlılık eğitime daha açık hale gelmelerinde etkili olabilir. Ayrıca

menstrüasyon döngüsünün başlangıcı olan ≥12 yaş kişiler aynı zamanda ergenlik dönemi içerisindedirler. Bu dönem gençlerin cinselliğe olan ilgilerinin de arttığı bir dönemdir. Çalışma grubumuzda (n=597) ilk adet yaşı ortancası 13 yıl olup, %72.2'sinin 12-14 yaşlar arasında ilk adetini gördüğü belirlenmiştir. Poliklinik hastalarında jinekolojik kanser bilgi puanları ile adet yaşı arasında anlamlı ilişki olduğu, adet yaşı arttıkça bilgi puanının arttığı saptanmıştır. Sağlık personelinde ise adet yaşının bilgi düzeylerini etkilemediği görüldü. Bu eğitimle birlikte olan bilgi birikiminin diğer faktörleri etkisiz hale getirmesinden kaynaklı olabilir.

Cinsel aktivite jinekolojik kanserlere ait risk faktörleri arasında önde yer almaktadır. Zira serviks kanseri için evli olmak, genç yaş evlilikler, cinsel eş sayısı önemlidir (20,23,88). Çalışmamızda medeni durumun jinekolojik kanser bilgi puanlarına etkisi poliklinik hastalarında anlamlı bulunmuştur. Katılımcıların evli olup olmamalarının jinekolojik kanser alt türlerinde over ve endometrium kanserleri bilgi düzeyi üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir. Bekârlarda bilgi puanının fazla olmasının nedeni kendilerine daha fazla zaman ayırabilmeleri, yaşları gereği bilgiye daha fazla açık olmalarına bağlı olabilir. Buna karşın ülkemizde bir tabu olarak görülmeye devam eden ilk cinsellik yaşının düştüğü de bir başka gerçektir. Ege Üniversitesi'nde yapılmış bir tez çalışmasında (83) kadınların çoğunluğunun (%66.5) cinsel ilişkiye 20 yaş ve üzeri başladığını, 18 yaş ve altı cinsel ilişkide bulunanların oranının %12.8 olduğunu, Eğitim Fakültesi öğrencileriyle yapılan çalışmada (89) ise öğrencilerin %99.2'sinin ilk cinsel deneyimlerini 16-19 yaşları arasında yaşadıkları tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda ise ilk cinsel ilişki yaşı ortanca değeri poliklinik hastalarında 20 yaş, sağlık personelinde 23 yaş olup, 19 yaş ve altı cinsel ilişkide bulunanların oranı sırasıyla %37.8 ve %4.8 olarak izlendi. Çalışmamızda poliklinik hastalarının cinsel ilişki yaşı arttıkça jinekolojik kanser bilgi puanlarının da arttığı saptanmıştır. Cinsel ilişki deneyiminde eğitimin, yaşanılan çevrenin, sosyoekonomik düzeyin etkili olduğu görüşündeyiz. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 (TNSA) (90) verilerine göre ilk evlilik yaşı ile eğitim düzeyi arasında doğru ilişki bulunmaktadır ve en az lise mezunu olan kadınlarda ilk evlilik yaşı (24.8 yıl) eğitimi olmayan kadınların ilk evlilik yaşından yaklaşık 7 yıl daha yüksektir. Türkiye'nin batısında ilk evlilik yaşı 20.4 yıl bulunmuştur. Bizim çalışmamızda poliklinik hastalarında ortanca evlilik yaşı 20 yıl, sağlık personelinde ise 23 yıldır. Poliklinik hastalarının bilgi düzeyini etkileyen bir değişken olan evlilik yaş ortalaması eğitim düzeyi arttıkça artmaktadır. Evlilik yaşı, ilk gebelik yaşı, özellikle 20 yaş öncesi cinsel ilişkinin varlığı, serviks kanseri açısından önemli bir risk faktörüdür (88). Erken yaşta evlilik, eğitim düzeyi düşük olan toplumlarda daha yaygın olarak görülür (91,92). İlk evlilik yaşının

artmasına paralel olarak gebelik yaşının artması da doğaldır. Bu sonuç bulgularımızla desteklenmekte olup, ilk gebelik yaşı poliklinik hastalarında 21 yıl, sağlık personelinde 24 yıl, Ege bölgesinde yapılmış bir araştırmada ise 22.3 yıl olarak belirlenmiştir (93). TNSA 2003 verileri (90) ise Türkiye'de kadınların ilk doğurganlık deneyimlerini yirmili yaşlarda yaşadıklarını göstermektedir. Poliklinik hastalarında gebelik yaşı ile jinekolojik kanser bilgi puanı arasında pozitif bir ilişki bulunmuş, ilk gebelik yaşı arttıkça bilgi puanının arttığı görülmüştür. Sağlık personeli için bu anlamlı değildi. Jinekolojik kanser bilgi düzeyi ile gebelik yaşı arası ilişkiyi inceleyen çalışmaya literatürde rastlanmamakla beraber, gebelik yaşı, kültür ve eğitim ile ilişkili bir durumdur. Bu sonucun eğitim düzeyi yüksek kişilerin evlilik yaşının daha yüksek olması, evliliklerinin temellerini sağlamlaştırmaları sonrası gebelik planlamaları ve eğitim süreçlerinin daha uzun olmasının bir yansıması olduğu kanaatindeyiz. Evlilik yaşı arttıkça düşük sıklığı arttığı gibi (≥40 yıl), evlilik yaşı düştükçe (≤17 yıl) bu risk yine artmaktadır (94). Daha önceden yapılmış epidemiyolojik çalışmalarda tüm gebeliklerin, düşükler de dahil olmak üzere over kanseri riskini azalttığı bulunmuştur (95-97). Çalışmamızda düşük sayısı arttıkça vajen ve over kanseri bilgi puanı artmaktadır. Bu durum tamamen tesadüfî olabileceği gibi, bireyin düşük ve beraberinde getirebileceği jinekolojik sorunlar nedeniyle sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmalarının, dolayısı ile sık kontrolün etkisiyle sağlık düzeylerinin yükselmesinin sonucu olabilir.

Doğum yapmak ve doğum sayısı over ve endometrium kanserine karşı koruyucu bir faktördür. Multipar kadınlarda over kanseri insidansı nulliparlara göre %10-30 daha azdır. Buna karşın infertilite endometrium kanseri riskini arttırır (32,41,43,98). Çalışmamızda poliklinik hastalarında gebelik ve kürtaj sayısı arttıkça bilgi puanlarının azaldığı belirlenmiştir. Bu durum eğitim düzeyi ile ilişkilendirilebilir. Çünkü daha önceki çalışmalarla eğitim düzeyi arttıkça istenen çocuk sayısının azaldığı, eğitim düzeyi düştükçe de istenen çocuk sayısının arttığı saptanmıştır (99,100). Dolayısıyla eğitim düzeyi yüksek kişilerde istemli düşük/ kürtaj sayılarının da az olması beklenir. Kürtaj aynı zamanda etkin kullanılmayan aile planlaması yöntemlerinin de bir göstergesidir, ancak aile planlaması yöntemlerinin kullanılmasıyla sadece bilinçli aile planlaması yapılmamakta aynı zamanda kondomla cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı da korunma sağlanmaktadır (101-103). Çalışmamızda aile planlaması yöntemi kullanımı poliklinik hastalarında %96, sağlık personelinde %82.3 oranında belirlenmiştir. Modern yöntem kullanımı tüm katılımcılarda %71.5 idi. Faikoğlu ve ark. (104) Kırklareli'nde 2002-2004 yılları arası aile planlaması hizmetlerini değerlendirdikleri çalışmalarında bu oranı %67.8 olarak belirlemişlerdir. Çalışmamızda sadece modern yöntemler dikkate alınmış olup bu kadar yaygın aile planlaması

yöntemi kullanılmasına karşın bunun jinekolojik kanser bilgi puanını etkilemediği görülmüştür.

Ege Üniversitesinde yapılmış bir tez çalışmasında (83) hastaların serviks kanseri bilgi düzeyleri araştırılmıştır. Hastaların, bu konuda eğitime tabi tutulmadan öncesi, lise ve üzeri eğitim alanlarla okur-yazar olanlar arasında bilgi düzey farkı bulunmuştur. Bolsoy ve ark. (81) ebe ve hemşirelerin eğitim düzeyleri ile serviks kanseri bilgi düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulamamışlardır. Çalışmamızda da poliklinik hastalarının eğitim düzeyleri arttıkça bilgi puanlarının arttığı bulunmuştur. Eğitim, bireylerin davranışlarında değişiklikler meydana getiren bir faktördür. Eğitim düzeyi yükseldikçe bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu ve eğitimlere katılımı etkilenmekte, dolayısıyla bireylerin farkındalığı artmaktadır (105,106). Eğitim düzeyleri arttıkça, ekonomik nedenlerin de etkisiyle, kadınlar çalışma hayatında daha fazla yer almaya başlamışlardır. Kadın istihdamının sektörel dağılımına baktığımızda, hizmet sektöründe kadın işgücü oranı % 57 ile ön sırada yer almaktadır (107). Çalışma hayatı bir takım sağlık sorunları doğurmaktadır. Vulva kanseri çalışan kişilerde daha sık görülür (51). Çevresel, mesleksel ajanlara maruz kalmak over kanseri riskini arttırmaktadır (4,41-43,45). Poliklinik hastalarında çalışanların jinekolojik kanser bilgi puanı daha yüksekti. Poliklinik hastalarında jinekolojik kanser bilgi puanı ile meslek grupları arasında yapılan incelemede en düşük bilgi puanına ev hanımlarının, en yüksek bilgi puanına memurların sahip olduğu saptandı. Bulgularımızdan farklı olarak, Yücel (83) araştırmasında kadınların çalışma durumu ile serviks kanseri bilgi puanı arasında ilişki olmadığını saptamıştır. Ancak 366 kişi üzerinde yapılmış bu araştırmada sadece serviks kanseri bilgi düzeyini incelenmiş olup bizim çalışmamıza göre daha dar kapsamlıdır. Çalışma durumu sağlık hizmetleri kullanımını da dolaylı olarak etkilemektedir. Çalışan ya da emekliye ayrılmış kişilerle sosyal güvencesi olmayan kişilerin sağlık hizmetleri kullanımı eşit değildir (108). Ev hanımlarının çoğu eşlerin sağlık güvencelerinden yararlanmaktadırlar. Çalışmamızda Emekli Sandığı'na bağlı katılımcıların jinekolojik kanser ve kanser alt tiplerinde bilgi puanlarının yüksek, yeşil kart mensuplarının bilgi puanlarının düşük olduğu bulundu. Poliklinik hastaları için bu fark anlamlıyken, sağlık personeli için farklı sağlık güvencesine sahip olmak bilgi düzeyleri üzerinde etkili değildi. Poliklinik hastaları açısından gözlemlenen bu farkın, Emekli Sandığı mensubu kişilerin sağlık hizmetlerinden daha rahat yararlanabilmeleri, sosyo-ekonomik seviyelerinin daha iyi olmasına bağlı olabileceği gibi, eğitim düzeylerinin bir yansıması da olabilir. Sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan kadınlarda ve endüstrileşmiş bölgelerde endometrium kanseri riskinin arttığı bilinmektedir (23). Serviks kanseri beslenme koşulları bozuk, gelir düzeyi düşük kişilerde ve gelişmekte olan ülkelerde daha sıktır (71,88).

Çalışmamızda poliklinik hastalarının gelir düzeyi arttıkça bilgi puanlarının arttığı, ancak sağlık personeli açısından bu ilişkinin önemli olmadığı görülmüştür. Her ne kadar literatürde gelir durumu ile jinekolojik kanser bilgi düzeyi arası ilişkiyi ele alan bir başka çalışmaya rastlanmamışsa da, sosyo-ekonomik özgürlüklerimiz sağlığımızı, eğitimimizi, yaşam tarzımızı etkilemektedir. Sosyo-ekonomik düzeyi iyi bir kişinin sağlık bilgisi, sağlık hizmetleri kullanımı ve beslenme koşullarının daha alt gelirli bir kişiye göre farklı olması beklenir. Bu durumun bilgi puanlarını etkileyen önemli bir faktör olduğunu düşünmekteyiz.

Çoğu kanserde olduğu gibi jinekolojik kanserlerde de genetik yatkınlık önemli bir risktir. Endometrium, serviks ve over kanserlerinde genetik faktör önemli risk etmenlerindendir. Epitelyal tip over kanserlerinin %5-10'u kalıtsaldır (22,29,38,42-44,109,110). Çalışmamızda ailede kanser öyküsü varlığının poliklinik hastalarının endometrium kanseri bilgi düzeyini etkilediği, sağlık personelinde ise jinekolojik kanser ve alt türlerinde bilgi düzeyini etkilemediği saptandı. Ailesinde bunu deneyimlemiş kişilerin risk grubunda bulunduklarını bilerek sağlık kuruluş ve hizmetlerinden daha fazla yararlanmaları, bu konularda daha araştırıcı olmaları, farkındalıklarının daha yüksek olması, aynı şekilde sağlık personelinin eğitim veren ve sağlık eğitimi alan meslek grubu olmaları nedeni ile bilgi sahibi olmaları beklenir. Ege Üniversitesi'nde serviks kanseri üzerine yapılmış araştırmada kadınların ailesinde kanser öyküsü olmasının bilgi puanlarını etkilemediği belirlenmiştir (83). Literatürde, jinekolojik bir kanser türü olmamakla beraber, ailede meme kanseri hikayesi varlığının kişilerin kanser bilgi düzeyine etkilerini araştıran çalışmalarda kendisinde, ailesinde veya akrabalarında meme kanseri hikayesi olan kadınların ortalama bilgi puanının daha yüksek bulunduğu, yakınlarında meme kanseri öyküsü bulunanların "kendi kendine meme muayenesi" uygulamasına önem verdikleri saptanmıştır (111-113).

Kadın sağlığı ve kanser erken tanısında önemli bir uygulama olan rutin kontrollerden jinekolojik muayene sıklığına baktığımızda çalışmamızda poliklinik hastalarının sadece %18'i, sağlık personelinin ise %12.5'i düzenli muayeneye gittiklerini belirtti. Mahremiyet, bilgi eksikliği, korku, kültürel ve coğrafik özellikler gibi nedenler jinekolojik muayeneye gitme sıklığını etkilemektedir. Bu nedenle kadınlar genelde kontroller yerine sağlık sorunları arttığında jinekoloğa gitmektedirler (6). İstanbul'da yapılmış bir tez çalışmasında (88), sağlık personelinin %8.7'sinin, Sırbistan'da 2005 yılında 775 kadınla yapılan çalışmada (109) kadınların yaklaşık %50'sinin düzenli olarak bir jinekoloğa gittikleri saptanmıştır. Çalışmamızda bilgi puanı ile jinekolojik muayeneye gitme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yurtdışında sağlık kontrollerinin düzenli yapılması gereği ülkemiz verilerinin düşük çıkmasında etkili olabilir. ABD gibi gelişmiş ülkelerde kadınların %85'i yaşamları

boyunca en az bir kez pap smear yaptırmışken, gelişmekte olan ülkelerde bu oran %5'tir. (88,114). Jinekolojik muayeneler esnasında önerilen aralıklarla pap smear testlerinin yapılması da önemli bir tarama yöntemidir. Pap smear testi, serviks kanserinin tanısında önemli yeri olan bir tarama testidir (57,59). Eskişehir'de (115) 205 kadınla yapılmış bir çalışmada kadınların %72.2'sinin pap smear testini duyduğu ve yaptırdığı, %2.9'unun duyduğu fakat yaptırmadığı, Gülhane Askeri Tıp Fakültesi (60) jinekoloji polikliniğine başvuranların %51.3'ünün daha önce pap smear testi yaptırdığı, Kafkas Üniversitesi tarafından yapılmış bir araştırmada ise (116) kadınların %16.2'sinin pap smear yaptırdığı saptanmıştır. Nijerya'daki bir çalışmada (117) sağlık çalışanlarının %6.8'inin pap smear yaptırdığı, Türkiye'de kırsal bölgede çalışan hemşirelerin (87) %49.6'sının pap smear yaptırdığı saptanmıştır. Bizim çalışmamızda sağlık personelinin %52.1'i, poliklinik hastalarının %40.1'i pap smear testi yaptırdığını belirtti. Sonuçlarımız ülkemizin batısında yapılan çalışma sonuçlarıyla benzer, doğusunda ve gelişmemiş ülke sonuçlarından yüksek bulunmuş, ayrıca pap smear yaptırmanın bilgi düzeyini etkilediği belirlenmiştir. Pap smear yaptıranlarda serviks ve over kanseri bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlendi. Çalışma sonuçlarımızı destekler nitelikte, Ankara'da bir Tıp Fakültesi hastanesine başvuran kadınlarda da pap smear yaptırmanın serviks kanseri bilgi düzeylerini olumlu etkilediği saptanmıştır (60). Buna karşın çalışmamızda pap smear yaptırma sıklığı ve yaptırması gerekli olan kişiler konusunda bilginin beklenen düzeyde olmadığı bulundu. Anket uygulama aşamasında kişilerin bir kısmının pap smear yaptırmalarına karşın smear amacını, hedef grubu ve sıklığını tam olarak tanımlayamadıkları görüldü. Bilgi düzeyleri pap smear yaptıranlarda yaptırmayanlara kıyasla daha yüksek olsa da toplam bilgi puanları sağlık personelinde 118.3±43.22, poliklinik hastalarında 48.41±48.48 ile oldukça yetersizdir.

Pahalı bir aşı olması nedeni ile HPV aşısı ülkemizde yaygın olarak kullanılmayan, serviks kanserine yönelik koruyucu bir sağlık uygulamasıdır. Koç ve ark. (86) çalışmalarında hekimlerin %79'unun HPV aşısı varlığı konusunda bilgi sahibi olduğunu belirlemişlerdir. Bu bulguyla uyumlu biçimde çalışmamızda çoğunluğunu ebe ve hemşirelerin oluşturduğu sağlık personelinde HPV aşısını duyma oranı %87.5 olarak bulundu, ancak poliklinik hastalarında bu oran %50.1 idi. Poliklinik hastalarının %24.8'i, sağlık personelinin %65.6'sı aşının serviks kanserine karşı koruyucu olduğunu belirtmişlerdir. Çin'de kadınların HPV ve aşısı hakkında bilgi ve tutumları üzerine yapılmış bir çalışmada (118) kadınların %15'inin aşıyı duyduğu, HPV bilgisi olan kadınların daha önce 1 kez pap smear yaptırdığı saptanmıştır. Ayrıca yine aynı çalışmada kadınların sadece %48.2'si virüsün serviks kanseri ile ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir. HPV'nin serviks kanserine neden olduğunu bilenlerin oranı Çin'de yapılan

çalışmaya kıyasla ülkemizde poliklinik hastalarında daha düşük saptandı. İlginç olarak sağlık personelinde de bu bilgi %65.6 ile düşük düzeyde izlendi. Aşının yeni uygulamaya girmiş olması bir faktör olarak görünse de aşı ve koruyucu olduğu kanserle ilgili eğitim ve bilgilendirme çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Sağlığın geliştirilmesi çalışmaları, insanların kendi sağlıklarını düzeltmede, kontrol etmede ve tam bir sağlık potansiyeline kavuşmada yeterli kılmayı amaçlamaktadır. Böylece bireylerde sağlıklı yaşam bilincinin gelişmesi, yaşam tarzının iyileştirilmesi bir anlamda sağlıklarının korunmasını kendi görevleri olarak algılamaları ve bunun sonucunda riskli davranışlardan kaçınarak sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları uygulamaları kaçınılmaz bir gerçektir (119). Bu uygulamalardan biri olan KKVM özellikle vulva-vajen kanserinin erken tanısında önemli olan, bireyin kendisinin yapabileceği kolay bir değerlendirmedir. Çalışmamızda katılımcı gruplar arasında KKVM hakkında bilgisi olanların oranı poliklinik hastalarında %15.2, sağlık personelinde %51 idi ve KKVM'yi uygulayanlarda jinekolojik kanser bilgi düzeyi de yüksek bulundu. Bu durumun eğitim seviyesi yüksek kişilerden ileri geldiğini düşünmekteyiz. Buna karşın eğitim düzeyinin artması ve ekonomik özgürlükler beraberinde kadınlarda sigara kullanım alışkanlıklarının artması gibi olumsuz davranışları da getirmektedir (120). Yapılan çalışmalarda sigara kullanımının serviks kanseri riskini 2-3 kat arttırdığı, endometrium kanseri riskini azalttığı; alkol kullanımının over kanseri riskini arttırmadığı belirtilmiştir (21,33,109). Çalışmamızda erken tanı yöntemleri hakkında bilgisi olduğunu belirten katılımcıların (poliklinik hastaları %30, sağlık personeli %70.8) çoğu yeterli ve dengeli beslenmenin ardından kanserden korunmada sigara alkol kullanımının önemli olduğunu belirtmişlerdir. Dönmez (88) çalışmasında kadınların %51.4'ünün sigaranın serviks kanseri riskini arttırdığını bilmelerine karşın, bunların %47.5'inin sigara kullanmaya devam ettiğini belirlemiştir. Bizim çalışmamızda sigara kullanım oranı sağlık personelinde %53.1, poliklinik hastalarında ise %34.5 idi. Riskli olduğunun bilinmesine karşın davranışların değiştirilmesi pek kolay olmamaktadır. Sigara, alkol gibi zararlı alışkanlıklar dışında beslenme alışkanlıklarındaki hataların sağlığımız üzerinde etkileri her defasında vurgulanmakta, bu yönde eğitici programlar, broşürler verilmektedir. Yapılmış çalışmalarda beslenmenin serviks, endometrium ve over kanserinde etkili olduğu ortaya konmuştur (4,20,29,41,45,109). Başkent Üniversitesinde jinekolojik kanser tanısı almış hastaların değerlendirildiği çalışmada (110) ise serviks kanseri tanısı alanlarda sigara içenlerin oranı %33.3, over kanserinde %22.9 olarak belirlenmiştir. Bu oranlar zararlı alışkanlıkların jinekolojik kanserlerdeki önemini vurgulamaktadır. Bu nedenler ve çalışmamızdaki kişilerin

risk faktörleri konusunda bilgisinin az (ortalama %21) olması, bu konudaki eğitimlerin öncelikli olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda kadın hastalıkları kanserleri konusunda tarama programlarının arttırılması, eğitimler düzenlenmesinin kadın hastalıkları kanserlerinin azaltılmasında etkili olacağını düşünenlerin oranı %85-90 oranı ile oldukça yüksektir. Eğitimin amacı, kişilerin bilgilendirilmesi yoluyla davranışlarında değişiklikler meydana getirmektir. Sağlık eğitiminin amacı ise bireylerin ve toplumun gereksinimlerini karşılayacak, sağlıklı yaşam için kişilerin sağlıklarını korumalarını ve geliştirmelerini, tedavi olanaklarından yararlanmalarını ve olumlu bir çevre yaratmalarını sağlayacak davranış değişikliğini oluşturmaktır (121). Sağlık ekibi içinde yer alan hemşireler, hastalarla sürekli iletişim içerisindedirler. Ayrıca eğitici, destekleyici rolleri ve bilgileri nedeniyle kendi sağlık sorumluluklarının yanı sıra hasta ve sağlam bireylerin sorumluluğunu da taşımaktadırlar (122). Kanserin önlenmesi ve erken tedavisinde risk faktörlerinin belirlenmesi yanı sıra erken tanı belirtilerinin hemşireler tarafından bilinmesi ve risk altındaki bireylere öğretilmesi gerekir (8). Sağlık personeli eğitimlerle toplumun bilinçlendirilmesine, tarama programlarına katılımlarının arttırılmasına yardımcı olabilir. Böylelikle erken teşhis edilebilen hastalıklarda mortalite ve morbidite oranları da azaltılabilir.

Topluma sürekli eğitimlerin düzenlenmesi, tarama programlarının yaygınlaştırılması, sağlık politika ve sistemimizde yeni düzenlemelerle kişilerin bilgi, tutum ve davranışlarında, toplumun sağlık düzeyinde olumlu yönde değişiklikler oluşturulabilir. Sağlık personelinin, koruyucu sağlık hizmetlerindeki rolü nedeniyle bilgi eksikliklerinin giderilmesi için hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi, epidemiyolojik çalışmalarla bilgi düzeylerinin ve eksikliklerinin belirlenmesi gerekmektedir. Daha önce Kırklareli'de, Türkiye'de ve yurt dışında jinekolojik kanserler hakkındaki bilgi düzeyi, tutum ve uygulamaları inceleyen bir çalışmanın bulunmaması ve ilk araştırma olma niteliği taşıyan çalışmamızla bu konudaki gereksinim de ortaya konmuştur.

SONUÇLAR

Kırklareli Devlet Hastanesi'nde yürüttüğümüz poliklinik hastaları ve sağlık personelinin jinekolojik kanserler konusunda bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirildiği araştırmamızda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

1-Poliklinik hastalarının başvurdukları bölümlerle jinekolojik kanser bilgi düzeyleri arasında ilişki olmadığı, sağlık personelinde bilgi düzeylerinin cerrahi ve KETEM bölümlerinde çalışanlarda daha fazla olduğu belirlendi.

2-Jinekolojik kanserlerde en fazla puanı 26-35 yaş grubundaki kadınların, en az puanı ise 56 yaş ve üzeri olanların aldığı tespit edildi, fakat bu fark anlamlı düzeye ulaşmamıştı.

3-Medeni durumun poliklinik hastalarının jinekolojik kanser bilgi puanlarını etkilediği, sağlık personelinde ise etkilemediği belirlendi.

4-Poliklinik hastalarında eğitim düzeyi ve gelir arttıkça jinekolojik kanser bilgi düzeyinin arttığı, sağlık çalışanlarında bu faktörlerin bilgi puanlarını etkilemediği belirlendi.

5-Meslek gruplarına göre memurların bilgi düzeylerinin diğer meslek gruplarından daha fazla olduğu saptandı.

6-Sağlık personeli için sosyal güvence jinekolojik kanser bilgi düzeyini etkilemezken, poliklinik hastalarında Emekli Sandığı mensuplarının bilgi düzeylerinin en yüksek, yeşil kart mensuplarının bilgi düzeylerinin en düşük olduğu belirlendi.

7-Sağlık personelinin jinekolojik kanser bilgi düzeyi ile zararlı alışkanlıklar arasında ilişki olmadığı, poliklinik hastalarında ise alkol kullanımının bilgi düzeylerini etkileyen bir faktör olduğu belirlendi.

8-Gebelik, doğum ve cinselliğe ait özelliklerle sağlık personeli jinekolojik kanser bilgi düzeyi arasında anlamlı ilişki olmadığı saptandı. Poliklinik hastalarında gebelik ve kürtaj sayısı arttıkça jinekolojik kanser bilgi düzeylerinin azaldığı, çocuk, düşük, doğum sayılarının bilgi puanlarını etkilemediği; buna karşın evlilik, ilk cinsel ilişki, ilk gebelik ve adet yaşı ile jinekolojik kanser bilgi düzeyleri arasında doğrusal ilişki olduğu bulundu.

9-Belli aralıklarla jinekolojik muayeneye gidenlerin oranının oldukça düşük olduğu, jinekolojik muayeneye gitme sıklığının jinekolojik kanser bilgi puanlarını etkilemediği belirlendi.

10-Ailesinde kanser öyküsü varlığının sağlık personelinin jinekolojik kanser bilgi düzeyini etkilemediği, poliklinik hastalarında ise etkilediği saptandı.

11-Poliklinik hastalarının %57.1'i, sağlık personelinin %92.7'si jinekolojik kanserler hakkında bilgisi olduğunu belirtmesine karşın, "yeterli" bilgiye sahip olduğunu söyleyenlerin oranı tüm çalışma grubunda sadece %3.4 idi.

12-Poliklinik hastalarının %30'u, sağlık personelinin %70.8'i erken tanı yöntemleri hakkında bilgisi olduğunu belirtti.

13-Sağlık personelinin %52.1'inin, poliklinik hastalarının %40.1'inin pap smear yaptırdığı, pap smear yaptıranların bilgi puanları yüksek olsa da bu farkın anlamlı düzeye ulaşmadığı belirlendi.

14-*Human papilloma virüs* aşısını duyanların oranı her iki grupta yüksek olmasına karşın hiçbirinin aşı yaptırmadığı belirlendi. Aşının serviks kanserine karşı koruyucu olduğunu bilenlerin oranı poliklinik hastalarında %24.8, sağlık personelinde %65.6 idi. HPV aşısını duyanların bilgi puanlarının duymayanlara kıyasla daha yüksek olduğu belirlendi.

15-Kendi kendine vulva muayenesi yapma durumu ile jinekolojik kanser bilgi puanı arasındaki ilişkinin önemli olduğu, KKVM yapanlarda bilgi puanlarının daha yüksek olduğu saptandı.

16-Günümüzde sıklığı artmakta olan jinekolojik kanserler konusunda poliklinik hastalarının ve sağlık personelinin bilgi seviyesinin yetersiz olduğu, endometrium, over ve serviks kanseri konusunda bilincin daha fazla geliştiği görüldü.

ÖZET

Jinekolojik kanserler tüm dünyada mortalite ve morbidite açısından önemli bir sorun olması nedeniyle ciddi bir halk sağlığı problemidir ve meme, akciğer ve gastrointestinal sistem kanserlerinden sonra 4. sırada yer alır. Bu araştırma, Aralık 2007- Haziran 2008 tarihleri arasında Kırklareli Devlet Hastanesinde çalışan sağlık personelinin ve hastaneye başvuran kadınların jinekolojik kanserler hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla planlanmış tanımlayıcı, kesitsel tip bir çalışmadır.

Örneklemimizi hastaneye müracaat eden 15-64 yaş arası 501 kadın hasta ile 96 bayan sağlık personeli oluşturmuştur. Veriler kadınların sosyo-demografik özellikleri, jinekolojik kanserlere ait belirtiler, risk faktörleri, erken tanı, korunma yolları ve koruyucu sağlık davranışlarına yönelik sorulardan oluşan 70 soruluk anket formu kullanılarak, tek bir araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Puanlamada jinekolojik kanserleri oluşturan her bir kanser türü 50 puan üzerinden, jinekolojik kanser bilgi puanı ise tüm 5 kanser türü için toplam 250 puan üzerinden değerlendirilmiştir. Kullanılan istatistiksel yöntemler; yüzde dağılımları, ki-kare, Anova, Kruskal-Wallis, Mann Whitney U testi ve Pearson korelasyon analizidir.

Poliklinik hastalarının %57.1'inin jinekolojik kanserler hakkında bilgisi olduğu, %18'inin belli aralıklarla jinekolojik muayeneye gittikleri belirlendi. Sağlık personelinde bu oranlar sırasıyla %92.7 ve %12.5 idi. Poliklinik hastalarının %40.1'i, sağlık personelinin %52.1'i pap smear testi yaptırdığını; poliklinik hastalarının %15.2'si, sağlık personelinin %51'i kendi kendine vulva muayenesini bildiğini belirtmiştir. Tarama programlarını yaptırmış kişilerde bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu saptandı. Jinekolojik kanserler hakkında "yeterli" bilgisi olduğunu ifade edenlerin oranı %3.4 idi.

Yaş, kontraseptif yöntem ve jinekolojik muayeneye gitme sıklığının tüm çalışma grubunun jinekolojik kanser bilgi düzeyini etkilemediği, sağlık personelinde çalışılan bölümün jinekolojik kanser bilgi düzeyini etkilediği saptandı. Poliklinik hastalarında gelir arttıkça bilgi düzeylerinin arttığı, buna karşın gebelik ve kürtaj sayısı arttıkça bilgi puanlarının azaldığı; evli, üniversite mezunu, memur, Emekli Sandığı mensubu ve ailesinde kanser olan poliklinik hastalarında bilgi puanlarının daha fazla olduğu görüldü.

Jinekolojik kanser alt gruplarında ise bilgi düzeylerinin yaş arttıkça arttığı, çocuk, gebelik, doğum ve kürtaj sayısı arttıkça azaldığı, ilk evlilik ve cinsel ilişki yaşının serviks, over ve endometrium kanseri bilgi puanlarını etkilediği saptandı. Pap smear yaptıranlarda serviks ve over kanseri bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Jinekolojik kanser, bilgi düzeyi, sağlık personeli, pap smear, Human papilloma virüs

KNOWLEDGE, ATTITUDE AND BEHAVIORS ABOUT GYNECOLOGIC CANCERS IN WOMEN ADMITTED TO AND FEMALE HEALTH STAFF WORKING IN KIRKLARELI STATE HOSPITAL

SUMMARY

KIRKLARELİ DEVLET HASTANESİ'NDE ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNİN VE HASTANEYE BAŞVURAN KADINLARIN JİNEKOLOJİK KANSERLER HAKKINDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

DERYA ŞAHİN

Gynecologic cancers are the 4th most common cancer group following breast, lung, and gastrointestinal system cancers and constitute a serious public health issue due to their mortality and morbidity rates around the world. The present descriptive and cross-sectional study has been designed and carried out between January 2007 and June 2008 to evaluate the knowledge level, behavior, and attitude about gynecologic cancers in the female healthcare staff and the admitted female patients to Kirklareli State Hospital.

Our study group comprised 501 female patients and 96 female healthcare staff who were between 15 and 64 years of age. The data on socio-demographic attributes, symptoms of gynecologic cancers, risk factors, early diagnosis, preventive measures and preventive health behavior have been collected with a survey including 70 questions and performed by a single

investigator through personal interviews. Different types of gynecologic cancers were estimated on a basis of 50, whereas total gynecologic cancer knowledge point was evaluated on a basis of 250 points. Chi-square, Anova, Kruskal-Wallis and Mann Whitney U test and Pearson correlation analysis were employed for statistical analysis.

It was determined that 57.1% of admitted patients had knowledge about gynecologic cancer and 18% of them had periodical gynecologic examination. These rates were in order of 92.7% and 12.5% among healthcare staff. While 40.1% of admitted patients and 52.1% of healthcare staff had at least one pap smear test before, 15.2% of admitted patients and 51.1% of healthcare staff reported "knowledge about vulvar self-examination". People who had both these screening methods performed displayed higher knowledge levels. The rate of participants who mentioned "adequate" level of knowledge about gynecologic cancers was only 3.4%.

Age, contraceptive method and frequency of gynecological examination were found to have no influence over the knowledge levels on gynecological cancer among the entire study group, whereas the departments of the healthcare staff had affected levels of gynecological cancer knowledge. Among the admitted patients knowledge levels were found to be higher as their levels of income increased, but higher numbers of previous pregnancies and abortions displayed a correlation with lower knowledge points. Married participants, university graduates, civil servants, people with history of cancer in the family and members of Retirement Fund were found to have higher knowledge levels.

In gynecological cancer subgroups, the knowledge points showed a rise as the age increased, but dropped with the increases in the number of children, pregnancies, births and abortions. The ages for first marriage and sexual intercourse were found to affect the knowledge points for cervical, ovarian and endometrial cancers. Cervical and ovarian cancer knowledge levels were found to be higher in patients who had performed pap smear test before.

Key Words: Gynecologic cancer, knowledge, healthcare staff, pap smear, Human Papilloma Vırus.

KAYNAKLAR

1. Mineli L, Stracci F, Prandini S, Moffa IF, Rosa F. Gynaecological cancers in Umbria (Italy): trends of incidence, mortality and survival, 1978-1998. Eur J Obstet Reprod Biol 2004;115(1):59-65.

2. Özsoy HM. Genital kanserlerde tarama. Çiçek MN, Mungan MT (Editörler). Obstetrik ve jinekoloji'de. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2007.s.691-9.

3. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı. Kanser istatistikleri 2003. http://www.saglik.gov.tr/KSDB/BelgeGoster.aspx?F6E10 F8892433CFFAC8287D72AD903BE00EA04F0B1B62666, Erişim Tarihi: 29.10.2007.

4. Rieck G, Fiander A. The effect of lifestyle factors on gynaecological cancer. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2006; 20(2): 227-51.

5. Hatipoğlu AA. Kanserde erken tanı ve tarama problemleri. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi. http://www.ukdk.org/pdf/kitap/33.pdf Erişim Tarihi:27.10.2007

6. Mete S. Jinekolojik muayeneye gelen kadınlarda oluşan anksiyeteye hemşirelik yaklaşımının etkisi. C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998;2(2):1-7.

7. Vural BK. Sağlık riskinin belirlenmesi ve hemşirelik için önemi. C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998; 2(2): 39-43.

8. Kolutek R, Karataş N. Nevşehir ili Uçhisar kasabası'nda yaşayan bireylerde kanser risk faktörleri ve erken tanı belirtilerinin saptanması. Sağlık Bilimleri Dergisi 2007; 16(1): 28-39.

9. Dinçer B, Özaslan M, Kavasoğlu T. İllerin ve bölgelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralaması araştırması. Devlet Planlama Teşkilatı Bölgesel Gelişme ve Yapısal Uyum Müdürlüğü Yayını, Ankara: 2003, Yayın No:2671.

10. American Cancer Society Cancer facts & Figures 2008. Atlanta: American Cancer Society; 2008. http://www.**cancer**.org Erişim Tarihi: 29.10.2007

11. Güler N. Kanserde erken tanı. Sürekli Tıp Eğitimi Derg 1994; 3(1): 24-7.

12. Gürgan T, Tuncer ZS. Yaşlanan kadın ve jinekolojik sorunlar. Geriatri 2000; 3(3): 107-18.

13. Haydaroğlu A, Bölükbaşı Y, Özsaran Z. Ege Üniversitesi'nde kanser kayıt analizleri: 34134 olgunun değerlendirilmesi. Türk Onkoloji Dergisi 2007; 22(1): 22-8.

14. 2005 yılı Türkiye kanser istatistikleri. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı (Epidemiyoloji ve Koruma Şube Müdürlüğü) http://www.saglik.gov.tr/KSDB/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF6407999D5EC50F896A5A2497543C96C6 Erişim Tarihi: 3.04.2009

15. Aoki K, Misumi J, Wong J, Jiang H, Sun J. Cervical cancer trends related to mortality in Japan. J Turkish German Gynecol Assoc 2006; 7(4): 292-6.

16. Chung HH, Jangt MJ, Jungt KW, Wont YJ, Shint HR, Kim JW et al. Cervical cancer incidence and survival in Korea. Int J Gynecol Cancer 2006; 16: 1833-8.

17. Bilir N. Serviks kanseri kontrolü çalışmaları ve HPV aşısı. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Teknik Raporları No: 03/2007.

18. Deny L. The prevention of cervical cancer in developing countries. BJOG 2005; 112(9): 1204-12.

19. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Teppo L, Thomas DB. Cancer incidence in five continents, Vol:VIII. IARC Scientific Publications No:155, IARC Press, Lyon 2002.

20. Güner H, Taşkıran Ç. Serviks kanseri epidemiyolojisi ve Human Papilloma Virüs. TJOD-Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler Derg 2007; 4(1): 11-9.

21. Protect & Detect. What women should know about cancer. http://www.acog.org Erişim Tarihi: 29.03.2008.

22. Women's health report, fiscal years 2005-2006. National Institutes of Health. National Cancer Institute. 2007 Feb. http://www.women.cancer.gov/planning/whr0506/whr05-06.pdf Erişim Tarihi: 29.03.2009

23. Haberal A. Genital kanserlerin epidemiyolojisi. Çiçek MN, Mungan MT (Editörler). Klinikte obstetrik ve jinekoloji'de. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2007: s.685-90.

24. Yücel M. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. Sivaslıoğlu AA (Ed). Ankara: Palme Yayıncılık; 2005.

25. Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. IV. Baskı. Ankara: Sistem ofset Matbaa; 2000.

26. Thompson JD, Rock JA. TeLinde's operative gynaecology. 7th. ed. Philadelphia: JB Lippincott Company;1992: p.1161-71.

27. Ortaç F, Taşkın S. Erken evre serviks kanseri. Çiçek MN, Mungan MT (Editörler). Klinikte obstetrik ve jinekoloji'de. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2007: 721-4.

28. Purdie DM. Epidemiology of endometrial cancer. Rev Gynaecol Pract 2003;3: 217-20.

29. Eğilmez FO. Endometrium Kanserli Hastalarda Endojen Seks Steroidlerinin Önemi (tez). İstanbul: Bakırköy Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2005.

30. Pelerin GP, Finan MA. Endometrial cancer in women 45 years of age or younger: A clinicopathological analysis. Am J Obstet Gynaecol 2005; 193: 1640-4.

31. Anderson KE, Anderson E, Mink PJ, Hong CP, Kushi LH, Sellers TA et al. Diabetes and endometrial cancer in the Iowa women's health study. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2001; 10: 611-6.

32. Özpak KD. Postmenopozal Kanama Olgularında Endometrium Kanseri Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi (Tez). İstanbul: Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi ;2005.

33. Kuşçu E, Eranlı S. Endometriumun prekanseröz ve kanseröz lezyonları. Çiçek MN, Mungan MT (Editörler). Klinikte obstetrik ve jinekoloji'de. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2007: s.745-55.

34. Gadducci A, Gargini A, Pallai E, Fanucchi A, Genazzani AR. Polycystic ovary syndrome and gynecological cancers: Is there a link?. Gynecol Endocrinol 2005; 20(4): 200-8.

35. Ünal O, Kars B. Postmenopozal hormon tedavisi ve kanser riski. TJOD- Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler 2004; 1: 51-7.

36. Sturdee DW. Endometrial cancer and HRT. Rev Gynaecol Pract 2005; 5: 51-6.

37. Keskin N, Salihoğlu Y, Topuz S. Tamoxifenin endometrium kanseri ile ilişkisi. Endokrinolojide Diyalog 2007; 1: 22-5.

38. Ayhan A, Başaran A. Endometrial karsinom. Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürgan T, Önderoğlu SL, Yaralı H ve ark (Editörler). Temel kadın hastalıkları ve doğum bilgisi'nde. II. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2008: s.1241-68.

39. Timmerman D, Bosch TV. Diagnostic strategies in endometrial cancer. International Congress Series 2005;1279: 144-8.

40. Basile S, Angiolit R, Manci N, Plotti F, Panici PB. Gynaecological cancer in developing countries: the challenge of chemotherapy in low resources setting. Int J Gynecol Cancer 2006; 16: 1491-7.

41. Zografos GC, Panou M, Panou N. Common risk factors of breast and ovarian cancer: Recent view. Int J Gynecol Cancer 2004;14: 721-40.

42. Edmondson RJ, Monaghan JM. The epidemiology of ovarian cancer. Int J Gynecol Cancer 2001; 11: 423-9.

43. Berkman S. Epitelyal over kanserleri. Çiçek MN, Mungan MT(Editörler). Klinikte obstetrik ve jinekoloji'de. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2007: s.779-93.

44. Decruze SB, Kirwan JM. Ovarian cancer. Cur Obstet Gynecol 2006; 16: 161-7.

45. Hana L, Adams M. Prevention of ovrian cancer . Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2006; 20(2): 339-62.

46. Kişnişçi H, Polat G. Hormon genital kanser ilişkisi. Ayhan A, Durukan T, Gunalp S, Gürgan T, Önderoğlu SL, Yaralı H ve ark (Editörler). Temel kadın hastalıkları ve doğum bilgisi'nde. II. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2008: s.1123-6.

47. Jazaeri AA, Maxwell GL, Rice LW. Hormones and human malignancies. In: Hoskins WJ, Perez CA, Young RC, Baract RR, Markman M, Rondall ME (Eds). Principles and practice of gynecologic oncology. 4th ed. Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia 2005: p.561-86.

48. Berkman S, Topuz S. Vulva kanserinde prognoz ve yönetim. TJOD- Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler Dergisi 2004;1: 58-64.

49. Furniss K. Tomatoes, pap smears and tea? Adopting behaviors that may prevent reproductive cancers and improve health. JOGNN 2000; 29(6): 641-52.

50. Baldwin P, Latimer J. Vulval cancer. Cur Obstet Gynecol 2005; 15: 113-22.

51. Ayhan A. Vulva kanserleri ve preinvazif vulval hastalıklar. Çiçek MN, Mungan MT (Editörler). Klinikte obstetrik ve jinekoloji'de. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2007: s.701-12.

52. Simcock B. Invasive vulval cancer. Obstetrics,Gynaecology&Reproductive Medicine 2008; 18(3): 64-8.

53. Dilek S, Dilek TUK. Vajenin preinvaziv ve invaziv kanserleri. Çiçek MN, Mungan MT (Editörler). Klinikte obstetrik ve jinekoloji'de. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2007: s.715-9.

54. Denny L, Ngan HYS. Malignant manifestations of HPV ınfections carcinoma of the cervix, vulva, vagina, anus and penis. Int J Gynecol Obstet 2006; 94(1): 50-5.

55. Özbey B, Açıkalın P, Dervişoğlu AA. Anne ve kadın sağlığında erken tanı yaklaşımı. Sürekli Tıp Eğitimi Derg 1999; 3(1): 18-21.

56. Nural N, Akdemir N. Dahiliye servislerinde yatan hastalarda kanser risk faktörleri ve erken tanı belirtilerinin saptanması. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000; 4(2): 1-13.

57. Dünder İ, Berker B. Jinekolojik onkolojide tarama. Ayhan A, Durukan T, Gunalp S, Gürgan T, Önderoğlu SL, Yaralı H ve ark (Editörler). Temel kadın hastalıkları ve doğum bilgisi'nde. II. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2008. s.1127-36.

58. Özgül N. Türkiye'de serviks kanserinin durumu ve servikal kanser tarama çalışmaları. Tuncer AM (Ed). Türkiye'de kanser kontrolü'nde. Onur Matbaacılık. Ankara: T.C.Sağlık Bakanlığı, 2007. Yayın No:707.

59. Gökaslan H, Uyar EE. Pap smear ile servikal kanser taraması. Türk Aile Hek Derg 2004; 8(3): 105-10.

60. Akyüz A, Güvenç G, Yavan T, Çetintürk A, Kök G. Kadınların pap smear yaptırma durumları ile bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Gülhane Tıp Dergisi 2006; 48: 25-9.

61. Serviks kanseri tarama standartları (editorial) Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı http://www.saglık.gov.tr Erişim Tarihi: 29.03.2008

62. Yardım T, Yüce K, Tuncer S. Kolposkopi. Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürgan T, Önderoğlu SL, Yaralı H ve ark (Editörler). Temel kadın hastalıkları ve doğum bilgisi'nde. II. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2008: s.1103

63. Wright Jr TC. Pathogenesis and diagnosis of preinvasive lesions of the lower genital tract. In: Hoskins WJ, Perez CA, Young RC, Baract RR, Markman M, Rondall ME(Eds). Principles and practice of gynecologic oncology. 4th ed. Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia 2005: p.627-64.

64. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. Globocan 2000. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. IARC Press, Lyon 2001.

65. Ayhan A, Başaran M. Endometrium kanseri. Beksaç MS, Ayhan A, Demir N, Hassa H, Kösebay D, Tıraş ve ark (Editörler). Jinekoloji, üreme endokrinolojisi&infertilite, jinekolojik onkoloji. Cilt 2. Medical Network;2006: s.1385-402.

66. Bilir N, Çakır B. Kadın genital organlarının malign hastalıkları ve epidemiyolojik boyut. Beksaç MS, Ayhan A, Demir N, Hassa H, Kösebay D, Tıraş ve ark (Editörler). Jinekoloji üreme endokrinolojisi&infertilite jinekolojik onkoloji. Cilt 2. Medical Network; 2006: s.1261-71.

67. Berkman S. Epitelyal over kanserleri. Çiçek MN, Mungan MT (Editörler). Klinikte obstetrik ve jinekoloji'de. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2007: s.779-96.

68. Altıntaş A. Vulvar pruritis olgularına yaklaşım. TJOD Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler Dergisi 2004; 6: 13-8.

69. Ünal G, Orgun F. Kanserden korunmaya ilişkin eğitim programının uygulanması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2006; 13(1): 31-5.

70. Köse F, Özgül N. İnvaziv serviks kanseri. Çiçek MN, Mungan MT (Editörler). Klinikte obstetrik ve jinekoloji'de. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2007: s.725-44.

71. Rock CL, Michael CW, Reynolds K, Ruffin MT. Prevention of cervix cancer. Crit Rev Oncol Hematol 2000; 33: 169-85.

72. Güngör T. HPV aşıları. Actual Medicine 2007;15(4):62-7.

73. Orhan FŞ. Yeni Aşılar: Rotavirus, Human papillomavirus ve pnömokok aşıları. Turkiye Klinikleri J Pediatr Sci 2007, 3(11): 81-90.

74. Özarmağan G, Topkarcı Z. Human Papillomavirüs aşıları. ANKEM Dergisi 2006; 20(2): 56-61.

75. Hampton T. New data presented on GARDASİL®, Merck' cervical cancer vaccine, in women through age 45. htpp://www.merck.com/newsroom/press_releases/product/2007_1105.html Erişim Tarihi: 14.07.2008.

76. Berkman S. HPV aşıları: Kime ve ne zaman?. TJOD İstanbul Panelleri, 2008. www.tjodistanbul.org/files/HPV.ppt Erişim Tarihi: 01.11.2008

77. Trope CG, Alektian KM, Sabbatini PJ, Zaino RJ. Corpus:epithelial tumors. In: Hoskins WJ, Perez CA, Young RC, Baract RR, Markman M, Rondall ME(Eds). Principles and practice of gynecologic oncology. 4th ed. Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia 2005: p.823-72.

78. Turhan NÖ. Histerektomi sırasındaki ooferektomi kararını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. TJOD-Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler Dergisi 2004; 7: 123-8.

79. Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü Kırklareli Merkez Sağlık Grup Başkanlığı Verileri, 2007. www.kirklareli.saglik.gov.tr/tes_sub_bilgi_islem Erişim Tarihi: 15.02.2008

80. Karazag F, Kabalar H, Akan Ö, Harorlu F, İrgil C, Yöndem Y ve ark. Bursa Kanser Erken Tanı Merkezi çalışmaları. http://www.ukdk.org/pdf/kitap/51.pdf Erişim Tarihi: 29.03.2008

81. Bolsoy ND, Şirin A. AÇS ve AP merkezlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin jinekolojik kanserler konusundaki bilgi düzeyleri ve uygulamalarının incelenmesi. Hemşirelik forumu 1998; 1(5): 230-3.

82. Tebeu PM, Major AL, Rapiti E, Petignat P, Bouchardy C, Sandos Z et al. The attitude and knowledge of cervical cancer by Cameroonian women;a clinical survey conducted in Maroua, the capital of for North Province of Cameroon. Int J Gynecol Cancer 2007; 1-5.

83. Yücel Ü. Kadınlara Serviks Kanserine İlişkin Risk Faktörleri ve Korunma Konusunda Verilen Eğitimin Etkinliğin Değerlendirilmesi (tez). İzmir: Ege Üniv; 2006.

84. Strengthening cervical cancer prevention in Europe, meeting of policy-makers and programme managers. WHO. Sixtieth World Health Assembly Report. 2007 May.

85. Tarwireyi F., Chirenje ZM, Rusakaniko R. Cancer of the cervix: knowledge, beliefs and screening behaviours of health workers in Mudzi District in Mashonaland East Province, Zimbabwe, Cent Afr J Med, 2003; 49: 83-6.

86. Koç FU, Akşit S, Koturoğlu G, Kurugöl Z. Serviks kanseri hakkında doktorların bilgi düzeyi. Çocuk Enf Derg 2007; 1(1): 84-105.

87. Yaren A, Özkılınç G, Güler A, Öztop I. Awareness of breast and cervical cancer risk factors and screening behaviors among nurses in rural region of Turkey. Eur J Cancer Care 2007; 1-7.

88. Dönmez AG. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Kadın Sağlık Personelinin Serviks Kanserine İlişkin Bilgi Düzeyinin Ve Farkındalığının Araştırılması (tez). İstanbul: Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2007.

89. Kaya F, Serin Ö, Genç A. Eğitim Fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin cinsel yaşamlarına ilişkin yaklaşımların belirlenmesi. Kor Hek 2007; 6(6): 441-8.

90. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdleri Enstitüsü Ankara. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/analizrapor.htm ET:06.01.2009

91. Acemoğlu H, Ceylan A, Saka G, Ertem M. Diyarbakır'da erken yaş evlilikleri. Aile ve Toplum Dergisi 2005; 8(2): 1-6.

92. The health of youth: a challenge and promise. World Health Organisation; 1993.

93. Okyay P, Gemalmaz A, Beşer E, Başak O, Doyuran ES. Aydın'da bir merkez sağlık ocağı bölgesinde form 005- gebe-lohusa izleme fişlerinin değerlendirilmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2005; 12(1): 31-5.

94. Kimya Y. Abortuslar. Köker İ (Ed). Kadın hastalıkları ve doğum temel bilgileri'nde. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2006: s.247-256.

95. Zhang M, Lee HA, Binns W.C. Reproductive and dietary factors for epithelial ovarian cancer in China, J. Gynecol Oncol 2004; 92: 320-6.

96. Schouten JL, Goldbohm AR ve Brandt VA. Height, weight, change, and ovarian cancer risk in the Netherlands cohort study on diet and cancer, Am J Epidemiol 2003; 157: 424-31.

97. Greggi S, Parazzini F, Paratore PM, Chatenoud L, Legge F, Mancuso S et al. Risk factors for ovarian cancer in central Italy. Gynecol Oncol 2000;79: 50-4.

98. Gün A. Over Kanserinde Risk Faktörlerinin Belirlenmesi (tez). Ankara: Hacettepe Üniv Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.

99. Diker J, Erkoç A, Karataş N. Dr. İ. Şevket Atasagun Nevşehir Devlet Hastanesinde MR yöntemi ile gebeliği sonlandırılan hastaların değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum 2003; 13(2): 67-72.

100. Karaoğlu L, Öztürk C, Pehlivan E. Çorum İli bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan evli kadınlarda doğurganlık ve etkileyen faktörler. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2002; 9(1): 33-40.

101. Hafize Ö, Okçay H, İstanmeyen gebelikler ve istemli düşükler. Aile ve Toplum Dergisi 2003; 6(2): 1-7.

102. Sak ME, Evsen MS, Sak S, Çaça FM. Kontrasepsiyon yöntemlerinin etkinliği ve kadınların eğitim düzeyi: Güneydoğu Anadolu'da bir ilçe örneği. Dicle Tıp Dergisi 2008; 35(4): 265-70.

103. Aslantekin F, Aslan G. Cinsel yolla bulaşan hastalıklarda sağlık eğitiminin önemi ve ebenin eğitimci rolü. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2006; 1(1): 82-92.

104. Faikoğlu R, Akgün G, Tosun H, Zelyüt M, Tok B, Yılmaz E ve ark. Kırklareli İli 1,2,3,4 no'lu sağlık ocaklarında 2002-2003-2004 yıllarındaki doğum kontrol yöntemleri ve aile planlaması hizmetlerinin değerlendirilmesi. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi 2006; 36(2): 14-7.

105. Ayata A. Birleşmiş Milletler kadınların ve kız çocuklarının insan haklarının korunması ve geliştirilmesi ortak programı kamuoyu araştırması sonuçları. http://www.bmkadinhaklari.org/unjp/web/gozlem.aspx?sayfaNo=30 Erişim Tarihi:06.02.2009

106. Akdur R. Sağlık harcamaları. Erişim Tarihi: 06.02.2009 http://www.recepakdur.com/getfile.asp?file=Utopya_sağlık_harcamaları_RA.pdf

107. İnciroğlu L, Çalışma hayatında kadın http://www.calismahayati.net/makale11.htm Erişim Tarihi: 20.03.2009

108.Ateş M, Erbaydar T, Demirkıran K, Özhan G, Cevahir E, İşçi E. Gebze halkının sağlık hizmetlerini kullanımı ve sağlık kuruluşlarını tercih etme nedenlerinin belirlenmesine yönelik bir araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2004; 7(3): 319-41.

109. Kesik V, Markovic M, Matejic B, Topic L. Awareness of cervical cancer screening among women in Serbia. Gynecol Oncol 2005; 99: 222-5.

110.Pınar G, Algıer L, Doğan N, Kaya N. Jinekolojik kanserli bireylerde risk faktörlerinin belirlenmesi. Uluslar arası Hematoloji-Onkoloji Dergisi 2008; 18(4): 208-16.

111.Koçyiğit O. Polikliniğe Başvuran Kadınların Meme Kanseri, Meme Muayenesi Ve Mamografi Hakkında Bilgi Düzeyi: İl Merkezinde Yapılan Bir Çalışma (tez). Ankara: Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2007.

112.Dündar PE, Özmen D, Öztürk B, Haspolat G, Akyıldız F, Çoban S ve ark. The knowledge and attitudes of breast-self examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. BMC Cancer 2006; 6: 43.

113.Ekici E, Utkualp N. Kadın öğretim elemanlarının meme kanserine yönelik davranışları. Meme Sağlığı Dergisi 2007; 3(3): 136-9.

114.Kuo DY**,** Goldberg GL. Screening of cervical cancer: where do we go from here? Cancer Invest 2003;21:157-61.

115.Kalyoncu C, Işıklı B, Özalp S, Küçük N. Osmangazi Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine başvuranların pap smear hakkında bilgi, tutum ve davranışları. Sağlık ve Toplum 2003; 2: 60-6.

116.Karaca M, Palancı Y, Aksu R. Pap smear ne kadar biliniyor, ne kadar uygulanıyor? Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2008; 18: 22-8.

117.Ayinde OA, Omigbodun AO. Knowledge, attitude and practices related to prevention of the cervix among female health workers in Ibadan. J Obstet Gynaecol 2003; 23(1): 59-62.

118.Li J, Li LK, Ma JF, Wei LH, Niyazi M, Li CQ et al. Knowledge and attitudes about human papillomavirus (HPV) and HPV vaccines among women living in metropolitan and rural regions of China. Vaccine 2009; 27: 1210-5.

119.Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. C.Ü.Hemşirelik Yüksek Okulu Derg 2005; 9(2): 26-34.

120.Bilir N. Sigara kullanımının kadın sağlığına etkileri ve kontrolü Erişim Tarihi: 20.03.2009 http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/sigara_kul_kadin_saglina_etkileri

121.Gökkoca Z. Sağlık eğitimi açısından temel ilkeler. Sürekli TIP Eğitimi Dergisi 2001; 10(10): 374-7.

122.Karayurt Ö, Coşkun A, Cerit K. Hemşirelerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesine ilişkin inançları ve uygulama durumu. Meme Sağlığı Dergisi 2008; 4(1): 15-20.

RESİMLEMELER LİSTESİ

TABLOLAR **Sayfa no**

Tablo 1: Türkiye'de kadınlarda en sık görülen on kanser türü (2003) 4
Tablo 2: Katılımcılara ait sosyo-demografik özellikler 28
Tablo 3: Katılımcıların jinekolojik kanser alt tiplerinde bilgi düzeylerinin bölümlere göre dağılımı 29
Tablo 4: Katılımcıların jinekolojik kanser ve alt türlerinde bilgi puanlarının dağılımı 29
Tablo 5: Katılımcıların bazı sosyo-demografik özellikleri ile jinekolojik kanser alt türlerinde bilgi düzeylerinin karşılaştırılması 31
Tablo 6: Katılımcıların gebelikle ilgili özellikleri ile jinekolojik kanser alt türlerinde bilgi düzeyleri ilişkisi 32
Tablo 7: Katılımcıların gebelik ve doğurganlık özellikleri ile jinekolojik kanser bilgi düzeylerinin karşılaştırılması 33
Tablo 8: Katılımcıların jinekolojik kanser bilgi düzeylerinin evlilik ve cinsellikle ilgili özelliklere göre dağılımı 34
Tablo 9: Katılımcıların evlilik ve cinsellikle ilgili özellikleri ile jinekolojik kanser alt türlerindeki bilgi düzeyleri arası ilişki 35
Tablo 10: Katılımcıların jinekolojik kanser alt türlerinde bilgi düzeylerinin jinekolojik muayeneye gitme durumu ve aile planlaması yöntem kullanımına göre dağılımı 36
Tablo 11: Katılımcıların aile planlaması ile ilgili özellikleri 36
Tablo 12: Katılımcıların ailelerinde kanser öyküsü durumu 37
Tablo 13: Katılımcıların kendilerinin jinekolojik kanser alt türlerinde bilgi düzeyi görüşleri 38
Tablo 14: Katılımcıların kanserden korunma yolları hakkındaki görüşleri 38
Tablo 15: Katılımcıların pap smear testi ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları 39
Tablo 16: Koruyucu sağlık davranışları ile jinekolojik kanser alt türlerine ait bilgi düzeyleri arası ilişkisi 40

ŞEKİLLER

Şekil 1 : Türkiye'de ilk 10 kanser türü (2005) 4

ÖZGEÇMİŞ

1980 yılında Kırklareli'de doğdu. İlk ve ortaöğrenimini Kırklareli'de tamamladı. 2003 yılında Trakya Üniversitesi Edirne Sağlık Yüksekokulu'ndan mezun oldu. Çeşitli kurumlarda yaklaşık 2.5 yıl servis hemşiresi olarak çalıştı. 2006 yılında Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda Araştırma Görevlisi olarak akademik hayatına ve aynı yıl Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine başladı.

EKLER

EK-1

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
YEREL ETİK KURUL BAŞKANLIĞI
ETİK KURUL KARARLARI

Oturum Sayısı:20 **Karar Tarihi:25.10.2007**

3-Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu 25.10.2007 tarihinde; **"Kırklareli Devlet Hastanesi Sağlık Personeli ve Hastaneye Başvuran Kadınlarda Jinekolojik Kanserler Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışların Değerlendirilmesi"** adlı TÜTFEK 2007/176 protokol no.lu Derya Şahin'in tez çalışmasını incelemek üzere toplandı. Doç. Dr. Betül UĞUR ALTUN, Yrd. Doç. Dr. Ümit Nusret BAŞARAN izinli olması nedeniyle katılamadı ve çalışmanın incelenmesine geçildi.

Yapılan inceleme sonunda çalışmanın Fakültemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda yapılacağı, Yrd. Doç. Dr. Cenk SAYIN'ın yürütücüsü olduğu ve araştırma protokolünün amaç, yaklaşım, gereç ve yöntemler dikkate alınarak incelenmesi sonucunda; Helsinki Deklerasyonu Kararlarına, Hasta Hakları Yönetmeliğine ve etik kurallara uygun olarak hazırlandığına ve **araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda** yapılmasının **UYGUN** olduğuna mevcudun oybirliği ile karar verildi.

Ünvanı/Adı/Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Dikmen DÖKMECİ Başkan	Farmakoloji	T.Ü.T.F Farmakoloji A.D.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Yrd. Doç. Dr. Ümit N. BAŞARAN Başkan Yardımcısı	Çocuk Cerrahisi	T.Ü.T.F. Çocuk Cerrahisi A.D.	E	☐ E ☐ H	☐ E ☐ H	Katılmadı
Prof.Dr. Betül Biner ORHANER Üye	Çocuk Sağ. Ve Hst.	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hst. A.D.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Doç. Dr. Dilek MEMİŞ Üye	Anesteziyoloji	T.Ü.T.F. Anesteziyoloji A.D.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Doç. Dr. Betül Uğur ALTUN Üye	Endokrinoloji	T.Ü.T.F. İç Hst. A.D.	K	☐ E ☐ H	☐ E ☐ H	Katılmadı
Doç. Dr. Gürcan ALTUN Üye	Adli Tıp	T.Ü.T.F. Adli Tıp A.D.	E	☐ E ☐ H	☐ E ☐ H	
Yrd. Doç. Dr. Hakan ERBAŞ Üye	Biyokimya	T.Ü.T.F. Biyokimya A.D.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Yrd. Doç. Dr. Ufuk USTA Üye	Patoloji	T.Ü.T.F. Patoloji A.D.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Ecz. Emine SAKMAN Üye	Eczacı	T.Ü.T.F. Başhekimliği	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Avukat Barış DEMİRELLİ Üye	Ceza Hukuku	T.Ü. Rektörlüğü	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	

* Araştırma ile İlişki
** Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Filiz AKATA
Dekan

Posta Adresi:
T.Ü. Tıp Fakültesi Dekanlığı
[illegible]
22030 EDİRNE

Tel: (0284) 235 76 53 – 235 73 73
Faks: (0284) 235 76 52
E-posta: dekanlik@trakya.edu.tr
Elektronik Ağ: http://tipfak.trakya.edu.tr

EK-2

T.C.
KIRKLARELİ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

SAYI : B.10.4.ISM.4.39.00.07/773.03-
KONU : Araştırma İsteği

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)
EDİRNE

İlgi: 20.11.2007 tarih ve 500-702 sayılı yazınız.

İlgi yazınız gereği, Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Derya ŞAHİN tarafından planlanan "Kırklareli Devlet Hastanesi Sağlık Personeli ve Hastaneye Başvuran Kadınlarda Jinekolojik Kanserler Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışların Değerlendirilmesi" konulu araştırma ile ilgili, 23.11.2007 tarih 10407 sayılı Valilik Oluru ve FR.07.11 Araştırma İsteği Değerlendirme Formu ilişikte gönderilmiştir.

Söz konusu araştırma sonuçlarının bir rapor halinde Sağlık Müdürlüğüne gönderilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

İsmet TABAŞ
Vali a.
Vali Yardımcısı

Eki: 2

Adres : Yayla Mah.Ord.Prof.Dr. Tevfik Sağlam Cd. No: 8 /KIRKLARELİ Tel : 214 10 76 - 214 19 37 Fax: 212 51 07 e-posta : kirklareli.es@saglik.gov.tr

EK 3

ANKET

Sayın Katılımcı,

Size 70 sorudan oluşan bir anket uygulayacağız. Bu ankette isim ve soy isim yazılmayacak. Bu araştırmadan elde edilecek veriler tamamen bilimsel amaçla kullanılacaktır. Katkı ve katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Arş.Gör.Derya ŞAHİN

BÖLÜM :

1- Yaşınız : ……..
2- Medeni Durumunuz : **( )** Evli ( ) Bekar ( ) Dul
3- Eğitim Düzeyiniz : ( )Okuryazar değil ( ) Ortaokulu bitirmiş
( )Okur – yazar ( ) Lise bitirmiş
( )İlkokulu bitirmiş ( ) Yüksekokul bitirmiş
4- Mesleğiniz : ( ) Ev hanımı ( )Memur ( ) İşçi ( )Diğer ……..
5- Eşinizin yaşı : …….
6- Eşinizin öğrenim durumu : ( )Okuryazar değil ( )Ortaokulu bitirmiş
( )Okur – yazar ( )Lise bitirmiş
( ) İlkokulu bitirmiş ( )Yüksekokul bitirmiş
7- Eşinizin mesleği: ( )Memur ( )İşçi ( )Çalışmıyor ( ) Diğer ……
8- Sosyal güvence durumunuz: ( ) Bağ-Kur ( ) Yeşil Kart ( )Emekli sandığı ( )SSK ( )Özel
9- Gelir Durumunuz : ( )500.00 YTL ve altı ( ) 801.00 -1.000.00 YTL
( )500.00-800.00 YTL ( ) 1.000.00 YTL üzeri
10- Çocuğunuz var mı? : ( )Evet (……) çocuğum var ( ) Hayır
11- Gebelik sayınız : ( )0 ( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 ve üzeri
12- Doğum sayınız : ( )0 ( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 ve üzeri
13- Düşük sayınız : ( ) 0 ( ) 1 ( )2 ( ) 3 ( )4 ( )5 ve üzeri
14- Kaçıncı evliliğiniz : ( )1 ( )2 ( )3
15- Kaç yıldır evlisiniz? : …….
16- Eşinizle aranızda akrabalık var mı? ( )Evet ( )Hayır
17- İlk evlenme yaşı : ……..
18- İlk cinsel ilişki yaşınız: …….....
19- İlk gebelik yaşınız? :…….
20- İlk adet yaşınız? :…….
21- (Menopozda iseniz) Menopoza girme yaşınız? :……
22- Alışkanlıklarınız : Kullandığı süre adet/gün
Sigara ( ) Evet => …….. ……..
( ) Hayır
Alkol ( ) Evet => …… ……..
( ) Hayır
23- Bildiğiniz (şeker, yüksek tansiyon vb) hastalığınız var mı? ( )Evet ( )Hayır
24- Jinekolojik muayeneye gitme ile ilgili düşünceleriniz aşağıdakilerden hangisidir?
( )Sıkıntılarım arttıkça muayene olurum
( )Şikayetim olursa hemen giderim.
( )Belli aralıklarla muayene olurum.
25- Hastaneye başvurma neden/ nedenlerinizi belirtir misiniz?
……
…….…….

26- Kullandığınız / kullanmakta olduğunuz aile planlaması (korunma) yöntemi / yöntemleri nedir?
( )Doğum kontrol hapı ( )Rahim içi araç(spiral) ( )Prezervatif ( )Geri çekilme
( )Enjeksiyon ( )Takvim yöntemi ( )Tüplerin bağlanması

27- Ne kadar zamandan beri seçtiğiniz korunma yöntemini kullanıyorsunuz?
( ) 1-3 yıl ( ) 4-6 yıl ( ) 7-9 yıl ( ) 10 yıl ve üzeri

28- Cinsel yolla bulaşan hastalık nedeniyle hekime başvurdunuz mu?
( ) Evet ( ) Hayır

29-Ailenizde aşağıda belirtilen kalıtsal hastalıklardan herhangi biri mevcut mu?
( )Meme kanseri ( )Vulva-vajina kanseri ( ) Rahim (Endometrium) Kanseri
( )Rahim ağzı (Serviks) Kanseri ( )Yumurtalık (Over) Kanseri

30-Kadın hastalıkları kanserleri hakkında bilginiz var mı?(cevabınız hayır ise 32. soruya geçiniz)
( ) Evet ( )Hayır

31- **Cevabınız evet ise** bilgi kaynağınız nedir?(**Lütfen bir şık işaretleyiniz**)
( ) Görsel,yazılı basın ( )Doktor ( )Ebe-Hemşire-Sağlık Memuru
( )Daha önceden alınan eğitim, seminer, toplantılar ( )Arkadaş, komşudan
( )Diğer (lütfen belirtiniz)…….

32- Kadınlara kadın hastalıkları kanserleri ile ilgili bilgi verilmesi konusunda görüşleriniz nelerdir?
( ) Fikrim yok ( )Kısmen katılıyorum ( ) Biraz katılıyorum
( )Tamamen katılıyorum ( ) Hiç katılmıyorum

33- Kadın hastalıkları kanserleri ile ilgili verilecek bilgi aşağıdakilerden hangisini içermelidir?
( ) Bulaşma yolları ( ) Korunma Yolları ( ) Belirtileri ( ) Tedavisi ( )Genel bir bilgi ( )Hepsi

34- Dış genital organ (Vulva) kanseri hakkında bilginiz var mı? (**cevabınız hayır ise 37 . soruya geçiniz)**
( )Yeterli bilgim var ( )Biraz bilgim var ( )Hiç bilgim yok

35- Aşağıda dış genital organ kanseri açısından risk altında olan kişiler ile ilgili ifadeler yer almaktadır. Bu ifadelerden doğru olanlar için **Doğru** , yanlış olanlar için **Yanlış** seçeneğini işaretleyiniz

	Doğru	**Yanlış**
Ailesinde vulva kanseri olan kişiler	( )	( )
50 yaş üzeri kadınlar	( )	( )
Sigara kullananlar	( )	( )
Çok eşlilik	( )	( )
Şişmanlık	( )	( )
Düşük sosyal-ekonomik düzey	( )	( )

36- Sizce dış genital bölge(Vulva) kanseri belirtilerinden olan şık/şıklar aşağıdakilerden hangisidir?
( )Renk değişikliği ( )Akıntı ( )Tahriş (Kronik irritasyon) ( )Enfeksiyon ( )Yara/ kitle

37- Dış genital organ muayenesi hakkında bilginiz var mı?
( ) Evet ( ) Hayır

38- **Cevabınız evet ise**, ne sıklıkta uyguluyorsunuz?
( ) Her banyo sırasında ( ) Ayda bir
( ) 3 ayda bir ( )Yılda bir

39- Vajina kanseri hakkında bilginiz var mı? (**cevabınız hayır ise 42 . soruya geçiniz)**
( )Yeterli bilgim var ( )Biraz bilgim var ( )Hiç bilgim yok

40- Aşağıda vajinal kanser açısından risk altında olan kişiler ile ilgili ifadeler yer almaktadır.
Bu ifadelerden doğru olanlar için **Doğru** , yanlış olanlar için **Yanlış** seçeneğini işaretleyiniz

	Doğru	**Yanlış**
40-60 yaş arasında olmak	( )	( )
40 yaş altında olmak	( )	( )
Anne karnında ilaç kullanımı	( )	( )
Radyasyona maruz kalma	( )	( )

41- Sizce "vajinal kanser" belirtisi olabilecek şıkları işaretleyiniz.
( )Cinsel ilişki sonrası kanama ( )Ağrılı dışkılama ( )Ağrılı cinsel ilişki
( )Sık ve acil idrara çıkma ( )Hiçbiri

42- Yumurtalık(Over) kanseri hakkında bilginiz var mı?(**cevabınız hayır ise 45. soruya geçiniz)**
( )Yeterli bilgim var ( ) Biraz bilgim var ( )Hiç bilgim yok

43- Aşağıda yumurtalık kanseri açısından risk altında olan kişiler ile ilgili ifadeler yer almaktadır.
Bu ifadelerden doğru olanlar için Doğru , yanlış olanlar için Yanlış seçeneğini işaretleyiniz

	Doğru	**Yanlış**
Erken yaşta menopoza girmiş olmak	( )	( )
Ailesinde yumurtalık kanseri olması	( )	( )
Erken/ geç adet görme	( )	( )
Çoğul gebelik((ikiz-üçüz bebek) geçirme	( )	( )
Kısırlık	( )	( )
Anormal vajinal kanama	( )	( )
Hormon tedavisi almış olma	( )	( )
Sigara/ alkol/ fazla kahve tüketimi	( )	( )
Yüksek sosyal ekonomik düzey	( )	( )

44- Sizce "yumurtalık kanseri" belirtisi olabilecek şıkları işaretleyiniz.
( )Kanama ( ) Kabızlık ( ) Ağrı ( ) Akıntı ( ) Büyüyen karın

45- Rahim (Endometrium) kanseri hakkında bilginiz var mı?(**cevabınız hayır ise 48. soruya geçiniz)**
( ) Yeterince bilgim var ( ) Biraz bilgim var ( ) Hiç bilgim yok

46- Aşağıda rahim kanseri açısından risk altında olan kişiler ile ilgili ifadeler yer almaktadır.
Bu ifadelerden doğru olanlar için Doğru , yanlış olanlar için Yanlış seçeneğini işaretleyiniz

	Doğru	**Yanlış**
50-70 yaş arasında olmak	( )	( )
Şeker/tansiyon hastalığı olanlar	( )	( )
Erken adet görme	( )	( )
Aşırı hormon kullanma	( )	( )
Ailesinde herhangi bir kadın hastalığı kanseri olması	( )	( )
Geç menopoz	( )	( )
Çoğul(ikiz-üçüz bebek)gebelik	( )	( )
Yüksek hayvansal yağ içeren beslenme	( )	( )

47- Sizce Rahim kanseri belirtilerinden olabilecek şıkları işaretleyiniz.
( ) Anormal kanama yada lekelenme ( ) Ağrı (alt karında ya da sırtta) ( ) Kilo kaybı
( ) Menopoz dönemi uzun süreli kanamalar ( ) Akıntı (et suyu tarzında)

48-Rahim ağzı (Serviks) kanseri hakkında bilginiz var mı? (**cevabınız hayır ise 51 . soruya geçiniz**)

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

49- Aşağıda rahim ağzı kanseri açısından risk altında olan kişiler ile ilgili ifadeler yer almaktadır. Bu ifadelerden doğru olanlar için **Doğru** , yanlış olanlar için **Yanlış** seçeneğini işaretleyiniz

	Doğru	**Yanlış**
Düşük sosyal- ekonomik düzey	( )	( )
Uzun süre doğum kontrol hapı kullanma	( )	( )
Erken yaşta cinsel ilişkide bulunma	( )	( )
İkiz-üçüz gebelik	( )	( )
Cinsel yolla bulaşan hastalık geçirmiş olanlar	( )	( )

50-Sizce rahim ağzı kanseri belirtilerinden olabilecek şıkları işaretleyiniz

( ) Geçmeyen vaginal akıntı ( )Birleşme sonrası kanama ( )Yaralar ( ) Makattan kanama
( ) Kanama (pembe renkli ,sulu yada uzun süreli kanama)

51- Meme kanseri hakkında bilginiz var mı?**(cevabınız hayır ise 54. soruya geçiniz)**

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

52- Aşağıda meme kanseri açısından risk altında olan kişiler ile ilgili ifadeler yer almaktadır. Bu ifadelerden doğru olanlar için **Doğru** , yanlış olanlar için **Yanlış** seçeneğini işaretleyiniz

	Doğru	**Yanlış**
Anne/kızkardeşte meme kanseri olması	( )	( )
40 yaş üzeri olan kadınlar	( )	( )
Daha önce bir göğsü alınmış olanlar	( )	( )
Beslenmesine dikkat etmeyenler	( )	( )
Çok doğum yapmış olanlar	( )	( )

53-Sizce meme kanseri belirtilerinden olabilecek şıkları işaretleyiniz.

( ) Memede elle fark edilen sertlik ( ) Göğüste ağrı ( ) Meme başında içe çökme
( ) Memenin renk değiştirmesi ( ) Memede şişlik

54- Kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi sahibi misiniz? ( )Evet ( )Hayır

55- (**Cevabınız evet ise)** Ne sıklıkta uyguluyorsunuz?

Ayda bir ( )Yılda birkaç kez ( )Hiç yapmam ( )Her banyo yaptıktan sonra

56- Kendi kendine meme muayenesini ne zaman uyguluyorsunuz?

( )Adet döneminden sonra ( )Adet dönemi sırasında ( )Adet dönemi öncesinde
( )Aklıma her geldiğinde ( )Adet dönemine dikkat etmem

57- Kadın hastalıkları kanserlerinde erken tanı yöntemleri hakkında bilginiz var mı?

( ) Evet ( ) Hayır

58- **(Cevabınız evet ise**) Bildiğiniz erken tanı yöntemleri ne(ler) dir?**(Bildiğiniz kısma ait olan boşluklara yazarak belirtiniz**

Rahim kanserinde erken tanı yöntemi …….
Rahim ağzı kanserinde erken tanı yöntemi ……
Meme kanserinde erken tanı yöntemi: ……
Yumurtalık kanserinde erken tanı yöntemi; …….
Vajina- dış genital organ kanserinde : ……..

59- Kadın hastalığı kanserlerinde erken tanının kurtarıcı olduğuna inanıyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

60- Kanserden korunma yolları hakkında bilginiz var mı? Var ise belirtiniz.

……
……

61- Daha önce rahim ağzından sürüntü alınması(papsmear) testi yaptırdınız mı?
( )Evet Kaç kez yaptırdınız?.....
( )Hayır

62-Sizce rahim ağzından sürüntü alınması testi aşağıda belirtilen kanser türlerinin hangisinin teşhisinde kullanılır?
( )Rahim kanseri ( )Meme kanseri ( )Yumurtalık kanseri
( )Rahim ağzı kanseri ( )Vulva- vajina kanseri

63-Sizce rahim ağzından sürüntü alınması testi ne sıklıkta yaptırılmalıdır?
( )Her ay ( )6 ayda bir ( )Yılda bir ( )2 yılda bir ( )Bilmiyorum

64-Sizce rahim ağzından sürüntü alınması testini aşağıdakilerden hangi grup yaptırmalıdır?
( )Bütün kadınlar ( )Kadın hastalığı olanlar ( )Evli olanlar ( )40 yaş üzeri kadınlar ( )Bilmiyorum

65- Kansere karşı geliştirilen aşı (Human Papilloma virus aşısını) duydunuz mu?
( ) Evet ( ) Hayır

66- (Cevabınız evet ise) Yaptırdınız mı?.....

67- Human Papilloma virus aşısının hangi kadın hastalığı kanserinden koruduğunu biliyor musunuz?
……

68- Kendinizi kadın hastalıkları kanserleri açısından riskli görüyor musunuz?
( ) Evet ( ) Hayır69- **(Cevabınız evet ise)** Kendinizi riskli görmenizin sebebi nedir?

……
……
……

70- Kadın hastalıkları kanserleri konusunda kadınlara yönelik tarama programlarının arttırılması, eğitimler düzenlenmesi kadın hastalıkları kanserlerinin azaltılmasında etkili olabilir mi?
( )Evet , oldukça etkili olur. ( )Biraz katkısı olabilir. ( )Hayır , hiçbir etkisi olmaz.