

K.K.T.C
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ENDOMETRİUM, OVER VE SERVİKS KANSER TANISI ALAN VE
ALMAYAN KADINLarda RİSK FAKTÖRLERİNİN BELİRLENMESİ**

Sinem SARMİŞ

**Hemşirelik Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**LEFKOŞA
2010**

K.K.T.C

**YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ENDOMETRİUM, OVER VE SERVİKS KANSER TANISI ALAN VE
ALMAYAN KADINLarda RİSK FAKTÖRLERİNİN BELİRLENMESİ**

Sinem SARMİŞ

**Hemşirelik Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Füsun TERZİOĞLU**

**LEFKOŞA
2010**

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman : Doç. Dr. Füsun TERZİOĞLU
Hacettepe Üniversitesi

Üye : Yrd. Doç. Dr. Belkıs KARATAŞ
Yakın Doğu Üniversitesi

Üye : Yrd. Doç. Dr. Gülten Koç
Hacettepe Üniversitesi

ONAY:

Bu tez Yakın Doğu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki juri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.


Prof. Dr. İhsan ÇALIŞ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleşmesinde; katkılarından dolayı aşağıda adı geçen kişi ve kurumlara içtenlikle teşekkür ederim.

Sayın Doç.Dr. Füsün TERZİOĞLU, tez danışmanım olarak değerli bilgileri, görüş ve önerileriyle çalışmanın planlanması, yürütülmesi ve her konuda yol gösterici ve destekleyici katkılarda bulunmuştur.

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı yetkilileri çalışmanın yürütülmesi için gerekli izinleri vermiştir. Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Onkoloji ve Kadın Doğum Servisi doktor ve hemşireleri çalışmam için uygun ortam sağlamışlardır. Araştırmaya katılan tüm bireyler ve özellikle kanser hastaları değerli katılımlarıyla katkıda bulunmuşlardır.

Doç.Dr. Erdem Karabulut tez çalışmamın istatistik bölümünde yardımcı ve yol gösterici olmuştur.

Çalışmam boyunca çalışma arkadaşlarım ve ailem benden desteklerini esirgememişlerdir.

ÖZET

Sarmış, S., Endometrium, Serviks ve Over Kanser Tanısı Alan ve Almayan Kadınlarda Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa, 2010.

Günümüzde, jinekolojik kanser insidansı (endometrium, over ve servikal kanser gibi) giderek artmaktadır. Jinekolojik kanserler, kadınları, fiziksel, ruhsal, sosyal ve cinsel açıdan etkilemektedir. Bunun sonucunda aile sağlığı ve toplum sağlığı da olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu çalışma, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde yaşayan endometrium, serviks ve over kanser tanısı almış kadınlar ile herhangi bir kanser tanısı almamış kadınlar arasında risk faktörlerini belirlemek amacıyla vaka kontrol çalışması olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Kadın Doğum Servisi ve Onkoloji Servisinde 2003-2008 yılları arasında endometrium, serviks ve over kanser tanısı almış vakaların tamamı (toplam 73 hasta) ile 2008 yılında aynı hastanenin jinekoloji polikliniğine kontrol amacıyla gelen 1607 kadın oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemine kanser tanısı almış 73 kadın ve polikliniğe kontrol amacıyla gelen kanser tanısı almamış 80 kadın alınmıştır. Araştırmanın vaka grubundaki kanser tanısı almış 73 kadından yaklaşık %55’ine (40 kadına) ulaşılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından ilgili literatür incelenerek ve uzman görüşü alınarak geliştirilen yarı yapılandırılmış soru formu aracılığıyla toplanmıştır. Araştırmaya katılan vaka grubundaki kadınların yaş ortalaması 55.3 ± 10.5 , kontrol grubundaki kadınların yaş ortalaması ise 32.8 ± 9.8 ’dır. Araştırmada endometrium kanserinde yaş, kronik hastalık durumu, üreme organlarına yönelik hastalık durumu, meme ya da başka organlarda kanser öyküsü ve menapoz döneminde olmak, over kanserinde ise yaş, kronik hastalık durumu, HRT almak ve çalıştığı ortamda kimyasal maddeye maruz kalmak, serviks kanserinde ise pap smear testi yaptırmamak risk faktörleri olarak belirlenmiştir. Birinci basamak kanser kontrol programlarında endometrium, over ve serviks kanserlerini tarama ve erken tanılamada yukarıda belirtilen riskleri taşıyan gruptara öncelik verilmesi ve kadınların bu konuda farkındalıklarının artırılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Endometrium kanseri, over kanseri, serviks kanseri, jinekolojik kanserler ve risk faktörleri

ABSTRACT

Sarmış, S., Endometrial, Ovarian and Cervical Cancer Risk Faktors in Women Receiving and Not Receiving. Near East University Institute of Health, Master Thesis, Nicosia 2010.

Nowadays gynecologic cancer incidence (endometrial, ovarian and cervical cancer) is increasing. Gynecologic cancers have physical, social, psychologic and sexual effects in women and as a result negative effects can be seen on family and public health. In this study risk factors were determined in the women with endometrial, cervical and ovarian cancer diagnosis and yet the same study is done for the healthy women as well. The research group was comprised of 73 cases with endometrial, cervical and ovarian cancer diagnosis between 2003 and 2008 at Dr.Burhan Nalbantoglu State Hospital Gynecology and Obstetrics and, oncology department and of 1607 cases admitted to gynecology outpatient department for control in 2008. Study sample included 73 cancer cases and 80 control cases. In this research we could only reach to 40 women that is equal to 55%. Data were collected with a semi-constructed question which was improved by literature review and receiving specialist opinions.

The research covers the average age was as 55.3+-10.5 years for the study group and 32.8+-9.8 years of age for control group. In this research, age, chronic disease, genital organ disease, breast or other cancer history and menopause were the risk factors for endometrium cancer. In ovarian cancer the risk factors come out as; age, chronic disease, HRT and exposure to chemical substances in the working environment. And finally seems as the main risk factor for cervical cancer; not having Pap smear test. Primary care cancer control programs, endometrial, ovarian and cervical cancer screening, and early in diagnostic groups give priority to carrying the above-mentioned risks, and women should increase their awareness on this issue.

Key words: Endometrial cancer, Ovarian cancer, Cervical cancer, gynecologic cancers and risk factors.

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TABLOLAR DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	
1.1. Problem Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. Kanser Tanımı ve Önemi	6
2.2. Jinekolojik Kanserler	8
2.3. Endometrium Kanseri	9
2.3.1. Endometrium Kanserinin Epidemiyolojisi	10
2.3.2. Endometrium Kanserinde Belirti ve Bulgular	10
2.3.3. Endometrium Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	10
2.3.4. Endometrium Kanserinde Tanılama	15
2.3.5. Endometrium Kanserinde Sınıflama	16
2.3.6. Endometrium Kanserinde Tedavi	17
2.3.7. Endometrium Kanser Taramasında Öneriler	17
2.4. Over Kanseri	18
2.4.1. Over Kanserinin Epidemiyolojisi	19
2.4.2. Over Kanserinde Belirti ve Bulgular	19
2.4.3. Over Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	19
2.4.4. Over Kanserinde Tanılama	24
2.4.5. Over Kanserinde Sınıflama	25
2.4.6. Over Kanserinde Tedavi	26
2.4.7. Over Kanseri Taramasında Öneriler	26

2.5. Serviks Kanseri	27
2.5.1. Serviks Kanserinin Epidemiyolojisi	28
2.5.2. Serviks Kanserinde Belirti ve Bulgular	28
2.5.3. Serviks Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	29
2.5.4. Serviks Kanserinde Tanılama	32
2.5.5. Serviks Kanserinde Sınıflama	33
2.5.6. Serviks Kanserinde Tedavi	34
2.5.7. Serviks Kanseri Taramasında Öneriler	34
2.6. Jinekolojik Kanserlerden Korunma ve Hemşirelik Yaklaşımları	35
3. GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1. Araştırmamanın Şekli	37
3.2. Araştırmamanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	37
3.3. Araştırmamanın Evreni ve Örneklemi	38
3.4. Verilerin Toplanması	39
3.4.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması	39
3.4.2. Veri Toplama Aracının Ön Uygulanması	39
3.4.3. Veri Toplama Aracının Uygulanması	39
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	40
3.6. Araştırmamanın Sınırlılıkları	40
3.7. Araştırmamanın Uygulanma Sürecinde Yaşanılan Güçlükler	40
3.8. Araştırmamanın Etik Boyutu	41
4. BULGULAR	42
5. TARTIŞMA	73
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	86
6.1. Sonuçlar	86
6.2. Öneriler	96
KAYNAKLAR	98
EKLER	110
Ek I: Veri Toplama Formu	110
Ek II: İzin Formu	118
Ek III: Aydınlatılmış Onam	119
Ek IV: Özgeçmiş	122

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACS: American Cancer Society (Amerikan Kanser Birliği)

BKI: Beden Kitle İndeksi

CYBH: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HRT: Hormon Replasman Tedavisi

K.K.T.C: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti

LBNDH: Lefkoşa Dr.Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi

OKS: Oral Kontraseptif

D&C: Dilatasyon ve Küretaj

FIGO: International Federation of Gynecology and Obstetrics

(Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu)

PKOS: Polikistik Over Sendromu

USO: Unilateral Salpingo Ooferektomi (Unilateral Salpingo-Oophorectomy)

TAH-BSO: Total Abdominal Histerektomi Bilateral Salpingo Ooferektomi (Total Abdominal Hysterectomy and Bilateral Salpingo-Oophorectomy)

MRI: Magnetic Resonance Imaging (Manyetik Rezonans Görüntülemesi)

TABLOLAR

Tablo 1: Gelişmiş ve Gelişmekte Olan Ülkelerde En Sık Görülen Kanserlerin Cinsiyete Göre Dağılımı	7
Tablo 2: K.K.T.C'de Kadınlarda 2008 Yılı Yeni Vaka Sayısına Göre On Kanser Türü,	8
Tablo 4.1: Kadınların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Kontrol ve Vaka Grubuna Göre Dağılımı	42
Tablo 4.2: Kadınların Hijyen Özelliklerine İlişkin Bazı Değişkenlerin Kontrol ve Vaka Grubuna Göre Dağılımı	44
Tablo 4.3: Kadınların Jinekolojik Özelliklerine İlişkin Bazı Değişkenlerin Kontrol ve Vaka Grubuna Göre Dağılımı	46
Tablo 4.4: Kadınların Pap Smear Yaptırma, HPV Aşısı Bilme, Pelvik Radyasyon Alma ve Kronik Hastalık Durumlarının Kontrol ve Vaka Grubuna Göre Dağılımı	48
Tablo 4.5: Kadınların Üreme Organları ile İlgili Bazı Özelliklerin ve Kanser Açısından Risk Faktörlerinin Kontrol ve Vaka Grubuna Göre Dağılımı	50
Tablo 4.6: Kadınların Menapoz İle İlgili Bazı Özelliklerinin Kontrol ve Vaka Grubuna Göre Dağılımı	52
Tablo 4.7: Kadınların Jinekolojik Kanser Açısından Bazı Bireysel Risk Faktörlerinin Kontrol ve Vaka Grubuna Göre Dağılımı	53
Tablo 4.8: Kadınların Üreme Organı Kanserlerine Yönelik Obstetrik Risk Faktörlerinin Kontrol ve Vaka Grubuna Göre Dağılımı	55
Tablo 4.9: Kadınların Üreme Organı Kanserlerine Yönelik Cinsel Yaşam İle İlgili Risk Faktörlerinin Kontrol ve Vaka Grubuna Göre Dağılımı	58
Tablo 4.10: Kadınların Ailelerinde Kanser Öyküsü Bulunma Durumu ve Kanser Tiplerinin Kontrol ve Vaka Grubuna Göre Dağılımı	59
Tablo 4.11: Kadınların Endometrium Kanserine Yönelik Risk Faktörlerinin Kontrol ve Endometrium Kanser Vaka Grubuna Göre Dağılımı	61

Tablo 4.12: Kadınların Over Kanserine Yönelik Risk Faktörlerinin Kontrol ve Over Kanser Vaka Grubuna Göre Dağılımı	65
Tablo 4.13: Kadınların Serviks Kanserine Yönelik Risk Faktörlerinin Kontrol ve Serviks Kanser Vaka Grubuna Göre Dağılımı	69

GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı ve Önemi

Kanser, mortalite ve morbidite hızlarının yüksek olması nedeniyle bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir. Günümüzde dünyada kanser, kardiyovasküler sistem hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır (http://www.turkcancer.org/newsfiles/61dunya_kanser_istatistikleri.pdf).

Gelişmiş ülkelerde yaşam süresinin uzaması, bireylerin kendi sağlık sorumluluklarını alma konusunda bilinçlenmesi, tanı yöntemlerinin gelişmesi ile kanser erken dönemde tanılanabilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise erken tanı yöntemlerinin yetersizliği, sigara tüketiminin ve çevresel karsinojenlere maruz kalma risklerinin artması gibi nedenlerle kanser insidansı giderek artmakta ve kanserden ölümler ilk sıralarda yer almaktadır (Barut, 2000).

Kanser türlerinin görülmeye sıklığı yaşanan ülkeye, kişilerin yaşlarına ve cinsiyetlerine göre değişebilmektedir. Amerikan Kanser Derneği'nin 2009 yılı verilerine göre; Amerika'da kadınlarda en sık görülen kanser; meme, akciğer/bronş, kolon, endometrium ve lenfoma olduğu belirtilmektedir (www.cancer.org/downloads/STT/500809web.pdf).

Cinsiyete özgü olarak görülen üreme sistemi ile ilgili kanserler, kadında meme kanserinden sonra mortalite ve morbiditenin en büyük nedenlerindendir (Disaia and Creasman, 2003). Günümüzde jinekolojik kanserler, tüm kanserlerin yaklaşık %15'inden, tüm kansere bağlı ölümlerin de %10'undan sorumludur (Özsoy, 2007). Jinekolojik kanserler içerisinde yer alan, endometrium, over ve servikal kanserleri kadınları hem fiziksel hem ruhsal hem de cinsel açıdan etkilemektedir (Şahin, 2009). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2008 yılı verilerine göre, dünyada serviks kanserinden ölüm oranı %0.5, uterus kanserinden %0.1, over kanserinden %0.3 olduğu bildirilmektedir (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/Dth6_2008-20090416.xls).

Türkiye Sağlık Bakanlığı 2005 yılı verilerine göre, kadınlarda üreme organlarına yönelik kanserlerden ölüme neden olan hastalıklar açısından ilk sırayı meme kanseri alırken (%35.5), over kanseri yedinci (%6.0), endometrium kanseri dokuzuncu (%5.4) ve serviks kanseri onuncu (%5.3) sırada yer almaktadır

(<http://www.ketem.org/istatistik.php>). Türkiye Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı 2006 yılı verilerine göre, kadınlarda görülen ilk beş kanser; meme kanseri (%23.7), kolorektal kanseri (%8.2), tiroid kanseri (%6.9), endometrium kanseri (%5.1) ve mide kanseri (%5.0) olduğu belirtilmektedir (<http://www.kanser.gov.tr/folders/file/8il-2006-SON.pdf>).

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (K.K.T.C) Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 2008 yılı verilerine göre, kadınlarda görülen kanser vaka sayısı 55'dir. İlk sırada %17,3 ile meme kanseri yer almaktadır. K.K.T.C'de 2008 yılında over kanseri %0.91, endometrium kanseri %1.82 oranında görülürken serviks kanseri görülmemiştir. Serviks kanseri 2007 yılında %1.3 oranında görülmüştür (http://www.saglikbakanligi.com/html_files/istatistik.2007.htm).

Jinekolojik kanserler içerisinde endometrium kanseri ilk sırada yer almaktadır. Endometrium kanseri post menopozal dönemdeki 60-70 yaş arası kadınlarda daha sık görülmektedir. Endometrium kanseri yavaş ilerleyen bir hastaliktır ve geç metastaz yapmaktadır. Bu nedenle özellikle erken teşhis edildiğinde прогнозu en iyi olan jinekolojik kanserlerdir (Amant et al., 2005; Purdie, 2003; Taşkın, 2009).

Üreme organı kanserleri içerisinde yer alan diğer bir kanser türü serviks kanseridir. Amerikan Kanser Derneği'nin 2007 yılı verilerine göre, dünyada 555.094 kadına servikal kanser tanısı konulduğu ve yaklaşık 309.808'inin bu hastalıktan yaşamını kaybettiği bildirilmiştir (http://www.cancer.org/docroot/STT/content/STT_1x_Global_Cancer_Factsand_Figures_2007.asp). Serviks kanseri tanısı almış vakaların %80'i ekonomik yönden kaynakları sınırlı olan ve jinekolojik kanserlere yönelik yeterli taramaların yapılmadığı ülkelerde görülmektedir (Sunha, Horne and Kehoe, 2006). Serviks kanseri, jinekolojik kanserler içinde erken tanı olasılığı en fazla olan kanser türüdür. Bu nedenle erken tanılandığı zaman tedavisi de büyük ölçüde mümkün olabilmektedir (Carr and Sellors, 2004; Hughes, 2009; Kalyoncu, Işıkçı, Özalp ve Küçük, 2003). Servikal kanser 40-55 yaş grubundaki kadınlarda daha sık görülmekle birlikte giderek daha genç yaştaki kadınlarda da görülmeye başlamıştır (Singh and Oehler, 2010).

Kadınlarda en fazla morbidite ve mortaliteye neden olan jinekolojik kanser ise over kanseridir. Over kanseri, erken evrede belirti vermediği için teşhis edildiğinde kanserin ilerlemiş olduğu görülür. Bu nedenle genital kanserler arasında

en yüksek mortalite hızına sahiptir. Over kanserinde, tümör çok hızlı ve ağrısız büyüdüğü için erken teşhis için pelvik muayene, serum tümör belirleyicileri (Ca 125) ve transvajinal ultrason kontrollerinin çok düzenli ve sık yapılması gerekmektedir (Taşkin, 2009).

Jinekolojik kanserler, kadınlarda önemli bir sağlık sorunudur. Aynı zamanda jinekolojik kanserler önlenebilir ve erken teşhis durumunda tedavi edilebilir hastalıklardır (<http://www.ukdk.org/pdf/kitap/33.pdf>). Jinekolojik kanserlerin morbidite ve mortalite oranlarını azaltmak için risk faktörlerinin bilinmesi ve bu faktörlerden kaçınılması önem taşımaktadır (Taşkin, 2009). Ancak, 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 (Mete, 1998).

Dönmez (2007) kadın sağlık personelinin serviks kanseri, serviks kanserinin risk faktörleri ve serviks kanserinden korunma yöntemleri ile ilgili bilgi düzeylerini araştırdığı çalışmasında, sağlık personelinin eğitim seviyesi arttıkça smear yaptırmaya oranının azaldığı saptanmıştır (Dönmez, 2007). Carrasquillo ve Pati'nin (2004) çalışmasında ise 50-65 yaş arası kadınların, 30-39 yaş arası kadınlara göre daha az oranda Pap smear testi yaptırdıkları saptanmıştır (Carraquillo and Pati, 2004). Gredmark ve arkadaşları (1995), 457 postmenopozal kanama olgusunu inceledikleri bir araştırmada, 8 olguda over tümörü tespit etmişlerdir (Gredmark, Kvint and Havel, 1995). Pınar ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada endometrium hiperplazisi, obezite, geç menapoza girme, dismenore öyküsü, erken yaşıta evlenme ve üçten fazla çocuğa sahip olmaları jinekolojik kanserlerde risk faktörleri olarak belirlenmiştir (Pınar, Algier, Doğan ve Kaya, 2008). Kolutek ve Karataş Uçhisar Köy'ünde yaptığı çalışmada kadın ve erkeklerde kanser risk faktörlerini ve erken tanı belirtilerini saptamaya çalışmışlardır. Araştırma sonucunda bireylerin kendi ifadelerine göre tamamında kansere ilişkin bir veya birden fazla risk faktörü ve erken tanı belirtisi bulunduğu saptanmıştır. Bu risk faktörleri obesite (%66.1), sigara alışkanlığı (%52.7), üzüm başında çalışma (%80.6) ve kanser öyküsü olan akrabaya sahip olma (%45.3) şeklinde tespit edilmiştir (Kolutek ve Karataş, 2007). Gün'ün yaptığı çalışmada (2006), ailede uterus, over, bağırsak ve meme kanseri öyküsü

bulunanların, ilk adet yaşı 13 ve üzerinde, ortaokul ve üzerinde eğitim düzeyine sahip, beden kitle indeksi 30 ve üzerinde olanların ve hazır hijyenik bağ kullananların over kanseri açısından riskli gruplar olabileceğini belirlemiştir (Gün, 2006).

Toplumdaki bireylerle sürekli etkileşim ve iletişimde bulunan hemşirelerin, topluma kanserden korunma, sağlığı geliştirme ve bireylerin sağlık sorumlulukları almaları konusunda eğitim ve danışmanlık rollerini yerine getirmeleri son derece önemlidir. Günümüzde kanserde erken tanının önemi artmakta ve sağlık hizmetleri içerisinde özellikle koruyucu sağlık hizmetleri ve erken tanı hizmetleri daha çok yer almaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında risk faktörleri ile ilgili olabilecek genel önlemlerin yanı sıra bireylerin sağlık bilincinin geliştirilmesi öngörülülmektedir. Bu kapsamında hemşirenin temel sorumluluklarından birisi sağlık eğitimidir. Sağlık eğitimlerinin içerisinde bireylerin risk faktörlerine yönelik farkındalıklarını artırarak sağlık bilincinin geliştirilmesi temel amaçlardan birisidir. İlkincil koruma kapsamında; tüm toplum ve risk altında olduğu düşünülen bireylere tarama programları uygulanması gerekmektedir. Üçüncü korumada kanser tanısı almış kadınlarda yaşam kalitelerini artırmak, sakatlıkları azaltmak ve rehabilitasyonlarını sağlamaya yönelik aktiviteler yer almaktadır (Platin, 1996). Bu açıdan birincil, ikincil ve üçüncü korumada hemşirenin önemli rol ve sorumlulukları vardır.

Bu çalışmada, kanser tanısı almış kadınlar ile jinekoloji polikliniğine kontrol amacıyla gelen kadınlarda en fazla görülen jinekolojik kanserlere (endometrium, serviks ve over) yönelik risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. K.K.T.C'de kanser vakalarında risk faktörlerine yönelik istatistikî verilerin ve araştırma sonuçlarının bulunmaması nedeniyle bu çalışma önem taşımaktadır. Aynı zamanda bu çalışma sonuçlarının sağlık hizmetlerinin planlanması ve hemşirenin kanserde risk faktörlerine yönelik vereceği eğitim ve danışmanlık hizmetlerine ve bu konuya yönelik yapılacak çalışmalara rehberlik edeceği düşünülmektedir.

1.2.Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada, endometrium, over ve serviks kanser tanısı almış olan kadınlarla, herhangi bir jinekolojik kanser öyküsü olmayan kadınlarda risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser Tanımı ve Önemi

Kanser, bazı etkilerle değişime uğramış hücrelerin, gerek yerel ve gerek uzak noktalarda kontolsüz olarak çoğalıp büyümelerinin sonucu ile oluşan habis hastalıklar grubudur (<http://www.cancer.org>). Toplumda en çok görülen, en çok sakat bırakan, en çok ölüme neden olan hastalıklar o toplumun en önemli sağlık sorununu oluşturmaktadır (Bilge ve Çam, 2008). Amerikan Kanser Derneği'nin 2007 yılı kayıtlarına göre, Dünya'da en çok ölüme neden olan hastalıklar; kalp-damar hastalıkları (%19.6), kanser (%12.5) ve serobrovasküler hastalıklar (%9.6)'dır (http://www.cancer.org/docroot/STT/content/STT_1x_Global_Cancer_Facts_and_Figures_2007.asp).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nın yaptığı tahminlere göre, 2030 yılında dünyamızda 20 milyon yeni kanser vakası gelişeceği ve bunun 12 milyonunun mortalite ile sonuçlanacağı tahmin edilmektedir (<http://www.turkcancer.org.tr>). Amerikan Kanser Derneği'nin 2010 yılı verilerine göre 1.529.560 kişinin yeni kanser tanısı aldığı bildirilmiştir. Böylece kanser, en önemli sağlık sorunlarından birisi olarak güncelliğini korumaktadır.

Tablo 1'de görüldüğü gibi Dünya genelinde, farklı kanserler, farklı grupları etkilemektedir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde görülen kanser oranları farklılık göstermektedir.

Tablo 1: Gelişmiş ve Gelişmekte Olan Ülkelerde En Sık Görülen Kanserlerin Cinsiyete Göre Dağılımı

ERKEK				KADIN			
Sıra	Kanser	Yeni Olgular(%)	Sıra	Kanser	Yeni Olgular(%)		
Gelişmiş Ülkeler	1 Akciğer	2.78	1	Meme	4.81		
	2 Prostat	2.20	2	Kolon&Rektum	1.27		
	3 Kolon&Rektum	1.87	3	Uterus	0.98		
	4 Mide	1.09	4	Akciğer	0.92		
	5 Mesane	0.81	5	Serviks	0.76		
Gelişmekte Olan Ülkeler	1 Akciğer	1.32	1	Meme	1.79		
	2 Mide	1.18	2	Serviks	1.48		
	3 Karaciğer	1.17	3	Mide	0.56		
	4 Özefagus	0.74	4	Akciğer	0.50		
	5 Kolon&Rektum	0.53	5	Kolon&Rektum	0.43		

Global Cancer Facts and Figures 2007.

(http://www.cancer.org/docroot/STT/content/STT_1x_Global_Cancer_Facts_and_Figures_2007.asp)

Türkiye Kanser İstatistikleri'ne göre 1999 yılında kanser insidansı 100.000'de 58.13 iken, 2005 yılında bu oranın yüzbinde 173.85'e yükseldiği belirtilmektedir. 2005 yılına ilişkin verilerde, kadınlarda en sık görülen kanserin meme, deri, tiroid, akciğer ve bronş kanserleri olduğu bildirilmektedir (<http://www.ketem.org/istatistik.php>). İzmir'de yapılan bir çalışmada (2007), kadınlarda ilk üç sırayı, meme kanseri (%26.2), jinekolojik kanserler (%20.0) ve Gastrointestinal sistem tümörlerinin (%14.3) aldığı belirtilmiştir (Haydaroğlu, Böyükbaş ve Özsaran, 2007).

K.K.T.C, Sağlık Bakanlığı'na (SB) 2003 yılında 362 vaka sayısı bildirildiği ve bu sayının 2008 yılında 110'a düşüğü belirtilmektedir. KKTC 2008 yılı SB verilerine göre, erkeklerde (55 kişi) ve kadınlarda (55 kişi) aynı sayıda kanser vakası bulunmaktadır. Kadınlarda en sık görülen kanserin meme, lenfoma, kolon, lösemi ve pankreas olduğu bildirilmektedir (Tablo. 2). K.K.T.C SB verilerine göre, 2000-2008 yılları arasında toplam 2718 kanser vakası bulunmaktadır (http://www.saglikbakanligi.com/html_files/istatistik.2008.htm).

**Tablo 2. K.K.T.C'de Kadınlarda 2008 Yılı Yeni Vaka Sayısına Göre
On Kanser Türü**

Organlar	Vaka
Meme Kanseri	19
Kolorektal Kanser	6
Lenfoma	6
Pankreas Kanseri	3
Akciğer Kanseri	2
Mesane Kanseri	2
Cilt Kanseri	2
Endometrium Kanseri	2
Tiroïd Kanseri	2
Over Kanseri	1
TOPLAM	45

K.K.T.C Sağlık Bakanlığı İstatistikleri 2008
[\(http://www.saglikbakanligi.com/html_files/istatistik.2008.htm\).](http://www.saglikbakanligi.com/html_files/istatistik.2008.htm)

2.2. Jinekolojik Kanserler

Jinekolojik kanserler, mortalite ve morbiditeye neden olabilen önemli bir sağlık sorunudur (Taşkın, 2009). DSÖ 2007 yılı verilerine göre; Afrika'da 11008, Asya'da 39083, Amerika'da 28923, Avrupa ülkelerinde 46813 kadının over kanserinden yaşamını yitirdiği bildirmektedir (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/_Dth6_2008-20090416.xls). Amerikan Kanser Derneği'nin 2009 yılı verilerine göre, endometrium kanserinden 7.780 kadın, over kanserinden 14.600 kadın, serviks kanserinden 4.070 kadın yaşamını yitirmiştir (www.cancer.org/downloads/STT/500809web.pdf). Amerikan Kanser Derneği'nin 2010 yılı ilk altı aylık verilerine göre ise Amerika'da endometrium kanserinden 7.950, over kanserinden 13.850 ve serviks kanserinden 4.210 kadın yaşamını yitirmiştir (www.cancer.org/downloads/STT/Cancer_Facts_and_Figures_2010.pdf).

Jinekolojik kanserlerin morbidite ve mortalite oranlarını azaltmak için risk faktörlerinin bilinmesi ve bu faktörlerden kaçınılması önem taşımaktadır. 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 oluşturmaktadırlar (Gürgan ve Tuncer, 2000; Mete, 1998).

Jinekolojik kanserlerin çoğu başarı ile tedavi edilebilmektedir. Bunun nedeni tanı ve tedavi modellerinin gelişmesi ile prekanseröz lezyonların erken tanılanması ve uygun tedavi yaklaşımları sağlanmasıdır (Disaia and Creasman, 2003).

2.3. Endometrium Kanseri

Endometrium kanseri yavaş ilerleyen bir hastaliktır ve geç metastaz yapmaktadır. Bu nedenle özellikle erken teşhis edildiğinde прогноз en iyi olan jinekolojik kanserdir (İnanç, 2000; Taşkın, 2009). Endometrium kanserinde hücre tipi, genellikle %80 oranında adenokarsinomadır (Amant et al., 2005; İnanç, 2000; Marsden and Sturdee, 2009; Taşkın, 2009). DSÖ'nün 2008 yılı verilerine göre, endometrium kanserinde kadınlarda mortalite oranı %0,71'dir. Aynı yıla ait verilere göre Afrika'da %03, Amerika'da %017, Avrupa'da %033, Asya'da %08 oranında kadın bu hastalıktan yaşamını yitirmiştir (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/Dth6_2008-20090416.xls). Türkiye'de 2005 yılı Kanser İstatistikleri verilerine göre endometrium kanseri %5.4 oranı ile tüm kanserler arasında dokuzuncu sırada bulunmaktadır (<http://www.ketem.org/istatistik.php>). K.K.T.C'de SB 2006-2008 yılları arasındaki verilere göre, endometrium kanseri; 2006 yılında %1.6, 2007 yılında %1.3 oranında görülürken, 2008 yılında bu oran %1.82'ye yükselmiştir (http://www.saglikbakanligi.com/html_files/istatistik.2007.htm).

2.3.1. Endometrium Kanserinin Epidemiyolojisi

Endometrium kanseri, hem üreme hem de menapoz dönemlerinde görülür (Disaia and Creasman, 2003). Endometrium kanserinin ortalama görülme yaşı 61'dir (Disaia and Creasman, 2003; İnanç, 2000; Odicino et al., 2008; Pelerin and Finan, 2005; Whitaker, Lee and Benson, 1986). 40 yaşın üzerinde %95 oranında görülmektedir. Kadınların yaklaşık olarak %5'inde 40 yaşından önce adenokarsinom gelişebilmekte ve %20-25'inde menapozdan önce tanı konulabilmektedir (Disaia and Creasman, 2003; Singh and Oehler, 2010).

2.3.2. Endometrium Kanserinin Belirti ve Bulguları

Endometrium kanserinde görülen belirti ve bulgular;

- anormal uterus kanamaları,
- uterusta büyümeye,
- cinsel ilişki sırasında ağrı,
- pelviste ağrı,

-pürülen, et suyu renginde vajinal akıntıdır (Amant et al., 2005; Gürgan ve Tuncer, 2000; Linkov et al., 2008; Pelerin and Finan, 2005; Sheffler, 2010; Taşkın, 2009).

2.3.3. Endometrium Kanserinin Etiolojisi ve Risk Faktörleri

Endometrium kanserlerine neden olan risk faktörleri; yaş, postmenapozal dönemde olmak, erken menarş (< 12 yaş), geç menapoz (> 52 yaş), endometrial hiperplazi, hipertansiyon (>140/90 mmHg), diabetes mellitus, karaciğer hastalığı, pelvik radyasyona maruz kalma, tamoksifen kullanma, kronik anovulasyon, endometrium kanseri öyküsü, kolon kanseri öyküsü, meme kanseri öyküsü, over kanseri öyküsü, nulliparite, düşük parite (bir gebelik), yüksek sosyo-ekonomik düzey, yüksek hayvansal yağ içeren diyet tüketme, obezite (BKİ: ≥ 26.0 : hafif şişman ve ≥ 29.0 :şişman), karşılıksız estrogen replasman tedavisi (> 5 yıl) ve infertilite olduğu bildirilmektedir (Amant et al., 2005; İnanç, 2000; Linkov et al., 2008; Purdie, 2003; Rieck and Fiander, 2006; Sheffler, 2010; Taşkın ve diğerleri, 2008; Ulukuş, 2005; <http://www.cancer.org/downloads/PED/Cancer%20Prevention>

%20and%20Early%20Detection%20Worksheet%20or%20Women.pdf; www.cancer.org/downloads/STT/500809web.pdf; www.cancer.org/downloads/STT/Cancer_Facts_and_figures_2010.pdf).

Yaş: Endometrium kanseri 50-70 yaşları arasında görülmektedir. Ortalama görülme yaşı 61'dir (Özsoy, 2007; Pelerin and Finan, 2005; Purdie, 2003).

Obezite: Obezite, endometrium kanseri riskini artıran önemli bir faktördür. Obezite ile kanser ilişkisi dolaşımındaki östron düzeyinin yükselmiş olmasına bağlanmaktadır. Postmenopozal hastalarda serumdaki esas östrojen östrondur. Östron başta androstenedion olmak üzere androjenlerin periferde aromatizasyonu ile oluşmaktadır. Bu dönüşüm en çok kas ve yağ dokularında meydana gelmektedir. Östron östrojen reseptörlerine zayıf olarak bağlılsa da, devamlı etki sonucu östrojen etkisini göstermektedir (Anderson et al., 2001). Ayrıca seks hormon bağlayıcı globulin (SHBG) düzeyi obez kadınlarla azalmakta ve serbest östrojen artmaktadır (Amant et al., 2005; Anderson et al., 2001). Wynder ve arkadaşlarının (1982) yaptığı bir çalışmada; 10-13 kg fazla kilosu olan kadınlarla endometrium kanser riskinin 3 kat, 13 kg ve üzerinde fazla kilosu olanlarda riskin 9-10 kat arttığı belirlenmiştir (Mahboubi, Eyler and Wynder, 1982).

Diyabet: Şahin'in çalışmasında Yavuz'un (1992) aktardığına göre, diyabetik kadınlarla endometrium kanser riskinin 2.8 kat arttığı iddia edilsede, henüz bu iddia kanıtlanamamıştır. Endometrium kanserli bireylerde karbonhidrat metabolizmasında bozukluk olduğu bilinmektedir. Ayrıca obezitenin sıkılıkla diyabetle birlikte oluşu ve endometriyum kanserlilerde diyabet görülmeye oranının yüksek oluşu diyabetin endometrium kanseri için bir risk faktörü olduğunu düşündürmektedir (Şahin, 2009). Kaplan ve Cole'nin (1980) çalışmalarında, anormal glukoz toleransı varlığında riskin 2.4 kat arttığı bildirilmektedir. Hastaların %5-41'inde anormal glukoz toleransı saptanmıştır (Kaplan and Cole, 1980). Bununla birlikte Ağar (2006), Başeğmez (2005) ve Şahin (2009) çalışmalarında diyabetin endometrium kanseri için bir risk faktörü olmadığını belirtmişlerdir (Ağar, 2006; Başeğmez, 2005; Şahin, 2009).

Hipertansiyon: Endometrium kanseri olan bireylerde yapılan çeşitli araştırmalarda, hipertansiyonun obezite ile ilişkili olduğunu gösterilmiştir (Albayrak, 2006; Bağışmez, 2005; Özpak, 2005; Şahin, 2009; Ulukuş, 2005). Özpak'ın çalışmasında Frick ve arkadaşlarından aktardığına göre, hipertansiyonun yaşlı ve obez hastalarda sık görülmesine rağmen endometrium kanseri için tek başına önemli bir risk faktörü olmadığını bildirmiştirlerdir (Özpak, 2005). Wynder ve arkadaşları, kan basıncı ile vücut ağırlığının bağlantılı olduğunu ve endometrium karsinomlu kadınlardaki hipertansiyon insidansı ile endometrium karsinomu olmayan kadınlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığını saptamışlardır. Ayrıca, hipertansiyonun yaşıın ilerlemesi ile artmasının beklenik bir sonuç olması nedeniyle bunun risk faktörü olarak değerlendirilmesine kuşku ile bakılmaktadır (Mahboubi, Eyler and Wynder, 1982).

Nulliparite: Gebelik süresince progeston düzeyinin yüksek olması ve progesteronun östrojeni devamlı olarak dengeleyerek endometriumu proliferatif etkiden uzak tutması nedeniyle hiç gebelik geçirmeyen kadınarda endometrium kanseri görülmeye sıklığı artmaktadır. İnfertilite ve menstrual bozukluklar da anovulatuvar sikluslara bağlı olarak endometrium kanseri riskini artırmaktadır (Amant et al., 2005; Lurain, 2004; Mahboubi, Eyler and Wynder, 1982). Özpak'ın belirttiğine göre, Boston grubunun çalışmasında aktardığına göre, endometrium kanserinin; nulliparlarda, doğum yapan kadınlara göre iki kat, beş veya daha çok doğum yapanlara göre ise üç kat daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (Özpak, 2005).

Erken Menarş ve Geç Menopoz: 12 yaşından önce adet görenlerde daha fazla anovulatuvar siklus olması nedeniyle, 52 yaşından sonra menopoza giren kadınların daha fazla östrojen uyarısına maruz kalması nedeniyle endometrium kanser riski artmaktadır (Ulukuş, 2005). Özpak çalışmasında Elwood ve Coole'un çalışmalarından (1977) aktardığına göre, 52 yaşından sonra doğal menopoza giren kadınarda endometriyum kanseri riskinin, 49 yaşından önce menopoza giren kadınlara göre 2,4 kat fazla olduğu belirlenmiştir. 12 yaşından önce menarş olan kadınarda, endometriyum kanseri riskinin 1.6 kat arttığını belirtmişlerdir (Özpak, 2005).

Polikistik Over Sendromu (PKOS): Polikistik over sendromu, üreme çağındaki kadınların %4-7'sini etkileyen en yaygın endokrinopatidir. PKOS'lu hastaların yaklaşık yarısı obezdir. PKOS'lu kadınlar anovulasyona bağlı olarak yüksek risk taşımaktadırlar (Purdie, 2003).

Sigara: Sigara, östrojen üretimi ve metabolizmasını etkileyerek endometrium kanser riskini azalttığı belirtilmektedir (Kuşçu ve Eranlı, 2007). Ağar çalışmasında Lesko ve arkadaşlarının çalışmasından aktardığına göre, sigara içen postmenopozal kadınlarda endometrium kanseri riskini daha düşük bulmuşlardır. Ancak sigaranın bu koruyucu etkisi premenopozal kadınlar için netlik kazanmamıştır (Ağar, 2006). Büyükkınacı'nın çalışmasında Disaia'nın aktardığına göre sigara kandaki östrojen düzeyini düşürmektedir. Sigaranın yapısında bulunan nikotinin, karaciğerde östrojen metabolizmasını hızlandırmakta ve yıkımını artırmakta olduğu belirtilmektedir (Büyükkınacı, 2008).

Hormon Salgılayan Tümörler: Östrojen üreten tümörlerin en iyi bilineni granüloza-teka hücreli tümörlerdir (Creasman, 2003; Taşkın, 2009). Ağar çalışmasında Gusberg ve Kadron'un çalışmasından aktardığına göre (1971), ovaryan stromayı stimule ederek hormon üretimine neden olan primer ya da metastatik herhangi bir tümöründe dolaylı olarak endometrial hiperplazi ve kanserojenik etki yaparak risk faktörü oluşturabileceği belirtilmektedir (Ağar, 2006). Albayrak çalışmasında Diddle'nin çalışmasından aktardığına göre, 1189 adet granüloza - teka hücreli tümör serisinde %35 oranında endometrium hiperplazisi ve %6 oranında endometrium kanseri tespit ettiklerini, Larson'un çalışmasından aktardığına göre ise postmenopozal dönemdeki granüloza-teka hücreli tümör tespit edilen bir grup hastada %10.3 oranında endometriyum kanseri bulunduğuunu belirtmişlerdir (Albayrak, 2006).

Karşıılıksız Östrojen Replasman Tedavisi: Östrojen, menopoz ve postmenopoz dönemindeki kadınların yaygın olarak kullandıkları bir hormondur. Hormon replasman tedavisinin östrojen bileşimi menopozda kaybedilen östrojeni yerine koymakta ve tipik menopoz semptomlarının azalmasını veya yok olmasını

sağlamaktadır. Ancak östrojenin endometrium üzerine olan etkisi, endometrial kalınlaşmayı uyaran endojen hormonuna benzemektedir. Endometriumun östrojen ile sürekli uyarılması sonucu progesteron ile karşılık verilmediğinde hiperplaziye yol açabilmektedir (Marsden and Sturdee, 2009; Sturdee, 2005). Sturdee'nin yaptığı çalışmada östrojenin progesteron ile verilmesi endometrium kanser riskini azalttığını ve endometrium kanserine karşı koruduğu belirtilmektedir (Sturdee, 2005).

Diyet ve Beslenme Tarzı: Sebze, süt ürünlerinin tüketimi endometrium kanser riskini azaltmaktadır. Hayvansal protein ve yağların tüketimi, taze sebze-meyve ve lifli gıdaların tüketimi ile karşılaşıldığında, endometrium kanser riski ile doğrudan ilişkili bulunmuştur (Purdie, 2003). Ayrıca aşırı şişmanlığa bağlı olarak artmış östrojen seviyelerinin endometrium kanser riskini artırdığı düşünülmektedir (Ulukuş, 2005). Alkolun aşırı tüketimi östrojen artışına neden olduğu belirtilmektedir. Literatürde, alkol alımı ile endometrium kanser gelişimi arasında doğrudan ilişki bulunamadığı belirtilmiştir (Amant et al., 2005; Purdie, 2003; Rieck and Fiander, 2006).

Heredite: Endometrium kanserinde genetiğin rolü açık olarak tanımlanamamıştır. Literatürde, ailinin birkaç üyesinde meme ya da kolon kanseri olmasının, endometrium kanserine yakalanma riskini artırdığı vurgulanmaktadır (Ulukuş, 2005). Lynch Sendromu (HNPPCC- Kalıtsal Non Polipozis Kolorektal Kanser) kanser gelişimine eğilim yaratan otozomal dominant kalıtım gösteren bir hastalıktır. HNPCC sendromlu kadınlardaki başlıca kanser tiplerinden endometrium kanserinin hayatı boyu risk oranı %60 olarak belirlenmiştir. Lynch Sendromu varlığında hastalar endometrium kanseri açısından taramalı ya da anormal kanama olması durumunda hemen değerlendirilmelidir (Amant et al., 2005; Disaia and Creasman, 2003).

Meme ya da Over Kanser Öyküsü: Meme ya da over kanser öyküsü olan kadınlarda olasılıkla risk faktörlerinin benzer olması ve benzer bazı genetik özelliklere sahip olma sebebiyle endometrium kanser riski artmıştır (Ulukuş, 2005). Meme kanseri olan kadınlarda endometrium kanser riski de artmaktadır. Primer endometrium kanserlerin meme kanseri ile ortak risk faktörleri bulunması nedeniyle

meme kanseri olanlarda endometrium kanseri daha sık görülmektedir. Meme kanseri olan kadınlarda seröz endometrial kanser gelişme riski endometrioid karsinom gelişme riskinden 2.6 kat fazladır (Amant et al., 2005).

Tamoksifen: Tamoksifen meme kanseri tedavisinde kullanılan zayıf bir östrojendir (Keskin ve Salihoglu, 2007). Tamoksifen ilk bulunan selektif östrojen reseptör modülatörü (SERM) olup, antiöstrojen olarak nitelendirilse de, bazı dokularda zayıf östrojenik etki gösterir. Tamoksifen meme dokusu üzerinde inhibitör, endometrium üzerinde stimülatör etkiye sahiptir (Amant et al., 2005; Creasman, 2003). Tamoksifen kullanan meme kanseri vakalarının endometrium kanseri yönünden izlenmesi gerekmektedir. Çünkü tamoksifen kullanımı endometrium kanser riskini yaklaşık olarak 3 kat artırmaktadır (Keskin ve Salihoglu, 2007; Ulukus, 2005).

Diğer Faktörler: Pelvik radyasyona maruz kalma, yüksek sosyoekonomik durum, safra kesesi hastalığı, artrit gibi çeşitli durum ve hastalıkların endometrium kanseri için risk faktörü olduğu söylenirse de henüz bu yargılara dair çalışma bulunmamaktadır (Amant et al., 2005). Ayrıca fiziksel aktivitenin serum östrojen seviyesini azaltmaya neden olduğu böylece endometrium kanser riskini azalttığı belirtilmiştir (Purdie, 2003).

2.3.4. Endometrium Kanserinde Tanılama

Menapozdan sonra kadınların yıllık pelvik muayenelerini ve pap testlerinin düzenli yaptırmaları önem taşımaktadır. Tüm postmenapozal kanamalar biyopsi ile değerlendirilmelidir. Bunun yanında menapozda estrogen tedavisi alan kadınların dikkatle izlenmeleri gerekmektedir (İnanç, 2000; Taşkın, 2009). Endometrium kanser riski yüksek olan hastalarda periodik tarama önerilmektedir. Endometrial kanserde, serviks kanserinde olduğu gibi pratik değerlendirme yöntemleri yoktur. Bu nedenle kanser ilk belirtinin görülmesinden sonra teşhis edilebilmektedir. En önemli belirtisi anormal uterin kanamadır (Amant et al., 2005; Disaia and Creasman, 2003).

Endometrial kanserin tıbbi teşhisini anestezi altında pelvik muayene ve D&C ile edilen endometrial doku örneklerinin histolojik incelemesi ile yapılmaktadır.

Endoservikal pap smear testi ile vakaların %30-60'ı teşhis edilebilmektedir (İnanç, 2000; Taşkın, 2009). Rutin servikal pap yayması ile endometrial kanserin sitolojik olarak belirlenmesi, servikal kanseri belirlemedeki etkinliğine göre daha düşüktür. Hücrelerin direkt endometrium üzerinden alınamaması endometrium kanserinin sitolojik olarak belirlenmesinde ki etkinliğini düşürmektedir (Disaia and Creasman, 2003). Endometrial biyopsinin endometrial kanseri ortaya çıkardığı doğruluğunun yaklaşık %90 olduğu belirtilmektedir (Breijer et al., 2009; Disaia and Creasman, 2003; İnanç, 2000; Taşkın, 2009).

Histerografi ve histeroskopî endometrial kanser tanısında ve hastalığın yaygınlığını belirlemeye kullanılan yöntemler olarak önerilmektedir. Histerografide tümör volümü, tümör orijini, hastalığın uterin kavite içindeki yaygınlığı, kavitenin şekli ve servikal tutulumu olup olmadığı hakkında bilgi vermektedir. Histeroskopî anormal uterus kanamalı hastaların incelenmesinde kullanılmaktadır. Biyopsi negatif geldiğinde daha fazla inceleme gerekiğinde histeroskopî ve D&C ile kaçırılabilen alanlardan biyopsi alınabilmektedir (Breijer et al., 2009; Disaia and Creasman, 2003; Sharma and Menon, 2006). Ultrason (US), özellikle düzensiz kanaması olan postmenopozal kadınlarda tanısal araç olarak kullanılmaktadır (Disaia and Creasman, 2003).

2.3.5. Endometrium Kanserinde Sınıflama

Endometrium kanserinin evrelerini tanılamada FIGO'nun (International Federation Gynecology and Obstetric) sınıflandırma sistemi kullanılmaktadır. FIGO 1988'de endometrium kanserinde cerrahi evreleme sistemini önermiştir (Odicino et al., 2008).

Evre	Tutulum Bölgeleri
Ia	Endometriuma sınırlı tümör
Ib	Yaridan az myometriyal invazyon
Ic	Yaridan fazla myometriyal invazyon
IIa	Endoservikal bezlerin tutulumu
IIb	Servikal stromal tutulum
IIIa	Serozaya ve/veya adnekslere invaze tümör ve /veya pozitif peritoneal sitoloji
IIIb	Vajinal metastaz
IIIc	Pelvik ve/veya paraaortik lenf nodlarına metastaz
IVa	Mesaneye ve/veya barsak mukozasına tümör invazyonu
IVb	Uzak metastaz, intraabdominal ve/veya inguinal lenf nodları dahil

2.3.6. Endometrium Kanserinde Tedavi

Endometrium kanserinin hangi evrede olduğunu bilmek tedaviyi düzenlemeye büyük önem taşımaktadır. Endometrium kanseri tedavisinde cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, hormon tedavisi ve destekleyici tedavi kullanılmaktadır (Amant et al., 2005; Taşkın, 2009). Cerrahi tedavide total abdominal histerektomi, bilateral salpingooferektomi ve lenf nodlarının çıkarılması tercih edilmektedir (Amant et al., 2005; Disaia and Creasman, 2003; Taşkın, 2009). Metastatik ve tekrarlayıcı durumlarda kemoterapi, progesteronla hormon tedavisi yapılmaktadır (Amant et al., 2005; İnanç, 2000).

2.3.7. Endometrium Kanser Taramasında Öneriler

Perimenapozal ve postmenapozal dönemde anormal vajinal kanaması olan hastalarda endometrium kanseri riski artmaktadır. Bu nedenle endometrial biyopsi veya küretaj gibi tarama yöntemlerinin kullanılması önerilmektedir. Endometrial biopsi sonucu şüpheli gelirse ve endometrial hiperplazi veya kanser şüphesi varsa dilatasyon/ küretaj yapılmalıdır. Hormon replasman tedavisi verilmesi planlanan kadınlar, endometrium kanseri yönünden araştırılmalıdır. Hormon replasman tedavisi için kadınlar endometrium kanseri yönünden yüksek risk faktörleri taşımıyorlarsa

endometrial biopsi yapılmasına gerek yoktur. Hormon replasman tedavisi sırasında beklenmeyen kanamalar olursa endometrial biopsi yapılması önerilmektedir (Disaia and Creasman, 2003). Ayrıca uzun süreli, kontrollsüz östrojen almaktan sakınmak gerekmektedir. Ailesinde endometrium ve meme kanseri olan kadınların özellikle kanama bozuklukları yönünden yıllık jinekolojik muayenelerini yaptırmaları gerekmektedir (İnanç, 2000).

2.4. Over Kanseri

Over kanseri kadınlarda en fazla mortalite ve morbiditeye neden olan jinekolojik kanserdir (Crijns et al., 2009; Disaia and Creasman, 2003). Over kanserinde yüksek mortalite hızına, geç belirti vermesi ve erken tanının konulamaması neden olmaktadır (Gün, 2006). Jinekolojik kanserlerin %47'sinden over kanserleri sorumludur. Her kadının yaşam boyu over kanseri ile karşılaşma olasılığı %1.6'dır (1:63 kadın) (<http://www.cancer.org>). Epitelyal tümörler over kanserlerinin %90'ından fazlasını oluşturmaktadır (Kehoe and Morrison, 2007; Modugno, 2003; Salehi et al., 2010;).

Birleşmiş Devletlerde over kanseri nedeniyle her 45 dakikada bir ölüm olmakta, her 58 kadından birinde over kanseri gelişmektedir. Birleşmiş Devletlerde 40 yaş üzerindeki 1000 kadından 12'sinde over kanseri görülmüşine rağmen, 12 kadından sadece 2-3'ü tedavi edilmektedir. Kalan hastalar ise metaztaslar nedeniyle ölmektedir (Disaia and Creasman, 2003). Amerikan Kanser Derneği'nin 2007 yılı verilerine göre gelişmiş ülkelerde 103.332 kadının over kanser tanısı aldığı, 66.625 kadının bu hastalıktan öldüğü belirtilmektedir. Aynı yıla ait verilerde ise gelişmekte olan ülkelerde ise 123.761 kadının over kanser tanısı aldığı, 72.433 kadının ise bu hastalıktan öldüğü belirtilmektedir (http://www.cancer.org/docroot/STT/content/STT_1x_Global_Cancer_Facts_and_Figures_2007.asp). Amerikan Kanser Derneği'nin 2010 yılı verilerine göre, over kanserinden yeni tanı alan kadınlar kanserde yedinci sırada yer alırken ölenler dördüncü sırada yer almaktadır (www.cancer.org/downloads/STT/Cancer_Facts_and_figures_2010.pdf).

Türkiye Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı 2005 yılı verilerine göre ilk on kanser türü içerisinde over kanseri 100.000'de 6.04 oranı ile

dokuzuncu, kadınlarda ise yedinci sırada yer almaktadır (<http://www.ketem.org/istatistik.php>). K.K.T.C SB verilerine göre over kanseri 2008 yılında %0.91 oranında görülmüştür (http://www.saglikbakanligi.com/html_files/istatistik.2007.htm).

2.4.1. Over Kanserinin Epidemiyolojisi

Over kanser insidansı 40-44 yaş grubunda 15.7/100.000 oranında görülmektedir. Bu oran 50 yaş sonrası ikiye katlanarak 35/100.000'e ulaşmaktadır. En yüksek insidans 65-85 yaşlarında görülmektedir. 75-79 yaşlarında zirve yaparak 54/100.000'e ulaşmaktadır (Kehoe and Morrison, 2007).

2.4.2. Over Kanserinde Belirti ve Bulgular

Over kanserinde görülen belirti ve bulgular;

- pelvik ya da abdominal ağrı
- büyüyen abdomen
- üriner inkontinans
- kilo kaybı
- anormal vajinal kanama
- zor beslenme ya da çabuk yorulma hissi
- nedeni açıklanamayan ishal ya da kabızlık
- sirt ağrısı
- hazımsızlık
- ağrılı cinsel ilişkidir (Potter and Held-Warmkessel, 2007; Taşkin, 2009; http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/conditions/woh/0816/ovarian-cancer--advanced—standard-ce_patient_leaflet.pdf, www.cancer.org/downloads/STT/500809_web.pdf, www.cancer.org/downloads/STT/Cancer_Facts_and_figures_2010.pdf).

2.4.3. Over Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Over kanserlerine neden olan risk faktörleri; yaş, erken menapoz (<40 yaş), endometriozis, ailede over, meme, endometrium ve kolon kanser öyküsü, infertilite, nulliparite, düşük parite (bir gebelik), geç yaşta doğum (≥ 35 yaş), yüksek sosyo-ekonomik düzey, fertiliten ilaçları kullanma, hormon replasman tedavisi alma, sigara

içme (≥ 10 adet sigara/gün), fazla kahve tüketimi, süt ve süt ürünlerinin fazla tüketilmesi, yüksek hayvansal yağ içeren diyet, obesite (beden kitle indeksi: ≥ 26.0 : hafif şişman ve ≥ 29.0 :şişman), talk ya da asbest tozuna maruz kalma, fazla alkol kullanımı sayılabilmektedir (Hana and Adams, 2006; İnanç, 2000; Salehi et al., 2008; Taşkın et al., 2008; <http://www.cancer.org/downloads/PED/Cancer%20Prevention%20and%20Early%20Detection%20Worksheet%20or%20Women.pdf>,<http://whealthv.nci.nih.gov/planning/whr0506/whr05-06.pdf>).

Yaş: Over kanseri her yaşta görülmekle birlikte genellikle 40 yaşın üzerindeki kadınları etkilemektedir (Taşkın, 2009). Hastalık 75-79 yaşları arasında pik yapmaktadır (Altchek, 2003).

Aile Öyküsü: Ailede kanser öyküsü over kanserinde en önemli risk faktöridür (Negri, et al.,2003). Over kanseriyle ilgili tanımlanmış üç tip herediter sendrom vardır. Bunlar ailesel over kanseri, herediter meme-over kanseri, Lynch sendromu tip II (Nonpolipozis kolorektal kanser)'dır (Lynch et al., 2009; Salehi et al., 2008). Genetik faktörlere bağlanan over kanseri insidansının %5-10 arasında olduğu belirtilmektedir. Birinci derece akrabasında over kanseri olan kadınlarda yaşam boyu risk %5 ve iki veya daha fazla birinci derce akrabası over kanseri olan kadınlarda risk %7 olduğu belirtilmektedir (Colombo et al.,2006; Lynch et al., 2009; Prat, Ribe and Gallardo, 2005; Salehi et al., 2008). Over kanseri olan hastaların kız kardeş ve kız çocuklarının daha fazla risk altında olduğu bildirilmiştir (Salehi et al., 2008).

Gebelik: 30 yaş sonrası gebe kalan kadınlarda ya da nulliparitede over kanser riski artmaktadır (Merrill et al., 2005; Salehi et al., 2008). Multiparlarda ise risk azaltmaktadır (Zografos, Panou, Panou, 2004). Genel olarak, multiparlarda risk nulliparlara göre %30-70 daha azdır. Literatürde paritenin folikül sitümülasyonunu engelleyen estrojenin ve progesteronun yüksek seviyelerini ve lüteinize edici hormonun ovulasyonu engellemesi yoluyla over kanseri riskini azalttığı düşünülmektedir (Salehi et al., 2008).

Düşük, kürtaj ve tamamlanmamış gebelikle over kanseri arasındaki ilişki ise açık değildir. Erken dönem kayıplar ve düşüğün over kanseriyle arasında bir ilişki

olmadığı sonucuna varılmıştır. Bunun aksine, tamamlanmamış gebeliklerin, iki ya da daha fazla müdahaleli düşüklerin over kanseri riskini azalttığı bildirilmiştir (Greggi et al., 2000; Zhang, Lee and Binns, 2004).

İlk doğumun geç yaşta olmasının over kanseri riskini artırdığı tespit edilmiştir. Bunun daha fazla term gebelik ve erken dönem hormonal değişimlerden kaynaklanabileceği belirtilmiştir (Merrill et al., 2005).

Geç Menarş-Erken Menopoz: Literatürdeki verilere göre over kanseri için menarş yaşının bir risk faktörü olabileceği düşünülmemektedir (Yen et al., 2003). Uzun süre ovülasyonlu adet gören kadınlarda risk daha fazladır (Edmondson and Monaghan, 2001; Yen et al., 2003). Menapozun over kanseri riskini artırdığı, bu artışın ise premenapozal dönemdeki kadınlarda postmenapozal dönemdeki kadınlara göre 1.48 kat arttığı belirlenmiştir (Yen et al., 2003). Menopoz yaşına doğru over kanser insidansındaki yükselmeye; oositlerdeki azalma, dolaşımındaki östrojen düzeylerinin düşmesi veya gonadotropik hormonlar olan FSH ve LH'in hipofizde üretiminin artışına bağlı olabileceği belirtilmektedir (Salehi et al., 2008).

Yüksek Sosyo-Ekonominik Düzey: Endüstrileşmiş ülkelerde yaşamadan da over kanserde bir risk faktörü olduğu öne sürülmektedir. Endüstrileşmiş ülkelerde, Japonya hariç, over kanseri insidansı yüksektir. Bu ilişkide çok açık olmamakla birlikte, çoklu diyetin etkisi araştırılmaktadır (Taşkın, 2009).

İnfertilite ve Fertilite İlaçları: İnfertilite, özellikle nedeni açıklanamayan infertilite over kanserde risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Berkman, 2007). İnfertilitenin over kanseri riskini artırdığını fakat bunun sebebinin patolojik kökenli mi, genetik geçişli mi yoksa ovulasyonu indükleyen ilaçlarla mı ilgili olduğunu açık olmadığı sonucuna varılmıştır (Brinton et.al., 2004; Rossing et al., 2004). İnfertilitede ovulasyonu uyarmak için kullanılan ilaçların over kanserine neden olabileceği ileri sürülmektedir (Berkman, 2007).

Oral Kontraseptif Kullanımı: Literatürde oral kontraseptif kullanımı, ovulasyonun baskılanmasına ve hipofizer gonadotropin hormon sekresyonunu

azaltarak over kanser riskini azalttığı vurgulanmaktadır (Berkman, 2007). Oral kontraseptif kullananlarda over kanser riski hiç kullanmayanlara göre %40-60 daha azdır (Berkman, 2007; Salehi et al., 2008). Kullanım süresi arttıkça, daha fazla oranda over kanser riski azalmaktadır (Moorman et al., 2008; Salehi et al., 2008).

Hormon Replasman Tedavisi: HRT kullanım ile over kanseri arasındaki ilişki tartışılmaktadır. HRT kullanım süresinin riski artırdığı belirtilmektedir. 10 yıl veya üzerinde sadece östrojen kullanan kadınlarda östrojen replasman tedavisiyle over kanseri arasında anlamlı pozitif bir ilişki saptanmıştır (Hana and Adams, 2006; Singh and Oehler, 2010; Wernli et al., 2008). HRT kesildikten sonra 20 yıl daha risk devam etmektedir (Hana and Adams, 2006; Rieck and Fiander, 2006). Rodriguez ve arkadaşlarının 2001 yılında yaptığı çalışmada 10 yıl veya daha uzun süre östrojen replasman tedavisi almış postmenopozal 211.581 kadından 944’ünde over kanseri saptanmıştır (Rodriguez et al., 2001).

Endometriozis: Endometriozis, uterus dışında over, fallop tüpleri ve diğer peritoneal organlarda, endometriyal epitelin bulunması şeklinde tanımlanmaktadır (Modugno, 2003; Salehi et al., 2008; Taşkın, 2009). Endometriozis, östrojen dahil hormon uyarımına cevap vermeye devam etmektedir. Özellikle overlerde bulunan endometriyal birikimler over kanser riskini artırmaktadır. Endometriozisli kadınların %30-45’i infertildir (Salehi et al., 2008). Kadında endometriozis hikayesi olmasının over kanser riskini artırdığı saptanmıştır (Modugno, 2003).

Obesite: Obesite premenopozal kadınlarda ovulasyonun durması ve postmenopozal kadınlarda östrojen düzeylerinin artması ile ilişkili olabilmektedir. Premenopozal kadınlarda ovulasyon azalmaktadır. Premenopozal kadınlarda yükselen intraovaryan E2 düzeyi belirgin progestin düzeyleriyle karşılanamaz ve bu nedenle over kanser riski artmaktadır (Olsen et al., 2007; Salehi et al., 2008). Purdie ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada artmış over kanseri riskinin obesite ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Purdie et al., 2001). Kuper ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada boy, kilo ve BKI’nın premenopozal kadınlar ile over kanseri riski arasında pozitif bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Kuper, Cramer and Titus-Ernstoff, 2002).

Diyet: Over kanser riski artışına neden olan gıdalar hayvani yağlar, nişasta, kırmızı et ve kahve tüketimi olduğu belirtilmiştir (Hana and Adams, 2006; Rieck and Fiander, 2006; Salehi et al., 2008). Koruyucu gıdalar arasında zeytinyağı ve sebze yağları, balık, fasülye, bezelye ve mercimek bulunmaktadır. Ayrıca laktoz veya galaktozun çok tüketilmesinin over kanserde artışa neden olabileceği belirtilmiştir. Ganmaa ve Sato yaptıkları çalışmada süt, hayvani yağlar ve peynir tüketimiyle over kanseri arasında bir ilişki olduğunu saptamışlardır. En büyük ilişki süt-peynir tüketimiyle birlikte östrojen düzeyinin yükselmesi over kanser riskini artırdığı belirtilmiştir (Ganmaa and Sato, 2005). Aşırı kahve tüketiminin over kanseri riskini artırdığı rapor edilirken, bazı çalışmalarda kahve tüketimi ile over kanseri arasında ilişki bulunamamıştır (Jordan, Purdie, Gren and Webb, 2004; Tavani et al., 2001).

Sigara ve Alkol: Son zamanlardaki literatürde sigara içimi ile over kanseri riski arasında ilişki bulunmadığı belirtilmektedir. Ancak bu konu halen tartışılmalıdır (Hana and Adams, 2006; Salehi et al., 2008; Zografos, Panou, Panou, 2004). Nikotin ve metabolitleri over granuloza-lutein hücrelerinde saptanmıştır. Tütün dumanında bulunan reaktif benzo(a)piren metabolitleri granuloza-lutein hücreler ve oositlerdeki DNA hasar riskini artırmaktadır. Bu genotoksik mekanizma tütün dumanının over kanseri riskini artırdığı biyolojik mekanizmayı göstermektedir. Ancak sigara içmeyle over kanseri riski arasındaki ilişki açık değildir. (Salehi et al., 2008). Buna rağmen yapılan bazı çalışmalarda sigara içmenin over kanserinin müsinöz tümör tipinde riski artırdığını fakat diğer over kanser türleri için bir ilişki bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Salehi et al., 2008; Schouten, Goldbohm and Brandt, 2003). Sigara içme süresinin uzaması epitelyal over kanseri riskini artırmakta ve yıllarca sigara içmiş kadınlar hiç içmemiş olanlara göre riskli grubu oluşturmaktadır (Salehi et al., 2008). Alkol kullanımının over kanseri riskini artırmadığı ancak seks hormon düzeylerini ve over fonksiyonlarını baskıladığı belirlenmiştir (Webb, Purdie, Bain and Gren, 2004; Schouten et al., 2004; Tavani et al., 2001).

Emzirme: Emzirmenin over kanser insidansına etkisi tartışılmaktadır. Laktasyonda pituiter luteinize hormon inhibasyonu ve ovulasyon baskılanması yoluyla

laktasyonun over kanser riskini azalttığı görüşü savunulmaktadır. Bir yıldan fazla süre ile emzirmenin over kanser riskini önlediği belirtilmektedir (Banks, 2000; Yen et al., 2003).

Çevresel ve Mesleki Faktörler: Literatüre göre organik tozlara maruz kalma, kağıt tozu, aromatik aminler, alifatik, aromatik hidrokarbonlar solventler, insan yapımı vitröz fiberler, yüksek düzeyde asbestos, dizel ve benzin varlığı over kanser riskini artırmaktadır (Salehi et al., 2008; Zografos et al., 2004). Asbest/deri tozuna fazla miktarda maruz kalındığında over kanser insidansı ve mortalitesi önemli derecede artabilmektedir. Talk ya da magnezyum silikat, en sık kullanılan perineal tozdur. Talk asendan yolla genital kanala geçerek over kanser riskini artırabileceği belirtilmiştir (Berkman, 2007; Edmondson and Monaghan, 2001; Salehi et al., 2008). Shields ve arkadaşları 2002 yılında İsveç'te yaptıkları bir kohort çalışmasında kuru temizleme, telgraf, telefon işi, kağıt paketleme, grafik ve yazım işleri ile uğraşan kişilerde over kanseri riskinin arttığını göstermiştir (Shields et al., 2002).

2.4.4. Over Kanserinde Tanılama

Overlerin pelvisin derinliklerine yerleşmiş olması ve erken dönemde belirti vermemesi over kanserlerinin erken tanısını zorlaştırmaktadır. Bu nedenle tümör büyütünceye kadar fark edilemeyebilir. Over kanserlerinde detaylı bir şekilde yapılan pelvik muayene, serum tümör belirleyicileri (Ca 125) ve transvajinal ultrason ile erken tanılama mümkün olabilmektedir (Berkman, 2007; Modugno, 2003; Sharma and Menon, 2006). Fakat bu testlerin hiçbirini genel populasyonun taraması için özel ya da hassas testler değildir. Transabdominal ultrasonografi over kanseri tanısında en sık kullanılan yöntemlerden biri olmaktadır. MRI, kullanılan bir diğer görüntüleme tanı yöntemidir. Laparoskopi ise tanıda şüphe düşündürülen durumlarda anestezi altında uygulanan bir diğer tanılama yöntemidir (Taşkın, 2009).

2.4.5. Over Kanserinde Sınıflama

Over kanseri evresini tanılamada FIGO'nun (International Federation Gynecology and Obstetric) sınıflandırma sistemi kullanılmaktadır. FIGO 1988'de over kanserinde cerrahi evreleme sistemini önermiştir (Odicino et al., 2008).

Evre	Tutulum Bölgeleri
Evre I	Overle sınırlı tümör.
Ia	Tek overle sınırlı tümör: Malign hücre içermeyen asit, over yüzeyinde tümör yok, kapsül bozulmamış.
Ib	Her iki over tutulumu var: Malign hücre içermeyen asit, over yüzeyinde tümör yok, kapsül bozulmamış.
Ic	Evre Ia veya Evre Ib tümöre ek olarak: Bir veya iki over yüzeyinde tümör varlığı veya kapsül rüptüre veya malign hücre içeren asit varlığı veya peritoneal yıkama sıvısında malign hücre varlığı.
Evre II	Pelvik yayılım gösteren bir veya her iki overi tutan tümör.
IIa	Uterus veya tüplere invazyon ve/veya metastaz.
IIb	Diğer pelvik dokulara yayılım.
IIc	Evre IIa veya Evre IIb tümöre ek olarak: Bir veya her iki over yüzeyinde tümör varlığı veya kapsül rüptüre veya malign hücre içeren asit varlığı veya peritoneal yıkama sıvısında malign hücre varlığı.
Evre III	Tümör bir veya her iki overi tutuyor ek olarak: pelvis dışında peritoneal implantlar var ve/veya pozitif retroperitoneal veya inguinal lenf bezleri; yüzeyel karaciğer tutulumu; tümör gerçek pelvise sınırlı veya pozitif peritoneal yıkama.
IIIa	Tümör hakiki olarak pelvise sınırlı. Negatif lenf bezleri. Histolojik olarak kanıtlanmış abdominoperitoneal yüzeylerde tutulum varlığı.
IIIb	Tümör hakiki olarak pelvise sınırlı. Hiçbiri 2cm'yi geçmeyen histolojik olarak kanıtlanmış abdominoperitoneal yüzeylerde implantlar. Negatif lenf bezleri.
IIIc	2cm üzerinde abdominoperitoneal implantlar veya pozitif retroperitoneal veya inguinal lenf bezleri.
Evre IV	Bir veya her iki overi tutan tümör ile birlikte uzak metastaz bulunması. Eğer plevral efüzyon var ise evre IV diyebilmek için pozitif malign hücre tesbit edilmesi gereklidir. Parankimal karaciğer tutulumu evre IV'dür.

2.4.6. Over Kanserinde Tedavi

Over kanserinde cerrahi tedavi, kemoterapi, radyoterapi ve destek tedavi (psikolojik, nutrisyonel, stoma bakımı) uygulanmaktadır. Fertilite isteği olan genç hastalarda USO (Unilateral salphingo ooferektomi), 40 yaş üstü hastalarda ise TAH BSO (Total abdominal histerektomi bilateral salphingo ooferektomi) tedavisi uygulanmaktadır. Primer tümörün tüm metastatik lezyonların çıkarılamadığı durumlarda tümöral kitlenin mümkün olduğunca küçültülmesi amacıyla Debulking, Sitoredüktif Cerrahi uygulanmaktadır (İnanç, 2000; Potter and Held-Warmkessel, 2007; Taşkin, 2009). Over kanserinde ilk tedaviye verilen yanıtı değerlendirebilmek için Eksplarasyon ya da Second Look Laparatomı işlemi yapılmamaktadır. Bu işlem ile abdominal kavite doğrudan gözlenip, abdominal dokulardan örnek alınabilmektedir (Taşkin, 2009).

2.4.7. Over Kanseri Taramasında Öneriler

Over kanserinde rutin tarama için henüz uygun teknik bulunamamıştır. Yalnız her kadının periyodik olarak pelvik muayene, pelvik USG ve kanda CA-125 tümör marker izlemi ile takip edilmesi gerekmektedir (Disaia and Creasman, 2003; Özsoy, 2007). Ailesel ya da herediter risk faktörü olan kadınlar için görüntüleme yöntemlerinin kombinasyonu kullanılarak daha yoğun tarama yapılması önerilmektedir. Herediter meme-over kanser sendromlu kadınlar için her altı ayda bir meme muayenesi ve pelvik muayene, yıllık mamografi, aylık kendi kendine meme muayenesi ve altı ayda bir tümör marker izlemi önerilmektedir. Herediter nonpolipozis kolorektal kanser sendromunda yukarıdaki önerilere ek olarak pelvik ultrason, endometrial sitoloji ve histoloji için endometrial tarama, yıllık kolonoskopik muayene, dengeli diyet, yağ ve karbonhidratların kısıtlanması ve uygun kiloda kalınması önerilmektedir (Taşkin, 2009).

2.5. Serviks Kanseri

Serviks kanserleri jinekolojik kanserler içinde görülmeye sıklığı yönünden birinci sırada yer almaktadır. Servikal kanserlerin erken döneminde pap smear ile tanı konabilmesinden sonra, ölüm oranı son yıllarda azalmaktadır (İnanç, 2000). Amerikan Kanser Derneği 2007 yılı verilerine göre 555,100 kadının serviks kanser tanısı aldığı, 309,800 kadının serviks kanserinden olduğu bildirilmiştir (http://www.cancer.org/docroot/STT/content/STT_1x_Global_Cancer_Facts_and_Figures_2007.asp). Amerikan Kanser Derneği'nin 2010 yılı verilerine göre Amerika'da 12,200 kadının yeni serviks kanser tanısı aldığı, 4,210 kadında bu hastalıktan olduğu bildirilmiştir (www.cancer.org/downloads/STT/Cancer_Facts_and_figures_2010.pdf). Serviks kanserinden ölen kadınların %85'i gelişmekte olan ülkelerde görüldüğü bildirilmiştir (http://www.cancer.org/docroot/STT/content/STT_1x_Global_Cancer_Facts_and_Figures_2007.asp). Avrupa Birliği (AB) ülkelerinde serviks kanseri kadın kanserleri içerisinde ikinci sırlıkta görülmekte olup, kanser ölümlerinin %2'sini oluşturmaktadır (Ülger, 2001).

Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı 2005 yılı Türkiye Kanser verilerine göre kadınlarda görülen ilk on kanser türü içerisinde serviks kanseri 100.000'de 5.31 oranı ile onuncu sırada yer almaktadır (<http://www.ketem.org/istatistik.php>). K.K.T.C'de SB verilerine göre serviks kanseri 2008 yılında görülmemiştir. Ancak 2007 yılında %1.3 oranında serviks kanseri olduğu belirlenmiştir (http://www.saglikbakanligi.com/html_files/istatistik.2007.htm).

Serviks kanseri, vajina yüzeyini döşeyen dokuya serviksin iç yüzeyini döşeyen dokunun kesiştiği transformasyon zonu (değişim bölgesi) adı verilen bölgede başlayan bir kanser türündür (Hughes, 2009). Serviksin anatomik yerinin fizik muayenede hücre, doku hücre ve doku analizine uygun oluşu serviks kanserinin daha ayrıntılı incelenmesine olanak sağlamaktadır. Literatürde servikal kanserlerin çoğunun preinvazif lezyonların invazif durumun gelişmesinden yıllar önce mevcut olduğunu bildirmiştir (Taşkin, 2009). Serviks kanserlerinin %75-80'i serviksin yassı epitelyum dokusuna ait kanserlerdir. Serviksin yassı epitel kanserleri genelde ektoserviksin yassı epiteli ile endoserviksin silindirik epitelinin birleşme yerinden (sguamocolumnlar) kaynaklanmaktadır. Serviks kanserlerinin %10-15'i ise

endoserviks adenokarsinomlarıdır (Disaia and Creasman, 2003; Singh and Oehler, 2010; Sunha, Horne and Kehoe, 2006; Taşkın, 2009). Kanserin serviksin intraepitelial sınırlardan çıkış serviks stromasına yayıldığı durumlara ise invazif serviks kanseri denilmektedir (Taşkın, 2009).

Günümüzde Human Papillomavirüs (HPV) infeksiyonunun, bazı yardımcı faktörlerin de etkisiyle serviks kanserine yol açtığı kabul görmektedir. HPV 72 kapsomerden oluşan zarfsız bir DNA virüstür. Deri ve mukozalarda tespit edilen bu virüsün 200'den fazla tipi vardır ve bunların %40'ı anogenital epitelde görülmektedir. HPV bulaşması açısından en önemli risk faktörü seksüel aktivitedir. Erkek ve kadınlarda HPV bulaşma riski cinsel partner sayısı ile artmakte, kadın ve erkeğin beraber olduğu daha önceki partnerlerinin sayısı da önemli bir etkendir. Serviks kanserini önlemek için HPV aşları uygulanmaktadır. Bu aşilar serviks sekresyonunda nötralizan antikor miktarını artırarak, virüsün buradan içeri girmesini immunolojik olarak önlemektedir. HPV aşısı için ideal hedef popülasyon netleşmemiştir. Cinsel ilişkiye başlama yaşı, viral epidemiyoloji, aşılama politikaları ülkeden ülkeye değişmektedir. Aşının 15-26 yaş arasında etkili olduğu gösterilmiş olsa da, etki sadece HPV-DNA negatif ve serolojik olarak negatif olanlarda gösterilmiştir (Arvas, 2010).

2.5.2. Serviks Kanserinin Epidemiyolojisi

Serviks kanseri 40-55 yaş grubundaki kadınlarda daha sık görülmekle birlikte gittikçe daha genç yaştaki kadınlarda da görülmektedir (Taşkın, 2009). Serviks kanserinin ortalama görülmeye yaşı 45'dir. Serviks kanseri özellikle risk altındaki kişilerde erken tanı ve tedavinin yapılmadığı durumlarda ortaya çıkmaktadır (İnanç, 2000). Gelişmekte olan ülkelerde 65 yaş altı kadınların HPV'ne bağlı serviks kanserine yakalanma riski %15 olarak hesaplanmakta ve yaşam şansının ise %50'nin altında olduğu bildirilmektedir (Ceyhan, 2007).

2.5.3. Serviks Kanserinde Belirti ve Bulgular

Serviks kanserlerinde görülen belirti ve bulgular;

- anormal vajinal kanamalar (menoraji, metroraji ya da postmenopozal kanamalar)
- ileri evrede ağrı, üriner problemler, kilo kaybı
- lekelenme tarzı kanamalar
- cinsel birleşme sonrası ya da muayene sonrası kanama
- kötü kokulu, sulu ya da inatçı akıntı
- ağrılı cinsel birleşmedir (Hughes, 2009; İnanç, 2008; Ortaç, 2010; Taşkın, 2009; www.cancer.org/downloads/STT/Cancer_Facts_and_figures_2010.pdf; www.cancer.org/downloads/STT/500809web.pdf).

2.5.4. Serviks Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Serviks kanserlerine neden olan risk faktörleri; yaş, uzun süre oral kontraseptif kullanımı (>5 yıl), CYBH öyküsü, herpes simpleks virüsü (HSV), human papilloma virüsü (HPV), erken yaşta cinsel ilişki, birden fazla cinsel partner (≥ 2 cinsel partner), erken yaşta gebelik (<18 yaş), geç yaşta doğum (≥ 35 yaş), fazla sayıda gebelik (≥ 3 gebelik), düşük sosyo-ekonomik düzey, kötü hijyen koşulları, sigara içme (≥ 10 adet sigara/gün), diyette A, C vitamini ve folat yetersizliği olduğu bildirilmektedir (Ho et al., 2004; Hughes, 2009; İnanç, 2000; Taşkın et al., 2008).

Yaş: Serviks kanseri görülmeye yaşı genel olarak 20-80 yaş gibi geniş bir aralığa yayılmaktadır. Displaziler 20-34 yaş grubunda, karsinoma in situ ise en sık 25-40 yaş grubunda görülmektedir. Mikroinvazif kanserler 45-54 yaşları arasında, klinik kanserler ise sıklıkla 65-69 yaşları arasında görülmektedir (Atasü ve Aydınlı, 1999).

Viral Enfeksiyonlar: Serviks kanserleri ile ilgili olarak Herpes Simplex Virüsü (HSV) ile Human Papilloma Virüsü (HPV) üzerinde durulmaktadır. Literatür bilgilerine göre HSV'nün hastlığın oluşumunda yardımcı bir faktör olduğu görüşü ağırlık kazanmıştır. Serviks kanserleri oluşumu açısından bugün üzerinde en çok durulan etken HPV'dir (Yoshikawa et al., 1999; www.cancer.org/downloads/STT/Cancer_Facts_and_figures_2010.pdf). HPV serviks kanseri için evrensel bir risk faktöridür (Taylor, Nguyen, Jackson and McPhee, 2008; Yoshikawa et al., 1999). HPV cinsel temasla bulaşan viruslerin başında yer almaktadır. HPV'nin

patojenik ve patojenik olmayan 90'dan fazla türü tanımlanmıştır. Serviks kanserleri ile ilişkisi saptanan en riskli HPV tipleri 16, 18, 31 ve 33'tür. HPV 16 ve 18'in vajina, vulva, anüs, penis ve serviks'in skuamöz kaynaklı karsinom oluşumunda önemli rol oynadığı yapılan moleküler ve epidemiyolojik çalışmalarla gösterilmiştir (Bosch and Sanjos'e, 2007; Yoshikawa et al., 1999). Tüm dünyadaki servikal kanserlerin yaklaşık %70'inden HPV 16 ve 18'in sorumlu olduğu düşünülmektedir (Bosch and Sanjos'e, 2007; Ho, Jee, Lee and Park, 2004; Kobayashi, Miaskowski, Wallhagen and Smith-McCune, 2000; Yoshikawa et al., 1999). Bayo ve arkadaşları yaptıkları çalışmada serviks kanseri olan olguların %96.9'unun serviks hücrelerinde HPV DNA'sı saptadıklarını belirtmişlerdir (Bayo et al., 2002).

Sigara: Serviks kanserinde sigara içen kadınlarda içmeyen kadınlara göre riskin daha fazla olduğu belirtilmektedir (Collins et al., 2010). Servikal mukustaki nikotin ve kotinin karsinojenik nitrosaminlere dönüşür, immün sistemi baskılar, serbest radikallerde artışa neden olmaktadır (<http://www.acog.org>). Ayrıca sigara dumanı onkolojik HPV'nin servikal mukus hücrelerindeki tahribatı daha da ilerletmektede ve şiddetlendirmektedir (Özat ve Tayfun, 2010).

Parite: Üç ve üzeri doğum, doğum travmaları, hormonal değişim, immünosupresyon değişimlere neden olarak serviks kanserine yol açabilmektedir (Güner ve Taşkıran, 2007; Kjeberg et al., 2000;). İlk gebeliğin 20 yaşından önce olması ve ilk doğumun erken yaşta yapılması serviks kanserinde önemli risk faktörü olarak gösterilmektedir (Bayo et al., 2002; Juneja, Sehgal, Mitra and Pandey, 2003; Kjeberg et al., 2000). Özellikle 16-18 yaşlardaki gebeliklerde daha belirgin olduğu görülmüştür (Güner ve Taşkıran, 2007).

Erken Yaşıta Cinsel İlişki, SeksUEL Cinsel (partner) Sayısı: Cinsel aktivite ile serviks kanseri arasında yakın ilişki olduğu belirtilmektedir (Güner ve Taşkıran, 2007). Literatüre göre çok eşlilik ve erken yaşıta cinsel aktiviteye başlamanın serviks kanserleri etiyolojisinde önemli olduğuna işaret etmektedir. Serviks kanseri evli kadınlarda, genç yaşta evlenenlerde ve çok fazla cinsel ilişkide bulunanlarda daha fazla görülmektedir. Özellikle 15 yaşından önce ilk cinsel ilişkiye girmenin önemli

bir risk faktörü olduğu ve partner sayısı altı ve altının üstünde olduğunda serviks kanser riskinin 10 kat arttığı belirtilmektedir (Juneja, Sehgal, Mitra and Pandey, 2003).

İlk Menstürasyon Yaşı: Menstürasyon yaşıının erken olması ve menstürasyon yaşı ile ilk cinsel ilişki yaşı arasındaki sürenin kısa olması serviks kanserleri için risk faktörü olarak belirtilmektedir (Sriamporn et al., 2004).

Uzun Süre Oral Kontraseptif (OKS) Kullanımı: OKS'ler uzun süre kullanıldığında serviks kanseri için risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Singh and Oehler, 2010). OKS'lerin 5yıldan az kullanımın riski arttırmadığı, ancak 5-9 yıl kullanımın riski 2.72 kat, 10 yıl ve üzeri kullanımın riski 4.40 kat arttığı tespit edilmiştir (Güner ve Taşkıran, 2007). Türkdemir'in 2003 yılında yaptığı çalışmada hormon kullanarak gebelikten korunan kadınların serviks kanserleri risk puanlarının hiçbir yöntem kullanmayanlara göre yüksek olduğunu ve bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğunu belirtmiştir. Ayrıca kondom ve benzeri yöntemleri kullanarak gebelikten korunmanın serviks kanserleri riskini azalttığı belirtilmektedir (Türkdemir, 2003).

Beslenme ve Diyet Alışkanlıkları: Serviks kanserinde 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 yağların riski artıldığı belirtilmektedir (Rieck and Fiander, 2006).

Sosyo-Ekonominik Durum: Gelişmekte olan ülkelerde serviks kanserlerinin görülmesi düşük sosyo- ekonomik durumla ilişkili olduğu, bu nedenle hastalığın gelir düzeyi düşük kadınlarda daha fazla görüldüğü bildirilmektedir. Sosyo-ekonomik durumun yetersiz olması bireylerin hijyene ilişkin davranışlarını olumsuz etkilediği kadar sağlık kurumlarına gitme alışkanlığını da olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir (Juneja et al., 2003; Wellensiek et al., 2002). Ayrıca kişinin sosyal güvencesinin olmaması koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanmasını ve tarama

testlerini yaptırmamasını olumsuz yönde etkileyerek serviks kanserleri görülme sıklığını artıtabileceği belirtilmektedir (Carrasquillo and Pati, 2004)

Kötü Genital Hijyen Alışkanlığı: Menstrürasyon ve perine hijyeninin yeterli ve doğru biçimde uygulanmaması genito-üriner enfeksiyonlar yönünden risk oluşturmaktadır. Bu tür enfeksiyonlar erken dönemde saptanıp gerekli önlemler alınmadığında daha da ilerleyerek infertilite ve serviks kanserleri gibi ciddi sağlık sorunlarına yol açabilmektedir. Literatür bilgilerine göre kadınların genital ve menstrürasyon hijyenine ilişkin uygulamalarının yeterli olmadığı, hijyenik olmayan ped kullanma ve vaginal duş yapma gibi bazı uygulamalarının ise yanlış olduğu görülmektedir (Abioye-Kutayi, 2000; Blythe et al., 2003). Evde hazırlanan ve her adet döneminde tekrar kullanılan ara bezlerin serviks kanserleri için risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Bayo et al., 2002). Kadınların adet döneminde vücut ve perine temizliğine yönelik yaptığı uygulamalar kültürlerine göre farklılık göstermektedir (Lu, 2001). Özellikle müslüman ülkelerde din nedeniyle yaygın olarak uygulanan vaginal duş serviks kanserleri için risk faktördür. Vajinal duş sıvı bir solüsyonla veya çoğu zaman su ile vajinanın temizlenmesidir. Vajinal duş kadınarda pelvik inflamatuar hastalık, dış gebelik, fertilitede azalma, bakterial vaginosis, cinsel yolla bulanan enfeksiyonlara yakalanma olasılığını ve serviks kanser riskini artırmaktadır. Ayrıca vaginal duş sıklığı ve uygulama süresi ile serviks kanser riski arasında pozitif bir ilişki olduğu da belirtilmektedir (Blythe et al., 2003; Funkhouser et al., 2002).

2.5.5. Serviks Kanserinde Tanılama

Serviks kanserinde pap smear testi, kolposkopi, konizasyon ile biyopsi, laparatomı, metastatik çalışmalar (IVP, sistoskopi, sigmoidoskopi vb.) ile tanı konulmaktadır (İnanç, 2000). Ancak DSÖ tarafından erken tanıda Pap smear testinin önemi vurgulanmaktadır (www.cancer.org/downloads/STT/Cancer_Facts_and_figures_2010.pdf). Pap smear testi, pelvik muayenenin bir parçası olarak yapılan basit bir işlemidir. Serviksin preinvazif lezyonların invaziv kansere dönüşmeden önce saptayabilmesi nedeniyle serviks kanserlerinde erken tanı yöntemi olarak

kullanılmaktadır (Hughes, 2009; Özgül ve Tekin, 2010; www.cancer.org/downloads/STT/Cancer_Facts_and_figures_2010.pdf). Gelişmekte olan ülkelerde son beş yıllık dönemde kadınların sadece %5'inin pap smear testi yaptırdığı tahmin edilmekte, bu oranın ABD'de ve Avrupa'da %70 olduğu bildirilmektedir (Carr and Sellors, 2004). Amerika'da taramaya cinsel ilişkiye başlangıç yaşına takip eden ilk üç yıl içerisinde veya en geç 21 yaşında başlanır. Her yıl smear alınır ve üç yıl üst üste negatif sonucu olan kadınlarda tarama aralığı 2-3 yıla çıkarılmaktadır. Türkiye'de ise taramaya 35 yaşında başlanmakta ve 5 yılda bir kez pap smear testi yaptırılmaktadır (Özgül ve Tekin, 2010).

2.5.6. Serviks Kanserinde Sınıflama

Serviks kanseri evresini tanılamada FIGO'nun (International Federation Gynecology and Obstetric) sınıflandırma sistemi kullanılmaktadır. FIGO 1994'de serviks kanserinde aşağıda belirtilen cerrahi evreleme sistemini önermiştir (Odicino et al., 2008).

Evre	Tutulum Bölgeleri
Evre I	Servikse sınırlıdır. (mikroinvazyon veya invazyon)
Evre II	Pelvik duvara yayılım yoktur. Vajen 1/3 üst kısmı yayılmıştır.
IIa	Parametriyuma geçmemiştir.
IIb	Parametriyuma yayılım şüphelidir.
Evre III	Vajen altına yayılmıştır.
IIIa	Vajen altına yayılmıştır.
IIIb	Uzak metastaz pelvis duvardadır.
Evre IV	Hakiki pelvis dışına yayılmıştır.
IVa	Mesane ve rektum mukozasına yayılmıştır.
IVb	Uzak organ metastazı vardır.

2.5.7. Serviks Kanserinde Tedavi

Serviks kanserinde tedavi seçimi, servikal displazinin derecesine, hastanın yaşına ve genel sağlık düzeyine göre değişmektedir (İnanç, 2000; Ortaç, 2010; Taşkın, 2009). Serviks kanserlerinde cerrahi, radyoterapi, kemoterapi ve lazer tedavisi kullanılmaktadır. Doğurganlığını sürdürmek isteyen ve preinvazif lezyonların tedavisinde elektrokotter, kriyoterapi, laser tedavi, wireloop yapılmaktadır (Disaia and Creasman, 2003; Taşkın, 2009; www.cancer.org/downloads/STT/Cancer_Facts_and_figures_2010.pdf). Üreme çağı dışında olan veya çocuk doğurmak istemeyen kadınlar için total histerektomi en kesin tedavi şeklidir (Disaia and Creasman, 2003; Taşkın, 2009). Radikal histerektomi (Wertheim's operasyonu); uterusun, tüplerin, overlerin, vajinanın 1/3 üst kısmının, uterosakral ve uterovezikal ligamentlerin, parametriumun (broad ligament) alınmasını ve 4 majör pelvik lenf nodu (ureteral, obturator, hipogastrik ve iliak lenf nodu) diseksiyonunu içermektedir. İnvazif servikal kanserlerin tüm evrelerinde radyoterapi uygulanabilmektedir (Hughes, 2009; Taşkın, 2009).

2.5.8. Serviks Kanseri Taramasında Öneriler

Serviks kanseri taramalarında, seksüel olarak aktif olan veya 18 yaşını dolduran tüm kadınlara yılda bir kez pelvik muayene ve pap smear testi yapılması önerilmektedir. Üç veya daha fazla ard arda normal sonuçtan sonra pap smear testi daha az sıklıkla yapılması önerilmektedir (Disaia and Creasman, 2003; Taşkın, 2009). Serviks kanseri yönünden yüksek risk grubundaki kadınlar ile 35 yaş üstü kadınların, pap smear testlerinin ve pelvik muayenelerinin daha sık ve düzenli yaptırmaları gerekmektedir (Taşkın, 2009). Türkiye'de serviks kanseri taraması ulusal standartlarına göre 35-40 yaş aralığındaki tüm kadınların en az bir kez pap smear testi yaptırmaları bildirilmiştir. Ayrıca HIV enfeksiyon tanısı alan kadınlarda ilk yıl iki kez, sonuçlar negatif ise yılda bir kez pap smear testi yaptırmaları bildirilmiştir (<http://www.ukdk.org/pdf/mevzuat/SERVİKS.pdf>). Servikal kanser tedavisi görmüş kadınlar düzenli sağlık muayenelerinin önemi konusunda bilgilendirilmeli ve kontrollerini yaptırmaları gerekmektedir.

Kontroller aşağıdaki düzende olmalıdır:

- Pelvik muayene ve pap smear test kontrolü ilk iki yıl için her 2 ayda bir, üçüncü yılda her 4 ayda bir, dördüncü yılda her 6 ayda bir yapılmalıdır.
- Her 6 ayda bir göğüs röntgeni çekilmelidir.
- İlk iki yıl, 6 ayda bir IVP ile böbrek fonksiyonları izlenmelidir (Taşkin, 2009).

2.6. Jinekolojik Kanserlerden Korunma ve Hemşirelik Yaklaşımları

Kanserden korunma üç aşamada ele alınmaktadır. Bu aşamalar primer, sekonder ve tersiyer korunmadır. Primer korunma, kanser yapan çevresel kanserojenlerden (fiziksel, kimyasal, biyolojik) uzak durmayı gerektirmektedir. Sekonder korunmada asemptomatik hastaların erken tanılanması ve risk gruplarının taranması ile önem kazanmaktadır. Bu amaçla tarama testleri kullanılmaktadır. Tersiyer korunmada ise kanser gelişimini önleyen tedaviler yer almaktadır. Primer korunma daha etkilidir ve kanserleri önlemeye yönelik eğitimi de kapsar (Arrossi et al., 2003). 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. Kanserin erken tanınması için tarama programlarında temel hedef, kansere dayalı mortalite oranlarını azaltmanın yanında bu hastalığa dayalı maliyeti düşürmektedir (Platin, 1996; Ünal ve Orgun, 2006). Özellikle birinci basamakta çalışan hemşirelerin ve ebelerin toplumdaki kadınlara en yakın hizmet veren sağlık çalışanları olarak kanserden korunma ve erken tanı konusunda eğitimleri, birinci basamak sağlık kurumlarında, ev ziyaretlerinde ve her firsatta kadınlara eğitim vermeleri ve eğitim çalışmalarının sonuçlarının belirlemeleri önemlidir. Hemşire ve ebelerin jinekolojik kanserlerin risk faktörleri ve Pap smear testi konusunda verecekleri eğitimleri kadınlara verilen diğer sağlık hizmetlerine entegre etmeleri ve bu konuda yeterli bilgiye sahip olmaları gerekmektedir. Hemşire ve ebeler kadınlara ulaştıkları her firsatta jinekolojik kanserleri, risk faktörleri ve erken tanı konusunda eğiterek bilgilendirmelidir. Yine hemşire tedaviden sorumlu doktor ile işbirliği yaparak hasta ve ailesine her türlü tanı ve tedavi işlemi hakkında gerekli bilgileri vermelidir (Yücel, 2006).

Bilgisizlik hasta ve yakınlarına acı vereceği gibi, gereksiz şüphelere ve güvensizliğe yol açabilmektedir. Hasta ve ailesine bilgi verilirken, tanının söylenip söylenemeyeceği, psikolojik savunma mekanizmaları, kişilerin eğitim düzeyleri ve gereksinim dereceleri göz önüne alınmalıdır. Bunları değerlendiremeyecek olan personel bilgi vermemeli, bilgiyi kimlerin verebileceği konusunda hasta ve aileyi yönlendirmelidir (İnanç, 2000; Taşkın, 2009).

Nural ve Akdemir (2000) bir serviste kanser tanısı dışında nedenlerle yatan hastalarda kanser risk faktörleri ve erken tanı belirtilerini saptamak amacıyla bu çalışmayı yapmışlardır. Çalışma sonucunda hemşirelerin veri toplama aracı kullanarak ve fizik muayene yaparak erken tanıda etkili olabileceği ortaya çıkmıştır. Böylece kanser riski altında olan bireylerin saptanması, kanser taramalarının yapılması ve erken tanıda hemşirenin önemli rolü olduğunu belirtmişlerdir (Nural ve Akdemir, 2000).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, jinekolojik kanser tanısı alan (endometrium, over, serviks kanserleri) kadınarda mevcut risk faktörlerini belirlemek ve jinekoloji polikliniğine kontrol amacıyla gelen kadınarda risk taraması yapmak amacıyla vaka kontrol çalışması olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, KKTC'nin başkenti Lefkoşa'da bulunan Lefkoşa Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi kadın doğum servisi, jinekoloji polikliniği ve onkoloji servisinde yapılmıştır.

Lefkoşa Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi'nin KKTC'nin en büyük ve merkezi hastanesi olması, kadın doğum ünitesinde araştırmaya uygun sayıda kanser vakası bulunması nedeniyle çalışma bu kurumda yapılmıştır. LBNDH'si 1978 yılında kurulmuştur. Hastane 456 yatak kapasitesine sahiptir. Kadın doğum servisinde 6 yataklı 4 genel oda, 2 yataklı 6 özel oda olmak üzere toplam 36 yatak mevcuttur. Bu bölümde; 5 ebe, 12 hemşire ve 7 uzman hekim olmak üzere toplam 24 sağlık personeli çalışmaktadır. Hemşire ve ebeler vardiya usulü 07:00-14:00/ 14:00-21:00/ 21:00-07:00 olarak çalışmaktadır. Onkoloji servisi, Ayaktan Tanı ve Tedavi Merkezinde bulunmaktadır. Bu bölümde; 12 hemşire, 2 kemoterapi hemşiresi ve 3 uzman hekim olmak üzere toplam 17 sağlık personeli çalışmaktadır. Bu serviste özel hasta odaları, kemoterapi ünitesi, kan alma ünitesi ve kemoterapi ilaçlarını aldıkları özel odalar bulunmaktadır. Kemoterapi ilaç uygulamaları ayaktan tedavi alan hastalar için hafta içi 08:00-14:00 saatleri arasında uygulanmaktadır. Serviste yatan hastalar ise kemoterapi ilaçlarını kendi odalarında almaktadırlar. Onkoloji hemşireleri; hasta ve hasta yakınlarına eğitim vermektedirler. Bu eğitimin içeriğini; kemoterapi ilaçlarının etkileri, beslenme, cinsel yaşam gibi konular oluşturmaktadır. Haftanın iki günü psikolog tarafından hasta ve hasta yakınlarına psikolojik destek verilmektedir. K.K.T.C'de onkolog olmadığı için Türkiye'den haftanın belirli

günlerinde onkolog gelmekte ve kanser hastalarını muayene etmekte, tedavilerini düzenlemekte, yeni tanılar koymaktadır. Poliklinik hizmeti hafta içi her gün verilmektedir. LBNDH'nin jinekoloji polikliniğinde ise, salı günleri hariç hafta içi her gün hizmet verilmektedir. Jinekoloji polikliniğinde bir doktor ve bir hemşire çalışmaktadır. Bu poliklinikte hemşirenin görevleri; yapılan işlemler sırasında doktora ve hastaya yardımcı olmaktadır. Jinekolojik işlemler sırasında ya da sonrasında hastalara hemşireler tarafından herhangi bir eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmemektedir.

3.3. Araştırmancın Evreni ve Örneklemi

Araştırmancın evrenini, LBNDH Kadın Doğum ve Onkoloji Servisinde yatan ve over, serviks ve endometrium kanser tanısı almış kadınlar ile yine aynı hastaneye bağlı jinekoloji polikliniğine başvuran ve herhangi bir jinekolojik kanser tanısı almamış kadınlar oluşturmuştur. Araştırmancın vaka grubunun evrenini K.K.T.C. Sağlık Bakanlığı 2003-2008 yılları arasındaki verilerine göre; over, serviks ve endometrium kanser tanısı almış 73 kadın vaka grubunu, kontrol grubunun evrenini ise 2008 yılında LBNDH'nin jinekoloji polikliniğine başvuran 1607 kadın oluşturmuştur.

Araştırmancın örneklemine, kanser tanısı almış 73 kadının tamamının ve polikliniğe gelen kanser tanısı almamış 80 kadının alınması planlanmıştır. Ancak jinekolojik kanser tanısı (endometrium, over ve serviks ca) almış kadınlarda; araştırmancın yaptığı sırada bazı vakaların yaşamalarını yitirmesi, hastaların bir kısmının yurt dışında tedavide olması, bazı hastaların araştırmaya katılmakistemeleri ve terminal dönemdeki hasta yakınlarının hastalarının çalışmaya katılmalarını istememelerinden dolayı araştırmada jinekolojik kanser hastası olan toplam 40 kadına ulaşılmıştır. Kontrol grubunda ise hedeflenen kanser tanısı almamış hastanenin jinekoloji polikliniğine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 80 kadına ulaşılmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür (Dönmez, 2007; Gün, 2006; Koyuncu, 2006; Taşkın ve ark., 2008; Yücel, 2006) incelenerek ve uzman görüşüne başvurularak geliştirilen yarı yapılandırılmış soru formu kullanılmıştır. Soru formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde kadınların yaşı, eğitim, meslek ve genel hijyen alışkanlıkları gibi sosyo-demografik özelliklerine ilişkin 23 soru yer almaktadır (Ek 1). İkinci bölümde ise kadınların endometrium, over, serviks kanserlerine yönelik risk değerlendirmelerine ilişkin 56 soru yer almaktadır (Ek 1).

3.4.2. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması

Veri toplama aracı olarak hazırlanan soru formunun anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliğini saptamak amacıyla örneklem grubunun %10'unu oluşturan 15 kişiye (7 vaka, 8 kontrol) ön uygulama yapılmıştır. Araştırmanın ön uygulaması 4-12 Şubat 2010 tarihleri arasında yapılmıştır. Ön uygulama yapılan kadınlar örneklem kapsamı dışında bırakılmıştır. Ön uygulama sonucunda veri toplama formunda gerekli düzenlemeler yapılmış ve son şekli verilmiştir.

3.4.3. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Veri toplama formu, vaka grubuna, 15 Şubat- 15 Haziran 2010 tarihleri arasında kadınlarla bire bir görüşme yoluyla uygulanmıştır. Kemoterapi odasında yapılan görüşmelerde hastanın kemoterapisi başladıkten sonra bulantıları olduğu dikkate alınarak bulantılarının olmadığı saatlerde hastalarla görüşülmüşür. Kemoterapi tedavisi bitmiş olan hastalara 15 Mayıs- 15 Haziran 2010 tarihleri arasında telefon ile ulaşarak randevu alınmış ve uygun oldukları zamanda araştırmacı tarafından ev ziyaretleri yapılarak veri toplama formları uygulanmıştır. Veri toplama formlarının uygulanması ortalama 20 dakika sürmüştür.

Veri toplama formları kontrol grubuna 15 Şubat- 26 Nisan 2010 tarihleri arasında, 80 kadına ulaşılınca kadar uygulanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından kadınlarla yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Veri toplama formlarının uygulanması ortalama 15 dakika sürmüştür.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for windows 15 programı kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde yüzdelik hesaplamalar ve ki kare yöntemleri kullanılmıştır. Fisher exact testinin kullanıldığı verilerin analizlerinde ‘x²’ değeri olmadığı için tablolara ‘p’ değerleri yazılmıştır. Araştırmmanın bağımlı değişkenlerini jinekolojik kanserler (endometrium kanseri, over kanseri ve serviks kanseri), bağımsız değişkenlerini ise bu kanserlere ilişkin risk faktörleri oluşturmaktadır.

Kişilerin beden kitle indeksleri, ağırlığın (kilogram) boyun metrekaresine bölünmesi sonucu elde edilmiştir (kg/m^2). Buna göre beden kitle indeksi değeri, 18.5'in altında olanlar zayıf, 18.5-24.9 arasında olanlar normal kilolu, 25-29.9 arasında olanlar kilolu, 30-39.9 arasında olanlar 1. derece şişman, 40 üzerinde olanlar ise ileri derece şişman olarak belirtilmiştir (Taşkın, 2009).

3.6. Araştırmmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma, Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Kadın Doğum Servisi ve Onkoloji Servisi'nde endometrium, serviks ve over kanser tanısı almış vakalar ile aynı hastanede bulunan jinekoloji polikliniği başvuran herhangi bir jinekolojik kanser tanısı almayan kadınlar ile sınırlıdır. K.K.T.C'ne genellenemez.

3.7. Araştırmmanın Uygulanması Sırasında Yaşanılan Güçlükler

Araştırmada, kanser hastalarına ulaşımada güçlükler yaşanmıştır. Vaka grubunun tanısını bilmeme olasılığı dikkate alınarak, hasta dosyasından ya da

hastanın refakatçisinden kanserle ilgili verilerin öğrenilmesinde güçlükler yaşanmıştır.

3.8. Araştırmmanın Etik Boyutu

Araştırmmanın uygulanabilmesi için K.K.T.C Sağlık Bakanlığından ve LBNDH'nden yazılı izin alınmıştır (Ek II). Kadınların araştırmmanın amacı açıklanmış, araştırmaya katılımın tamamen kendi isteklerine bağlı olduğu ve istedikleri anda araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek aydınlatılmış onamları yazılı ve sözel olarak alınmıştır (Ek III).

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Kadınların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Kontrol ve Vaka Grubuna Göre Dağılımı

n:120

Tanımlayıcı Özellikler	Kontrol Grubu n=80	Vaka Grubu n=40	İstatistiksel Analiz
	S %	S %	
Yaş			
40 yaş ve altı	66 82.5	2 5.0	
41-64 yaş	13 16.3	30 75.0	
65 yaş ve üzeri	1 1.2	8 20.0	P=0.000 ⁴
Yaş ortalaması (Ort±SS)	32.8±9.8	55.3±10.5	
Medeni Durum			
Evli	60 75.0	33 82.5	X ² =0.484 ²
Bekar ¹	20 25.0	7 17.5	P=0.487
Eğitim Düzeyi			
Okur-yazar değil	5 6.2	6 15.0	
Okur-yazar	1 1.2	- -	P=0.016 ³
İlkokul/ortaokul	27 33.8	19 47.5	
Lise	30 37.5	14 35.0	
Üniversite	17 21.3	1 2.5	
Çalışma Durumu			
Çalışan	44 55.0	15 37.5	X ² =3.268 ⁴
Çalışmayan	36 45.0	25 62.5	P=0.071
Meslek⁵			
İşçi	14 31.8	- -	
Memur	11 25.0	2 13.3	P=0.000 ³
Emekli	2 4.5	12 80.0	
Serbest	17 38.7	1 6.7	
Gelir Durumu			
Yüksek	3 3.1	2 5.0	P=0.190 ³
Orta	42 52.5	27 67.5	
Düşük	35 43.8	11 27.5	
Yaşadığı Yer			
Lefkoşa	53 66.2	14 35.0	
Girne	8 10.0	10 25.0	X ² =18.021 ⁴
Magosa	4 5.0	10 25.0	P=0.000
Güzelyurt	15 18.8	6 15.0	
Beden Kitle İndeksi			
18.5 altında (zayıf)	1 1.2	1 2.5	
18.5-24.9 (normal kilolu)	47 58.8	15 37.5	
25-29.9 (hafif şişman)	20 25.0	9 22.5	P=0.023 ³
30-39.9 (birinci derece şişman)	12 15.0	15 37.5	

¹Bu grubun içerisinde hiç evlenmemiş (n:15), dul (n:8) ve nişanlı (n:4) olanlar yer almaktadır.

²Continuity correction

³Fisher exact testi

⁴Pearson ki kare testi

⁵Bu grup içerisinde çalışan kadınlar (n:59) yer almaktadır.

Tablo 4.1'de vaka ve kontrol grubundaki kadınların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan vaka grubundaki kadınların %75.0'i 41-64 yaş arasında olduğunu, kontrol grubundaki kadınların %82.5'i ise 40 yaş ve altında olduğunu ifade etmişlerdir. Vaka grubundaki kadınların yaş ortalaması 55.3 ± 10.5 iken kontrol grubundaki kadınların yaş ortalaması ise 32.8 ± 9.8 olarak belirlenmiştir ($p < 0.05$). Kadınların önemli bir kısmının evli olduğu (Vaka:%82.5; Kontrol:%75.0) ($p > 0.05$), vaka grubundaki kadınların %37.5'i, kontrol grubundaki kadınların %58.8'i lise ve üzeri eğitim aldılarını ifade etmişlerdir ($p < 0.05$). Vaka grubundaki kadınların %62.5'i, kontrol grubundaki kadınların ise %45.0'i herhangi bir işte çalışmadığını belirtmiştir ($p > 0.05$). Vaka grubundaki kadınların %80.0'i emekli olduğunu, kontrol grubundaki kadınların ise %38.6'sı serbest meslekte çalıştığını ifade etmiştir ($p < 0.05$). Kadınların çoğunluğu gelir düzeyini algılamalarını orta olarak (Vaka:%67.5; Kontrol:%52.5) belirtmiştir ($p > 0.05$). Vaka grubundaki kadınların %35.0'i, kontrol grubundaki kadınların %66.3'ü Lefkoşa'da yaşamaktadır ($p < 0.05$). Kadınların Beden Kitle İndeksi (BKI) incelendiğinde; 18.5-24.9 arasında (normal kilolu) olduğu (Vaka:%37.5; Kontrol:%58.8) saptanmıştır ($p < 0.05$).

Kadınların yaş gruplarının, eğitim düzeyinin, meslek durumlarının, yaşadıkları yerin ve BKİ değerlerinin vaka ve kontrol grubuna göre dağılımlarına yönelik yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki fark önemli bulunmuştur. Kadınların medeni durumu, çalışma durumu ve gelir düzeylerini algılama durumlarının vaka ve kontrol grubuna göre dağılımlarına yönelik yapılan istatistiksel analizde ise gruplar arasındaki fark önemsiz bulunmuştur.

Tablo 4.2. Kadınların Hijyen Özelliklerine İlişkin Bazı Değişkenlerin Kontrol ve Vaka Grubuna Göre Dağılımı

n=120

Hijyen Özellikleri	Kontrol Grubu n=80		Vaka Grubu n=40		İstatistiksel Analiz
	S	%	S	%	
Alt Bölgeyi Temizleme Yöntemi					
Önden arkaya doğru	51	63.8	23	57.5	-
Arkadan öne doğru	24	30.0	8	20.0	-
Gelişi güzel	5	6.2	4	10.0	-
Diger ¹	-	-	5	12.5	-
Genital Bölgeyi Temizleme Materyali²					
Su	46	57.5	17	42.5	-
Tuvalet kağıdı	62	77.5	35	87.5	-
Diger ³	4	5.0	1	2.5	-
İç Çamaşırını Değiştirme Sıklığı					
Günde 1 kez	58	72.5	33	85.0	X ² =0.961 ⁴
Günde 2 ve üzeri kez	22	27.5	7	15.0	P=0.327
İç Çamaşır Özelliği					
Pamuklu	57	71.2	32	80.0	X ² =0.658 ⁴
Diger ⁵	23	28.8	8	20.0	P=0.417
Günlük Ped Kullanma Durumu					
Evet	1	1.2	2	5.0	P=0.257 ⁶
Hayır	79	98.8	38	95.0	-
Mensturasyon Sırasında Kullanılan Materyal					
Ped	57	76.0	1	100.0	P=1.000 ⁶
Diger ⁷	18	24.0	-	-	-
Ped Değişim Sıklığı					
Günde 3 ve daha az	24	32.0	1	33.3	-
Günde 4 ve üzeri	51	68.0	-	-	P=0.329 ⁶
Banyo Yapma Sıklığı					
Her gün	36	45.0	16	40.0	X ² =0.106 ⁴
2 günde 1 ve üzeri	44	55.0	24	60.0	P=0.745
Banyo Yapma Şekli					
Ayakta	62	77.5	26	65.0	-
Oturarak	12	15.0	13	32.5	-
Küvette	5	6.3	1	2.5	-
Her üçünü de kullanıyorum	1	1.2	-	-	-

¹Bu grubun içerisinde yarı duş yapan (n:1) ve önce arka tarafı sonra ön tarafı ayrı ayrı temizleyenler (n:4) yer almaktadır.

²Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir. Yüzde 6 n üzerinden alınmıştır.

³Bu grubun içerisinde bez kullanan (n:1), ıslak mendil kullanan (n:3) ve özel yıkama jeli kullananlar (n:1) yer almaktadır.

⁴Continuity correction

⁵Bu grubun içerisinde hem pamuklu hem sentetik (n:15), sentetik ve naylon kullanan (n:11) ve her 3 çeşidi de kullananlar (n:5) yer almaktadır.

⁶Fisher exact testi

⁷Bu grubun içerisinde bez kullanan (n:4), günlük ve adet kanamasında kullanılan pedi her ikisini de kullananlar (n:14) yer almaktadır.

Tablo 4.2'de kadınların hijyen özelliklerine ilişkin bazı değişkenlerin kontrol ve vaka grubuna göre dağılımı yer almaktadır. Vaka grubundaki kadınların %57.5'i, kontrol grubundaki kadınların %63.8'i genital bölgelerini önden arkaya doğru temizlediklerini ve önemli bir kısmı bu temizliği tuvalet kağıdı kullanarak yaptıklarını (Vaka:%87.5; Kontrol:%77.5) belirtmişlerdir. Kadınların çoğunluğu iç çamaşırlarını günde bir kez değiştirdiklerini (Vaka:%85.5; Kontrol:%72.5) ve iç çamaşırlarının pamuklu olduğunu (Vaka:%80.0; Kontrol:%71.2) ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Kadınların çoğunluğu iç çamaşırlarını makinede yıkadığını (Vaka:%100.0; Kontrol:%77.5) belirtmiştir. Vaka grubunda iki, kontrol grubunda bir kadın günlük ped kullandığını ($p>0.05$) ve kontrol grubundaki kadınların %76.0'i, vaka grubunda ise sadece bir kadın adet kanaması sırasında hijyenik ped kullandığını ifade etmiştir ($p>0.05$). Vaka grubundaki 1 kadın pedini günde 3 ve daha az değiştirdiğini, kontrol grubundaki kadınların yarıdan fazlası ise pedlerini 4 ve daha fazla değiştirdiklerini (Kontrol:%77.5) belirtmişlerdir ($p>0.05$). Araştırmaya katılan kadınların hepsinin banyo yaptıklarını, önemli bir kısmının banyoyu ayakta yaptıklarını (Vaka:%65.0; Kontrol:%77.5) ($p>0.05$) ve kadınların çoğunluğu 2 günde bir ve üzeri banyo yaptıklarını (Vaka:%60.0; Kontrol:%55.0) ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Tabloda yer almayan ancak elde edilen verilere göre araştırmaya katılan tüm kadınlar ellerini günde 11'defadan fazla yıkadıkları ve el yıkama malzemesi olarak sabun kullandıklarını, vaka grubundaki kadınların tamamına yakını (%97.5), kontrol grubundaki kadınların ise tamamı (%100.0) ellerini tuvaletten çıkarken yıkadıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir.

Kadınların iç çamaşırı değiştirme sıklığı, iç çamaşır özelliği, günlük ped kullanma durumu, mensturasyon sırasında kullanılan materyal, ped değiştirme sıklığı, banyo yapma sıklığı ve banyo yapma şekli durumlarının vaka ve kontrol

grubuna göre dağılımlarına yönelik yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki fark öünsüz bulunmuştur.

Tablo 4.3. Kadınların Jinekolojik Özelliklerine İlişkin Bazı Değişkenlerin Kontrol ve Vaka Grubuna Göre Dağılımı

n=120

Jinekolojik Özellikler	Kontrol Grubu n=80		Vaka Grubu n=40		İstatistiksel Analiz
	S	%	S	%	
Menarş Yaşı					
12 yaş ve altı	16	20.0	9	22.5	$\chi^2=0.007^1$
13 yaş ve üzeri	64	80.0	31	77.5	P=0.935
Menarş Yaş Ortalaması (Ort±SS)	13.4±1.4		13.5±1.7		
Adet Düzeni²					
Düzenli	49	61.3	23	57.5	$\chi^2=0.039^1$
Düzensiz	31	38.7	17	42.5	P=0.843
Kanama Bozuklukları					
Var	61	76.3	33	82.5	$\chi^2=0.301^1$
Yok	19	23.7	7	17.5	P=0.583
Kanama Bozukluğu Şekli³					
Menoraji	35	43.8	30	75.0	
Metroraji	25	31.3	12	30.0	
Polimenore	16	20.0	2	5.0	-
Hipomenore	12	15.0	-	-	
Oligomenore	11	13.8	-	-	
Amenore	3	3.8	1	2.5	
Ağrılı Adet Görme					
Var	39	48.8	27	67.5	$\chi^2=3.068^1$
Yok	41	51.2	13	32.5	P=0.080
Akıntı Özelliği⁴					
Normal	38	47.5	29	72.5	$\chi^2=5.783^1$
Anormal	42	52.5	11	27.5	P=0.016
OKS Kullanımı					
Var	22	27.5	13	32.5	$\chi^2=0.126^1$
Yok	58	72.5	27	67.5	P=0.723
OKS Kullanım Süresi					
5 yıldan az	17	77.3	11	84.6	
5 yıldan fazla	5	22.7	2	15.4	P=0.689 ⁵

¹Continuity correction

²Adet kanamalarında sıklık, miktar ve süresindeki herhangi bir değişim düzensiz olarak kabul edildi.

³Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir. Yüzdele n üzerinden alınmıştır.

⁴Akıntı özelliği şeffaf, su gibi ve kokusuz şeklinde ifade edenler normal, renkli ve kokulu akıntılar anormal kabul edildi.

⁵Fisher exact testi

Tablo 4.3'de kadınların jinekolojik özelliklerine ilişkin bazı değişkenlerin kontrol ve vaka grubuna göre dağılımı yer almaktadır. Kadınların menarş yaşına göre dağılımına bakıldığında, vaka grubundaki kadınların %77.5'i, kontrol grubundaki kadınların %80.0'i 12 yaşından sonra adet gördüklerini ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Kadınların adet düzenleri düzenli ve düzensiz şeklinde değerlendirilmiştir. Menapozda olan kadınların ise menapoz öncesi adet düzenleri sorgulanmıştır. Kadınların adet kanamalarında sıklık, miktar ve süresindeki herhangi bir değişim düzensiz olarak kabul edilmiştir. Adet düzenleri değerlendirildiğinde, vaka grubundaki kadınların %42.5'i kontrol grubundaki kadınların ise %38.8'i adet düzensizliği şikayetleri olduğunu ifade etmiştir ($p>0.05$). Vaka grubundaki kadınların %82.5'i kontrol grubundaki kadınların %76.3'ü kanama bozuklukları olduğunu belirtmiştir. Kadınların önemli bir kısmı menoraji (Vaka:%75.0; Kontrol:%43.8) ve metroraji (Vaka:%31.3; Kontrol:%30.0) şeklinde kanama sorunları yaşadıklarını ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Vaka grubundaki kadınların %67.5'nin kontrol grubundaki kadınların %48.8'nin adet döneminde ağrı problemi yaşadıkları belirlenmiştir ($p>0.05$). Kadınların akıntı özelliğini şeffaf, su gibi ve kokusuz şeklinde ifade edenlerin akıntıları normal, akıntılarını renkli ve kokulu ifade edenlerin akıntıları anormal olarak kabul edilmiştir. Vaka grubundaki kadınların %72.5'i, kontrol grubundaki kadınların ise %47.5'i akıntılarının normal özellikte olduğunu ifade etmişlerdir ($p<0.05$). Vaka grubundaki kadınların %32.5'nin, kontrol grubundaki kadınların %27.5'nin OKS kullandıkları ($p>0.05$) ve OKS kullanan kadınların (Vaka: %84.6; Kontrol: %77.3) çoğunluğunun beş yıldan az süredir OKS kullandıkları belirlenmiştir ($p>0.05$).

Kadınların akıntı özelliğinin vaka ve kontrol grubuna göre dağılımlarına yönelik yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki fark önemli bulunurken; menarş yaşı, adet düzeni, kanama bozuklukları, ağrılı adet görme, OKS kullanımı ve OKS kullanım süresinin vaka ve kontrol grubuna göre yapılan analizde gruplar arasındaki fark ise istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur.

Tablo 4.4. Kadınların Pap Smear Yaptırma, HPV Aşısı Bilme, Pelvik Radyasyon Alma ve Kronik Hastalık Durumlarının Kontrol ve Vaka Grubuna Göre Dağılımı

n=120

Pap Smear, HPV Aşısı, Pelvik Radyasyon Alma ve Kronik Hastalık Durumu ile İlgili Özellikler	Kontrol Grubu n=80		Vaka Grubu n=40		İstatistiksel Analiz
	S	%	S	%	
Pap Smear Testi					
Yaptırdı	35	43.8	32	80.0	X ² =12.788 ¹
Yaptırmadı	45	56.2	8	20.0	P=0.000
Pap Smear Sonucu²					
Normal	26	74.3	26	81.3	X ² =0.152 ¹
Anormal	9	25.7	6	18.7	P=0.697
HPV Aşısını Bilme Durumu³					
Bilen	38	47.5	14	35.0	X ² =1.226 ¹
Bilmeyen	42	52.5	26	65.0	P=0.268
Pelvik Radyasyon Alma Durumu					
Var	14	17.5	11	27.5	X ² =1.607 ¹
Yok	66	82.5	29	72.5	P=0.302
Kronik Hastalık Durumu					
Var	14	17.5	24	60.0	X ² =20.399 ¹
Yok	66	82.5	16	40.0	P=0.000
Kronik Hastalık Türü⁴					
Hipertansiyon	3	21.4	19	79.2	
Diyabet	-	-	11	45.8	-
Karaciğer hastalıkları	1	7.2	-	-	
Diğer ⁵	12	85.7	14	58.3	

¹Continuity correction

²Pap smear sonucu temiz çıkanlara normal, enfeksiyon ve HPV(+) olanlar anormal kabul edilmiştir.

³Serviks kanserini önleme amacıyla HPV aşısı tanımını veren bilen olarak kabul edilmiştir. Bu tanımı yapamayan bilmeyen olarak kabul edilmiştir.

⁴Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir. Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

⁵Troid hastalığı (n:4), Alzheimer (n:1), kalp hastalığı (n:7), anemi (n:2), kolesterol (n:9), alerjik astım (n:2), Multiple skleroz (n:1) hastalıkları diğer seçenekleri içerisinde yer almaktadır.

Tablo 4.4'de kadınların pap smear yaptırmaya, HPV aşısı bilme, pelvik radyasyon alma ve kronik hastalık durumlarının kontrol ve vaka grubuna göre dağılımı yer almaktadır. Vaka grubundaki kadınların %80.0'i pap smear testi yaptırdıklarını ifade ederken, kontrol grubunda bu oran %43.8'dir (p<0.05).

Kadınların Pap smear sonuçları normal ve anormal şeklinde değerlendirilmiştir. Kadınların ifadelerine göre Pap smear sonucu temiz çıkanlara normal, sonucu enfeksiyon ve HPV(+) olanlar anormal kabul edilmiştir. Pap smear testi yaptıran kadınların çoğu smear sonuçlarının normal olduğunu (Vaka:%81.3; Kontrol:%74.3) ifade etmiştir ($p>0.05$). Kadınların HPV aşısını bilme durumu bilen ve bilmeyen şeklinde değerlendirilmiştir. HPV aşısı için serviks kanserini önleme amacıyla yapılan aşı şeklinde tanımlayan bilen olarak kabul edilmiştir. Bu tanımı yapamayan kadınları bilmeyen olarak kabul edilmiştir. Kadınların yarısından fazlasının HPV aşısı hakkında bilgi sahibi (Vaka:%65.0; Kontrol:%52.5) olmadığını ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Vaka grubundaki kadınların %27.5'inin pelvik bölgede işin tedavisine maruz kaldıkları belirlenmiştir ($p>0.05$). Kadınların kronik hastalık durumu değerlendirildiğinde vaka grubundaki kadınların %40.0'ı kontrol grubundaki kadınların %82.5'i kronik hastalığı olmadığını belirtmiştir. Kronik hastalığı bulduğunu ifade eden vaka grubundaki kadınların %79.2'si hipertansiyon, %45.8'i diyabet hastası olduğunu, kontrol grubundaki kadınların ise %21.4'ü hipertansiyon hastası olduğunu ifade etmişlerdir ($p<0.05$). Tabloda yer almayan ancak elde edilen verilere göre vaka grubundaki kadınlardan birinin HPV aşısı yaptırdığı, kontrol grubundaki kadınların hiçbirinin HPV aşısı yaptırmadığı dikkati çekmektedir.

Kadınların pap smear yaptırmaya ve kronik hastalık durumunun vaka ve kontrol grubuna göre dağılımlarına yönelik yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki fark önemli bulunmuştur. Kadınların pap smear sonucu, HPV aşısını bilme durumu ve pelvik radyasyon alma durumlarının ise vaka ve kontrol grubuna göre dağılımlarına yönelik yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki fark özensiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.5. Kadınların Üreme Organları ile İlgili Bazı Özelliklerin ve Kanser Açısından Risk Faktörlerinin Kontrol ve Vaka Grubuna Göre Dağılımı

n=120

Üreme Organları İle İlgili Bazı Özellikler	Kontrol Grubu n=80		Vaka Grubu n=40		İstatistiksel Analiz
	S	%	S	%	
Üreme Organlarına Yönelik Hastalık Durumu¹					
Var ²	25	31.3	19	47.5	$\chi^2=2.373^3$
Yok	55	68.7	21	52.5	P=0.123
Kanser Türü					
Endometrium	-	-	22	55.0	
Over	-	-	14	35.0	-
Serviks	-	-	4	10.0	
Karin Bölgesinde Şişlik, Ağrı ve Sertlik Hissi (herhangi birinin olması)					
Var	7	8.7	7	17.5	P=0.226 ⁴
Yok	73	91.3	33	82.5	
Rahim Ağzına Yönelik Sorun Durumu					
Var ⁵	12	15.0	3	7.5	$\chi^2=0.771^3$
Yok	68	85.0	37	92.5	P=0.380
Memede ya da Başka Organda Kanser Öyküsü					
Var	-	-	9	22.5	P=0.000 ⁴
Yok	80	100.0	31	77.5	
Kanser Türü⁶					
Meme kanseri	-	-	6	66.7	-
Akciğer kanseri	-	-	2	22.2	
Kolon kanseri	-	-	3	33.3	
Diğer ⁷	-	-	3	33.3	

¹Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir. Yüzdelel n üzerinden alınmıştır.

²Myom (n:13), over kisti (n:30) ve rahim iç tabakasında hücre artışı (n:5) üreme organlarına yönelik hastalık durumu seçeneği içerisinde yer almaktadır.

³Continuity correction

⁴Fisher exact testi

⁵Yakma (n:9), dondurma (n:1), ilaç tedavisi (n:3) rahim ağzına yönelik alınan tedavi seçeneği içerisinde yer almaktadır.

⁶Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir. Yüzdelel n üzerinden alınmıştır.

⁷Böbrek kanseri (n:1), girtlak kanseri (n:1), karaciğer kanseri (n:1) diğer seçeneği içerisinde yer almaktadır.

Tablo 4.5'de kadınların üreme organları ile ilgili bazı özelliklerinin ve kanser açısından risk faktörlerinin kontrol ve vaka grubuna göre dağılımı yer almaktadır. Kadınların üreme organları ile ilgili hastalık durumu değerlendirildiğinde çoğu zaman üreme hastalığı olmadığını (Vaka:%52.5; Kontrol:%68.8) ifade etmişlerdir. Üreme organları ile ilgili kadınlar over kisti (Vaka:%47.3; Kontrol:%80.0), myom (Vaka:%42.1; Kontrol:%20.0) ve rahim iç tabakasında hücre artışı hastalıklarını (Vaka:%26.3) geçirdiklerini belirtmişlerdir ($p>0.05$). Vaka grubundaki kadınların %55.0'inde endometrium kanseri, %35.0'inde over kanseri, %10.0'nunda ise serviks kanseri olduğu saptanmıştır. Kadınların önemli bir kısmı karın bölgesinde ağrı, sertlik hissi olmadığını (Vaka:%82.5; Kontrol:%91.3) ve rahim ağzına yönelik yara/başka bir sorun yaşamadıklarını (Vaka:%92.5; Kontrol:%85.0) ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Vaka grubundaki kadınların %22.5'inde meme ya da başka organlarda kanser öyküsü olduğu ve %66.7'sinde meme kanseri olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Kadınların meme ya da başka organlarda kanser öyküsü durumunun vaka ve kontrol grubuna göre dağılımlarına yönelik yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki fark önemli bulunmuştur. Kadınların üreme organlarına yönelik hastalık durumu, karın bölgesinde şişlik, ağrı, sertlik hissi ve rahim ağzına yönelik sorun durumlarının vaka ve kontrol grubuna göre dağılımlarına yönelik yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki fark ise önemsiz bulunmuştur.

Tablo 4.6. Kadınların Menapoz İle İlgili Bazı Özelliklerinin Kontrol ve Vaka Grubuna Göre Dağılımı

n=120

Menapoz ile İlgili Özellikler	Kontrol Grubu n=80		Vaka Grubu n=40		İstatistiksel Analiz
	S	%	S	%	
Menapoz Durumu					
Var	5	6.2	39	97.5	X ² =91.727 ¹
Yok	75	93.8	1	2.5	P=0.000
Menapoz Yaşı					
35 yaş ve altı	-	-	3	7.7	
36-49 yaş	4	80.0	21	53.8	P=0.746 ²
50 yaş ve üzeri	1	20.0	15	38.5	
HRT Kullanım Durumu					
Var	3	60.0	5	12.8	
Yok	2	40.0	34	87.2	P=0.035 ²
HRT Kullanım Süresi					
2 yıl altı	3	100.0	4	80.0	
2 yıl ve üzeri	-	-	1	20.0	P=1.000 ²
Menapoz Sonrası Kanama Durumu					
Var	2	40.0	14	35.9	
Yok	3	60.0	25	64.1	P=1.000 ²

¹Continuity correction

²Fisher exact testi

Tablo 4.6'da kadınların menapoz ile ilgili bazı özelliklerinin kontrol ve vaka grubuna göre dağılımı yer almaktadır. Kadınların menapoza girme durumu değerlendirildiğinde vaka grubundaki kadınların %97.5'inin menapoz döneminde olduğu, kontrol grubundaki kadınların %93.8'inin ise henüz menapoza girmedikleri belirlenmiştir ($p<0.05$). Kadınların çoğu 36-49 yaşları arasında menapoza girdiğini (Vaka:%53.8'i; Kontrol:%80.0'i) ifade etmiştir ($p>0.05$). Menapoza giren kontrol grubunda üç, vaka grubunda ise beş kadının HRT kullandığı ve yoğunluğunun 2 yıldan az süreyle bu tedaviyi aldığı belirlenmiştir. Vaka grubunda 14, kontrol grubunda ise iki kadın menapoz sonrası kanama şikayeti olduğunu belirtmiştir. Yapılan değerlendirmede, kadınların menapoz durumu ve HRT kullanma durumuna göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli ($p<0.05$) bulunurken, menapoz yaşı, HRT kullanım süresi ve menapoz sonrası kanama şikayeti durumuna göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak öneemsiz ($p>0.05$) bulunmuştur.

Tablo 4.7. Kadınların Jinekolojik Kanser Aşısından Bazı Bireysel Risk Faktörlerinin Kontrol ve Vaka Grubuna Göre Dağılımı

n=120

Bireysel Risk Faktörleri	Kontrol Grubu n=80		Vaka Grubu n=40		İstatistiksel Analiz
	S	%	S	%	
Sigara İçme Durumu					
İçiyor	22	27.5	7	17.5	$\chi^2=2.860^1$ $P=0.239$
İçip bıraktı	7	8.7	7	17.5	
Hiç içmedi	51	63.8	26	65.0	
Alkol Kullanma Durumu					
Kullanan	15	18.8	6	15.0	$\chi^2=0.065^2$
Kullanmayan	65	81.2	34	85.0	$P=0.799$
Çay Tüketme Durumu					
Var	74	92.5	34	85.0	$P=0.211^3$
Yok	6	7.5	6	15.0	
Kahve Tüketme Durumu					
Var	77	96.3	39	97.5	$P=1.000^3$
Yok	3	3.7	1	2.5	
Çalıştığı Ortamda Kimyasal Maddeye Maruz Kalma Durumu					
Var	20	25.0	2	5.0	$\chi^2=5.851^2$
Yok	60	75.0	38	95.0	$P=0.016$

¹Pearson ki kare testi²Continuity correction³Fisher exact testi

Tablo 4.7'de kadınların jinekolojik kanser açısından bazı bireysel risk faktörlerinin kontrol ve vaka grubuna göre dağılımı yer almaktadır. Sigara içme alışkanlığı incelendiğinde, kadınların çoğu (Vaka:%65.0; Kontrol:%63.8) daha önce hiç sigara içmediklerini belirtmişlerdir. Ayrıca kadınların önemli bir kısmı 6 yıldan daha uzun süredir sigara içtiği (Vaka:%78.6; Kontrol:%79.3) ve vaka grubundaki kadınların %71.4'ü, kontrol grubundaki kadınların %51.7'si günde 10 ve altında sigara içtiği saptanmıştır. Vaka grubundaki kadınların %15.0'i ve kontrol grubundaki kadınların %18.8'i alkol kullandıklarını; vaka grubunda iki, kontrol grubunda 10 kadının ayda bir kadeh alkol aldığı ve vaka grubundaki kadınlardan üç, kontrol grubundan 14 kadının 15 yıl ve altında alkol kullandıklarını

belirtmişlerdir. Kadınların önemli bir kısmı çay içiklerini (Vaka:%85.0; Kontrol:%92.5); vaka grubundaki kadınların %91.2'si, kontrol grubundaki kadınların %59.4'ü günde 3 bardak ve altında çay içiklerini ifade etmişlerdir. Kadınların tamamına yakını kahve içiklerini (Vaka:%97.5; Kontrol:%96.3) belirtmişlerdir. İçilen günlük kahve miktarı incelendiğinde, vaka grubundaki kadınların %71.8'inin ve kontrol grubundaki kadınların %72.8'inin günde 1-3 fincan arasında kahve içikleri saptanmıştır. Vaka grubundaki kadınların %5.0'i, kontrol grubundaki kadınların %25.0'i kimyasal maddeye maruz kaldıklarını; kontrol grubunda 11, vaka grubunda ise bir kadının fabrika ilaçlarına ve sigara dumanına maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir ($p<0.05$).

Kadınların çalıştığı ortamda kimyasal maddeye maruz kalma durumlarının vaka ve kontrol grubuna göre dağılımlarına yönelik yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki fark önemli bulunurken ($p<0.05$); sigara, alkol kullanımı ve çay, kahve tüketiminin vaka ve kontrol grubuna göre dağılımlarına yönelik yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki fark önemsiz ($p>0.05$) bulunmuştur.

Tablo 4.8. Kadınlardan Üreme Organı Kanserlerine Yönelik Obstetrik Risk Faktörlerinin Kontrol ve Vaka Grubuna Göre Dağılımı
n=120

Obstetrik Risk Faktörleri	Kontrol Grubu n=80		Vaka Grubu n=40		İstatistiksel Analiz
	S	%	S	%	
Gebelik Geçirme Durumu					
Var	57	71.3	39	97.5	$X^2=9.902^1$
Yok	23	28.7	1	2.5	$P=0.002$
Gebelik Sayısı					
1 gebelik	9	15.8	-	-	
2 gebelik	14	24.6	8	20.5	$X^2=7.970^2$
3 gebelik	12	21.0	9	23.1	$P=0.047$
4 ve üzeri gebelik	22	38.6	22	56.4	
Çocuk Sahibi Olma Durumu					
Var	57	71.3	38	95.0	$X^2=7.737^1$
Yok	23	28.7	2	5.0	$P=0.005$
Çocuk Sayısı					
1 çocuk	16	28.1	3	7.9	
2 çocuk	24	42.1	17	44.7	$X^2=6.582^2$
3 çocuk ve üzeri	17	29.8	18	47.4	$P=0.037$
İlk Gebelik Yaşı					
20 yaş altı	20	35.1	16	41.0	
20-24 yaş	25	43.9	21	53.8	$P=0.160^3$
25-29 yaş	7	12.3	2	5.2	
30 yaş ve üstü	5	8.7	-	-	
18 Yaş Altı Doğum					
Var	5	8.8	4	10.3	
Yok	52	91.2	35	89.7	$P=1.000^3$
35 Yaş Üstü Doğum					
Var	-	-	1	2.6	
Yok	57	100.0	38	97.4	$P=0.406^3$
İnfertilite Sorunu					
Var	11	18.6	3	7.7	$X^2=1.102^1$
Yok	48	81.4	36	92.3	$P=0.294$
Gebe Kalamamaya İlişkin Tedavi Alma Durumu					
Alan	10	90.9	3	100.0	
Almayan	1	9.1	-	-	$P=1.000^3$
Emzirme Durumu					
Var	54	94.7	36	94.7	$P=1.000^3$
Yok	3	5.3	2	5.3	
Emzirme Süresi					
12 ay ve altı emziren	40	74.1	31	86.1	$X^2=1.226^1$
13 ay ve üzeri emziren	14	25.9	5	13.9	$P=0.268$

Tablo 4.8'in Devamı

Obstetrik Risk Faktörleri	Kontrol Grubu n=80		Vaka Grubu n=40		İstatistiksel Analiz
	S	%	S	%	
Abortus Yaşama Durumu					
Var	33	57.9	30	76.9	$\chi^2=2.921^1$ $P=0.087$
Yok	24	42.1	9	23.1	
Abortus Sayısı					
1	23	69.7	16	53.3	$\chi^2=1.158^1$
2 ve üzeri	10	30.3	14	46.7	$P=0.282$
Abortus Sonrası Sorun Yaşama Durumu					
Var ⁴	6	18.2	2	6.7	$P=0.261^3$
Yok	27	81.8	28	93.3	

¹Continuity correction²Pearson ki kare testi³Fisher exact testi⁴Bu grubun içerisinde kanama (n:2), ağrı ve gerginlik (n:3), enfeksiyon (n:2) ve ikinci bir kürtaj (n:1) olanlar yer almaktadır.

Tablo 4.8'de kadınların üreme organı kanserlerine yönelik obstetrik risk faktörlerinin kontrol ve vaka grubuna göre dağılımı yer almaktadır. Kadınların önemli bir bölümü en az bir kez gebe kaldığını (Vaka:%97.5; Kontrol:%71.3) ifade etmişlerdir ($p<0.05$). Vaka grubundaki kadınların %76.9'u kontrol grubundaki kadınların ise %59.7'sinin üç ve daha fazla gebelikleri olduğu dikkat çekmektedir ($p<0.05$). Kadınların önemli bir kısmı çocuk sahibi olduğunu (Vaka:%95.0'i; Kontrol:%71.3) ifade etmişlerdir ($p<0.05$). Vaka grubundaki kadınların %47.4'ü, kontrol grubundaki kadınların %29.3'ü 3 çocuk ve üzerinde çocuk sahibi olduğunu belirtmişlerdir ($p<0.05$). Vaka grubundaki kadınların %41.0'i kontrol grubundaki kadınların %35.1'i ilk doğumlarını 20 yaşından önce yaptılarını belirtmişlerdir ($p>0.05$). Kadınların önemli bir kısmı 18 yaş altı doğum yapmadıklarını (Vaka:%89.7; Kontrol:% 91.2) ve son gebelik yaşlarına bakıldığından tamamına yakını 35 yaş ve üzerinde doğum yapmadıklarını ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Kadınların önemli bir kısmının infertilite sorunu yaşamadıkları (Vaka:%92.3; Kontrol:%82.8) belirlenmiştir ($p>0.05$). Vaka grubunda üç, kontrol grubunda ise 10 kadın infertilite tedavisi aldığı, çoğunuğunun ilaç tedavisi aldığı ve tedavinin 1

yıl ve üzeri olduğunu ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Kadınların önemli bir kısmı bebeklerini emzirdiklerini (Vaka:%94.7; Kontrol:%94.7) ve çoğunluğu (Vaka:%86.1; Kontrol:%74.1) 12 ay ve altı bebeklerini emzirdiklerini belirtmişlerdir ($p>0.05$). Kadınların abortus yaşama durumu değerlendirildiğinde, vaka grubundaki kadınların %76.9'u, kontrol grubundaki kadınların ise %57.9'ü kurtaj/düşüğü olduğunu ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Vaka grubundaki kadınların %53.3'ünün kontrol grubundaki kadınların %69.7'sinin en az bir kez kurtaj hikayesi olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Kadınların önemli bir kısmı kurtajlarını/ düşüklerini özel kliniklerde sonlandırdıklarını (Vaka:%76.7; Kontrol:%93.9) ve düşük sonrası sorun yaşamadıklarını (Vaka:%93.3; Kontrol:%81.8) belirtmişlerdir ($p>0.05$). Kurtaj/ düşük sonrası kadınların ağrı ve gerginlik, enfeksiyon, ikinci bir kurtaj ve kanama sorunlarını yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Yapılan değerlendirmede kadınların gebelik durumu, gebelik sayısı, çocuk sahibi olma durumu ve çocuk sayısı durumunun vaka ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Kadınların ilk gebelik yaşı, 18 yaş altı ve 35 yaş üzeri doğum, infertilite sorunu, infertilite tedavisi ve süresi, emzirme durumu, emzirme süresi, abortus yaşama durumu, abortus sayısı ve abortus sonrası sorun yaşama durumlarının vaka ve kontrol grupları arasındaki fark ise istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur.

**Tablo 4.9. Kadınların Üreme Organı Kanserlerine Yönelik Cinsel Yaşam İle
İlgili Risk Faktörlerinin Kontrol ve Vaka Grubuna Göre Dağılımı
n=120**

Cinsel Yaşama İlişkin Risk Faktörleri	Kontrol Grubu n=80		Vaka Grubu n=40		İstatistiksel Analiz
	S	%	S	%	
İlk Cinsel İlişki Yaşı					
18 yaş ve altı	25	35.7	17	43.6	$\chi^2=0.366^1$
19 yaş ve üzeri	45	64.3	22	56.4	$P=0.545$
Cinsel Partner Durumu					
Var	70	87.5	39	97.5	$P=0.097^2$
Yok	10	12.5	1	2.5	
Cinsel Partner Sayısı					
1	58	82.9	39	100.0	$P=0.004^2$
1'den fazla	12	17.1			
Eşte Prostat/Penis Kanseri Durumu					
Var	1	1.4			$P=1.000^2$
Yok	69	98.6	39	100.0	
Cinsel İlişki Sonrası Kanama Hikayesi					
Var	5	7.1	1	2.6	$P=0.417^2$
Yok	65	92.9	38	97.4	
CYBH Öyküsü					
Var	2	2.9			$P=0.536^2$
Yok	68	97.1	39	100.0	

¹Continuity correction

²Fisher exact testi

Tablo 4.9'da kadınların üreme organı kanserlerine yönelik cinsel yaşama ilişkin özelliklerinin kontrol ve vaka grubuna göre dağılımı yer almaktadır. Kadınların önemli bir kısmı 19 yaş ve üzerinde ilk cinsel ilişkilerini yaşadıklarını (Vaka:%56.4; Kontrol:%64.3) ve cinsel partnerlerinin olduğunu (Vaka:%97.5; Kontrol: %87.5'i) ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Kontrol grubundaki kadınların %17.2'si birden fazla cinsel partneri olduğunu ($p>0.05$) ve kontrol grubundaki kadınların %17.2'sinin geçmiş yaşıtlarında birden fazla cinsel partner olduğunu belirtmişlerdir ($p<0.05$). Araştırmaya katılan kadınlar eşlerinin tamamının sünnetli olduğunu ifade etmişlerdir. Kontrol grubunda bir kadının eşinin prostat kanseri olduğu, vaka grubundaki kadınların eşlerinin ise tamamının prostat/penis kanseri olmadığını belirtmişlerdir.

($p>0.05$). Kontrol grubundaki kadınların %7.1'i cinsel ilişki sonrası kanaması olduğunu, vaka grubundaki kadınların tamamı cinsel ilişki sonrası kanamalarının olmadığını ($p>0.05$), kontrol grubunda iki kadının CYBH öyküsü olduğu, vaka grubundaki kadınların ise tamamının CYBH öyküsü olmadığını ifade etmişlerdir ($p>0.05$). CYBH öyküsü olan kontrol grubundaki iki kadının, hangi enfeksiyona yakalandıklarını bilmediğini ifade ettikleri belirtilmiştir.

Yapılan değerlendirmede cinsel partner sayısına göre vaka ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak önemli, ilk cinsel ilişki yaşı, cinsel partner durumu, ește prostat/penis kanseri durumu, cinsel ilişki sonrası kanama hikayesi ve CYBH öyküsü durumlarına göre vaka ve kontrol grupları arasındaki fark ise istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur.

Tablo 4.10. Kadınların Ailelerinde Kanser Öyküsü Bulunma Durumu ve Kanser Tiplerinin Kontrol ve Vaka Grubuna Göre Dağılımı

n=120

Ailede Kanser Öyküsü ve Kanser Tipi	Kontrol Grubu n=80		Vaka Grubu n=40		İstatistiksel Analiz
	S	%	S	%	
Ailede Kanser Öyküsü					
Var	47	58.8	22	55.0	$X^2=0.038^1$ $P=0.845$
Yok	33	41.2	18	45.0	
Kanser Çeşitleri²					
Meme	11	23.4	8	36.4	
Endometrium	4	8.5	6	27.3	
Serviks	3	6.4	1	4.6	
Kolon	6	12.8	4	18.2	
Akciğer	19	40.4	8	36.4	
Mide	7	14.9	3	13.6	
Beyin	3	6.4	2	9.1	
Karaciğer	3	6.4	1	4.5	----
Lösemi	4	8.5	-	-	
Prostat	3	6.4	-	-	
Kulak	1	2.1	1	4.5	
Mesane	1	2.1	1	4.5	
Troid	-	-	2	9.1	
Gürtlak	2	4.2	-	-	
İlik	1	2.1	-	-	
Cilt	-	-	1	4.5	
Böbrek	-	-	1	4.5	

¹Continuity correction

²Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir. Yüzde deler n üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.10'da kadınların ailelerindeki kanser öyküsünün kontrol ve vaka grubuna göre dağılımı yer almaktadır. Vaka grubundaki kadınların %55.0'i, kontrol grubundaki kadınların %58.8'i ailesinde kanser öyküsü olduğunu ifade etmişlerdir. Kadınların ailede kanser öyküsü durumunun vaka ve kontrol grubuna göre dağılımlarına yönelik yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Kadınların ailelerinde görülen kanser çeşitleri değerlendirildiğinde meme kanseri (Vaka:%36.4; Kontrol:%23.4), akciğer kanseri (Vaka: %36.4; Kontrol: %40.4) ve kolon kanseri olduğu (Vaka:%18.2; Kontrol:%12.8) belirtilmiştir. Vaka grubundaki kadınların %27.3'nün ailesinde endometrium kanser öyküsü olduğu dikkat çekmektedir.

Tablo 4.11. Kadınların Endometrium Kanserine Yönelik Risk Faktörlerinin Kontrol ve Endometrium Kanser Vaka Grubuna Göre Dağılımı

n=102

Tanımlayıcı Özellikler	Kontrol Grubu n=80		Endometrium Kanseri Grubu n=22		İstatistiksel Analiz
	S	%	S	%	
Yaş					
59 yaş ve altı	78	97.5	15	68.2	$P=0.000^1$
60 yaş ve üzeri	2	2.5	7	31.8	
Beden Kitle İndeksi					
24.9 ve altı	48	60.0	8	36.4	$X^2=0.104^2$ $P=0.747$
25 ve üzeri	32	40.0	14	63.6	
Erken Menarş					
11 yaş ve altı	8	10.0	4	18.2	$P=0.284^1$
12 yaş ve üzeri	72	90.0	18	81.8	
Adet Düzeni					
Düzenli	49	61.3	12	54.5	$X^2=2.997^2$ $P=0.083$
Düzensiz	31	38.7	10	45.5	
Kanama Bozuklukları					
Var	61	76.3	20	90.9	$P=0.232^1$
Yok	19	23.7	2	9.1	
Ağrılı Adet Görme					
Var	39	48.8	15	68.2	$X^2=1.893^2$ $P=0.169$
Yok	41	51.2	7	31.8	
Akıntı Özelliği					
Normal	38	47.5	16	72.7	$X^2=3.453^2$ $P=0.063$
Anormal	42	52.5	6	27.3	
Pelvik Radyasyon Alma Durumu					
Var	14	17.5	7	31.8	$P=0.149^1$
Yok	66	82.5	15	68.2	
Kronik Hastalık Durumu					
Var	14	17.5	14	63.6	$X^2=16.198^2$ $P=0.000$
Yok	66	82.5	8	36.4	
Üreme Organlarına Yönelik Hastalık Durumu					
Var	25	31.3	14	63.6	$X^2=6.354^2$ $P=0.012$
Yok	55	68.7	8	36.4	
Karin Bölgesinde Şişlik, Ağrı ve Sertlik Hissi					
Var	7	8.7	5	22.7	$P=0.127^1$
Yok	73	91.3	17	77.3	

**Tablo 4.11'in
Devamı**

Tanımlayıcı Özellikler	Kontrol Grubu n=80		Endometrium Kanseri Grubu n=22		İstatistiksel Analiz
	S	%	S	%	
Memede ya da Başka Organda Kanser Öyküsü					
Var	-	-	7	31.8	
Yok	80	100.0	15	68.2	P=0.000¹
Menapoz Durumu					
Var	5	6.2	22	100.0	
Yok	75	93.8	-	-	X²=73.174² P=0.000
Geç Menapoz					
51 yaş ve altı	5	100.0	17	77.3	
52 yaş ve üzeri	-	-	5	22.7	
HRT Kullanım Durumu					
Var	3	60.0	3	13.6	
Yok	2	40.0	19	86.4	P=0.056¹
Menapoz Sonrası Kanama Durumu					
Var	2	40.0	14	63.6	
Yok	3	60.0	8	36.4	P=0.370¹
Sigara İçme Durumu					
İçiyor	22	27.5	5	22.7	
İçmiyor	58	72.5	17	77.3	X²=0.031² P=0.860
Çalıştığı Ortamda Kimyasal Maddeye Maruz Kalma Durumu					
Var	20	25.0	2	9.1	
Yok	60	75.0	20	90.9	P=0.147¹
Gebelik Durumu					
Var	57	71.3	21	95.5	
Yok	23	28.7	1	4.5	X²=4.354² P=0.037
İnfertilite Sorunu					
Var	11	18.6	1	4.5	
Yok	48	81.4	21	95.5	P=0.165¹
Ailede Kanser Öyküsü					
Var	47	58.8	12	54.5	
Yok	33	41.2	10	45.5	X²=0.012² P=0.912

¹Fisher exact testi

²Continuity correction

Tablo 4.11'de kadınların endometrium kanserine yönelik risk faktörlerinin kontrol ve endometrium kanser vaka grubuna göre dağılımı yer almaktadır.

Araştırmaya katılan endometrium kanserli kadınların %31.8'inin, kontrol grubunda sadece iki kadının 60 yaş ve üzerinde olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Araştırmaya katılan kadınların BKİ değerlendirildiğinde, vaka grubundaki kadınların %63.6'sı, kontrol grubundaki kadınların ise %40.0'ı hafif şişman ve birinci derece şişman oldukları ($p>0.05$); vaka grubunda 4, kontrol grubunda 8 kadının erken menarş oldukları saptanmıştır ($p>0.05$). Vaka grubundaki kadınların %45.5'i, kontrol grubundaki kadınların %38.7'si adet düzensizliği şikayetleri olduğunu ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Kadınların önemli bir kısmı (Vaka:%90.9; Kontrol:%76.3) kanama bozuklukları olduğunu ($p>0.05$) ve en fazla menoraji (Vaka:%86.4; Kontrol:%43.8) ve metroraji (Vaka:%31.8; Kontrol:%31.3) şeklinde kanama sorunları yaşadıklarını belirtmişlerdir. Endometrium kanserli kadınların %68.2'sinin, kontrol grubundaki kadınların %48.8'inin adet döneminde ağrı problemi yaşadıklarını ($p>0.05$); kontrol grubundaki kadınların %52.5'nin, vaka grubundaki altı kadının akıntı özelliğinin anormal olduğunu ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Vaka grubunda yedi, kontrol grubunda 14 kadın pelvik radyasyon aldığı ($p>0.05$), vaka grubundaki kadınların %31.8'i, kontrol grubundaki kadınların ise %17.5'i kronik hastalıkları olduğunu belirtmişlerdir ($p<0.05$). Vaka grubunda yedi kadının diyabet, 13 kadının hipertansiyonu olduğu, kontrol grubunda ise üç kadının hipertansiyonu olduğu belirlenmiştir.

Vaka grubundaki kadınların %63.6'sı, kontrol grubundaki kadınların %31.3'ü üreme organlarına yönelik hastalık geçirdiklerini ifade etmişlerdir ($p<0.05$). Kadınların üreme organlarına yönelik en fazla myom (Vaka:%31.8; Kontrol:%6.3) ve yumurtalık kisti (Vaka:%22.5; Kontrol:%25.0) geçirdiklerini belirtmişlerdir. Vaka grubunda beş, kontrol grubunda yedi kadın karın bölgesinde ağrı ve sertlik hissi olduğunu ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Endometrium kanserli yedi kadının meme ya da başka organlarda kanser öyküsü olduğu, kontrol grubundaki kadınlarda ise herhangi bir kanser öyküsü olmadığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Vaka grubundaki kadınların tamamı, kontrol grubunda ise beş kadının menapozda olduğu ($p<0.05$), endometrium kanserli beş kadının geç menapoza girdiği (52 yaş ve üzeri) tespit edilmiştir ($p>0.05$). Vaka ve kontrol grubunda üçer kadının HRT aldığı ($p>0.05$), vaka ve kontrol grubunda HRT alan tüm kadınların 2 yıl ve daha az süre ile HRT aldıkları belirlenmiştir. Vaka grubunda 14, kontrol grubunda ise iki kadın menapoz sonrası belirlenmiştir.

kanama şikayeti olduğunu ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Sigara içme alışkanlığı incelendiğinde, endometrium kanserli kadınların %22.7'sinin, kontrol grubundaki kadınların %27.5'inin sigara içtiği ($p>0.05$), kontrol grubunda 20, vaka grubunda iki kadının çalıştığı ortamda kimyasal maddeye maruz kaldığını ($p>0.05$) ve en çok maruz kalınan kimyasallar sigara dumanı, fabrika ve tarım ilaçları olduğu belirlenmiştir. Kadınların önemli bir bölümünün gebeliği olduğu (Vaka:%95.5; Kontrol:%71.3) saptanmıştır ($p<0.05$). Endometrium kanserli kadınlarda bir, kontrol grubunda ise 11 kadın infertilite sorunu yaşadıklarını ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Tabloda gösterilmeyen ancak araştırmada elde edilen bulgulara göre vaka grubunda bir, kontrol grubunda ise 10 kadın infertilite tedavisi aldığı, bu tedaviyi vaka grubunda bir, kontrol grubunda beş kadının 1 yıl ve üzeri süreyle aldıkları belirlenmiştir. Vaka grubundaki kadınların %54.5'i, kontrol grubundaki kadınların %58.8'i ailesinde kanser öyküsü olduğunu ifade etmişlerdir ($p>0.05$).

Kadınların yaş, kronik hastalık durumu, üreme organlarına yönelik hastalık durumu, meme ya da başka organda kanser öyküsü olan, menapoz ve gebelik durumlarının vaka ve kontrol grubuna göre dağılımlarına yönelik yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki fark önemli ($p<0.05$) bulunmuştur. Kadınların BKİ değerleri, erken menarş, adet düzeni, kanama bozuklukları, ağrılı adet görme, akıntı özelliği, pelvik radyasyon alma, karın bölgesinde şişlik, ağrı ve sertlik hissinin olması, geç menapoz, HRT kullanımı, menapoz sonrası kanama, sigara içme, çalıştığı ortamda kimyasal maddeye maruz kalma, infertilite ve ailede kanser öyküsü durumlarının ise vaka ve kontrol grubuna göre dağılımlarına yönelik yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki fark önemsiz ($p>0.05$) bulunmuştur.

Tablo 4.12. Kadınların Over Kanserine Yönelik Risk Faktörlerinin Kontrol ve Over Kanser Vaka Grubuna Göre Dağılımı

n=94

Tanımlayıcı Özellikler	Kontrol Grubu n=80		Over Kanseri Grubu n=14		İstatistiksel Analiz
	S	%	S	%	
Yaş					
39 yaş ve altı	65	81.3	-	-	
40 yaş ve üzeri	15	18.8	14	100.0	P=0.000 ¹
Beden Kitle İndeksi					
24.9 ve altı	48	60.0	7	50.0	X ² =0.165 ²
25 ve üzeri	32	40.0	7	50.0	P=0.684
Adet Düzeni					
Düzenli	49	61.3	8	57.1	X ² =0.000 ²
Düzensiz	31	38.7	6	42.9	P=1.000
Kanama Bozuklukları					
Var	61	76.3	11	78.6	P=1.000 ¹
Yok	19	23.7	3	21.4	
OKS Kullanımı					
Var	22	27.5	4	28.6	P=1.000 ¹
Yok	58	72.5	10	71.4	
OKS Kullanım Süresi					
5 yıldan az	17	77.3	4	100.0	P=0.555 ¹
5 yıldan fazla	5	22.7	-	-	
Kronik Hastalık Durumu					
Var	14	17.5	8	57.1	P=0.003 ¹
Yok	66	82.5	6	42.9	
Üreme Organlarına Yönelik Hastalık Durumu					
Var	25	31.3	4	28.6	
Yok	55	68.7	10	71.4	P=1.000 ¹
Erken Menapoz					
40 yaş altı	1	20.0	2	14.3	P=1.000 ¹
40 yaş ve üzeri	4	80.0	12	85.7	
HRT Kullanım Durumu					
Var	3	60.0	1	7.1	P=0.037 ¹
Yok	2	40.0	13	92.9	
Sigara İçme Durumu					
İçiyor	22	27.5	1	7.1	
İçmiyor	58	72.5	13	92.9	P=0.176 ¹

**Tablo 4.12'nin
Devamı**

Tanımlayıcı Özellikler	Kontrol Grubu n=80		Over Kanseri Grubu n=14		İstatistiksel Analiz
	S	%	S	%	
Alkol Kullanma Durumu					
Kullanan	15	18.8	2	14.3	P=1.000 ¹
Kullanmayan	65	81.2	12	85.7	
Kahve Tüketme Durumu					
Var	77	96.3	13	92.9	P=0.481 ¹
Yok	3	3.7	1	7.1	
Çalıştığı Ortamda Kımyasal Maddeye Maruz Kalma Durumu					
Var	20	25.0	-	-	P=0.036 ¹
Yok	60	75.0	14	100.0	
İnfertilite Sorunu					
Var	11	18.6	2	14.3	P=1.000 ¹
Yok	48	81.4	12	85.7	
İnfertiliteye İlişkin Tedavi Alma Durumu					
Alan	10	90.9	2	100.0	P=1.000 ¹
Almayan	1	9.1	-	-	
Emzirme Durumu					
Var	54	94.7	13	100.0	P=1.000 ¹
Yok	3	5.3	-	-	
Emzirme Süresi					
12 ay ve altı emziren	40	74.1	12	92.3	P=0.268 ¹
13 ay ve üzeri emziren	14	25.9	1	7.7	
Ailedede Kanser Öyküsü					
Var	47	58.8	7	50.0	X ² =0.101 ²
Yok	33	41.2	7	50.0	P=0.751

¹Fisher exact testi

²Continuity correction

Tablo 4.12'de kadınların over kanserine yönelik risk faktörlerinin kontrol ve over kanser vaka grubuna göre dağılımı yer almaktadır. Vaka grubundaki kadınların tamamı, kontrol grubundaki kadınların %18.8'i 40 yaş ve üzerindedir ($p<0.05$). Over kanserli kadınların %50.0'sinin, kontrol grubundaki kadınların ise %40.0'ının hafif şişman ve birinci derece şişman oldukları belirlenmiştir ($p>0.05$). Vaka grubundaki kadınların %42.9'u, kontrol grubundaki kadınların ise %38.7'si adet düzensizlikleri

olduğunu ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Kadınların önemli bir kısmı kanama bozuklukları (Vaka:%78.6; Kontrol:%76.3) olduğunu ve en fazla menoraji ve metroraji şeklinde kanama sorunları yaşadıklarını belirtmişlerdir. Vaka grubundaki kadınların %28.6'sı, kontrol grubundaki kadınların %27.5'i OKS kullandıklarını ($p>0.05$); OKS kullanan vaka grubundaki kadınların tamamı, kontrol grubunun ise %77.3'ü 5 yıldan daha az süre ile OKS kullandıklarını ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Kadınların kullandıkları OKS'nin içeriği hakkında bilgi veremedikleri için bu konuya ilişkin veri toplanamamıştır.

Vaka grubunda sekiz, kontrol grubunda ise 14 kadının kronik hastalığı olduğu ($p<0.05$), vaka grubunda en çok beş kadında hipertansiyon, üç kadında diyabet, kontrol grubunda ise en çok üç kadında hipertansiyon olduğu belirlenmiştir. Vaka grubundaki kadınların %28.6'sı, kontrol grubundaki kadınların %31.3'ü üreme organları ile ilgili hastalık geçirdiklerini ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Kadınlarda en çok myom ve yumurtalık kisti görülmüştür. Menapoza giren vaka grubunda bir, kontrol grubunda üç kadının HRT aldığı ($p<0.05$), vaka ve kontrol grubundaki kadınların tamamı 2 yıl ve daha az süreyle HRT tedavisi aldığı belirlenmiştir. Vaka grubunda bir, kontrol grubunda ise 22 kadın sigara içiklerini ($p>0.05$), kadınların az bir kısmı alkol aldığı (Vaka:%14.3; Kontrol:%18.8), önemli bir kısmı ise kahve tüketiklerini (Vaka:%92.9; Kontrol:%96.3) ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Kontrol grubundaki kadınların %25.0'nin çalıştığı ortamda kimyasal maddeye maruz kaldıklarını, vaka grubundaki kadınların tamamının ise kimyasal maddeye maruz kalmadıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir ($p<0.05$). Vaka grubunda iki, kontrol grubunda 11 kadının infertilite sorunu yaşadıklarını ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Vaka grubunun tamamı, kontrol grubundaki 10 kadının gebe kalamamaya ilişkin tedavi aldılarını belirtmişlerdir ($p>0.05$). Vaka grubundaki kadınların tamamı (Vaka:%100.0), kontrol grubundaki kadınların ise tamamına yakını (Kontrol:%94.7) bebeklerini emzirdiklerini ($p>0.05$) ve önemli bir kısmı bebeklerini 12 ay ve altında emzirdiklerini (Vaka:%92.3; Kontrol:%74.1) ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Kadınların yarısından fazlası ailelerinde kanser öyküsü olduğunu (Vaka:%92.3; Kontrol:%74.1) belirtmişlerdir ($p>0.05$). Kontrol grubundaki kadınlar ailesinde en fazla meme, akciğer, mide ve kolon kanserleri, vaka grubunda ise meme, akciğer ve kolon kanserleri görüldüğünü ifade etmişlerdir.

Yapılan analizde yaş, kronik hastalık durumu, HRT kullanımı, çalıştığı ortamda kimyasal maddeye maruz kalma durumunun vaka ve kontrol grupları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Kadınların BKİ değerleri, adet düzeni, kanama bozuklukları, OKS kullanım ve süresi, üreme organlarına yönelik hastalık durumu, erken menapoz, sigara içme, alkol kullanma, kahve tüketme, infertilite ve infertilite tedavisi alma, emzirme ve emzirme süresi ve ailede kanser öyküsü durumlarının ise vaka ve kontrol grubuna göre yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki fark önemsiz bulunmuştur.

Tablo 4.13. Kadınların Serviks Kanserine Yönelik Risk Faktörlerinin Kontrol ve Serviks Kanser Vaka Grubuna Göre Dağılımı

n=84

Tanımlayıcı Özellikler	Kontrol Grubu n=80		Serviks Kanseri Grubu n=4		İstatistiksel Analiz
	S	%	S	%	
Yaş					
44 yaş ve altı	70	87.5	-	-	P=0.131 ¹
45 yaş ve üzeri	10	12.5	4	100.0	
Gelir Durumu					
Yüksek	45	55.6	4	100.0	P=0.137 ¹
Düşük	35	43.8	-	-	
İç Çamaşırını Değiştirme Sıklığı					
Günde 1 kez	58	72.5	4	100.0	P=0.569 ¹
Günde 2 ve üzeri kez	22	27.5	-	-	
Kullanılan İç Çamaşırının Özelliği					
Pamuklu	57	71.2	3	75.0	P=1.000 ¹
Diğer	23	28.8	1	25.0	
Erken Menarş					
11 yaş ve altı	8	10.0	-	-	P=1.000 ¹
12 yaş ve üzeri	72	90.0	4	100.0	
Pap Smear Testi					
Yaptırdı	35	43.8	4	100.0	P=0.043 ¹
Yaptırmadı	45	56.2	-	-	
Pap Smear Sonucu					
Normal	26	74.3	1	25.0	P=0.078 ¹
Anormal	9	25.7	3	75.0	
HPV Aşısı Bilme Durumu					
Bilen	38	47.5	1	25.0	P=0.620 ¹
Bilmeyen	42	52.5	3	75.0	
HPV Aşısı Yaptırma Durumu					
Yaptıran	-	-	-	-	-
Yaptırmayan	80	100.0	4	100.0	
Rahim Ağzına Yönelik Sorun Yaşama					
Var	12	15.0	2	50.0	P=0.128 ¹
Yok	68	85.0	2	50.0	
OKS Kullanımı					
Var	22	27.5	1	25.0	P=1.000 ¹
Yok	58	72.5	3	75.0	
OKS Kullanım Süresi					
5 yıldan az	17	77.3	1	100.0	P=1.000 ¹
5 yıldan fazla	5	22.7	-	-	

**Tablo 4.13'ün
Devamı**

Tanımlayıcı Özellikler	Kontrol Grubu n=80		Serviks Kanseri Grubu n=4		İstatistiksel Analiz
	S	%	S	%	
Sigara İçme Durumu					
İçiyor	22	27.5	1	25.0	P=1.000 ¹
İçmiyor	58	72.5	3	75.0	
Gebelik Durumu					
Var	57	71.3	4	100.0	P=0.571 ¹
Yok	23	28.7	-	-	
Gebelik Sayısı					
2 gebelik ve altı	23	40.4	2	50.0	P=1.000 ¹
3 gebelik ve üzeri	34	59.6	2	50.0	
İlk Gebelik Yaşı					
20 yaş ve altı	31	54.4	2	50.0	P=1.000 ¹
21 yaş ve üstü	26	45.6	2	50.0	
Çocuk Sahibi Olma Durumu					
Var	57	71.3	4	100.0	P=0.571 ¹
Yok	23	28.7	-	-	
Çocuk Sayısı					
2 çocuk ve altı	40	70.2	2	50.0	P=0.582 ¹
3 çocuk ve üzeri	17	29.8	2	50.0	
18 Yaş Altı Doğum					
Var	5	8.8	1	25.0	P=0.346 ¹
Yok	52	91.2	3	75.0	
35 Yaş Üstü Doğum					
Var	-	-	-	-	
Yok	57	100.0	4	100.0	
İlk Cinsel İlişki Yaşı					
18 yaş ve altı	25	35.7	2	50.0	P=0.620 ¹
19 yaş ve üzeri	45	64.3	2	50.0	
Cinsel Partner Sayısı					
1	58	82.9	4	100.0	P=1.000 ¹
1'den fazla	12	17.1	-	-	
Cinsel İlişki Sonrası Kanama Hikayesi					
Var	5	7.1	-	-	P=1.000 ¹
Yok	65	92.9	4	100.0	
Abortus Yaşama Durumu					
Var	33	57.9	3	75.0	P=0.638 ¹
Yok	24	42.1	1	25.0	
CYBH Öyküsü					
Var	2	2.9	-	-	P=1.000 ¹
Yok	68	97.1	4	100.0	

¹Fisher exact testi

Tablo 4.13'de kadınların serviks kanserine yönelik risk faktörlerinin kontrol ve serviks kanser vaka grubuna göre dağılımı yer almaktadır. Vaka grubundaki kadınların tamamı, kontrol grubundaki kadınların %12.5'i 45 yaş ve üzerindedir ($p>0.05$). Vaka grubundaki kadınların tamamı, kontrol grubundaki kadınların ise %55.6'sı gelir durumlarını "yüksek" olarak ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Vaka grubundaki kadınların tümü, kontrol grubundaki kadınların %72.5'i günde bir kez iç çamaşırlarını değiştirdiklerini ($p>0.05$) ve önemli bir kısmı pamuklu iç çamaşırları kullandıklarını (Vaka:%75.0; Kontrol:%71.2) belirtmişlerdir ($p>0.05$). Araştırmaya katılan kontrol grubundaki sekiz kişi erken menarşa (11 yaş ve altı) girdiklerini ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Vaka grubundaki kadınların tamamı (%100.0), kontrol grubundaki kadınların ise %43.8'inin pap smear testini yaptırdıklarını ($p<0.05$), vaka grubunda üç, kontrol grubunda ise dokuz kadın pap smear sonuçlarının "anormal" çıktığını ifade ettikleri belirlenmiştir ($p>0.05$). 'Anormal' ifadesi pap smear sonucu enfeksiyon ve HPV (+) olanlar için kullanılmıştır. Vaka grubunda iki, kontrol grubunda ise 12 kadının rahim ağzına yönelik sorun yaşadıkları ve bu kadınların tamamının rahim ağzında erezyon sorunu yaşadıkları belirlenmiştir ($p>0.05$). Kontrol grubundaki kadınların %27.5'i, vaka grubunda ise bir kadın OKS kullandıklarını ($p>0.05$), kontrol grubundaki kadınların %22.7'si 5 yıl ve üzerinde, vaka grubundaki bir kadın ise 5 yıldan az süre ile OKS kullandıklarını ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Vaka grubunda bir, kontrol grubunda ise 22 kadının sigara içikleri belirlenmiştir ($p>0.05$).

Vaka grubunun tamamı, kontrol grubunun %71.3'ü en az birkez gebelik geçirdiklerini ifade etmişlerdir. Kadınların önemli bir kısmının 3 ve üzeri gebelikleri olduğu (Vaka:%50.0; Kontrol:%59.6) ($p>0.05$) ve 20 yaş ve altında gebe kaldıkları (Vaka:%50.0; Kontrol:%54.4) belirlenmiştir ($p>0.05$). Kontrol grubundaki kadınların %29.8'i, vaka grubunda ise iki kadının 3 ve üzeri çocuğu olduğu tespit edilmiştir ($p>0.05$). Vaka grubunda bir, kontrol grubunda beş kadının 18 yaş altında doğum yaptıkları ($p>0.05$), 35 yaş ve üzerinde doğum yapan kadının olmadığı belirlenmiştir. Vaka grubundaki kadınların %50.0'si, kontrol grubundaki kadınların %35.7'si 18 yaş ve altında ilk cinsel ilişkilerini yaşadıklarını ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Kontrol grubundaki 12 kadının cinsel partner sayısının birden fazla olduğu ve beş kadının

cinsel ilişki sonrası kanama sorunu yaşadığı ($p>0.05$), vaka grubunun tamamının ise cinsel partner sayısının bir olduğu ve cinsel ilişki sonrası kanama sorunu yaşamadıkları belirlenmiştir. Kontrol grubundaki kadınların %57.9'u, vaka grubunda ise üç kadının abortus sorunu yaşadıkları, kontrol grubunda 10, vaka grubunda ise bir kadın birden fazla abortusları olduğunu ifade etmişlerdir. Abortus sonrası özellikle ağrı sorunu yaşadıklarını belirtmişlerdir. Serviks kanseri vaka grubunda cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü olmadığı, kontrol grubunda ise 2 kadının cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü olduğunu belirtmiştir ($p>0.05$).

Yapılan analizde yaş, gelir durumu, iç çamaşırını değiştirmeye sikliği, kullanılan iç çamaşırın özelliği, erken menarş, pap smear sonucu, HPV aşısı bilme ve HPV aşısı yaptırmaya durumu, rakim ağzına yönelik sorun yaşama, OKS kullanımı ve kullanım süresi, sigara içme, gebelik durumu, ilk gebelik yaşı ve gebelik sayısı, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sayısı, 18 yaş altı ve 35 yaş üzeri doğum, ilk cinsel ilişki yaşı, cinsel partner sayısı, cinsel ilişki sonrası kanama hikayesi, abortus yaşama ve CYBH öyküsü durumlarının vaka ve kontrol grupları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Kadına özgü jinekolojik kanserler mortalite ve morbiditeye sebep olan toplum sağlığını etkileyen bir sağlık sorunudur. Hemşirenin de rol alacağı birinci basamak sağlık hizmetlerinde, jinekolojik kanserlerden (endometrium, over ve serviks kanserleri) korunma ve erken tanıda, risk faktörlerinin ve riskli grupların belirlenmesi gerekmektedir. Tarama çalışmaları ve kişilere sağlıklı yaşam alışkanlığı kazandırmada toplum eğitim programlarının planlanması, jinekolojik kanserlere yönelik mortalite ve morbidite hızlarının azaltılmasında öncelikli yaklaşımalar arasında yer almaktadır. Endometrium, over ve serviks kanserlerinde risk faktörlerinin belirlenmesi ve buna yönelik tarama ve erken tanı yöntemlerinin uygulanması son derece önemlidir.

Bu çalışmada endometrium, over ve serviks kanseri tanısı almış toplam 40 kadında ve herhangi bir kanser tanısı almamış 80 kadında endometrium, over ve serviks kanserlerine yönelik risk taraması yapılmıştır. Literatürde, endometrium kanseri açısından pek çok risk faktörleri belirtilmektedir. Bu risk faktörleri yaş, obesite, diyabet, hipertansiyon, nulliparite, erken menarş, geç menapoz, polikistik over sendromu, sigara, hormon salgılayan tümörler, karşılıksız estrojen replasman tedavisi, diyet ve beslenme tarzi, heredite, meme ya da over kanser öyküsü, tamoksifen ve pelvik radyoterapidir (Amant et al., 2005; İnanç, 2000; Linkov et al., 2008; Purdie, 2003; Rieck and Fiander, 2006; Sheffler, 2010; Taşkın ve diğerleri, 2008; Ulukuş, 2005; <http://www.cancer.org/downloads/PED/Cancer%20Prevention%20and%20Early%20Detection%20Worksheet%20or%20Women.pdf>).

Çalışmamızda endometrium kanserleri için en fazla görülen risk faktörü ailede kanser öyküsünün olmasıdır. Vaka grubundaki kadınların %54.5'i kontrol grubundaki kadınların ise %58.8'i ailelerinde kanser öyküsü olduğunu belirtmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.11). Endometrium kanserinde genetliğin rolü açık olarak tanımlanamamıştır. Literatürde, ailenin birkaç üyesinde meme ya da kolon kanseri olmasının, endometrium kanserine yakalanma riskini artırdığı vurgulanmaktadır (Ulukuş, 2005). Bağışmez'in çalışmasında endometrium kanser grubunda ailede kanser varlığı %34,6; kontrol grubunda %9,7 olarak tespit edilmiştir (Bağışmez, 2005). Endometrium kanserinin kesin ailevi geçişçi tanımlanmamasına karşın

çalışmamızda kontrol grubunda da ailesel risk faktörünün kadınların yarısından fazlasında bulunmasından dolayı, dikkatli bir öykü alınarak diğer risk faktörleri ile birlikte kadının değerlendirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Endometrium kanserinde diğer bir risk faktörü yaşıdır. Endometrium kanseri genellikle 40 yaşın üzerindeki kadınlarda görülmektedir. 45 yaşından sonra insidansı artmakta, 60 yaşa doğru maksimum düzeye ulaşmakta ve sonra hafifçe düşmektedir. Endometrium kanserlerinin ortalama görülme yaşı 61'dir (Özsoy, 2007; Pelerin and Finan, 2005; Purdie, 2003). Çalışmamızda endometrium, over ve serviks kanserli vaka grubundaki kadınların %95'i, kontrol grubundaki kadınların %17.5'i 41 yaş ve üzeri olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$), (Tablo 4.1). Çalışmamızda endometrium kanserli vaka grubunda yedi, kontrol grubunda iki kadının 60 yaş ve üzerinde olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Tablo 4.11). Özpak'ın çalışmasında endometrium kanser grubunda yaş ortalaması 64.95 ± 8.59 olarak saptanmıştır (Özpak, 2005). Fistonic ve arkadaşlarının, postmenopozal kanaması olan hastalar ile yaptıkları çalışmada endometriyal kanser grubunda yaş ortalamasının 62 olduğu, endometriyal atrofi grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (Fistonic et al., 1997). Çalışmamızda vaka grubu için yaşın önemli bir risk teşkil ettiği, özellikle vaka grubundaki kadınların 41 yaş ve üzerinde olması kadınların jinekolojik kanserler açısından risk grubu olabileceğini düşündürmektedir. Kontrol grubunda yaş dağılıminin daha genç yaş grubundamasına bağlı olarak risk faktörü açısından önemli bir değişken olmadığı düşünülmektedir. Ancak kontrol grubundaki kadınların sadece endometrium değil over ve serviks kanserlerini önlemeye yönelik eğitimlerin verilmesi ve farkındalıklarının artırılmasının önemli olduğu düşünülmektedir..

Obezite, endometrium kanserinde önemli bir risk faktörü olarak belirtilmektedir. Post menopozal obez kadınların daha yüksek oranda endojen östrostjene sahip oldukları bilinmektedir. Ayrıca obezitede seks hormon bağlayıcı globulin (SHBG) azalmaktadır, bu da östrojenin miktarını artırmaktadır (Amant et al., 2005). Çalışmamızda endometriumi over ve serviks kanser tanısı almış vaka grubunun %60.0'ı, kontrol grubunun ise %40.0'ı BKİ değerleri 25 ve üzeri olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Tablo 4.1). Çalışmamızda BKİ değerlendirildiğinde; endometrium kanserli vaka grubundaki kadınların %63.6'sı, kontrol grubundaki

kadınların ise %40.0'ı 25 ve üzeri (hafif şişman ve birinci derece şişman) olarak belirlenmiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.11). Çalışmamızda endometrium kanserli vaka grubunda sekiz, kontrol grubunda ise 12 kadının BKİ değeri 30 ve üzerinde yani obez grubunda olduğu belirlenmiştir. Özpak'ın çalışmasında, kontrol grubunun BKİ ortalaması 29.92 ± 5.1 iken, endometriyal kanser grubunun BKİ ortalaması 31.87 ± 5.19 bulunmuştur ($p>0.05$) (Özpak, 2005). Başeğmez'in çalışmasında, endometrium kanser grubunun BKİ ortalaması kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek bulmuştur. (Başeğmez, 2005). Mahboubi ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; 10-13 kg fazla kilosu olan kadınlarda endometrium kanser riskinin 3 kat, 13 kg'nun üzerinde fazla kilosu olanlarda riskin 9-10 kat arttığı belirlenmiştir (Mahboubi, Eyler and Wynder, 1982). Çalışmamızda vaka grubunda 8, kontrol grubunda 12 kadının şişman ya da obez olduğu, bu açıdan vaka ve kontrol grubundaki kadınların fazla kilolarını vermeleri ve kilo almalarını önleyecek önlemlerin alınması gerektiğini göstermektedir.

Endometrium kanseri açısından diğer bir risk faktörü kronik hastalıklardır. Bunlar içerisinde özellikle diyabet ve hipertansiyon yer almaktadır. Diyabet ile endometrial kanser ilişkisi; artmış östrojen seviyelerine, hiperinsülinemiye veya insülin benzeri büyümeye faktörüne (IGF-I) bağlı olduğu belirtilmektedir (Başeğmez, 2005). Yapılan çalışmalarla diyabetin endometrial kanser açısından istatistiksel açıdan önemli bir risk faktörü oluşturmadığı saptanmıştır (Özpak, 2005; Şahin, 2009). Obezite sıklıkla diyabet ile birlikte bulunmakta ve yaşın ilerlemesi ile hipertansiyon riski artmaktadır. Bu nedenle bu risk faktörlerinin her birisinin birbirini provake ettiği düşünülmekte ve halen bu konuya ilişkin tartışmalı görüşler yer almaktadır (Başeğmez, 2005; Özpak, 2005; Şahin, 2009). Çalışmamızda endometrium, over ve serviks kanser tanısı almış vaka grubundaki kadınların %60.0'ı, kontrol grubundaki kadınların %17.5'i kronik hastalıkları olduklarını ifade etmişlerdir ($p<0.05$), (Tablo 4.4). Çalışmamızda endometrium kanserli vaka grubundaki kadınların %63.6'sının, kontrol grubundaki kadınların %17.5'inin kronik hastalığı olduğu; vaka grubunda 13, kontrol grubunda üç kadının hipertansiyon hastası olduğu, vaka grubunda yedi kadın ise diabeti olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Tablo 4.11). Shoff ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, endometrium kanser riskinin sadece obez diyabetik kadınlarda arttığı belirtilmiştir (Shoof et al.,

1998). Albayrak'ın çalışmasında endometrium kanserli vaka grubunda kadınların %46,4'ünün hipertansiyon tanısı ile tedavi aldığı belirlenmiştir (Albayrak, 2006). Özpak'ın yaptığı çalışmada diyabet görülme oranı kontrol grubunda %18.0 iken, endometrium kanser grubunda %20.0 olarak saptanmıştır (Özpak, 2005). Albayrak'ın çalışmasında hipertansiyon görülmeye oranı kontrol grubunda %55.0 iken, endometrium kanser grubunda bu oran %65.0 olarak belirlenmiştir (Albayrak, 2006). Göründüğü gibi, hem literatürde yer alan araştırma sonuçları hem de bu çalışma sonuçları özellikle de vaka grubundaki kadınlarda diabet, hipertansiyon ve obezitenin birlikte bulunmasının endometrial kanser açısından risk faktörü olduğunu ve buna bağlı olarak kontrol grubundaki riskli kadınların bu yönde izlenmeleri gerektiğini göstermektedir.

Sigara içimi, kanserlerde risk faktörü olarak gösterilirken, endometrium kanserinde riski azalttığı vurgulanmaktadır. Sigara kandaki östrojen düzeyini düşürmeye ve nikotinin karaciğerde östrojen metabolizmasını hızlandırarak endometrium kanser riskini azalttığı belirtilmektedir (Büyükkınacı, 2008). Çalışmamızda endometrium, over ve serviks kanserli vaka grubundaki kadınların %17.5'i, kontrol grubundaki kadınların ise %27.5'inin hala sigara içikleri belirlenmiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.7). Çalışmamızda endometrium kanserli vaka grubunda beş, kontrol grubunda ise 22 kişinin sigara içtiği belirlenmiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.11). Özpak'ın çalışmasında, postmenapozal kanaması olan kadınlarda sigara kullanımının fazla olduğunu ve sigaranın endometrium kanser riskini azaltan bir faktör olduğu sonucuna varılmıştır (Özpak, 2005). Çalışmamızda kontrol grubunda dört kadından birisinin sigara içtiği, yapılan çalışmalarda endometrium kanser riskini azaltan bir faktör olarak gösterilse de diğer kanserlerde ve sigaranın kadın sağlığına getirdiği olumsuz etkiler göz önüne alındığında sigara içmenin her ne nedenle olursa olsun desteklenmemesi gereği düşünülmektedir.

Endometrium kanserlerinde “geç menapoz” diğer bir risk faktöridür. 52 yaşından sonra menopoza giren kadınların daha fazla östrojen uyarısına maruz kalması nedeniyle endometrium kanser riski artmaktadır (Ulukış, 2005). Çalışmamızda endometrium, over ve serviks kanserli vaka grubundaki kadınların %97.5'inin, kontrol grubunda ise beş kadının menapoza girdiklerini ifade etmişlerdir ($p<0.05$), (Tablo 4.6). Çalışmamızda endometrium kanserli vaka grubunda beş

kadının 52 yaş ve üzerinde menapoza girdiği, kontrol grubunda ise yaş aralığının küçük olmasının etkisiylede geç menapoza giren kadın olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.11). Özpak'ın belirttiğine göre, Elwood ve Cole çalışmalarında 52 yaşından sonra doğal menopoza giren kadınlarda endometrium kanseri riskinin, 49 yaşından önce menopoza giren kadınlara göre 2,4 kat fazla olduğunu bildirmiştir (Özpak, 2005). Bruchim ve arkadaşları postmenopozal kanamalı kadınlar ile yaptıkları çalışmada menapoz süresinin 15 yıl ve üzerinde olan kadınlar arasında endometrium kanser insidansının %21.4 olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Bruchim et al., 2004). Çalışmamızda kontrol grubunda geç menapoza giren kadın sayısının olmaması, vaka grubunda çok az nedeniyle geç menapoz çalışmamızda bir risk faktörü olarak değerlendirilmemiştir

Endometrium kanseri açısından diğer bir risk faktörü “menapoz sonrası kanamalar”dır. Özellikle postmenopozal dönemde oluşan uterin kanamaların %30'unun nedeni karsinoma olduğu belirtilmektedir (Amant et al., 2005; Purdie, 2003; Takin, 2009). Çalışmamızda, vaka grubundaki kadınlarda 14, kontrol grubundaki kadınlarda iki kadın menapoz sonrası kanaması olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.11). Özpak'ın çalışmasında kontrol grubunda postmenopozal kanama ortalaması 2.55 ± 3.26 iken, endometrium kanser grubunda postmenopozal kanama ortalaması 7.45 ± 5.79 olarak tespit etmiştir (Özpak, 2005). Çalışmamızda kontrol grubundaki iki kadın post menapozal dönemde kanaması olması nedeniyle vaka grubundaki kadınların endometrium kanseri açısından değerlendirilmesi ve kontrol grubundaki kadınların bu konuda bilgilendirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Jinekolojik kanserler arasında en yüksek mortaliteye sahip olan kanser türü over kanseridir. Over kanserinde risk faktörleri; yaş, aile öyküsü, gebelik, geç menarj, erken menapoz, infertilite ve infertilite ilaçları, yüksek sosyo-ekonomik düzey, oral kontraseptif kullanımı, hormon replasman tedavisi, endometriozis, obezite, diyet, sigara ve alkol, emzirme, çevresel ve mesleki toksinlere maruz kalmadır (Hana & Adams, 2006; İnanç, 2000; Salehi et al., 2008; Taşkın ve diğerleri, 2008; <http://www.cancer.org/downloads/PED/Cancer%20Prevention%20and%20Early%20Detection%20Worksheet%20or%20Women.pdf>, <http://whealthdev.nci.nih.gov/planning/whr0506/whr05-06.pdf>). Amerikan Kanser Derneği'nin 2010 yılı

verilerine göre Amerika'da 21.880 kadının yeni over kanser tanısı aldığı, 13.850 kadının ise over kanserinden öldüğü bildirilmiştir (www.cancer.org/downloads/STT/Cancer_Facts_and_figures_2010.pdf). Çalışmamızda over kanseri açısından en önemli risk faktörü “ailede kanser öyküsü” olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda endometrium, over ve serviks kanserli vaka grubundaki kadınların %55.0'i, kontrol grubundaki kadınların %58.8'inin ailesinde kanser öyküsü olduğu ($p>0.05$), (Tablo 4.10), over kanserli vaka grubundaki kadınların %50.0'si, kontrol grubundaki kadınların %58.8'i ailesinde kanser öyküsü olduğunu ifade etmiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.12). Literatürde, aile hikayesinin over kanseri gelişiminde önemli bir risk faktörü olduğu vurgulanmakta ve over kanseriyle ilgili tanımlanmış üç tip sendrom belirtilmektedir. Bunlar ailesel over kanseri, herediter meme- over kanseri ve nonpolipozis kolorektal kanser sendromlarıdır (Lynch et al., 2009; Salehi et al., 2008). Gün'ün over kanseri olan kadınlarla vaka-kontrol olarak yaptığı çalışmasında, ailede kanser öyküsü ile over kanseri arasında istatistikî açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuş ve vaka grubunda yer alan bir kadının üç kız kardeşinde de over kanseri olduğu belirlenmiştir (Gün, 2006). Negri ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, over kanseri riski ailesinde mide kanseri olanlarda 1.5 kat, bağırsak kanseri olanlarda 1.7 kat, akciğer kanseri olanlarda 1.3 kat, göğüs kanseri olanlarda 2.3 kat, lenfoma olanlarda 2.3 kat daha fazla bulunmuştur (Negri et al., 2003). Çalışmamızda over kanserli vaka grubundaki kadınların yarısı, kontrol grubundaki kadınların ise yarısından fazlasında ailesinde kanser öyküsü bulunmasından dolayı kontrol grubundaki kadınların over kanseri açısından ailesel risk taşıdıkları, bu nedenle de over kanseri yönünden araştırılması gereği ve kadınların bu konuda bilinçlendirilmesinin ve farkındalıklarının artırılmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Vaka grubundaki kadınların ise ailesinde kanser öyküsü olmayan kadınların over kanserine yönelik taranmaları gerektiği düşünülmektedir.

Over kanserinde diğer bir risk faktörü infertilite ve buna yönelik ilaç kullanılmasıdır. İnfertilitenin over kanseri riskini artırdığı saptanmıştır. Bunun nedeninin patolojik kökenli mi, genetik geçişli mi yoksa ovulasyon indüksiyonunda kullanılan ilaçlardan mı kaynaklandığı tam olarak bilinmemektedir (Brinton et al., 2004; Rossing et al., 2004). Çalışmamızda endometrium, over ve serviks kanserli vaka grubunda üç, kontrol grubunda ise 11 kadının infertil olduğu ($p>0.05$), (Tablo

4.8); over kanserli vaka grubunda iki, kontrol grubunda 11 kişinin infertilite sorunu yaşadıkları belirlenmiştir ($p>0.05$),(Tablo 4.12). Çalışmamızda infertil sorunu yaşıan 12 kadının infertilite sorununa yönelik tıbbi tedavi aldıkları belirlenmiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.12). Çalışmamızda kontrol grubundaki kadınların yaklaşık beşte birinin infertil sorunu olduğu, ancak yapılan çalışmalarda da görüldüğü gibi infertilite ve fertilité ilaçlarını kullanan kadınların over kanseri olması nedeniyle over kanseri yönünden tarama programlarına katılmalarının ve risk faktörleri konusunda bilinçlendirilmelerinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Yapılan araştırmalarda oral kontraseptif (OKS) kullanılmasının ovulasyonu kesintiye uğratarak over kanser riskini azalttığı vurgulanmaktadır (Berkman, 2007). Kullanım süresi arttıkça, daha fazla oranda over kanser riski azalmaktadır (Moorman et al., 2008; Salehi et al., 2008). Çalışmamızda endometrium, over ve serviks kanserli vaka grubundaki kadınların %32.5'i, kontrol grubundaki kadınların ise %27.5'i OKS kullandığını ($p>0.05$) (Tablo 4.3); over kanserli vaka grubunda dört, kontrol grubunda ise 22 kadının OKS kullandıklarını ifade etmiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.12). Çalışmamızda kontrol grubundaki sadece beş kadının OKS kullanım süresi 5 yıl ve üzeridir ($p>0.05$) (Tablo 4.12). Greggi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, hiç oral kontraseptif kullanmayanlarda over kanseri riskinin arttığı belirlenmiştir (Greggi et al., 2000). Ness ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, hiç oral kontraseptif kullanan kadınlarda over kanseri riskinin %40 azaldığı ve kullanım süresinin artmasıyla bu riskin giderek azaldığı belirtilmiştir (Ness et al., 2000). Pınar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada over kanser tanısı alanların %80.3'ünün OKS kullanmadıkları tespit edilmiştir (Pınar ve diğerleri, 2008). Çalışmamızda kontrol grubunda yaklaşık 3 kadından ikisinin OKS kullanmaması nedeniyle over kanseri açısından risk altında olduğu düşündürmektedir.

Over kanserinde diğer bir risk faktörü sigara kullanımıdır. Sigara içme ile over kanseri arasındaki ilişki açık olmamakla birlikte, tütün dumanında bulunan reaktif benzo(a)piren metabolitlerinin granuloza-lutein hücrelerde ve oositlerde DNA hasar riskini artttığı bilinmektedir. Bu genotoksik mekanizma tütün dumanının over kanseri riskini artttığı biyolojik mekanizmayı göstermektedir (Salehi et al., 2008). Çalışmamızda vaka grubunda bir, kontrol grubunda 22 kadının sigara içikleri belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.12). Schouten ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada

sigara içmenin over kanserinin musinöz tipinde riski artırdığı diğer over kanseri türleri için bir ilişki bulunmadığı belirlenmiştir (Schouten et al., 2003). Gren ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da sigara içmenin over kanserinin musinöz ve borderline tipinde riski artırdığı saptanmıştır (Gren et al., 2001). Gün'ün yaptığı çalışmada ise sigara ve alkol kullanımı ile over kanseri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Gün, 2006). Çalışmamızda kontrol grubunda kadınlardan üçte birinin sigara içmesi, bu nedenle kadınların hem over kanseri, hem diğer kanser risklerine yönelik farkındalıklarının artırılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Over kanserinde kadının yaşı önemli risk faktörüdür. Over kanseri her yaşta görülmekte birlikte 40 yaşın üzerindeki kadınları daha fazla etkilemektedir (Taşkın, 2009). Çalışmamızda vaka grubundaki over kanserli kadınların tamamının, kontrol grubundaki 15 kadının 40 yaş ve üzerinde olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$), (Tablo 4.12). Gün'ün yaptığı çalışmada, over kanserli kadınarda ortalama tanı alma yaşı 56.19 ± 13.64 ; Ness ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise, kadınların 45-54 yaşı arasında olduğu belirtilmiştir (Gün, 2006; Ness et al., 2000). Çalışmamızda vaka grubundaki kadınların tamamının 40 yaş üzerinde olması yaşın over kanserinde önemli bir risk faktörü olduğunu, kontrol grubundaki kadınların ise yaklaşık beşte birinin bu yaş grubunda olması kadınların bu risk faktörüne yönelik dikkatlerinin çekilmesi ve rutin kontrolleri yaptırmalarının önemli olduğunu göstermektedir.

Over kanserlerinde diğer bir risk faktörü çalışılan ortamda kimyasal maddeye maruz kalınmasıdır. Özellikle asbest/deri tozuna fazla miktarda maruz kalındığında over kanser insidansı ve mortalitesi önemli derecede artabilmektedir. Magnezyum silikat (pudra), en sık kullanılan perineal tozdur. Talk asendan yolla genital kanala geçerek over kanser riskini artırabilecegi belirtilmiştir (Berkman, 2007; Edmondson & Monaghan, 2001; Salehi et al., 2008). Shields ve arkadaşları İsveç'te yaptıkları çalışmada, kuru temizleme, telgraf, telefon işi, kağıt paketleme, grafik ve yazım işleri ile uğraşan kişilerde over kanseri riskinin arttığını göstermişlerdir (Shields et al., 2002). Çalışmamızda endometrium, over ve serviks kanserli vaka grubundaki iki kadının çalıştığı ortamda kimyasal maddeye maruz kaldıklarını belirtmişlerdir ($p<0.05$), (Tablo 4.7). Çalışmamızda kontrol grubundaki kadınların %25.0'nin çalıştığı ortamda kimyasal maddeye maruz kaldıkları belirlenmiştir ($p<0.05$), (Tablo 4.12). Kadınların en çok maruz kaldığı kimyasallar sigara dumanı, tarım ilaçları ve

fabrikadaki ilaçlarıdır. Ancak literatürde belirtilen kimyasallarla doğrudan ilişkili değildir. Kadınların over kanser riskini artıran kimyasallara yönelik bilgilendirmeleri ve farkındalıklarının artırılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Obezite, tüm kanserlerde olduğu gibi over kanserlerinde de önemli bir risk faktörüdür. Obez hastalarda kanser ilişkisi dolaşımındaki östrojen düzeyinin yükselmiş olmasına bağlanmaktadır (Olsen et al., 2007; Salehi et al., 2008). Çalışmamızda vaka grubundaki kadınların %50.0'si, kontrol grubundaki kadınların %40.0'nın BKİ değeri 25 ve üzeri (hafif şişman ve birinci derece şişman) olarak belirlenmiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.12). Vaka grubunda 5, kontrol grubunda 12 kadının obez olduğu belirlenmiştir. Purdie ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada artmış over kanser riskinin obezite ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Purdie et al., 2001). Kuper ve arkadaşlarının 2002 yılında yaptığı çalışmada boy, kilo ve BKİ'nin premenopozal kadınlar ile over kanseri riski arasında pozitif bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Kuper et al., 2002). Çalışmamızda vaka ve kontrol grupları içerisinde obez olan kadınların riskli olarak değerlendirilmelerinin ve bu kadınların farkındalıklarının artırılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Serviks kanserinde vaka sayısı yeterli olmadığından dolayı, kontrol grubundaki kadınlar serviks kanseri açısından değerlendirilmektedir. Ancak çalışmamızda endometrium, over ve serviks kanserli vaka grubundaki kadınların %27.5'i, kontrol grubundaki kadınların %43.8'i gelirlerinin düşük olduğunu ifade etmişlerdir ($p>0.05$), (Tablo 4.1). Çalışmamızda endometrium, over ve serviks kanserli vaka grubundaki kadınların %80'i, kontrol grubundaki kadınların ise %43.8'i pap smear testi yaptırdığı ($p<0.05$), (Tablo 4.4), vaka grubundaki kadınların %85.0'i, kontrol grubundaki kadınların %72.5'i iç çamaşırlarını günde bir kez değiştirdiklerini belirtmişlerdir ($p>0.05$), (Tablo 4.2). Endometrium, over ve serviks kanserli vaka grubundaki kadınların %32.5'i, kontrol grubundaki kadınların %27.5'i OKS kullandıklarını ifade etmişlerdir ($p>0.05$), (Tablo 4.3). Vaka grubundaki kadınların %65.0'i, kontrol grubundaki kadınların %52.5'i HPV aşısını bilmediklerini ($p>0.05$), (Tablo 4.4) belirtmişlerdir. Endometrium, over ve serviks kanserli vaka grubundaki kadınların %76.9'u, kontrol grubundaki kadınların %57.9'u abortus durumu yaşadıklarını ifade etmişlerdir ($p>0.05$), (Tablo 4.8) Serviks kanseri açısından risk

faktörleri; yaş, viral enfeksiyonlar, sigara, parite, erken yaşta cinsel ilişki, cinsel partner sayısı, uzun süre oral kontraseptif kullanımı, beslenme ve diyet alışkanlıklarları, sosyo-ekonomik durum ve kötü genital hijyen alışkanlıklarıdır (Ho et al., 2004; Hughes, 2009; İnanç, 2000; Taşkın ve diğerleri, 2008). Bunlar içerisinde yer alan erken yaşta cinsel aktivite ve cinsel partner sayısı serviks kanseri açısından en önemli risk faktörleri arasındadır. Çalışmamızda endometrium, over ve serviks kanserli vaka grubundaki kadınların %43.6'sı, kontrol grubundaki kadınların %35.7'si ilk cinsel ilişkilerini 18 yaş ve altında yaşadıkları belirtmişlerdir ($p>0.05$), (Tablo 4.9). Çalışmamızda kontrol grubunda 25 kadın ilk cinsel ilişkilerini 18 yaş ve altında yaşadıkları ve kadınların yaklaşık beşte birinin cinsel partner sayısının birden fazla olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir. Kamaluddin'in, serviks kanseri olan kadınlar arasında yaptığı retrospektif çalışmada, hastaların %64'ünün 20 yaşından önce evlendiği ve %58'inin 4'ten fazla gebeliğinin olduğu tespit edilmiştir (Kamaluddin, 1999). Türkdemir yaptığı araştırmada da kadınların birden fazla partnerinin olmasının serviks kanserini anlamlı düzeyde artırdığını saptanmıştır (Türkdemir, 2003). Çalışmamızda yapılan analiz sonucunda erken yaşta cinsel ilişkiye başlayan ve partner sayısı fazla olan kadınların serviks kanseri açısından bilgilendirilmesi ve farkındalıklarının artırılması gerekliliğinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Serviks kanserinde diğer bir risk faktörü hijyendir. Perine ve menstürasyon hijyeninin yeterli ve doğru biçimde uygulanmaması genito-üriner enfeksiyonlar yönünden risk oluşturmaktadır. Literatürde bu enfeksiyonların erken dönemde belirlenmemesi ve zamanında gerekli önlemlerin alınmaması ile enfeksiyonun üreme organlarında ilerlemesine, infertilite ve serviks kanserine yol açabileceği belirtilmektedir (Blythe, Fortenberry and Orr, 2003). Pınar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, serviks kanseri açısından kötü hijyenin önemli bir risk faktörü olduğu ve serviks kanserli kadınların %33.3'ünün hijyen yetersizliği olduğunu belirtmiştir (Pınar ve diğerleri, 2008). Çalışmamızda endometrium, over ve serviks kanser tanısı almış vaka grubundaki kadınların %85.0'i, kontrol grubundaki kadınların %72.5'i iç çamaşırlarını günde bir kez değiştirdiklerini, vaka grubundaki kadınların %80.0'i, kontrol grubundaki kadınların ise %71.2'si sadece pamuklu iç çamaşırını kullandıklarını ifade etmişlerdir ($p>0.05$), (Tablo 4.2). Çalışmamızda kontrol grubundaki kadınların yaklaşık üçte birinin günde bir kez iç çamaşırlarını

değiştirdiklerini, kontrol grubundaki kadınların üçte birinin pamuklu iç çamaşır kullanmadığı belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda serviks kanserinde hijyen yetersizliği önemli bir risk faktörü olduğu, kadınların özellikle menarş olduktan sonra hijyen alışkanlığı, ped kullanımı ve değiştirme sıklığı, perine temizliği konularında bilgilerinin ve farkındalıklarının artırılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Serviks kanserinin en önemli risk faktörü HPV enfeksiyonu'dur (Kuşcu ve Dursun, 2010). Çalışmamızda kontrol grubundaki "1" kadında HPV bulunduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda HPV'nin serviks kanserleri üzerine önemli bir etkisi bulunmaktadır (Kjellberg et al., 2000; Yoshikawa et al., 1999). HPV olgunlaşmamış servikal hücrelerin nukleuslarındaki DNA'yı değiştirir. Değişik partnerlerden gelen spermin ilavesi ile neoplazik değişikliğin başlaması kolaylaşır ve sonuçta displazi görülür (Disaia and Creasman, 2003; İnanç, 2000; Taşkın, 2009). HPV aşısı ise serviks sekresyonundan nötralizan antikor miktarını artırarak, virüsün serviksten içeri girmesini immunolojik olarak önlemektedir (Arvas, 2010). Eren'in (2007) çalışmasında, polikliniğe başvuran yaşıları 22-68 arasında değişen kadınlarda pap smear testi sonucunda %45.9'unda HPV (+) olarak saptanmıştır (Eren, 2007). Koyuncu yapmış olduğu çalışmada, 88 kadında pap smear sonucuna göre %19.3'ünde HPV DNA'sı (+) olarak belirlenmiştir (Koyuncu, 2006). Çalışmamızda kontrol grubundaki kadınlarda HPV'nin serviks kanserinde risk değişkeni olmadığı, ancak HPV serviks kanserinde önemli bir risk faktörü olduğu ve kadınların özellikle serviks kanserine yönelik risk taramalarını (pap smear testlerini) yaptırmaları ve HPV aşısı yaptırmaları konusunda farkındalıklarının artırılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Serviks kanserinde diğer bir risk faktörü sigara içmektir. Sigarada bulunan nikotin servikal hücrelere yaptığı kimyasal etki, servikal displaziye neden olmaktadır (<http://www.acog.org>). Çalışmamızda endometrium, over ve serviks kanserli vaka grubundaki kadınların %17.5'i, kontrol grubundaki kadınların ise %27.5'i sigara içiklerini belirtmişlerdir ($p>0.05$), (Tablo 4.7). Çalışmamızda kontrol grubundaki kadınların %27.5'inin sigara içtiği belirlenmiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.13). Dönmez'in çalışmasında, araştırmaya katılan kadınların %47.5'nin sigara içikleri veya sigarayı bırakmış olduğu belirtilmiştir ($p<0.05$) (Dönmez, 2007). Çalışmamızda kontrol

grubunda dört kadından birisi sigara içmekte, sigaranın diğer sistemlere yaptığı olumsuz etkinin yanı sıra serviks kanserine olumsuz etkisi yönünden kadınların bu konuda farkındalıklarının artırılmasının önemli olduğunu düşünülmektedir.

Serviks kanserlerinde diğer bir risk faktörü üç ve üzerindeki doğumlardır. Çok doğum yapan kadınlarda serviksin hipertrofiye uğramasına ve erken yassı epitel metaplasisi gelişmesinin serviks kansersine neden olabileceği öne sürülmektedir (Kjelberg et al., 2000). Çalışmamızda kadınlara doğum şekli sorgulanmamıştır. Çalışmamızda endometrium, over ve serviks kanserli vaka grubundaki kadınların %97.5'i, kontrol grubundaki kadınların %71.3'ünü gebelik geçirdiği ($p<0.05$) (Tablo 4.8), vaka grubundaki kadınların %79.5'i, kontrol grubundaki kadınların %59.6'sı 3 ve üzeri gebelik sayısı olduğunu ifade etmişlerdir ($p<0.05$), (Tablo 4.8). Çalışmamızda kontrol grubundaki kadınların %59.6'sının gebelik sayılarının 3 ve üzerinde olduğu belirlenmiştir. Wang ve Lin yaptıkları araştırmada, 4 ve üzeri vajinal doğum ile 2 ve üzeri düşük yapmanın servikal intraepitelyal neoplazi için önemli risk faktörleri olduğunu saptamışlardır (Wang and Lin, 1996). Çalışmamızda kontrol grubunun yarıdan fazlasının 3 ve üzeri doğum yaptıkları, kadınların 3 ve üzeri fazla olan doğumların serviks kanseri açısından risk olduğu, kadınların bu konuda farkındalıklarının ve özellikle aile planlaması konusunda eğitilm almalarının önemli olduğu düşünülmektedir.

Serviks kanserinde OKS'lerin uzun süre kullanılması risk faktörü olarak belirtilmektedir (Singh and Oehler, 2010). OKS'lerin 5 yıldan az kullanımın riski arttırmadığı, ancak 5-9 yıl kullanımın riski 2.72 kat, 10 yıl ve üzeri kullanımın riski 4.40 kat arttığı tespit edilmiştir (Güner ve Taşkıran, 2007). Çalışmamızda kontrol grubundaki kadınların yaklaşık beşte birinin OKS kullanımı 5 yıldan az süre ile kullandığı belirlenmiştir. Türkdemir'in yaptığı çalışmada, OKS kullanan kadınların serviks kanserleri risk puanlarının hiçbir yöntem kullanmayanlara göre yüksek olduğunu ($p<0.05$) belirlenmiştir (Türkdemir, 2003). Çalışmamızda yapılan analizler sonucunda OKS'nin serviks kanserinde risk faktörü olmadığı, ancak kontrol grubunda dört kadından birinin OKS kullanması, kadınların bu risk faktörüne yönelik dikkatlerinin çekilmesi ve farkındalıklarının artırılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda serviks kanseri açısından kontrol grubundaki kadınların yaş (%12.5), gelir durumu (%43.8), erken menarş (%10), rahim ağzına yönelik sorun yaşama (%15), postcoital kanama (%7.1) gibi etkenler belirlenmiştir. Literatüre göre bu etkenlerin serviks kanseri açısından risk faktörleri olduğu belirtilmektedir. Bu risk faktörleri açısından kadınların bilgilendirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Sonuç olarak, bu çalışmada endometrium kanserinde yaş, kronik hastalık durumu, üreme organlarına yönelik hastalık durumu, meme ya da başka organlarda kanser öyküsü ve menapoz döneminde olmak, over kanserinde ise yaş, kronik hastalık durumu, HRT almak ve çalıştığı ortamda kimyasal maddeye maruz kalmak, serviks kanserinde ise pap smear testi yaptırmamak risk faktörleri olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin endometrium, over ve serviks kanserlerini önlemeye yönelik eğitim ve danışmanlık vermelerinin ve farkındalıklarının artırılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Araştırmada elde ettigimiz sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

6.1.1. Vaka ve Kontrol Grubundaki Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

Vaka grubundaki kadınların %75.0'inin 41-64 yaş arasında olduğu, kontrol grubundaki kadınların ise %82.5'inin 40 yaş ve altında olduğunu belirlenmiştir. Kadınların yaş ortalaması ise 40.3 ± 14.6 olarak saptanmıştır. Vaka grubundaki kadınların yaş ortalaması 55.3 ± 10.5 iken kontrol grubundaki kadınların yaş ortalaması ise 32.8 ± 9.8 olarak belirlenmiştir. Yapılan önemlilik testinde, yaş gruplarının dağılımı açısından gruplararası istatistiksel açıdan fark önemli bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.1). Kadınların çoğunluğunun evli (Vaka: %82.5; Kontrol: %75.0), herhangi bir işte çalışmadığı (Vaka: %45.0; Kontrol: %62.5) ve gelir düzeylerini orta olarak algıladıkları (Vaka: %67.5; Kontrol: %52.5) belirlenmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 4.1). Vaka grubundaki kadınların % 35.0'inin, kontrol grubundaki kadınların %66.3'ünün Lefkoşa'da yaşadığı saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.1).

Vaka grubundaki kadınların %37.5'i, kontrol grubundaki kadınların %58.8'inin lise ve üzeri eğitim aldığı belirlenmiştir ($p < 0.05$) (Tablo 4.1). Vaka grubundaki kadınların %37.5'inin normal, %37.5'inin de 30-39.9 arasında (birinci derece şişman) olduğu; kontrol grubundaki kadınların %58.8'inin 18.5-24.9 arasında (normal kilolu) olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.1).

6.1.2. Hijyen Özelliklerine İlişkin Bazı Değişkenlerin Endometrium, Over ve Serviks Kanserlerine Etkisi

Vaka grubundaki kadınların %85.5'inin, kontrol grubundaki kadınların %72.5'inin iç çamaşırlarını günde bir kez değiştirdikleri ve çoğunluğunun pamuklu

iç çamaşırı kullandıkları (Vaka:%80.0; Kontrol:%71.2) ($p>0.05$) ve günlük ped kullanmadıkları (Vaka:%33.3; Kontrol:%98.7) ($p<0.05$) belirlenmiştir (Tablo 4.2). Kontrol grubundaki kadınların %76.0’ı, vaka grubunda ise sadece bir kişinin adet kanaması sırasında hijyenik ped kullandıkları belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.2). Kadınların önemli bir kısmının banyolu ayakta yaptıkları (Vaka:%65.0; Kontrol:%77.5) ve çoğunluğu 2 günde bir ve üzeri banyo yaptıklarını (Vaka:%60.0; Kontrol:%55.0) ifade etmişlerdir ($p>0.05$) (Tablo 4.2).

6.1.3. Jinekolojik Özelliklerine İlişkin Bazı Değişkenlerin Endometrium, Over ve Serviks Kanserlerine Etkisi

Kadınların önemli bir kısmı 12 yaşından sonra adet gördüğü (Vaka:%77.5; Kontrol:%80.0) ($p>0.05$) ve vaka grubundaki kadınların %42.5’inin, kontrol grubundaki kadınların ise %38.8’inin adet düzensizliği şikayetleri olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.3). Vaka grubundaki kadınların %82.5’inin kontrol grubundaki kadınların %76.3’ünün kanama bozuklukları olduğu ($p>0.05$) ve önemli bir kısmı menoraji (Vaka:%75.0; Kontrol:%43.8) sorunu yaşadıkları tespit edilmiştir (Tablo 4.3). Vaka grubundaki kadınların %67.5’inin, kontrol grubundaki kadınların %48.8’inin adet döneminde ağrı problemi yaşadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.3). Vaka grubundaki kadınların %72.5’inin, kontrol grubundaki kadınların %47.5’inin akıntı özelliğinin normal olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Vaka grubundaki kadınların %32.5’inin, kontrol grubundaki kadınların %27.5’inin OKS kullandığı belirlenmiştir. Vaka grubundaki kadınların %84.6’sının, kontrol grubundaki kadınların %77.3’ünün beş yıldan az süre ile OKS kullandığı belirlenmiştir. Yapılan önemlilik testinde, OKS kullanımı ve OKS kullanım süresi durumuna göre gruplararası fark önemsiz ($p>0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.3).

6.1.4. Pap Smear Yaptırma, HPV Aşısı Bilme, Pelvik Radyasyon Alma ve Kronik Hastalık Durumlarının Endometrium, Over ve Serviks Kanserlerine Etkisi

Vaka grubundaki kadınların %80.0’ı pap smear testi yaptırdıklarını ifade ederken, kontrol grubunda bu oran %43.8’dır ($p<0.05$). Pap smear testi yaptıran kadınların çoğu smear sonuçlarının normal çıktığını (Vaka:%81.3; Kontrol:%74.3) ifade etmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.4). Kadınların yarısından fazlasının HPV aşısı hakkında bilgi sahibi (Vaka:%65.0; Kontrol:%52.5) olmadıklarını ifade etmişlerdir ($p>0.05$) (Tablo 4.4). Vaka grubundaki kadınların %27.5’inin pelvik bölgede ışın tedavisine maruz kaldıkları belirlenmiştir ($p>0.05$).

Kadınların kronik hastalık durumu değerlendirildiğinde vaka grubundaki kadınların %40.0’ı kontrol grubundaki kadınların %82.5’i kronik hastalığı olmadığını belirtmiştir. Kronik hastalığı bulduğunu ifade eden vaka grubundaki kadınların %79.2’si hipertansiyon, %45.8’i diyabet hastası olduğunu, kontrol grubundaki kadınların ise %21.4’ü hipertansiyon hastası olduğunu ifade etmişlerdir ($p<0.05$) (Tablo 4.4).

6.1.5. Üreme Organlarına Yönelik Bazı Özelliklerin Endometrium, Over ve Serviks Kanserlerine Etkisi

Kadınların üreme organları ile ilgili hastalık durumu değerlendirildiğinde çoğu hastalığı olmadığını (Vaka:%52.5; Kontrol:%68.8) ifade etmişlerdir. Üreme organları ile ilgili kadınlar over kisti (Vaka:%47.3; Kontrol:%80.0), myom (Vaka:%42.1; Kontrol:%20.0) ve rahim iç tabakasında hücre artışı hastalıklarını (Vaka:%26.3) geçirdiklerini belirtmişlerdir ($p>0.05$) (Tablo 4.5). Vaka grubundaki kadınların %55.0’inde endometrium kanseri, %35.0’inde over kanseri, %10.0’nunda ise serviks kanseri olduğu saptanmıştır. Kadınların önemli bir kısmı karın bölgesinde ağrı, sertlik hissi olmadığını (Vaka:%82.5; Kontrol:%91.3) ve rahim ağzına yönelik yara/başka bir sorun yaşamadıklarını (Vaka:%92.5; Kontrol:%85.0) ifade etmişlerdir ($p>0.05$) (Tablo 4.5). Vaka grubundaki kadınların %22.5’inde meme ya da başka

organlarda kanser öyküsü olduğu ve %66.7'sinde meme kanseri olduğu belirtilmektedir ($p<0.05$) (Tablo 4.5).

6.1.6. Menapoz İle İlgili Bazı Özelliklerin Endometrium, Over ve Serviks Kanserlerine Etkisi

Kadınların menapoza girme durumu değerlendirildiğinde vaka grubundaki kadınların %97.5'inin menapoz döneminde olduğu, kontrol grubundaki kadınların %93.8'inin ise henüz menapoza girmedikleri belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.6). Kadınların çoğu 36-49 yaşları arasında menapoza girdiklerini (Vaka:%53.8'i; Kontrol:%80.0'i) ifade etmiştir ($p>0.05$). Menapoza giren kontrol grubunda üç, vaka grubunda ise beş kadının HRT kullandığı ($p<0.05$) ve yoğunluğunun 2 yıldan az süreyle bu tedaviyi aldığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Vaka grubunda 14, kontrol grubunda ise iki kadın menapoz sonrası kanama şikayeti olduğunu belirtmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.6).

6.1.7. Jinekolojik Kanser Açısından Bazı Bireysel Risk Faktörlerinin Endometrium, Over ve Serviks Kanserlerine Etkisi

Sigara içme alışkanlığı incelendiğinde, kadınların çoğu (Vaka:%65.0; Kontrol:%63.8) daha önce hiç sigara içmediklerini belirtmişlerdir. Ayrıca kadınların önemli bir kısmı 6 yıldan daha uzun süredir sigara içtiği (Vaka:%78.6; Kontrol:%79.3) ve vaka grubundaki kadınların %71.4'ü, kontrol grubundaki kadınların %51.7'si günde 10 ve altında sigara içtiği saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7). Vaka grubundaki kadınların %15.0'i ve kontrol grubundaki kadınların %18.8'i alkol kullandıklarını; vaka grubunda iki, kontrol grubunda 10 kadının ayda bir kadeh alkol aldığı ve vaka grubundaki kadınlardan üç, kontrol grubundan 14 kadının 15 yıl ve altında alkol kullandıklarını belirtmişlerdir ($p>0.05$) (Tablo 4.7). Kadınların önemli bir kısmı çay içiklerini (Vaka:%85.0; Kontrol:%92.5); vaka grubundaki kadınların %91.2'si, kontrol grubundaki kadınların %59.4'ü günde 3 bardak ve altında çay içiklerini ifade etmişlerdir ($p>0.05$) (Tablo 4.7). Kadınların tamamına yakını kahve içiklerini (Vaka:%97.5; Kontrol:%96.3) belirtmişlerdir. İçilen günlük

kahve miktarı incelendiğinde, vaka grubundaki kadınların %71.8'inin ve kontrol grubundaki kadınların %72.8'inin günde 1-3 fincan arasında kahve içtikleri saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7). Vaka grubundaki kadınların %5.0'i, kontrol grubundaki kadınların %25.0'i kimyasal maddeye maruz kaldılarını; kontrol grubunda 11, vaka grubunda ise bir kadının fabrika ilaçlarına ve sigara dumanına maruz kaldılarını ifade etmişlerdir ($p<0.05$) (Tablo 4.7).

6.1.8. Obstetrik Risk Faktörlerinin Endometrium, Over ve Serviks Kanserlerine Etkisi

Kadınların önemli bir bölümü en az bir kez gebe kaldığını (Vaka:%97.5; Kontrol:%71.3) ifade etmişlerdir ($p<0.05$). Vaka grubundaki kadınların %76.9'u kontrol grubundaki kadınların ise %59.7'sinin üç ve daha fazla gebelikleri olduğu dikkat çekmektedir ($p<0.05$). Kadınların önemli bir kısmı çocuk sahibi olduğunu (Vaka:%95.0'i; Kontrol:%71.3) ifade etmişlerdir ($p<0.05$). Vaka grubundaki kadınların %47.4'ü, kontrol grubundaki kadınların %29.3'ü 3 çocuk ve üzerinde çocuk sahibi olduğunu belirtmişlerdir ($p<0.05$) (Tablo 4.8). Vaka grubundaki kadınların %41.0'i kontrol grubundaki kadınların %35.1'i ilk doğumlarını 20 yaşından önce yaptılarını belirtmişlerdir ($p>0.05$). Kadınların önemli bir kısmı 18 yaş altı doğum yapmadıklarını (Vaka:%89.7; Kontrol:% 91.2) ve son gebelik yaşlarına bakıldığından tamamına yakını 35 yaş ve üzerinde doğum yapmadıklarını ifade etmişlerdir ($p>0.05$) (Tablo 4.8). Kadınların önemli bir kısmının infertilite sorunu yaşamadıkları (Vaka:%92.3; Kontrol:%82.8) belirlenmiştir ($p>0.05$). Vaka grubunda üç, kontrol grubunda ise 10 kadın infertilite tedavisi aldığı, çoğunuğunun ilaç tedavisi aldığı ve tedavinin 1 yıl ve üzeri olduğunu ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Kadınların önemli bir kısmı bebeklerini emzirdiklerini (Vaka:%94.7; Kontrol:%94.7) ve çoğunluğu (Vaka:%86.1; Kontrol:%74.1) 12 ay ve altı bebeklerini emzirdiklerini belirtmişlerdir ($p>0.05$). Kadınların abortus yaşama durumu değerlendirildiğinde, vaka grubundaki kadınların %76.9'u, kontrol grubundaki kadınların ise %57.9'ü kurtaj/düşüğü olduğunu ifade etmişlerdir ($p>0.05$) (Tablo 4.8). Vaka grubundaki kadınların %53.3'ünün kontrol grubundaki kadınların %69.7'sinin en az bir kez kurtaj hikayesi olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Kadınların

önemli bir kısmı kürtajlarını/ düşüklerini özel kliniklerde sonlandırdıklarını (Vaka:%76.7; Kontrol:%93.9) ve düşük sonrası sorun yaşamadıklarını (Vaka:%93.3; Kontrol:%81.8) belirtmişlerdir ($p>0.05$). Kürtaj/ düşük sonrası kadınların ağrı ve gerginlik, enfeksiyon, ikinci bir kürtaj ve kanama sorunlarını yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.8).

6.1.9. Cinsel Yaşam İle İlgili Risk Faktörlerin Endometrium, Over ve Serviks Kanserlerine Etkisi

Kadınların önemli bir kısmı 19 yaş ve üzerinde ilk cinsel ilişkilerini yaşadıklarını (Vaka:%56.4; Kontrol:%64.3) ve cinsel partnerlerinin olduğunu (Vaka:%97.5; Kontrol: %87.5'i) ifade etmişlerdir ($p>0.05$) (Tablo 4.9). Kontrol grubundaki kadınların %17.2'si birden fazla cinsel partneri olduğunu ($p>0.05$) ve kontrol grubundaki kadınların %17.2'sinin geçmiş yaşıntlarında birden fazla cinsel partner olduğunu belirtmişlerdir ($p<0.05$) (Tablo 4.9). Araştırmaya katılan kadınlar eşlerinin tamamının sünnetli olduğunu ifade etmişlerdir. Kontrol grubunda bir kadının eşinin prostat kanseri olduğu, vaka grubundaki kadınların eşlerinin ise tamamının prostat/penis kanseri olmadığını belirtmişlerdir ($p>0.05$) (Tablo 4.9). Kontrol grubundaki kadınların %7.1'i cinsel ilişki sonrası kanaması olduğunu, vaka grubundaki kadınların tamamı cinsel ilişki sonrası kanamalarının olmadığını ($p>0.05$), kontrol grubunda iki kadının CYBH öyküsü olduğu, vaka grubundaki kadınların ise tamamının CYBH öyküsü olmadığını ifade etmişlerdir ($p>0.05$) (Tablo 4.9).

6.1.10. Ailede Kanser Öyküsü Olmasının Endometrium, Over ve Serviks Kanserlerine Etkisi

Vaka grubundaki kadınların %55.0'i, kontrol grubundaki kadınların %58.8'i ailesinde kanser öyküsü olduğunu ifade etmişlerdir ($p>0.05$) (Tablo 4.10). Kadınların ailelerinde görülen kanser çeşitleri değerlendirildiğinde genelde meme kanseri (Vaka:%36.4; Kontrol:%23.4), akciğer kanseri (Vaka: %36.4; Kontrol: %40.4) ve kolon kanseri olduğu (Vaka:%18.2; Kontrol:%12.8) belirtilmiştir. Vaka grubundaki

kadınların %27.3'nün ailesinde endometrium kanser öyküsü olduğu dikkat çekmektedir (Tablo 4.10).

6.1.11. Endometrium Kanserine Yönelik Risk Faktörlerinin Kontrol ve Endometrium Kanser Vaka Grubuna Göre Dağılımına Yönelik Sonuçlar

Endometrium kanserli kadınların %31.8'inin, kontrol grubunda ise iki kadının 60 yaş ve üzerinde olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Vaka grubundaki kadınların %31.8'i, kontrol grubundaki kadınların ise %17.5'i kronik hastalıkları olduğunu belirtmişlerdir ($p<0.05$). Endometrium kanserli kadınların %63.6'sı kontrol grubundaki kadınların %31.3'ü üreme organlarına yönelik hastalık geçirdiğini ifade etmiştir ($p<0.05$). Kadınların üreme organlarına yönelik en fazla myom (Vaka:%31.8; Kontrol:%6.3) ve yumurtalık kisti (Vaka:%22.5; Kontrol:%25.0) gibi hastalık geçirdiklerini belirtmişlerdir. Endometrium kanserli yedi kadında meme ya da başka organlarda kanser öyküsü olduğu, kontrol grubundaki kadınarda ise meme ya da başka organlarda kanser öyküsü olmadığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Başka organlarda kanser öyküsü olan vaka grubundaki kadınların meme ve kolon kanseri daha fazla görüldüğü belirlenmiştir. Kontrol grubundaki kadınarda beş, endometrium kanserli kadınların ise tamamının menapoza girdiği tespit edilmiştir ($p<0.05$). Vaka grubundaki kadınların tamamı, kontrol grubundaki kadınların %71.3'ü daha önce gebelik geçirdiklerini belirtmişlerdir ($p<0.05$). Endometrium kanserli kadınların %63.6'sı, kontrol grubundaki kadınların ise %40.0'ı hafif şişman ve birinci derece şişman oldukları belirlenmiştir ($p>0.05$). Endometrium kanserli kadınarda dört, kontrol grubundaki kadınarda sekiz kadın erken menarş olduklarını ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Endometrium kanserli kadınların %45.5'i, kontrol grubundaki kadınların %38.7'si adet düzensizliği şikayetleri olduğunu ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Vaka grubundaki kadınların %90.9'u, kontrol grubundaki kadınların %76.3'ü kanama bozuklukları olduğunu belirtmişlerdir ($p>0.05$). Kadınların önemli bir kısmı menoraji (Vaka:%86.4; Kontrol:%43.8) ve metroraji (Vaka:%31.8; Kontrol:%31.3) şeklinde kanama sorunları yaşadıklarını belirtmişlerdir. Endometrium kanserli kadınların %68.2'sinin, kontrol grubundaki

kadınların %48.8'inin adet döneminde ağrı problemi yaşadıkları belirlenmiştir ($p>0.05$). Kontrol grubundaki kadınların %52.5'nin, vaka grubundaki altı kadının akıntı özelliğinin kokulu ve renkli olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.11).

Vaka grubunda yedi, kontrol grubundaki 14 kadın pelvik radyasyon aldığı belirtmiştir ($p>0.05$). Endometrium kanserli beş kadının, kontrol grubunda yedi kadının karın bölgesinde ağrı, sertlik hissi olduğunu ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Endometrium kanserli beş kadının geç menapoza girdiği belirlenmiştir ($p>0.05$). Menapoza giren vaka grubunda üç, kontrol grubunda da üç kadının HRT aldığı belirlenmiştir ($p>0.05$). HRT alan vaka ve kontrol grubunun tamamı 2 yıldan az süreyle bu tedaviyi aldılarını belirtmişlerdir. Endometrium kanserli kadınlarda 14, kontrol grubunda ise iki kadının menapoz sonrası kanama şikayeti olduğunu belirtmişlerdir ($p>0.05$). Sigara içme alışkanlığı incelendiğinde, endometrium kanserli kadınların %22.7'si, kontrol grubundaki kadınların %27.5'i sigara içiklerini ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Kontrol grubunda 20, vaka grubunda iki kadının çalıştığı ortamda kimyasal maddeye maruz kaldıklarını belirtmişlerdir ($p>0.05$). Özellikle kontrol grubundaki kadınların fabrika duman ve ilaçlarına, sigara dumanına, tarım ilaçlarına maruz kaldıkları belirlenmiştir. Vaka grubunda bir, kontrol grubunda ise 10 kadın infertilite sorunu yaşadıklarını ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Endometrium kanserli kadınların %54.5'i, kontrol grubundaki kadınların %58.8'i ailesinde kanser öyküsü olduğunu ifade etmişlerdir ($p>0.05$) (Tablo 4.11).

6.1.12. Over Kanserine Yönelik Risk Faktörlerinin Kontrol ve Over Kanser Vaka Grubuna Göre Dağılıma Yönelik Sonuçlar

Vaka grubundaki kadınların tümü, kontrol grubundaki kadınların %18.8'i 40 yaş ve üzerinde olduğu ($p<0.05$); vaka grubunda sekiz, kontrol grubunda ise 14 kadının kronik hastalığı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Menapoza giren vaka grubunda bir, kontrol grubunda üç kadının HRT aldığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Kontrol grubundaki kadınların %25.0'nin çalıştığı ortamda kimyasal maddeye maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir ($p<0.05$). Kontrol grubundaki kadınların fabrika ilaçlarına, sigara dumanına ve tarım ilaçlarına maruz kaldıkları belirlenmiştir. Over kanserli kadınların %50.0'si, kontrol grubundaki kadınların ise %40.0'ı hafif şişman

ve birinci derece şişman oldukları belirlenmiştir ($p>0.05$). Vaka grubundaki kadınların %42.9'u, kontrol grubundaki kadınların ise %38.7'si adet düzensizlikleri olduğunu ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Kadınların önemli bir kısmı OKS kullandıklarını (Vaka:%71.4; Kontrol:%72.5) ($p>0.05$), OKS kullanan vaka grubundaki kadınların tamamı, kontrol grubunun ise %77.3'ü 5 yıldan daha az süre ile OKS kullandıklarını ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Vaka grubundaki kadınların %28.6'sı, kontrol grubundaki kadınların %31.3'ü üreme organları ile ilgili hastalık geçirdiklerini ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Kadınlar üreme organlarına yönelik en fazla yumurtalık kisti (Vaka:%21.4; Kontrol:%25.0) ve myom (Vaka:%7.1; Kontrol:%6.3) geçirdiklerini belirtmişlerdir. Vaka grubunda iki, kontrol grubunda bir kadının erken menapoza girdiği belirlenmiştir ($p>0.05$). Vaka grubunda bir, kontrol grubunda ise 22 kadının sigara içikleri belirlenmiştir ($p>0.05$). Vaka grubundaki kadınların %14.3'ü, kontrol grubundaki kadınların ise %18.8'i alkol aldılarını belirtmişlerdir ($p>0.05$). Kadınların tamamına yakını kahve tüketiklerini (V:%92.9; K:%96.3) ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Vaka grubunda iki, kontrol grubunda 11 kadın infertilite sorunu yaşadıklarını ifade etmiştir ($p>0.05$). Vaka grubunda iki, kontrol grubunda 10 kadın gebe kalamamaya ilişkin tedavi aldılarını ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Vaka grubundaki kadınların tamamı, kontrol grubundaki kadınların ise %94.7'si bebeklerini emzirdiklerini belirtmişlerdir ($p>0.05$). Vaka grubundaki kadınların %92.3'ü, kontrol grubundaki kadınların %74.1'i bebeklerini 12 ay ve altında emzirdiklerini ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Vaka grubundaki kadınların %92.3'ü, kontrol grubundaki kadınların %74.1'i ailelerinde kanser öyküsü olduğunu belirtmişlerdir ($p>0.05$) (Tablo 4.12).

6.1.13. Serviks Kanserine Yönelik Risk Faktörlerinin Kontrol ve Serviks Kanser Vaka Grubuna Göre Dağılımına Yönelik Sonuçlar

Vaka grubundaki kadınların tamamı, kontrol grubundaki ise 10 kadının 45 yaş ve üzerinde olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Vaka grubundaki kadınların tümünün, kontrol grubundaki kadınların ise %55.6'sının gelir durumunun yüksek olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Kontrol grubundaki sekiz kadının erken menarşa girdikleri belirlenmiştir ($p>0.05$). Vaka grubundaki kadınların tamamı, kontrol grubundaki

kadınların ise %43.8'inin pap smear testi yaptırdıklarını belirtmişlerdir ($p<0.05$). Vaka grubunda üç, kontrol grubunda ise dokuz kadının pap smear sonuçlarının enfeksiyon, HIV(+) şeklinde çıktığını ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Vaka grubundaki kadınların %75.0'i, kontrol grubundaki kadınların %52.5'i HPV aşısı ile ilgili bilgi bilmediklerini ifade etmişlerdir. Vaka ve kontrol gruplarının tümü HPV aşısı yaptırmadıklarını belirtmişlerdir. Vaka grubunda iki, kontrol grubunda ise 12 kadının rahim ağzına yönelik yara/ başka bir sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Kontrol grubunda 22, vaka grubunda ise bir kadının OKS kullandığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Kontrol grubundaki kadınların %22.7'sinin 5 yıl ve üzerinde OKS kullandıkları belirlenmiştir ($p>0.05$). Vaka grubunda bir, kontrol grubunda ise 22 kadının sigara içtikleri belirlenmiştir ($p>0.05$). Vaka grubundaki kadınların %50.0'si, kontrol grubundaki kadınların %59.6'sı 3 ve üzeri gebelikleri olduğunu ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Vaka grubundaki kadınların %50.0'sı, kontrol grubundaki kadınların %54.4'ü 20 yaş ve altında gebe kaldıklarını ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Kontrol grubundaki kadınların %29.8'i, vaka grubunda ise iki kadının 3 ve üzeri çocuğu olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Vaka grubunda bir, kontrol grubunda beş kadının 18 yaş altında doğum yaptıklarını ($p>0.05$), 35 yaş sonrası ise doğum yapmadıklarını belirtmişlerdir. Vaka grubundaki kadınların %50.0'sı, kontrol grubundaki kadınların %35.7'si 18 yaş ve altında ilk cinsel ilişkilerini yaşadıklarını ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Kontrol grubunda 12 kadın birden fazla cinsel partneri olduğunu ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Kontrol grubunda beş kadının cinsel ilişki sonrası kanama sorunu olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Kontrol grubundaki kadınların %57.9'u, vaka grubunda ise üç kadının abortus sorunu yaşadıkları, kontrol grubunda 10, vaka grubunda ise bir kadın birden fazla abortus sayısı olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir. Vaka grubunda cinsel yolla bulasan hastalık öyküsü olmadığı, kontrol grubunda ise iki kadının cinsel yolla bulasan hastalık öyküsü olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.13).

6.2. Öneriler

Araştırmada jinekolojik kanserlerde (endometrium, over ve serviks kanserlerini) risk faktörleri açısından elde edilen bulgularda;

- Kronik hastalığı bulunan,
- Pap smear testi yaptmayan,
- Üreme organlarına ait hastalığı bulunan,
- Menapoz döneminde olan,
- Hormon replasman tedavisi alan,
- Çalışılan ortamda kimyasal maddeye maruz kalan,
- Birden fazla cinsel partneri bulunan,
- BKİ 30 ve üzerinde olan kadınların endometrium, over ve serviks kanserleri açısından riskli gruplar olabileceği belirlenmiştir.

Bu risk faktörlerine yönelik aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

- 1- Birinci basamak kanser kontrol programlarında endometrium, over ve serviks kanserlerini tarama ve erken tanılamada yukarıda belirtilen riskleri taşıyan gruplara öncelik verilmesi,
- 2- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin, kadınlara serviks kanserlerine yönelik risk faktörlerinden korunmaları konusunda; özellikle de tek eşlilik, erken yaşta cinsel ilişkiden kaçınma, fazla sayıda doğum yapmamaları, sigara içmemeleri, pap smear testi ve HPV aşısı yaptırmalarının önemi konusunda farkındalıklarının artırılması, eğitim ve danışmanlık hizmetlerini vermeleri,
- 3- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin, kadınlara over kanserlerine yönelik risk faktörlerinden korunmaları konusunda; özellikle çalıştığı ortamda kimyasal maddeye maruz kalmamaları, hormon replasman tedavisinde sadece östrojen almamaları ve sigara içmemelerinin önemi konusunda farkındalıklarının artırılması, eğitim ve danışmalık hizmetlerini vermeleri,
- 4- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin, kadınlara endometrium kanserlerine yönelik risk faktörlerinden korunmaları konusunda; özellikle menapoz sonrası kanama şikayeti olanların ve üreme

organlarına yönelik hastalığı bulunanların hastaneye başvurmalarının önemi konusunda farkındalıklarının artırılması, eğitim ve danışmalık hizmetlerini vermeleri,

- 5- Çalışmada, BKİ yüksek olan kadınlarda jinekolojik kanserler açısından artan bir riskin olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle, kadın sağlığı hizmetlerinde kilit personel olan hemşirelerin, kadınların beden kitle indekslerini normal sınırlarda tutmalarına yönelik farkındalıklarını artıracak eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin planlanması,
- 6- Çalışmamız sonucunda HPV aşısı yaptırma durumu risk faktörü olarak belirlenmemiştir. Ancak HPV aşısı ile ilgili toplumun bilgilendirilmesi ve HPV aşısı yaptırmmanın önemi konusunda farkındalıkların artırılması,
- 7- Bu araştırmanın sınırlı bir gruba uygulanması ve KKTC genellenmemesi nedeniyle topluma özgü risklerin ortaya çıkarılmasına yönelik daha geniş bir popülasyonda başka araştırmaların yapılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- Abioye-Kuteyi E. A.** (2000). Menstrual knowledge and practices among secondary school girls in life, Nigeria. *J. R. Soc. Health*, 120(1), 23-26.
- Ağar, H. Ö.** (2006). *Erken Evre Endometrium Kanserinde Laparoskopik Cerrahinin Laparatomik Cerrahi ile Karşılaştırılması*. Uzmanlık tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana.
- Akyüz, A., Güvenç, G., Yavan, T., Çetintürk, A. ve Kök, G.** (2006). Kadınların Pap Smear Yaptırma Durumları ile Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Gülhane Tip Dergisi*, 48, 25-29.
- Albayrak, A. M.** (2006). *Temmuz 1996-Haziran 2006 Yılları Arasında Kliniğimizde Opere Edilen Endometrium Kanseri Olgularının Retrospektif Analizi*. Uzmanlık tezi, Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul.
- Altchek, A.** (2003). Prevention of Ovarian Serous Epithelial Carcinoma. A. Altchek and L. Deligdisch (Ed.). *Diagnosis and Management of Ovarian Disorders* (s.467-476). Academic Press, Northan.
- Amant, F., Moerman, P., Neven, P., Timmerman, D., Limbergen, E. and Vergote, I.** (2005). Endometrial cancer. *Lancet*, 366, 491-505.
- American Cancer Society.** (2010). Cancer Facts and Figures 2010. Erişim: 12 Temmuz 2010, http://www.cancer.org/downloads/STT/Cancer_Facts_and_figures_2010.pdf
- American Cancer Society.** (2009). Cancer Facts and Figures 2009. Erişim: 12 Temmuz 2010, <http://www.cancer.org/downloads/STT/500809web.pdf>
- American Cancer Society.** (2009). Cancer prevention and early detection worksheet for women. Erişim: 04 Şubat 2009, <http://personnel.ky.gov/NR/rdonlyres/AC00C8D0-9F3E-4887-849A16CCC0B1F1C3/0/cancerpreventionandearlydetectionforwomen.pdf>
- American Cancer Society.** (2008). Cancer Facts and Figures 2008 Atlanta. Erişim: 12 Temmuz 2010, <http://www.cancer.org>
- American Cancer Society.** (2007). Global Cancer Facts and Figures. Erişim: 07 Ağustos 2009, http://www.cancer.org/docroot/STT/content/STT_1x_Global_Cancer_Facts_and_Figures_2007.asp

- Anderson, K. E., Anderson, E., Mink, P. J., Hong, C. P., Kushi, L. H., Sellers, T. A. et. al.** (2001). Diabetes and endometrial cancer in the Iowa women's health study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 10, 611-616.
- Arrossi, S., Sankaranarayanan, R., Parkin, D. M.** (2003). Incidence and mortality of cervical cancer in Latin America. *Salud Publica de Mexico*, 45(3), 306-314.
- Arvas, M.** (2010). Genital HPV İnfeksiyonu ve Profilaktik HPV Aşları. A. Ayhan (Ed.). *Kadin Genital Kanserleri ve HPV* (s.74-81). Ankara: Akademi Yayınevi.
- Atasü, T. ve Aydınılı, K.** (Ed.). (1999). *Jinekolojik Onkoloji* (s.130-143). İstanbul: Logos yayıncılık.
- Banks, E.** (2000). The epidemiology of ovarian cancer. J. M. S. Bartlett (Ed.). *Methods in Molekuler Medicine* (s.112-121). Humana Press, New Jersey.
- Barut, A.** (2000). Serviks Kanserinde Erken Tanı ve Tedavi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, www.ttb.org.tr
- Başeğmez, F. O.** (2005). *Endometrium Kanserli Hastalarda Endojen Seks Steroidlerinin Önemi*. Uzmanlık tezi, Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Bayo, S., Bosch, F. X., Sanjos'e, S., Munoz, N., Combita, A. C., Coursaget, P., Diaz, M., Polo, A., Brule, A. and Meijer, JM.** (2002). Risk factors of invasive cervical cancer in Mali. *Epidemiol*, 31(1), 202-209.
- Berkman S.** (2007). Epitelial Over Kanserleri. M. N. Çiçek ve M. T. Mungan (Ed.). *Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji* (s.779-793). Ankara: Güneş Tıp Kitabevi.
- Bilge, A., Çam, O.** (2008). Kanseri Önlemede Önemli Bir Faktör Olarak Kadınların Stres İle Başa Çıkma Tarzları ve Sağlık İnanışlarının İncelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9, 16-21.
- Blythe, M. J., Fortenberry, J. D. and Orr, D. P.** (2003). Douching behaviors reported by adolescent and young adult women at high risk for sexually transmitted infections. *J Pediatr Adolesc Gynecology*, 16, 95–100.
- Bosch, F. X., Sanjos'e, S.** (2007). The epidemiology of human papillomavirus infection and cervical cancer. *Disease Markers*, 23, 213–227.
- Boyle, P., Leon, M., Maisonneuve, P. and Autier, P.** (2003). Cancer control in women. Update 2003. *Journal of Gynaecology Obstetrics*, 83(1), 179- 202.

- Breijer, M. C., Timmermans, A., Van Doorn, H. C., Mol, B. W. J. and Opmeer, B. C.** (2009). Diagnostic strategies for postmenopausal bleeding. *Hindawi Publishing Corporation Obstetrics and Gynecology International*, 2010, 1-5.
- Brinton, L. A., Lamb, E. J., Moghissi, K. S., Scoccia, B., Althuis, M. D., Mabie, J. E. and Westhoff, C. L.** (2004). Ovarian cancer risk after the use of ovulation-stimulating drugs. *J. Obstetrics and Gynecology*, 103(6), 1194-1203.
- Bruchim, I., Biron-Shental, T., Altaras, M. M., Fishman, A., Beyth, Y., Tepper, R., Aviram, R.** (2004). Combination of endometrial thickness and time since menopause in predicting endometrial cancer in women with postmenopausal bleeding. *J Clin Ultrasound*, 32, 219-224.
- Büyükkınacı, M.** (2008). *Endometrium Kanserinde Preoperatif Yüksek Serum Ca-125 Değerlerinin Prognostik Önemi*. Uzmanlık tezi, Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Carr, C. K, Sellors, W. J.** (2004). Cervical cancer screening in low resource setting using visual inspection with acetid acid. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(4), 329-337.
- Carrasquillo, O., Pati S.** (2004). The role of health insurance on pap smear and mammography utilization by immigrants living in the United States. *Preventive Medicine*, 39, 943-50.
- Ceyhan, M.** (2007). İnsan Papillomavirüs Aşısının Uygulamasında Ülkemizde Mevcut Problemler. *Ankem Dergisi*, 21(Ek 2), 102-104.
- Collins, S., Rollason, T. P., Young, L. S. and Woodman, C. B. J.** (2010). Cigarette smoking is an independent risk factor for cervical intraepithelial neoplasia in young women: A longitudinal study. *European Journal of Cancer*, 46, 405–411.
- Colombo, N., Gorp, T. V., Parma, G., Amant, F., Gatta, G., Sessa, G. and Vergote, I.** (2006). Ovarian cancer. *Oncology/Hematology*, 60, 159–179.
- Creasman W. T.** (2003). Uterus Adenokarsinomu. (A. Ayhan ve A. Sağlam, Çev.). Ankara: Güneş Kitabevi.
- Crijns, A. P. G., Fehrman, R. S. N., De Jong, S., Gerbens, F., Meersma, G. J., Vries, E. and Zee, A.** (2009). Survival-related profile, pathways, and transcription factors in ovarian cancer. *PLoS Medicine*, 6(2), 181- 193.

- Disaia, P. J., Creasman, W. T.** (2003). *Klinik Jinekolojik Onkoloji*. A. Ayhan (Ed.). Ankara: Güneş Kitabevi.
- Dönmez, G.** (2007). *A Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesin'de Çalışan Kadın Sağlık Personelinin Serviks Kanserine İlişkin Bilgi Düzeyinin ve Farkındalığının Araştırılması*. Uzmanlık tezi, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Bölümü, İstanbul.
- Edmondson, R. J., Monaghan, J. M.** (2001). The epidemiology of ovarian cancer. *Int J. Gynecol Cancer*, 11, 423-429.
- Eren, H.** (2007). *Serviksin Prekanseröz Lezyonlarındaki Human Papilloma Virus Prevalansı*. Uzmanlık Tezi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul.
- Fistonic, I., Hodek, B., Klaric, P., Jokanovic, L., Grubisic, G., Ivicevic-Bakulic, T.** (1997). Transvaginal sonographic assessment of premalignant and malignant changes in the endometrium in postmenopausal bleeding. *J Clin Ultrasound*, 25, 431-435.
- Funkhouser, E., Pulley, L., Lueschen, G., Costello, C., Hook, E. and Vermund, S. H.** (2002). Douching beliefs and practices among black and white women. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 11(1), 29-37.
- Ganmaa, D. and Sato, A.** (2005). The possible role of female sex hormones in milk from pregnant cows in the development of breast, ovarian and corpus uteri cancers. *Med. Hypoth*, 65, 1028–1037.
- Gredmark T., Kvint S. and Havel G.** (1995). Histopathological findings in women with postmenopausal bleeding. *British Journal Obstetrics Gynaecology*, 102, 133-136.
- Greggi, S., Parazzini, F., Paratore, P. M., Chatenoud, L., Legge, F., Mancuso, S. and La Vecchia, C.** (2000). Risk factors for ovarian cancer in central in Italy. *J. Gynecologic Oncology*, 79, 50-54.
- Gren, A., Purdie, D., Bain, C., Siskind, V. and Webb, P. M.** (2001). Cigarette smoking and risk of epithelial ovarian cancer Australia. *J. Cancer Causes and Control*, 12(8), 713-719.
- Güler, G., Bekar, M., Güler, N. ve Kocatas, S.** (2005). İlköğretim Okulu Kız Öğrencilerinde Menstrüasyon Dönemi Hijyeni. *Sted*, 14(6), 135-139.

- Gün, A.** (2006). *Over Kanserinde Risk Faktörlerinin Belirlenmesi*. Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Güner, H., Taşkiran, Ç.** (2007). Serviks Kanseri Epidemiyolojisi ve Human Papilloma Virus. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği*, 4, 11-19.
- Gürgan, T., Tuncer, Z. S.** (2000). Yaşlanan Kadın ve Jinekolojik Sorunlar. *Geriatri*, 3(3), 107-18.
- Hana, L., Adams, M.** (2006). Prevention of ovarian cancer. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics Gynaecology*, 20(2), 339-362.
- Hatipoğlu, A. A.** Kanserde Erken Tanı ve Tarama Problemleri. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi. Erişim: 13 Mayıs 2010, <http://www.ukdk.org/pdf/kitap/33.pdf>
- Haydaroğlu, A., Böyükbaşı, Y. ve Özsaran, Z.** (2007). Ege Üniversitesi’nde Kanser Kayıt Analizleri: 34134 Olgunun Değerlendirilmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 22(1), 22-28.
- Ho, S. H., Jee, S. H., Lee, J. E. and Park, J. S.** (2004). Analysis on risk factors for cervical cancer using induction technique. *Expert Systems with Applications*, 27, 97–105.
- Hughes, C.** (2009). Cervical cancer: prevention, diagnosis, treatment and nursing care. *Nursing Standard*, 23(27), 48-56.
- İnanç, N.** (2000). Üreme Organlarının İyi ve Kötü Huylu Oluşumları. A. Coşkun (Ed.). *Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı* (2.bs.). İstanbul: Birmat Matbaacılık.
- Jordan, S. J., Purdie, D. M., Gren, A. R. and Webb, P. M.** (2004). Coffee, tea and caffeine and risk of epithelial ovarian cancer. *J. Cancer Causes Control*, 15(4), 359-365.
- Juneja, A., Sehgal, A., Mitra, A. B. and Pandey, A.** (2003). A survey on risk factors with cervical cancer. *Indian Journal of Cancer*, 40(1), 15-22.
- Kanser İstatistikleri. (t.y.). Erişim: 07 Eylül 2010, http://www.turkcancer.org/news/files/61dunya_kanser_istatistikleri.pdf
- Kanser Nedir? (t.y.). Erişim: 09 Mart 2010, <http://www.cancer.org>

- Kanser Savaş Birimine Bildirimi Yapılan Kanser Vakalarının Görülme Sıklığına Göre Dağılımı. (2007). Erişim: 23 Haziran 2009, http://www.saglikbakanligi.com/html_files/istatistik.2008.htm
- Kamaluddin, M.** (1999). Cancer cervix-a retrospective study. *J. Prev. Soc. Med*, 18(1), 30-34.
- Kaplan, S. D. and Coole, P.** (1980). Epidemiology of cancer of the endometrium. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 137-142.
- Kehoe, S. and Morrison, J.** (2007). Ovarian cancer. *Clinical Evidence*, 1, 816-836.
- Keskin, N., Salihoglu ve Y., Topuz, S.** (2007). Tamoxifenin Endometrium Kanseri ile İlişkisi. *Endokrinolojide Diyalog*, 1, 22-25.
- Kjelberg, L., Hallmans, G., Ahren, A. M., Johansson, R., Bergman, F., Wadell, G., Angström, T. and Dillner, J.** (2000). Smoking, diet, pregnancy and oral contraceptive use as risk factors for cervical intra- epithelial neoplasia in relation to human papillomavirus infection. *British Journal of Cancer*, 82(7), 1332- 1338.
- Kobayashi, A., Miaskowski, C., Wallhagen, M. and Smith-McCune, K.** (2000). Recent developments in understanding the immune response to human papilloma virus infection and cervical neoplasia. *Oncology Nursing Forum*, 27(4), 643-651.
- Kolutek, R. ve Karataş, N.** (2007). Nevşehir İli Uçhisar Kasabası'nda Yaşayan Bireylerde Kanser Risk Faktörleri ve Erken Tanı Belirtilerinin Saptanması. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16, 28-39.
- Koyuncu, E.** (2006). *Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Hastaların Servikal Sitolojilerinin Servikal Kanser Risk Faktörlerine Göre Analizi-Normal ve Anormal Sitolojik Sonuçlarda Yüksek Onkojenik Riskli HPV Prevalansı*. Uzmanlık tezi, Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Kuper, H. W., Cramer, D. and Titus-Ernstoff, L.** (2002). Risk of ovarian cancer in the United States in relation to anthropometric measures: Does the association depend on menopausal status. *Cancer Causes Control*, 13, 455-463.
- Kuşçu, E. ve Dursun, P.** (2010). Preinvaziv Servikal Hastalıklar. A. Ayhan (Ed.). *Kadın Genital Kanserleri ve HPV* (s.44-46). Ankara: Akademi Yayınevi.

- Kuşçu, E. ve Eranhı, S.** (2007). Endometrium Prekanseröz ve Kanseröz Lezyonlar. M. N., Çiçek ve M. T., Mungan (Ed.). *Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji* (s.745-75). Ankara: Güneş Tıp Kitabevi.
- Linkov, F., Edwards, R., Balk, J., Yurkovetsky, Z., Stadterman, B., Lokshin A. and Taioli, E.** (2008). Endometrial hyperplasia, endometrial cancer and prevention: Gaps in existing research of modifiable risk factors. *European Journal of Cancer*, 44, 1632-1644.
- Lu, Z. J.** (2001). The relationship between menstrual attitudes and menstrual symptoms among Taiwanese women. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 621-8.
- Lurain, J. R.** (2004). Uterus Kanseri. J. S. Berek (Ed.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Lynch, T. H., Casey, J. M., Snyder, L. C., Bewtra, C., Lynch, F. J., Butts, M. and Gotwin, A.** (2009). Hereditary ovarian cancer: molecular genetics, pathology, management, and heterogeneity. *Mol Oncol*, 3(2), 97-137.
- Mahboubi E., Eyler N. and Wynder E. L.** (1982). Epidemiology of cancer of endometrium. *Clin Obstet Gynecol*, 302, 729-731.
- Marsden, J., Sturdee, D.** (2009). Cancer issues. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 23, 87-107.
- Merrill, M. R., Fugal, S., Novilla, B. L. and Raphael, C. M.** (2005). Cancer risk associated with early and late maternal age at first birth. *Gynecologic Oncology*, 96, 583-593.
- Mete, S.** (1998). Jinekolojik Muayeneye Gelen Kadılarda Oluşan Anksiyeteye Hemşirelik Yaklaşımının Etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(2), 1-7.
- Modugno, F.** (2003). Ovarian cancer and high-risk women—implications for prevention, screening, and early detection. *Gynecologic Oncology*, 91, 15-31.
- Moorman, G. P., Calingaert, B., Palmieri, T. R., Iversen, S. E., Bentley, C. R., Halabi, S., Berchuck, A. and Schildkraut, J.** (2008). Hormonal risk factors for ovarian cancer in premenopausal and postmenopausal women. *American Journal Epidemiol*, 167(9), 1059-1069.

- National Cancer Institute.** (2007). Women's Health Report Fiscal Years 2005-2006. Erişim: 21 Haziran 2010, <http://whealthdev.nci.nih.gov/planning/whr0506/whr05-06.pdf>
- Negri, E., Pelucchi, C., Franceschi, S., Montella, M., Conti, E., Dal Maso, L., Parazzini, f., Tavani, A., Carbone, A. and La Vecchia, C.** (2003). Family history of cancer and risk of ovarian cancer. *European Journal of Cancer*, 39, 505–510.
- Ness, B. R., Grisso, A. J., Klapper, J. and Schlesselman, J. J.** (2000). Risk of ovarian cancer in relation to estrogen and progestin dose and use characteristics of oral contraceptive. *American Journal of Epidemiology*, 152, 233-241.
- Nural N. ve Akdemir N.** (2000). Dahiliye servislerinde yatan hastalarda kanser risk faktörleri ve erken tanı belirtilerinin saptanması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(2), 1-13.
- Odicino F., Pecorelli S., Zigliani L. and Creasman W. T.** (2008). History of the FIGO cancer staging system. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 101, 205–210.
- Olsen, M. C., Green, C. A., Whiteman, C. D., Sadeghi, S., Kolahdooz, F. and Webb, P.** (2007). Obesity and the risk of epithelial ovarian cancer: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cancer*, 43, 690–709.
- Ortaç, F.** (2010). Serviks Kanseri. A. Ayhan (Ed.). *Kadın Genital Kanserleri ve HPV* (s.69-73). Ankara: Akademi Yayınevi.
- Ovarian cancer. (2009). Erişim: 12 Mart 2010, http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/conditions/woh/0816/ovarian-cancer--advanced--standardce_patient_leaflet.pdf
- Özat, M. ve Güngör, T.** (2010). Sigara ve Genital Kanserler. A. Ayhan (Ed.). *Kadın Genital Kanserleri ve HPV* (s.170-171). Ankara: Akademi Yayınevi.
- Özpak, K. D.** (2005). *Post Menapozal Kanama Olgularında Endometrium Kanseri Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi*. Uzmanlık tezi, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul.
- Özsoy, H. M.** (2007). Genital Kanserlerde Tarama. M. N. Çiçek ve M. T. Mungan (Ed.). *Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji* (s.691-699). Ankara: Güneş Tıp Kitabevi.

- Pelerin, G. P., Finan, M. A.** (2005). Endometrial cancer in women 45 years of age or younger: A clinicopathological analysis. *American Journal Obstetrics and Gynecology*, 193, 1640-1644.
- Pınar, G., Algier, L., Doğan, N. ve Kaya, N.** (2008). Jinekolojik Kanserlerde Risk Faktörleri. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, 4(18), 208-216.
- Platin, N.** (Ed.). (1996). *Hemşireler İçin Kanser El Kitabı* (s.49-58). Ankara: IV. Akşam Sanat Okulu Matbaası.
- Potter, L. K., Held-Warmkessel, J.** (2007). Intraperitoneal chemotherapy for women with ovarian cancer: nursing care and considerations. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(2), 265- 271.
- Prat, J., Ribe, A. and Gallardo, A.** (2005). Hereditary ovarian cancer. *Human Pathology*, 36, 861– 870.
- Protect & Detect. (2008). What women should know about cancer. Erişim: 29 Eylül 2010, <http://www.acog.org>
- Purdie, D. M.** (2003). Epidemiology of endometrial cancer. *Gynaecological Practice*, 3, 217-220.
- Reginol projections of deaths and dalys for 2008, 2015, and 2030. (2004). Erişim: 23 Eylül 2009, http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/Dth6_2008-20090416.xls
- Rieck, G., Fiander, A.** (2006). The effect of lifestyle factors on gynaecological cancer. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics Gynaecology*, 20(2), 227-251.
- Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı 2005 Yılı Türkiye Kanser İstatistikleri. (2006). Erişim: 14 Nisan 2009, <http://www.ketem.org/istatistik.php>
- Rodriguez, C., Patel, A. V., Calle, E. E., Jacob, E. J., and Thun, M. J.** (2001). Estrogen replacement therapy and ovarian cancer mortality in a large prospective study of US women. *Journal of the American Medical Association*, 285, 1460–1465.
- Rossing, A. M., Tang, C. M., Flagg, W. E., Weiss, K. L. and Wicklund, G. K.** (2004). A case-control study of ovarian cancer in relation to infertility and the use of ovulation-inducing drugs. *American Journal of Epidemiology*, 160, 1077-1077.
- Salehi, F., Dunfield, L., Phillips, K., Krewski, D. and Vanderhvdene, B.** (2008). Risk factors for ovarian cancer: an overview with emphasis on hormonal factors. *Journal of Toxicology and Environmental Health*, 11, 301–321.

- Schouten, L. J., Goldbohm, R. A. and Van den Brandt, P. A.** (2003). Height, weight, change, and ovarian cancer risk in the Netherlands cohort study on diet and cancer. *American Journal of Epidemiology*, 157, 424-431.
- Schouten, L. J., Zeegers, M. P., Goldbohm, R. A. and Van den Brandt, P. A.** (2004). Alcohol and ovarian cancer risk: results from the Netherlands cohort study. *J. Cancer Causes Control*, 15(2), 201-209.
- Serviks Kanseri Taraması Ulusal Standartları. (t.y.). Erişim: 01 Haziran 2010, <http://www.ukdk.org/pdf/mevzuat/SERVİKS.pdf>
- Sharma, A., Menon, U.** (2006). Screening for gynaecological cancers. *The Journal of Cancer Surgery EJSO*, 32, 818-824.
- Sheffler, S.** (2010). Uterine cancer. *Nursing*. Erişim: 22 Ocak 2010, <http://www.Nursing2010.com>
- Shields, T., Gridley, G., Moradi, T., Adami, J., Plato, N., and Dosemeci, M.** (2002). Occupational exposures and the risk of ovarian cancer in Sweden. *American Journal of Industrial Medicine*, 42, 200-213.
- Shoff, S. M., Newcomb, P. A.** (1998). Diabetes, body size, and risk of endometrial cancer. *Am J Epidemiol*, 148, 234-240.
- Singh, P., Oehler, K. M.** (2010). Hormone replacement after gynaecological cancer. *Maturitas*, 65, 190-197.
- Sriamporn, S., Parkin, D. M., Pisani, P., Suwanrungruang, K. and Pengsa P.** (2004). Behavioural risk factors for cervical cancer from a prospective study in Khon Kaen, Northeast Thailand. *Cancer Detection and Prevention*, 28, 334-339.
- Sturdee, D. W.** (2005). Endometrial cancer and HRT. *Gynaecological Practice*, 5, 51-56.
- Sunha, S., Horne, A. and Kehoe, S.** (2006). Cervical cancer. *Clinical Evidence*, 03, 818.
- Şahin, D.** (2009). *Kırklareli Devlet Hastanesi'nde Çalışan Sağlık Personelinin ve Hastaneye Başvuran Kadınların Jinekolojik Kanserler Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları*. Uzmanlık tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.
- Tavani, A., Gallus, S., Dal Maso, L., Franceschi, S., Montella, M., Conti, E., La Vecchio, C.** (2001). Coffee and alcohol intake and risk of ovarian cancer: an Italian case-control study. *J. Nutrition and Cancer*, 39(1), 29-34.

- Taşkin, L.** (2009). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği* (8. bs.). Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.
- Taşkin, L., Eroğlu, K., Terzioğlu, F., Vural, G., Kutlu, Ö.** (2008). *Hemşire ve Ebeler İçin Doğum ve Kadın Sağlığı Uygulama Rehberi*. Ankara: Palme Yayıncılık.
- Taylor, V. M., Nguyen, T. T., Jackson, J. C. and McPhee, S. J.** (2008). Cervical cancer control researchin Vietnamese American Communities. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 17(11), 2924–2930.
- T.C Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı. (2006). Erişim: 08 Eylül 2010, <http://www.kanser.gov.tr/folders/file/8il-2006-SON.pdf>
- Türkdemir, A. H.** (2003). *Meme ve Serviks Kanserlerinde Risk Gruplarının Saptanması*. Bilim uzmanlığı tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Derneği. (t.y.). Erişim: 08 Eylül 2010, <http://www.turkkanser.org.tr>
- Ulukuş, Ç.** (2005). Endometriyal Kanser Nedir? Erişim: 27 Nisan 2010, <http://www.turkpath.org.tr/files/endometrial.pdf>
- Ülger, S.** (2001). Avrupa Birliği Ülkeleri İle Türkiye'de Kadına ve Kadın Sağlığına Genel Bir Bakış. Ankara Üniversitesi Avrupa Topluluğu Araştırma ve Uygulama Merkezi (ATAUM), Temel Eğitim, 28.Dönem. <http://www.un.org.tr/who/EU/6bultenavbirkadin.HTM>
- Ünal G., Orgun F.** (2006). Kanserden korunmaya ilişkin eğitim programının uygulanması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. *İnönü Üniversitesi Tip Fakültesi Dergisi*, 13(1), 31-5.
- Wang, P. D., Lin, R. S.** (1996). Sociodemographic factors of pap smear screening in Taiwan, *Gynecologic Oncology*, 62(1), 10-18.
- Webb, P. M., Purdie, D. M., Bain, C. J. and Gren, A. C.** (2004). Alcohol, wine, and risk of epithelial ovarian cancer. *J. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 13(4), 592-599.
- Wellwnsiek, N., Moondley, M., Moondley, J. and Nkwanyana, N.** (2002). Knowledge of cervical cancer screening and use of cervical screening facilities among women from various socioeconomic backgrounds in Durban, Kwazulu Natal, South Africa. *Int J. Gynecol Cancer*, 12, 376-382.

- Wernli, J. K., Newcomb, A. P., Hampton, J., Trentham-Dietz, A. and Egan, M. K.** (2008). Hormone therapy and ovarian cancer: incidence and survival. *Cancer Causes Control*, 19(6), 605–613.
- Yen, M., Yen, L. B., Bai, C. and Lin, S. R.** (2003). Risk factors for ovarian cancer in Taiwan: a case– control study in a low-incidence population. *Gynecologic Oncology*, 89, 318–324.
- Yoğurtçuoğlu, E. E.** (2008). *Ocak 2001- Mart 2008 Tarihleri Arasında Kliniğimizde Opereli Edilen Endometrium Kanseri Olgularının Retrospektif Analizi ve Preoperatif Serum CA-125 Düzeylerinin Lenfadenektomi Gerekliliğini Belirlemekteki Rolü*. Uzmanlık tezi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul.
- Yoshikawa, H., Nagata, C., Noda, K., Nozawa, S., Yajima, A., Sekiya S., Sugimori, H., Hirai, Y., Kanazawa, K., Sugase, M., Shimizu, H. and Kawana, T.** (1999). Human papillomavirus infection and other risk factors for cervical intraepithelial neoplasia in Japan. *British Journal of Cancer*, 80(3/4), 621-624.
- Yücel, U.** (2006). *Kadınlarda Serviks Kanserine İlişkin Risk Faktörleri ve Korunma Konusunda Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi*. Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- Zografos, G. C., Panou, M. and Panou, N.** (2004). Common risk factors of breast and ovarian cancer. *Int J. Gynecol Cancer*, 14, 721-740.
- Zhang, M., Lee, H. A. and Binns, W. C.** (2004). Reproductive and dietary factors for epithelial ovarian cancer in China. *J. Gynecologic Oncology*, 92, 320-326.

EK I: Kadının Sosyo-Demografik Özellikleri ve Endometrium, Over, Serviks Kanserlerine Yönelik Risk Değerlendirme Formu

Vaka No:

Sosyo-Demografik ve Tanıtıçı Bilgiler

Sosyo-demografik Özellikler

- 1-Kaç yaşındasınız?.....
- 2-Medeni durumunuz nedir?.....
- 3-Eğitim durumunuz nedir?.....
- 4-Mesleğiniz nedir?.....
- 5-Aylık gelir düzeyiniz nedir?.....
- 6-Gelir durumunuza nasıl değerlendirdiyorsunuz?

Yüksek ()

Orta ()

Düşük ()

- 7-En uzun süre yaşadığınız yer?.....
- 8-Boyunuz:.....
- 9-Kilonuz:.....
- 10-Beden Kitle İndeksi (BMI):.....

Genel Hijyen Öyküsü

- 11-Elinizi günde ortalama kaç kez yıkarsınız?.....
- 12-Elinizi hangi durumlarda yıkarsınız?
 - a-Tuvalete girerken
 - b-Tuvaletten çıkarken
 - c-Yemek yemeden önce
 - d-Yemek yedikten sonra
 - e-Diğer (lütfen belirtiniz)
- 13-Elinizi yıkarken hangi malzemeyi kullanırsınız?.....

14-Tuvaletinizi yaptıktan sonra alt bölgenizi temizleme yönteminiz (tahretlenme) nasıldır?

- a-Önden arkaya doğru temizleme
- b-Arkadan öne doğru temizleme
- c-Gelişi güzel temizleme
- d-Diğer (lütfen belirtiniz)

15-Tuvaletinizi yaptıktan sonra alt bölgenizi hangi malzeme ile temizliyorsunuz?

- a-Su
- b-Tuvalet kağıdı
- c-Bez
- d-Diğer (lütfen belirtiniz)

16-İç çamaşırlarınızı (özellikle külodunu) değiştirme sıklığınız nedir?.....

17-Kullandığı iç çamaşırlarınızın (özellikle külodunuzun) özelliği (pamuklu,sentetik,naylon) nasıldır?.....

18-İç çamaşırınızı (özellikle külodunuzun) nasıl yıkarsınız?.....

19-Kullandığınız pedin özelliği nasıldır?

- a-Günlük ped.....
- b-Adet kanama sırasında kullanılan ped.....
- c-Ped kullanıyorum.....

20-Ped değiştirme sıklığınız (günde kaç kez) nedir?.....

21-Banyo yapıyor musunuz?

Evet ()

Hayır ()

22-Banyo yapıyorsanız ne sıklıkta yapıyorsunuz?.....

23-Banyo yapma şekliniz nasıldır?

- a-Ayakta ()
- b-Oturarak ()
- c-Küvette ()

Endometrium,Over, Serviks Kanserlerine Yönelik Risk Değerlendirme Formu

Jinekolojik Öykü

24-İlk adet yaşıınız nedir?..... 12 yaş > geç menarj

12 yaş < erken menarj

25-Adet kanamalarınız düzenli mi/düzenli miydi?

Evet ()

Hayır ()

26-Aşağıda ki kanama biçimlerinden herhangi birini yaşıyor musunuz/yaşadınız mı?

- () Adet kanamasının olmaması, kesilmesi (Amenore)
- () Adet kanama miktarının fazla olması (Menoraji)
- () Adet kanamasının düzensiz olması (Metroraji)
- () Adet kanama miktarının az olması (Hipomenore)
- () Adet kanamasının 35 günden daha uzun aralarla olması (Oligomenore)
- () Adet kanamasının 22 günden daha kısa aralarla olması (Polimenore)

27-Ağrılı adet görüyor musunuz/gördünüz mü?

Evet ()

Hayır ()

28-Akıntılarınızın özelliğini açıklayabilir misiniz?

- | | |
|-------------|-------------|
| -----normal | -----renkli |
| -----kokulu | -----diğer |

29-Şimdiye kadar gebelikten korunmak için doğum kontrol hapı kullandınız mı?

Evet ()

Hayır ()

30-Doğum kontrol haplarını kaç yıldır kullanıyorsunuz/kullandınız mı?

5 yıldan az ()

5 yıldan fazla ()

31-Kronik bir hastalığınız var mı?

Hipertansiyon ()

Diyabet ()

Karaciğer hastalıkları ()

Diğer (lütfen belirtiniz).....

32-Şimdiye kadar kadın üreme organlarınızı ilgilendiren herhangi bir hastalık geçirdiniz mi?

Evet ()

Hayır ()

33-Hangi kadın hastalıklarını geçirdiniz?

Rahmin iç tabakasında hücre artışı (çoğalması) ()

Rahim iç dokusunun rahim dışında başka bir yerde olması ()

Yumurtlama bozukluğu/yumurtlamanın olmaması ()

Yumurtalıklarda kist ()

Diğer (lütfen belirtiniz).....

34-Karın bölgelerinizde şimdiye kadar ağrı, genişleme ya da sertlik (kitle) yaşadınız mı?

Evet ()

Hayır ()

35-Üreme organlarına ilişkin geçirdiğiniz/halen devam eden bir kanser öykünüz var mı?

Evet ()

Hayır ()

36-Varsa hangi kanser olduğunu belirtiniz?.....

37-Rahim ağzınıza yönelik şimdiye kadar yara/ başka herhangi bir sorun yaşadınız mı?

Evet ()

Hayır ()

38-Buna ilişkin tedavi aldınız mı?

Yakma ()

Dondurma ()

Konizasyon ()

Diğer (lütfen belirtiniz) ()

39-Rahim ağzınızdan alınan akıntı ile test yaptırdınız mı?

Evet ()

Hayır ()

40-Testin sonucu nedir?.....

41- HPV aşısı diye bir aşısı duyduğunuz mu?

Evet ()

Hayır ()

42- HPV aşısı yaptırdınız mı?

Evet ()

Hayır ()

43-Memenizde ya da diğer organlarınızda kanser öyküsü var mı?

Evet ()

Hayır ()

44-Hangi kanser olduğunu belirtiniz?.....

45-Üreme organlarınızın bulunduğu bölgeye (pelvik bölgeye) şimdije kadar işin aldınız mı?/ röntgen çektiğiniz mi?/ maruz kaldınız mı?

Evet ()

Hayır ()

46-Menapoza girdiniz mi?

Evet ()

Hayır ()

47-Kaç yaşında menapoza girdiniz? (son adet yaşınız nedir?).....

35 yaş < erken menapoz

50 yaş > geç menapoz

48-Menapoz sonrası HRT (Hormon Replasyon Tedavisi) aldınız mı?

Evet ()

Hayır ()

49-HRT alıyorsanız;

Başlama Zamanı	Kullanma Süresi	Ne Tür Tedavi

50- () Menapoza girdikten sonra hiç kanama şikayetiınız oldu mu?

Bireysel Risk Faktörleri

51-Alışkanlıklar:

Alışkanlıklar	Tüketilen miktar/gün	Ne kadar süredir kullanıyorsunuz
Sigara		
Alkol		
Çay		
Kahve/kafein		
Diger		

52-Tüketilen Besinler:

Tüketilen Besinler	Yeme Sıklığı/haftada	Öğün Sayısı/günde
A vitamini (brokoli,lahana,yumurta,biber,süt)		
C vitamini (limon, greyfurt,çilek,maydonoz,patates)		
Folat (turunçgiller, çiğ lifli yeşil sebzeler,yer fistığı,nohut)		
Yüksek hayvansal yağ içeren diyet		
Süt ve süt ürünlerinin tüketilmesi		

53-Şimdiye kadar bir işe çalışıyor musunuz/çalıştınız mı?

Evet ()

Hayır ()

54-Çalışma ortamında maruz kaldığınız kimyasal madde ya da diğer etkenler var mı?

Evet ()

Hayır ()

55-Varsa hangi kimyasallara maruz kaldığınızı belirtiniz?.....

Obstetrik Risk Faktörleri (Doğurganlık ile İlgili Risk Faktörleri)

56-Toplam gebelik sayınız nedir?.....

57-Toplam çocuk sayınız nedir?.....

58-İlk gebelik yaşınız nedir?.....

59- 18 yaşıınızın altında çocuk doğurdunuz mu?

Evet ()

Hayır ()

60- 35 yaşından sonra çocuk doğurdunuz mu?

Evet ()

Hayır ()

61- Gebe kalamamaya ilişkin sorun yaşadınız mı?

Evet ()

Hayır ()

62-Gebe kalamamaya ilişkin ilaç tedavisi aldınız mı?

Evet ()

Hayır ()

63-Gebe kalamamaya ilişkin hangi tedaviyi aldınız?.....

64-Ne kadar süre ile bu tedaviyi aldınız?.....

65-Bebeginizi emzirdiniz mi?

Evet ()

Hayır ()

66-Ne kadar süre ile emzirdiniz?.....

67-Şuana kadar isteyerek/istemsiz olarak düşük geçirdiniz mi?

Evet ()

Hayır ()

68-Düşüğü nerede sonlandırdınız?.....

69-Düşük sonrası herhangi bir sağlık sorunu yaşadınız mı?

Evet ()

Hayır ()

70-Hangi sorunu yaşadığınızı belirtiniz?.....

Cinsel Risk Faktörleri

71-İlk cinsel ilişki yaşınız nedir?.....

72-Şimdiye kadar cinsel partner sayınız nedir?.....

73-Eşiniz sünnet oldu mu?

Evet ()

Hayır ()

74- Eşinizde prostat/penis (cinsel organ) kanser öyküsü var mı?.....

75-Cinsel ilişki sonrası kanamanız oluyor mu?

Evet ()

Hayır ()

76-Şimdiye kadar hiç CYBE (cinsel yolla bulaşan enfeksiyon) geçirdiniz mi?

Evet ()

Hayır ()

77-Hangi CYBE geçirdiniz?.....

Ailesel Riskler

78-Ailenizde herhangi bir kanser öyküsü var mı?

Evet ()

Hayır ()

79-Varsa hangi kanser çeşidi olduğunu işaretleyiniz?

Over kanseri ()

Meme kanseri ()

Endometrium (rahim) kanseri ()

Serviks kanseri ()

Kolon kanseri ()

Diger(lütfen belirtiniz)

EK II: İzin Formu



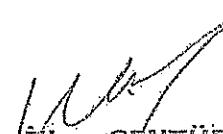
KUZEY KİBRİS TÜRK CUMHURİYETİ
SAĞLIK BAKANLIĞI
YATAKLı TEDAVİ KURUMLARI DAİRESİ

Sayı.YTK:0,00-17/79-09/12-2009

**Sn. Dr. Fahri Karagözlü,
Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi Klinik Şefi,
(Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastahanesi Başhekimi eliyle),
Lefkoşa.**

Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans öğrencisi Sinem Sarmiş'ın, "Lefkoşa'da bir Devlet Hastahanesine başvuran kadınlarda Endometrium, Serviks ve Over Kanserlerine Yönelik Risk Faktörlerinin Belirlenmesi" konusunda Bilim Uzmanlığı tez çalışması yapması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür:

Söz konusu tez çalışmasına ilişkin bilgiler ve veri toplama formları ekte gönderilmekte olup anılan öğrenciye Servisiniz ve Poliklinığınızda uygulama yapması hususunda gerekli kolaylığın gösterilmesini saygı ile rica ederim.


**Dr.Ülkay SENTÜRKLER
Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi
Müdürlü**

NOT: Çalışma 14/12/2009 - 14/02/2010 tarihleri arasında yapılacaktır.

Dağıtım: Sağlık Bakanlığı,
YDÜ. Hemşirelik Bölüm Başkanlığı,
Sn. Sinem Sarmiş (0533 831 62 18)

NG.

EK III: AYDINLATILMIŞ (BİLGİLENDİRİLMİŞ) ONAM FORMU:

Endometrium, Over ve Serviks Kanser Tanısı Alan ve Almayan Kadınlarda Risk Faktörlerinin Belirlenmesi için Jinekolojik Kanser Tanısı Almış ve Hiç Kanser Tanısı Almamış Kadınları Bilgilendirme Ve Onay Alma Formu

Araştırmamanın açıklaması:

Bu araştırmada, Lefkoşa'da bir devlet hastanesine başvuran kadın hastalıkları kanser tanısı almış olan kadınlarda risk faktörlerinin belirlenmesi ve kadın hastalıkları polikliniğine gelen, herhangi bir kadın hastaları kanser öyküsü olmayan kadınlarda risk taraması yapılması amaçlanmaktadır. Anket soruları toplam 79 sorudan oluşmaktadır. Cevaplama süresiniz ortalama yaklaşık 20-25 dakikadır. Sorular araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak sorulup doldurulacaktır. Bu yüzden soruları içtenlikle yanıtmanız ve anlamadığınız soruları tekrar sormanız çalışmanın sonuçlarının doğruluğu ve geçerliliği için oldukça önemlidir.

Kadınların kadın hastalıkları kanserlerinin (rahim, rahim ağzı ve yumurtalık) erken tanısına yönelik bilgi düzeyleri ve uygulamaları yeterli düzeyde olduğunda kadın hastalıkları kanserlerde ölüm oranlarının azaltılması, yaşam kalitesinin yükselmesi ve erken tanı yöntemleri ile kadınların yaşamlarının kurtulması sağlanabilecektir.

Bu araştırma, kadın hastalıkları kanserleri içerisinde yer alan rahim, rahim ağzı ve yumurtalık kanserlerine yönelik hazırlayıcı risk faktörlerinin belirlenmesinde ve KKTC'de verilecek sağlık hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesi bakımından son derece önemlidir.

Sizinde bu çalışmaya katılmanızı öneriyoruz. Karar vermeden önce, araştırmamanın neden yapıldığı ve neyi içereceğini anlamamanız sizin için önemlidir. Ancak araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Katılıp katılmama sizin vereceğiniz bir karardır. Bu bilgileri okuyup anladıkten sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Katılmaya karar verdığınızde bir neden göstermemeksizsin istedığınız zaman araştırmadan ayrılmakta serbestsiniz.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar kimliğiniz belirtilmeden sağlık alanındaki öğrencilerin eğitiminde veya bilimsel nitelikte yayılarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu veriler, kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. Bu çalışmaya

katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışma kesinlikle size zarar vermeyecektir. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası size verilecektir. Araştırmaya katılmaya karar verdığınızde sizin hakkınızda kısa tanıtıcı bilgiler ve konu ile ilgili sorular araştırmacı tarafından sorulacaktır. Sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma sonuçlarını doğrudan etkilemeyeceği için objektif olmanızı ve soruların tümünü cevaplamamanızı rica ederiz.

Araştırma Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Füsun Terzioğlu tarafından koordine edilmekte ve Yakın Doğu Üniversitesi Yüksek Lisans öğrencisi Sinem Sarmış tarafından yürütülmektedir.

Katkı ve katılımınız için teşekkür ederim.

Adres: Yakın Doğu Üniversitesi Yüksek Lisans öğrencisi Sinem Sarmış
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü
Lefkoşa/KKTC

Katılımcının Beyanı:

Sayın araştırma görevlisi Sinem Sarmış tarafından, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Kadın Doğum ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir çalışmaya katılımcı olarak davet edildim. Eğer bu çalışmaya katılırsam araştırmacı ile aramızda kalması gereken bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük bir özen ve saygı ile yaklaşacağımı inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin itimatla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıyı zor durumda bırakmak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmenin uygun olacağının bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaşduğmda herhangi bir saatte araştırmacı Sinem Sarmış'ı hangi telefon ve adresinden arayabileceğini biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Bana yapılmış tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Kendi başına belli bir düşünce süresi sonunda adı geçen bu araştırma katılımcı olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı :

Adı, Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Görüşme Tanığı:

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı:

Adı, Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Sinem Sarmış

Yakın Doğu Üniversitesi

Yüksek Lisans Öğrencisi

Tel: 05338316218

EK V: ÖZGEÇMİŞ

Sinem Sarmış 1985 yılında Güzelyurt'da doğdu. İlkokulu Bostancı'da, orta ve lise öğrenimini Güzelyurt'da tamamladı. 2004 yılında K.K.T.C Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı Hemşirelik Meslek Yüksekokulu'ndan mezun oldu. Zonguldak KaraElmas Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulundan 2007 yılında mezun oldu. 2007-2010 yılları arasında Etik Özel Hastanesi'nde görev aldı. 2007 yılında Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programında Yüksek Lisans eğitimine hak kazandı. 2010 yılında Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi'nde göreve başladı.