



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

**ÜNİVERSİTE KIZ ÖĞRENCİLERİNİN JİNEKOLOJİK
KANSERLERDEN KORUNMA İLE İLGİLİ BİLGİ VE
DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ**

SAADET GONCA MAVİ

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
EBELİK ANABİLİM DALI**

**SİVAS
2012**

**T.C
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANA BİLİM DALI**

**ÜNİVERSİTE KIZ ÖĞRENCİLERİNİN JİNEKOLOJİK
KANSERLERDEN KORUNMA İLE İLGİLİ BİLGİ VE
DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
SAADET GONCA MAVİ**

**TEZ DANIŞMANI
YRD. DOÇ. DR. MİNE BEKAR**

SİVAS-2012

Bu çalışma Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Ebelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan.....Yrd. Doç. Dr. Nuran GÜLER

Üye.....Yrd. Doç. Dr. Özlem DURAN

Üye (Danışman).....Yrd. Doç. Dr. Mine BEKAR

ONAY

Bu tez çalışması, 14/06/2012 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

.....

Doç.Dr.Ali Altuğ BIÇAKCI

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRÜ

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu' nun 24.09.2008 tarihli ve 007 sayılı toplantısında kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzu adlı yönergeye göre hazırlanmıştır.

ÖZET

ÜNİVERSİTE KIZ ÖĞRENCİLERİNİN JİNEKOLOJİK KANSERLERDEN KORUNMA İLE İLGİLİ BİLGİ VE DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ

Saadet Gonca MAVİ

Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ebelik Anabilim Dalı

Danışman: Yrd.Doç.Dr. Mine BEKAR

Sivas, 2012, 84 sayfa

Araştırma, üniversite kız öğrencilerinin jinekolojik kanserlerden korunma ile ilgili bilgi ve davranışlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini Kayseri ilinde bulunan özel kız öğrenci yurtlarından, veri toplama formunun uygulanmasına izin verilen 5 yurtta kalan 937 öğrenci oluşturmaktadır. Evrenden örneklem seçimi yapılmamış, araştırmaya katılmayı kabul eden 792 öğrenci araştırma kapsamına alınmıştır. Veriler soru formu aracılığı ile toplanmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 15.0 programıyla analiz edilmiş olup, Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis H Testi ve Khi-Kare önemlilik testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %20.08'i Sağlık Bilimleri ile ilgili bölümlerde öğrenim görmektedir. %25.88'i 1.sınıfta, %29.55'i 2.sınıfta ve %15.66'sı 3.sınıfta okumaktadır. Yaş ortalamaları 20.51 ± 1.96 olarak belirlenmiştir. Öğrencilerin %97.35'i bekarıdır. Öğrenim görülen fakülte/yüksekokul ile endometrium kanseri, over kanseri ve toplam jinekolojik kanser bilgi puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Öğrencilerin sınıfları ile over kanseri ve toplam jinekolojik kanser bilgi puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Öğrencilerin medeni durumları ile over kanseri, vulva kanseri ve toplam jinekolojik kanser bilgi puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Öğrencilerin %3.16'sının cinsel ilişki deneyimi vardır. Cinsel ilişki deneyimi olan öğrencilerin %40'ı ilk cinsel ilişki deneyimini 16-18 yaşları arasında yaşamıştır. Cinsel ilişki deneyimi olan öğrencilerin %92'si aile planlaması yöntemi kullanmaktadır. Aile planlaması yöntemi kullanan öğrencilerin %34.78'i oral kontraseptif, %30.43'ü kondom kullanmaktadır. Öğrencilerin kullandıkları AP yöntemleri ile toplam jinekolojik kanser bilgi puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Cinsel ilişki deneyimi olan öğrencilerin

%36'sı birden fazla cinsel partnere sahipken, %8'i cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyon geçirmiştir. Öğrencilerin birden fazla cinsel partner varlığı durumları ile yalnızca vajinal kanseri bilgi puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Cinsel ilişki deneyimi olan öğrencilerin yalnızca %28'i pap smear yaptırmıştır.

Öğrencilerin cinsel ilişki deneyimleri ile jinekolojik enfeksiyon geçirme, jinekolojik muayene yaptırma ve KKVM yapma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Öğrencilerin toplam jinekolojik kanser bilgi puan ortalamasının 52.48 ± 13.45 olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin toplam jinekolojik kanserlerden aldıkları en düşük puan 0, en yüksek puan 100'dür.

Anahtar Kelimeler: Öğrenci, Jinekolojik Kanserler, Korunma, Bilgi ve Davranış

ABSTRACT**IDENTIFICATION OF THE KNOWLEDGE AND MANNERS OF THE FEMALE
UNIVERSITY STUDENTS TOWARDS PREVENTION FROM GYNECOLOGIC
CANCERS**

Saadet Gonca MAVI

M.A. Thesis, Cumhuriyet University Institute of Health Sciences

Department of Midwifery

Thesis Advisor: Assist. Prof.Dr. Mine BEKAR

Sivas, 2012, 84 pages

This research has been conducted as a descriptive study to identify of the knowledge and manners of the female university students towards prevention from gynecologic cancers.

The research universe is consisting of 937 female students living in 5 private dormitories in Kayseri in which the conduct of the data collection was permitted. Sampling in the research universe has not been done, 792 students accepting to join in the research have been included in the research scope. The data has been collected through a question form. Data collected in the research has been analyzed by SSPS 15.0 program, and Mann Whitney U Test, Kruskal Wallis H Test and Chi-Square Distribution Test have been used.

20.08 % of the students are studying in Health Sciences and related departments. 25.88% of them are 1. Year-students, 29.55 % are 2. Year-students, and 15,66% are 3- year students. The average of the students' age is 20.51 ± 1.96 . 97.35 % of them are single. The difference between the faculties/colleges of the students and their knowledge points they get for endometrium cancer, ovarian cancer and total gynecologic cancer is statistically meaningful ($p<0,05$). The difference between students' classes and their knowledge points for ovarian cancer and total cancer is statistically meaningful ($p<0,05$). The difference between marital status and their knowledge points for ovarian, vulva and total gynecologic cancer is statistically meaningful ($p<0,05$).

3.16% of the students have sexual experince. 40% of them had their first sexual experience when they were between 16-18 years old. 92% of the students having sexual experience use birth control methods. 34.78% of them use oral contraceptives and 30.43% use condom. The difference between birth control methods used by the students and total gynecologic cancer knowledge points is statistically meaningful ($p<0,05$). While 36% of the

students having sexual experience have more than one partner, 8% experienced sexually transmitted disease. Only the difference between the situation having more than one partner and vaginal cancer knowledge points is statistically meaningful ($p < 0,05$). Solely 28% of the students having sexual experience had pap smear done.

The difference between sexual intercourse experience and gynecologic infection experience, gynecologic examination and performing a VSE (vulva self exam) is meaningful ($p < 0,05$).

The average of total gynecologic cancer knowledge points of the students is found to be 52.48 ± 13.45 . The lowest point they get in total gynecologic cancer is 0, the highest point is 100.

Keywords: Student, Gynecologic Cancers, Prevention, Knowledge and Manner

TEŞEKKÜR

Araştırmamın planlanması ve yürütülmesinde bana yol gösteren ve her zaman destek olan çok değerli hocam ve tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Mine BEKAR'a, lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca gelişmeme katkısı olan ve emeği geçen tüm hocalarıma, verilerimin istatistiksel analizlerinde büyük emeği geçen Ahmet Gül'e ve değerli asistanı Kübra Özkazanç'a, anket çalışmamıza müsaade gösteren ve bize kapılarını açan yurt yöneticilerine, anketlerin uygulanmasında yardımcı olan Adeviye Durmaz'a, araştırmaya katılmayı kabul eden tüm öğrencilere, her zaman yanımda olan ve maddi manevi desteklerini esirgemeyen sevgili aileme özellikle de kardeşim Nurcan'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇ KAPAK	i
ONAY	ii
YÖNERGE	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
TEŞEKKÜR	viii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLolar DİZİNİ	xi
GRAFİKLER DİZİNİ	xiii
KISALTMALAR VE SİMGELER	xiv
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Kanser	6
2.2. Serviks Kanseri	8
2.3. Endometrium Kanseri	17
2.4. Over Kanseri	21
2.5. Vulva Kanseri	26
2.6. Vajinal Kanser	28
2.7. Jinekolojik Kanserlerden Korunmada Ebelerin Rolü	30
3. GEREÇ VE YÖNTEM	32
3.1. Araştırmanın Tipi	32
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	32
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem	32
3.4. Verilerin Toplanması	32

3.4.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması	32
3.4.2. Veri Toplama Formlarının Ön Uygulaması	33
3.4.3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması	33
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	34
4. BULGULAR	35
4.1. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Yanıtlarına İlişkin Dağılımlar	35
4.2. Cinsel İlişki Deneyimi Olan Öğrencilerin Yanıtlarına İlişkin Dağılımlar	39
5. TARTIŞMA	59
6. SONUÇ	66
7. ÖNERİLER	68
8. KAYNAKLAR	69
9. EKLER	78
EK-1 Bilgilendirilmiş Onam Formu	78
EK-2 Soru Formu	79
EK-3 Jinekolojik Kanserlerden Korunma Bilgi Formu Cevap Anahtarı	83

TABLOLAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 3.1:	Öğrencilerin Kansere İlişkin Alabileceği En Düşük Ve En Yüksek Puan Değerlerinin Dağılımı.....	34
Tablo 4.1:	Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	36
Tablo 4.2:	Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Üreme Sağlığına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı.....	37
Tablo 4.3:	Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Bazı Sağlık Koruma Davranışlarına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı.....	38
Tablo 4.4:	Cinsel İlişki Deneyimi Olan Öğrencilerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	40
Tablo 4.5:	Cinsel ilişki Deneyimi Olan Öğrencilerin Üreme Sağlığına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı.....	41
Tablo 4.6:	Öğrencilerin Öğrenim Gördükleri Fakülte/Yüksekokullara Göre Kansere Bilgi Puanlarının Dağılımı.....	42
Tablo 4.7:	Öğrencilerin Sınıflarına Göre Kansere Bilgi Puanlarının Dağılımı.....	43
Tablo 4.8:	Öğrencilerin Yaşlarına Göre Kansere Bilgi Puanlarının Dağılımı.....	44
Tablo 4.9:	Öğrencilerin Medeni Durumlarına Göre Kansere Bilgi Puanlarının Dağılımı.....	45
Tablo 4.10:	Öğrencilerin Jinekolojik Enfeksiyon Geçirme Durumlarına Göre Kansere Bilgi Puanlarının Dağılımı.....	46
Tablo 4.11:	Öğrencilerin Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumlarına Göre Kansere Bilgi Puanlarının Dağılımı.....	47
Tablo 4.12:	Öğrencilerin KKVM Yapma Durumlarına Göre Kansere Bilgi Puanlarının Dağılımı.....	48
Tablo 4.13:	Öğrencilerin Sigara Kullanma Durumlarına Göre Kansere Bilgi Puanlarının Dağılımı.....	49
Tablo 4.14:	Öğrencilerin Alkol Kullanma Durumlarına Göre Kansere Bilgi Puanlarının Dağılımı.....	50
Tablo 4.15:	Öğrencilerin Egzersiz Yapma Durumlarına Göre Kansere Bilgi Puanlarının Dağılımı.....	51

Tablo 4.16: Öğrencilerin Cinsel İlişki Deneyimlerine Göre Kanser Bilgi Puanlarının Dağılımı.....	52
Tablo 4.17: Öğrencilerin İlk Cinsel İlişki Yaşlarına Göre Kanser Bilgi Puanlarının Dağılımı.....	53
Tablo 4.18: Öğrencilerin Kullandıkları AP Yöntemlerine Göre Kanser Bilgi Puanlarının Dağılımı.....	54
Tablo 4.19: Öğrencilerin Birden Fazla Cinsel Partner Varlığı Durumlarına Göre Kanser Bilgi Puanlarının Dağılımı.....	55
Tablo 4.20: Öğrencilerin Pap Smear Yaptırma Durumlarına Göre Kanser Bilgi Puanlarının Dağılımı.....	56
Tablo 4.21: Öğrencilerin Kansere İlişkin Aldıkları Ortalama, En Düşük Ve En Yüksek Bilgi Puanı Değerlerinin Yüzdelik Dağılımı.....	57
Tablo 4.22: Öğrencilerin Cinsel İlişki Deneyimlerine Göre Jinekolojik Enfeksiyon Geçirme, Jinekolojik Muayene Yaptırma ve KKVM Yapma Durumlarının Karşılaştırılması.....	58

GRAFİKLER DİZİNİ

Sayfa No

Grafik 1: Türkiye Kanseri İstatistikleri (1999-2005).....6

KISALTMALAR VE SİMGELER

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACOG	American College of Obstetrics and Gynecology
ACS	American Cancer Society
BKI	Beden Kitle İndeksi
BSO	Bilateral Salpingo Ooferektomi
BT	Bilgisayarlı Tomografi
CA	Cancer
CIN	Cervical Intraepithelial Neoplasia
DES	Diethylstilbestrol
DNA	Deoxyribonucleic acid
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ECC	Endoservikal küretaj
FDA	Food and Drug Administration
FIGO	International Federation of Gynecology and Obstetrics
GİS	Gastrointestinal
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HPV	Human Papilloma Virus
HRT	Hormon Replasman Tedavisi
HSV 2	Herpes Simplex Virus 2
HSIL	High grade cervical intraepithelial lesion
IARC	Uluslararası Kanser Araştırma Kurulu
KKVM	Kendi Kendine Vulva Muayenesi
LEEP	Loop Electrosurgical Excision Procedure
LSIL	Low grade cervical intraepithelial lesion
MRG	Manyetik Rezonans Görüntüleme
OKS	Oral Kontraseptif
PAP	Papanicolaou
PCOS	Polikistik Over Sendromu
USG	Ultrasonografi
TAH	Total Abdominal Histerektomi
VIN	Vulvar Intraepithelial Neoplasia

n	Sayı
χ^2	Khi-Kare
>	Büyüktür
<	Küçüktür
%	Yüzde

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kanser hastalık yükü, öldürücülüğü ve insidans artış eğilimi ile hem dünya hem de ülkemiz için bir halk sağlığı konusu ve problemidir (Hatipoğlu, 2007). Kanser, çağımızda ölüme neden olan hastalıklar arasında kalp-damar hastalıklarına bağlı ölümlerden sonra ikinci sırayı almaktadır (Aydın ve ark., 2000; Demirgöz ve Kızılkaya Beji, 2007; Hatipoğlu, 2007; www.atonet.org.tr; Kurt Sadırlı ve Ünsar, 2009; Reis, 2003).

Küresel kanser yükü geçtiğimiz 30 yıl zarfında iki kattan daha fazla artmıştır. 2008'de 12 milyon yeni kanser vakasının teşhis edildiği, kanserden kaynaklanan 7 milyon ölümün gerçekleştiği ve kanserli 25 milyon kişinin halen hayatta olduğu tahmin edilmektedir. Dünya nüfusunun süregelen artışı ve yaşlanması kanser yükü üzerinde de büyük değişikliklere yol açacaktır. 2030'a gelindiğinde 27 milyon kanser vakası, kanserden kaynaklanan yıllık 17 milyon ölüm ve son beş yıl içinde kanser tanısı konmuş 75 milyon kişi rakamlarına ulaşılması beklenmektedir (Dünya Kanser Raporu, 2008).

Ortalama bir bakışla 2030 yılına kadar kanser görülme sıklığında tüm dünyada iki misline yakın bir artış öngörülmektedir. Bu artışın %75'inin ülkemizin de içinde bulunduğu gelişmekte olan veya gelişmemiş ülkelerde ortaya çıkacak olması ve bu ağırlığı kaldırmakla karşı karşıya kalacak ülkelerin kansere dünyada harcanan bütçenin ancak %5'ine sahip bulunuyor olması kanser kontrol programlarında kanseri önlemeye ve erken tanıya ağırlık verilmesini zorunlu hale getirmektedir (Türkiye'de Kanser Kontrolü, 2009).

Dünyada jinekolojik kanserler en yaygın olarak görülen dördüncü kanser türüdür (Ertem, 2010). Günümüzde jinekolojik kanserler, tüm kanserlerin yaklaşık %15'inden, tüm kanserlere bağlı ölümlerin de %10'undan sorumludur (Özsoy, 2007). Jinekolojik kanserlerin kadın sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri çok boyutludur (Doğan, 2008; Reis 2003; Reis, 2006). Örneğin; radyoterapi, kemoterapi, hormonal ve cerrahi tedaviye bağlı olarak ortaya çıkan bulantı, kusma, uykusuzluk, yorgunluk, yoğun korku ve anksiyete bireyin fiziksel ve psikolojik sağlığını olumsuz yönde etkilerken, aile ve iş yaşamı ile ilgili sorunlar ve gelecekteki yaşama yönelik belirsizlikler ise onun sosyal ve manevi sağlığını bozmaktadır (Reis, 2003). Jinekolojik kanserlerde uygulanan tanı ve

tedavi işlemleri, diğer organ kanserlerinde yaşanan sorunların yanı sıra, beden imajı, cinsel kimlik ve üreme yeteneğiyle ilgili olarak birey ve ailesinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Pınar ve ark., 2008a). Örneğin; overlerin alınması durumunda kadın cinsel arzu ve isteğinin azalacağından ve erken yaşlanacağından korkmaktadır (Reis, 2006). Dansuk ve arkadaşları (2002), jinekolojik kanserli hastaların psikososyal özelliklerini değerlendirdikleri çalışmalarında jinekolojik kanserli hastalarda depresyon, umutsuzluk ve yalnızlık düzeylerinin yüksek olduğunu, depresyon düzeyi arttıkça umutsuzluk ve yalnızlık düzeyinin arttığını saptamıştır (Aslan ve ark., 2007).

Jinekolojik kanserler, meme kanserinden sonra kadınlardaki morbidite ve mortalitenin en büyük nedenlerinden biridir. Bu nedenle jinekolojik kanserlerin görülme sıklığını tespit etmek, jinekolojik kanserlerle ilişkili risk faktörlerini belirlemek, jinekolojik kanserlerin nedenini araştırmak, jinekolojik kanserlerden korunma ve tedavide uygun stratejiler geliştirmek giderek daha büyük önem taşımaktadır (Pınar ve ark., 2008b). Jinekolojik kanserlerin insidansı tüm dünyada artmakla birlikte Batıda ölüm hızı 40 yıl öncesine göre düşme göstermektedir. Ölüm hızındaki bu düşüş erken tanı ve tedavi tekniklerinin gelişmesinin bir sonucudur (Pınar ve ark., 2008a). Jinekolojik kanserlerin tanı ve tedavisindeki gelişmeler, bu gruptaki hastaların yaşam süresini uzatarak kaliteli yaşam beklentisini artırmıştır. Bu bakış, hastaya verilen bakım ve desteğin boyutunu değiştirerek, ebeveynin görev ve sorumluluklarında olumlu değişikliklere yol açmıştır (Reis, 2006).

Jinekolojik kanserlerin görülme sıklığı ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Örneğin; serviks kanseri Brezilya, Hindistan, Japonya gibi ülkelerde en sık görülen kanser türüdür. Diğer yandan ABD, İsviçre, Kanada gibi ülkelerde görülüş sıklığı yönünden uterus ve korpus kanserleri daha ön sıralarda yer almaktadır. Kuzey Amerika, Okyanusya ve Avrupa'da ise over kanseri daha ön sıralardadır (Pınar ve ark., 2008b). Amerikan Kanser Derneği'nin (American Cancer Society-ACS) 2007 yılı verilerine göre, Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) kadınlarda görülen kanser vakaları sıralamasında endometrium ve over kanserleri, 4. ve 5. sırada yer almaktadır. Serviks kanseri ise tarama testleri ve erken tanı sonucu genel sıralamada 8. ve jinekolojik kanser vakalarında ise 3. sırada yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi 1995-1999 yılı verilerine göre, kadınlarda görülen kanser sıralamasında ürogenital kanserler %17.5 oranı ile meme ve sindirim sistemi kanserlerini takiben 3. sırada yer almaktadır (Ertem, 2010).

Ülkemizde jinekolojik kanserlerin görülüş sıklığına bakıldığında ise en sık endometrium kanseri görülmekte olup, bunu over kanseri ve serviks kanseri izlemektedir. Endometrium kanseri tüm kadın genital sistemi kanserlerinin %45'ini ve kadınlarda görülen kanserlerin %11'ini oluşturur (Pınar ve ark., 2008b).

Serviks kanseri dünya genelinde kadınlarda görülme sıklığı açısından ikinci, kanserin neden olduğu ölümlerde ise üçüncü sırayı almaktadır (Akyüz ve ark., 2006, Dünya Kanser Raporu, 2008). Dünyada her yıl 409.000 yeni serviks kanseri vakası teşhis edilmekte ve serviks kanserine bağlı 234.000 ölüm gerçekleşmektedir (Dünya Kanser Raporu, 2008).

Serviks kanseri gelişmekte olan ülkelerde 2. sıklıkta görülürken, gelişmiş ülkelerde tarama programlarının başarılı uygulamaları nedeniyle 6., hatta bazı ülkelerde 10. sıraya inmiştir (Özgül, 2007; www.kanser.gov.tr). Gelişmiş ülkelerde bu kanserin görülme sıklığı ve hastalık nedeniyle ölümler azalmaktadır. Çünkü hastalık, pap smear tarama testi ile çok erken dönemde tanımlanabilmektedir (Yılmaz Esencan, 2009).

Jinekolojik kanserler içinde, erken tanının kolaylıkla konulabildiği kanserlerden birisi serviks kanseridir (Akhan, 2007). Serviks kanseri risk faktörlerinin bireyin kendi kontrolünde olması, tarama testinin olması ve bugün için en yaygın HPV tiplerine karşı korunmayı sağlayan aşuların bulunması nedeniyle, kanserin en önlenebilir türlerinden birisidir (Ulukuş, 2005a). Aynı zamanda 10-15 yıllık uzun preinvazif döneme sahip olması, etkinliği kanıtlanmış sitolojik tarama yöntemlerinin varlığı, preinvazif lezyonların etkin bir şekilde tedavi edilebilir olması nedeniyle invazif serviks kanseri önlenebilir bir hastalık ve koruyucu yaklaşımlarla en fazla başarı elde edilen kanser türlerinden biri olarak kabul edilmektedir (Ball and Madden, 2003; Hatipoğlu, 2007; Özgün, 2008; Taşkiran ve ark., 2006).

Serviks kanseri, pap smear taraması yapılmayan ülkelerde kanserden kaynaklanan ölümlerin en sık nedenidir. Pap smear testinin ulusal bir sağlık politikası halinde programlı uygulandığı ülkelerde bu kanserden ölüm büyük ölçüde azalmıştır. Kanser öncesi serviks lezyonlarının erken tespit ve tedavisini sağlayan nüfusa dayalı taramalar gelişmiş ülkelerde serviks kanseri insidansının ve mortalitesinin büyük ölçüde azalmasını sağlamıştır (Ulusal Kanser Haftası Sempozyumu, 2012).

Over kanseri, jinekolojik kanserler arasında en ölümcül olanıdır ve efektif tarama yöntemlerinin yokluğundan dolayı kadınların çoğu ilerlemiş hastalık ile prezente olurlar (Akkaya ve ark., 2007; Balkanlı Kaplan, 2010; Edirne ve ark., 2002; Gültekin ve ark., 2006; Kuşçu ve ark., 1994; Pınar ve ark., 2007a; Pınar ve ark., 2008b; Sezik ve

ark., 2005; Yetimlar ve ark., 2007). Gelişmiş ülkelerdeki kadınların over kanserine yakalanma riski % 1.4-2 civarındadır (Edirne ve ark., 2002). Tüm genital kanserlerin % 20-25'ini oluşturur (Edirne ve ark., 2002, Pınar ve ark., 2007a).

Vulva kanserleri, jinekolojik kanserler arasında vajen kanserlerinden sonra en seyrek görülen gruptur (Çetiner ve ark., 2007a; Polat ve ark., 2000). Tüm genital kanserlerin %5'ini, kadınlarda görülen kanserlerin %1'ini oluştururlar. Ancak son yıllarda gerek yaşam süresinin uzaması gerekse HPV enfeksiyonları insidansının artması nedeniyle vulva kanseri görülme sıklığında artış meydana gelmiştir (Berkman ve Topuz, 2004).

Vajinal kanser, kadın genital sisteminin nadir kanserlerinden birisidir. Tüm jinekolojik malignensilerin %1-2'sini oluşturur (Bekar, 2008; Güner ve ark., 2000; Polat ve ark., 2000).

Jinekolojik kanserlerde hastalık ilerledikçe oluşan patolojik değişikliklerin geriye dönüşü olmadığı gibi ilerlemiş olgularda sağ kalım süresi 5 yıla sınırlıdır. Bu nedenle kanser kontrolü ve sağlığı sürdürme çabalarında, tedavi yerine “önleme” ön plana çıkmaktadır. Örneğin vulva kanserinden korunmak için, kadınlar erken yaşlardan itibaren düzenli aralıklarla vulvalarını muayene etmeleri konusunda teşvik edilmelidir (Reis, 2006). Kansere yönelik hizmetler arasında yer alan birincil koruma, kansere neden olduğu bilinen etkenlerden uzaklaşmayı, ikincil koruma ise kanser belirtisi olmayan kişilerde taramalarla erken dönemde tanı konulmasını amaçlar. Jinekolojik kanserlerden korunmada, kansere neden olduğu düşünülen risk faktörlerinin bilinmesi alınacak önlemler için önemlidir (Ozan, 2005). Büyük stres ve sorun yaratan jinekolojik kanserlere yakalanmamak veya çok erken dönemde teşhis edilip tedavisini mümkün kılmak, ancak kadınların bu konuda bilgilendirilmeleri ve eğitilmeleri ile sağlanmış olacaktır (Güler, 1993; Menteş, 1998; Lynn ve ark., 2000).

Herkesin kendi sağlığının korunması ve sürdürülmesinde, sağlıklı yaşam biçiminin benimsenmesinde sorumluluğu bulunmaktadır. Sağlığın idamesinde olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesi gerekmektedir. Olumlu sağlık davranışı, bireylerin öncelikle kendi sağlığını ve sonra başkalarının sağlığını etkin olarak koruyabilmede gösterilen bilinçli çabalardan oluşur. Bireylerin sağlıklı davranışlar konusunda bilgilendirilmesini ve yönlendirilmesini sağlayacak en etkili grup sağlık ekibidir (Bayrak ve ark., 2010). Üniversite öğrencileri yaşam biçiminin değiştirilmesi ve olumlu sağlık davranışlarının kazanılması için en uygun hedef gruplarından biridir. Genç yaşlarda ortaya çıkan bilgi ve davranış gelişimi birey, aile ve toplumu hayat boyu

etkileyebilir. Bu yaşlarda yapılacak olan uygun eğitim sağlığa ilişkin problemlerden korunmada önemlidir (Dhital ve ark., 2005).

Uluslararası ebelik tanımında ebelerin sağlık danışmanlığı ve eğitiminde önemli sorumlulukları olduğu belirtilmektedir. Sağlık eğitimi ve erken tanı hizmetleri ebelik uygulamaları içinde yer alan en önemli koruyucu sağlık hizmetidir. Yapılan pek çok çalışmada ebelerin verdiği sağlık eğitimi ile kadınların olumlu sağlık davranışları kazandığı gösterilmiştir (Yücel, 2006). Toplum ve bireyle sürekli iletişimde bulunan ebeler tek eşli cinsel yaşam, hijyen kuralları, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma, aile planlama yöntemlerinin kullanımı vb. konularda sağlık danışmanlığı yaparak ve uygun veri toplayarak bireyleri doğru sağlık alışkanlıkları konusunda bilgilendirmelidir. Bunun yanında bireylere düzenli sağlık taramalarının ve prognozu etkileyen erken tanının önemi vurgulanmalıdır. Bütün bu çalışmaların daha etkili olabilmesi için ebelerin bu alanda yeterli bilgiye sahip olmaları, bireylerin sahip oldukları risk faktörlerini tanımaları, güncel gelişmeleri izlemeleri ve bu bilgileri uygulamaya aktarmaları gerekmektedir. Böylece bireylerin sağlığı geliştirici davranış kazanmalarında etkili olunarak yaşam kalitesini artırma yönünde bilinçli seçimler yapmaları sağlanabilir (Pınar ve ark., 2008b).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma üniversite kız öğrencilerinin jinekolojik kanserlerden korunma ile ilgili bilgi ve davranışlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

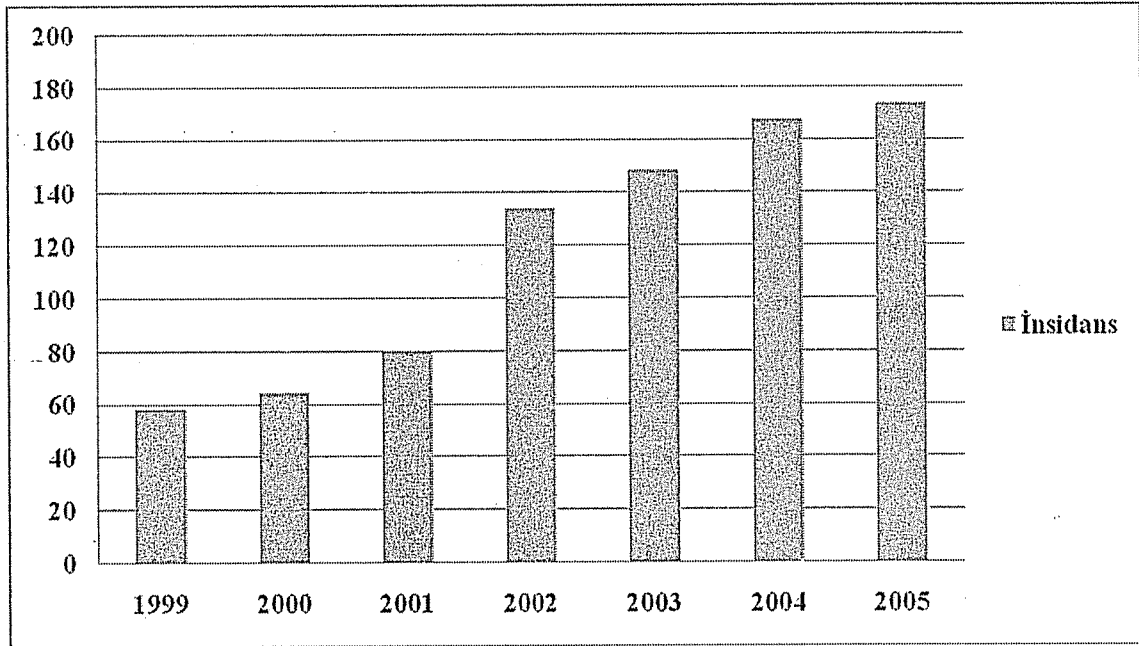
2. GENEL BİLGİLER

2.1. KANSER

Kanser, hücresel genlerde gerçekleşen somatik ve kalıtsal mutasyonlardan ve biriken genetik değişikliklerden kaynaklanan, hücrelerin kontrolsüz büyümesi ve anormal şekilde yayılımı ile karakterize hastalık grubunu tanımlamak için kullanılan bir terimdir (Kurt Sadırlı ve Ünsar, 2009; Kanarlı Gürel, 2007; Yakıcıer ve Akarsu, 2007).

T.C Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığının Türkiye Kanser İstatistiklerine bakıldığında kanser insidansının 1999-2005 yılları arasında hızla arttığı görülmektedir (Grafik 1).

Grafik 1: Türkiye Kanser İstatistikleri(1999-2005)



Kaynak: www.saglik.gov.tr

Kanserin toplumda sıklığının bilinmesi, etyolojisinde rol oynayabilecek faktörlerin araştırılması, saptanması ve yok edilmesine yardımcı olabileceği gibi, meydana gelen kanserlerin erken tanısına, tedavi sonuçlarının değerlendirilmesine ve etkili tedavi yöntemlerinin saptanmasına da yardımcı olacaktır (Kurt Sadırlı, 2008).

Kanserlerin gelişiminde virüsler, bakteriler ve parazitler, fiziksel faktörler, sigara ve kimyasal faktörler, cinsel sağlık ve doğurganlık, genetik ve ailesel faktörler, beslenme faktörü, hormonal faktörler ve immünolojik faktörler sorumlu tutulmaktadır (Kurt Sadırlı, 2008; Kanarğ Gürel, 2007).

Kanser türlerinden biri olan 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; serviks, endometrium, over, vulva ve vajina kanserlerinden oluşmaktadır (Şahin, 2009).

Günümüzde jinekolojik kanserler, tüm kanserlerin yaklaşık %15'inden, tüm kansere bağlı ölümlerin de %10'undan sorumludur (Özsoy, 2007). Jinekolojik kanserlerin görülme sıklığı ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Örneğin; serviks kanseri Brezilya, Hindistan, Japonya gibi ülkelerde en sık görülen kanser türüdür. Diğer yandan ABD, İsviçre, Kanada gibi ülkelerde görülüş sıklığı yönünden uterus ve korpus kanserleri daha ön sıralarda yer almaktadır. Kuzey Amerika, Okyanusya ve Avrupa'da ise over kanseri daha ön sıralardadır (Pınar ve ark., 2008b). 2007 yılı Amerikan Kanser Derneği'nin verilerine göre, ABD'de kadınlarda görülen kanser vakaları sıralamasında endometrium 4., over kanseri 5. sırada yer almaktadır. Serviks kanseri ise tarama testleri ve erken tanı sonucu genel sıralamada 8., jinekolojik kanser vakalarında ise 3. sırada yer almaktadır (Pınar ve ark., 2008a).

Ülkemizde jinekolojik kanserlerin görülüş sıklığına bakıldığında ise en sık endometrium kanseri görülmekte olup, bunu over kanseri ve serviks kanseri izlemektedir. Endometrium kanseri tüm kadın genital sistemi kanserlerinin %45'ini ve kadınlarda görülen kanserlerin %11'ini oluşturur (Pınar ve ark., 2008b).

2.2. SERVİKS KANSERİ

Serviks kanseri dünya genelinde kadınlarda görülme sıklığı açısından ikinci, kanserin neden olduğu ölümlerde ise üçüncü sırayı almaktadır (Akyüz ve ark., 2006, Doğan, 2008; Dünya Kanser Raporu, 2008). Serviks kanseri erken evrelerde yakalanmadığında mortalitesi oldukça yüksek bir malignensi türüdür (Ak ve ark., 2010; Doğan, 2008). Dünyada her yıl 409.000 yeni serviks kanseri vakası teşhis edilmekte ve serviks kanserine bağlı 234.000 ölüm gerçekleşmektedir (Dünya Kanser Raporu, 2008).

Serviks kanseri gelişmekte olan ülkelerde 2. sıklıkta görülür iken; gelişmiş ülkelerde tarama programlarının başarılı uygulamaları nedeniyle 6., hatta bazı ülkelerde 10. sıraya inmiştir (Özgül, 2007; www.kanser.gov.tr). Gelişmiş ülkelerde bu kanserin görülme sıklığı ve hastalık nedeniyle ölümler azalmaktadır. Çünkü hastalık, pap smear tarama testi ile çok erken dönemde tanımlanabilmektedir (Yılmaz Esencan, 2009).

Jinekolojik kanserler içinde, erken tanının kolaylıkla konulabildiği kanserlerden birisi serviks kanseridir (Akhan, 2007; Doğan 2008). Serviks kanseri risk faktörlerinin bireyin kendi kontrolünde olması, tarama testinin olması ve bugün için en yaygın HPV tiplerine karşı korunmayı sağlayan aşuların bulunması nedeniyle, kanserin en önlenebilir türlerinden birisidir (Ulukuş, 2005a). Aynı zamanda 10-15 yıllık uzun preinvazif döneme sahip olması, etkinliği kanıtlanmış sitolojik tarama yöntemlerinin varlığı, preinvazif lezyonların etkin bir şekilde tedavi edilebilir olması nedeniyle invazif serviks kanseri önlenebilir bir hastalık ve koruyucu yaklaşımlarla en fazla başarı elde edilen kanser türlerinden biri olarak kabul edilmektedir (Hatipoğlu, 2007; Özgün, 2008; Taşkiran ve ark., 2006).

Servikal kanserlerin %75-80'i skuamöz hücreli karsinom, %10-15'i adenokarsinomdur (Akkaya ve ark., 2007; Dönmez, 2007; Özsoy, 2007). Son zamanlarda servikal adenokarsinom insidansının arttığı ile ilgili veriler mevcuttur (Akkaya ve ark., 2007).

2.2.1. Serviks Kanserine İlişkin Risk Faktörleri:

Serviks kanseri risk faktörleri arasında ilk cinsel ilişki yaşının küçük olması, seksüel partner sayısı, yüksek parite, ırk, düşük sosyoekonomik düzey ve sigara içimi önemli bir yer tutmaktadır (Dönmez, 2007; Güner ve Taşkiran, 2007; Pınar ve ark., 2008b).

Yaş: Serviks kanseri görülme yaşı genel olarak 20-80 gibi geniş bir yelpazeye yayılmıştır. En sık 50-59 yaşları arasında görülmekle birlikte ülkemizde invaziv serviks kanserlerinin %65'i 40-60 yaş grubunda görülmektedir (Atasü ve Şahmay, 2001; Özgün, 2008).

Human Papilloma Virus (HPV): Tüm dünyadaki servikal kanserlerin %70'inden HPV tip 16 ve 18'in sorumlu olduğu düşünülmektedir. Bugün serviks kanseri gelişimi için HPV'nin mutlaka var olması gerektiği, diğer risk faktörlerinin ya virüsle karşılaşma oranlarını arttırdığı ya da viral persistansı-karsinojenik süreci hızlandırdığı için önemli olduğu üzerinde durulmaktadır (Güner ve Taşkıran, 2007). Yüksek riskli HPV tipleri (HPV 16 ve 18) Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Uluslararası Kanser Araştırma Kurulu (International Agency for Research on Cancer-IARC) tarafından onkojenik virüsler olarak tanımlanmışlardır (Özcan ve ark., 2008). HPV 16 daha çok skuamöz hücreli karsinomlardan, HPV 18 ise daha çok adenokarsinomlardan sorumludur (Özgül, 2007).

Cinsel Aktivite: Çalışmalar; çok eşlilik ve cinsel aktiviteye erken yaşta başlamanın serviks kanseri etyolojisinde önemli olduğuna işaret etmektedir. Partner sayısı altı ve altının üstünde olduğunda veya 15 yaşından önce cinsel aktiviteye başlandığında risk 10 kat artmaktadır. Ayrıca kadının eşinin birlikte olduğu kadın sayısının fazla olması da enfeksiyon riskini artırdığı için önemli bir risk faktörüdür (Yücel, 2006). Menarş sonrası ilk yıl içinde seksüel aktif olan kızlarda serviks kanseri sıklığı 26 kat artmıştır (Akhan, 2008). Buradaki sorun; genç kadında aktif transformasyon zeminindeki mevcut immatür metaplazinin cinsel ilişkiyle bulaşması; olası çeşitli etmenlere çok daha fazla duyarlı olmasıdır (Arvas, 2008; Arvas ve ark., 2008).

Parite: Literatürde serviks kanserinin gebelik ve doğum sayısı ile birlikte artış gösterdiği, ilk gebeliğin 20 yaşından önce olması ve ilk doğumun erken yaşta yapılmasının önemli risk faktörlerinden olduğu belirtilmektedir (Pınar ve ark., 2007b). Multiparlarda serviks kanseri riskinin arttığı bildirilmektedir. Çok doğum yapan kadınlarda hipertrofiye olmuş serviksin silindirik epitelinin portioya dönmesi ve erken yassı epitel metaplazisi gelişmesinin, risk artışında sorumlu olabileceği öne sürülmektedir (Dönmez, 2007; Özgün, 2008).

Sigara: Sigara kullanımı ile vücut, birçoğu kanserojen olan yaklaşık 4000 değişik kimyasal maddeyle karşılaşmış olur. Bunlar arasında en çok bilinenler benzil prenler, polisiklik aromatik maddeler ve tütüne spesifik nitrozaminlerdir. Sigara

içenlerin servikal mukusunda bu maddelere normal popülasyondan çok daha fazla oranlarda rastlanılmaktadır (Güner ve Taşkıran, 2007). Sigara kullanımına bağlı serviks kanseri riskinin kontrol grubuna göre 2-3 kat arttığı bildirilmektedir (Dönmez, 2007; Özgün, 2008).

Sosyoekonomik Durum: Gelişmekte olan ülkelerde serviks kanserlerinin düşük sosyoekonomik durumla ilişkili olduğu, bu nedenle hastalığın gelir düzeyi düşük kadınlarda daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (Dönmez, 2007; Özcan ve ark., 2008). Sosyoekonomik durumun kötü olmasının, bireylerin hijyene ilişkin davranışlarını olumsuz etkilediği kadar sağlık kurumlarına gitme alışkanlığını da olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir. Ayrıca kişinin sosyal güvencesinin olmamasının, koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanmasını ve tarama testlerini yaptırmasını olumsuz yönde etkileyerek serviks kanseri görülme sıklığını arttırabileceği belirtilmektedir (Dönmez, 2007).

Oral Kontraseptif Kullanımı: IARC çalışmalarında oral kontraseptif (OKS) kullanımı ile serviks kanseri arasında bir ilişki saptanmıştır. 5 yıldan az kullanımın riski arttırmadığı, ancak 5-9 yıl kullanımın riski 2.72 kat, 10 yıl ve üzeri kullanımın ise riski 4.48 kat arttırdığı bildirilmektedir (Güner ve Taşkıran, 2007).

İrk: Servikal kanser insidansı siyahlarda beyazlara oranla 2 kat daha fazladır ve mortalite oranı yaklaşık 2.4 kat artmıştır. Koyu esmerlerden Amerikalı Kızılderililerde ve Havai toplumlarında servikal kanser oranlarının yükseldiği gözlenmektedir (Dönmez, 2007).

DES'e Maruz Kalma: Anne karnında iken dietilstilbestrole (DES) maruz kalma sonucunda oluşan hücre tipleri de servikal kanserle ilişkilendirilmiştir (Dönmez, 2007).

Obezite: Obezite veya artmış BKİ (Beden Kitle İndeksi) ile serviks kanseri arasındaki ilişkiyi gösteren veriler çelişkilidir. 1987 ve 2002'de yayınlanan derlemelerde, artmış BKİ ile serviks kanseri de dâhil olmak üzere birçok kanserin insidansının arttığı yönünde çalışmalardan bahsedilmiştir. Ancak obezite ile artmış servikal kanser insidansını desteklemeyen çalışmalar da mevcuttur (Akkaya ve ark., 2007).

Beslenme ve Diyet Alışkanlıkları: Risk değerlendirilmesi yapıldığında çok az çalışmada folik asit, retinol, E vitamini, C vitamini, beta-karoten, B12, likopen gibi maddelerin koruyucu etkileri olduğu bulunmuştur (Dönmez, 2007; Güner ve Taşkıran, 2007).

İmmünolojik faktörler: Kendisinde veya partnerinde HIV enfeksiyonu olanlar, kronik immunosüpresif hastalığı olan veya immunosüpresif tedavi altında olan kadınlar skuamöz hücreli karsinoma daha yatkındırlar (Özcan ve ark., 2008).

Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar: IARC çalışmalarında klamidya trikomatis veya HSV 2'ye karşı antikolar varsa riskin 2.1 kat arttığı bulunmuştur (Güner ve Taşkiran, 2007). Madeleine ve arkadaşlarının (2006) yaptığı bir çalışmada klamidya trikomatis saptanan hastalarda skuamöz hücreli kanser için riskin 1.6 kat arttığı, ancak adenokanser ile anlamlı bir ilişkinin olmadığı gösterilmiştir.

Sünnet: Sünnet olmuş erkeklerde HPV pozitifliği diğerlerine göre 3 kat azdır, bu kişilerin partnerlerinde de HPV pozitifliği ve serviks kanseri riskinin daha az olduğu belirtilmektedir (Güner ve Taşkiran, 2007).

2.2.2. Serviks Kanserinde HPV'nin Rolü

Epidemiyolojik çalışmalar serviks kanseri için majör risk faktörünün HPV enfeksiyonu olduğunu göstermiştir (Altun, 2009; Eren, 2007; Metindir, 2007) Serviks kanseri ile HPV enfeksiyonu ilişkisi, akciğer kanseri-sigara ilişkisinden daha sıkı ve özgün bir ilişkidir (Eren, 2007).

Amerikan Kanser Derneği 100'den fazla HPV tipi bulunduğunu bildirmektedir. 40'dan fazla HPV tipi genital bölgede enfeksiyona yol açmaktadır (Altun, 2009; Camcıoğlu, 2008; www.burclab.com). HPV genotipleri onkojenik özelliklerine göre düşük riskli, orta riskli ve yüksek riskli olarak gruplandırılmaktadır. Düşük riskli HPV tipleri 6,11,40,42,43,44,54,61,70,72,81, orta riskli HPV tipleri 26,34,53,57,66,83 ve yüksek riskli HPV tipleri 16,18,31,33,35,39,45,51,52,56,58,59,68,73,82'dir (Güner ve Taşkiran, 2007).

Düşük riskli HPV tipleri (özellikle tip 6 ve 11) genital siğillere, yüksek riskli HPV tipleri ise (16, 18) servikal kansere sebep olmaktadır. Yapılan çalışmalarda servikal kanserlerin %97'sinde yüksek riskli HPV tipleri tespit edilmiştir. Bu nedenle HPV (+) vakalarda genotipin mutlaka saptanması gerekmektedir (www.burclab.com).

2.2.3. Serviks Kanserinde Patogenez

Normal bir serviks HPV enfeksiyonuna maruz kaldıktan sonra öncelikle ona bağlı enfeksiyöz değişiklikler görülür. Bu değişiklikler spontan normale geri dönebileceği gibi, düşük dereceli servikal intraepitelyal lezyona (LSIL) dönüşebilir. LSIL olgularının % 60'ı 2-3 yıl içerisinde spontan gerileyerek normale dönebilir. Ancak

% 15'i 3-4 yıl içerisinde ko-karsinojenlerin de etkisiyle ilerleyerek yüksek dereceli servikal intraepitelyal lezyona (HSIL) dönüşebilir. HSIL'lerin % 30-70 kadarı tedavi edilmedikleri takdirde 10 yıl içerisinde invaziv kansere dönüşebilir (Özgül, 2007).

İnvaziv skuamöz kanserlerin preinvaziv lezyonları servikal intraepitelyal neoplazi (CIN) olarak adlandırılır. Bunlar CIN I, CIN II ve CIN III olarak üç kategoride incelenir ve serviksteki neoplastik sürecin hafiften şiddetliye doğru giden ve devamlılık arzeden bir yapıda olduğu kabul edilir. CIN I hafif displazi, CIN II orta displazi ve CIN III ağır displazi ve karsinoma in situ lezyonlarına karşılık gelir. CIN I, LSIL'e, CIN II ve CIN III HSIL'e dâhildir. (Eren, 2007).

2.2.4. Serviks Kanserinde Evreleme:

Servikal kanserler için en yaygın kullanılan evreleme sistemi Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (International Federation of Gynecology and Obstetrics-FIGO) tarafından geliştirilmiştir. Temelde tümör büyüklüğü ve hastalığın pelvisteki yayılımını esas alan bir klinik evreleme sistemidir (Dönmez, 2007; Özgün, 2008). Bu sisteme göre prelinik hastalık varlığında invazyon derinliği ve genişliği, klinik hastalıkta ise tümör büyüklüğü ve pelvik tutulum önem kazanmaktadır (Dilek ve Kutlu Dilek, 2004). Kanserin büyüklüğü ve yaygınlığı klinik olarak birçok inceleme ile değerlendirilerek, hastalık evreleri I'den IV'e kadar kategorize edilmiştir. Evre I servikste sınırlı büyümeyi temsil ederken; evre IV, kanserin metastaz ile uzak organlara yayılımını belirtir (Dönmez, 2007; Özgün, 2008).

Bilgisayarlı tomografi (BT), ultrasonografi, magnetik rezonans görüntüleme (MRG) veya lenfanjiografi gibi görüntüleme yöntemleri klinik evrelemeyi geliştirmek için kullanılabilir, ancak bu testlerin tümünü dünyanın her yerinde kolaylıkla uygulamak mümkün olmadığından ve sonuçları farklılık gösterdiğinden FIGO'nun serviks kanseri evrelemesinde yer almamaktadır (Taşkiran ve ark., 2006).

2.2.5. Serviks Kanserinin Belirtileri

Prekanseroz lezyonlar olan servikal intraepitelyal neoplazilerin (CIN) klinik semptomu yoktur. Hücrelerdeki bozukluklar serviks ülserasyonuna yol açmadığından, hastalarda anormal uterus kanamalarına genellikle rastlanmaz. Bazılarında ise lezyonun epiteli temasla kanamaya yol açabilecek şekilde zayıflatması sonucunda vajinal duş, muayene veya koitus sonrası lekelenme görülebilir (Dönmez, 2007). Sarı, kirli, pis

kokulu, et suyu renginde, ara sıra kanla bulaşık ağrısız bir akıntı vardır (Turanlı Bozkurt, 2007).

İnvazif serviks kanseri belirtileri ise intermenstrüel kanlı akıntı, postkoital kanama, bazen postmenopozal kanama; ileri evrelerde kötü kokulu vaginal akıntı, uyluk ağrısı (pelvik duvara yayılma), yan ağrısı (üreteral yayılma), kilo kaybı, obstrüktif üropati, rektal kanama, bir veya iki ekstremitede birden ödem; preterminal dönemdeyse masif kanama ve üremi belirtileri şeklinde ortaya çıkar (Dönmez, 2007; Özgün, 2008).

2.2.6. Serviks Kanserinde Tanı Yöntemleri

Sitoloji, servikografi, kolposkopi, HPV-DNA genotiplemesi, kolposkopi eşliğinde biyopsi, polar prop, mikrokolipohisteroskopi, speküloskopi, endoservikal küretaj (ECC) ve konizasyon serviks kanserinde kullanılan tanı yöntemleridir (Camcıoğlu, 2008; Dönmez, 2007; Duman, 2004; Turanlı Bozkurt, 2007; www.burclab.com).

2.2.7. Serviks Kanserinde Tedavi Yöntemleri

Elektrokoterizasyon, kriyoterapi, laser vaporizasyonu, laser konizasyonu, sıcak konizasyon, soğuk konizasyon, Loop Elektrocerrahi Eksizyon Prosedürü (LEEP) ve histerektomi serviks kanserinde kullanılan tedavi yöntemleridir (Dönmez, 2007; Duman, 2004).

2.2.8. Serviks Kanserinde Tarama

Pap smear serviks kanserinin erken tanılanmasını sağlayarak kansere bağlı ölümlerin önlenmesinde ve azaltılmasında hayati önem taşımaktadır (Çam ve Babacan Gümüş, 2006). Taramaların düzenli yapıldığı gelişmiş ülkelerde servikal kansere özellikle skuamöz hücreli karsinoma bağlı mortalite ve morbidite oranlarında son yıllarda belirgin azalma saptanmıştır (Özcan ve ark., 2008). Pap smear testinin özellikle son 40 yıl içinde bütün ülkelerde tarama programları içinde yer alması sağlanmıştır. Bu sayede klinik olarak invazif servikal kanser insidansında önemli derecede azalma kaydedilmiştir. Dünyanın hiçbir yerinde aktif bir tarama programı olmaksızın, servikal kanser insidansı ve ölüm oranı azalmamıştır (Ünalın ve ark., 2005).

Servikal sitoloji taramasının amacı, serviksten dökülen anormal skuamöz hücreleri saptamaktır. Preinvaziv - invaziv hastalık arası süre uzun olduğu için serviksten

dökülen hücrelerin aralıklı örneklenmesi prekanser hücrelerin erken saptanmasını sağlamaktadır (Özcan ve ark., 2008).

Servikal sitoloji serviksteki neoplastik ve enfeksiyöz değişiklikleri saptamakta kullanılan güvenli, basit, ucuz ve noninvaziv bir tarama testidir (Tuzcular Vural ve ark., 2004). Bu test, ucuz ve kolay olması, hastalar tarafından kabul edilebilmesi ve toplumsal taramalarda kullanılarak serviks kanserinden ölümleri yaklaşık %75 oranında düşürebilmesi ile eşsiz bir tarama yöntemidir (Dağlı ve Özercan, 2006; Özcan ve ark., 2008). PAP smear sensitivitesinin oldukça yüksek, yanlış pozitiflik oranının düşük olması nedeniyle tüm dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır. İnvaziv servikal kanser insidansında anlamlı düşüş sağlayan servikal sitoloji, gelişmiş ülkelerde servikal kanserlerin önlenmesinde kullanılan ulusal programların parçasıdır. Ülkemizde henüz böyle bir tarama programı yoktur ve belli risk gruplarının taraması da yapılmamaktadır (Tuzcular Vural ve ark., 2004).

Yıllık PAP smear testi ile bir kadının serviks kanserinden ölme riskinin 4/1000'den 5/10000'e düştüğü tahmin edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı bir analizde 10 yılda bir yapılacak tarama ile dahi serviks kanseri insidansının %64 azaltılabileceği belirtilmektedir (Gökaslan ve Uyar, 2004). IARC çalışmasında pap-smear testi ile serviks kanseri oranının %90,8 oranında düşürüleceğini göstermiştir (Pınar ve ark., 2007b). Serviks kanseri için; tedavi edilmemiş HSIL olgularında hayat boyu risk yaklaşık 1/3 iken, düzenli takip edilen LSIL olgularında 1/500, CIN tedavisi sonrası ise 1/250 olarak saptanmıştır (Kurdoğlu ve ark., 2009).

Ülkemizde kadınların serviks kanserinin erken tanısına ilişkin düzenli pap smear yaptırma oranları Bolsoy ve Şenol'un (2000) yaptığı çalışmada % 5.5, Ekizler'in (1994) yaptığı çalışmada % 2.2 olarak bildirilmiştir. Bu sonuçlar serviks kanseri için tarama yaptırma oranlarının istenen düzeyde olmadığını göstermektedir.

Toplumda yaygın olarak görülen serviks kanserine bağlı kadın ölümleri kadınların bilinçlendirilmesiyle azaltılabilir. Ancak gelişmekte olan birçok ülkede elde edilen veriler bunun tam tersini göstermektedir. Yapılan çalışmalar kadınların önemli bir oranının serviks kanserine neden olan risk faktörlerini ve pap smear testinin önemini bilmediklerini belirtmektedir. Risk faktörleri ve smear testinin bilinmemesi; korunma, erken tanı ve tedavi yöntemlerinin yeterince kullanılmasına engel olabilmektedir (Pınar ve ark., 2007b).

Amerikan Kanser Derneği (American Cancer Society-ACS) ve Amerikan Obstetrisyenler ve Jinekologlar Cemiyeti (American College of Obstetricians and

Gynecologists-ACOG) önerilerine göre tarama, cinsel aktivitenin başlangıcından üç yıl sonra ya da en geç 21 yaşında yapılmalıdır. ACS'ye göre, konvansiyonel sitoloji ile yılda bir veya sıvı bazlı smear ile iki yılda bir tarama yapılmalıdır. Üç dökümente edilebilen teknik yeterli negatif smear varlığında, 30 yaş ve üstü kadınlarda iki-üç yıl aralarla tarama yapılabilir. ACOG'a göre, 30 yaş altı kadınlarda seçilen taranma yöntemine bakılmaksızın yıllık tarama yapılmalıdır. 30 yaş üstünde, CIN-II/ III hikâyesi, DES maruziyeti ve immüsupresyonu olmayan, üç negatif smearli kadınlarda aralık iki-üç yılda bir'e uzatılabilir. İmmüsupresse ya da HIV tanısı alan kadınlarda ilk yıl iki kez, test sonuçları negatif ise yılda bir kez smear alınmalıdır (Akyüz ve ark., 2006; Özgül, 2007; Özgün, 2008).

ACS'ye göre üç ya da daha fazla dökümente edilebilen teknik yeterli negatif smear ve son 10 yılda normal negatif test sonuçları varlığında tarama 70 yaşında kesilmelidir. ACOG ise yıllık pelvik muayene ve risk faktörlerinin değerlendirilmesine bağlı olarak bireye göre davranılmasını önermiştir. Bununla beraber inutero DES'e maruz kalmış ya da immüsuprese 70 yaş üstü kadınlarda yıllık taramaya devam edilmelidir. HPV-DNA testi (+) olan kadınlarda da yine taramaya devam edilmelidir. Herhangi bir nedenle yaşam beklentisi sınırlı olan kadınlarda (zaten servikal kanser tedavisini tolere edemeyeceğinden) tarama endike değildir (Akyüz ve ark., 2006; Özgül, 2007; Özgün, 2008).

İnvaziv serviks kanserinde ve bunun öncü skuamöz lezyonları olan LSIL ve HSIL'de yüksek oranda HPV varlığı tespit edilmiştir. HPV-DNA'sı pozitif olan, ancak henüz servikal preinvaziv lezyon tespit edilmemiş kişilerde de preinvaziv servikal lezyon geliştirme oranı çok yüksektir. Yine preinvaziv lezyonların hangilerinin invaziv aşamaya ilerleyeceğini önceden kestirmek virüslerin lezyonda tespitiyle mümkün olabilmektedir. HPV-DNA'sının güvenilir ve kolay uygulanabilir laboratuvar metotlarıyla tespiti ile birlikte, servikal smear materyalinde HPV araştırılması sitolojik tarama programlarından daha da başarılı sonuçlar vermiştir (Tuncer, 2007). HPV tiplerinin tayininde en çok kullanılan Hybrid Capture II Sistemi sensitivitesi ve spesifitesi yüksek, güvenilir, enzim immunoassay ile yapılan gelişmiş bir laboratuvar yöntemidir. Hybrid Capture II Sistemi basit, nonizotopik, test sonuçlarını 4-5 saat içinde veren, aynı anda fazla sayıda HPV tiplerini düşük, orta ve yüksek risk gruplarına ayırarak gösteren ve okunması kolay bir testtir (Gökaslan ve Uyar, 2004; Tuncer, 2007).

Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (American Food and Drug Administration-FDA) 2003 yılında 30 yaş ve üstündeki kadınlarda yapılan kanser taramalarında HPV-DNA

testinin Pap smear ile birlikte eş zamanlı kullanımını onaylamıştır. Ancak serviks kanseri araştırmalarında primer tarama testi olarak kullanılmasının daha doğru olduğu ve zaman içerisinde tek tarama testi olarak kullanılacağı yönünde makaleler yayınlanmaya başlamıştır. Servikal kanser tarama testlerinde anormal sitoloji tespit edilen hastaların mutlaka HPV-DNA testi ile birlikte değerlendirilmesi hastalığın kesin tanısı, prognozu ve tedavisi hakkında yol göstermektedir. Bu yaklaşımla hastalara gereksiz invazif girişimler önlenmekte ve ülke ekonomisine önemli bir katkı sağlanmış olmaktadır. Gelecekte servikal kanser nleme programları dhilinde yalnızca HPV-DNA PCR testinin kullanılacağı ve servikal sitoloji tekniklerinin yüksek riskli HPV (+) varlığı saptanmış hastalarda kanserleşme sürecini takip etme amacıyla kullanılacağı ileri sürülmektedir (Altun, 2009; www.burclab.com).

2.2.9. Serviks Kanserinden Korunma ve HPV Aşıları

Servikal kanserden korunmada cinsel yolla geçiş gösteren hastalıklara karşı tedbir alma, sigarayı bırakma, premalign lezyonların etkin takip ve tedavisi önemlidir. Son yıllarda HPV'ye karşı geliştirilen aşılar da korunmada önemli rol oynayacak gibi görünmektedir (Köse ve özgül, 2007; zgl, 2007).

Serviks kanseri ile HPV enfeksiyonu arasında güçlü bir ilişki olması araştırmacıları HPV enfeksiyonuna karşı aşı geliştirmeye yönelmiştir (Dursun ve ark., 2009; Yıldırım ve ark., 2009). Aşının HPV enfeksiyonunu önleyerek HPV tarama programlarına duyulan gereksinimi azaltması ve tedavi maliyeti yüksek serviks kanseri sıklığını azaltması beklenmektedir (Yıldırım ve ark., 2009).

HPV aşıları profilaktik ve terapötik olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır (Altun, 2009; Tuncer, 2007). Profilaktik aşılarda amaç, HPV'ye karşı etkin bir immun cevap oluşturmak ve bu sayede oluşabilecek enfeksiyonu önlemektir. Bu amaçla 2 aşı kullanıma girmiştir. Merk firmasının ürettiği kuadrivalan aşı olan Gardasil, 9-26 yaş arası 25.000'nin üzerinde geç kadında test edilmiş, Haziran 2006'da FDA tarafından onaylanmış ve kullanıma girmiştir. Bu aşı HPV 6, 11, 16, 18 tipleri için koruyucudur. Etkinliği HPV enfeksiyonlarını önlemede %95, servikal kansere sebep olan persisten enfeksiyonları önlemede %98,5'tir. İlk cinsel ilişkiden önce uygulanırsa etkinliği yüksektir ve geç yaşta aşılanalarda immun cevap daha belirgindir. GlaxoSmithKline firması tarafından üretilen bivalan aşı olan Cervarix, 15-25 yaş arası 30.000'nin üzerinde kadında test edilmiş ve FDA onayı almıştır. Bu aşı HPV 16, 18 tipleri için koruyucudur. İlk HPV enfeksiyonunu önlemede %95, persisten enfeksiyonları

önlemede %100 etkilidir. Koruyuculuğu en az 5 yıl devam eder. Yapılan çalışmalarda diğer HPV tipleri ile çapraz reaksiyon gösterdiği bildirilmiştir (Altun, 2009; Arvas ve ark., 2008, Dursun ve ark., 2009; Eren, 2007; Mıstık, 2007; Pınar ve ark., 2007b; Yıldırım ve ark., 2009).

Aşı uygulaması ile ilgili en önemli yan etkiler, aşı yapılan bölgede 1-5. günler arasında ağrı, şişme, eritem ve kaşıntı, sistemik olarak da ateştir. Ancak bunların oranı düşüktür. Yan etki sıklığı aşı uygulaması sırasında seropozitif olan olgularda daha fazla olmamaktadır (Arvas ve ark., 2008).

2.3. ENDOMETRİUM KANSERİ

Endometrium kanseri son yıllarda dünyada, özellikle gelişmiş ülkelerde belirgin bir artış eğilimi göstermektedir ve gelişmiş ülkelerde kadın genital sisteminin en sık görülen kanseri haline gelmiştir (Akkaya ve ark., 2007; Balkanlı Kaplan, 2010; Başeğmez, 2005; Gürkan ve Tuncer, 2000; Kanat Pektaş ve ark., 2009; Özalp ve ark., 2004; Özeren, 2009; Yardım ve ark., 1999). Yüksek insidansına karşılık ölüme neden olan kanserler arasında alt sıralarda yer almaktadır ve kanser ölümlerinin 7. en sık nedenidir (Başeğmez, 2005).

İleri yaşta görülmesi, erken semptom vermesi, erken evrede yakalanması, bu kanserin sık görüldüğü yaşlı kadın nüfusunun giderek artması ve son yıllarda cerrahi yaklaşıma tekrar bir dönüş olması nedeniyle endometrium kanseri jinekolojik kanserler arasında halen ilgi odağı olmaya devam etmektedir (Gürkan ve Tuncer, 2000).

Endometrium kanseri tüm kadın genital sistemi kanserlerinin %45'ini ve kadınlarda görülen kanserlerin %11'ini oluşturur. Endometrioid adenokarsinom en sık görülen tipidir (Akkaya ve ark., 2007; Keleş, 2005; Pınar ve ark., 2008b). Daha az yaygın ve daha agresif alt tipler: clear cell ca, papiller seröz ve squamöz kanserlerdir (Akkaya ve ark., 2007).

2.3.1. Endometrium Kanserine İlişkin Risk Faktörleri

Endometrial karsinom gelişmesinde; obezite, hipertansiyon, diabetes, uzun süreli östrojen kullanımı, tamoksifen tedavisi, polikistik over sendromu, nulliparite, erken menarş ve geç menopoz, infertil ve anovuluar siklus öyküsü başlıca risk faktörleridir (Gültekin ve ark., 2007; Keleş, 2005; Özeren, 2009; Ünal ve Kars, 2004).

Yaş: Genellikle 50-65 yaşları arasında görülür ve ortalama görülme yaşı 60'tur (Başeğmez, 2005; Pınar ve ark., 2008b). Endometrium kanseri olgularının % 95'i 40

yaş üzerindedir. % 70'i postmenopozal, % 25'i premenopozal dönemde görülür ve sadece % 5'i 40 yaş altındadır. (Başegmez, 2005; Gürkan ve Tuncer, 2000).

Obezite: Endometrium kanseri ile ilişkili majör bir risk faktörüdür (Başegmez, 2005; Gürkan ve Tuncer, 2000). Artmış BKİ ile artmış endometrial kanser riski ilişkisi bilinmektedir (Akkaya ve ark., 2007). Literatürde obezitenin yağ dokusundan östrojen salgısını artırarak endometrial kansere yol açtığı belirtilmektedir (Pınar ve ark., 2008b). Avrupadaki son çalışmalarda endometrial kanserlerin %39'u obeziteye bağlanmıştır. Epidemiyolojik verilere göre ideal vücut ağırlığının 30 pound (13.61 kg) üstünde olan kadınlar, endometrial kanser açısından 3 kat artmış rölatif riske, ideal vücut ağırlığının 50 pound (22.68 kg) üstünde olanlar ise 10 kat artmış rölatif riske sahiptirler (Akkaya ve ark., 2007).

Diabetes Mellitus: Diabet, endometrial kanser riskini 1.3-2.8 kat artırmaktadır (Pınar ve ark., 2008b). Endometrial kanser varlığında glikoz intoleransının 2.4 kat fazla olduğu bulunmuş, ancak insülin bağımlı diabette anlamlı bir artış tespit edilememiştir (Gürkan ve Tuncer, 2000).

Hipertansiyon: Endometrium kanseriyle beraber görülebilmekle birlikte aralarında nedensel ilişki belirtilmemektedir (Pınar ve ark., 2008b).

Hormon Replasman Tedavisi (HRT): Uzun süre karşılanmamış eksojen östrojen kullanımı endometrium kanseri riskini artırır (Balkanlı Kaplan, 2010; Başegmez, 2005; Coşkun, 2008; Gültekin ve ark., 2007; Gürkan ve Tuncer, 2000; Ünal ve Kars, 2004). Östrojen, endometrium üzerinde endometrial proliferasyon ve takiben de endometrial kanser gelişimine neden olabilir. Progesteron yokluğunda östrojen, endometrial hücrelerde mitotik aktiviteyi, DNA replikasyonunu ve dolayısıyla da replikasyon hatalarını artırır. Bu değişiklikler de endometrial hiperplazi, somatik mutasyonlar ve potansiyel endometrial kanser ile sonuçlanabilir (Akkaya ve ark., 2007; Başegmez, 2005; Gültekin ve ark., 2007). Tek başına östrojen kullananlarla karşılaştırıldığında, östrojen+progesteron kullananlarda endometrium kanser insidansı belirgin olarak düşük bulunmuştur (Ünal ve Kars, 2004).

Erken Menarş ve Geç Menopoz: Bu durum, endometrial kavitenin daha uzun süre östrojen ile uyarılması sonucunu doğurur. Olasılıkla daha çok anovuluar sıklusa neden olmaktadır (Başegmez, 2005). 50 yaşından sonra doğal menopoza giren kadınlarda endometriyum kanseri riski 49 yaşından önce menopoza giren kadınlara oranla 2.8 kat yüksektir (Pınar ve ark., 2008b). Although ve arkadaşları (1992) da erken

menarş ve uzun süreli menstruasyonun riski arttırdığını bildirmişlerdir (Başegmez, 2005).

Polikistik Over Sendromu (PCOS): Uzun süreli östrojene maruz kalmaya yol açan ve endometriyal kanser riskini artıran önemli bir risk faktörüdür (Gürgan ve Tuncer, 2000; Pınar ve ark., 2008b).

Nulliparite: Doğum yapmış kadınlara göre nulliparlarda endometrial kanser riski 2-3 kat artmıştır (Pınar ve ark., 2008b).

Tamoksifen: Meme kanserli olgularda rekürrensi önlemek amacıyla verilen tamoksifeni iki yıldan fazla kullanan kadınlarda endometrium kanseri gelişme riski 2-3 kat artış gösterebilmektedir (Pınar ve ark., 2008b).

Oral Kontraseptif Kullanımı: Kombine oral kontraseptif kullanmış kadınlarda endometrium kanser riskinde %50'lik bir azalma olduğunu gösteren çok sayıda çalışma mevcuttur. Oral kontraseptiflerin koruyucu etkisinden sorumlu olan uzun süre kullanımda inaktif bir endometrium yaratan progestojenik hakimiyettir. (Gürgan ve Tuncer, 2000).

Sigara: Sigara içen kadınlarda östrojen seviyelerinin düşük olduğu ve erken menopoz görüldüğü bilinmektedir. Bu nedenle sigara içenlerde endometrial kanser riskinin azaldığı tespit edilmiştir (Gürgan ve Tuncer, 2000; Başegmez, 2005).

2.3.2. Endometrium Kanseri Evreleme

Endometrium kanserinin evrelendirilmesinde 1988 yılına kadar uterus kavitesinin büyüklüğü, endoservikal küretaj bulguları, sistoskopi ve rektoskopi sonuçları gözönüne alınarak yapılan FIGO klinik evreleme sistemi kullanılmaktaydı. Bu klinik evreleme sistemi ile myometrial invazyon derinliği ve lenf nodu metastazı gibi prognostik faktörler belirlenememekte ve bu sistem ile tümörün evresi ameliyat sırasında ve sonrasında yapılan evrelendirmeye göre %22 oranında daha düşük bulunmaktaydı. 1988 yılında FIGO endometrium kanserinin evreleme sistemini değiştirerek, myometrial invazyon derinliği, periton sitolojisi, lenf nodu tutulumu, servikal ve adneksiyal yayılım gibi prognostik değeri olan parametreleri evrelemeye alarak cerrahi-patolojik evreleme sistemini önerdi (Keleş, 2005; Özeren, 2009). Cerrahi evreleme yaklaşımı, total abdominal histerektomi, iki taraflı salpingoooforektomi, seçici pelvik ve paraaortik lenfadenektomi ile pelvik yıkama işlemlerini kapsamaktadır (Balkanlı Kaplan ve Güçer, 2005; Yardım ve ark., 1999). Cerrahi evreleme

yapıldığında, % 25 civarında olgunun ileri evrede olduğu görülmektedir (Yardım ve ark., 1999).

2.3.3. Endometrium Kanserinin Belirtileri

Endometrium kanserinin en önemli semptomu postmenopozal vaginal kanamadır (Gürkan ve Tuncer, 2000; Pınar ve ark., 2008b). Postmenopozal kanamaların %30'unun nedeni endometriyal kanserlerdir (Bekar, 2008; Taşkın, 2000). Ağrı ve ilerlemiş hastalık nedeniyle oluşan pelvik bası duyusu nadirdir. Hastaların % 5-17'si asemptomatiktir (Başegmez, 2005).

2.3.4. Endometrium Kanserinde Tanı Yöntemleri

Sitoloji (servikovajinal PAP, endometrial jet washing, endometrial brush), endometrial biyopsi (Pipelle, Karman, Novak vb.), uterin küretaj, histeroskopi ve histerografi, transvajinal USG, bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) endometrium kanserinde kullanılan tanı yöntemleridir (Altınbaş, 2004; Arslan, 2006; Dede, 2002; Gültekin ve ark., 2007; Keleş, 2005).

2.3.5. Endometrium Kanserinde Tedavi Yöntemleri

Temel tedaviyi tek başına cerrahi ya da cerrahi ve radyoterapi kombinasyonu oluşturmaktadır. Endometrium kanserinin tedavisinde radyoterapi genelde kötü prognostik faktörlere sahip olgularda lokal ve bölgesel kontrolü arttırmak amacı ile cerrahi sonrası adjuvan olarak kullanılmakta, ancak medikal olarak inoperabl olan olgularda primer tedavi yöntemi olmaktadır. Endometrium kanserinde cerrahi tedaviden sonraki en önemli sorun vajinal yinelemelerdir. Total abdominal histerektomi (TAH) ve bilateral salpingo ooferektomi (BSO) birlikte uygulanan olgularda %15'lere kadar oluşabildiği bildirilen vajinal yinelemelerin radyoterapinin eklenmesi ile %0-3'lere düştüğü bilinmektedir. Bu nedenle kötü prognostik faktörlere sahip olgularda postoperatif radyoterapinin eklenmesi ile yinelemelerin büyük ölçüde önlenebileceği düşünülmür (Aras ve ark., 2004; Keleş, 2005; Yardım ve ark., 1999).

2.3.6. Endometrium Kanserinde Tarama

Günümüzde endometrium kanseri için ortalama risk taşıyan ve herhangi bir yakınması olmayan kadınlar için kullanılabilecek etkin bir tarama testi yoktur. Tedavi edilmiş olgularda ortaya çıkan nüksleri erken dönemde öngörebilecek bir biyokimyasal belirteç de yoktur. Erken evre olguların çoğunda bulguların normal olması, pelvik muayenenin erken tanıdaki değerini azaltmaktadır. Servikal kanser taramasında kullanılan Pap smear testi, erken evre endometrium kanseri olgularının küçük bir kısmına tanı koydurur. Genel bir tarama testi olmasa da endometrium kanseri için yüksek risk taşıyan ve menopoz döneminde bulunan kadınlardan endometrial örnekleme yapılması veya biyopsi alınması önerilmektedir (Kanat Pektaş ve ark., 2009).

Son yıllarda özellikle postmenopozal kadınlarda transvajinal ultrason ile endometrium kalınlığının ölçülmesi ile endometrial histoloji arasında bir ilişki kurulabilmiştir. Endometrial kalınlığın 5 mm altında olduğu olgularda hiçbir kanser olgusu gözlenmemiştir. Ancak endometrium daha kalın ise endometrial hiperplazi ve kanser yönünden araştırma gereklidir (Gürkan ve Tuncer, 2000).

2.3.7. Endometrium Kanserinden Korunma

Endometrium kanserinden korunabilmek için ideal kiloyu korumak, östrojen replasman tedavisi sırasında progesteron kullanmak, anormal vajinal kanama varlığında hemen bir sağlık kuruluşuna başvurmak ve düzenli jinekolojik kontroller yaptırmak gerekir (Balkanlı Kaplan, 2010). Diabet ve hipertansiyon kontrol altına alınmalıdır. Meme kanseri tedavisinde kullanılan tamoksifen endometrial kanser riskini artırdığından hastaların bu konuda bilgilendirilmesi önemlidir (Ulukuş, 2005b).

2.4. OVER KANSERİ

Over kanseri, jinekolojik kanserler arasında en ölümcül olanıdır ve efektif tarama yöntemlerinin yokluğundan dolayı kadınların çoğu ilerlemiş hastalık ile prezente olurlar (Akkaya ve ark., 2007; Balkanlı Kaplan, 2010; Edirne ve ark., 2002; Gültekin ve ark., 2006; Kuşçu ve ark., 1994; Pınar ve ark., 2007a; Pınar ve ark., 2008b; Sezik ve ark., 2005; Yetimalar ve ark., 2007). Gelişmiş ülkelerdeki kadınların over kanserine yakalanma riski % 1.4-2 civarındadır (Edirne ve ark., 2002). Tüm genital kanserlerin % 20-25'ini oluşturur (Edirne ve ark., 2002, Pınar ve ark., 2007a).

Over kanserleri kaynaklandıkları hücreye göre epitelyal, germ hücreli, seks-kord stromal tümörler ve metastatik tümörler olarak gruplandırılabilirler. Bunlardan epitelyal

over tümörleri genital kanserler arasında en sık ölüme neden olanıdır (Özçelik, 2008; Sezik ve ark., 2005). Epitelyal tümörler genellikle orta ve ileri yaş grubunda (50-60 yaş) gözlenirken, germ hücreli tümörler genellikle genç yaş grubunda (30 yaşlarında) görülür, ancak epitelyal over tümörlerine göre çok daha hızlı büyürler (Pınar ve ark., 2007a).

2.4.1. Over Kanserine İlişkin Risk Faktörleri

Over kanseri için ileri yaş, nulliparite, infertilite, erken menarş ve geç menopoz, ailede ya da bireyde meme ve kolon kanseri öyküsü bazı risk faktörleridir. Bunların dışında genital bölgeye talk uygulanması, aşırı yağlı gıdalarla beslenme, laktoz intoleransı, fertilite ilaçlarının alınması da risk faktörleri arasında gösterilmektedir. Gebelik ve oral kontraseptif kullanılmasının over kanseri riskini azalttığı belirtilmektedir (Bekar, 2008).

Yaş: Over kanseri her yaşta görülebilmekle birlikte 30 yaşından önce seyrek görülmekte ve yaşla birlikte insidansı artmaktadır (Edirne ve ark., 2002; Pınar ve ark., 2008b; Yetimalar ve ark., 2007).

Aile Öyküsü: Tüm over kanserlerinin %10'u herediterdir. Over kanseri ile ilgili sendromların çoğu otozomal dominant kalıtıma sahip, ancak penetransı değişken heterojen bir gruptur (Yetimalar ve ark., 2007). Over kanseri vakalarının ailesel boyutu araştırıldığında ailesinde genital kanser öyküsü olan kadınların normal popülasyona göre 3-4 kat daha fazla risk altında olduğu ortaya konmuştur (Edirne ve ark., 2002). Ailede mevcut olan kanser türünün over kanserine etkisini inceleyen bir vaka kontrol çalışmasında, ailesinde mide kanseri olanlarda over kanseri riskinin 1.5 kat, kolon kanseri olanlarda 1.7 kat, akciğer kanseri olanlarda 1.3 kat, meme kanseri olanlarda 2.3 kat, lenfoma olanlarda 2.3 kat daha fazla olduğu bulunmuştur. Endometriozis hikâyesi mevcudiyeti over kanseri riskini artırmaktadır (Yetimalar ve ark., 2007).

Erken Menarş ve Geç Menopoz: Erken menarş, overlerde fonksiyon bozukluğuna işaret ettiğinden over kanserinde risk faktörü olabilmektedir. Yapılan bir çalışmada menarş yaşı 12 yaşından önce olan kadınlarda over kanserine yakalanma riski 2.77 kat daha fazla bulunmuştur (Pınar ve ark., 2008b). Menopoz yaşı incelendiğinde ise Avrupada yapılan bir derlemede geç yaşta menopoz ile over kanseri riskinin belirgin olarak arttığı saptanmış olup, buna karşılık Amerika'da yapılan bir derlemede ve Avustralyada yapılan bir çalışmada, menopoz yaşı ile over kanseri riski arasında ilişki bildirilememiştir (Edirne ve ark., 2002).

Parite: Doğum sayısının artması ile over kanseri riskinin azaldığını bildiren birçok çalışma mevcuttur (Edirne ve ark., 2002). Her gebeliğin over kanseri gelişme riskini %10 azalttığı tahmin edilmektedir (Yetimalar ve ark., 2007). Riman ve arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışmada, 3 ya da daha fazla çocuk doğuran kadınlarda over kanseri riskinin nulliparlara göre yarı yarıya azaldığı vurgulanmıştır. Merrill ve arkadaşları (2005) ilk doğumun geç yaşta olmasının over kanseri riskini artırdığını belirlemişlerdir.

Laktasyon: Laktasyon, ovulasyonu baskılayarak over kanseri riskini azaltmaktadır (Edirne ve ark., 2002; Pınar ve ark., 2008b; Reis, 2006).

Obezite: Literatürde obezitenin fertil çağda anovulatuvar menstrual siklusu artırması nedeniyle over kanseri ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Pınar ve ark., 2008b).

Oral Kontraseptif Kullanımı: Literatürde, OKS'in ovulasyonu kesintiye uğratarak over kanseri riskini azalttığı, OKS de bulunan progesteronun zarar görmüş over hücrelerini malignensiye dönüşmeden geriletmediği vurgulanmaktadır (Edirne ve ark., 2002; Pınar ve ark., 2008b; Reis, 2006). Ness ve arkadaşları (2000) OKS kullananların hiç OKS kullanmayanlarla karşılaştırıldığında over kanseri riskinin %40 azaldığını tespit etmiştir.

Hormon Replasman Tedavisi: HRT ile over kanseri riski arasındaki ilişkiyi gösteren çalışma sonuçları çelişkilidir. Bazı epidemiyolojik çalışmalar östrojen replasman tedavisi alanlarda over kanser riskinin arttığını, bazı çalışmalar ise riskte artışın olmadığını göstermiştir. Ancak son yıllarda yapılan topluma dayalı olgu kontrollü kohort prospektif çalışmada, östrojen replasman tedavisi alanlarda riskin arttığı, ancak bu artışın istatistiksel olarak önemli olmadığı gösterilmiştir (Ünal ve Kars, 2004).

İnfertilite ve İnfertilite İlaçları: İnfertilitenin over kanseri epidemiyolojisi üzerindeki etkisi halen belirsizliğini korumakla birlikte, infertil tanısı almış kadınlar üzerinde yapılan çeşitli çalışmalarda over kanseri riskinin genel populasyon ile karşılaştırıldığında artmış olduğu saptanmış, ayrıca nedeni saptanmış infertil kadınlar ile karşılaştırıldığında tedavi uygulanmasından bağımsız, nedeni saptanamayan infertil kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Edirne ve ark., 2002). Literatürde fertilite sorununa yönelik ilaç kullanan kadınlarda over kanseri riskinin 2-3 kat arttığı belirlenmiştir (Pınar ve ark., 2008b).

Sigara ve Alkol Kullanımı: Gren ve arkadaşları (2001) sigara kullanımının over kanseri riskini artırdığını bildirmişlerdir. Alkolün, over fonksiyonlarını azaltarak over kanseri riskini artırdığı iddia edilmektedir (Pınar ve ark., 2008b).

Pudra Kullanımı: Perinede kullanılan talk pudrasının uterus ve tüpler yolu ile overlere ulaşması ile ilgili çalışmalar yapılmış, perineal talkın uzun süre kullanılmasının over kanseri açısından risk olabileceği belirtilmiştir (Yetimalar ve ark., 2007).

2.4.2. Over Kanserinde Evreleme

Over kanserlerinin evrelemesinde FIGO sistemi kullanılmaktadır (Şahin, 2009; Taşkın, 2000).

2.4.3. Over Kanserinin Belirtileri

Over kanserinin geç dönemlere kadar nonspesifik bazı şikâyetler dışında asemptomatik seyrettiği bilinmektedir. Over kanserinde ortak semptomlar olarak ağrı, GIS problemleri, abdominal bası ve üriner şikâyetler görülmektedir. Daha ileri evrelerde ortaya çıkma eğiliminde olan belirtiler ise karın şişliği, abdominal yoğun ağrı ve kramp, pelvik basınç hissi, vajinal kanama ve bacak ağrısı şeklindedir (Balkanlı Kaplan, 2010; Kuşçu ve ark., 1994; Pınar ve ark., 2007a; Yetimalar ve ark., 2007).

2.4.4. Over Kanserinde Tanı Yöntemleri

Over kanserlerine nadiren erken evrelerde tanı konulabilmektedir. Hastaların %70'ine tanı konduğunda tümör pelvis dışına çıkmıştır ve metastazlar meydana gelmiştir. Eğer ailede over kanseri öyküsü varsa daha kontrollü olmakla ve rutin muayenelerle erken tanı konulması sağlanabilir (Bekar, 2008). Transvajinal ultrasonografi, kanda CA-125 antijeni testi (serum tümör markeri) ve sık pelvik muayene ile over kanserleri ileri boyuta ulaşmadan, hastalık belirtileri ortaya çıkmadan kanserin başlangıç döneminde yakalanarak tanı konulması sağlanabilir (Bekar, 2008; Taşkın, 2000).

2.4.5. Over Kanserinde Tedavi Yöntemleri

Tedavinin ilk aşamasını cerrahi girişim ile tümör ve tümörlü organın çıkarılması oluşturur (Bekar, 2008). Cerrahi girişimden sonra ilave tedavi histolojik hücre tipi, kanserin evresi, kapladığı alan ve yayılımı ve ameliyat sonrasında kalan tümör parçası da dâhil olmak üzere birçok faktöre bağlı olarak değişir (Balkanlı Kaplan, 2010). Birçok

merkezde kombine kemoterapötik ilaçlar kullanılmaktadır. İmmünoterapi ve kemoterapi kombinasyonu da tedavide uygulanmaktadır (Balkanlı Kaplan, 2010; Bekar, 2008).

2.4.6. Over Kanserinde Tarama

Normal şartlarda transvajinal ultrasonografi ve CA-125 taramaları rutin bir inceleme olarak önerilmez. Ancak rutin olarak pelvik muayeneler tarama yöntemi olarak uygulanabilir (Bekar, 2008). Yüksek riskli kadınlarda fertilitate tamamlanana kadar yıllık pelvik muayene, transvajinal ultrasonografi ve CA-125 taraması önerilmektedir (Yetimalar ve ark., 2007).

2.4.7. Over Kanserinden Korunma

Over kanseri geç belirti verdiği için ve başlangıcında daha çok gastrointestinal sorunlar yaşandığından ebeveynin özellikle risk altında olan bireyleri ve şüpheli yakınmaları olanları yıllık pelvik değerlendirmelerini yaptırmaları açısından desteklemesi gereklidir (Pınar ve ark., 2008b). Düşük yağlı diyet ve sağlıklı kilo kontrolü sürdürülmelidir (Bekar, 2008).

Halen over kanserinden korunmak için rutin pelvik inceleme tek pratik tarama metodudur. Pelvik ultrason, CA-125 antijen ve sık pelvik muayene erken teşhis amacı ile başvurulacak yöntemlerdir. Ancak tümör çok hızlı ve ağrısız büyüdüğü için, yıllık olarak yapılan kontrollerin, daha düzenli ve daha sık olarak yapılması gerekmektedir (Reis, 2006).

Ailevi over kanseri olgularında ve BRCA gen mutasyonu taşıyıcılarında, over kanseri gelişimini önlemek için önerilen stratejiler profilaktik ooforektomi ve kemoprevensiyondur. Ulusal Sağlık Enstitüsü ve ACOG, ailesinde 2 ya da daha fazla over kanseri olan olgulara fertilitatesini tamamladıktan sonra ya da 35 yaşında profilaktik ooforektomi önerilebileceğini kabul etmektedir. Ailevi over kanseri olanlarda profilaktik ooforektominin yaşam boyu over kanseri riskini %25-50 azalttığı kabul edilmektedir (Arvas ve Gezer, 2004; Balkanlı Kaplan, 2010; Bekar, 2008). Karsinogenik sürecin baskılanması ya da durdurulması için doğal ya da sentetik ilaçların kullanımı kemoprevensiyon olarak adlandırılır. Ailevi over kanserinde kemoprevensiyon için oral kontraseptifler, analjezikler ve fenretinid kullanımı önerilmektedir. Ancak kemoprevensiyonla ilgili bilimsel veriler günümüzde yeterli değildir (Arvas ve Gezer, 2004).

2.5. VULVA KANSERİ

Vulva kanserleri, jinekolojik kanserler arasında vajen kanserlerinden sonra en seyrek görülen gruptur (Çetiner ve ark., 2007; Polat ve ark., 2000). Tüm genital kanserlerin %5'ini, kadınlarda görülen kanserlerin %1'ini oluştururlar. Ancak son yıllarda gerek yaşam süresinin uzaması gerekse HPV enfeksiyonları insidansının artması nedeniyle vulva kanseri görülme sıklığında artış meydana gelmiştir (Berkman ve Topuz, 2004).

Vulva kanserlerinin %90'ı skuamöz hücreli karsinomdur. Bunun dışındaki diğer vulvar kanserler ise Paget hastalığı, adenokarsinom, fibrosarkom, malign melanom ve bazal hücreli karsinomlardır (Bekar, 2008; Berkman ve Topuz, 2004).

Servikal kanserlerde olduğu gibi vulvanın preinvazif intraepitelyal neoplazisi yıllar önceden başlayabilir. Vulvar intraepitelyal neoplazi (VIN), vulvanın epitelyal anormalliklerini tanımlamada kullanılan bir terimdir ve üç kategoride incelenir: VIN 1, VIN 2 ve VIN 3 (Altun, 2009; Taşkın, 2000).

2.5.1. Vulva Kanserine İlişkin Risk Faktörleri

Yaş: Vulva kanserinin ortalama görülme yaşı 65-75'tir. Olguların %15'i 40 yaşın altında, yarısı 70 yaş üzerindedir (Berkman ve Topuz, 2004; Şahin, 2009). Vulvar malign melanomlar prepubertal kızlarda görülmemekte, sonrasında muntazam bir şekilde yaşla birlikte artmaktadır (Çetiner ve ark., 2007).

Human Papilloma Virus (HPV): HPV enfeksiyonu ile VIN arasında güçlü bir ilişki vardır. Hillemans ve arkadaşları 30 VIN lezyonunun 24'ünde (%80) HPV 16 ve HPV 18 DNA'sı olduğunu tespit etmişlerdir. Monk ve arkadaşları ise 55 vulvar kanserli hastada yaptığı çalışmada hastaların 33'ünde (%60) HPV-DNA'sı bulunduğunu bildirmiştir (Altun 2009).

Diabetes Mellitus, Hipertansiyon ve Obezite: Vulva kanseri şişman, hipertansif ve diabetik hastalarda sık görülmesine rağmen vaka-kontrol çalışmalarında bunların hiçbirisi risk faktörü olarak belirlenememiş, bunlar ileri yaşa bağlanmıştır (Berkman ve Topuz, 2004; Şahin, 2009).

Diğer Hastalıklar: Vulva kanseri ile ilişkili olduğu saptanan diğer hastalıklar HSV-2 enfeksiyonu, sifiliz, granulomatöz hastalıklar ve kronik immünsüpresyondur. Vulva kanseri olan hastaların yaklaşık %5'i sifiliz için pozitif serolojik test gösterirken, bu hastalarda kanser daha erken yaşlarda görülür ve daha az diferensiyedir (Berkman ve Topuz, 2004; Şahin, 2009).

2.5.2. Vulva Kanserinde Evreleme

1998 yılından bu yana vulva kanseri evrelemesinde FIGO sistemi kullanılmaktadır (Berkman ve Topuz 2004, Taşkın 2000).

2.5.3. Vulva Kanserinin Belirtileri

VIN'li hastalar genellikle asemptomatiktir ve lezyonlar rutin pelvik muayene sırasında saptanır. Bununla birlikte bazı hastalarda kaşıntı ve yanma olabilir. Skuamöz hücreli karsinomanın bir subtipi olan verriköz karsinoma yavaş büyüyen bir siğil gibi oluşur. Lezyon tipik olarak öbekli veya ülseredir. Genellikle kaşıntı, irritasyon bazen de lokal kanama ve akıntı ile kendini gösterir. Aynı zamanda dizüri, disparoni ve ağrı oluşabilir. Vulvar neoplazili hastalar genellikle utanmalarından dolayı semptomları önemsemezler ve geç başvururlar (Altun, 2009).

2.5.4. Vulva Kanserinde Tanı Yöntemleri

Vulva kanserinde fizik muayene önemlidir. Biyopsi ve kolposkopik değerlendirmeler diğer tanı yöntemleridir. Biyopside amaç, tanıyı doğrulamak ve invazyon derinliğini tespit etmektir (Şahin, 2009).

2.5.5. Vulva Kanserinde Tedavi Yöntemleri

Vulva kanseri tedavisi planlanırken lezyonun büyüklüğü, lokalizasyonu, yaygınlığı, invazyon derinliği, lenfovasküler alan tutulumu, lenf nodu tutulumu, histolojik tipi, tümör dışı vulva cildinin durumu, hastanın performansı ve eşlik eden hastalıklar gibi faktörler göz önünde bulundurulmalıdır. Vulva kanserinde tedavi yöntemleri cerrahi, radyoterapi, kombine (cerrahi+radyoterapi) tedavi ve destekleyici tedavi olarak gruplandırılabilir (Berkman ve Topuz, 2004).

2.5.6. Vulva Kanserinde Tarama

Vulva kanserinin taraması riskli gruplarda pap test ve dikkatli vulva muayenesi ile yapılır (Taşkın, 2000).

2.5.7. Vulva Kanserinden Korunma

Ebeler özellikle yaşlı ve riskli grupta yer alan kadınları cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmaları, sigara kullanmamaları, düzenli muayeneye gelmeleri ve her ay kendi kendine vulva muayenesi (KKVM) yapmaları konusunda eğitmelidir. KKVM

sırasında kadın vulvasını önce bir ayna aracılığı ile inspeksiyonla daha sonra palpasyonla muayene eder. Vulvada renk değişikliği, asimetri, kitle, kaşıntı ve tahriş gibi tüm anormal bulgular vakit geçirmeden bir sağlık kuruluşuna başvurmayı gerektiren durumlardır (Taşkın, 2000).

Yine dar ve sıkı iç çamaşırından kaçınmak, vulva bölgesine parfüm uygulamamak da vulva kanserinden korunmada yapılması gerekenler arasındadır (Bekar, 2008).

2.6. VAJİNAL KANSER

Vajinal kanser kadın genital sisteminin nadir kanserlerinden birisidir. Tüm jinekolojik malignansilerin %1-2'sini oluşturur (Bekar, 2008; Güner ve ark., 2000; Polat ve ark., 2000).

Primer veya sekonder olarak görülebilirler. Vajen kanserlerinin çoğu sekonder olarak diğer organlardan metastaz sonucunda ortaya çıkmaktadır. Ortalama görülme yaşı 60 ve üstüdür. Etyolojisi henüz tam olarak aydınlatılamamıştır. Vajende yassı hücreli ve küçük hücreli kanserler, sarkomlar, melanomalar ve clear hücreli kanserler görülebilir (Güner ve ark., 2000).

2.6.1. Vajinal Kansere İlişkin Risk Faktörleri

Vajinal kanserlerin %75-80'ini skuamöz hücreli kanserler oluşturmaktadır. Etyolojisi kesin bilinmemekle birlikte düşük sosyoekonomik seviye, genital siğil öyküsü, daha önceki anormal PAP smear, vaginal akıntı veya iritanlar, erken histerektomi ve vajinal travma öne sürülmüştür. Radyasyonun da vajinal kanserde rol oynadığını gösteren çalışmalar vardır (Bekar, 2008; Güner ve ark., 2000). Skuamöz kanser insidansının yaşla birlikte arttığı bildirilmektedir (Taşkın, 2000).

Adenokarsinom daha çok intrauterin DES'e maruz kalan kız çocuklarında 15-30 yaşlar arasında ortaya çıkmaktadır (Bekar, 2008; Taşkın, 2000).

Daha önce genital kanalın preinvaziv hastalıkları nedeni ile tedavi görmüş kadınlar vajinal kanser açısından yüksek risklidir (Şahin, 2009).

2.6.2. Vajinal Kanserde Evreleme

Vajen kanserleri FIGO kriterlerine göre klinik olarak evrelenir (Şahin, 2009).

2.6.3. Vajinal Kanserin Belirtileri

Hastaların çoğunda semptom ağrısız vajinal kanamadır. En çok postmenopozal kanama olarak görülür. Premenopozal hastalarda ise intermenstrüel, postkoital kanama veya menoraji şeklinde karşımıza çıkabilir. Vajinal akıntı da görülebilir ve bu genellikle renksiz ve sulu bir akıntıdır, fakat kanlı akıntı da olabilir. Eğer kanser büyük boyutlara ulaşır veya metastaz yaparsa ağrı da hissedilebilir (Güner ve ark., 2000).

2.6.4. Vajinal Kanserde Tanı Yöntemleri

Vajinal neoplazmın klinik tanısı, vajinanın gözle ve palpasyonla dikkatlice muayenesi ile konur. Lezyonun lokalizasyonu, sayısı ve genişliği bu muayene ile tespit edilir. Pap smear skuamöz hücreli karsinomanın tanılanmasında yardımcıdır, fakat adenokarsinoma için değildir. Çünkü adenokarsinoma genellikle subepitelyaldir. Normal vajinal alanlardan doğrudan biyopsi yapabilmek için kolposkopi özellikle yardımcıdır. Hastalığın evresi ve değerlendirmesi için muayenenin anestezi altında yapılması gerekir (Taşkın, 2000).

2.6.5. Vajinal Kanserde Tedavi Yöntemleri

Lezyonun lokalizasyonu, boyutları ve tekli ya da çoklu yerleşimine göre tedavi planlanır. VAIN I'de (hafif displazi) tedaviye gerek olmadan lezyon kaybolur. VAIN II'de (orta displazi) lazer ya da 5-Fu krem lezyonun üzerine uygulanır. Hem lazer hem de 5-Fu krem birlikte de kullanılabilir. Lazer tedavisinden sonra 2-3 hafta sulu akıntı şikâyeti olabilir. VAIN III (ciddi displazi) premalignant bir lezyon olarak düşünülür ve lokal eksizyonla tedavi edilir.

Vajen kanserlerinde seçilen tedavi yöntemi genellikle radyoterapidir. Küçük yüzeysel tümörlerin tedavileri için brakiterapi yeterlidir. Daha büyük tümörlerde (evre I ve II) eksternal ışın tedavisi ve brakiterapinin birlikte kullanılması önerilmektedir. Ancak internal radyoterapinin rektum ve mesane gibi radyosensitif dokuların zarar görmeden uygulanması zordur. Bu nedenle cerrahi yaklaşım da bir tedavi yöntemi olarak tercih edilebilmektedir. Genel olarak radyoterapi tümörü iyi kontrol eder ve morbiditesi sınırlıdır. Evre III ve IV'de tekrarlama şansı yüksektir. Bu nedenle radyoterapinin etkisini artırmak için cisplatin, 5-Fu ve hydroxyurea gibi radyosensitifler kullanılabilir (Bekar, 2008; Taşkın, 2000).

2.6.6. Vajinal Kanserde Tarama ve Korunma

Vajinal kanser nadir olduğu için tüm kadınlara tarama yapmak uygun değildir. Ancak riskli grupları yıllık pap smear yaptırmaya yönlendirmeli ve bu test sırasında vajina dikkatle gözlenmelidir. VAIN hikâyesi olan kadınların her muayenesinde kolposkopi de kullanılmalıdır (Taşkın, 2000).

2.7. JİNEKOLOJİK KANSERLERDEN KORUNMADA EBELERİN ROLÜ

Kanserin önlenmesinde, kanser riski altında olanların saptanması ve erken tanı, iki önemli faktördür. İnsanlar aktivitelerini engelleyecek sağlık problemleri olmadığı sürece genel sağlık kontrolünden geçmemektedirler. Sağlık personeli tarafından risk altında bulunan bireylere gerekli danışmanlık verildiğinde, bireyler bunu ciddiye alarak sağlık kuruluşuna başvurmakta ve hastalıkların taranmasında pasif rolden, aktif role geçmiş olmaktadır. Kanserde erken tanı konulduğu zaman hastanın kesin tedavi şansı artmakta ve yaşam süresi de uzamaktadır (Kolutek ve Karataş, 2007; Nural ve Akdemir, 2000; Yapucu Güneş ve ark., 2007).

Günümüz sağlık anlayışı toplumun sağlığını korumayı, sürdürmeyi ve geliştirmeyi benimsemektedir. Sağlıklı bir toplum ise ancak sağlıklı bireylerle oluşturulabilmektedir. Bu nedenle bireylere kendi sağlık ve iyilik halini koruyacak, sürdüreceği ve geliştireceği olumlu davranışlar kazanmasına ve kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar almasına yardım edilmesi gerekmektedir (Oyur Çelik ve ark., 2009).

Literatürde, kadınların sağlık taramalarına katılımlarını engelleyen unsurlar olarak halka yönelik sağlık eğitimlerinin yetersiz olması, sağlık hizmet sunumunda iletişim problemleri yaşanması, sosyokültürel sağlık inanışları ve kişisel zorluklar sayılmıştır (Ünal ve ark., 2005).

İstenmeyen adölesan gebelikler, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve beraberinde eşlik eden hastalık ve ölüm tabloları gençlerin üreme sağlığını etkileyen faktörler arasındadır. Gençlere verilecek olan üreme sağlığı eğitimleri onların üreme ve cinsel sağlığını olumlu yönde etkileyecektir (Rusakaniko ve ark., 1997). Genç yaşlarda ortaya çıkan bilgi ve davranış gelişimi birey, aile ve toplumu hayat boyu etkileyebilir. Bu yaşlarda yapılacak olan uygun eğitim sağlığa ilişkin problemlerden korunmada önemlidir (Dhital ve ark., 2005).

Sağlık ekibi üyeleri içerisinde en uzun süre sağlıklı ve hasta bireyle birlikte olan kişiler ebelerdir. Ebelerin hem eğitici hem de danışmanlık rollerinin gereği olarak koruyucu sağlık hizmetleri bünyesinde gençlerin üreme sağlığına ilişkin sorumlulukları

vardır. Onlar gençlere üreme sağlıklarını geliştirme ve jinekolojik kanserlerden korunma gibi pek çok konuda yardımcı olabilirler (Ünsal, 2010).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, özel yurtlarda kalan üniversite kız öğrencilerinin jinekolojik kanserlerden korunma ile ilgili bilgi ve davranışlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Kayseri ilinde bulunan özel kız öğrenci yurtlarından veri toplama formunun uygulanmasına izin verilen 5 yurtta yapılmıştır. Anket sorularının mahremiyet içermesi sebebiyle Ekler bölümünde yurtların adlarına yer verilememiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Kayseri ilinde bulunan özel kız öğrenci yurtlarından, veri toplama formunun uygulanmasına izin verilen 5 yurttaki 937 öğrenci oluşturmaktadır. Evrenden örneklem seçimine gidilmeyerek evrendeki bireylerin tümü araştırmanın örnekleme alınmıştır. Örnekleme alınan 937 öğrenciden 800'ü araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. 137 öğrenci çeşitli nedenlerle (mahremiyet, vakit bulamama, önemli bulmama vb.) araştırmaya katılmak istememiştir. Anket sorularına verdiği yanıtların yetersiz olması nedeniyle 8 öğrencinin anketi de değerlendirmeye alınmamıştır. Böylelikle örnekleme alınan 937 öğrenciden % 84.5'ine (792 öğrenci) ulaşılmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması

Araştırmada veriler, Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ek-1) ve Soru Formu (Ek-2) aracılığı ile toplanmıştır.

a. Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ek-1)

Bu form öğrencilerin araştırmaya kendi istekleri ile katıldıklarını gösteren bir belge olarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Formda araştırmanın amacı ve yararları kısaca anlatılmıştır.

b. Soru Formu (Ek-2)

Araştırmacı tarafından ilgili literatürden yararlanılarak (Altun, 2009; Başeğmez, 2005; Bekar, 2008; Dönmez, 2007; Güner ve Taşkiran, 2007; Özcan ve ark.,2008; Şahin, 2009) hazırlanan iki formdan oluşmaktadır.

Form I Kişisel Bilgi Formu:

Form, öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin (öğrenim görülen fakülte/yüksekokul, sınıf, yaş, medeni durum gibi) 5 soru, üreme sağlığına ilişkin 11 soru ve sağlığı koruma davranışlarına ilişkin 3 soru olmak üzere toplam 19 sorudan oluşmaktadır. Bu soruların 5'i açık uçlu, 14'ü kapalı uçlu olarak hazırlanmıştır.

Form II Jinekolojik Kanserlerden Korunma Bilgi Formu:

Bu formda, öğrencilerin jinekolojik kanserlerden korunma ile ilgili bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla hazırlanmış 30 madde yer almaktadır. Bu bölümdeki soruların tamamı kapalı uçlu olup, öğrencilerden bu maddelere “Doğru” ya da “Yanlış” yanıtlarından birini vermeleri istenmiştir.

3.4.2. Veri Toplama Formlarının Ön Uygulaması

Bilgi formundaki maddelerin anlaşılabilirliğini değerlendirmek için gerekli izin alınarak 29-30 Ocak 2011 tarihleri arasında 20 kız öğrenciye ön uygulama yapılmıştır. Ankette yer alan soruların ön uygulamaya katılan öğrenciler tarafından anlaşılır olduğu tespit edildiğinden soru ifadelerinde değişiklik yapılmamıştır.

3.4.3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Kayseri ilinde bulunan özel kız öğrenci yurtlarının yöneticilerinden randevu alınarak, araştırmanın amacı ve konusu hakkında bilgi verilip, araştırmanın uygulanabilmesi için izin istenmiştir. 5 özel yurttaki veri toplama formunun uygulanmasına izin verilmiştir.

Veri toplama formları 1 Şubat – 31 Mayıs tarihleri arasında uygulanmıştır. Araştırmacı tarafından öğrencilere çalışmanın amacı ve konusu açıklanarak onamları alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilere soru formları dağıtılarak doldurmaları istenmiştir. Formlar doldurma işlemi bittikten sonra araştırmacı tarafından

toplanmış ve öğrencilerin konuyla ilgili merak ettikleri yanıtlanmıştır. Veri toplama formunun doldurulması 15-20 dakika zaman almıştır.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 15.0 paket programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin frekans ve yüzde dağılımları verilmiştir. Verilerin normallik testi sonucunda normal dağılmayan değişkenlerde gruplar arası farklılık incelenirken ikili gruplarda Mann Whitney U Testi, ikiden fazla gruplarda ise Bonferroni düzeltilmeli Kruskal Wallis H Testi uygulanmıştır. Değişkenler arası ilişkiler Khi-Kare testi ile analiz edilmiştir. Anlamlılık seviyesi olarak 0,05 kullanılmış olup $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı ilişkinin olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirtilmiştir.

Jinekolojik Kanserlerden Korunma Bilgi Formundaki (Form II) soru ifadeleri doğru yanıt için 1 puan, yanlış yanıt için 0 puan verilerek değerlendirilmiştir. Bilgi sorularından alınan en yüksek puan 30'dur. Hesaplanan jinekolojik kanser ham bilgi puanları ise yüzlük standart puana çevrilerek karşılaştırmalar yapılmıştır.

Tablo 3.1: Öğrencilerin Kansere İlişkin Alabileceği En Düşük Ve En Yüksek Puan Değerlerinin Dağılımı

	Soru Dağılımı	En Düşük Alınabilecek Puan	En Yüksek Alınabilecek Puan
Endometrium Kanseri	2,3,4	0	3
Over Kanseri	5,6,7	0	3
Serviks Kanseri	8,9,10,11,12,13,14,15,16,17	0	10
Vulva Kanseri	18,19,20,21,22	0	5
Vajinal Kanser	23,24	0	2
Jinekolojik Kanserlerden Korunma	1,25,26,27,28,29,30	0	7
Toplam	1-30	0	30

4. BULGULAR

Araştırma alanından toplanan verilerin istatistiksel analizi ile elde edilen veriler, araştırmaya katılan öğrencilerin yanıtlarına ilişkin dağılımlar ve cinsel ilişki deneyimi olan öğrencilerin yanıtlarına ilişkin dağılımlar olmak üzere iki başlık altında incelenmiştir.

4.1. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Yanıtlarına İlişkin Dağılımlar

Bu bölümde, araştırma kapsamındaki öğrencilerin demografik özelliklerine, üreme sağlığına ilişkin özelliklerine ve sağlığı koruma davranışlarına ilişkin özelliklerine göre dağılımlarını gösteren tablolara yer verilmiştir.

Tablo 4.1: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%
Öğrenim Görülen Fakülte/Yüksekokul (n=792)		
Sağlık Bilimleri	159	20.08
Diğer	633	79.92
Sınıfı (n=792)		
Hazırlık	57	7.20
1.Sınıf	205	25.88
2.Sınıf	234	29.55
3.Sınıf	124	15.66
4.Sınıf	76	9.60
Yanıtsız	96	12.12
Yaş (n=792)		
17-20	449	56.69
21-24	307	38.76
25 ve üzeri	26	3.28
Yanıtsız	10	1.26
Yaş Ortalaması (20.51±1.96)		
Medeni Durum (n=792)		
Evli/Boşanmış	12	1.52
Bekar	771	97.35
Yanıtsız	9	1.14
İlk Evlilik Yaşı (n=12)		
15-19	6	50.00
20-24	3	25.00
25 ve üzeri	2	16.67
Yanıtsız	1	8.33

Öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde %20.08'inin Sağlık Bilimleri ile ilgili bölümlerde (Tıp Fakültesi, Diş Hekimliği, Eczacılık ve Sağlık Bilimleri Fakültesi) okuduğu, %25.88'inin 1.sınıf, %29.55'inin 2.sınıf, %15.66'sının 3.sınıf olduğu ve yaş ortalamalarının 20.51±1.96 olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin %97.35'i bekar, %1.52'si evli ya da boşanmıştır. Evli/boşanmış olan öğrencilerin %50'si 15-19 yaşlarında evlenmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.2: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Üreme Sağlığına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı

Üreme Sağlığına İlişkin Özellikler	n	%
Jinekolojik Enfeksiyon Geçirme (n=792)		
Geçiren	52	6.57
Geçirmeyen	713	90.03
Yanıtsız	27	3.41
Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumu (n=792)		
Yaptıran	110	13.89
Yaptırmayan	674	85.10
Yanıtsız	8	1.01
Jinekolojik Muayene Yaptırmama Nedenleri (n=674)		
Gerek Duymayan	57	8.46
Herhangi bir sorun yaşamayan	27	4.01
Muayene olmaktan çekinen	8	1.19
Yanıtsız	582	86.35
KKVM Yapma Durumu (n=792)		
Yapan	173	21.84
Yapmayan	590	74.49
Yanıtsız	29	3.66
KKVM Yapmama Nedenleri (n=590)		
Yapması gerektiğini bilmeyen	5	0.85
Muayenenin nasıl yapılacağını bilmeyen	19	3.22
Gerek duymayan	17	2.88
Yanıtsız	549	93.05

Öğrencilerin üreme sağlığına ilişkin özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde %6.57'sinin jinekolojik bir enfeksiyon geçirdiği, %13.89'unun jinekolojik muayene yaptırdığı görülmektedir. Jinekolojik muayene yaptırmayan öğrencilerin %8.46'sı jinekolojik muayeneye gerek duymadığını, %4.01'i herhangi bir sorun yaşamadığını belirtmiştir. Öğrencilerin %21.84'ü KKVM yapmaktadır. KKVM yapmayan öğrencilerin %3.22'si muayenenin nasıl yapılacağını bilmediğini, %2.88'i muayeneye gerek duymadığını belirtmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.3: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Bazı Sağlığı Koruma Davranışlarına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı

Sağlığı Koruma Davranışlarına İlişkin Özellikler	n	%
Sigara Kullanma Durumu (n=792)		
Kullanan	89	11.24
Kullanmayan	703	88.76
Günlük Kullanılan Sigara Adedi (n=89)		
1-5	48	53.93
6-10	23	25.84
11-15	8	8.99
16-20	10	11.24
Alkol Kullanma Durumu (n=792)		
Kullanan	64	8.08
Kullanmayan	728	91.92
Alkol Kullanım Miktarı (n=64)		
Haftada 1 kez	35	54.69
Haftada 2 kez	3	4.69
Haftada 3 kez	5	7.81
Yanıtızsız	21	32.81
Egzersiz Yapma Durumu (n=792)		
Her gün	94	11.87
Haftada 2-3 gün	149	18.81
Haftada bir kez	195	24.62
Ayda bir kez	316	39.90
Hiç yapmayan	38	4.80

Öğrencilerin bazı sağlığı koruma davranışlarına ilişkin özellikleri incelendiğinde %11.24'ü sigara, %8.08'i alkol kullanmaktadır. Sigara kullanan öğrencilerin %53.93'ü günde 1-5 adet sigara tükettiğini, alkol alan öğrencilerin %54.69'u haftada bir kez alkol aldığını belirtmiştir. Öğrencilerin %11.87'si her gün, %18.81'i haftada 2-3 gün egzersiz yapmaktadır (Tablo 4.3).

4.2.Cinsel İlişki Deneyimi Olan Öğrencilerin Yanıtlarına İlişkin Dağılımlar

Bu bölümde cinsel ilişki deneyimi olan öğrencilerin obstetrik özelliklerine ve üreme sağlığına ilişkin özelliklerine göre dağılımlarını gösteren tablolara yer verilmiştir.

Tablo 4.4: Cinsel İlişki Deneyimi Olan Öğrencilerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı

Obstetrik Özellikler	n	%
Cinsel İlişki Deneyimi (n=792)		
Cinsel ilişki deneyimi var	25	3.16
Cinsel ilişki deneyimi yok	723	91.29
Yanıtsız	44	5.56
İlk Cinsel İlişki Yaşı (n=25)		
16-18	10	40.00
19-21	12	48.00
22-24	1	4.00
25-27	2	8.00
Gebelik Sayısı (n=25)		
Hiç gebe kalmadım	15	60.00
1 kez gebe kaldım	3	12.00
2 kez gebe kaldım	4	16.00
3 kez gebe kaldım	2	8.00
4 kez gebe kaldım	1	4.00
Doğum Sayısı (n=25)		
Hiç doğum yapmadım	20	80.00
1 kez doğum yaptım	3	12.00
3 kez doğum yaptım	2	8.00
Düşük Sayısı (n=25)		
Hiç düşük yapmadım	21	84.00
1 kez düşük yaptım	3	12.00
2 kez düşük yaptım	1	4.00
Küretaj Sayısı (n=25)		
Hiç küretaj yaptırmadım	19	76.00
1 kez küretaj yaptırdım	5	20.00
2 kez küretaj yaptırdım	1	4.00
Yaşayan Çocuk Sayısı (n=25)		
Hiç çocuğum yok	20	80.00
1 tane	3	12.00
3 tane	2	8.00

Öğrencilerin %3.16'sı cinsel ilişki deneyimi olduğunu belirtmiştir. Cinsel ilişki deneyimi olan öğrencilerin %40'ı 16-18, %48'i 19-21 yaşlarında ilk cinsel deneyimini yaşamıştır. Cinsel ilişki deneyimi olan öğrencilerin obstetrik özellikleri incelendiğinde %60'ı hiç gebe kalmadığını, %80'i hiç doğum yapmadığını, %84'ü hiç düşük yapmadığını, %76'sı hiç küretaj yaptırmadığını ve %80'i hiç çocuğu olmadığını belirtmiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4.5: Cinsel ilişki Deneyimi Olan Öğrencilerin Üreme Sağlığına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı

Üreme Sağlığına İlişkin Özellikler	n	%
AP Yöntemi Kullanma Durumu (n=25)		
Kullanıyor	23	92.00
Kullanmıyor	2	8.00
Kullanılan AP Yöntemi (n=23)		
Oral Kontraseptif (OKS)	8	34.78
RIA	3	13.04
Kondom	7	30.43
Geri Çekme	5	21.74
Birden Fazla Cinsel Partner (n=25)		
Var	9	36.00
Yok	16	64.00
CYBE Geçirme Durumu (n=25)		
Geçiren	2	8.00
Geçirmeyen	23	92.00
Pap Smear Yaptırma Durumu (n=25)		
Yaptıran	7	28.00
Yaptırmayan	18	72.00
Pap Smear Yaptırmama Nedeni (n=18)		
Herhangi bir sorun yaşamadığı için	7	38.89
Yanıtsız	11	61.11

Cinsel ilişki deneyimi olan öğrencilerin %92'si aile planlaması yöntemi kullandığını belirtmiştir. Aile planlaması yöntemi kullanan öğrencilerin %34.78'i oral kontraseptif, %30.43'ü kondom kullanmaktadır. Cinsel ilişki deneyimi olan öğrencilerin %36'sının birden fazla cinsel partnere sahip olduğu, %8'inin cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyon geçirdiği ve %28'inin pap smear yaptırdığı görülmektedir. Pap smear yaptırmayan öğrencilerin %38.89'u herhangi bir sorun yaşamadığı için yaptırmadığını belirtmiştir (Tablo 4.5).

Tablo 4.6: Öğrencilerin Öğrenim Gördükleri Fakülte/Yüksekokullara Göre Kanser Bilgi Puanlarının Dağılımı

Öğrenim Görülen Fakülte/Yüksekokul		Bilgi Puan Ortalamaları			Mann Whitney U Testi		
		n	Mean	SS	Sıra Ort.	U	p
Endometrium Kanser Bilgi Puanı	Sağlık Bilimleri	159	60.17	20.02	431.75	44719.5	0.017*
	Diğer	633	55.24	26.21	387.65		
	Toplam	792	56.23	25.15			
Over Kanser Bilgi Puanı	Sağlık Bilimleri	159	65.00	28.27	470.61	38539.5	0.000*
	Diğer	633	53.04	26.90	377.88		
	Toplam	792	55.44	27.58			
Serviks Kanser Bilgi Puanı	Sağlık Bilimleri	159	49.43	15.23	415.60	47287	0.230
	Diğer	633	46.97	18.01	391.70		
	Toplam	792	47.46	17.51			
Vulva Kanser Bilgi Puanı	Sağlık Bilimleri	159	56.73	20.24	423.35	46054	0.081
	Diğer	633	52.73	22.73	389.76		
	Toplam	792	53.54	22.30			
Vajinal Kanser Bilgi Puanı	Sağlık Bilimleri	159	64.15	32.38	413.06	47690.5	0.271
	Diğer	633	59.64	37.76	392.34		
	Toplam	792	60.54	36.77			
Jinekolojik Kanserlerden Korunma Bilgi Puanı	Sağlık Bilimleri	159	54.81	14.45	415.58	47289	0.204
	Diğer	633	53.46	16.08	391.71		
	Toplam	792	53.73	15.77			
Toplam Jinekolojik Kanser Bilgi Puanı	Sağlık Bilimleri	159	55.51	12.07	459.35	40331	0.000*
	Diğer	633	51.72	13.68	380.71		
	Toplam	792	52.48	13.45			

*p<0.05

Öğrencilerin öğrenim gördükleri fakülte/yüksekokullar ile endometrium kanseri, over kanseri ve toplam jinekolojik kanser bilgi puanı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Sağlık bilimleri öğrencilerinin endometrium kanseri bilgi puanı (60.17), over kanseri bilgi puanı (65) ve toplam jinekolojik kanser bilgi puanı (55.51) diğer bölüm öğrencilerinden anlamlı derecede yüksektir (Tablo 4.6).

Tablo 4.7: Öğrencilerin Sınıflarına Göre Kanser Bilgi Puanlarının Dağılımı

Sınıf	Bilgi Puan Ortalamaları			Kruskal Wallis H Testi			İkili Karşılaştırma	
	n	Mean	SS	Sıra Ort.	H	p		
Endometriyum Kanseri Bilgi Puanı	A-Hazırlık	57	50.88	26.81	318.91	8.705	0.069	-
	B-1.Sınıf	205	53.50	25.03	330.25			
	C-2.Sınıf	234	55.27	25.72	346.96			
	D-3.Sınıf	124	59.95	25.85	381.98			
	E-4.Sınıf	76	59.21	22.18	370.03			
	Toplam	696	55.65	25.35				
Over Kanseri Bilgi Puanı	A-Hazırlık	57	50.88	29.63	321.87	10.551	0.032*	D-A D-B D-C
	B-1.Sınıf	205	53.34	27.35	339.67			
	C-2.Sınıf	234	52.57	27.90	332.62			
	D-3.Sınıf	124	60.76	27.90	387.56			
	E-4.Sınıf	76	60.09	27.24	377.45			
	Toplam	696	54.94	27.97				
Serviks Kanseri Bilgi Puanı	A-Hazırlık	57	45.09	15.60	331.77	5.992	0.200	-
	B-1.Sınıf	205	44.63	18.05	332.24			
	C-2.Sınıf	234	47.48	17.46	353.81			
	D-3.Sınıf	124	49.60	18.19	382.08			
	E-4.Sınıf	76	44.74	16.93	333.75			
	Toplam	696	46.52	17.62				
Vulva Kanseri Bilgi Puanı	A-Hazırlık	57	50.88	21.07	339.52	9.230	0.056	-
	B-1.Sınıf	205	49.17	22.62	325.50			
	C-2.Sınıf	234	54.02	20.68	365.77			
	D-3.Sınıf	124	54.68	22.25	375.38			
	E-4.Sınıf	76	48.16	24.26	320.24			
	Toplam	696	51.81	22.07				
Vajinal Kanseri Bilgi Puanı	A-Hazırlık	57	65.79	39.14	383.82	2.354	0.671	-
	B-1.Sınıf	205	58.05	38.30	342.46			
	C-2.Sınıf	234	58.76	37.03	344.90			
	D-3.Sınıf	124	60.48	32.68	349.83			
	E-4.Sınıf	76	59.21	37.16	347.20			
	Toplam	696	59.48	36.82				
Jinekolojik Kanselerden Korunma Bilgi Puanı	A-Hazırlık	57	53.88	10.46	341.57	8.208	0.084	-
	B-1.Sınıf	205	51.43	17.64	328.05			
	C-2.Sınıf	234	54.70	15.18	363.97			
	D-3.Sınıf	124	55.30	14.34	373.88			
	E-4.Sınıf	76	50.75	18.28	319.84			
	Toplam	696	53.35	15.91				
Toplam Jinekolojik Kanseri Bilgi Puanı	A-Hazırlık	57	50.64	11.61	323.85	11.217	0.024*	D-A D-B D-C
	B-1.Sınıf	205	49.63	14.43	320.40			
	C-2.Sınıf	234	52.29	12.78	358.57			
	D-3.Sınıf	124	54.65	12.96	391.21			
	E-4.Sınıf	76	50.66	14.23	342.11			
	Toplam	696	51.61	13.47				

*p<0.05

Öğrencilerin sınıfları ile over kanseri ve toplam jinekolojik kanser bilgi puanı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (p<0.05). Over kanseri bilgi puanı 3.sınıf öğrencilerinde (60.76) hazırlık sınıfı (50.88), 1.sınıf (53.34) ve 2.sınıf öğrencilerine göre (52.57) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde toplam jinekolojik kanser bilgi puanı da 3.sınıf öğrencilerinde (54.65) hazırlık sınıfı (50.64), 1.sınıf (49.63) ve 2.sınıf öğrencilerine göre (52.29) anlamlı derecede yüksektir (Tablo 4.7).

Tablo 4.8: Öğrencilerin Yaşlarına Göre Kanser Bilgi Puanlarının Dağılımı

Yaş	Bilgi Puan Ortalamaları			Kruskal Wallis H Testi			
	n	Mean	SS	Sıra Ort.	H	p	
Endometrium Kanseri Bilgi Puanı	17-20	449	55.61	25.37	389.21	0.215	0.898
	21-24	307	57.00	24.93	395.53		
	25 ve üzeri	26	55.13	26.57	383.35		
	Toplam	782	56.14	25.22			
Over Kanseri Bilgi Puanı	17-20	449	55.39	27.13	393.04	1.718	0.424
	21-24	307	54.73	28.44	385.14		
	25 ve üzeri	26	62.83	23.73	440.04		
	Toplam	782	55.38	27.56			
Serviks Kanseri Bilgi Puanı	17-20	449	47.55	17.22	393.15	0.374	0.830
	21-24	307	47.13	18.03	387.29		
	25 ve üzeri	26	49.62	17.08	412.69		
	Toplam	782	47.46	17.52			
Vulva Kanseri Bilgi Puanı	17-20	449	54.12	21.53	397.08	0.730	0.695
	21-24	307	52.31	23.56	383.54		
	25 ve üzeri	26	53.85	18.56	389.08		
	Toplam	782	53.40	22.25			
Vajinal Kanser Bilgi Puanı	17-20	449	62.92	36.90	406.78	5.678	0.059
	21-24	307	56.68	36.77	370.05		
	25 ve üzeri	26	59.62	31.68	380.90		
	Toplam	782	60.36	36.77			
Jinekolojik Kansерlerden Korunma Bilgi Puanı	17-20	449	53.67	15.81	392.06	2.531	0.282
	21-24	307	53.93	16.12	396.05		
	25 ve üzeri	26	51.10	12.89	328.12		
	Toplam	782	53.69	15.83			
Toplam Jinekolojik Kanser Bilgi Puanı	17-20	449	52.69	13.39	397.32	0.819	0.664
	21-24	307	51.97	13.83	382.45		
	25 ve üzeri	26	53.21	11.25	397.90		
	Toplam	782	52.42	13.49			

Öğrencilerin yaşları ile endometrium kanseri, over kanseri, serviks kanseri, vulva kanseri, vajinal kanser, jinekolojik kanserlerden korunma ve toplam jinekolojik kanser bilgi puanı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>0.05$, Tablo 4.8).

Tablo 4.9: Öğrencilerin Medeni Durumlarına Göre Kanseri Bilgi Puanlarının Dağılımı

Medeni Durum		Bilgi Puan Ortalamaları			Mann Whitney U Testi		
		n	Mean	SS	Sıra Ort.	U	p
Endometrium Kanseri Bilgi Puanı	Evli/Boşanmış	12	61.11	19.25	430.21	4167.5	0.516
	Bekar	771	56.08	25.23	391.41		
	Toplam	783	56.15	25.15			
Over Kanseri Bilgi Puanı	Evli/Boşanmış	12	80.57	22.28	584.08	2321	0.001*
	Bekar	771	55.00	27.45	389.01		
	Toplam	783	55.39	27.54			
Serviks Kanseri Bilgi Puanı	Evli/Boşanmış	12	52.50	11.38	453.38	3889.5	0.334
	Bekar	771	47.35	17.53	391.04		
	Toplam	783	47.43	17.46			
Vulva Kanseri Bilgi Puanı	Evli/Boşanmış	12	68.33	10.30	547.04	2765.5	0.012*
	Bekar	771	53.28	22.28	389.59		
	Toplam	783	53.51	22.22			
Vajinal Kanseri Bilgi Puanı	Evli/Boşanmış	12	70.83	25.75	441.21	4035.5	0.412
	Bekar	771	60.51	36.93	391.23		
	Toplam	783	60.66	36.79			
Jinekolojik Kanselerden Korunma Bilgi Puanı	Evli/Boşanmış	12	55.95	9.55	405.79	4460.5	0.818
	Bekar	771	53.73	15.80	391.79		
	Toplam	783	53.77	15.72			
Toplam Jinekolojik Kanseri Bilgi Puanı	Evli/Boşanmış	12	60.83	5.15	559.67	2614	0.009*
	Bekar	771	52.34	13.42	389.39		
	Toplam	783	52.47	13.37			

*p<0.05

Öğrencilerin medeni durumları ile over kanseri, vulva kanseri ve toplam jinekolojik kanseri bilgi puanı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (p<0.05). Evli/boşanmış bireylerin over kanseri bilgi puanı (80.57), vulva kanseri bilgi puanı (68.33) ve toplam jinekolojik kanseri bilgi puanı (60.83) bekar bireylerden anlamlı derecede yüksektir (Tablo 4.9).

Tablo 4.10: Öğrencilerin Jinekolojik Enfeksiyon Geçirme Durumlarına Göre Kanser Bilgi Puanlarının Dağılımı

Jinekolojik Enfeksiyon Geçirme		Bilgi Puan Ortalamaları			Mann Whitney U Testi		
		n	Mean	SS	Sıra Ort.	U	p
Endometrium Kanseri Bilgi Puanı	Evet	52	53.85	23.94	360.57	17371.5	0.402
	Hayır	713	56.48	25.09	384.64		
	Toplam	765	56.30	25.01			
Over Kanseri Bilgi Puanı	Evet	52	58.98	28.49	409.20	17175.5	0.336
	Hayır	713	55.59	27.28	381.09		
	Toplam	765	55.82	27.35			
Serviks Kanseri Bilgi Puanı	Evet	52	49.04	17.52	393.99	17966.5	0.705
	Hayır	713	47.50	17.42	382.20		
	Toplam	765	47.61	17.42			
Vulva Kanseri Bilgi Puanı	Evet	52	54.23	23.87	389.82	18183.5	0.808
	Hayır	713	53.97	22.11	382.50		
	Toplam	765	53.99	22.22			
Vajinal Kanser Bilgi Puanı	Evet	52	49.04	36.37	316.72	15091.5	0.016*
	Hayır	713	61.64	36.69	387.83		
	Toplam	765	60.78	36.78			
Jinekolojik Kanserlerden Korunma Bilgi Puanı	Evet	52	55.22	15.76	393.24	18005.5	0.708
	Hayır	713	53.72	15.68	382.25		
	Toplam	765	53.82	15.68			
Toplam Jinekolojik Kanser Bilgi Puanı	Evet	52	52.82	12.97	391.35	18104	0.777
	Hayır	713	52.68	13.41	382.39		
	Toplam	765	52.69	13.37			

*p<0.05

Öğrencilerin jinekolojik enfeksiyon geçirme durumları ile vajinal kanser bilgi puanı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (p<0.05). Jinekolojik enfeksiyon geçirmeyenlerin vajinal kanser bilgi puanı (61.64) jinekolojik enfeksiyon geçirenlerden (49.04) anlamlı derecede yüksektir (Tablo 4.10).

Tablo 4.11: Öğrencilerin Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumlarına Göre Kanser Bilgi Puanlarının Dağılımı

Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumu		Bilgi Puan Ortalamaları			Mann Whitney U Testi		
		n	Mean	SS	Sıra Ort.	U	p
Endometrium Kanseri Bilgi Puanı	Yaptıran	110	56.06	23.43	388.66	36647.5	0.832
	Yaptırmayan	674	56.28	25.26	393.13		
	Toplam	784	56.25	25.00			
Over Kanseri Bilgi Puanı	Yaptıran	110	54.55	29.87	386.55	36416	0.747
	Yaptırmayan	674	55.79	27.03	393.47		
	Toplam	784	55.62	27.43			
Serviks Kanseri Bilgi Puanı	Yaptıran	110	48.36	17.37	401.93	36033	0.631
	Yaptırmayan	674	47.52	17.37	390.96		
	Toplam	784	47.64	17.36			
Vulva Kanseri Bilgi Puanı	Yaptıran	110	54.73	21.28	404.50	35750.5	0.528
	Yaptırmayan	674	53.62	22.38	390.54		
	Toplam	784	53.78	22.22			
Vajinal Kanseri Bilgi Puanı	Yaptıran	110	56.82	36.14	368.14	34390	0.189
	Yaptırmayan	674	61.50	36.74	396.48		
	Toplam	784	60.84	36.67			
Jinekolojik Kanserlerden Korunma Bilgi Puanı	Yaptıran	110	51.82	15.22	361.85	33698.5	0.098
	Yaptırmayan	674	54.26	15.64	397.50		
	Toplam	784	53.92	15.59			
Toplam Jinekolojik Kanseri Bilgi Puanı	Yaptıran	110	52.18	13.12	388.22	36599.5	0.830
	Yaptırmayan	674	52.74	13.27	393.20		
	Toplam	784	52.67	13.24			

Öğrencilerin jinekolojik muayene yaptırma durumları ile endometrium kanseri, over kanseri, serviks kanseri, vulva kanseri, vajinal kanser, jinekolojik kanserlerden korunma ve toplam jinekolojik kanser bilgi puanı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p > 0.05$, Tablo 4.11).

Tablo 4.12: Öğrencilerin KKVM Yapma Durumlarına Göre Kanseri Bilgi Puanlarının Dağılımı

KKVM Yapma Durumu		Bilgi Puan Ortalamaları			Mann Whitney U Testi		
		n	Mean	SS	Sıra Ort.	U	p
Endometrium Kanseri Bilgi Puanı	Yapan	173	56.46	25.26	384.59	50587	0.846
	Yapmayan	590	56.05	24.57	381.24		
	Toplam	763	56.14	24.72			
Over Kanseri Bilgi Puanı	Yapan	173	57.81	28.06	396.81	48473.5	0.276
	Yapmayan	590	55.15	27.40	377.66		
	Toplam	763	55.75	27.55			
Serviks Kanseri Bilgi Puanı	Yapan	173	48.21	16.80	385.99	50344	0.782
	Yapmayan	590	47.80	17.47	380.83		
	Toplam	763	47.89	17.31			
Vulva Kanseri Bilgi Puanı	Yapan	173	55.95	20.46	400.71	47797.5	0.181
	Yapmayan	590	53.36	22.67	376.51		
	Toplam	763	53.94	22.20			
Vajinal Kanseri Bilgi Puanı	Yapan	173	59.54	35.50	369.79	48923	0.371
	Yapmayan	590	61.95	36.93	385.58		
	Toplam	763	61.40	36.60			
Jinekolojik Kanserlerden Korunma Bilgi Puanı	Yapan	173	54.25	12.88	381.97	51030	0.998
	Yapmayan	590	53.78	16.38	382.01		
	Toplam	763	53.88	15.65			
Toplam Jinekolojik Kanseri Bilgi Puanı	Yapan	173	53.45	12.06	391.52	49387.5	0.516
	Yapmayan	590	52.62	13.59	379.21		
	Toplam	763	52.81	13.25			

Öğrencilerin KKVM yapma durumları ile endometrium kanseri, over kanseri, serviks kanseri, vulva kanseri, vajinal kanser, jinekolojik kanserlerden korunma ve toplam jinekolojik kanser bilgi puanı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p > 0.05$, Tablo 4.12).

Tablo 4.13: Öğrencilerin Sigara Kullanma Durumlarına Göre Kanseri Bilgi Puanlarının Dağılımı

Sigara Kullanma Durumu		Bilgi Puan Ortalamaları			Mann Whitney U Testi		
		n	Mean	SS	Sıra Ort.	U	p
Endometrium Kanseri Bilgi Puanı	Kullanan	89	55.06	26.16	381.58	29955.5	0.472
	Kullanmayan	703	56.38	25.04	398.39		
	Toplam	792	56.23	25.15			
Over Kanseri Bilgi Puanı	Kullanan	89	52.81	27.91	375.78	29439	0.326
	Kullanmayan	703	55.77	27.54	399.12		
	Toplam	792	55.44	27.58			
Serviks Kanseri Bilgi Puanı	Kullanan	89	50.22	18.46	426.72	28593.5	0.178
	Kullanmayan	703	47.11	17.36	392.67		
	Toplam	792	47.46	17.51			
Vulva Kanseri Bilgi Puanı	Kullanan	89	53.48	22.31	394.13	31073	0.913
	Kullanmayan	703	53.54	22.31	396.80		
	Toplam	792	53.54	22.30			
Vajinal Kanseri Bilgi Puanı	Kullanan	89	52.25	36.86	348.11	26977	0.022*
	Kullanmayan	703	61.59	36.65	402.63		
	Toplam	792	60.54	36.77			
Jinekolojik Kanselerden Korunma Bilgi Puanı	Kullanan	89	56.50	14.75	431.72	28148.5	0.096
	Kullanmayan	703	53.38	15.87	392.04		
	Toplam	792	53.73	15.77			
Toplam Jinekolojik Kanseri Bilgi Puanı	Kullanan	89	53.11	12.25	402.35	30763	0.797
	Kullanmayan	703	52.40	13.60	395.76		
	Toplam	792	52.48	13.45			

*p<0.05

Öğrencilerin sigara kullanma durumları ile vajinal kanser bilgi puanı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (p<0.05). Vajinal kanser bilgi puanı sigara kullanmayan öğrencilerde (61.59) sigara kullananlara (52.25) göre anlamlı derecede yüksektir (Tablo 4.13).

Tablo 4.14: Öğrencilerin Alkol Kullanma Durumlarına Göre Kanseri Bilgi Puanlarının Dağılımı

Alkol Kullanma Durumu		Bilgi Puan Ortalamaları			Mann Whitney U Testi		
		n	Mean	SS	Sıra Ort.	U	p
Endometrium Kanseri Bilgi Puanı	Kullanan	64	57.81	23.94	404.66	22774	0.743
	Kullanmayan	728	56.09	25.27	395.78		
	Toplam	792	56.23	25.15			
Over Kanseri Bilgi Puanı	Kullanan	64	54.17	27.55	381.20	22317	0.546
	Kullanmayan	728	55.55	27.60	397.84		
	Toplam	792	55.44	27.58			
Serviks Kanseri Bilgi Puanı	Kullanan	64	49.84	17.23	431.30	21068.5	0.196
	Kullanmayan	728	47.25	17.53	393.44		
	Toplam	792	47.46	17.51			
Vulva Kanseri Bilgi Puanı	Kullanan	64	50.63	21.07	365.48	21311	0.234
	Kullanmayan	728	53.79	22.40	399.23		
	Toplam	792	53.54	22.30			
Vajinal Kanseri Bilgi Puanı	Kullanan	64	63.28	35.90	411.58	22331	0.553
	Kullanmayan	728	60.30	36.86	395.17		
	Toplam	792	60.54	36.77			
Jinekolojik Kanserlerden Korunma Bilgi Puanı	Kullanan	64	54.46	12.95	397.66	23221.5	0.963
	Kullanmayan	728	53.67	16.00	396.40		
	Toplam	792	53.73	15.77			
Toplam Jinekolojik Kanseri Bilgi Puanı	Kullanan	64	53.18	12.09	412.85	22249.5	0.549
	Kullanmayan	728	52.42	13.57	395.06		
	Toplam	792	52.48	13.45			

Öğrencilerin alkol kullanma durumları ile endometrium kanseri, over kanseri, serviks kanseri, vulva kanseri, vajinal kanser, jinekolojik kanserlerden korunma ve toplam jinekolojik kanser bilgi puanı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>0.05$, Tablo 4.14).

Tablo 4.15: Öğrencilerin Egzersiz Yapma Durumlarına Göre Kanser Bilgi Puanlarının Dağılımı

Egzersiz Yapma Durumu		Bilgi Puan Ortalamaları			Kruskal Wallis H Testi		
		n	Mean	SS	Sıra Ort.	H	p
Endometrium Kanser Bilgi Puanı	Her gün	94	54.97	24.79	384.90	8.261	0.082
	Haftada 2-3 gün	149	59.06	25.15	418.12		
	Haftada bir kez	195	59.15	22.20	421.84		
	Ayda bir kez	316	53.90	26.07	378.10		
	Hiç yapmayan	38	52.63	30.64	363.34		
	Toplam	792	56.23	25.15			
Over Kanser Bilgi Puanı	Her gün	94	58.52	27.96	418.14	2.401	0.663
	Haftada 2-3 gün	149	55.49	27.03	395.40		
	Haftada bir kez	195	54.71	26.97	393.99		
	Ayda bir kez	316	55.60	27.75	396.97		
	Hiç yapmayan	38	50.00	30.77	356.22		
	Toplam	792	55.44	27.58			
Serviks Kanser Bilgi Puanı	Her gün	94	47.02	17.65	389.68	4.356	0.360
	Haftada 2-3 gün	149	47.05	16.34	391.48		
	Haftada bir kez	195	48.21	16.82	405.13		
	Ayda bir kez	316	48.23	17.48	403.84		
	Hiç yapmayan	38	40.00	23.48	327.70		
	Toplam	792	47.46	17.51			
Vulva Kanser Bilgi Puanı	Her gün	94	51.06	23.58	376.22	7.134	0.129
	Haftada 2-3 gün	149	55.17	22.97	414.58		
	Haftada bir kez	195	54.67	21.21	406.79		
	Ayda bir kez	316	53.92	21.35	396.98		
	Hiç yapmayan	38	44.21	27.57	318.91		
	Toplam	792	53.54	22.30			
Vajinal Kanser Bilgi Puanı	Her gün	94	60.64	38.01	398.39	7.405	0.116
	Haftada 2-3 gün	149	63.76	35.76	414.49		
	Haftada bir kez	195	62.82	35.02	407.98		
	Ayda bir kez	316	59.34	37.37	390.03		
	Hiç yapmayan	38	46.05	39.22	316.14		
	Toplam	792	60.54	36.77			
Jinekolojik Kanserlerden Korunma Bilgi Puanı	Her gün	94	54.56	15.10	409.35	8.977	0.062
	Haftada 2-3 gün	149	53.88	14.77	391.86		
	Haftada bir kez	195	54.65	14.06	409.05		
	Ayda bir kez	316	53.89	16.68	398.70		
	Hiç yapmayan	38	45.11	19.51	300.24		
	Toplam	792	53.73	15.77			
Toplam Jinekolojik Kanser Bilgi Puanı	Her gün	94	52.31	12.48	391.57	8.588	0.072
	Haftada 2-3 gün	149	53.15	13.25	414.66		
	Haftada bir kez	195	53.50	11.90	409.19		
	Ayda bir kez	316	52.54	13.74	393.27		
	Hiç yapmayan	38	44.56	18.75	299.24		
	Toplam	792	52.48	13.45			

Öğrencilerin egzersiz yapma durumları ile endometrium kanseri, over kanseri, serviks kanseri, vulva kanseri, vajinal kanser, jinekolojik kanserlerden korunma ve toplam jinekolojik kanser bilgi puanı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p > 0.05$, Tablo 4.15).

Tablo 4.16: Öğrencilerin Cinsel İlişki Deneyimlerine Göre Kanseri Bilgi Puanlarının Dağılımı

Cinsel İlişki Deneyimi		Bilgi Puan Ortalamaları			Kruskal Wallis H Testi		
		n	Mean	SS	Sıra Ort.	H	p
Endometrium Kanseri Bilgi Puanı	Cinsel ilişki deneyimi var	25	60.00	21.52	430.90	0.916	0.633
	Cinsel ilişki deneyimi yok	723	56.02	25.03	394.54		
	Yanıtsız	44	57.58	29.08	409.23		
	Toplam	792	56.23	25.15			
Over Kanseri Bilgi Puanı	Cinsel ilişki deneyimi var	25	64.01	31.80	470.08	3.529	0.171
	Cinsel ilişki deneyimi yok	723	55.33	27.31	395.29		
	Yanıtsız	44	52.28	29.12	374.60		
	Toplam	792	55.44	27.58			
Serviks Kanseri Bilgi Puanı	Cinsel ilişki deneyimi var	25	52.80	14.87	455.24	1.767	0.413
	Cinsel ilişki deneyimi yok	723	47.22	17.56	394.59		
	Yanıtsız	44	48.41	17.91	394.48		
	Toplam	792	47.46	17.51			
Vulva Kanseri Bilgi Puanı	Cinsel ilişki deneyimi var	25	60.00	18.26	459.88	2.334	0.311
	Cinsel ilişki deneyimi yok	723	53.28	22.22	393.71		
	Yanıtsız	44	54.09	25.36	406.27		
	Toplam	792	53.54	22.30			
Vajinal Kanseri Bilgi Puanı	Cinsel ilişki deneyimi var	25	74.00	29.30	470.90	3.179	0.204
	Cinsel ilişki deneyimi yok	723	60.10	36.96	394.08		
	Yanıtsız	44	60.23	36.69	394.05		
	Toplam	792	60.54	36.77			
Jinekolojik Kanserlerden Korunma Bilgi Puanı	Cinsel ilişki deneyimi var	25	56.57	12.70	428.98	1.801	0.406
	Cinsel ilişki deneyimi yok	723	53.53	15.83	393.38		
	Yanıtsız	44	55.52	16.36	429.34		
	Toplam	792	53.73	15.77			
Toplam Jinekolojik Kanseri Bilgi Puanı	Cinsel ilişki deneyimi var	25	58.13	9.67	494.34	5.190	0.075
	Cinsel ilişki deneyimi yok	723	52.25	13.44	391.98		
	Yanıtsız	44	53.11	14.97	415.10		
	Toplam	792	52.48	13.45			

Öğrencilerin cinsel ilişki deneyimleri ile endometrium kanseri, over kanseri, serviks kanseri, vulva kanseri, vajinal kanser, jinekolojik kanserlerden korunma ve toplam jinekolojik kanser bilgi puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>0.05$, Tablo 4.16).

Tablo 4.17: Öğrencilerin İlk Cinsel İlişki Yaşlarına Göre Kanseri Bilgi Puanlarının Dağılımı

İlk Cinsel İlişki Yaşı		Bilgi Puan Ortalamaları			Mann Whitney U Testi		
		n	Mean	SS	Sıra Ort.	U	p
Endometrium Kanseri Bilgi Puanı	16-18	10	53.33	28.11	11.25	57.5	0.338
	19-27	15	64.45	15.26	14.17		
	Toplam	25	60.00	21.52			
Over Kanseri Bilgi Puanı	16-18	10	63.34	33.16	12.80	73	0.935
	19-27	15	64.46	32.04	13.13		
	Toplam	25	64.01	31.80			
Serviks Kanseri Bilgi Puanı	16-18	10	53.00	16.36	13.75	67.5	0.683
	19-27	15	52.67	14.38	12.50		
	Toplam	25	52.80	14.87			
Vulva Kanseri Bilgi Puanı	16-18	10	56.00	18.38	11.35	58.5	0.367
	19-27	15	62.67	18.31	14.10		
	Toplam	25	60.00	18.26			
Vajinal Kanseri Bilgi Puanı	16-18	10	65.00	24.15	10.60	51	0.196
	19-27	15	80.00	31.62	14.60		
	Toplam	25	74.00	29.30			
Jinekolojik Kanserlerden Korunma Bilgi Puanı	16-18	10	52.86	15.13	11.70	62	0.495
	19-27	15	59.05	10.62	13.87		
	Toplam	25	56.57	12.70			
Toplam Jinekolojik Kanseri Bilgi Puanı	16-18	10	55.33	8.92	10.50	50	0.177
	19-27	15	60.00	10.00	14.67		
	Toplam	25	58.13	9.67			

Öğrencilerin ilk cinsel ilişki yaşları ile endometrium kanseri, over kanseri, serviks kanseri, vulva kanseri, vajinal kanser, jinekolojik kanserlerden korunma ve toplam jinekolojik kanser bilgi puanı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>0.05$, Tablo 4.17).

Tablo 4.18: Öğrencilerin Kullandıkları AP Yöntemlerine Göre Kanseri Bilgi Puanlarının Dağılımı

Kullanılan AP Yöntemi		Bilgi Puan Ortalamaları			Mann Whitney U Testi		
		n	Mean	SS	Sıra Ort.	U	p
Endometrium Kanseri Bilgi Puanı	Etkin Korunma Yöntemi	18	61.11	23.57	12.14	42.5	0.818
	Etkin Olmayan Korunma Yöntemi	5	60.00	14.91	11.50		
	Toplam	23	60.87	21.68			
Over Kanseri Bilgi Puanı	Etkin Korunma Yöntemi	18	59.27	35.35	11.53	36.5	0.497
	Etkin Olmayan Korunma Yöntemi	5	73.36	14.89	13.70		
	Toplam	23	62.33	32.27			
Serviks Kanseri Bilgi Puanı	Etkin Korunma Yöntemi	18	51.11	15.30	10.75	22.5	0.083
	Etkin Olmayan Korunma Yöntemi	5	60.00	7.07	16.50		
	Toplam	23	53.04	14.28			
Vulva Kanseri Bilgi Puanı	Etkin Korunma Yöntemi	18	56.67	19.70	10.86	24.5	0.106
	Etkin Olmayan Korunma Yöntemi	5	72.00	10.95	16.10		
	Toplam	23	60.00	19.07			
Vajinal Kanseri Bilgi Puanı	Etkin Korunma Yöntemi	18	72.22	30.78	11.69	39.5	0.642
	Etkin Olmayan Korunma Yöntemi	5	80.00	27.39	13.10		
	Toplam	23	73.91	29.66			
Jinekolojik Kanserlerden Korunma Bilgi Puanı	Etkin Korunma Yöntemi	18	55.55	13.76	11.50	36	0.457
	Etkin Olmayan Korunma Yöntemi	5	60.00	11.95	13.80		
	Toplam	23	56.52	13.26			
Toplam Jinekolojik Kanseri Bilgi Puanı	Etkin Korunma Yöntemi	18	56.30	10.28	10.47	17.5	0.037*
	Etkin Olmayan Korunma Yöntemi	5	64.67	2.98	17.50		
	Toplam	23	58.12	9.79			

*p<0.05

Öğrencilerin kullandıkları AP yöntemi ile toplam jinekolojik kanser bilgi puanı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (p<0.05). Etkin olmayan korunma yöntemi kullanan bireylerin toplam jinekolojik kanser bilgi puanı (64.67), etkin korunma yöntemi kullanan bireylerin toplam jinekolojik kanser bilgi puanından (56.30) anlamlı derecede yüksektir (Tablo 4.18).

Tablo 4.19: Öğrencilerin Birden Fazla Cinsel Partner Varlığı Durumlarına Göre Kanseri Bilgi Puanlarının Dağılımı

Birden Fazla Cinsel Partner		Bilgi Puan Ortalamaları			Mann Whitney U Testi		
		n	Mean	SS	Sıra Ort.	U	p
Endometrium Kanseri Bilgi Puanı	Var	9	62.96	20.03	13.61	66.5	0.705
	Yok	16	58.34	22.77	12.66		
	Toplam	25	60.00	21.52			
Over Kanseri Bilgi Puanı	Var	9	51.86	29.41	9.89	44	0.088
	Yok	16	70.85	31.91	14.75		
	Toplam	25	64.01	31.80			
Serviks Kanseri Bilgi Puanı	Var	9	50.00	15.00	12.28	65.5	0.706
	Yok	16	54.38	15.04	13.41		
	Toplam	25	52.80	14.87			
Vulva Kanseri Bilgi Puanı	Var	9	51.11	22.61	10.11	46	0.116
	Yok	16	65.00	13.66	14.63		
	Toplam	25	60.00	18.26			
Vajinal Kanseri Bilgi Puanı	Var	9	55.56	30.05	9.00	36	0.021*
	Yok	16	84.38	23.94	15.25		
	Toplam	25	74.00	29.30			
Jinekolojik Kanserlerden Korunma Bilgi Puanı	Var	9	61.90	7.15	16.17	43.5	0.068
	Yok	16	53.57	14.28	11.22		
	Toplam	25	56.57	12.70			
Toplam Jinekolojik Kanseri Bilgi Puanı	Var	9	54.82	9.73	11.00	54	0.300
	Yok	16	60.00	9.43	14.13		
	Toplam	25	58.13	9.67			

*p<0.05

Öğrencilerin birden fazla cinsel partner varlığı durumları ile vajinal kanser bilgi puanı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (p<0.05). Vajinal kanser bilgi puanı birden fazla cinsel partneri olmayanlarda (84.38) birden fazla cinsel partneri olanlara (55.56) göre anlamlı derecede yüksektir (Tablo 4.19).

Tablo 4.20: Öğrencilerin Pap Smear Yaptırma Durumlarına Göre Kanseri Bilgi Puanlarının Dağılımı

Pap Smear Yaptırma Durumu		Bilgi Puan Ortalamaları			Mann Whitney U Testi		
		n	Mean	SS	Sıra Ort.	U	p
Endometrium Kanseri Bilgi Puanı	Yaptıran	7	57.14	16.27	11.86	55	0.557
	Yaptırmayan	18	61.11	23.57	13.44		
	Toplam	25	60.00	21.52			
Over Kanseri Bilgi Puanı	Yaptıran	7	61.90	40.51	12.93	62.5	0.974
	Yaptırmayan	18	64.83	29.09	13.03		
	Toplam	25	64.01	31.80			
Serviks Kanseri Bilgi Puanı	Yaptıran	7	55.71	11.34	14.64	51.5	0.475
	Yaptırmayan	18	51.67	16.18	12.36		
	Toplam	25	52.80	14.87			
Vulva Kanseri Bilgi Puanı	Yaptıran	7	62.86	13.80	13.64	58.5	0.771
	Yaptırmayan	18	58.89	19.97	12.75		
	Toplam	25	60.00	18.26			
Vajinal Kanseri Bilgi Puanı	Yaptıran	7	57.14	34.50	9.57	39	0.099
	Yaptırmayan	18	80.56	25.08	14.33		
	Toplam	25	74.00	29.30			
Jinekolojik Kanserlerden Korunma Bilgi Puanı	Yaptıran	7	55.10	9.86	11.79	54.5	0.560
	Yaptırmayan	18	57.14	13.86	13.47		
	Toplam	25	56.57	12.70			
Toplam Jinekolojik Kanseri Bilgi Puanı	Yaptıran	7	57.62	6.58	11.93	55.5	0.644
	Yaptırmayan	18	58.33	10.80	13.42		
	Toplam	25	58.13	9.67			

Öğrencilerin pap smear yaptırma durumları ile endometrium kanseri, over kanseri, serviks kanseri, vulva kanseri, vajinal kanser, jinekolojik kanserlerden korunma bilgi puanı ve toplam jinekolojik kanser bilgi puanı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p > 0.05$, Tablo 4.20).

Tablo 4.21: Öğrencilerin Kansere İlişkin Aldıkları Ortalama, En Düşük Ve En Yüksek Bilgi Puanı Değerlerinin Yüzdelerle Dağılımı

	n	Mean	Minimum	Maximum	SS
Endometrium Kanseri Bilgi Puanı	792	56.23	0	100	25.15
Over Kanseri Bilgi Puanı	792	55.44	0	100	27.58
Serviks Kanseri Bilgi Puanı	792	47.46	0	100	17.51
Vulva Kanseri Bilgi Puanı	792	53.54	0	100	22.30
Vajinal Kanser Bilgi Puanı	792	60.54	0	100	36.77
Jinekolojik Kanserlerden Korunma Bilgi Puanı	792	53.73	0	100	15.77
Toplam Jinekolojik Kanser Bilgi Puanı	792	52.48	0	100	13.45

Öğrencilerin toplam jinekolojik kanser bilgi puan ortalamasının 52.48 ± 13.45 olduğu görülmektedir. Öğrencilerin toplam jinekolojik kanserlerden aldıkları en düşük puan 0, en yüksek puan 100'dür (Tablo 4.21).

Tablo 4.22: Öğrencilerin Cinsel İlişki Deneyimlerine Göre Jinekolojik Enfeksiyon Geçirme, Jinekolojik Muayene Yaptırma ve KKVM Yapma Durumlarının Karşılaştırılması

		Cinsel İlişki Deneyimi								İstatistiksel Analiz	
		Cinsel ilişki deneyimi var		Cinsel ilişki deneyimi yok		Yanıtsız		Toplam			
		n	%	n	%	n	%	n	%	x ²	p
Jinekolojik Enfeksiyon Geçirme	Evet	5	20.83	39	5.56	8	20.51	52	6.80	16.620	0.001*
	Hayır	19	79.17	663	94.44	31	79.49	713	93.20		
	Toplam	24	100	702	100	39	100	765	100		
Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumu	Yaptıran	13	52.00	90	12.57	7	16.28	110	14.03	31.327	0.000*
	Yaptırmayan	12	48.00	626	87.43	36	83.72	674	85.97		
	Toplam	25	100	716	100	43	100	784	100		
KKVM Yapma Durumu	Yapan	15	60.00	147	21.06	11	27.50	173	22.67	21.434	0.000*
	Yapmayan	10	40.00	551	78.94	29	72.50	590	77.33		
	Toplam	25	100	698	100	40	100	763	100		

*p<0,05

Öğrencilerin cinsel ilişki deneyimleri ile jinekolojik enfeksiyon geçirme, jinekolojik muayene yaptırma ve KKVM yapma durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (p<0.05, Tablo 4.22).

Cinsel ilişki yaşayan (%20.83) ve soruyu yanıtsız bırakan bireylerin (%20.51) jinekolojik enfeksiyon geçirme oranlarının birbirine oldukça yakın olduğu ve cinsel ilişki yaşamayan bireylerin jinekolojik enfeksiyon geçirme oranından (%5.56) yüksek olduğu görülmektedir.

Cinsel ilişki yaşayan bireylerin jinekolojik muayene yaptırma oranının (%52) cinsel ilişki yaşamayan bireylerin (%12.57) ve soruyu yanıtsız bırakan bireylerin (%16,28) jinekolojik muayene yaptırma oranlarından yüksek olduğu görülmektedir.

Cinsel ilişki yaşayan bireylerin KKVM yapma oranının (%60) cinsel ilişki yaşamayan bireylerin (%21,06) ve soruyu yanıtsız bırakan bireylerin (%27.50) KKVM yapma oranlarından yüksek olduğu görülmektedir.

5.TARTIŞMA

Araştırma, üniversite kız öğrencilerinin jinekolojik kanserlerden korunma ile ilgili bilgi ve davranışlarını belirlemek amacıyla Kayseri’de veri toplama formunun uygulanmasına izin verilen özel kız öğrenci yurtlarında yapılmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %20.08’i Sağlık Bilimleri ile ilgili bölümlerde (Tıp Fakültesi, Diş Hekimliği, Eczacılık ve Sağlık Bilimleri Fakültesi) okumaktadır (Tablo 4.1). Öğrenim görülen fakülte/yüksekokul ile endometrium kanseri, over kanseri ve toplam jinekolojik kanser bilgi puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Sağlık bilimleri öğrencilerinin endometrium kanseri bilgi puanı, over kanseri bilgi puanı ve toplam jinekolojik kanser bilgi puanı diğer bölüm öğrencilerinden anlamlı derecede yüksektir (Tablo 4.6). Sağlık bilimleri ile ilgili bölümlerde okuyan öğrencilerin bilgi puanının diğer bölümlerde okuyan öğrencilere nispeten yüksek olmasında jinekolojik kanserler hakkında temel mesleki eğitimleri sırasında edindikleri bilginin etkili olabileceği düşünülmektedir. Bolsoy ve Şirin (1998) ebe ve hemşirelerin okulda ve mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim almalarının kanser bilgisini olumlu etkilediğini, ebe ve hemşirelerin %65.9’unun kendilerini jinekolojik kanserlerin erken tanı ve kanserden korunma konusunda birincil sorumlu sağlık çalışanı olarak gördüklerini saptamışlardır. Şahin (2009) çalışmasında sağlık personelinin bilgi puanını poliklinik hastalarına göre daha yüksek bulmuştur.

Öğrencilerin %25.88’i 1.sınıf, %29.55’i 2.sınıf, %15.66’sı 3.sınıf öğrencisidir (Tablo 4.1). Öğrencilerin sınıfları ile over kanseri ve toplam jinekolojik kanser bilgi puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Over kanseri bilgi puanı 3.sınıf öğrencilerinde hazırlık sınıfı, 1.sınıf ve 2.sınıf öğrencilerine göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde toplam jinekolojik kanser bilgi puanı da 3.sınıf öğrencilerinde hazırlık sınıfı, 1.sınıf ve 2.sınıf öğrencilerine göre anlamlı derecede yüksektir (Tablo 4.7). Öğrencilerin üniversiteye başladıkları yıldan itibaren sosyo-kültürel faktörlerin etkisiyle bilgi düzeylerinin artmış olabileceği düşünülmektedir.

Öğrencilerin yaş ortalamalarının 20.51 ± 1.96 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1). Öğrencilerin yaşları ile kanser bilgi puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$, Tablo 4.8). Yücel (2006) İzmir ili ve çevresinde serviks kanserine yönelik eğitimin etkinliğini değerlendirdiği çalışmada, yaşın eğitim öncesi ve sonrası bilgi

puanlarını etkileyen bir faktör olmadığını belirlemiştir. Şahin (2009) yaşın jinekolojik kanser bilgi puanlarını etkilemediğini, ancak jinekolojik kanser alt türlerinde vulva, serviks ve endometrium kanseri bilgi puanlarını etkilediğini, yaş arttıkça bilgi puanlarının azaldığını saptamıştır.

Cinsel aktivite serviks kanserinin risk faktörleri arasında ön planda yer almaktadır. Çünkü hastalık evli kadınlarda, genç yaşta evlenenlerde ve sık cinsel ilişkide bulunanlarda fazla görülmektedir (Doğan, 2008; Dönmez, 2007; Yücel, 2006). Çalışmamızda öğrencilerin %97.35'i bekar, %1.52'si evli ya da boşanmıştır. Evli/boşanmış olan öğrencilerin %50'si 15-19 yaşlarında evlenmiştir (Tablo 4.1). Evli/boşanmış öğrencilerin yarısının erken yaşta evliliğe bağlı olarak serviks kanseri açısından yüksek riskte olduğu söylenebilir. Öğrencilerin medeni durumları ile over kanseri, vulva kanseri ve toplam jinekolojik kanser bilgi puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Evli/boşanmış bireylerin over kanseri bilgi puanı, vulva kanseri bilgi puanı ve toplam jinekolojik kanser bilgi puanı bekar bireylerden anlamlı derecede yüksektir (Tablo 4.9). Evli/boşanmış bireylerin bilgi puanının bekar bireylere nispeten yüksek olmasında cinsel aktivitenin başlamasıyla birlikte bireylerin jinekolojik kanserler hakkında bilgi alma eğilimlerinin artmasının etkili olabileceği düşünülmektedir. Şahin (2009) poliklinik hastalarında medeni durumun jinekolojik kanser bilgi puanlarına etkisini anlamlı bulmuştur. Yücel (2006) Ege Üniversitesi'nde yaptığı çalışmada kadınların çoğunluğunun (%66.5) cinsel ilişkiye 20 yaş ve üzerinde başladığını, 18 yaş ve altında cinsel ilişkide bulunanların oranının %12.8 olduğunu belirlemiştir. Kaya ve arkadaşları (2007) Eğitim Fakültesi öğrencileriyle yaptığı çalışmada ise öğrencilerin %99.2'sinin ilk cinsel deneyimlerini 16-19 yaşları arasında yaşadıklarını tespit etmiştir.

Menstrüasyon 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 açabilir (Yücel, 2006). Çalışmamızda öğrencilerin yalnızca %6.57'si jinekolojik bir enfeksiyon geçirmiştir (Tablo 4.2). Öğrencilerin jinekolojik enfeksiyon geçirme durumları ile vajinal kanser bilgi puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Jinekolojik enfeksiyon geçirmeyenlerin vajinal kanser bilgi puanı jinekolojik enfeksiyon geçirenlerden anlamlı derecede yüksektir (Tablo 4.10). Jinekolojik enfeksiyon geçirmeyen bireylerde jinekolojik enfeksiyon geçirenlere göre vajinal kanser bilgi puanının yüksek olmasında

bu bireylerin menstrüasyon ve perine hijyenine özen göstermelerinin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Kanserin önlenmesi için kansere neden olduğu düşünülen faktörlerden korunmanın yanı sıra sağlık kontrollerinin de düzenli olarak yaptırılması gerekmektedir (Yücel, 2006). Mahremiyet, bilgi eksikliği, korku, kültürel ve coğrafik özellikler gibi nedenler jinekolojik muayeneye gitme sıklığını etkilemektedir. Bu nedenle kadınlar genelde kontroller yerine sağlık sorunları arttığında jinekoloğa gitmektedirler (Şahin, 2009). Çalışmamızda öğrencilerin yalnızca %13.89'u jinekolojik muayene yaptırmıştır. (Tablo 4.2). Akyüz ve arkadaşlarının (2006) yaptığı araştırmada kadınlara herhangi bir jinekolojik problemle karşılaştıklarında muayeneye gitme konusundaki görüşleri sorulmuş ve buradan elde edilen bulgularla pap smear testi yaptırma arasındaki ilişki incelenmiştir. Herhangi bir şikayeti olduğunda jinekolojik muayeneye giden kadınların % 60.33'ünün, sıkıntıları dayanılmaz olduğunda gidenlerin % 36.17'sinin pap smear testi yaptırdığı ve kadınların jinekolojik muayeneye gitme durumları ile pap smear testi yaptırmaları arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Şahin (2009) sağlık personeli ve poliklinik hastalarında yaptığı çalışmada bilgi puanları ile jinekolojik muayeneye gitme durumları arasında anlamlı bir ilişki saptamamıştır. Çalışmamızda da benzer şekilde öğrencilerin jinekolojik muayene yaptırma durumları ile kanser bilgi puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$, Tablo 4.11).

Sağlığın geliştirilmesi çalışmaları insanların kendi sağlıklarını düzeltmede, kontrol etmede ve tam bir sağlık potansiyeline kavuşmada yeterli kılmayı amaçlamaktadır. Böylece bireylerde sağlıklı yaşam bilincinin gelişmesi, yaşam tarzının iyileştirilmesi bir anlamda sağlıklarının korunmasını kendi görevleri olarak algılamaları ve bunun sonucunda riskli davranışlardan kaçınarak sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları uygulamaları kaçınılmaz bir gerçektir. Bu uygulamalardan biri olan KKVM özellikle vulva-vajen kanserinin erken tanısında önemli olan, bireyin kendisinin yapabileceği kolay bir değerlendirmedir (Şahin, 2009). Çalışmamızda öğrencilerin %21.84'ü KKVM yapmaktadır (Tablo 4.2). Öğrencilerin KKVM yapma durumları ile kanser bilgi puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$, Tablo 4.12).

Sigara kullanımına bağlı serviks kanseri riskinin kontrol grubuna göre 2-3 kat arttığı çalışmalarla gösterilmiştir (Dönmez, 2007; Özgün, 2008). Sigara içen kadınlarda östrojen seviyelerinin düşük olduğu ve erken menopoz görüldüğü bilinmektedir. Bu nedenle sigara içenlerde endometrial kanser riskinin azaldığı tespit edilmiştir (Gürkan ve Tuncer, 2000; Başeğmez, 2005). Gren ve arkadaşları (2001) sigara kullanımının over

kanseri riskini artırdığını bildirmişlerdir. Alkolün, over fonksiyonlarını azaltarak over kanseri riskini artırdığı iddia edilmektedir (Pınar ve ark., 2008b). Çalışmamızda öğrencilerin %11.24'ü sigara, %8.08'i alkol kullanmaktadır (Tablo 4.3). Öğrencilerin sigara kullanma durumları ile vajinal kanser bilgi puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Vajinal kanser bilgi puanı sigara kullanmayan öğrencilerde sigara kullananlara göre anlamlı derecede yüksektir (Tablo 4.13). Öğrencilerin alkol kullanma durumları ile kanser bilgi puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$, Tablo 4.14).

Endometrium kanserini önlemede kilo kontrolü önemlidir (Balkanlı Kaplan, 2010; Bekar, 2008). Fiziksel aktivitenin over kanseri riskini %27 oranında azalttığı bulunmuştur (Bekar, 2008). Çalışmamızda öğrencilerin %11.87'si her gün, %18.81'i haftada 2-3 gün egzersiz yapmaktadır (Tablo 4.3). Öğrencilerin egzersiz yapma durumları ile kanser bilgi puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$, Tablo 4.15).

Erken yaşta cinsel aktivite serviks kanseri riskini artırır. Menarş sonrası ilk yıl içinde seksüel aktif olan kızlarda serviks kanseri sıklığı 26 kat artmıştır (Akhan, 2008). İlk cinsel temasını 18 yaşından önce yapan kadınlar, ilk cinsel temaslarını 22 yaşından sonra yapan kadınlar ile kıyaslandığında CIN 1-2'ye yakalanma riskleri 2.3 ve CIN 3'e yakalanma riskleri 2.4 misli artmaktadır (Dönmez, 2007). Çalışmamızda öğrencilerin %3.16'sı cinsel ilişki deneyimi olduğunu belirtmiştir. Cinsel ilişki deneyimi olan öğrencilerin %40'ı 16-18, %48'i 19-21 yaşlarında ilk cinsel deneyimini yaşamıştır (Tablo 4.4). Cinsel deneyimi olan öğrencilerin %40'ının erken yaşta cinsel aktif olmasına bağlı olarak serviks kanseri için yüksek risk altında olduğu söylenebilir. Öğrencilerin cinsel ilişki deneyimleri ile kanser bilgi puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$, Tablo 4.16). Öğrencilerin ilk cinsel ilişki yaşları ile kanser bilgi puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$, Tablo 4.17).

Serviks kanserlerinin görülme sıklığı gebelik ve doğum sayısı ile paralel olarak artış göstermektedir. Gebelik sayısının üçten fazla olması, ilk gebeliğin 20 yaşından önce olması ve ilk doğumun erken yaşta yapılması önemli risk faktörü olarak gösterilmektedir (Pınar ve ark., 2007b; Yücel, 2006). Wang ve Lin (1996) yaptıkları çalışmada dört ve üzeri vajinal doğum, iki ve üzeri düşükün servikal intraepitelyal neoplazi için önemli risk faktörleri olduğunu saptamışlardır. Bunun nedeni aşırı doğum, düşük ve kürtaj sırasında servikse olan travmatik etkidir. (Yücel, 2006). Doğum yapmış kadınlara göre nulliparlarda endometrial kanser riski 2-3 kat artmıştır (Pınar ve ark.,

2008b). Doğum sayısının artması ile over kanseri riskinin azaldığını bildiren birçok çalışma mevcuttur (Edirne ve ark., 2002). Her gebeliğin over kanseri gelişme riskini %10 azalttığı tahmin edilmektedir (Yetimalar ve ark., 2007). Riman ve arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışmada, 3 ya da daha fazla çocuk doğuran kadınlarda over kanseri riskinin nulliparlara göre yarı yarıya azaldığı vurgulanmıştır. Merrill ve arkadaşları (2005) ilk doğumun geç yaşta olmasının over kanseri riskini artırdığını belirlemişlerdir. Çalışmamızda öğrencilerin %8'inin üç kez, %4'ünün dört kez gebelik geçirdiği, %8'inin üç kez doğum yaptığı, %4'ünün iki kez düşük yaptığı, %4'ünün iki kez küretaj yaptırdığı ve %8'inin üç çocuğu olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4).

Kondom ve benzeri yöntemleri kullanarak gebelikten korunmanın serviks kanseri riskini azalttığı belirtilmektedir. Coker ve arkadaşları (1992) yaptıkları olgu kontrol çalışmasında bariyer yöntem kullanma süresi arttıkça CIN II ve CIN III riskinin azaldığını saptamışlardır. Bu nedenle bariyer yöntemlerin istenmeyen gebelikleri önlemesi yanında cinsel yolla bulaşan hastalıklardan, servikal displazilerden koruması konusunda da kadın ve erkeğin bilgilendirilmeleri gerekmektedir (Yücel, 2006). IARC çalışmalarında oral kontraseptif (OKS) kullanımı ile serviks kanseri arasında bir ilişki saptanmıştır. 5 yıldan az kullanımın riski arttırmadığı, ancak 5-9 yıl kullanımın riski 2.72 kat, 10 yıl ve üzeri kullanımın ise riski 4.48 kat arttırdığı tespit edilmiştir (Güner ve Taşkıran, 2007). Kombine oral kontraseptif kullanmış kadınlarda endometrium kanser riskinde %50'lik bir azalma olduğunu gösteren çok sayıda çalışma mevcuttur (Gürkan ve Tuncer, 2000). Literatürde, OKS'in ovulasyonu kesintiye uğratarak over kanseri riskini azalttığı, OKS de bulunan progesteronun zarar görmüş over hücrelerini malignensiye dönüşmeden geriletmediği vurgulanmaktadır (Edirne ve ark., 2002; Pınar ve ark., 2008b; Reis, 2006). Ness ve arkadaşları (2000) OKS kullananların hiç OKS kullanmayanlarla karşılaştırıldığında over kanseri riskinin %40 azaldığını tespit etmiştir. Çalışmamızda cinsel ilişki deneyimi olan öğrencilerin %92'si aile planlaması yöntemi kullandığını belirtmiştir. Aile planlaması yöntemi kullanan öğrencilerin %34.78'i oral kontraseptif, %30.43'ü kondom kullanmaktadır (Tablo 4.5). Öğrencilerin kullandıkları AP yöntemi ile toplam jinekolojik kanser bilgi puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Etkin olmayan korunma yöntemi kullanan bireylerin toplam jinekolojik kanser bilgi puanı, etkin korunma yöntemi kullanan bireylerin toplam jinekolojik kanser bilgi puanından anlamlı derecede yüksektir (Tablo 4.18). Bu sonuca bakılarak bireylerin etkin olmayan bir yöntemle gebelikten korunurken endişe duymalarına bağlı olarak bilgi alma eğilimlerinin arttığı sonucuna ulaşılabilir.

Literatürde çok eşlilik ve cinsel aktiviteye erken yaşta başlamanın serviks kanseri etyolojisinde önemli olduğuna işaret edilmektedir. Partner sayısı altı ve altının üstünde olduğunda veya 15 yaşından önce cinsel aktiviteye başlandığında risk 10 kat artmaktadır. Ayrıca kadının eşinin birlikte olduğu kadın sayısının fazla olması da enfeksiyon riskini artırdığı için önemli bir risk faktörüdür (Yücel, 2006). Çalışmamızda cinsel ilişki deneyimi olan öğrencilerin %36'sı birden fazla cinsel partneri olduğunu belirtirken, %8'i cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyon geçirmiştir (Tablo 4.5). Birden fazla cinsel partneri olan öğrencilerin kondom kullanarak kendilerini cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korudukları düşünülebilir. Öğrencilerin birden fazla cinsel partner varlığı durumları ile yalnızca vajinal kanseri bilgi puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Vajinal kanser bilgi puanı birden fazla cinsel partneri olmayanlarda birden fazla cinsel partneri olanlara göre anlamlı derecede yüksek görülmektedir (Tablo 4.19). Tek eşliliğe önem veren kişilerin sağlığı koruma davranışlarına daha çok dikkat ettikleri ve bilgi almaya daha eğilimli oldukları söylenebilir.

Yıllık pap smear testi ile bir kadının serviks kanserinden ölme riskinin 4/1000'den 5/10000'e düştüğü tahmin edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı bir analizde 10 yılda bir yapılacak tarama ile dahi serviks kanseri insidansının %64 azaltılabileceği belirtilmektedir (Gökaslan ve Uyar, 2004). IARC çalışmasında pap smear testi ile serviks kanseri oranının %90.8 oranında düşürüleceğini göstermiştir (Pınar ve ark., 2007b). Çalışmamızda cinsel ilişki deneyimi olan öğrencilerin yalnızca %28'i pap smear yaptırmıştır (Tablo 4.5). Pap smear yaptıрма oranının istendik düzeyde olmaması ve öğrencilerin büyük bir çoğunluğunun pap smear yaptırmama nedenini açıklamaması mahremiyet, korku, sağlık personelinin önyargısı, cinselliğin bir tabu olarak görülmesi gibi sebeplere bağlanabilir. Öğrencilerin pap smear yaptıрма durumları ile kanser bilgi puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$, Tablo 4.20).

Öğrencilerin cinsel ilişki deneyimleri ile jinekolojik enfeksiyon geçirme, jinekolojik muayene yaptıрма ve KKVM yapma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$, Tablo 4.22). Cinsel ilişki deneyimi olan bireylerin kendilerini jinekolojik kanserler açısından riskli olarak algılamalarına bağlı olarak jinekolojik kanserler hakkında bilgi alma eğilimlerinin arttığı düşünülebilir.

Öğrencilerin toplam jinekolojik kanser bilgi puan ortalamasının 52.48 ± 13.45 olduğu görülmektedir. Öğrencilerin toplam jinekolojik kanserlerden aldıkları en düşük puan 0, en yüksek puan 100'dür (Tablo 4.21).

İstenmeyen adölesan gebelikler, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve beraberinde eşlik eden hastalık ve ölüm tabloları gençlerin üreme sağlığını etkileyen faktörler arasındadır. Gençlere verilecek olan üreme sağlığı eğitimleri onların üreme ve cinsel sağlığını olumlu yönde etkileyecektir (Rusakaniko ve ark., 1997). Genç yaşlarda ortaya çıkan bilgi ve davranış gelişimi birey, aile ve toplumu hayat boyu etkileyebilir. Bu yaşlarda yapılacak olan uygun eğitim, sağlığa ilişkin problemlerden korunmada önemlidir (Dhital ve ark., 2005). Ebelerin toplumu bilinçlendirmede ve sağlığı korumada önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır. Ebelerin bu rol ve sorumluluklarını etkin bir biçimde yerine getirmelerinin kadın sağlığının ve dolayısıyla toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesine önemli katkılar sağlayacağı unutulmamalıdır.

6.SONUÇ

Üniversite kız öğrencilerinin jinekolojik kanserlerden korunma ile ilgili bilgi ve davranışlarını belirlemek amacıyla yapılan araştırmada elde edilen sonuçlar şu şekildedir:

Öğrencilerin %20.08'i Sağlık Bilimleri ile ilgili bölümlerde okumaktadır. Öğrenim görülen fakülte/yüksekokul ile endometrium kanseri, over kanseri ve toplam jinekolojik kanser bilgi puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Öğrencilerin %25.88'i 1.sınıf, %29.55'i 2.sınıf ve %15.66'sı 3.sınıf öğrencisidir. Öğrencilerin sınıfları ile over kanseri ve toplam jinekolojik kanser bilgi puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Öğrencilerin %97.35'i bekarıdır. Öğrencilerin medeni durumları ile over kanseri, vulva kanseri ve toplam jinekolojik kanser bilgi puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Öğrencilerin %6.57'si jinekolojik bir enfeksiyon geçirmiştir. Öğrencilerin jinekolojik enfeksiyon geçirme durumları ile yalnızca vajinal kanser bilgi puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Öğrencilerin %13.89'u jinekolojik muayene yaptırmıştır. Öğrencilerin jinekolojik muayene yaptırma durumları ile kanser bilgi puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Öğrencilerin %21.84'ü KKVM yapmaktadır. Öğrencilerin KKVM yapma durumları ile kanser bilgi puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Öğrencilerin %11.24'ü sigara, %8.08'i alkol kullanmaktadır. Öğrencilerin sigara kullanma durumları ile yalnızca vajinal kanser bilgi puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Öğrencilerin alkol kullanma durumları ile kanser bilgi puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Öğrencilerin %11.87'si her gün, %18.81'i haftada 2-3 gün egzersiz yapmaktadır. Öğrencilerin egzersiz yapma durumları ile kanser bilgi puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Öğrencilerin %3.16'sı cinsel ilişki deneyimi olduğunu belirtmiştir. Öğrencilerin cinsel ilişki deneyimleri ile kanser bilgi puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Cinsel ilişki deneyimi olan öğrencilerin %40'ı ilk cinsel ilişki deneyimini 16-18 yaşları arasında yaşamıştır. Öğrencilerin ilk cinsel ilişki yaşları ile kanser bilgi puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Cinsel ilişki deneyimi olan öğrencilerin %92'si aile planlaması yöntemi kullandığını belirtmiştir. Aile planlaması yöntemi kullanan öğrencilerin %34.78'i oral kontraseptif, %30.43'ü kondom kullanmaktadır. Öğrencilerin kullandıkları AP yöntemleri ile toplam jinekolojik kanser bilgi puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Cinsel ilişki deneyimi olan öğrencilerin %36'sı birden fazla cinsel partnere sahipken, %8'i cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyon geçirmiştir. Öğrencilerin birden fazla cinsel partner varlığı durumları ile yalnızca vajinal kanseri bilgi puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Cinsel ilişki deneyimi olan öğrencilerin yalnızca %28'i pap smear yaptırmıştır. Öğrencilerin pap smear yaptırma durumları ile kanser bilgi puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Öğrencilerin cinsel ilişki deneyimleri ile jinekolojik enfeksiyon geçirme, jinekolojik muayene yaptırma ve KKVMM yapma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Öğrencilerin toplam jinekolojik kanser bilgi puan ortalamasının 52.48 ± 13.45 olduğu görölmektedir. Öğrencilerin toplam jinekolojik kanserlerden aldıkları en düşük puan 0, en yüksek puan 100'dür.

7. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda öğrencilerin jinekolojik kanserlere ilişkin yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve bazı öğrencilerin jinekolojik kanserler açısından riskli davranışlarının olduğu saptanmıştır. Bu amaçla şu öneriler sunulabilir:

- ✧ Üniversite öğrencilerinin sağlığı koruma davranışlarını geliştirmek için sağlıkla ilgili konularda eğitim programları oluşturulmalıdır. Öğrencilerin üreme sağlığına ilişkin konularda eksiklikleri saptanmalı, eğitim programlarının planlanması öğrencilerle belirlenmelidir.
- ✧ Üniversite öğrencileri cinsel yaşamın ertelenmesi ve güvenli cinsel yaşam yönünde uyarılmalı, “Güvenli Cinsel Yaşam, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlardan Korunma, İstenmeyen Gebeliklerin Önlenmesi ve Kondom Kullanımı” konularında eğitimler planlanarak bilgilendirilmelidir.
- ✧ Eğitim programları planlanırken kurumlararası işbirliği sağlanarak öğrencilerin en rahat olarak eğitimlere katılabilecekleri, sorularını sorabilecekleri kendi ortamlarında (devlet yurdu ya da özel yurtlarda) eğitimler oluşturulmalıdır.
- ✧ Cinsel aktif öğrencilerin istenmeyen gebeliklerden ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunmaları için kondom ve oral kontraseptif isteyebilecekleri üniversite öğrencilerine özgü sağlık merkezleri oluşturulmalıdır.
- ✧ Öğrenciler oluşturulan sağlık merkezi hakkında bilgilendirilmeli ve öğrencilere mahremiyetlerine saygı duyulduğu mesajı iletilmelidir.
- ✧ Üniversite öğrencileri jinekolojik kanserlerin risk faktörleri, belirtileri ve korunma yolları açısından bilgilendirilmelidir.
- ✧ Üniversite öğrencileri için spor ve fiziksel faaliyet programları yaygınlaştırılmalı ve kişilerin daha kolay yararlanacağı bir konuma getirilmelidir.
- ✧ Üniversite öğrencilerinde sigara ve alkol kullanımını azaltmak için “Sigara ve Alkole Hayır” kampanyası başlatılmalı, sigara ve alkolün zararlı etkilerine yönelik eğitim programları düzenlenmelidir.

8. KAYNAKLAR

1. Ak, M., Canbal, M., Turan, S., Gürbüz, N. (2010). Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Pap Smear Testinin Farkındalığının Değerlendirilmesi, Konuralp Tıp Dergisi; 2(2):1-4.
2. Akhan, S.E. (2007). Ülkemizde Servikal Kanser Epidemiyolojisi ve HPV Serotipleri, ANKEM Dergisi 21(Ek 2): 96-98.
3. Akhan, S.E. (2008). Çocukluktan Yetişkinliğe Geçişte Genital Sistem Farklılaşması ve Bu Farklılaşmanın Servikal Kanser İle İlişkisi, İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adölesan Sağlığı II, Sempozyum Dizisi, No:63, s:109-110.
4. Akkaya, P., Dursun, P., Ayhan, A. (2007). Obesite ve Jinekolojik Kanserler, Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 10(2): 29-40.
5. Akyüz, A., Güvenç, G., Yavan, T., Çetintürk, A., Kök, G. (2006). Kadınların Pap Smear Yaptırma Durumları İle Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Gülhane Tıp Dergisi, 48: 25-29.
6. Altınbaş, M. (2004). Endometrium Kanserinin Tedavi Prensipleri, Erciyes Tıp Dergisi, 26(2): 93-95.
7. Altun, Z. (2009). Çukurova Bölgesindeki Kadınlarda Genital Human Papillomavirus İnfeksiyon Prevalansı, Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.
8. Aras, A., Demir, Ö., Haydaroğlu, A. (2004). Postoperatif Radyoterapi Uygulanan Endometrium Kanseri Olgularında Tedavi Sonuçları ve Prognostik Faktörler: 509 Olgunun Değerlendirilmesi, Ege Tıp Dergisi, 43(3): 169-174.
9. Arslan, D.C. (2006). Anormal Uterin Kanamalı Hastalarda Pıhtılaşma Faktörlerinin Rolü, Uzmanlık Tezi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
10. Arvas, M. (2008). Genital HPV Enfeksiyonu ve Servikal Karsinogenezis, İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adölesan Sağlığı II, Sempozyum Dizisi No:63, s:111-116.
11. Arvas, M., Gezer, A. (2004). Ailevi Over Kanselerinde Yönetim-Over Kanselerinin Önlenmesi-Cerrahi Yaklaşımlar ve Kemoprevensiyon, Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 7(3): 89-98.
12. Arvas, M., Gezer, A., Güralp, O. (2008). Genital HPV Enfeksiyonu ve Koruyucu HPV Aşıları, Türk Pediatri Arşivi, 43: 1-8.
13. Aslan, Ö., Sekmen, K., Kömürcü, Ş., Özet, A. (2007). Kanserli Hastalarda Umur, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(2). 18-24.

14. Atasü, T., Şahmay, S. (2001). Jinekoloji; 2. baskı, s: 249-254.
15. Aydın, Ö., Polat, A., Düşmez, D., Eğilmez, R. (2000). Mersin İlinde Kanser Sıklığı ve Dağılımı Üzerine Bir Çalışma, Türk Patoloji Dergisi (The Turkish Journal of Pathology), 16(1-2): 48-52.
16. Balkanlı Kaplan, P. (2010). Kadın ve Kanser, TÜKSAM Bülteni, Mart, Sayı:1
17. Balkanlı Kaplan, P., Güçer, F. (2005). Erken Evre Endometrium Kanserinde Eksik Cerrahi Sonrası Laparoskopik Pelvik Lenf Nodu Diseksiyonu, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 22(2): 106-109.
18. Başeğmez, F.O. (2005). Endometrium Kanserli Hastalarda Endojen Seks Steroidlerinin Önemi, Uzmanlı Tezi, Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
19. Bayrak, U., Gram, E., Mengeş, E., Okumuş, Z.G. ve ark. (2010). Üniversite Öğrencilerinin Sağlıkla İlgili Alışkanlıklar ve Kanser Konusundaki Bilgi ve Tutumları, DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 24(3): 5-104.
20. Bekar, M. (2008). Kadın Genital Sisteminin İyi ve Kötü Huylu Tümörleri, Şirin A(Ed.) Kadın Sağlığı, Bedray Basın Yayıncılık, 1.Baskı, İstanbul.
21. Berkman, S., Topuz, S. (2004). Vulva Kanserinde Prognoz ve Yönetim, TJOD-Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler, 1: 58-64.
22. Bolsoy, N., Şenol, S. (2000). Manisa İli Temel Sağlık Hizmetlerinden Yararlanan Kadınların Düzenli Jinekolojik Muayene Yaptırmama Nedenlerinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 16(1): 37-45.
23. Bolsoy, N.D., Şirin, A. (1998). AÇS ve AP merkezlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin jinekolojik kanserler konusundaki bilgi düzeyleri ve uygulamalarının incelenmesi. Hemşirelik Forumu; 1(5): 230-3.
24. Camcıoğlu, Y. (2008). Adölesan Çağında Yeni Bir Aşı; Human Papillomavirüs Aşısı, İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adölesan Sağlığı II, Sempozyum Dizisi, No:63, s.117-124.
25. Coşkun, D. (2008) Perimonopozal ve Postmenopozal Dönemindeki Kadınlarda Depresyon İnsidansı ve Hormon Replasman Tedavisinin Etkileri, Uzmanlık Tezi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
26. Çam, O., Babacan Gümüş, A. (2006). Meme ve Serviks Kanserinde Erken Tanı Davranışlarını Etkileyen Psikososyal Faktörler, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 22 (1) : 81-93, İzmir.
27. Çetiner, H., Kır, G., Sakallı, M., Karateke, A. (2007). Zeynep Kamil Hastanesinde 2000-2006 Yılları Arasında Tanı Almış Vulvar Neoplaziler ve Preneoplastik Lezyonların Dökümü, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 20(3): 161-166.

28. Dağlı, A.F., Özeran, M.R. (2006). Servikal Smear Tarama Programımızda Sınırlılık/Yetersizlik Oranları ve Nedenleri (1322 Olgu), Fırat Tıp Dergisi, 11(3): 166-169.
29. Dede, M. (2002). Jinekolojik Onkolojide Histeroskopinin Yeri, Gülhane Tıp Dergisi, 44(4): 464-471.
30. Demirgöz, M., Kızılkaya Beji, N. (2007). Jinekolojik Kansere ve Tedavilerinin Kadın Cinsel Sağlığına Etkileri, Kadın Cinsel Sağlığı/Hemşire Çalışma Grubu, s:82-86.
31. Dhital, A.D., Badhu, B.P., Paudel, R.K., Uprety, D.K. (2005). Effectiveness of Structured Teaching Program in Improving Knowledge and Attitude of School Going Adolescents on Reproductive Health, Kathmandu Univ Med J., 3(4): 380-383.
32. Dilek, S., Kutlu Dilek, U. (2004). Erken Evre Serviks Kanserinin Güncel Cerrahi Tedavisi, Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 7(4):125-133.
33. Doğan, M. (2008). Kadın Sağlık Çalışanlarının Serviks Kanseri Risk Faktörleri ve Pap Smear Konusundaki Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
34. Dönmez, A.G. (2007). Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Kadın Sağlık Personelinin Serviks Kansere İlişkin Bilgi Düzeyinin ve Farkındalığının Araştırılması, Uzmanlık Tezi, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
35. Duman, O. (2004). Süleymaniye Doğumevi Kolposkopi Ünitesine 1994-2000 Yılları Arasında Başvuran Hastaların Demografik Analizi, Uzmanlık Tezi, Süleymaniye Doğum ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
36. Dursun, P., Kuşcu, E., Zeyneloğlu, H.B., Yanık, F.B., Ayhan, A. (2009). 10-15 Yaş Arası Adölesan Çocuğu Olan Annelerin HPV Aşısı Hakkındaki Bilgi ve Tutumları, Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 6(3): 206-210.
37. Dünya Kansere Raporu (2008). Boyle P, Levin B (Ed.), Uluslar arası Kansere Araştırmaları Kurumu, <http://whqlibdoc.who.int/publications/2009> Erişim Tarihi: 25.09.2010.
38. Edirne, T., Soylu, F., Güldal, D., Çamlı, L. (2002). Over Tümörlerinin Epidemiyolojik Özellikleri, Türk Aile Hekimliği Dergisi, 6(1): 24-28.
39. Ekizler, H. (1994). Servikal Kansere Önleneğinde, Erken Tanısında Pap Smear Taramalarının Önemi ve Hemşirenin Rolü, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Dergisi, 1: 33-45.
40. Eren, H. (2007). Serviks Prekansereöz Lezyonlarındaki Human Papilloma Virus Prevalansı, Uzmanlık Tezi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

41. Ertem, G. (2010). Jinekolojik Kanselerde Evde Bakım, Türk Onkoloji Dergisi, 25(3):124-132. http://onkder.org/pdf/pdf_TOD.759.pdf Erişim Tarihi: 22.05.2012
42. Gökaslan, H., Uyar, E.E. (2004). Pap Smear İle Servikal Smear Taraması, Türk Aile Hekimliği Dergisi, 8(3): 105-110.
43. Gren, A., Purdie, D., Bain, C., et al. (2001). Cigarette smoking and risk of epithelial ovarian cancer (Australia). J. Cancer Causes and Control p:713-719.
44. Güler, N. (1993). Kadınların Genital Kanselerinin Belirtileri ve Korunma Yolları Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Saptanması, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
45. Gültekin, M., Aksan, G., Doğan, N.U., Velipaşaoğlu, M. ve ark. (2006) Epitelyal Over Kanselerinde Beyin Metastazları, Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 9(3):62-66.
46. Gültekin, M., Dursun, P., Yüce, K., Ayhan, A. (2007). Endometrial Hiperplazi Yönetiminde Güncel Yaklaşım, 10(1): 1-8.
47. Güner, H., Özpolat, E., Nas, T. (2000). Vajinal Kanseler, T Klin Jinekoloj Obst, 10: 1-6.
48. Güner, H., Taşkiran, Ç. (2007). Serviks Kanseri Epidemiyolojisi ve Human Papilloma Virus, 4(1): 11-19.
49. Gürkan, T., Tuncer, Z.S. (2000). Yaşlanan Kadın ve Jinekolojik Sorunlar, Turkish Journal of Geriatrics, 3(3): 107-118.
50. Hatipoğlu, A.A. (2007). Kanserde Erken Tanı ve Tarama Problemleri, Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi, s:381-388.
51. Human Papilloma Virus, Burç Genetik Tanı Merkezi, <http://www.burclab.com/.../hpv-testi-kondilom> Erişim Tarihi: 09.05.11.
52. Kanarığ Gürel, D. (2007). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Erişkin Onkoloji, Hematoloji Kliniklerinde Kemoterapi Uygulanan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.
53. Kanat Pektaş, M., Güngör, T., Bilge, Ü., Mollamahmutoğlu, L. (2009). Endometrium Kanseri Tanısında Jinekolojik Hormonların ve Tümör Belirteçlerinin Önemi, <http://dergi.ztb.gov.tr/index.php> Erişim Tarihi: 12.06.2011.
54. Kanser Yüğü 2006 Raporu (2007). <http://www.atonet.org.tr/.../bulten.php3> Erişim Tarihi: 15.10.2010.
55. Kaya, F., Serin, Ö., Genç, A. (2007). Eğitim Fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin cinsel yaşamlarına ilişkin yaklaşımların belirlenmesi. Kor Hek; 6(6): 441-8.

56. Keleş, H. (2005). Endometrium Kanseri Tanısı Alan Hastalarda Myometrial İnvazyon Derinliğinin TVS ve MRG İle Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
57. Kolutek, R., Karataş, N. (2007). Nevşehir İli Uçhisar Kasabasında Yaşayan Bireylerde Kanser Risk Faktörleri ve Erken Tanı Belirtilerinin Saptanması, Sağlık Bilimleri Dergisi, 16(1): 28-39.
58. Kurdoğlu, Z., Kurdoğlu, M., Kundakçı Gelir, G., Keremoğlu, Ö. (2009). Van Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezine Ait Serviks ve Meme Kanserlerini Tarama Programı Sonuçları, Van Tıp Dergisi, 16(4): 119-123.
59. Kurt Sadırlı, S. (2008). Kanserli Hastalarda Semptom Kontrolünün Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
60. Kurt Sadırlı, S., Ünsar, S. (2009). Kanserli Hastalarda Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ) Türkiye Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4(11): 80-95.
61. Kuşçu, E., Zorlu, G.C., Mungan, T., Ergün, Y., Çobanoğlu, Ö. (1994). Kadın Genital Kanserlerinin Epidemiyolojik Özellikleri, T Klin Jineköl Obst, 4: 279-284.
62. Lynn, A., Richards, R.N., Klemm, P. (2000). An Inpatient Cervical Cancer Screening Program to Reach Underserved Women, JOGNN 29: 465-473.
63. Madeleine, M.M., Anttila, T., Schwartz, S.M., et al. (2006). Risk of cervical cancer associated with Chlamydia trachomatis antibodies by histology, HPVtype and HPVcofactors Int J Cancer, 120: 650-655.
64. Menteş, A. (1998). Kadın Üreme Organları Kanserlerinde Risk Faktörlerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
65. Merrill, M.R., Fugal, S., Novilla, B.L., Raphael, C.M. (2005). Cancer risk associated with early and late maternal age at first birth. J Gynecol Oncol 96: 583-593.
66. Metindir, J. (2007). Servikal Kanser Kontrolünde Human Papilloma Virus Enfeksiyonlarına Karşı Aşılama, Acta Oncologica Turcica, 40: 5-10.
67. Mısıtık, S. (2007). Human Papilloma Virus (HPV) Aşısı Yaptırılmalı mı?, Aile Hekimliği Dergisi, 2(1): 38-41.
68. Ness, B.R., Grisso, A.J., Klapper, J., Schlesselman, J.J. (2000). Risk of ovarian cancer in relation to estrogen and progestin dose and use characteristics of oral contraceptives. Am J Epidem 152: 233-241.
69. Nural, N., Akdemir, N. (2000). Dahiliye Servislerinde Yatan Hastalarda Kanser Risk Faktörleri ve Erken Tanı Belirtilerinin Saptanması, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4(2): 1-13.

70. Oyur Çelik, G., Malak, A.T., Bektaş, M., Yılmaz, D. ve ark. (2009). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi, *Anatol J Clin Investig*, 3(3): 164-169.
71. Ozan, H. (2005). Pap Smear: Ne zaman? Nasıl? Kimden? Hassa H (ed). *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği, Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler Dergisi*, 2: 36-40.
72. Özalp, S., Tanır, H.M., Öner, Ü., Yıldırım, A. ve ark. (2004). Endometrial Patolojilerin Geriatrik ve Üreme Çağı Olgularında Karşılaştırılması, 7(3):128-130.
73. Özcan, S., Kundak, H., Bozdemir, N. (2008). Servikal Kanser Taraması, *Aile Hekimliği Dergisi*, 2(5-6): 48-51.
74. Özçelik, B. (2008). Over Kanserlerinde Fertilitate Koruyucu Yaklaşımlar, *Erciyes Tıp Dergisi*, 30(2): 100-106.
75. Özeren, N. (2009). Endometrial Adenokarsinom ve Hiperplazilerde CTNNB1 Mutasyonu, β -Katenin ve E-Kaderin Ekspresyonu, Klinik ve Histopatolojik Prognostik Faktörler İle İlişkisi, Uzmanlık Tezi, Adana.
76. Özgül, N. (2007). Türkiye’de Serviks Kanserinin Durumu ve Servikal Kanser Tarama Çalışmaları, <http://www.ukdk.org/pdf/kitap/30.pdf> Erişim Tarihi: 13.10.10.
77. Özgün, B. (2008). Serviks CA da Lenf Nodu Tutulumunu ve Prognozu Etkileyen Faktörler, Uzmanlık Tezi, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
78. Özsoy, H.M. (2007). Genital kanserlerde tarama, Çiçek MN, Mungan MT (Ed.). *Obstetrik ve Jinekoloji, Güneş Tıp Kitabevi, Ankara*, s:691-699.
79. Pınar, G., Akdemir, H., Abbasoğlu, A. (2007a). Germ Hücreli Over Kanseri: Olgu Sunumu, *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 10(4):99-105.
80. Pınar, G., Algier, L., Çolak, M., Abbasoğlu, A. (2007b). Hemşirelerin Serviks Kanseri ve HPV Aşısı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi, *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 10(4):94-98.
81. Pınar, G., Algier, L., Çolak, M., Ayhan, A. (2008a). Jinekolojik Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi, *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, 18(3): 141-149.
82. Pınar, G., Algier, L., Doğan, N., Kaya, N. (2008b). Jinekolojik Kanserli Bireylerde Risk Faktörlerinin Belirlenmesi, *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, 208-216.
83. Polat, A., Aydın, Ö., Düşmez, D. (2000). Mersin İlinde 1989-1999 Yılları Arasında Görülen Kadın Genital Sistem Tümörlerinin Dağılımının Değerlendirilmesi, *Türk Patoloji Dergisi*, 16(1-2): 34-38.

84. Reis, N. (2003). Jinekolojik Kanser ve Tedavilerinin Kadın Cinsel Sağlığına Etkileri, C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7 (2): 35-40.
85. Reis, N. (2006). Jinekolojik Kanserli Hastaların Bakım ve Rehabilitasyonunda Hemşirenin Rolü, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(3): 88-97.
86. Riman, T., Dickman, W.P., Nilsson, S., et al. (2001). Risk factors for epithelial borderline ovarian tumors: results of a swedish case-control study. J. Gynecologic oncology 83: 575-585.
87. Rusakaniko, S., Mbizvo, M.T., Kasule, J., Gupta, V., Kinoti, S.N., Mpanju-Shumbushu, W., Sebina-Zziwa, J., Mwateba, R., Padayachy, J. (1997). Trends in Reproductive Health Knowledge Following a Health Education Intervention Among Adolescents in Zimbabwe, Cent Afr J Med., 43(1): 1-6.
88. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, 2005 Türkiye Kanser İstatistikleri, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-44481/...> Erişim Tarihi: 19.08.2010.
89. Sezik, M., Özkaya, O., Toros, Ü.D., Kaya, H. (2005). Epitelyal Over Kanserinde Lenf Nodu Tutulumuna Etki Eden Faktörler, J Turkish German Gynecol Assoc, 6(4):272-274.
90. Şahin, D. (2009) Kırklareli Devlet Hastanesinde Çalışan Sağlık Personelinin ve Hastaneye Başvuran Kadınların Jinekolojik Kanserler Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Edirne.
91. Taşkın, L. (2003). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset Matbaacılık, 6.Baskı, Ankara.
92. Taşkıran, Ç., Yılmaz, E., Onan, A., Güner, H. (2006). Serviks Kanserinde Cerrahi Evrelemenin Yeri, Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 9(2): 27-34.
93. Tuncer, Z.S. (2007). Jinekolojik Açıdan Human Papilloma Virus İnfeksiyonu, Hacettepe Tıp Dergisi, 38: 8-14.
94. Turanlı Bozkurt, T. (2007). 2000-2005 Yılları Arasında İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Servikal Smear Tarama Sonuçlarımız, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
95. Tuzcular Vural, E.Z., Gönenç, I., Aka, N., Köse, G. (2004). Antenatal Kontrollerde Pap Smear Taraması ve Sonuçları, Türk Aile Hekimliği Dergisi, 8(3): 111-115.
96. Türkiye'de Kanser Kontrolü (2009). http://onkofar.com/vImages/pdfiler/2009_Turkiyedekanserkontrolu.pdf Erişim Tarihi: 20.05.2012

97. Türkiyede Primer Korumada Yapılması Gerekenler: Kanser Erken Tanı ve Tarama Grubu Raporu, <http://www.kanser.gov.tr/.../erken.pdf> Erişim Tarihi: 18.02.2011.
98. Ulukuş, Ç. (2005a). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Patoloji Dernekleri Federasyonu, <http://www.turkpath.org.tr/files/serviks.pdf> Erişim Tarihi: 11.15.2010.
99. Ulukuş, Ç. (2005b). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Patoloji Dernekleri Federasyonu, <http://www.turkpath.org.tr/index.php> Erişim Tarihi: 21.11.2011.
100. Ulusal Kanser Haftası Sempozyumu (2012). <http://www.kanserhaftasi.com/KANSERHAFTASI2012PROGRAM.pdf> Erişim Tarihi: 22.05.2012
101. Ünal, O. ve Kars, B. (2004). Postmenopozal Hormon Tedavisi ve Kanser Riski, TJOD-Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler, 1: 51-57.
102. Ünal, P., Baş, G., Atalay, A., Kasapbaş, T. ve ark. (2005). Marmara Üniversitesi Kadın Doğum Polikliniğine Başvuranların Pap Smear Konusundaki Bulguları ve Test Sonuçları, Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 36(4): 147-151.
103. Ünsal, A. (2010). Üniversitede Okuyan Kız Öğrencilerin Genital Hijyen Davranışları, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 5(13): 79-93.
104. Yakıcıer, C., Akarsu, N.A. (2007). Kanser Epidemiyolojisinde Ailesel Kanserlerin Rolü, <http://www.ukdk.org/pdf/kitap/10.pdf> Erişim Tarihi: 19.06.2011.
105. Yapucu Güneş, Ü., Zaybak, A., Eşer, İ., Khorshid, L. (2007). Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 23(2): 13-22.
106. Yardım, T., Yüce, M.A., Özyılmaz, F., Yorulmaz, F. ve ark. (1999). Endometrium Kanseri Olgularımızda Sağkalım Süresine Etki Eden Prognostik Faktörler ve Klinik Deneyimimiz, T Klin Jineköl Obst, 9: 141-148.
107. Yetimalar, M.H., Köksal, A.A., Çiftçi, M., Çukurova, K. ve ark. (2007). Over Kanserlerinin Epidemiyolojik Faktörler Açısından İncelenmesi, Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 10(3): 72-82.
108. Yıldırım, M., Düzovalı, Ö., Kanık, A., Kırık, Ö. (2009). Türkiyede Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlarının İnsan Papilloma Virüs Aşısı Konusundaki Bilgi ve Tutumları, Çocuk Enf Derg, 3: 62-68.
109. Yılmaz Esencan, T. (2009). Jinekolojik Erken Tanı Yöntemlerinin Kullanımında Kadınların Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi, Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 40(2): 63-66.

110. Yücel, U. (2006). Kadınlara Serviks Kanserine İlişkin Risk Faktörleri ve Korunma Konusunda Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
111. Zemheri, E., Koyuncuer, A. (2005). Servikal Kanserlerin Erken Tanısında Pap Testinin Önemi, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (sted); 14(1): 1- 4.

EK-1

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

**CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ÜNİVERSİTE KIZ ÖĞRENCİLERİNİN JİNEKOLOJİK KANSERLERDEN
KORUNMA İLE İLGİLİ BİLGİ VE DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ**

Jinekolojik kanserler dünyada en yaygın olarak görülen dördüncü kanser türüdür ve meme kanserinden sonra kadınlardaki ölüm ve sakatlıklıkların en büyük nedenlerinden biridir. Jinekolojik kanserlerin oluşumunda genel olarak genetik, hormonal, çevresel ve bireysel etkenler rol oynamaktadır.

Jinekolojik kanserler de diğer kanser türleri gibi önlenabilir ve erken teşhis durumunda tedavi edilebilir hastalıklardır. Ne var ki kadınlarımızın çoğu eğitim yetersizliği, tarama programlarının eksikliği, ekonomik sorunlar, bilgi eksikliğinin de beraberinde getirdiği sağlık sorununu önemsememe gibi nedenler dolayısıyla erken tanı imkânından yararlanamamaktadırlar. Bu konuda, özellikle riskli grupta bulunan kadınlar başta olmak üzere tüm kadınların eğitilerek erken teşhis için sağlık bilincinin geliştirilmesi gerekir. Araştırmalar eğitim ve danışmanlık hizmetlerini alan kadınların, sağlık konusunda daha bilinçli ve tarama hizmetlerini (pap smear testi gibi) kullanmaya daha eğilimli olduğunu göstermektedir. Üniversite öğrencileri yaşam biçiminin değiştirilmesi ve olumlu sağlık davranışlarının kazanılması için en uygun hedef gruplarından biridir. Genç yaşlarda ortaya çıkan bilgi ve davranış gelişimi birey, aile ve toplumu hayat boyu etkileyebilir. Bu yaşlarda yapılacak olan uygun eğitim sağlığa ilişkin problemlerden korunmada önemlidir.

Bu doğrultuda yapacağımız çalışma, üniversite kız öğrencilerinin jinekolojik kanserlerden korunma ile ilgili bilgi ve davranışlarını belirlemek amacıyla planlanmıştır. Araştırma sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmamıza katılmayı kabul ettiğiniz için teşekkür ederiz.

Saadet Gonca Mavi
Yüksek Lisans Öğrencisi

EK-2: SORU FORMU

FORM I: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Öğrenim gördüğünüz fakülte/yüksekokul:

2. Sınıfınız:

3. Yaşınız:

4. Medeni durumunuz: () Bekâr () Evli () Dul

5. Cinsel ilişki deneyiminiz:

() Evet, yaşadım.

() Hayır, hiç yaşamadım. (Cevabınız hayır ise 14. soruya geçiniz)

6. İlk cinsel ilişki yaşınız:

7. İlk evlilik yaşınız:

8. Gebelik sayınız:

Doğum sayınız:

Düşük sayınız:

Küretaj sayınız:

Yaşayan çocuk sayınız:

9. Gebelikten korunmak için kullandığınız bir aile planlaması yöntemi var mı?

() Evet () Hayır (Cevabınız hayır ise 11.soruya geçiniz)

10. Kullandığınız aile planlaması yöntemi nedir?

() Doğum kontrol hapt () Rahim içi araç(spiral) () Prezervatif(kondom)

() Enjeksiyon(iğne) () Geri çekilme(dışa boşalma)

11. Birden fazla cinsel partneriniz (eşiniz) var mı?

() Evet () Hayır

12. Cinsel yolla bulaşan bir hastalık geçirdiniz mi?

() Evet () Hayır

13. Pap smear (rahim ağzından sürüntü aldırma) yaptırıyor musunuz?

() Evet () Hayır (Neden açıklayınız?)

14. Jinekolojik (kadın üreme organlarına ait) bir enfeksiyon geçirdiniz mi?

Evet Hayır

15. Jinekolojik (kadın üreme organlarına ait) muayene yaptırdınız mı?

Evet Hayır (Neden açıklayınız?)

16. Kendi kendinize dış üreme organlarınızı kontrol ediyor musunuz?

Evet Hayır (Neden açıklayınız?)

17. Sigara kullanıyor musunuz?

Evet (Günde ne kadar belirtiniz)

Hayır

18. Alkol kullanıyor musunuz?

Evet (Haftada ne kadar belirtiniz)

Hayır

19. Egzersiz yapma durumunuzu belirtiniz:

Her gün Haftada 2-3 gün Haftada bir Ayda bir Hiç

FORM II: JİNEKOLOJİK KANSERLERDEN KORUNMA BİLGİ FORMU:

Jinekolojik kanserlere yönelik aşağıdaki ifadelerden sizin için en uygun seçeneği işaretleyiniz.

	Doğru	Yanlış
1. Jinekolojik (kadın üreme organları) kanserlerde erken tanı ve tedavi mümkündür.		
2. Obezite(şişmanlık) rahim kanseri için bir risk faktörüdür.		
3. Diabet(şeker hastalığı) ve hipertansiyon(yüksek tansiyon) rahim kanseri için risk faktörü değildir.		
4. Menopoz yada menopoz sonrası dönemde anormal kanama rahim kanseri belirtilerindedir.		
5. Hiç gebe kalmama ve ileri yaşlarda gebe kalma yumurtalık kanseri için risk faktörüdür.		
6. Anormal vajinal kanama, cinsel ilişki sırasında ağrı, sık idrara çıkma ve karın çevresinde büyüme ve ağrı yumurtalık kanseri belirtilerindedir.		
7. Doğum kontrol hapları yumurtalık kanseri riskini azaltmaktadır.		
8. Erken yaşta cinsel ilişkiye başlama, erken yaşta ve 3 ve üzeri sayıda gebe kalma rahim ağzı kanseri için bir risk faktörüdür.		
9. Yetersiz hijyen rahim ağzı kanseri için risk oluşturmaz.		
10. Sigara kullanımı rahim ağzı kanseri için bir risk faktörü değildir.		
11. Adet aralarında kanama, cinsel ilişki sonrası lekelenme şeklinde vajinal kanama rahim ağzı kanserinin belirtisi değildir.		
12. Sarı, kirli, pis kokulu, et suyu renginde ağrısız, kahverengi akıntı rahim ağzı kanserinin belirtilerindedir.		
13. HPV (Human Papilloma Virüs) enfeksiyonu geçirme rahim ağzı kanseri için bir risk faktörüdür.		
14. Rahim ağzı kanserinden korunmak için cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmalı ve kondom(prezervatif) kullanılmalıdır.		
15. Rahim ağzı kanserinden koruyucu aşı yoktur.		
16. Rahim ağzı kanseri Pap smear testi ile teşhis edilir.		
17. Pap smear (rahim ağzından sürüntü alma) testini yalnızca jinekolojik yakınma olduğu durumlarda yaptırmak gerekir.		
18. Dar ve sıkı iç çamaşırından kaçınmak dış genital bölge(vulva) kanserinden korunmada önemlidir.		
19. Diabet(şeker hastalığı), hipertansiyon ve obezite(şişmanlık) dış genital bölge(vulva) kanseri için risk oluşturmaz.		

20. Herpes simpleks virüsü(genital uçuk) dış genital bölge(vulva) kanseri için risk faktörüdür.		
21. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon vulva kanseri için risk faktörü değildir.		
22. Dış genital bölgede (vulva) yara, ele gelen kitle, kaşıntı, akıntı, kanama, ağrı vulva kanseri belirtilerindendir.		
23. Anne karnındayken ilaç kullanımı ve radyasyona maruz kalma vajinal (hazne) kanser için risk faktörüdür.		
24. Sık ve acil idrara çıkma ve ağrılı dışkılama vajinal kanserin belirtilerindendir.		
25. Jinekolojik muayeneyi ancak jinekolojik bir sorun yaşandığında yaptırmak gerekir.		
26. Düzenli egzersiz yapmanın jinekolojik kanserlere karşı koruyuculuğu yoktur.		
27. Jinekolojik kanserlerden korunmak için stresi azaltmak ve stresle baş etme yöntemlerini kullanmak gerekir.		
28. Sigara kullanma jinekolojik kanserler için risk faktörü değildir.		
29. Fazla hayvansal yağlı diyetten kaçınmak jinekolojik kanserlerden korunmak için önemlidir.		
30. Jinekolojik kanserlerden korunmada kilo kontrolü önemlidir.		

EK-3: JİNEKOLOJİK KANSERLERDEN KORUNMA BİLGİ FORMU**CEVAP ANAHTARI**

	Doğru	Yanlış
1. Jinekolojik (kadın üreme organları) kanserlerde erken tanı ve tedavi mümkündür.	√	
2. Obezite(şişmanlık) rahim kanseri için bir risk faktörüdür.	√	
3. Diabet(şeker hastalığı) ve hipertansiyon(yüksek tansiyon) rahim kanseri için risk faktörü değildir.		√
4. Menopoz ya da menopoz sonrası dönemde anormal kanama rahim kanseri belirtilerindedir.	√	
5. Hiç gebe kalmama ve ileri yaşlarda gebe kalma yumurtalık kanseri için risk faktörüdür.	√	
6. Anormal vajinal kanama, cinsel ilişki sırasında ağrı, sık idrara çıkma, karın çevresinde büyüme ve ağrı yumurtalık kanseri belirtilerindedir.	√	
7. Doğum kontrol hapları yumurtalık kanseri riskini azaltmaktadır.	√	
8. Erken yaşta cinsel ilişkiye başlama, erken yaşta ve çok sayıda gebe kalma rahim ağzı kanseri için bir risk faktörüdür.	√	
9. Yetersiz hijyen rahim ağzı kanseri için risk oluşturmaz.		√
10. Sigara kullanımı rahim ağzı kanseri için bir risk faktörü değildir.		√
11. Adet aralarında kanama, cinsel ilişki sonrası lekelenme şeklinde vajinal kanama rahim ağzı kanserinin belirtisi değildir.		√
12. Sarı, kirli, pis kokulu, et suyu renginde ağrısız, kahverengi akıntı rahim ağzı kanserinin belirtilerindedir.	√	
13. HPV (Human Papilloma Virüs) enfeksiyonu geçirme rahim ağzı kanseri için bir risk faktörüdür.	√	
14. Rahim ağzı kanserinden korunmak için cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmalı ve kondom(prezervatif) kullanılmalıdır.	√	
15. Rahim ağzı kanserinden koruyucu aşı yoktur.		√
16. Rahim ağzı kanseri Pap smear testi (rahim ağzından sürüntü aldırma) ile teşhis edilir.	√	
17. Pap smear testini (rahim ağzından sürüntü aldırma) yalnızca jinekolojik yakınma olduğu durumlarda yaptırmak gerekir.		√
18. Dar ve sıkı iç çamaşırından kaçınmak dış genital bölge(vulva) kanserinden korunmada önemlidir.	√	

19. Diabet(şeker hastalığı), hipertansiyon ve obezite(şişmanlık) dış genital bölge(vulva) kanseri için risk oluşturmaz.		√
20. Herpes simpleks virüsü(genital uçuk) dış genital bölge(vulva) kanseri için risk faktörüdür.	√	
21. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon vulva kanseri için risk faktörü değildir.		√
22. Dış genital bölgede yara, ele gelen kitle, kaşıntı, akıntı, kanama, ağrı vulva kanseri belirtilerindendir.	√	
23. Anne karnındayken ilaç kullanımı ve radyasyona maruz kalma vajinal (hazne) kanser için risk faktörüdür.	√	
24. Sık ve acil idrara çıkma ve ağrılı dışkılama vajinal kanserin belirtilerindendir.	√	
25. Jinekolojik muayeneyi ancak jinekolojik bir sorun yaşandığında yaptırmak gerekir.		√
26. Düzenli egzersiz yapmanın jinekolojik kanserlere karşı koruyuculuğu yoktur.		√
27. Jinekolojik kanserlerden korunmak için stresi azaltmak ve stresle baş etme yöntemlerini kullanmak gerekir.	√	
28. Sigara kullanma jinekolojik kanserler için risk faktörü değildir.		√
29. Fazla hayvansal yağlı diyetten kaçınmak jinekolojik kanserlerden korunmak için önemlidir.	√	
30. Jinekolojik kanserlerden korunmada kilo kontrolü önemlidir.	√	