



T.C.

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GAZİOSMANPAŞA
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**KADIN HASTALARIN JİNEKOLOJİK KANSERDEN
KORUNMAYA YÖNELİK BİLGİ DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

Dr. Niyazi EKİNCİ

2022



T.C.

**SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GAZİOSMANPAŞA
SAğLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİğİ ANABİLİM DALI**

**KADIN HASTALARIN JİNEKOLOJİK KANSERDEN
KORUNMAYA YÖNELİK BİLGİ DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

Dr. Niyazi EKİNCİ

TEZ DANIŞMANI: Prof. Dr. Okcan BASAT

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2022

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca engin tıbbi bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, öğrencisi olmakla gurur duyduğum, profesyonel kişiliğini örnek aldığım, saygıdeğer hocam, tez danışmanım ve Aile Hekimliği Klinik ve Eğitim Sorumlusu Prof. Dr. Okcan BASAT'a sonsuz saygıyla teşekkür ederim.

Tez çalışmamın her aşamasında ilgisini, emeğini, desteğini ve yardımlarını benden esirgemeyen Uzm. Dr. Sibel TUNÇ KARAMAN'a,

Eğitim hayatım boyunca yolumun keşiştiği tüm hocalarım, uzman hekimler, asistan arkadaşlarım ve yardımcı sağlık personeline,

Yaşamım boyunca benden maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen, her zaman yanımda olan sevgili aileme teşekkürlerimi bir borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
ÖZET	ix
ABSTRACT.....	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. KADIN ÜREME SİSTEMİ.....	2
2.1.1. Dış Genital Organlar.....	2
2.1.2. İç Genital Organlar	3
2.2. KANSER TANIMI VE EPİDEMİYOLOJİSİ.....	4
2.3. JİNEKOLOJİK KANSERLER	5
2.3.1. Jinekolojik Kanserlerin Alt Tipleri.....	5
2.3.2. Jinekolojik Kanserlerin Epidemiyolojisi	5
2.3.3. Serviks Kanseri.....	6
2.3.4. Uterus Korpusu Kanseri	10
2.3.5. Over Kanseri.....	12
2.3.6. Vulva Kanseri.....	17
2.3.7. Vajina Kanseri	19
2.3.8. HPV Aşıları	21
2.3.9. Kadınların Jinekolojik Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışları	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
3.2. ÇALIŞMANIN ÖZELLİKLERİ	22
3.3. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ	23
3.4. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ.....	23
3.5. HASTA BİLGİ FORMU ÖZELLİKLERİ	23
3.6. JİNEKOLOJİK KANSERDEN KORUNMA BİLGİ ÖLÇEĞİ.....	23
3.7. İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	24
4. BULGULAR.....	25

5. TARTIŞMA.....	50
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	62
7. KAYNAKLAR	64



KISALTMALAR

- ABD:** Amerika Birleşik Devletleri
ACIP: Advisory Committee on Immunization Practices
ASM: Aile Sağlığı Merkezi
AWACAN: African Awareness of Cancer
BT: Bilgisayarlı Tomografi
CCRT: Concurrent Chemoradiotherapy
CIN: Cervical Intraepithelial Neoplasia
COVID-19: Coronavirus Disease 2019
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
FIGO: The International Federation of Gynecology And Obstetrics
HIV: Human Immunodeficiency Virus
HNPCC: Hereditary Nonpoliposis Colorectal Cancer
HPV: Human Papilloma Virus
hrHPV: high-risk Human Papilloma Virus
HSV: Herpes Simpleks Virüs
IARC: International Agency for Research on Cancer
JİKFÖ: Jinekolojik Kanser Farkındalık Ölçeği
JKKBÖ: Jinekolojik Kanserden Korunma Bilgi Ölçeği
KETEM: Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi
KÜO: Kadın Üreme Organı
LHRH: Luteinizing Hormone-Releasing Hormone
MRG: Manyetik Rezonans Görüntüleme
NTRK: Nörotrofik Tropomiyosin Reseptör Kinaz
PARP: Poli [ADP-riboz] polimeraz
PET-BT: Pozitron Emisyon Tomografisi – Bilgisayarlı Tomografi
PKOS: Polikistik Over Sendromu
RIA: Rahim İçi Araç
SCC: Squamous Cell Carcinoma
SIL: Squamous Intraepithelial Lesion
TSM: Toplum Sağlığı Merkezi

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TVU: Trans-vajinal Ultrasonografi

USG: Ultrasonografi

USPSTF: United States Preventive Services Taskforce

VAIN: Vaginal Intraepithelial Neoplasia

vd.: ve diğerleri

VIN: Vulvar Intraepithelial Neoplasia

VKİ: Vücut Kitle İndeksi



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil-1. Kadın Dış Genital Organları	2
Şekil-2. Kadın İç Genital Organları	3
Şekil-3. 2020 yılı için jinekolojik kanserlerin yaşa göre standardize edilmiş insidans ve ölüm oranları (Dünya), kadınlar, her yaştan, ülkelerin gelir düzeylerine göre.....	6



TABLolar DİZİNİ

Tablo-1. Serviks kanseri 2018 FIGO evrelemesi.....	7
Tablo-2. Korpus uteri kanseri için mevcut FIGO evrelemesi.....	11
Tablo-3. Over kanserine yönelik risk faktörleri ve rölatif risk olasılıklarının dağılımı .	13
Tablo-4. Over, fallop tüpü ve periton kanseri 2014 FIGO evrelemesi.....	14
Tablo-5. Vulva karsinomu 2021 FIGO evrelemesi	18
Tablo-6. Vajina kanseri 2009 FIGO evrelemesi.....	20
Tablo-7. Jinekolojik Kanserden Korunma Bilgi Ölçeği'nin toplam ve alt boyutlarına ilişkin puanlandırma cetveli.....	24
Tablo-8. Katılımcıların sosyodemografik ve tıbbi öyküye yönelik özelliklerinin incelenmesi	25
Tablo-9. Katılımcıların obstetrik ve jinekolojik özelliklerinin incelenmesi.....	26
Tablo-10. katılımcıların jinekolojik kanserlere yönelik bilgi durumları ve tarama testleri ve HPV aşılarını yaptırmaları ile ilgili özelliklerinin incelenmesi	28
Tablo-11. Jinekolojik Kanserden Korunma Bilgi Ölçeği'ne verilen cevapların dağılımı	30
Tablo-12. Jinekolojik Kanserden Korunma Bilgi Ölçeği alt boyut ve toplam puanları .	32
Tablo-13. Katılımcıların sosyodemografik ve tıbbi özelliklerine göre Jinekolojik Kanserden Korunma Bilgi Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının değerlendirilmesi ..	33
Tablo-14. Katılımcıların evlenme yaşı, menopoza girme yaşı ve ilk cinsel ilişki yaşı ile Jinekolojik Kanserden Korunma Bilgi Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının korelasyonu.....	35
Tablo-15. Katılımcıların obstetrik özellikleri ile Jinekolojik Kanserden Korunma Bilgi Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının korelasyonu	36
Tablo-16. Katılımcıların jinekolojik özelliklere göre Jinekolojik Kanserden Korunma Bilgi Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının değerlendirilmesi.....	37
Tablo-17. Katılımcıların jinekolojik kanser tarama testleri ve HPV aşısı yaptırma durumlarına göre Jinekolojik Kanserden Korunma Bilgi Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının değerlendirilmesi	39
Tablo-18. Çeşitli değişkenler ile daha önce jinekolojik kanserler ve tarama testleri hakkında bilgi alma durumuna ilişkin değerlendirmeler	40

Tablo-19. Katılımcıların yaş gruplarına göre jinekolojik kanser tarama testleri ve HPV aşısı yaptırma durumlarının değerlendirilmesi	42
Tablo-20. Katılımcıların eğitim durumuna göre jinekolojik kanser tarama testleri ve HPV aşısı yaptırma durumlarının değerlendirilmesi	44
Tablo-21. Katılımcıların gelir durumuna göre jinekolojik kanser tarama testleri ve HPV aşısı yaptırma durumlarının değerlendirilmesi	45
Tablo-22. Katılımcıların kronik hastalık varlığına göre jinekolojik kanser tarama testleri ve HPV aşısı yaptırma durumlarının değerlendirilmesi	46
Tablo-23. Katılımcıların cinsel aktiflik durumuna göre jinekolojik kanser tarama testleri ve HPV aşısı yaptırma durumlarının değerlendirilmesi	47
Tablo-24. Katılımcıların adet görme durumuna göre jinekolojik kanser tarama testleri ve HPV aşısı yaptırma durumlarının değerlendirilmesi	48
Tablo-25. Katılımcıların doğum kontrol yöntemi kullanma durumuna göre jinekolojik kanser tarama testleri ve HPV aşısı yaptırma durumlarının değerlendirilmesi	49

ÖZET

Giriş ve Amaç: Jinekolojik kanser taramalarına yönelik bilgi düzeyleri kadınların tarama yaptırmaya durumunu etkilemektedir. Bu çalışmanın amacı; 18-65 yaş arası kadınların jinekolojik kanserlerden korunmaya yönelik bilgi durumlarını ve etkileyen faktörleri incelemektir.

Yöntem: Bu çalışma; tek merkezli, prospektif, kesitsel bir çalışma olarak planlandı. Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne 20.12.2021-09.09.2022 tarihleri arasında başvuran kadın hastalardan dahil edilme kriterlerine uyan 611 gönüllü ile yapıldı. Katılımcıların sosyodemografik, genel tıbbi, obstetrik ve jinekolojik özellikleri Hasta Bilgi Formu ile sorgulandı. Jinekolojik kanserlerden korunmaya yönelik bilgi düzeylerini ölçmede Jinekolojik Kanserden Korunma Bilgi Ölçeği (JKKBÖ) kullanıldı. $p < 0,05$ istatistikçe anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 611 kadının yaşları ort: $33,92 \pm 11,12$ yıl (min:18-max:65) olup JKKBÖ toplam puan ortalaması $15,17 \pm 7,08$ (min:0-max:35) idi. Eğitim, çalışma, gelir durumları arasında JKKBÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmakta idi ($p:0.002$; $p:0.000$; $p:0.004$, sırasıyla). İlk cinsel ilişki yaşı ile JKKBÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmakta idi ($p:0.032$). Adet kanamaları devam etmeyenlerin, jinekolojik hastalık öyküsü olanların, düzenli jinekolojik muayeneye gidenlerin, daha önce jinekolojik kanserler ve tarama testleri hakkında bilgi alanların ve Pap-smear testi yaptıranların JKKBÖ toplam puanları anlamlı düzeyde yüksekti ($p:0.033$; $p:0.026$; $p:0.031$; $p:0.001$; $p:0.018$, sırasıyla). 36-65 yaş arası kişilerin, evlilerin, jinekolojik hastalık öyküsü olanların, cinsel aktif olanların, düzenli jinekolojik muayeneye gidenlerin, Pap-smear testi ve HPV-DNA testi yaptıranların jinekolojik kanserler ve tarama testleri hakkında bilgi alma durumu anlamlı düzeyde yüksekti ($p:0.000$; $p:0.000$; $p:0.006$; $p:0.000$; $p:0.000$; $p:0.000$; $p:0.000$, sırasıyla).

Sonuç: Bu çalışmada eğitim ve gelir düzeyi, çalışma durumu, ilk cinsel ilişki yaşı jinekolojik kanserlerden korunmaya yönelik bilgi düzeyini etkileyen faktörlerdi. Adet kanamaları devam etmeyenler, jinekolojik hastalık öyküsü olanlar, düzenli jinekolojik muayeneye gidenler, daha önce jinekolojik kanserler ve tarama testleri hakkında bilgi alanların ve Pap-smear testi yaptıranların jinekolojik kanserlerden korunmaya yönelik bilgi düzeyi daha yüksek bulundu.

Anahtar Sözcükler: Aile Hekimliği, Bilgi Düzeyi, Jinekolojik Kanserler



ABSTRACT

Introduction and Objective: The level of knowledge about gynecological cancer screenings affects the screening status of women. The aim of this study is examining the knowledge status of women between the ages of 18-65 for protection from gynecological cancers and the factors affecting them.

Method: This study; was planned as a single-center, prospective, cross-sectional study. The study was conducted with 611 volunteers who met the inclusion criteria from the female patients who admitted to the Family Medicine Outpatient Clinic of the Gaziosmanpaşa Training and Research Hospital between 20.12.2021 and 09.09.2022. The sociodemographic, general medical, obstetric and gynecological characteristics of the participants were questioned with the Patient Information Form. The Gynecological Cancer Prevention Information Scale (GCPIS) was used to measure the level of knowledge about prevention of gynecological cancers. $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Results: The mean age of the 611 women included in the study was 33.92 ± 11.12 years (min:18-max:65), and the mean total score of GCPIS was 15.17 ± 7.08 (min:0-max:35). There was a statistically significant difference between education, income levels and employment status, in terms of of GCPIS total scores ($p:0.002$; $p:0.004$; $p:0.000$, respectively). There was a statistically significant positive correlation between the age of first sexual intercourse and the total score of GCPIS ($p:0.032$). The total scores of GCPIS were significantly higher in those who did not continue their menstrual periods, had a history of gynecological disease, went to regular gynecological examinations, had information about gynecological cancers and screening tests before, and had a Pap-smear test before ($p:0.033$; $p:0.026$; $p:0.031$; $p:0.001$; $p:0.018$, respectively). The state of being informed about gynecological cancers and screening tests was significantly higher among those who were aged 36-65 years, were married, had a history of gynecological disease, were sexually active, went regular gynecological examinations, had a Pap-smear test before and had a HPV-DNA test before ($p :0.000$; $p:0.000$; $p:0.006$; $p:0.000$; $p:0.000$; $p:0.000$; $p:0.000$, respectively).

Conclusion: In this study, education and income level, employment status, age at first sexual intercourse were the factors affecting the level of knowledge about prevention from gynecological cancers. Those who did not continue their menstrual periods, had a

history of gynecological disease, went to regular gynecological examinations, received information about gynecological cancers and screening tests before, and had Pap-smear test were found to have a higher level of knowledge about protection from gynecological cancers.

Keywords: Family Medicine, Knowledge Level, Gynecological Cancers



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından anormal hücrelerin kontrolsüz bir şekilde büyümesi ile vücudun hemen her organında veya dokusunda başlayabilen, normal sınırlarını aşarak vücudun bitişik kısımlarını istila edebilen ve/veya diğer organlara yayılabilen geniş bir hastalık grubu olarak tanımlanmaktadır (1).

Jinekolojik kanserler kadın üreme organlarından köken alan kanserlerdir. Sıklıkla 30 ila 75 yaş arasında görülürler (2). DSÖ'nün Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) tarafından yayınlanan Globocan 2020 verilerine göre tüm dünyada en sık görülen jinekolojik kanser; serviks kanseridir. Kadınlarda serviks kanseri %6,5, korpus uteri kanseri %4,5, over kanseri %3,4, vulva kanseri %0,49 ve vajina kanseri %0,19 oranında görülmektedir (3). Ülkemizde gelişmiş ülkelerle benzer şekilde kadınlarda en sık görülen jinekolojik kanser, uterus korpusu kanseridir (4) (5).

Bu kanserlerin her bir türü farklı epidemiyolojik ve genetik risk faktörleri, semptomları, prognozları ve tedaviye yanıtları ile birbirinden farklıdır. (6) (7). Neredeyse tüm serviks kanseri vakalarına insan papilloma virüsünün (HPV) yüksek riskli onkojenik alt tipleriyle olan kronik enfeksiyon neden olurken uterus korpusu ve over kanseri risk faktörleri arasında obezite, Tip 2 Diabetes Mellitus, pelvik radyoterapi, genetik yatkınlık vd. yer almaktadır (8) (9) (10) (11) (12). Yine vajina kanseri HPV ile güçlü bir şekilde ilişkilidir (13). Vulva kanserinin ise HPV ve liken skleroza ek olarak farklı risk faktörleri mevcuttur (14).

Jinekolojik kanserleri önlemede öncelik kadınları ve sağlık hizmeti sağlayıcılarını risk faktörleri, belirtileri ve semptomları hakkında eğitmektir. Birincil koruma; değiştirilebilir risk faktörlerinden kaçınmak, herhangi bir vajinal prekanseröz lezyonu erken bulmak ve hızlı bir şekilde tedavi etmek, HPV enfeksiyonu bulaşından korunma ve HPV aşısıyla aşılama ile sağlanmaktadır (8) (15) (16).

Jinekolojik kanserlerin ikincil korunması tarama ve erken tanı ile olmaktadır (9) (17) (18) (19). Tüm jinekolojik kanserler arasında yalnızca serviks kanseri, tedavinin en etkili olabileceği erken dönemde kanseri bulabilen tarama testlerine sahiptir (20). Ülkemizde, ulusal toplum tabanlı serviks kanseri taraması, Aile Sağlığı Merkezleri

(ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) bünyesindeki Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) tarafından 30-65 yaş arası bireylere beş yilda bir HPV testi veya Pap-smear testi uygulanarak gerçekleştirilmektedir (21).

Ülkemizde kadınların düzenli jinekolojik muayeneye gitme ve servikal kanser taraması yaptıırma oranlarının düşük olduğu son yıllarda yapılan bilimsel araştırmalarda gösterilmiştir (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29).

Bu çalışmanın amacı; 18-65 yaş arası kadınların jinekolojik kanserlerden korunmaya yönelik bilgi durumlarını ve etkileyen faktörleri incelemektir.

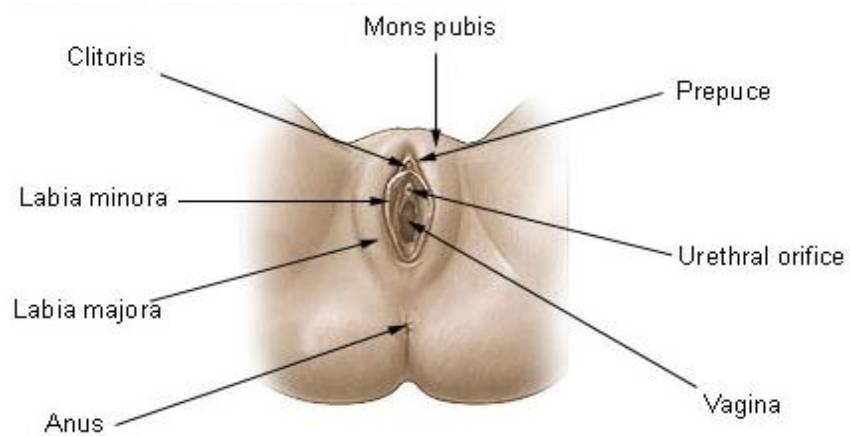
2. GENEL BİLGİLER

2.1. KADIN ÜREME SİSTEMİ

Kadın pelvik anatomisi, hem yapı hem de işlev açısından birbiriyle ilişkili organ ve yapılardan oluşan bir süreklilikten oluşmakla birlikte dış ve iç genital organlar olmak üzere iki kategoride gruplandırılabilir (30).

2.1.1. Dış Genital Organlar

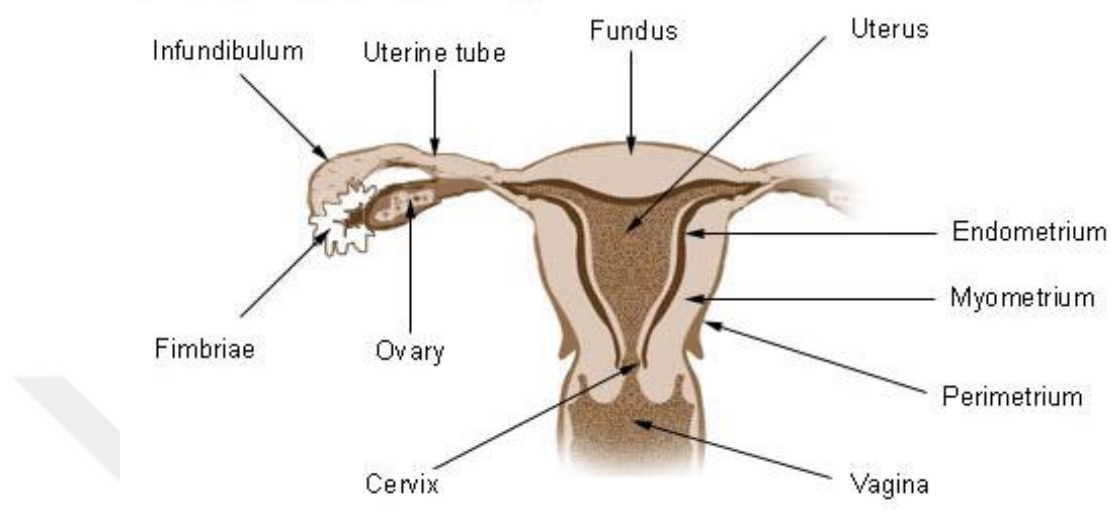
Dış genital organlar, kadın üreme sisteminin vajinanın dışında bulunan yardımcı yapılarıdır. Ayrıca vulva veya pudendum olarak da adlandırılmaktadırlar. Dış genital organlar labia majora, mons pubis, labia minora, klitoris ve vestibül içindeki bezlerden oluşmaktadır. Şekil-1 kadın dış genital organlarını göstermektedir (Şekil-1) (31).



Şekil-1. Kadın Dış Genital Organları

2.1.2. İç Genital Organlar

İç genital organlar vajina, uterus ve serviks, fallop tüpleri ve overlerden oluşmaktadır (32). Kadın iç genital organları Şekil-2’de gösterilmektedir (Şekil-2) (33).



Şekil-2. Kadın İç Genital Organları

2.1.2.1. Vajina

Vajina, vulva ile serviks arasında uzanan, uzunluğu 6-12 cm arasında olan fibromusküler tübüler bir yapıdır (32). Rektum ile mesane arasında bulunmaktadır (33). Vajina, menstrüel kanama sırasında kanın akışı için bir geçit görevi görmektedir, cinsel ilişki sırasında ereksiyon halindeki penisi almakta ve doğum sırasında doğum kanalı olarak işlev görmektedir (33).

2.1.2.2. Uterus ve serviks

Uterus, fertilize olmuş oositi alan ve geliştirmekte olan fetüs için uygun ortamı sağlayan, mesane ve rektum arasındaki pelviste yer alan kaslı bir organdır. İlk hamilelikten önce uterus, bir armut büyüklüğünde ve şeklidir ve dar kısmı aşağıdadır (32) (33). Mesane ve rektum arasındaki pelviste yer almaktadır; kavitesi altta vajina ile ve üst kısmı ile fallop tüpleri ile iletişim kurmaktadır. Üstte fibromusküler gövde ve altta serviks olmak üzere isthmus ile ayrılmış iki bölümden oluşmaktadır. Serviks, uterusun vajinanın ön duvarından çıkıntı yapan alt kısmıdır. Supravajinal ve intravajinal olarak iki kısma ayrılabilir. Serviksin kavitesi vajinanınkiyle iletişim kurmaktadır (32).

2.1.2.3. Fallop tüpleri

Fallop tüpleri, uterusun üst lateral ucundan overe kadar yer alan yaklaşık 10 cm uzunluğunda tübüler yapılardır (32). Her over ile ilişkili bir tüp vardır. Tüpün overe yakın ucu genişleyerek huni şeklinde bir infundibulum oluşturmaktadır, bu da fimbria adı verilen parmak benzeri uzantılarla çevrilidir (33). Sperm ve yumurta, fallop tüplerinin dış üste birinde buluşmaktadır (32).

2.1.2.4. Overler

Overler, pelvisin yan duvarındaki ovaryan fossada yer alan, uterusu utero-ovaryan ligament ve pelvik yan duvara infundibulo-pelvik ligament ile bağlı 3,5 cm uzunluğunda, 2 cm genişliğinde ve 1 cm kalınlığında, badem boyutu ve şeklinde iki oval organdır (32) (34). Her over, bir iç medulla ile foliküller ve stromadan oluşan bir dış korteksten oluşmaktadır (32).

Overler birincil dişi üreme organlarıdır. Dişi cinsiyet hücreleri veya gametler, oogenezi adı verilen bir mayoz şekliyle overlerde gelişmektedir (34).

2.2. KANSER TANIMI VE EPİDEMİYOLOJİSİ

Kanser, DSÖ tarafından anormal hücrelerin kontrolsüz bir şekilde büyümesi ile vücudun hemen her organında veya dokusunda başlayabilen, normal sınırlarını aşarak vücudun bitişik kısımlarını istila edebilen ve/veya diğer organlara yayılabilen geniş bir hastalık grubu olarak tanımlanmaktadır (1).

Dünya çapında ikinci önde gelen ölüm nedeni olan kanserler; Globocan 2020 verilerine göre 2020'de tahmini olarak 19.292.789 vakadan ve 9.958.133 ölümden sorumludur. Erkeklerde en sık görülen kanser türleri akciğer (%14,3), prostat (%14,1), kolorektal (%10,6), mide (%7,1) ve karaciğer (%6,3) kanseri iken kadınlarda en sık görülen kanserler meme (%24,5), kolorektal (%9,4), akciğer (%8,4), serviks (%6,5) ve tiroid (%4,9) kanserleridir (1) (35) (36).

Türkiye'de 2017 yılında yaşa standardize edilmiş kanser insidansı erkeklerde yüz binde 259,2 iken, kadınlarda yüz binde 187,0 olarak bildirilmiştir. Toplam kanser insidansı ise yüz binde 223,1'dir (37).

2.3. JİNEKOLOJİK KANSERLER

Jinekolojik kanserler kadın üreme organlarından köken alan kanserlerdir. Sıklıkla 30 ila 75 yaş arasında görülmektedirler (2). Bu kanserlerin her bir türü, farklı epidemiyolojik ve genetik risk faktörleri, semptomları, prognozları ve tedaviye yanıtları ile birbirinden farklıdır. Ancak ortak noktaları, tedavi seçeneklerinin sınırlı olmasıdır (6) (7).

2.3.1. Jinekolojik Kanserlerin Alt Tipleri

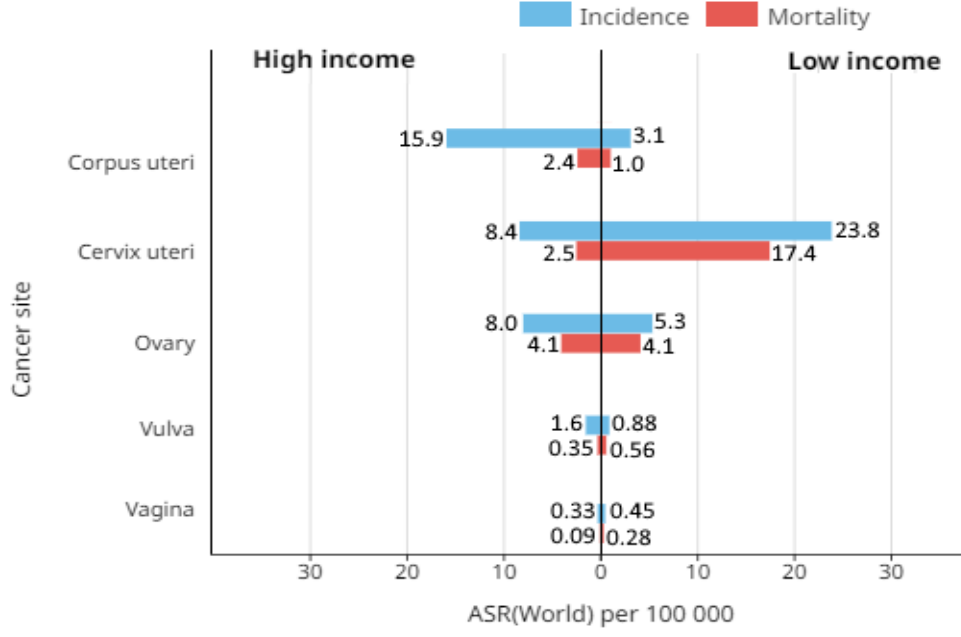
IARC ve ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC) jinekolojik kanserleri köken aldıkları anatomik bölgelere göre beş alt grupta sınıflandırmaktadır. Bunlar serviks uteri, corpus uteri, over, vulva ve vajina kanserleridir (7) (38). Bazı kaynaklarda fallop tüpü kanserleri, koryokarsinomlar ve peritoneal kanserler de birer alt tip olarak yer almaktadır, ancak bu alt tipler çok nadir görülmektedir (20) (39) (40).

2.3.2. Jinekolojik Kanserlerin Epidemiyolojisi

Globocan 2020 verilerine göre tüm dünyada en sık görülen jinekolojik kanser serviks kanseridir. Kadınlarda serviks kanseri %6,5, korpus uteri kanseri %4,5, over kanseri %3,4, vulva kanseri %0,49 ve vajina kanseri %0,19 oranında görülmektedir (3).

Kadınlara %7,7'sinin serviks kanserinden, %4,7'sinin over kanserinden, %2,2'sinin uterus korpusu kanserinden, %0,39'unun vulva kanserinden ve 0,18'inin vajina kanserinden öldüğü tahmin edilmektedir (41).

Jinekolojik kanserlerin insidans ve ölüm oranları ülkelerin gelir seviyelerine göre karşılaştırıldığında, Şekil-3'te görüleceği gibi, düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde en sık serviks kanseri görülürken yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerde ise en sık uterus korpusu kanseri görülmektedir (Şekil-3) (42).



Data source: GLOBOCAN 2020
 Graph production: Global Cancer Observatory (<http://gco.iarc.fr/>)
 © International Agency for Research on Cancer 2022

Şekil-3. 2020 yılı için jinekolojik kanserlerin yaşa göre standardize edilmiş insidans ve ölüm oranları (Dünya), kadınlar, her yaştan, ülkelerin gelir düzeylerine göre

Ülkemizde ise uterus korpusu kanserinin insidansı 100.000’de 11,3 ve mortalitesi 2,7 iken serviks kanserinin insidansı 100.000’de 4,8 ve mortalitesi 2,2’dir. Kadınlarda en sık görülen jinekolojik kanser, uterus korpusu kanseridir (4). Bu bakımdan Türkiye gelişmiş ülkelerle benzerlik göstermektedir (5).

2.3.3. Serviks Kanseri

2.3.3.1. Serviks Kanseri Risk Faktörleri

Neredeyse tüm serviks kanseri vakalarına HPV’nin yüksek riskli onkojenik alt tipleriyle olan kronik enfeksiyon neden olmaktadır ve bu nedenle risk faktörleri, HPV enfeksiyonu edinme, HPV enfeksiyonuna karşı ciddi şekilde bozulmuş bağışıklık tepkisi veya her ikisi ile ilişkilidir. Erken ilk cinsel ilişki yaşı, ilk gebelik yaşının 20’den küçük olması ve ilk doğumun erken yaşta yapılması, birden fazla cinsel partner veya yüksek riskli bir cinsel partner, immünoşüpresyon, cinsel yolla bulaşan enfeksiyon öyküsü, HPV ile ilişkili vulvar veya vajinal displazi öyküsü, sigara kullanımını, yerleşik servikal tarama programlarına sahip ülkelerde taramaya katılmama ve yetersiz tarama risk faktörleridir (8) (43) (44).

2.3.3.2. Serviks Kanserinin Tanısı

Tanı, servikal biyopsinin histopatolojik değerlendirmesine dayanmaktadır. Serviks kanseri semptomları olan kadınlarda pelvik muayene, serviks ve vajinal mukozanın spekulum muayenesi ile görüntülenmesi ve servikal sitoloji gerekmektedir. Semptomatik hastalarda veya sitolojisi invazyon düşündüren, görünür lezyonları olmayan kadınlarda kolposkopi ve biyopsi yapılması gerekmektedir. Klinik olarak veya servikal sitolojide maligniteden şüpheleniliyorsa ancak servikal biyopsilerin histopatolojik incelemesinde doğrulanmıyorsa koni biyopsisi yapmak zorunludur. Koni, tek parça halinde tip III eksizyon (derinlik >1.5 cm) olmalıdır (8).

2.3.3.3. Serviks Kanserinin Evrelemesi

Serviks kanseri için 2018 FIGO evrelemesi Tablo-1'de gösterilmektedir (Tablo-1) (45).

Tablo-1. Serviks kanseri 2018 FIGO evrelemesi

Evre	Açıklama
I	Karsinom kesinlikle serviks ile sınırlıdır (uterin korpusa uzanım göz ardı edilmelidir). IA: Maksimum invazyon derinliği ≤ 5 mm olan, sadece mikroskopisi ile teşhis edilebilen invaziv karsinom IB: Ölçülen en derin invazyon >5 mm olan invaziv karsinom (Evre IA'dan daha büyük); maksimum tümör çapı ile ölçülen boyutta serviks uteri ile sınırlı lezyon
II	Karsinom uterusun ötesine yayılmıştır, ancak vajinanın alt üçte birine veya pelvik duvara yayılmamıştır. IIA: Tutulum, parametrial tutulum olmaksızın vajinanın üst üçte ikisi ile sınırlıdır IIB: Parametrial tutulum var ama pelvik duvara kadar değil

III	<p>Karsinom vajinanın alt üçte birini tutar ve/veya pelvik duvara uzanır ve/veya hidronefroza veya böbrek fonksiyon bozukluğuna neden olur ve/veya pelvik ve/veya para-aortik lenf düğümlerini içerir.</p> <p>III A: Karsinom, vajinanın alt üçte birini içerir ve pelvik duvara uzanmaz</p> <p>III B: Pelvik duvara uzanım ve/veya hidronefroz veya işlevsiz böbrek böbrek (başka bir nedene bağlı olduğu bilinmiyorsa)</p> <p>III C: Pelvik ve/veya para-aortik lenf nodlarının tutulumu (mikrometastazlar dahil), tümör boyutu ve yaygınlığından bağımsız olarak</p>
IV	<p>Karsinom gerçek pelvisin ötesine geçmiştir veya mesane veya rektum mukozasını tutmuştur (biyopsi ile kanıtlanmıştır). Böyle bir büllöz ödem, bir vakanın Evre IV'e ayrılmasına izin vermez.</p> <p>IV A: Büyümenin komşu pelvik organlara yayılması</p> <p>IV B: Uzak organlara yayılım</p>

2.3.3.4. Serviks Kanserin Tedavisi

FIGO evre IA'da tedavi cerrahidir. Evre IB1'de cerrahiye alternatif olarak birincil radyoterapi kullanılabilir. Evre IB2 serviks kanserleri için tedavi seçenekleri arasında cerrahi ve adjuvan radyoterapi veya kemoradyoterapi, eksternal ışın pelvik radyoterapi ve vajinal brakiterapiyi takiben basit bir histerektomi veya eşzamanlı kemoradyoterapi bulunmaktadır. Evre IIB ila IVA tedavisi ise kemoradyoterapidir. Metastatik veya tekrarlayan hastalığın tedavi seçenekleri hastanın önceki tedavisine bağlı olmaktadır (8).

2.3.3.5. Serviks Kanserinin Önlenmesi

Serviks kanserinin birincil korumasının temelini, HPV enfeksiyonu bulaşından korunma ve HPV aşılması oluşturmaktadır. Cinsel aktiviteden kaçınmak, tek eşlilik, prezervatif kullanımı (%100 koruma sağlamaz) HPV enfeksiyonunu önleyebilmektedir. Aşılamaya uygun kadınların en az %50'sinin aşılandığı ülkelerde, HPV 16 ve 18 enfeksiyonlarında yaklaşık %70 oranında azalma sağlanmaktadır (8). ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri'nin Bağışıklama Uygulaması Danışma Konseyi (ACIP), rutin HPV aşısını önermektedir. 9 ila 26 yaş arası çocuklar ve yetişkinler için, HPV aşısı rutin olarak 11 veya 12 yaşında önerilmektedir. Yeterince aşılanmamış olan 26 yaşına kadar olan tüm kişilere tamamlayıcı HPV aşısı önerilmektedir. Hamile olan kişiler için HPV aşısı hamilelik sonrasına ertelenmelidir (46).

İkincil koruma; kanseri erken tespit ve tedavi etmek için toplum veya birey temelli müdahaleleri kapsayan kanser taramalarından oluşmaktadır (19). Tüm jinekolojik kanserler arasında yalnızca serviks kanseri, tedavinin en etkili olabileceği erken dönemde kanseri bulabilen tarama testlerine sahiptir (20).

Serviks kanserinin mortalite ve morbiditesini azaltmak için, çoğu gelişmiş ülke servikal smearlerin sitolojik incelemesini kullanarak servikal tarama yapmayı benimsemiştir. Ancak, servikal sitolojinin servikal prekanser veya kanser (yani servikal intraepitelyal neoplazi derece 2 veya daha yüksek [\geq CIN 2]) için yalnızca orta düzeyde bir duyarlılık gösterdiği bilinmektedir. HPV enfeksiyonu, serviks kanserine sebep olan önemli bir faktördür (47). Bu nedenle HPV testi alternatif bir tarama testi olarak kullanılmaktadır (47) (48). HPV testlerinin CIN 2+ ve CIN 3+ vakalarını kaçırma olasılığı daha düşük olsa da, daha düşük özgüllüğe sahip olan bu testler daha fazla gereksiz sevke yol açmaktadır. Bununla birlikte, negatif bir HPV testi, negatif bir sitolojik testten daha güven vericidir. Çünkü sitolojik testin yanlış negatif olma olasılığı daha yüksektir ve bu da uygun tedavinin alınmasında gecikmelere yol açabilmektedir (48) (49).

Serviks kanseri morbidite ve mortalitesi üzerinde, düzenli taramaya katılımın varlığı, 30 ila 65 yaş arası kadınlar için önerilen 3 tarama stratejisinden hangisinin seçildiğinden çok daha büyük bir etkiye sahiptir. Bu nedenle, hangi strateji kullanılırsa kullanılsın, uygulama kadınların yeterli taramadan geçmesini sağlamaya odaklanmalıdır (50).

Ülkemizde, Ulusal toplum tabanlı serviks kanseri taraması, Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) bünyesindeki Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) tarafından 30-65 yaş arası bireylere beş yılda bir HPV testi veya Pap-smear testi uygulanarak gerçekleştirilmektedir (21). HPV testi ülkemizde 2012 yılından beri mevcuttur. 30-65 yaş grubunda yer alan kadınlara her beş yılda bir ücret alınmadan HPV testi yapılmaktadır, test sonucu pozitif çıkan vakalarda Pap-smear testiyle tekrar değerlendirme yapılması önerilmektedir (51). Son iki HPV veya Pap-smear testi negatif olan 65 yaşındaki kadınlarda tarama kesilmektedir. Benign jinekolojik nedenlerle total histerektomi yapılmış olgular takip edilmemektedir. CIN-2 ve CIN-3 nedeniyle histerektomi yapılan olgularda ise; üç adet dökümanente edilebilen, teknik olarak yeterli negatif sitoloji ve son 10 yılda anormal/pozitif sonuç yokluğunda tarama sonlandırılmaktadır. HPV testi pozitif çıkarsa Pap-smear testi yaptırılması, Pap-smear sonucu anormal çıkarsa, tedavi gerektiren bir sorun olup olmadığını belirlemek için serviksin daha ayrıntılı bir şekilde muayene edilmesi gerekmektedir. Bunun için birey ileri merkezlerdeki kadın doğum uzmanlarına yönlendirilmektedir. HPV test sonucu pozitif olanlara; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nca da refleks sitoloji bakılabilmekte ve sonuçlar HPV testini çalışan birime bildirilmektedir (21).

Erken teşhis, popülasyonun hastalığın ortak semptomları hakkında farkındalığını, semptomatik bireylerin birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından zamanında sevk edilmesini, kaliteli tanı tesislerine erişimi ve gecikmeden etkili tedaviyi gerektirir. Taramaya kıyasla daha az karmaşıktır ve daha az kaynak gerektirir, ancak etkisi de sınırlıdır (19).

2.3.4. Uterus Korpusu Kanseri

2.3.4.1. Uterus Korpusu Kanseri Risk Faktörleri

Endometriyum kanseri için risk faktörleri yaş, obezite, fiziksel inaktivite, yüksek yağlı diyet, postmenopozal yüksek östrojen seviyeleri, yakın akrabada endometriyal ya da kolorektal kanser öyküsü, Tip 2 Diabetes Mellitus, Polikistik Over Sendromu (PKOS), meme ya da over kanseri öyküsü, endometriyal hiperplazi öyküsü, radyoterapi, tamoksifen kullanımı olarak sıralanabilirken uterus sarkomu pelvik radyoterapi, retinoblastoma gen mutasyonu ve ırk gibi daha farklı risk faktörlerine sahiptir (10) (11) (12). Gebelik, fiziksel aktivite ve sürekli kombine östrojen-progestin tedavisinin uzun

sürekli kullanımı ve rahim içi araç (RİA) kullanımı endometriyal kanser riskinin azalmasıyla ilişkilidir (10).

2.3.4.2. Uterus Korpusu Kanserinin Tanısı

Tamamda fizik ve pelvik muayeneye ek olarak transvajinal ve abdominal USG, histeroskopi, kan testleri kullanılabilir. Küretaj ile elde edilen endometriyal biyopsiler ile de tanı doğrulanmaktadır. Kanser tanısı konulduğunda metastazların saptanması amacıyla akciğer grafisi, CA125 kan testi, BT, PET-BT, sistoskopi ve proktoskopi yapılabilir (52).

2.3.4.3. Uterus Korpusu Kanserinin Evrelemesi

Tablo-2, korpus uteri kanseri için mevcut FIGO evreleme sınıflandırmasını göstermektedir (Tablo-2) (52).

Tablo-2. Korpus uteri kanseri için mevcut FIGO evrelemesi

Evre	Açıklama
I	Korpus uteri ile sınırlı tümör. IA: Myometrial invazyon yok veya yarısından az IB: Myometriumun yarısına eşit veya yarısından fazla invazyon
II	Tümör servikal stromayı invaze eder, ancak uterusun ötesine geçmez.
III	Tümörün lokal ve/veya bölgesel yayılımı. IIIA: Tümör, korpus uteri ve/veya adneks serozasını invaze etmiştir IIIB: Vajinal tutulum ve/veya parametrial tutulum IIIC: Pelvik ve/veya para-aortik lenf nodlarına metastazlar IIIC1: Pozitif pelvik lenf nodları IIIC2: Pozitif pelvik lenf nodları ile birlikte olan veya olmayan pozitif para-aortik lenf nodları

IV	Tümör mesane ve/veya barsak mukozasını işgal etmiştir ve/veya uzak metastazlar mevcuttur. IVA: Mesane ve/veya barsak mukozasının tümör invazyonu IVB: Karın içi metastazlar ve/veya inguinal lenf nodları dahil olmak üzere uzak metastazlar
-----------	---

2.3.4.4. Uterus Korpusu Kanserinin Tedavisi

Genellikle endometriyum kanseri için ana tedavi cerrahidir. Endometriyum kanseri vücudun diğer bölgelerine yayıldığında ve ameliyat yapılmadığında genellikle kemoterapi uygulanmaktadır. Kemoterapi ayrıca, yüksek dereceli kanserler ve tedaviden sonra tekrarlayan kanserler için yaygın olarak kullanılmaktadır. Radyoterapi çoğunlukla ameliyattan sonra kullanılmaktadır. Hormon tedavisi, hedefe yönelik tedaviler ve immünoterapiler endometriyal kanserler için kullanılmakta olan diğer tedavi yöntemleridir (53) (54) (55) (56).

2.3.4.5. Uterus Korpusu Kanserinin Önlenmesi

Endometriyal kanser taramasının faydası sadece yüksek riskli popülasyonlarda düşünülmektedir. Transvajinal USG, makul ölçüde hassas ve spesifik olduğu için olası bir tarama testi olarak görülmektedir. Lynch tip 2 sendromu mutasyon taşıyıcılarında 40 yaşında endometriyal ve over kanserini önlemek için profilaktik cerrahi (histerektomi ve bilateral salpingo-ooferektomi) düşünülmektedir (52).

2.3.5. Over Kanseri

2.3.5.1. Over Kanseri Risk Faktörleri

Over kanseri, bir risk faktörü olmayanlarda bile sporadik olarak ortaya çıkabilmektedir (15). Tablo-3'te, over kanseri için risk faktörlerine ve bunların rölatif risk olasılıklarına genel bir bakış sunulmaktadır (Tablo-3) (9).

Tablo-3. Over kanserine yönelik risk faktörleri ve rölatif risk olasılıklarının dağılımı

Riski Yükselten Faktörler	Rölatif Risk
Kişisel ve aile geçmişi	
Ailede over kanseri öyküsü	
Birinci derece akraba	4,3
İkinci derece akraba	2,1
Ailede meme kanseri öyküsü	1,7
Genetik yatkınlık	11,8
BRCA1 mutasyon taşıyıcılığı	5,3
BRCA2 mutasyon taşıyıcılığı	
Diğer faktörler	1,8
Sigara kullanımı (yalnızca müsinoz alt tip için)	1,2
Menopozal hormon replasman tedavisi	1,1
Fazla vücut ağırlığı (VKİ'de 5 kg/m ² artış için ek olarak)	1,1
Yetişkin boyu (155 cm'nin üzerindeki her 5 cm için)	
Riski Düşüren Faktörler	Rölatif Risk
Tüp ligasyonu	0,7
Gebelik (ilk doğum)	0,6
Oral kontraseptif kullanımı (ömür boyu toplam kullanım)	0,8
1-4 yıl	0,6
5-9 yıl	0,6
10-14 yıl	

Ek olarak endometriyozis, pelvik inflamatuvar hastalık, kesintisiz ovulasyon döngüleri, Lynch sendromu (HNPCC), Peutz-Jeghers Sendromu, ATM, BRIP1, RAD51C, RAD51D, MUTYH ve PALB2 genlerini taşımak, talk tozlarının kullanımı, androjenler ve fiziksel inaktivite de over kanseri riskini artırmaktadır. Yaş, etnisite/ırk,

diyet over kanseri riskiyle ilişkili diğer faktörlerdir. Düşük D vitamini seviyeleri, over kanseri riskinin artmasıyla ilişkilidir (9) (57) (58).

2.3.5.2. Over Kanserinin Tanısı

Over kanserinin belirti ve semptomlarının nonspesifik ve belirsiz olması nedeni ile over kanserli kadınlar geç tanı alabilmektedir (15). Kan testleri, başta germ hücreli tümörler olmak üzere bazı over kanseri türlerinin belirlenmesine yardımcı olabilmektedir. CA125 tümör belirteci seviyeleri ve Transvajinal USG, BT taraması veya abdominal ve pelvik bölgenin manyetik rezonans görüntülemesi (MRG) gibi görüntüleme yöntemleri kullanılabilir. Hastalığı doğrulamak ve histolojik alt tip ve evreyi belirlemek için genellikle tümör biyopsisi ile cerrahi gerekmektedir (9).

2.3.5.3. Over Kanserinin Evrelemesi

Over, fallop tüpü ve periton kanseri için FIGO 2014 evreleme sınıflandırması Tablo-4'te gösterilmektedir (Tablo-4) (59).

Tablo-4. Over, fallop tüpü ve periton kanseri 2014 FIGO evrelemesi

Evre	Açıklama
I	<p>Over veya fallop tüplerine sınırlı tümör.</p> <p>IA: Bir over (kapsül sağlam) veya fallop tüpü ile sınırlı tümör; over veya fallop tüpü yüzeyinde tümör yok; asit veya peritoneal yıkamada malign hücre yok</p> <p>IB: Her iki overde (kapsüller sağlam) veya fallop tüplerinde sınırlı tümör; over veya fallop tüpü yüzeyinde tümör yok; asit veya peritoneal yıkamada malign hücre yok.</p> <p>IC: Aşağıdakilerden herhangi biri ile birlikte 1 veya her iki over veya fallop tüpü ile sınırlı tümör: Cerrahi ekilme, Kapsül ameliyattan önce yırtılmış veya over veya fallop tüpü yüzeyinde tümör, Asit veya peritoneal yıkamadaki malign hücreler.</p>

II	<p>Tümör, pelvik uzanım (pelvik ağzın altında) veya periton kanseri ile birlikte 1 veya her iki over veya fallop tüpünü içerir.</p> <p>IIA: Uterus ve/veya fallop tüpleri ve/veya overler üzerine uzanım ve/veya yerleşim</p> <p>IIB: Diğer pelvik intraperitoneal dokulara yayılım</p>
III	<p>Tümör 1 veya her iki over veya fallop tüpü veya periton kanserini içerir, sitolojik veya histolojik olarak pelvisin dışındaki peritona yayıldığı ve / veya retroperitoneal lenf düğümlerine metastaz yaptığı doğrulanmıştır.</p> <p>III A1: Sadece pozitif retroperitoneal lenf düğümleri (sitolojik veya histolojik olarak kanıtlanmış)</p> <p>III A2: Pozitif retroperitoneal lenf nodları ile birlikte olan veya olmayan mikroskopik ekstrapelvik (pelvik ağzın üstünde) peritoneal tutulum</p> <p>Retroperitoneal lenf düğümlerine metastazlı veya metastazsız, pelvisin ötesinde en büyük çapı 2 cm'ye kadar olan makroskopik peritoneal metastaz</p> <p>IIB: Pelvisin ötesinde, en büyük çapı 2 cm'den fazla olan, retroperitoneal lenf düğümlerine metastazlı veya metastazsız makroskopik peritoneal metastaz</p> <p>IIIC: organın parankimal tutulumu olmaksızın tümörün karaciğer kapsülü ve dalağa uzanmasını içerir)</p>
IV	<p>Peritoneal metastazlar hariç uzak metastazlar.</p> <p>IVA: Sitoloji pozitif plevral efüzyon</p> <p>IVB: Parankimal metastazlar ve karın dışı organlara metastazlar (inguinal lenf nodları ve karın boşluğu dışındaki lenf nodları dahil)</p>

2.3.5.4. Over Kanserinin Tedavisi

Over kanserinde farklı tedavi seçenekleri vardır. Öncelikle etkilenen dokunun cerrahi evrelemesi, tümör küçültme cerrahisi ve ardından kemoterapi ile kemoterapi ve cerrahinin bir kombinasyonu uygulanmaktadır (15). Bunlara ek olarak radyoterapi, hormon tedavileri (LHRH agonistleri, tamoksifen ve aromataz inhibitörleri) ve hedefe yönelik ilaç tedavileri (bevacizumab, PARP inhibitörleri) de kullanılmaktadır (60) (61) (62).

2.3.5.5. Over Kanserinin Önlenmesi

Over kanserlerini önlemede öncelik kadınları ve sağlık hizmeti sağlayıcılarını risk faktörleri, belirtileri ve semptomları hakkında eğitmektir (15).

Yumurtlamanın durdurulması over kanserlerini önlemede bir yöntemdir. Gebe kalma, emzirme, oral kontraseptif kullanımı, histerektomi geçirme ve fallop tüplerinin veya overlerin çıkarılması dahil olmak üzere birçok şekilde sağlanabilmektedir. Oral kontraseptifler, kişinin over kanseri riskini azaltmak için umut verici ve invaziv olmayan bir yöntem gibi görünmektedir. Oral kontraseptif kullanımının ortalama riskli kadınlarda over kanseri riskini %40 ila %50 oranında azalttığı gösterilmiştir (15).

BRCA1 mutasyonu gibi tanımlanmış genetik mutasyonlar nedeniyle yüksek riskli kabul edilen hastalarda riski azaltan bilateral salpingo-ooferektomi uygulanabilmektedir. Yüksek dereceli over kanseri riskini azaltmak için rutin histerektomiler sırasında fallop tüplerinin çıkarılması düşünülmektedir (15).

Over kanserinin ikincil koruması erken tanı ile olmaktadır. Over kanseri tipik olarak ileri bir aşamada teşhis edilmektedir. Bununla birlikte, araştırmalar bazı kadınların tanıdan önceki aylarda sırt ağrısı, şişkinlik, pelvik veya karın ağrısı, yemek yemede zorluk veya çabuk doyma hissi veya idrar aciliyeti veya sıklığı gibi kalıcı, nonspesifik semptomlar yaşadığını göstermektedir. Over kanserinin en yaygın belirtisi, kanserden asit sıvısı birikmesinin neden olduğu karın şişmesidir (9).

Günümüzde ortalama riskli kadınlarda over kanserinin erken tespiti için önerilen bir tarama testi bulunmamaktadır (9). Önceden, over kanseri için bir tümör belirteci olarak kullanılan CA125 özgüllük ve duyarlılığı düşük olduğundan günümüzde önerilen bir tarama yöntemi değildir (15). Amerika Birleşik Devletleri Önleyici Hizmetler Görev

Gücü (USPSTF) 2018'de over kanseri taramasına karşı tavsiyede bulunmuş ve asemptomatik kadınlarda yıllık taramanın over kanseri mortalitesini azaltmadığı sonucuna varmıştır (9) (63). Aile öyküsünde BRCA1 veya BRCA2 genlerinde mutasyon riski yüksek olan kadınların genetik danışmanlık ve değerlendirme için sevk edilmesini tavsiye etmektedir (64).

Over kanseri, ülkemizde Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün kanser kontrol programında taraması yürütülmekte olan ve gelecekte taranması planlanabilecek kanser türleri arasında yer almamaktadır. (65) (66).

2.3.6. Vulva Kanseri

2.3.6.1. Vulva Kanseri Risk Faktörleri

Vulva kanseri en çok postmenopozal kadınları etkilemektedir. Vulva kanseri için risk faktörleri; yaş, yüksek riskli HPV ile enfeksiyon, etnisite, genital siğil öyküsü, cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü, sigara kullanımı, alkol tüketimi, atrofi, HIV enfeksiyonu veya immüsupresyon, vulvar intraepitelyal neoplazi (VIN) öyküsü, serviks kanseri öyküsü, melanom veya displastik nevüs öyküsü, kronik inflamatuvar cilt hastalığı liken sklerozus, düşük sosyoekonomik seviye, ilk cinsel ilişkinin genç yaşta olması, birden fazla cinsel partner, metabolik sendrom ve nikotin kötüye kullanımı olarak sıralanabilir (14) (16) (67) (68) (69) (70) (71).

2.3.6.2. Vulva Kanserin Tanısı

Preinvaziv hastalıkta tanı öncelikle kliniklidir; liken sklerozus klasik olarak klitoral başlıkta başlamaktadır. İzlemdeki hastalardan gerekli durumlarda biyopsi alınmaktadır. İnvaziv vulva kanseri genellikle ya palpe edilebilen bir yumru ya da kaşıntı, dizüri, akıntı ya da kanama ile birlikte olan ya da olmayan görünür bir lezyon olarak ortaya çıkmaktadır, en yaygın ve uzun süreli semptomu kaşıntıdır (14) (69).

2.3.6.3. Vulva Kanserin Evrelemesi

Vulva karsinomu için 2021'de güncellenen yeni FIGO evrelemesi Tablo-5'te yer almaktadır (Tablo-5) (16).

Tablo-5. Vulva karsinomu 2021 FIGO evrelemesi

Evre	Açıklama
I	Tümör vulva ile sınırlı. IA: Tümör boyutu ≤ 2 cm ve stromal invazyon ≤ 1 mm IB: Tümör boyutu > 2 cm ve stromal invazyon > 1 mm
II	Üretranın alt üçte birine, vajinanın alt üçte birine, anüsün alt üçte birine uzanan, negatif lenf nodlu herhangi bir boyutta tümör.
III	Komşu perineal yapıların üst kısmına uzanımı olan herhangi bir boyuttaki ya da veya herhangi bir sayıda fikse olmayan, ülserle olmayan lenf düğümü ile birlikte olan tümör. IIIA: Üretranın üst üçte ikisine, vajinanın üst üçte ikisine, mesane mukozasına, rektal mukozaya uzanımı olan veya bölgesel lenf nodu metastazları ≤ 5 mm olan herhangi bir boyuttaki tümör. IIIB: Bölgesel lenf nodu metastazları > 5 mm. IIIC: Ekstrakapsüler yayımlı bölgesel lenf nodu metastazları.
IV	Kemiğe fikse olmuş herhangi bir boyuttaki tümör veya fikse, ülserle lenf nodu metastazları veya uzak metastazlar. IVA: Pelvik kemiğe fikse olmuş hastalık veya fikse veya ülserle bölgesel lenf nodu metastazları IVB: Uzak metastazlar

2.3.6.4. Vulva Kanserinin Tedavisi

Vulva kanserinin tedavisi öncelikle histolojiye ve evrelemeye bağlıdır. Tedavi, özellikle skuoz hücreli karsinom (SCC) için ağırlıklı olarak cerrahidir, ancak eşzamanlı kemoradyoterapi, özellikle ilerlemiş tümörler ve yeterli cerrahi sınırlar elde etmek için ekzenterasyonun gerekli olacağı tümörler için etkili bir alternatiftir. Kemoterapi ve immünoterapiler gibi diğer tedaviler genellikle metastatik veya palyatif durumlarda veya melanom gibi nadir histolojilerin tedavisinde kullanılmaktadır (16).

2.3.6.5. Vulva Kanserinin Önlenmesi

Vulva kanserine yönelik birincil koruma değiştirilebilir risk faktörlerinden kaçınmak ve HPV aşısı ile aşılama ile sağlanmaktadır (16) (17).

Vulva kanseri için spesifik tarama konusunda kanıt bulunmamaktadır. Vulva kanseri gelişimi ile ilgili bir durum olan liken sklerozlu kadınlarda kendi kendine muayene teşvik edilmelidir. Ek olarak, cilt biyopsisi için aday olabilecek semptomları (örneğin kronik vulvar pruritus) veya bulguları (örneğin pigmentli lezyonlar, düzensiz ülserler) veya genel olarak vulvar hastalığı ile ilişkili semptomları olan herhangi bir hastanın erken değerlendirilmesi yapılmalıdır. Son olarak, serviks, vajina veya anüsün skuamöz intraepitelyal lezyonu (SIL) olduğu bilinen kadınların, takip kolposkopi ziyaretlerinin bir parçası olarak vulva muayenesi yapılması önemlidir (16).

Vulva kanseri gelişimi ile ilişkili HIV enfeksiyonu ve sigara içimi gibi predispozan faktörlerin ve liken skleroz gibi preneoplastik lezyonların uygun tedavisi insidansı azaltmak için etkili bir stratejidir (16).

2.3.7. Vajina Kanseri

2.3.7.1. Vajina Kanseri Risk Faktörleri

Vajina kanseri HPV ile güçlü bir şekilde ilişkilidir. Genellikle yaşlılarda ve postmenopozal kadınlarda daha sık görülmektedir. Hastaların %15'inden azı 50 yaşın altında teşhis edilmektedir ve bu tümörlerin %10'undan daha azı 40 yaşın altındaki hastalarda görülmektedir (13) (72). Vajina kanseri için risk faktörleri, yaş, sigara kullanımı, alkol kullanımı, immünosupresyon, in-utero dietilstilbestrol maruziyeti, endometriyozis, vajinal adenozis, beş veya daha fazla cinsel partner, 17 yaşından önce ilk ilişki, sigara kullanımı, düşük sosyoekonomik durum, genital siğil öyküsü, pelvik radyasyon maruziyeti, önceki serviks karsinomu, önceki anormal sitoloji ve önceki histerektomi, özellikle vajinal peser gibi yabancı cisimlere veya HPV enfeksiyonuna sürekli maruz kalmanın neden olduğu kronik irritan vajinit ve metabolik sendromdur (13) (70) (72) (73) (74).

2.3.7.2. Vajina Kanserinin Tanısı

Asemptomatik de olabilen vajina kanserinin en sık görülen semptomları ağrısız vajinal kanama ve akıntıdır. Hastalık rutin pelvik muayene ve Pap-smear ile saptanmaktadır.

Erken skuamöz hücreli lezyonlarda, önceden histerektomi geçirmiş veya HPV ile ilişkili invaziv servikal hastalığı olan hastalarda anormal Pap smear sonucu ile tanı konmaktadır. Ancak bu, sıklıkla submukozal büyüme ile karakterize olan berrak hücreli adenokarsinomlar için doğru değildir. Bu durumlarda lokal anestezi altında yapılan hedef biyopsi ile tanı doğrulanmaktadır. Kolposkopi, anormal Pap testi sonucu, açıklanamayan vajinal kanama veya üst vajinada ülsere eritematöz yamalar olan hastalar için kıymetli bir değerlendirme yöntemidir (72).

2.3.7.3. Vajina Kanserinin Evrelemesi

Primer vajina kanseri için 2009 FIGO evrelemesi Tablo-6'da açıklanmaktadır (Tablo-6) (75).

Tablo-6. Vajina kanseri 2009 FIGO evrelemesi

Evre	Açıklama
I	Karsinom vajinal duvarla sınırlıdır.
II	Karsinom subvajinal dokuyu tutmuştur ancak pelvik duvara yayılmamıştır.
III	Karsinom pelvik duvara yayılmıştır.
IV	Karsinom gerçek pelvisin ötesine geçmiş veya mesane veya rektum mukozasını tutmuştur; büllöz ödem, böyle bir vakanın evre IV'e ayrılmasına izin vermez. IVA: Tümör mesaneyi ve/veya rektal mukozayı invaze etmiş ve/veya gerçek pelvisin ötesine direkt yayılım göstermiştir IVB: Uzak organlara yayılım

2.3.7.4. Vajina Kanserinin Tedavisi

Genel olarak, kanserin mesane, rektum ve üretra gibi normal dokulara yakınlığı nedeniyle, cerrahinin vajinal kanserin tedavisinde sınırlı bir rolü bulunmaktadır. Ameliyat türü tümörün nerede olduğuna bağlı olarak değişmektedir ve genellikle lenf nodu değerlendirmesi ile birlikte lokal eksizyon, parsiyel vajinektomi, radikal histerektomi ve pelvik ekzenterasyonu içermektedir. Radyoterapi, vajinal kanserli hastaların çoğunda, özellikle ileri evre hastalığı olan hastalarda tercih edilen tedavidir. Genellikle harici ışın radyoterapi ve brakiterapi kombinasyonundan oluşur. Lokal olarak ilerlemiş serviks kanseri olan hastaların verilerinden yola çıkarak vajinal kanserin tedavisinde eşzamanlı kemoterapi ve radyasyon tedavisi (CCRT) benimsenmiştir (13).

2.3.7.5. Vajina Kanserinin Önlenmesi

Vajinal kanser riskini azaltmanın en iyi yolu bilinen risk faktörlerinden (HPV enfeksiyonu, sigara kullanımı) kaçınmak, herhangi bir vajinal prekanseröz lezyonu erken bulmak ve hızlı bir şekilde tedavi etmektir. Ancak vajina kanseri olan birçok kadında bilinen bir risk faktörü olmadığı için bu hastalığı tamamen önlemek mümkün değildir (18) (72). HPV enfeksiyonundan korunmak için HPV aşısı ve prezervatif kullanımı önerilmektedir (18).

Vajina kanseri için rutin tarama programları henüz oluşturulmamıştır. İyi huylu bir durum nedeniyle histerektomiye tabi tutulmuş kadınlarda, her 3-5 yılda bir Pap smear önerilmektedir (72). Çoğu vajinal skuamöz hücreli kanser vajinal intraepitelyal neoplazi (VAIN) olarak başlamaktadır. VAIN invaziv kansere dönüşmeden kişide yıllarca asemptomatik bir şekilde mevcut olabilmektedir. Rutin kadın doğum muayeneleri ve serviks kanseri taraması VAIN ve erken invaziv vajina kanseri vakalarının da saptanmasına yardımcı olabilmektedir (18) (76).

2.3.8. HPV Aşılı

HPV'nin jinekolojik kanserlerdeki rolünün anlaşılması ilk profilaktik kanser aşılılarının geliştirilmesini sağlamıştır (43). HPV tip 6, 11, 16 ve 18 benzeri virüs parçacıkları içeren dört değerlikli aşı ve HPV tip 16 ve 18 benzeri virüs parçacıkları içeren iki değerlikli aşı ve 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 ve 58 benzeri virüs parçacıkları içeren 9 değerlikli aşı olmak üzere üç farklı profilaktik HPV aşısı bulunmaktadır (77). HPV E6 ve

E7'yi hedef alan terapötik aşilar klinik geliştirme aşamasındadır (43) (78). HPV aşısı ülkemiz için ulusal aşı takviminde yer almamakta ve bireyin isteğine bağı olarak ücretli uygulanmaktadır (79).

2.3.9. Kadınların Jinekolojik Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışları

Ülkemizde kadınların jinekolojik kanserler ve korunmaya yönelik bilgi sahibi olma, düzenli jinekolojik muayeneye gitme ve servikal kanser taraması yaptırma oranlarının düşük olduğu son yıllarda yapılan bilimsel araştırmalarda gösterilmiştir (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (80). Bununla birlikte kadınların jinekolojik kanserden korunmaya yönelik farkındalık ve tutumlarının orta düzeyin üzerinde olduğunu bildiren az sayıda çalışma da mevcuttur (81) (82).

Bu çalışmanın amacı; 18-65 yaş arası kadınların jinekolojik kanserlerden korunmaya yönelik bilgi durumlarını ve etkileyen faktörleri incelemektir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ETİK KURUL İZİNİ

Bu çalışma; Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 08.12.2021 tarih ve 390 sayılı etik kurul onayı ile yapılmıştır.

3.2. ÇALIŞMANIN ÖZELLİKLERİ

Bu çalışma; tek merkezli, prospektif, kesitsel bir çalışma olarak planlandı. Araştırmanın evrenini 20.12.2021-09.09.2022 tarihleri arasında Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran kadın hastalar oluşturdu. Çalışma; dahil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 611 gönüllü ile yapıldı. Çalışmaya dahil edilen tüm kişiler detaylı olarak bilgilendirilerek çalışmanın amacı anlatıldı. Onamları alındıktan sonra her katılımcının sosyodemografik verileri, tıbbi öyküleri tarafımızca hazırlanan Hasta Bilgi Formu kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile sorgulandı. Katılımcıların Jinekolojik kanserlerden korunmaya yönelik bilgi düzeylerini ölçmek için Jinekolojik Kanserden Korunma Bilgi Ölçeği (JKKBÖ) uygulandı.

3.3. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

Çalışmaya katılmayı kabul eden, 18-65 yaş arası, sorulan soruları anlama ve cevap verebilme kabiliyeti olan, daha önceden jinekolojik kanseri olmayan, birinci dereceden yakınlarında jinekolojik kanser öyküsü olmayan ve okuryazarlığı olan kişiler çalışmaya dahil edildi.

3.4. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ

18 yaş altı ve 65 yaş üstü olan, iletişim kurmaya engel durumu olan (koopere olamayan, işitme ve konuşma bozuklukları olan), daha önceden jinekolojik kanser öyküsü veya aktif başka malignitesi olan, birinci dereceden yakınlarında jinekolojik kanser öyküsü olan, okur-yazarlığı olmayan hastalar çalışma dışında bırakıldı.

3.5. HASTA BİLGİ FORMU ÖZELLİKLERİ

Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran, çalışmaya dahil etme kriterlerine uyan gönüllülere sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sigara ve alkol kullanımı, kronik hastalık öyküsü ve ilaç kullanımı durumu), obstetrik (gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, düşük sayısı, küretaj sayısı, ilk doğum yapma yaşı) ve jinekolojik (adet kanamalarının devam etme durumu, kanama süresi, kanama miktarı, kanama sıklığı, menopoza girme yaşı, jinekolojik hastalık öyküsü, cinsel aktiflik durumu, ilk cinsel ilişki yaşı, varsa kullanılan kontraseptif yöntem/yöntemler, düzenli jinekolojik muayeneye gitme durumu) özelliklerine yönelik sorgulamaları içeren Hasta Bilgi Formu uygulandı. Katılımcıların jinekolojik kanserlere yönelik tarama testlerini ve HPV aşısını yaptırma durumları sorgulandı.

3.6. JİNEKOLOJİK KANSERDEN KORUNMA BİLGİ ÖLÇEĞİ

JKKBÖ; kadınların jinekolojik kanserden korunma konusundaki bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla 2021 yılında Bekar ve ark. tarafından geliştirilmiş 35 maddelik bir ölçektir. Kadın üreme organı (KÜO) kanserinden korunma (22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35), KÜO kanseri belirtileri (5, 6, 7, 8, 9, 13, 14, 19, 20, 23), tanıya ilişkin gözlemler (15, 16, 17, 18, 21, 31), erken tanı ve fizyolojik etkenler (1, 2, 3, 4) ve doğuma ilişkin riskler (10,1,12) olmak üzere 5 alt boyutu vardır. Ölçeğin uygulanması sırasında katılımcılar “doğru”, “yanlış”, “bilmiyorum” seçeneklerinden kendileri için uygun

olduğunu düşündükleri seçeneği işaretlerler. Katılımcıların verdikleri “doğru” yanıtlar 1 (bir) puan, “yanlış” veya “bilmiyorum” yanıtları 0 (sıfır) puan ile puanlandırılır. Ölçekte ters puanlanan bazı maddeler de bulunmaktadır (10, 11, 12, 16, 17, 18, 21, 28, 31). Ölçeğin genel toplam puanı ve her alt boyutun ayrı ayrı toplam puanı hesaplanmaktadır. Ölçekten 0 ila 35 arasında puan alınabilmekte olup puan arttıkça kadınların jinekolojik kanserlerden korunma konusunda bilgi düzeylerinin arttığı kabul edilir. Cronbach’s alpha değeri 0.951 bulunmuştur. (Bekar M- DOI: 10.33808/clinexphealthsci.647862). Ölçeğin psikometrik analizler sonucunda elde edilen son hali ve toplam-alt boyutlara ilişkin puanlandırma cetveli tabloda sunulmaktadır (Tablo-7).

Tablo-7. Jinekolojik Kanserden Korunma Bilgi Ölçeği’nin toplam ve alt boyutlarına ilişkin puanlandırma cetveli

Alt Boyutlar	Maddeler	Madde Sayısı	Alnabilecek Puan
KÜO Kanserinden Korunma	22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35	12	0-12 puan
KÜO Kanseri Belirtileri	5, 6, 7, 8, 9, 13, 14, 19, 20, 23	10	0-10 puan
KÜO Tanıya İlişkin Gözlemler	15, 16, 17, 18, 21, 31	6	0-6 puan
KÜO Erken Tanı ve Fizyolojik Etkenler	1, 2, 3, 4	4	0-4 puan
KÜO Doğuma İlişkin Riskler	10,11,12	3	0-3 puan
Ölçek Toplam puan		35	0-35 puan

KÜO: Kadın Üreme Organı

3.7. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 programı kullanıldı. Parametrelerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro Wilks testleri ile değerlendirildi ve parametrelerin

normal dağılım göstermediği saptandı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (minimum, maksimum, ortalama, standart sapma, medyan, frekans) yanısıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden çıkan grubun tespitinde Dunn's test kullanıldı. Parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi ve Continuity (Yates) Düzeltmesi kullanıldı. Normal dağılıma uygunluk göstermeyen parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Spearman's rho korelasyon analizi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

Bu çalışma yaşları 18 ile 65 arasında değişmekte olan (ort: $33,92 \pm 11,12$ yıl) toplam 611 kadın olgu ile gerçekleştirildi. Katılımcıların evlenme yaşı ortalama $22,76 \pm 4,37$ (min:12 max55) idi. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve tıbbi öyküye yönelik özelliklerinin incelenmesi Tablo-8'de sunulmuştur (Tablo-8).

Tablo-8. Katılımcıların sosyodemografik ve tıbbi öyküye yönelik özelliklerinin incelenmesi

		n	%
Yaş grupları	18-35 yaş arası	372	60,9
	36-65 yaş arası	239	39,1
Eğitim durumu	Okuryazar	13	2,1
	İlkokul mezunu	88	14,4
	Ortaokul mezunu	43	7,0
	Lise mezunu	148	24,2
	Üniversite mezunu	319	52,2
Medeni durum	Bekar	222	36,3
	Evli	389	63,7
Çalışma durumu	Ev hanımı	229	37,5
	Emekli	14	2,3
	Serbest çalışan	24	3,9

	İşçi	30	4,9
	Memur	66	10,8
	Özel sektör çalışanı	71	11,6
	Çalışmıyor	177	29,0
Gelir durumu	Gelir giderden az	267	43,7
	Gelir gidere denk	283	46,3
	Gelir giderden fazla	61	10,0
Sigara içme durumu	Aktif içici	99	16,2
	Eski içici	78	12,8
	Hiç içmemiş	434	71,0
Alkol kullanımı	Yok	558	91,3
	Var	53	8,7
İlaç kullanımı	Yok	404	66,1
	Var	207	33,9
Kronik hastalık	Yok	392	64,2
	Var	219	35,8

Katılımcıların obstetrik ve jinekolojik özelliklerine yönelik incelenmesi Tablo-9'da sunulmuştur (Tablo-9).

Tablo-9. Katılımcıların obstetrik ve jinekolojik özelliklerinin incelenmesi

	n	Min-Max	Ort±SS (medyan)
Gebelik sayısı	382	0-10	2,52±1,5 (2)
Canlı doğum	380	0-10	1,98±1,11 (2)
İlk doğum yaşı	364	14-41	24,06±4,48 (24)
Düşük sayısı	377	0-4	0,3±0,6 (0)
Küretaj sayısı	378	0-5	0,29±0,6 (0)
Menopoza girme yaşı	76	32-57	45,7±4,55 (46)
İlk cinsel ilişki yaşı	421	13-55	22,49±4,27 (22)

		n	%	
Adet kanamalarının devam etmesi	Evet	531	86,9	
	Hayır	80	13,1	
Jinekolojik hastalık	Yok	406	66,4	
	Var	205	33,6	
Jinekolojik hastalıklar (n=205)	Adet düzensizliği	80	39	
	Kistik hastalıklar	71	34,6	
	Kısırlık	6	2,9	
	Genital enfeksiyon	54	26,3	
	Rahimde miyom	36	17,6	
	Diğer	9	4,4	
	Düzenli jinekolojik muayeneye gitme	Evet	185	30,3
	Hayır	426	69,7	
Düzenli jinekolojik muayeneye gitmeme nedenleri (n=426)	Muayene olması gerektiğini bilmeme	151	35,4	
	Muayeneyi gereksiz bulma	88	20,7	
	Muayene olmaktan korkma/utanma	136	31,9	
	Diğer	57	13,4	
	Menopoz durumu	Var	76	12,4
		Yok	535	87,6

Cinsel aktiflik durumu	Evet	376	61,5
	Hayır	235	38,5
Kullanılan doğum kontrol yöntemleri (n=376)	Hiçbir yöntem kullanmıyor	86	22,9
	Geri çekme yöntemi	91	24,2
	Takvim yöntemi	14	3,7
	Kondom (Prezervatif)	108	28,7
	Doğum Kontrol Hapı	38	10,1
	Rahim içi araç	46	12,2
	Tüp bağlatma	22	5,9
	Diğer yöntemler	5	1,3

Katılımcıların jinekolojik kansellere yönelik bilgi durumları ve tarama testleri ve HPV aşılıarını yaptırmaları ile ilgili özelliklerinin incelenmesi Tablo-10'da sunulmuştur (Tablo-10).

Tablo-10. katılımcıların jinekolojik kansellere yönelik bilgi durumları ve tarama testleri ve HPV aşılıarını yaptırmaları ile ilgili özelliklerinin incelenmesi

		n	%
Daha önce jinekolojik kanseller ve tarama testleri hakkında bilgi alma	Hayır	369	60,4
	Evet	242	39,6
Pap-smear testi yaptırma durumu	Hayır	398	65,1
	Evet	213	34,9
İlk kez Pap-Smear yaptırma yaşı	Min-Max, Ort±SS (medyan)	17-51	32,64±7,32 (32)

En son Pap-Smear yaptırma zamanı (yıl)	Min-Max, Ort±SS (medyan)	1ay-15yıl	3,01±2,93 (2 yıl)
En son yapılan Pap-Smear sonucu	Normal	208	97,7
	Anormal	5	2,3
HPV-DNA testi yaptırma durumu	Hayır	567	92,8
	Evet	44	7,2
İlk kez HPV-DNA testi yaptırma yaşı	Min-Max, Ort±SS(medyan)	18-56	33,76±10,57 (31)
En son HPV-DNA testi yaptırma zamanı (ay)	Min-Max, Ort±SS(medyan)	1-7	3,70±2,67 (4)
En son HPV-DNA testi yaptırma zamanı (yıl)	Min-Max, Ort±SS(medyan)	1-10	3,22±2,60 (2,5)
En son HPV-DNA testi sonucu (n=44)	Normal	41	93,2
	Anormal	3	6,8
HPV aşısı yaptırma durumu (genel)	Yaptırdım	37	6,1
	Yaptırmayı planlıyorum	142	23,2
	Yaptırmak istemiyorum	432	70,7
HPV aşısı yaptırmak istememe nedenleri (genel) (n=432)	Yeterli bilgisi olmaması	334	77,3
	Yan etki korkusu	25	5,8
	Aşıya güvenmeme	31	7,2
	Ücretli olması	26	6
	Gereksiz/yararsız olduğunu düşünme	42	9,7
	Diğer	13	3
HPV aşısı yaptırma durumu (45 yaş ve altı) (n=504)	Yaptırdım	31	6,2
	Yaptırmayı planlıyorum	128	25,4
	Yaptırmak istemiyorum	345	68,5
45 yaş ve altı kişilerde HPV aşısı yaptırmak istememe nedenleri (n=345)	Yeterli bilgi olmaması	271	78,6
	Yan etki korkusu	19	5,5
	Aşıya güvenmeme	30	8,7

Ücretli olması	22	6,4
Gereksiz/yararsız olduğunu düşünme	29	8,4
Diğer	8	1,6

Tablo-11’de JKKBÖ’ye verilen cevapların dağılımı özetlenmiştir (Tablo-11).

Tablo-11. Jinekolojik Kanserden Korunma Bilgi Ölçeği’ne verilen cevapların dağılımı

	Yanlış n (%)	Doğru n (%)
Kadın üreme organı kanserlerinde erken tanı mümkündür.	55 (%9)	556 (%91)
Kadın üreme organı kanserleri erken tanıldığında tedavisi mümkündür.	60 (%9,8)	551 (%90,2)
Şişmanlık (obezite), kadın üreme organları kanserleri için risk faktörüdür.	224 (%36,7)	387 (%63,3)
Şeker (diyabet) hastalığı, kadın üreme organları kanserleri için risk faktörüdür.	279 (%45,7)	332 (%54,3)
Adet dışı /adet aralarında haznedenden gelen kanama, kadın üreme organları kanser belirtilerindedir.	372 (%60,9)	239 (%39,1)
Cinsel ilişki sırasında ağrı, kadın üreme organı kanser belirtilerindedir.	448 (%73,3)	163 (%26,7)
Karın çevresinde (abdominal bölge) büyüme, kadın üreme organı kanser belirtilerindedir.	463 (%75,8)	148 (%24,2)
Sık ve acil idrara çıkma, kadın üreme organı kanser belirtilerindedir.	518 (%84,8)	93 (%15,2)
Karın bölgesinde ağrı, kadın üreme organı kanser belirtilerindedir.	471 (%77,1)	140 (%22,9)
Erken yaşta (20 yaş ve öncesi) gebe kalma kadın üreme organı kanserleri için risk faktörü değildir.	490 (%80,2)	121 (%19,8)
Doğum kontrol hapları, kadın üreme organı kanserleri için risk faktörüdür.	447 (%73,2)	164 (%26,8)

Erken yaşta (20 yaş ve öncesi) doğum yapma kadın üreme organı kanserleri için risk faktörü değildir.	491 (%80,4)	120 (%19,6)
Cinsel ilişki sonrasında lekelenme şeklinde hazneden gelen kanama kadın üreme organı kanseri belirtilerindedir.	489 (%80)	122 (%20)
Sarı, kirli pis kokulu, et suyu renginde, ağrısız hazneden gelen akıntı kadın üreme organı kanseri belirtilerindedir.	423 (%69,2)	188 (%30,8)
Rahim ağzı kanserinin erken tanısı için rahim ağzından sürüntü alma testi (Pap Smear Testi) ile teşhis edilir.	230 (%37,6)	381 (%62,4)
Pap Smear testi yaptırmak için kadın üreme organlarında bir sorun yaşanmasını beklemek gerekir.	270 (%44,2)	341 (%55,8)
Human Papilloma Virüs (HPV) enfeksiyonu, kadın üreme organı kanserleri için bir risk faktörü değildir.	410 (%67,1)	201 (%32,9)
HSV Tip II Virüsü (genital bölgede görülen uçuk virüsü), kadın üreme organı kanserleri için risk faktörü değildir.	410 (%67,1)	201 (%32,9)
Dış üreme organı bölgesinde görülen yaralar, kadın üreme organı kanseri belirtilerindedir.	424 (%69,4)	187 (%30,6)
Dış üreme organı bölgesinde ele gelen kitle, kadın üreme organı kanseri belirtilerindedir.	344 (%56,3)	267 (%43,7)
Dış üreme organı bölgesinde kaşıntı, kadın üreme organı kanser belirtilerinden değildir.	482 (%78,9)	129 (%21,1)
Anne karnında iken radyasyona maruz kalma kadın üreme organı kanserleri için risk faktörüdür.	404 (%66,1)	207 (%33,9)
Ağrılı dışkılama kadın üreme organı kanser belirtilerindedir	490 (%80,2)	121 (%19,8)
Kadın üreme organı kanserlerinden korunmak için stresi azaltmak gerekir.	184 (%30,1)	427 (%69,9)
Kadın üreme organı kanserlerinden korunmak için stresle etkin baş etme yöntemlerini kullanmak gerekir.	177 (%29)	434 (%71)
Sigara kullanımı, kadın üreme organı kanserleri için risk faktörüdür.	188 (%30,8)	423 (%69,2)
Alkol kullanımı, kadın üreme organı kanserleri için bir risk faktörüdür.	233 (%38,1)	378 (%61,9)

Birden fazla sayıda cinsel eşin bulunması kadın üreme organı kanseri için bir risk faktörü değildir.	339 (%55,5)	272 (%44,5)
Bazı kadın üreme organı kanserleri kalıtsaldır (genetiktir).	273 (%44,7)	338 (%55,3)
Kadın üreme organı kanserlerinden korunmak için fazla hayvansal yağlı diyetten kaçınmak gerekir.	438 (%71,7)	173 (%28,3)
Dış üreme organı bölgesinde deride görülen renk değişimi kadın üreme organı kanser belirtisi değildir.	476 (%77,9)	135 (%22,1)
Kadın üreme organı kanserlerinin erken tanısı için kadın dış üreme organlarını kendi kendine muayene etmelidir.	428 (%70)	183 (%30)
Kadın üreme organı kanserlerinden korunmak için kadın dış üreme organı bölgesi üzerine parfüm kullanımından kaçınmak gerekir.	204 (%33,4)	407 (%66,6)
Kadın üreme organı kanserlerinden korunmak için kadın dış üreme organı bölgesi üzerine boya kullanımından kaçınmak gerekir.	205 (%33,6)	406 (%66,4)
Kadın üreme organı kanserlerinden korunmak için kadın dış üreme organı bölgesi üzerine pudra kullanımından kaçınmak gerekir.	276 (%45,2)	335 (%54,8)

Tablo-12’de JKKBÖ toplam ve alt boyut puanlarının dağılımı sunulmuştur (Tablo-12).

Tablo-12. Jinekolojik Kanserden Korunma Bilgi Ölçeği alt boyut ve toplam puanları

	Minimum	Maximum	Ort±SS	Medyan
KÜO Kanserinden Korunma	0	12	6,52±3,21	7
KÜO Kanseri Belirtileri	0	10	2,73±2,85	2
KÜO Tanıya İlişkin Gözlemler	0	6	2,27±1,78	2
KÜO Erken Tanı ve Fizyolojik Etkenler	0	4	2,98±1,11	3
KÜO Doğuma İlişkin Riskler	0	3	0,66±0,84	0
Toplam Puan	0	35	15,17±7,08	15

KÜO: Kadın Üreme Organı

Katılımcıların sosyodemografik ve tıbbi özelliklerine göre JKKBÖ alt boyut ve toplam puanları Tablo-13'te değerlendirilmiştir (Tablo-13). 36-65 yaş grubu katılımcıların JKKBÖ toplam puanları, 18-35 yaş grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (p:0.048).

Eğitim durumları arasında JKKBÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmakta idi (p:0.002). Üniversite mezunlarının JKKBÖ toplam puanları, ortaokul (p:0.022) ve lise (p:0.002) mezunlarından anlamlı şekilde yüksekti.

Çalışma durumları arasında JKKBÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmakta idi (p:0.000). Serbest çalışan kişilerin JKKBÖ toplam puanları, ev hanımı (p:0.003), emekli (p:0.004), işçi (p:0.001), çalışmayan (p:0.007) ve özel sektörde çalışan (p:0.029) olan kişilerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti. Memur olan kişilerin JKKBÖ toplam puanları, ev hanımı (p:0.001), emekli (p:0.040), işçi (p:0.007) olan kişilerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti.

Gelir durumları arasında JKKBÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmakta idi (p:0.004). Geliri giderine denk olan kişilerin JKKBÖ toplam puanları, geliri giderden az olan kişilerin puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (p:0.004) (Tablo-13).

Tablo-13. Katılımcıların sosyodemografik ve tıbbi özelliklerine göre Jinekolojik Kanserden Korunma Bilgi Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının değerlendirilmesi

		KÜO Kanserin den Korunma	KÜO Kanseri Belirtileri	KÜO Taniya İlişkin Gözlemler	KÜO Erken Tanı ve Fizyolojik Etkenler	KÜO Doğuma İlişkin Riskler	JKKBÖ Toplam Puanı
		Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)
Yaş	18-35 yaş arası	6,47±3,29 (7)	2,47±2,78 (1)	2,19±1,86 (2)	2,97±1,17 (3)	0,67±0,85 (0)	14,77±7,43 (14)
	36-65 yaş arası	6,59±3,1 (7)	3,14±2,91 (2)	2,4±1,67 (2)	3,02±1,02 (3)	0,64±0,83 (0)	15,79±6,48 (15)
	¹ p	0,771	0,002*	0,077	0,915	0,686	0,048*

Eğitim durumu	Okuryazar	6,85±3,69 (9)	4±2,86 (4)	2,46±1,98 (3)	2,38±1,5 (2)	0,54±0,78 (0)	16,23±8,79 (18)
	İlkokul mezunu	5,97±3,25 (6)	3,31±3 (3)	1,93±1,68 (1)	2,95±1,04 (3)	0,58±0,78 (0)	14,74±6,94 (14)
	Ortaokul mezunu	5,91±3,37 (6)	2,6±2,71 (2)	1,51±1,39 (1)	2,86±1,3 (3)	0,67±0,92 (0)	13,56±6,77 (13)
	Lise mezunu	5,77±3,22 (6)	2,31±2,41 (1)	1,86±1,55 (2)	2,84±1,13 (3)	0,66±0,78 (0)	13,43±6,21 (14)
	Üniversite mezunu	7,09±3,07 (8)	2,73±2,99 (2)	2,65±1,87 (3)	3,11±1,07 (4)	0,69±0,88 (0)	16,27±7,29 (16)
	² p	0,000*	0,095	0,000*	0,044*	0,869	0,002*
Medeni durum	Bekar	6,69±3,27 (7)	2,57±2,67 (2)	2,21±1,88 (2)	3,05±1,13 (4)	0,66±0,87 (0)	15,18±7,41 (15)
	Evli	6,42±3,19 (7)	2,82±2,95 (2)	2,31±1,73 (2)	2,96±1,1 (3)	0,66±0,83 (0)	15,17±6,9 (15)
	¹ p	0,274	0,742	0,360	0,224	0,830	0,949
Çalışma durumu	Ev hanımı	5,97±3,28 (6)	2,7±2,78 (2)	1,83±1,51 (2)	2,83±1,13 (3)	0,59±0,79 (0)	13,92±6,6 (14)
	Emekli	5,36±3,5 (5)	3,07±3,93 (1)	1,86±1,35 (2)	2,5±1,02 (2)	0,29±0,61 (0)	13,07±7,95 (12)
	Serbest çalışan	8±3,05 (8)	4,67±3,32 (5)	3,08±1,79 (3,5)	3,38±0,82 (4)	0,79±0,78 (1)	19,92±6,9 (19)
	İşçi	5,57±3,4 (5,5)	1,8±2,09 (1)	2,13±2,13 (1)	2,73±1,23 (3)	0,73±0,78 (1)	12,97±6,27 (13)
	Memur	7,52±3,22 (8)	2,83±3,33 (1)	3,09±1,8 (3)	3,2±1 (4)	0,8±0,95 (0,5)	17,44±7,7 (17)
	Özel sektör	6,54±2,77 (7)	2,41±2,25 (2)	2,62±1,73 (3)	3,2±1,09 (4)	0,83±0,96 (1)	15,59±5,96 (17)
	Çalışmıyor	6,9±3,09 (7)	2,73±2,84 (2)	2,34±1,95 (2)	3,07±1,12 (4)	0,64±0,85 (0)	15,68±7,45 (15)
	² p	0,000*	0,050*	0,000*	0,004*	0,142	0,000*
Gelir durumu	Gelir giderden az	6,15±3,22 (6)	2,4±2,63 (1)	1,99±1,69 (2)	2,88±1,17 (3)	0,54±0,77 (0)	13,96±6,76 (14)
	Gelir gidere denk	6,81±3,16 (7)	2,98±2,94 (2)	2,51±1,85 (2)	3,05±1,07 (3)	0,8±0,91 (1)	16,14±7,15 (15)
	Gelir giderden fazla	6,8±3,33 (7)	3±3,24 (2)	2,39±1,74 (2)	3,2±1 (4)	0,57±0,76 (0)	15,97±7,46 (16)
	² p	0,054	0,075	0,004*	0,105	0,002*	0,004*

Sigara içme durumu	Aktif içici	6,42±3,01 (7)	2,62±2,55 (2)	2,21±1,67 (2)	2,88±1,12 (3)	0,61±0,82 (0)	14,74±6,31 (15)
	Eski içici	6,26±3,1 (6)	2,54±2,73 (1,5)	2,31±1,87 (2)	2,83±1,01 (3)	0,82±0,94 (1)	14,76±7,17 (14)
	Hiç içmemiş	6,59±3,28 (7)	2,79±2,94 (2)	2,28±1,8 (2)	3,04±1,12 (3)	0,65±0,83 (0)	15,35±7,24 (15)
	² p	0,426	0,868	0,971	0,064	0,260	0,705
Alkol kullanımı	Yok	6,47±3,21 (7)	2,69±2,86 (2)	2,23±1,79 (2)	2,99±1,12 (3)	0,64±0,84 (0)	15,03±7,07 (15)
	Var	7±3,28 (8)	3,19±2,77 (2)	2,66±1,78 (2)	2,92±1,07 (3)	0,87±0,86 (1)	16,64±7,08 (17)
	¹ p	0,235	0,086	0,093	0,523	0,037*	0,103
İlaç kullanımı	Yok	6,68±3,18 (7)	2,61±2,8 (2)	2,19±1,77 (2)	2,95±1,14 (3)	0,66±0,84 (0)	15,1±6,97 (15)
	Var	6,2±3,27 (7)	2,96±2,94 (2)	2,43±1,82 (2)	3,06±1,04 (3)	0,66±0,85 (0)	15,3±7,32 (15)
	¹ p	0,066	0,184	0,145	0,407	0,983	0,856
Kronik hastalık	Yok	6,68±3,15 (7)	2,7±2,89 (2)	2,23±1,78 (2)	2,96±1,14 (3)	0,62±0,82 (0)	15,19±6,94 (15)
	Var	6,22±3,31 (7)	2,79±2,79 (2)	2,34±1,8 (2)	3,05±1,05 (3)	0,74±0,88 (0)	15,14±7,35 (15)
	¹ p	0,104	0,489	0,502	0,502	0,134	0,952

¹Mann Whitney U test

²Kruskal Wallis Test

*p<0.05

Katılımcıların evlenme yaşı, menopoza girme yaşı ve ilk cinsel ilişki yaşı ile JKKBÖ alt boyut ve toplam puanlarının korelasyonu Tablo-14'te sunulmuştur. İlk cinsel ilişki yaşı ile JKKBÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyli (%10.5) ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmakta idi (p:0.032) (Tablo-14).

Tablo-14. Katılımcıların evlenme yaşı, menopoza girme yaşı ve ilk cinsel ilişki yaşı ile Jinekolojik Kanserden Korunma Bilgi Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının korelasyonu

		KÜO Kanserinden Korunma	KÜO Kanseri Belirtileri	KÜO Tanıya İlişkin Gözlemler	KÜO Erken	KÜO	JKKBÖ Toplam Puanı
					Tanı ve Fizyolojik Etkenler	Doğuma İlişkin Riskler	
Evlenme yaşı	r	0,094	-0,032	0,135	0,034	-0,041	0,070
	p	0,064	0,530	0,008*	0,507	0,424	0,165

Menopoza	r	0,171	0,133	-0,028	-0,040	0,055	0,123
girme yaşı	p	0,139	0,251	0,809	0,733	0,635	0,291
İlk cinsel	r	0,116	-0,032	0,199	0,032	0,003	0,105
ilişki yaşı	p	0,018*	0,513	0,001*	0,518	0,951	0,032*

Spearman's rho korelasyon testi

**p<0.05*

Tablo-15'te katılımcıların obstetrik özellikleri ile JKKBÖ alt boyut ve toplam puanlarının korelasyonu verilmiştir. İlk doğum yaşı ile KÜO kanserinden korunma puanı ve tanıya ilişkin gözlemler puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmakta idi (p:0.049 ve p:0.001) (Tablo-15).

Tablo-15. Katılımcıların obstetrik özellikleri ile Jinekolojik Kanserden Korunma Bilgi Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının korelasyonu

		KÜO Kanserinden Korunma	KÜO Kanseri Belirtileri	KÜO Tanıya İlişkin Gözlemler	KÜO Erken Tanı ve Fizyolojik Etkenler	KÜO Doğuma İlişkin Riskler	JKKBÖ Toplam Puanı
Gebelik sayısı	r	-0,036	0,098	-0,034	-0,014	0,025	0,005
	p	0,479	0,056	0,509	0,782	0,629	0,921
Canlı doğum sayısı	r	-0,018	0,093	-0,082	-0,023	-0,001	-0,003
	p	0,731	0,069	0,109	0,657	0,980	0,960
İlk doğum yaşı	r	0,103	-0,042	0,188	0,063	-0,039	0,095
	p	0,049*	0,421	0,001*	0,231	0,460	0,070
Düşük sayısı	r	-0,007	0,024	0,022	-0,006	0,041	0,002
	p	0,897	0,647	0,666	0,904	0,427	0,973
Küretaj sayısı	r	-0,003	0,044	0,074	0,048	0,059	0,057
	p	0,956	0,393	0,150	0,350	0,251	0,268

Spearman's rho korelasyon testi

**p<0.05*

Katılımcıların jinekolojik özelliklerine göre JKKBÖ alt boyut ve toplam puanlarının değerlendirilmesi Tablo-16'da sunulmuştur (Tablo-16). Adet kanamaları devam etmeyenlerin, jinekolojik hastalık öyküsü olanların ve düzenli jinekolojik muayeneye gidenlerin JKKBÖ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (p:0.033; p:0.026; p:0.031, sırasıyla) (Tablo-16).

Tablo-16. Katılımcıların jinekolojik özelliklere göre Jinekolojik Kanserden Korunma Bilgi Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının değerlendirilmesi

		KÜO	KÜO	KÜO Tanıya	KÜO Erken	KÜO	JKKBÖ
		Kanserin	Kanseri	İlişkin	Tanı ve	Doğuma	
		den	Kanseri	İlişkin	Fizyolojik	İlişkin	
		Korunma	Belirtileri	Gözlemler	Etkenler	Riskler	Toplam Puanı
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS (medyan)
		(medyan)	(medyan)	(medyan)	(medyan)	(medyan)	
Adet kanamalarının devam etmesi	Evet	6,47±3,2 (7)	2,56±2,77 (1)	2,25±1,79 (2)	2,98±1,12 (3)	0,68±0,85 (0)	14,94±7,03 (14)
	Hayır	6,84±3,34 (8)	3,86±3,14 (3)	2,41±1,79 (2)	3,01±1,02 (3)	0,56±0,78 (0)	16,69±7,3 (17)
	p	0,245	0,001*	0,460	0,937	0,288	0,033*
Jinekolojik hastalık öyküsü	Yok	6,38±3,32 (7)	2,5±2,67 (2)	2,17±1,82 (2)	2,98±1,13 (3)	0,65±0,82 (0)	14,68±7,03 (14)
	Var	6,79±2,99 (7)	3,19±3,13 (2)	2,47±1,71 (2)	3,01±1,07 (3)	0,69±0,89 (0)	16,15±7,11 (15)
	p	0,216	0,021*	0,028*	0,835	0,816	0,026*
Düzenli jinekolojik muayeneye gitme	Evet	6,75±3,06 (7)	3,09±2,89 (2)	2,56±1,67 (2)	3,03±1,14 (3)	0,68±0,84 (0)	16,1±6,76 (16)
	Hayır	6,42±3,28 (7)	2,58±2,82 (2)	2,15±1,83 (2)	2,97±1,1 (3)	0,66±0,85 (0)	14,77±7,19 (14)
	p	0,318	0,014*	0,004*	0,376	0,681	0,031*
Menopoz durumu	Var	7,76±3,38 (7,5)	3,91±3,17 (3)	2,42±1,80 (2)	3,01±1,04 (3)	0,56±0,77 (0)	16,67±7,41 (17)
	Yok	6,48±3,19 (7)	2,56±2,76 (1)	2,25±1,78 (2)	2,98±1,12 (3)	0,67±0,85 (0)	14,96±7,02 (14)
	p	0,363	0,001*	0,448	0,979	0,340	0,043*
Cinsel aktiflik durumu	Evet	6,43±3,08 (7)	2,74±2,84 (2)	2,32±1,7 (2)	2,97±1,1 (3)	0,67±0,84 (0)	15,13±6,64 (15)
	Hayır	6,67±3,42 (7)	2,72±2,87 (2)	2,2±1,93 (2)	3,01±1,13 (3)	0,65±0,86 (0)	15,25±7,75 (15)
	p	0,235	0,971	0,212	0,525	0,670	0,917
Hiçbir yöntem kullanmıyorum	Evet	6,22±3,05 (6,5)	2,52±2,71 (1,5)	2,07±1,7 (2)	2,83±1,18 (3)	0,52±0,78 (0)	14,16±6,29 (14)
	Hayır	6,49±3,1 (7)	2,8±2,88 (2)	2,39±1,69 (2)	3,02±1,07 (3)	0,71±0,85 (0)	15,41±6,72 (15)
	p	0,399	0,561	0,116	0,206	0,054	0,136

Mann Whitney U test

*p<0.05

Daha önce jinekolojik kanserler ve tarama testleri hakkında bilgi alanların, Pap smear testi yaptıranların JKKBÖ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (p:0.001 ve p:0.018) (Tablo-17).

HPV aşısı yaptırma durumları arasında JKKBÖ toplam puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmakta idi (p:0.001). HPV aşısı yaptırmayı planlayan kişilerin toplam puanları, aşığı yaptıran (p:0.001) ve yaptırmak istemeyen (p:0.001) kişilerin puanlarından anlamlı şekilde yüksekti (Tablo-17).

45 yaş ve altı kişiler üzerinde yapılan ayrıntılı incelemenin sonuçları da Tablo-17'de sunulmuştur. HPV aşısı yaptırma durumları arasında KÜO kanserinden korunma puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmakta idi (p:0.001). HPV aşısı yaptırmayı planlayan kişilerin KÜO kanserinden korunma puanları, aşığı yaptıran (p:0.001) ve yaptırmak istemeyen (p:0.001) kişilerin puanlarından anlamlı şekilde yüksekti.

HPV aşısı yaptırma durumları arasında KÜO kanseri belirtileri puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmakta idi (p:0.002). HPV aşısı yaptırmayı planlayan kişilerin KÜO kanseri belirtileri puanları, aşığı yaptıran (p:0.013) ve yaptırmak istemeyen (p:0.009) kişilerin puanlarından anlamlı şekilde yüksekti.

HPV aşısı yaptırma durumları arasında KÜO tanıya ilişkin gözlemler puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmakta idi (p:0.001). HPV aşısı yaptırmayı planlayan kişilerin KÜO tanıya ilişkin gözlemler puanları, aşığı yaptıran (p:0.001) ve yaptırmak istemeyen (p:0.001) kişilerin puanlarından anlamlı şekilde yüksekti.

HPV aşısı yaptırma durumları arasında KÜO doğuma ilişkin riskler puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmakta idi (p:0.001). HPV aşısı yaptırmayı planlayan kişilerin KÜO doğuma ilişkin riskler puanları, aşığı yaptırmak istemeyen (p:0.001) kişilerin puanlarından anlamlı şekilde yüksekti.

HPV aşısı yaptırma durumları arasında JKKBÖ toplam puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.001). Tablo-17'de görüleceği üzere HPV aşısı yaptırmayı planlayan kişilerin toplam puanları, aşığı yaptıran (p:0.001) ve yaptırmak istemeyen (p:0.001) kişilerin puanlarından anlamlı şekilde yüksekti (Tablo-17).

Tablo-17. Katılımcıların jinekolojik kanser tarama testleri ve HPV aşısı yaptırma durumlarına göre Jinekolojik Kanserden Korunma Bilgi Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının değerlendirilmesi

		KÜO Kanserinde n Korunma	KÜO Kanseri Belirtileri	KÜO Taniya İlişkin Gözlemler	KÜO Erken Tanı ve Fizyolojik Etkenler	KÜO Doğuma İlişkin Riskler	JKKBÖ Toplam Puanı
		Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)
Daha önce jinekolojik kanserler ve tarama testleri hakkında bilgi alma	Hayır	6,08±3,21 (6)	2,36±2,59 (1)	1,85±1,69 (2)	2,86±1,16 (3)	0,59±0,8 (0)	13,74±6,74 (14)
	Evet	7,19±3,11 (8)	3,3±3,12 (2)	2,91±1,74 (3)	3,18±1,01 (4)	0,78±0,9 (1)	17,36±7,05 (17)
	¹ p	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*	0,010*	0,001*
Pap-smear testi yaptırma durumu	Hayır	6,47±3,36 (7)	2,53±2,75 (1)	2,07±1,85 (2)	2,98±1,13 (3)	0,68±0,86 (0)	14,73±7,44 (14)
	Evet	6,61±2,94 (7)	3,11±3 (2)	2,65±1,6 (2)	3±1,08 (3)	0,64±0,82 (0)	16±6,3 (15)
	¹ p	0,873	0,015*	0,001*	0,957	0,728	0,018*
HPV-DNA testi yaptırma durumu	Hayır	6,52±3,24 (7)	2,67±2,84 (2)	2,22±1,8 (2)	2,97±1,12 (3)	0,67±0,84 (0)	15,05±7,16 (15)
	Evet	6,5±2,85 (6,5)	3,45±2,86 (3)	2,95±1,49 (3)	3,23±0,99 (4)	0,55±0,85 (0)	16,68±5,89 (15,5)
	¹ p	0,681	0,043*	0,004*	0,156	0,249	0,093
HPV aşısı yaptırma durumu (genel)	Yaptırdım	5,51±2,78 (5)	1,49±1,91 (1)	1,54±1,24 (1)	2,76±1,14 (3)	0,62±0,86 (0)	11,92±5,01 (12)
	Yaptırmayı planlıyorum	7,47±3,23 (8)	3,26±3,13 (2)	3,04±1,8 (3)	3,18±0,99 (4)	0,89±0,93 (1)	17,84±7,81 (17)
	Yaptırmak istemiyorum	6,29±3,18 (7)	2,66±2,78 (2)	2,08±1,75 (2)	2,94±1,14 (3)	0,59±0,8 (0)	14,57±6,74 (14)
	² p	0,001*	0,003*	0,001*	0,047*	0,002*	0,001*
HPV aşısı yaptırma durumu (45 yaş ve altı)	Yaptırdım	5,55±2,79 (5)	1,58±1,82 (1)	1,58±1,29 (1)	2,77±1,15 (3)	0,68±0,87 (0)	12,16±4,95 (13)
	Yaptırmayı planlıyorum	7,63±3,16 (8)	3,4±3,23 (2)	3,18±1,75 (4)	3,14±1,02 (4)	0,93±0,94 (1)	18,28±7,79 (17,5)
	Yaptırmak istemiyorum	6,17±3,13 (6)	2,37±2,62 (1)	2,01±1,71 (2)	2,92±1,17 (3)	0,57±0,79 (0)	14,03±6,54 (14)
	² p	0,001*	0,002*	0,001*	0,149	0,001*	0,001*

¹Mann Whitney U test

²Kruskal Wallis Test

*p<0.05

Tablo-18'de çeşitli değişkenler ile daha önce jinekolojik kanserler ve tarama testleri hakkında bilgi alma durumuna ilişkin değerlendirmeler sunulmaktadır. 36-65 yaş arası kişilerin, evlilerin, jinekolojik hastalık öyküsü olanların, cinsel olarak aktif kişilerin,

düzenli jinekolojik muayeneye gidenlerin, Pap-smear testi yaptıranların, HPV-DNA testi yaptıranların jinekolojik kanserler ve tarama testleri hakkında bilgi alma durumu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (p:0.000; p:0.000; p:0.006; p:0.000; p:0.000; p:0.000; p:0.000, sırasıyla) (Tablo-18).

HPV aşısı yaptıрма durumları arasında jinekolojik kanserler ve tarama testleri hakkında bilgi alma oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmakta idi (p:0.000). HPV aşısı yaptırmayı planlayan kişilerin jinekolojik kanserler ve tarama testleri hakkında bilgi alma oranları (%58.5), aşığı yaptıran (%37.8) ve yaptırmak istemeyen (%33.6) kişilerden anlamlı şekilde yüksekti (Tablo-18).

45 yaş ve altı kişilerde; HPV aşısı yaptıрма durumları arasında jinekolojik kanserler ve tarama testleri hakkında bilgi alma oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmakta idi, HPV aşısı yaptırmayı planlayan kişilerin jinekolojik kanserler ve tarama testleri hakkında bilgi alma oranları aşığı yaptırmak istemeyen kişilerden anlamlı şekilde yüksekti (p:0.020) (Tablo-18).

Tablo-18. Çeşitli değişkenler ile daha önce jinekolojik kanserler ve tarama testleri hakkında bilgi alma durumuna ilişkin değerlendirmeler

		Daha önce jinekolojik kanserler ve tarama testleri hakkında bilgi alma		p
		Hayır	Evete	
		n (%)	n (%)	
Yaş	18-35	254 (%68,3)	118 (%31,7)	0,000*
	36-65	115 (%48,1)	124 (%51,9)	
Eğitim durumu	Okuryazar	12 (%92,3)	1 (%7,7)	0,058
	İlkokul	58 (%65,9)	30 (%34,1)	
	Ortaokul	26 (%60,5)	17 (%39,5)	
	Lise	93 (%62,8)	55 (%37,2)	
	Üniversite	180 (%56,4)	139 (%43,6)	
Medeni durum	Bekar	160 (%72,1)	62 (%27,9)	0,000*
	Evli	209 (%53,7)	180 (%46,3)	

Çalışma durumu	Ev hanımı	142 (%62)	87 (%38)	0,108
	Emekli	7 (%50)	7 (%50)	
	Serbest çalışan	12 (%50)	12 (%50)	
	İşçi	17 (%56,7)	13 (%43,3)	
	Memur	30 (%45,5)	36 (%54,5)	
	Özel sektör	46 (%64,8)	25 (%35,2)	
	Çalışmıyor	115 (%65)	62 (%35)	
Gelir durumu	Gelir giderden az	171 (%64)	96 (%36)	0,132
	Gelir gidere denk	167 (%59)	116 (%41)	
	Gelir giderden fazla	31 (%50,8)	30 (%49,2)	
Kronik hastalık	Yok	247 (%63)	145 (%37)	0,077
	Var	122 (%55,7)	97 (%44,3)	
Menopoz durumu	Evet	47 (%61,8)	29 (%38,2)	0,782
	Hayır	322 (%60,2)	213 (%39,8)	
Jinekolojik hastalık öyküsü	Yok	261 (%64,3)	145 (%35,7)	0,006*
	Var	108 (%52,7)	97 (%47,3)	
Düzenli jinekolojik muayeneye gitme	Evet	69 (%37,3)	116 (%62,7)	0,000*
	Hayır	300 (%70,4)	126 (%29,6)	
Cinsel aktiflik durumu	Evet	200 (%53,2)	176 (%46,8)	0,000*
	Hayır	169 (%71,9)	66 (%28,1)	
Hiçbir yöntem kullanmıyorum	Evet	48 (%55,8)	38 (%44,2)	0,579
	Hayır	152 (%52,4)	138 (%47,6)	
Daha önce Pap-smear testi yaptırma durumu	Hayır	297 (%74,6)	101 (%25,4)	0,000*
	Evet	72 (%33,8)	141 (%66,2)	
HPV-DNA testi yaptırma durumu	Hayır	356 (%62,8)	211 (%37,2)	+0,000*
	Evet	13 (%29,5)	31 (%70,5)	

HPV aşısı yaptırma durumu (genel)	Yaptırdım	23 (%62,2)	14 (%37,8)	0,000*
	Yaptırmayı planlıyorum	59 (%41,5)	83 (%58,5)	
	Yaptırmak istemiyorum	287 (%66,4)	145 (%33,6)	
HPV aşısı yaptırma durumu (45 yaş ve altı)	Yaptırdım	17 (%54,8)	14 (%45,2)	0,020*
	Yaptırmayı planlıyorum	54 (%42,2)	74 (%57,8)	
	Yaptırmak istemiyorum	232 (%67,2)	113 (%32,8)	
Gebelik sayısı $_{Ort\pm SS}$ (medyan)		2,59±1,70 (2)	2,45±1,21 (2)	⁺⁺ 0,878
<i>Ki-kare test</i>	⁺ <i>Continuity (yates) düzeltmesi</i>	⁺⁺ <i>Mann Whitney U test</i>	[*] <i>p<0.05</i>	

Tablo-19'da görüleceği üzere 36-65 yaş arası kişilerin düzenli jinekolojik muayeneye gitme oranları, Pap-smear testi yaptırma oranları, HPV-DNA testi yaptırma oranları 18-35 yaş arası kişilerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (p:0.000; p:0.000; p:0.000, sırasıyla) (Tablo-19).

Yaş grupları arasında HPV aşısı yaptırma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmakta idi (p:0.029). 18-35 yaş arası kişilerin yaptırmayı planlama oranları (%26.9), 36-65 yaş arası kişilerden (%17.6) anlamlı şekilde yüksekti (Tablo-19).

Tablo-19. Katılımcıların yaş gruplarına göre jinekolojik kanser tarama testleri ve HPV aşısı yaptırma durumlarının değerlendirilmesi

		Yaş grupları		
		18-35	36-65	
		n (%)	n (%)	p
Düzenli jinekolojik muayeneye gitme durumu	Evet	93 (%25)	92 (%38,5)	0,000*
	Hayır	279 (%75)	147 (%61,5)	

Pap-smear testi yaptırma durumu	Hayır	313 (%84,1)	85 (%35,6)	0,000*
	Evet	59 (%15,9)	154 (%64,4)	
HPV-DNA testi yaptırma durumu	Hayır	357 (%96)	210 (%87,9)	0,000*
	Evet	15 (%4)	29 (%12,1)	
HPV aşısı yaptırma durumu (genel)	Yaptırdım	22 (%5,9)	15 (%6,3)	0,029*
	Yaptırmayı planlıyorum	100 (%26,9)	42 (%17,6)	
	Yaptırmak istemiyorum	250 (%67,2)	182 (%76,2)	
HPV aşısı yaptırma durumu (45 yaş ve altı)	Yaptırdım	22 (%5,9)	9 (%6,8)	0,430
	Yaptırmayı planlıyorum	100 (%26,9)	28 (%21,2)	
	Yaptırmak istemiyorum	250 (%67,2)	95 (%72,0)	

Ki-kare test

**p<0.05*

Tablo-20’de eğitim durumuna göre jinekolojik kanser tarama testleri ve HPV aşısı yaptırma durumları değerlendirilmiştir. Eğitim durumları arasında Pap-Smear testi yaptırma oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmakta idi (p:0.000). Üniversite mezunlarının Pap-smear testi yaptırmış olma oranları (%23.2), okuryazar (%53.8), ilkokul (%64.8), ortaokul (%44.2) ve lise (%37.8) mezunlarından anlamlı şekilde düşük idi. İlkokul mezunlarının Pap-smear testi yaptırmış olma oranları (%53.8), ortaokul (%44.2), lise (%37.8) ve üniversite (%23.2) mezunlarından anlamlı şekilde yüksekti (Tablo-20).

Eğitim durumları arasında HPV aşısı yaptırma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmakta idi (p:0.000). Üniversite mezunlarının yaptırmayı planlama oranları (%31.3), okuryazar (%0), ilkokul (%13.6), ortaokul (%14) ve lise (%16.2) mezunlarından anlamlı şekilde yüksekti (Tablo-20).

45 yaş ve altı kişilerde; eğitim durumları arasında HPV aşısı yaptırma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmakta idi (p:0.000; p<0.05). Üniversite mezunlarının yaptırmayı planlama oranları (%32.6), okuryazar (%0), ilkokul (%12.8), ortaokul (%2.8) ve lise (%18.9) mezunlarından anlamlı şekilde yüksekti.

Ortaokul mezunlarının yaptırmayı planlama oranları (%2.9), ilkokul (%12.8), lise (%18.9) ve üniversite (%32.6) mezunlarından anlamlı şekilde düşüktü (Tablo-20).

Tablo-20. Katılımcıların eğitim durumuna göre jinekolojik kanser tarama testleri ve HPV aşısı yaptırma durumlarının değerlendirilmesi

		Eğitim Durumu					p
		Okuryazar	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Düzenli jinekolojik muayeneye gitme	Evet	3 (%23,1)	32 (%36,4)	10 (%23,3)	51 (%34,5)	89 (%27,9)	0,293
	Hayır	10 (%76,9)	56 (%63,6)	33 (%76,7)	97 (%65,5)	230 (%72,1)	
Pap-smear testi yaptırma durumu	Hayır	6 (%46,2)	31 (%35,2)	24 (%55,8)	92 (%62,2)	245 (%76,8)	0,000*
	Evet	7 (%53,8)	57 (%64,8)	19 (%44,2)	56 (%37,8)	74 (%23,2)	
HPV-DNA testi yaptırma durumu	Hayır	11 (%84,6)	78 (%88,6)	39 (%90,7)	135 (%91,2)	304 (%95,3)	0,116
	Evet	2 (%15,4)	10 (%11,4)	4 (%9,3)	13 (%8,8)	15 (%4,7)	
HPV aşısı yaptırma durumu (genel)	Yaptırdım	1 (%7,7)	6 (%6,8)	6 (%14)	10 (%6,8)	14 (%4,4)	0,000*
	Yaptırmayı planlıyorum	0 (%0)	12 (%13,6)	6 (%14)	24 (%16,2)	100 (%31,3)	
	Yaptırmak istemiyorum	12 (%92,3)	70 (%79,5)	31 (%72,1)	114 (%77)	205 (%64,3)	
HPV aşısı yaptırma durumu (45 yaş ve altı)	Yaptırdım	0 (%0)	2 (%5,1)	6 (%17,6)	9 (%7,4)	14 (%4,6)	0,000*
	Yaptırmayı planlıyorum	0 (%0)	5 (%12,8)	1 (%2,9)	23 (%18,9)	99 (%32,6)	
	Yaptırmak istemiyorum	5 (%100)	32 (%82,1)	27 (%79,4)	90 (%73,8)	191 (%62,8)	

Ki-kare test

*p<0.05

Tablo-21’de katılımcıların gelir durumuna göre jinekolojik kanser tarama testleri ve HPV aşısı yaptırma durumlarının değerlendirilmesi özetlenmiştir. Gelir durumları arasında düzenli jinekolojik muayeneye gitme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmakta idi (p:0.001). Geliri giderinden fazla olan kişilerin düzenli jinekolojik muayeneye gitme oranları (%49.2), geliri giderinden az (%25.8) ve geliri giderine denk (%30) kişilerden anlamlı şekilde yüksekti (Tablo-21).

Gelir durumları arasında HPV-DNA testi yaptırma oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmakta idi (p:0.049). Geliri giderinden fazla olan kişilerin HPV-DNA testi yaptırma oranları (%0), geliri giderinden az (%9) ve geliri giderine denk (%7.1) kişilerden anlamlı şekilde düşüktü (Tablo-21).

Tablo-21. Katılımcıların gelir durumuna göre jinekolojik kanser tarama testleri ve HPV aşısı yaptırma durumlarının değerlendirilmesi

		Gelir Durumu			p
		Gelir giderden az	Gelir giderine denk	Gelir giderden fazla	
		n (%)	n (%)	n (%)	
Düzenli jinekolojik muayeneye gitme	Evet	69 (%25,8)	85 (%30)	31 (%50,8)	0,001*
	Hayır	198 (%74,2)	198 (%70)	30 (%49,2)	
Pap-smear testi yaptırma durumu	Hayır	177 (%66,3)	180 (%63,6)	41 (%67,2)	0,754
	Evet	90 (%33,7)	103 (%36,4)	20 (%32,8)	
HPV-DNA testi yaptırma durumu	Hayır	243 (%91)	263 (%92,9)	61 (%100)	0,049*
	Evet	24 (%9)	20 (%7,1)	0 (%0)	
HPV aşısı yaptırma durumu (genel)	Yaptırdım	20 (%7,5)	16 (%5,7)	1 (%1,6)	0,176
	Yaptırmayı planlıyorum	52 (%19,5)	73 (%25,8)	17 (%27,9)	
	Yaptırmak istemiyorum	195 (%73)	194 (%68,6)	43 (%70,5)	
HPV aşısı yaptırma durumu (45 yaş ve altı)	Yaptırdım	14 (%6,5)	16 (%6,8)	1 (%1,9)	0,232
	Yaptırmayı planlıyorum	46 (%21,2)	65 (%27,8)	17 (%32,1)	
	Yaptırmak istemiyorum	157 (%72,4)	153 (%65,3)	35 (%66)	

Ki-kare test

*p<0.05

Tablo-22’de görüleceği üzere kronik hastalığı olan kişilerin Pap-smear ve HPV-DNA testi yaptıırma oranları kronik hastalığı olmayan kişilerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (p:0.000 ve p:0.042) (Tablo-22).

Tablo-22. Katılımcıların kronik hastalık varlığına göre jinekolojik kanser tarama testleri ve HPV aşısı yaptıırma durumlarının değeriendirilmesi

		Kronik Hastalık		p
		Yok	Var	
		n (%)	n (%)	
Düzenli jinekolojik muayeneye gitme	Evet	113 (%28,8)	72 (%32,9)	0,296
	Hayır	279 (%71,2)	147 (%67,1)	
Pap-smear testi yaptıırma durumu	Hayır	278 (%70,9)	120 (%54,8)	0,000*
	Evet	114 (%29,1)	99 (%45,2)	
HPV-DNA testi yaptıırma durumu	Hayır	370 (%94,4)	197 (%90)	0,042*
	Evet	22 (%5,6)	22 (%10)	
HPV aşısı yaptıırma durumu (genel)	Yaptırdım	28 (%7,1)	9 (%4,1)	0,266
	Yaptırmayı planlıyorum	87 (%22,2)	55 (%25,1)	
	Yaptırmak istemiyorum	277 (%70,7)	155 (%70,8)	
HPV aşısı yaptıırma durumu (45 yaş ve altı)	Yaptırdım	25 (%7)	6 (%4,1)	0,252
	Yaptırmayı planlıyorum	85 (%23,8)	43 (%29,3)	
	Yaptırmak istemiyorum	247 (%69,2)	98 (%66,7)	

Ki-kare test

*p<0.05

Tablo-23'te görüleceği üzere cinsel olarak aktif olan kişilerin düzenli jinekolojik muayeneye gitme oranları, Pap-smear testi ve HPV-DNA testi yaptırma oranları aktif olmayan kişilerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (p:0.000; p:0.000; p:0.000, sırasıyla) (Tablo-23).

Tablo-23. Katılımcıların cinsel aktiflik durumuna göre jinekolojik kanser tarama testleri ve HPV aşısı yaptırma durumlarının değerlendirilmesi

		Cinsel Aktiflik		p
		Var	Yok	
		n (%)	n (%)	
Düzenli jinekolojik muayeneye gitme	Evet	148 (%39,4)	37 (%15,7)	0,000*
	Hayır	228 (%60,6)	198 (%84,3)	
Pap-smear testi yaptırma durumu	Hayır	202 (%53,7)	196 (%83,4)	0,000*
	Evet	174 (%46,3)	39 (%16,6)	
HPV-DNA testi yaptırma durumu	Hayır	338 (%89,9)	229 (%97,4)	0,000*
	Evet	38 (%10,1)	6 (%2,6)	
HPV aşısı yaptırma durumu (genel)	Yaptırdım	28 (%7,4)	9 (%3,8)	0,185
	Yaptırmayı planlıyorum	85 (%22,6)	57 (%24,3)	
	Yaptırmak istemiyorum	263 (%69,9)	169 (%71,9)	
HPV aşısı yaptırma durumu (45 yaş ve altı)	Yaptırdım	25 (%7,9)	6 (%3,2)	0,088
	Yaptırmayı planlıyorum	76 (%23,9)	52 (%28)	
	Yaptırmak istemiyorum	217 (%68,2)	128 (%68,8)	

Ki-kare test

*p<0.05

Tablo-24’te adet görme durumuna göre jinekolojik kanser tarama testleri ve HPV aşısı yaptırma durumlarının değerlendirilmesi sunulmuştur. Adet görmeyen kişilerin Pap-smear testi ve HPV-DNA testi yaptırma oranları adet gören kişilerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (p:0.000; p:0.028). Adet görmeyen kişilerin HPV aşısı yaptırmak istememe oranları adet gören kişilerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (p:0.018) (Tablo-24).

Tablo-24. Katılımcıların adet görme durumuna göre jinekolojik kanser tarama testleri ve HPV aşısı yaptırma durumlarının değerlendirilmesi

		Adet Görme Durumu		p
		Evet	Hayır	
		n (%)	n (%)	
Düzenli jinekolojik muayeneye gitme	Evet	157 (%29,6)	28 (%35)	0,324
	Hayır	374 (%70,4)	52 (%65)	
Pap-smear testi yaptırma durumu	Hayır	373 (%70,2)	25 (%31,3)	0,000*
	Evet	158 (%29,8)	55 (%68,8)	
HPV-DNA testi yaptırma durumu	Hayır	498 (%93,8)	69 (%86,3)	+0,028*
	Evet	33 (%6,2)	11 (%13,8)	
HPV aşısı yaptırma durumu (genel)	Yaptırdım	33 (%6,2)	4 (%5)	0,018*
	Yaptırmayı planlıyorum	133 (%25)	9 (%11,3)	
	Yaptırmak istemiyorum	365 (%68,7)	67 (%83,8)	
HPV aşısı yaptırma durumu (45 yaş ve altı)	Yaptırdım	31 (%6,2)	0 (%0)	0,687
	Yaptırmayı planlıyorum	127 (%25,5)	1 (%16,7)	
	Yaptırmak istemiyorum	340 (%68,3)	5 (%83,3)	

Ki-kare test

+Continuity (yates) düzeltmesi

*p<0.05

Tablo-25'te görüleceği üzere doğum kontrol yöntemi kullanan ve kullanmayan kişiler arasında jinekolojik kanser tarama testleri ve HPV aşısı yaptırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (Tablo-25).

Tablo-25. Katılımcıların doğum kontrol yöntemi kullanma durumuna göre jinekolojik kanser tarama testleri ve HPV aşısı yaptırma durumlarının değerlendirilmesi

		Doğum Kontrol Yöntemi Kullanımı		p
		Yok	Var	
		n (%)	n (%)	
Düzenli jinekolojik muayeneye gitme	Evet	38 (%44,2)	110 (%37,9)	0,297
	Hayır	48 (%55,8)	180 (%62,1)	
Daha önce Pap-smear testi yaptıırma durumu	Hayır	41 (%47,7)	161 (%55,5)	0,200
	Evet	45 (%52,3)	129 (%44,5)	
HPV-DNA testi yaptıırma durumu	Hayır	76 (%88,4)	262 (%90,3)	+0,742
	Evet	10 (%11,6)	28 (%9,7)	
HPV aşısı yaptıırma durumu (genel)	Yaptırdım	5 (%5,8)	23 (%7,9)	0,294
	Yaptırmayı planlıyorum	15 (%17,4)	70 (%24,1)	
	Yaptırmak istemiyorum	66 (%76,7)	197 (%67,9)	
HPV aşısı yaptıırma durumu (45 yaş ve altı)	Yaptırdım	4 (%6,3)	21 (%8,3)	0,157
	Yaptırmayı planlıyorum	10 (%15,6)	66 (%26)	
	Yaptırmak istemiyorum	50 (%78,1)	167 (%65,7)	

Ki-kare test

+Continuity (yates) düzeltmesi

5. TARTIŞMA

Jinekolojik kanserler kadınlarda en sık görülen kanserlerden olup erken tanı ve tarama yöntemleri ile saptanabilmektedir (9) (19) (20) (83). Taramalar ile erken tanıları mümkün olmasına rağmen kadınların taramalara yönelik bilgi düzeyleri tarama yaptırma durumunu etkilemektedir (28) (84) (85) (86).

18-65 yaş arası kadınların jinekolojik kanserlerden korunmaya yönelik bilgi durumlarını ve etkileyen faktörleri incelemenin amaçlandığı bu çalışmada; JKKBÖ toplam puan ortalaması $15,17 \pm 7,08$ olup eğitim, medeni, çalışma, gelir durumları arasında JKKBÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı. İlk cinsel ilişki yaşı ile JKKBÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmakta idi. Adet kanamaları devam etmeyenlerin, jinekolojik hastalık öyküsü olanların, düzenli jinekolojik muayeneye gidenlerin, daha önce jinekolojik kanserler ve tarama testleri hakkında bilgi alanların ve Pap-smear testi yaptıranların JKKBÖ toplam puanları anlamlı düzeyde yüksekti. 36-65 yaş arası kişilerin, evlilerin, jinekolojik hastalık öyküsü olanların, cinsel aktif olanların, düzenli jinekolojik muayeneye gidenlerin, Pap-smear testi ve HPV-DNA testi yaptıranların jinekolojik kanserler ve tarama testleri hakkında bilgi alma durumu anlamlı düzeyde yüksekti.

Kadınların jinekolojik kanserler ve tarama yöntemleri hakkında bilgi düzeyinin düşük olduğu bilinmektedir (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93).

Ramathuba ve ark. 2016 yılında Güney Afrika'da, kırsal kesimde yaşayan 30 yaş ve üzerindeki 1.546 kadın ile yaptıkları araştırmada kadınların servikal kanserler konusunda yeterli bilgisinin olmadığını, katılımcıların %62'sinin serviks kanserini hiç duymadığını, tüm örneklemin yalnızca %16,2'si (250/1546) gibi bir azınlığın rahim ağzı kanserinin önlenabilir olduğunun farkında olduğunu bildirmiştir (94).

ABD'de 2014 yılında yapılan bir çalışmada kadınların çoğunun (%63), jinekolojik kanserlerin belirti ve semptomları hakkında bilgi eksikliğine ek olarak, Pap-smear testi yaparak serviks kanserinin yanısıra diğer tüm jinekolojik kanserleri de taradıklarını düşündükleri bildirilmiştir (95).

ABD'de 2015 yılında yapılan bir araştırmaya göre ABD'de kadınların %77'si HPV'yi daha önce duyduğu, 2005'te bu oranın %40 olduğu bildirilmiştir (96). ABD'de

2022 yılında 21-65 yaş arasındaki kadın bakımverenler arasında yapılan bir çalışmada kadınların yaklaşık %79'u HPV'yi duymuş olduğu ve katılımcıların %99'unun HPV'nin rahim ağzı kanserine neden olabileceğini düşündüğü bildirilmiştir (97).

Malezya'da Putra Malezya Üniversitesi'nde görevli olup akademik personel olmayan, yaşları 20 ile 64 arasında değişen 366 kadınla 2017 yılında gerçekleştirilen bir çalışmada over kanseri taraması, erken tanısı, belirti ve bulguları konusunda katılımcıların çoğunluğunun düşük bilgi düzeyine sahip olduğu, katılımcıların %60,7'sinin over kanserini daha önce hiç duymadığı belirtilmiştir (98).

Dubai'de 532 kadın ile 2021 yılında yapılan bir çalışmada kadınlar arasında over kanseri risk faktörlerinin ve semptomlarının genel olarak tanınma düzeyinin düşük ve kritik bir düzeyde olduğu bildirilmiştir (99).

Deniz ve ark. Malatya'nın Akçadağ ilçesinde yaşayan 30-69 yaş arasındaki 1782 kadın ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında, kadınların %31,6'sının serviks kanserinin erken tanısının mümkün olduğunu bilmediğini, %84,2'sinin HPV aşısını daha önce hiç duymadığını, %95,1'inin ülkemizde Pap-smear testinin 5 yılda bir yapıldığını bilmediğini bildirmişlerdir (100).

Erenoğlu ve Bayraktar'ın Dal ve Ertem tarafından 2017 yılında geliştirilen Jinekolojik Kanser Farkındalık Ölçeği'ni (JKFÖ) kullanarak 20-60 yaş aralığındaki 350 evli kadın ile yaptıkları araştırmada kadınların jinekolojik kanserlere yönelik farkındalıklarının yeterli düzeyde olduğu belirtilmiştir (101).

Evcili ve Bekar'ın, çalışmamızda kullanılan JKKBÖ ölçeğini kullanarak Mayıs-Haziran 2019 tarihleri arasında bir devlet hastanesi polikliniğine başvuran 18 yaş ve üzerindeki 496 kadın ile gerçekleştirdikleri çalışmada JKKBÖ toplam puan ortalaması $16,22 \pm 8,21$ bulunmuştur (102).

Bizim çalışmamızda JKKBÖ toplam puan ortalaması $15,17 \pm 7,08$ bulunmuş olup Evcili ve Bekar'ın çalışmalarına benzer şekilde orta düzeyde idi.

Dünya genelinde jinekolojik kanserler sıklıkla 30 ila 75 yaş arasında görülmektedirler (2). Türkiye'de jinekolojik kanserlerin yalnızca % 9,7'si 40 yaşın altında görülmektedir ve ortalama tanı konma yaşı 57 olarak bildirilmiştir (103).

Venkata Lakshmi, S. ve ark. Hindistan'ın Salem şehrinde devlet okullarında çalışan 22-60 yaşları arasındaki 256 kadın öğretmen arasında yürüttükleri bir araştırmada 31 yaş ve üzerinde olan kadınların serviks kanseri konusundaki bilgi düzeylerini 30 yaş ve altında olanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulduklarını bildirmişlerdir (104).

Teskereci ve ark.'nın, JİKFÖ kullanarak 2021 yılında gerçekleştirdikleri bir çalışmada kadınların yaşı ile JİKFÖ toplam puanları arasında zayıf pozitif yönde bir korelasyon bulunmuş olup yaş arttıkça farkındalığın artmakta olduğu bildirilmiştir (105) (106).

Evcili ve Bekar'ın 2020 yılında JKKBÖ kullanarak yaptıkları araştırmada 35-49 yaş arası kadınların JKKBÖ toplam puan ortalamaları 18-34 yaş grubundaki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olarak bulunmuştur (102).

Bizim çalışmamızda da literatüre uygun şekilde, 36-65 yaş grubu katılımcıların JKKBÖ toplam puanları, 18-35 yaş grubundan yüksek olarak bulunmuş olup bilgi düzeyleri daha yüksek idi. Ayrıca çalışmamızda 36-65 yaş arası kişilerin düzenli jinekolojik muayeneye gitme oranları, Pap-smear testi yaptırma oranları ve HPV-DNA testi yaptırma oranları, 18-35 yaş arası kişilerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak bulundu. Bu bağlamda bilgi düzeyinin artması ile kadınların korunmaya yönelik davranışlarının da gerçekleştiği kanısına varıldı.

Eğitim düzeyi ile kanser farkındalığı arasında paralel bir ilişki bulunmaktadır. Ülkemizde yaşayan bireylerin kanser konusundaki eğitim seviyesi ve duyarlılığı konusunda fikir sahibi olmak, politikaların revize edilmesine imkân sağlamaktadır (107).

Kish, ABD'de 18 yaş ve üzeri 242 Haitili göçmen kadın ile gerçekleştirdiği tez çalışmasında eğitim seviyesi lise ve üzerinde olan kadınların serviks kanseri hakkındaki bilgi düzeylerini daha düşük eğitim seviyesine sahip olanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olarak bulduğunu bildirmiştir (108).

Atlas'ın 2020 yılında İzmir'de, Çiğli Bölge Eğitim Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran 400 jinekoloji hastası ile gerçekleştirdiği tez çalışmasında eğitim düzeyi arttıkça, jinekolojik kanser ile ilgili farkındalık da artmış ve JİKFÖ puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (107).

Çin'in Sincan Uygur özerk bölgesinde 2015 yılında, 5000 kadın ile yapılan bir çalışmada lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip kadınların serviks kanseri hakkında bilgi ve farkındalık seviyesinin, daha düşük eğitim düzeyine sahip kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek olarak bulunduğu bildirilmiştir (86).

Kenya'da 2018 yılında 18 yaş ve üzeri 451 kadın ile gerçekleştirilen bir çalışmada ilköğretim ve daha düşük eğitim seviyesine sahip olanların servikal kanser risk faktörlerini bilme oranlarının daha yüksek eğitim seviyesine sahip olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunduğu ve servikal kanserin önlenebilir olduğunu katılımcıların yaklaşık %62'sinin bildiği bildirilmiştir (109).

Kumari ve Ojha, Nepal, Katmandu'da Tribhuvan Üniversitesi Eğitim Hastanesi Kadın Hastalıkları Kliniğine 2016-2017 yıllarında başvuran 30-60 yaş aralığındaki 567 kadın ile yaptıkları çalışmalarında okuryazar olan katılımcıların serviks kanseri bilgi düzeylerini okuryazar olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak bulduklarını bildirmişlerdir (110).

Evcili ve Bekar çalışmalarında lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanların JKKBÖ toplam puanlarının ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip olanlara göre daha yüksek olarak bulunduğunu belirtmiştir (102).

Benzer şekilde bizim çalışmamızda da üniversite mezunlarının JKKBÖ toplam puanları, ortaokul ve lise mezunlarından anlamlı şekilde yüksek bulundu. Ayrıca 45 yaş ve altındaki üniversite mezunlarının HPV aşısı yaptırmayı planlama oranları ve anlamlı şekilde yüksek olarak bulundu.

Medeni durum ve evlenme yaşı ile jinekolojik kanserlere yönelik bilgi düzeyi ile ilişkili literatürde farklı sonuçlar bulunmaktadır (105) (107) (108).

Moodley ve ark. AWACAN anketini kullanarak 2018 yılında Güney Afrika ve Uganda'da 18 yaş ve üzerindeki toplam 1758 katılımcı ile gerçekleştirdikleri çalışmada eşiyile yaşamayan/partneri olmayan kadınların, eşiyile birlikte yaşayan/partneri olan kadınlara göre daha düşük serviks kanseri farkındalığına sahip olduğunu bulduklarını belirtmişlerdir (111).

Elmahdi ve ark., çalışmalarında evli olan kadınların over kanseri konusundaki bilgi düzeylerini evli olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak bulduklarını bildirmişlerdir (98).

Teskereci ve ark.'nın çalışmalarında evli ve bekar kadınlar arasında JİKFÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamış olup farkındalık düzeyleri benzer bulunmuştur (105). Atlas'ın tez çalışmasında JİKFÖ puan ortalaması açısından medeni durumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (107). Kish'in tez çalışmasında medeni durum ile serviks kanseri bilgi seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı bildirilmiştir (108).

Bizim çalışmamızda da literatürün geneli ile uyumlu olarak medeni durumlarına göre kadınlar arasında JKKBÖ alt boyut ve toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı.

Bazı mesleki maruziyetler artmış endometriyal ve servikal kanser riski ile ilişkilidir. Örneğin; silika tozuna ve benzine maruz kalan işçiler arasında serviks kanseri riskini artmıştır. Ağaç işçileri, yol ve tramvay servis personeli, boyacılar, restoran garsonları, tekstil müfettişleri, kontrplak ve sunta işçileri ile bar ve kafeterya garsonlarında serviks kanseri daha sık görülmektedir. Sedanter çalışmanın olduğu mesleklerde ve hayvan tozu maruziyeti olan mesleklerde çalışan kadınlarda endometriyal kanser daha sık görülmektedir (112).

Avusturalya'da 2022 yılında 148 göçmen kadınla yapılan bir çalışmada istihdam edilmeyen kadınların HPV ve rahim ağzı kanseri hakkında bilgi sahibi olma olasılığının daha düşük bulunduğu bildirilmiştir (113).

Atlas tarafından yapılan tez çalışmasında memur olan kadınların JİKFÖ toplam puanları ev hanımı ve işçi olan kadınlardan daha yüksek olarak bulunmuş olup farkındalık düzeyinin daha yüksek bulunduğu bildirilmiştir (107).

Kish'in tez çalışmasında çalışma durumu ile serviks kanseri bilgi seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (108).

Bizim çalışmamızda da farklı meslek gruplarında bilgi düzeyi farklı olmakla birlikte literatüre benzer şekilde serbest çalışan ve memur olan kişilerin diğer bazı meslek gruplarına göre bilgi düzeyleri daha yüksek idi.

Düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde en sık serviks kanseri görülürken yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerde ise en sık uterus korpusu kanseri görülmektedir (42). Düşük sosyoekonomik seviye potansiyel olarak HPV ile ilişkili kanserlerin görülme sıklığında artış ile ilişkilidir (114). Endometriyal kanserin neden olduğu ölüm oranının, muhtemelen kanıta dayalı bakımın azalması nedeniyle düşük sosyoekonomik statüdeki kadınlar arasında en yüksek olduğu bulunmuştur (52). Ayrıca aşılama kapsamında sosyoekonomik farklılıklar da bulunmaktadır (115).

Evcili ve Bekar'ın 2020 yılında yaptıkları çalışmalarında ekonomik durumunu "iyi" olarak tanımlayan kadınların JKKBÖ toplam puan ortalamaları ekonomik durumunu "kötü" ve "orta" olarak tanımlayanlara göre yüksek bulunmuştur (102).

Teskereci ve ark. 2021 yılında yaptıkları çalışmada ve Atlas'ın 2020 yılında yaptığı tez çalışmasında ise gelir düzeyleri ile JIKFÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (105) (107).

Weng ve ark. tarafından Zanzibar'ın 10 farklı bölgesinden toplam 1483 kadın ile gerçekleştirilen bir çalışmada, gelir seviyesi arttıkça kadınların servikal kanser ve taramaları konusundaki toplam bilgi seviyelerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı bildirilmiştir (116).

Bizim çalışmamızda geliri giderine denk olan kişilerin JKKBÖ toplam puanları, geliri giderinden az olan kişilerin puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Geliri giderinden fazla olan kişilerin düzenli jinekolojik muayeneye gitme oranları geliri giderinden ve geliri giderine denkolan kişilerden anlamlı şekilde yüksek olarak bulundu. Ancak geliri giderinden fazla olan kişilerin HPV-DNA testi yaptırma oranları diğer kişilerden anlamlı şekilde düşük olarak bulundu.

Bu konudaki çalışmaların birbiri ile tutarsızlık göstermesi son 2 yılda COVID-19 pandemisi ile tetiklenen ve halen devam etmekte olan finansal ve ekonomik dengesizlikler sonucu kişilerin sosyoekonomik durumunda meydana gelen olası değişimlerden veya hedef popülasyonların sosyokültürel farklılığından kaynaklanıyor olabileceği düşünüldü.

Sigara kullanımı serviks, over, vulva, ve vajina kanserleri için risk faktörüdür (8) (9) (16) (43) (74). Litertürde yapılan çalışmalarda sigara içme durumları ile jinekolojik

kansere yönelik farkındalık ve bilgi düzeyi ile ilişki bulunmamış olup çalışmamız bu yönüyle literatür ile benzerlik göstermektedir (102) (117).

Alkol kullanımını vulva ve vajina kanseri için risk faktörüdür (68) (74). Atlas'ın yaptığı tez çalışmasında alkol kullanan kadınların kullanmayanlara göre JİKFÖ puan ortalamaları anlamlı oranda yüksek bulunmuştur (107).

Öz'ün 2021 yılında, JİKFÖ kullanarak İstanbul'daki iki eğitim ve araştırma hastanesi kadın doğum servislerinde yatarak tedavi gören 20 yaş üstü kadınlar ve refakatçileri ile gerçekleştirdiği tez çalışmasında ise alkol kullanım durumları arasında JİKFÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ancak alkol kullanan katılımcıların erken tanı ve bilgi farkındalığı alt boyut puanları kullanmayanlara göre daha yüksek olarak bulunmuştur (117).

Bizim çalışmamızda da alkol kullanım durumları arasında JKKBÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı. Ancak alkol kullanan kişilerin KÜO doğuma ilişkin riskler puanları, alkol kullanmayan kişilerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Literatür ile çalışmamız arasındaki farklılığın araştırmamıza katılan katılımcı popülasyonunun sosyokültürel farklılığından kaynaklandığını düşünüldü.

HIV enfeksiyonu, immün yetersizlik, tip 2 Diabetes Mellitus, obezite, metabolik sendrom gibi bazı kronik hastalıklar jinekolojik kanser risk faktörleri arasında yer almaktadır (14) (70) (71).

Kaya Şenol ve ark. 2021 yılında JİKFÖ kullanarak yaptıkları bir çalışmada kronik hastalığı olan ve olmayan kadınların JİKFÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı bildirilmiştir (118).

Gürel'in tez çalışmasında kronik hastalık varlığına göre serviks kanseri ve taramasına yönelik bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (28).

Filistin'de 2021 yılında 18 yaş ve üzerindeki 7058 kadın ile "Cervical Cancer Awareness Measure" ölçeğinin Arapça versiyonu kullanılarak yapılan bir çalışmada kronik hastalığı olan ve olmayanlar arasında serviks kanseri ve taramasına yönelik bilgi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (84).

Bizim çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak, kronik hastalığı olan ve olmayan kişiler arasında ve herhangi bir kronik hastalık için ilaç kullanan ve kullanmayanlar arasında JKKBÖ alt boyut ve toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı.

Gebelik, endometriyum ve over kanseri riskinin azalmasıyla ilişkilidir (9) (10). Gebelik ve doğum sayısı arttıkça serviks kanserinin görülme oranları da artmaktadır (44).

Atlas'ın tez çalışmasında 2 ve daha az gebelik geçirenlerin, 3 ve daha fazla gebeliği olanlara göre JİKFÖ toplam puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Ancak aynı çalışmada 2 ve daha az doğum yapan kadınlarla 3 ve daha fazla doğum yapan kadınlar arasında JİKFÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (107).

Kaya Şenol ve ark. gebelik sayısı 1-3 arasında olan kadınların JİKFÖ toplam puan ortalamalarını, gebelik sayısı 4 ve üzeri olan ve hiç gebe kalmayan kadınlardan daha yüksek olarak bulduklarını bildirmişlerdir. Aynı çalışmada doğum sayısı 1-3 arasında olan kadınların JİKFÖ toplam puan ortalamaları, doğum sayısı 4 ve üzeri olan ve hiç doğum yapmayan kadınlardan daha yüksek olarak bulunmuştur (118).

Mabelele ve ark. Tanzania'da 307 kadın ile gerçekleştirdikleri çalışmada parite ile serviks kanseri bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulmadıklarını bildirmişlerdir (119).

Nijerya'da çocuk doğurma yaşlarındaki 184 kadın ile 2020 yılında yapılan bir çalışmada farklı parite seviyelerindeki kadınların ortalama serviks kanseri bilgi puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı bildirilmiştir (120).

Bizim çalışmamızda gebelik sayısı ve canlı doğum sayısı ile JKKBÖ alt boyut ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı.

Erken ilk cinsel ilişki yaşı yüksek riskli HPV enfeksiyonu riskinin ve serviks kanseri riskinin artması ile ilişkilendirilmiştir (8) (121). İlk gebelik yaşının 20'den küçük olması ve ilk doğumun erken yaşta yapılması serviks kanseri önemli risk faktörlerindedir (44).

Atlas'ın tez çalışmasında, kadınlardan ilk cinsel ilişkisi 18 yaş ve altında olanların JİKFÖ toplam puanları 18 yaş üzerinde olanlardan daha yüksek bulunmuştur (107). Öz'ün tez çalışmasında ilk cinsel ilişkiye girme yaşı ile JİKFÖ toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (117).

Bizim çalışmamızda ise ilk cinsel ilişki yaşı ile JKKBÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu.

Literatür ile çalışmamızın bulguları arasındaki farklılığın katılımcıların sosyokültürel farklılığından kaynaklanmakta olduğu düşünüldü.

Serviks kanserinin birincil korumasında prezervatif kullanımının yeri önemlidir (8). Oral kontraseptif kullanımı endometrium ve over kanser riskini azaltırken, serviks kanseri riskini artırmaktadır (122).

Gürel'in tez çalışmasında halen gebelikten koruyucu yöntem kullanan ve kullanmayan katılımcıların serviks kanseri ve taramasına yönelik bilgi puan ortalamaları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (28).

Bizim çalışmamızda Gürel'in tez çalışmasına benzer şekilde, gebelikten korunma yöntemi kullanan ve kullanmayan kişiler arasında JKKBÖ alt boyut ve toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı.

Uzun süreli östrojen maruziyeti endometriyum kanseri için de bir risk faktörüdür. Kesintisiz ovulasyon döngüleri over kanseri risk faktörleri arasında yer alırken, yumurtlamanın durdurulması over kanserlerinin birincil korumasında kullanılabilen bir yöntemdir. Sürekli kombine östrojen-progestin tedavisinin uzun süreli kullanımı ve rahim içi araç (RİA) kullanımı endometriyal kanser riskinin azalmasıyla ilişkilidir (10) (11) (15).

Öz'ün kadın doğum servislerinde yatarak tedavi gören 20 yaş üstü kadınlar ve refakatçileri ile 2021 yılında yaptığı tez çalışmasında menopoza giren ve girmeyen katılımcıların JİKFÖ alt boyut ve toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (117).

Atlas'ın kadın doğum polikliniğine başvuran 400 jinekoloji hastası ile gerçekleştirdiği tez çalışmasında menopoza girmeyenlerin girenlerle karşılaştırıldığında

daha yüksek JİKFÖ puan ortalamasına sahip olduğu bulunmuş ve menopoza girmeyenlerin farkındalık düzeylerinin menopoza girenlerden daha yüksek olduğu belirtilmiştir (107).

Bizim çalışmamızda menopoza giren kişilerin JKKBÖ toplam bilgi puanları, menopoza girmeyen kişilerden yüksek olarak bulundu.

Liken skleroz, PKOS, cinsel yolla bulaşan HPV, HSV, HIV gibi enfeksiyonlar, pelvik inflamatuvar hastalık, endometriyozis gibi hastalıklar jinekolojik kanser gelişimi için risk faktörüdür (9) (10) (14) (16) (43) (123). Popülasyonun hastalık hakkında farkındalığı ve düzenli muayeneler hastalıkların erken tanısına yardımcı olarak etkili tedaviyi gecikmeden almalarını sağlar (19).

Atlas'ın tez çalışmasında jinekolojik yakınmalarla polikliniğe başvuran kadınların genel kontrol amacıyla polikliniğe başvuran kadınlara göre jinekolojik kanser farkındalıklarının yüksek olduğu belirlenmiştir (107).

Kish'in ABD'de gerçekleştirdiği tez çalışmasında düzenli muayeneye gitme durumu ile serviks kanseri bilgi seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (108).

Evcili ve Bekar'ın yaptıkları araştırmada ise düzenli olarak kendilerine vulva muayenesi yapan kadınların JKKBÖ toplam puan ortalamaları yapmayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (102).

Gürel'in tez çalışmasında düzenli olarak jinekolojik muayene yaptıran katılımcıların serviks kanseri ve taramasına yönelik ortalama bilgi puanı, yaptırmayanların bilgi puan ortalamalarından daha yüksek olarak bulunmuştur (28).

Bizim çalışmamızda Gürel'in tez çalışmasına benzer şekilde düzenli jinekolojik muayeneye giden kişilerin toplam bilgi puanları, gitmeyen kişilerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu.

Çalışmamızda jinekolojik hastalık öyküsü olan kişilerin JKKBÖ toplam puanları, olmayan kişilerden yüksek bulundu. Herhangi bir jinekolojik hastalık nedeni ile jinekolojik muayeneye giden kadınların sağlık profesyonelleri tarafından bilgilendirilmiş olabileceği veya jinekolojik muayene sonrası tanısı konmuş jinekolojik hastalıklarını

çeşitli kaynaklardan araştırmaları jinekolojik kanserler ve korunma yöntemleri konusundaki bazı bilgilere ulaşmış olabilecekleri düşünüldü.

Jinekolojik kanserlerde erken tanı ve tedavi edilme şansı, risk faktörleri ve semptomları hakkındaki bilgi düzeyinin artması, koruma ve tarama farkındalığı kadınlar için (82). Jinekolojik kanser insidansını azaltmanın en iyi yolu, halk arasında jinekolojik kanser farkındalığını artırmaktır (124).

Teskereci ve ark, jinekolojik kanserler hakkında bilgi alan kadınların JİKFÖ toplam puanlarını almayanlara göre daha yüksek olarak bulmuştur (105).

Özcan ve Demir Doğan'ın JİKFÖ kullanarak Gümüşhane şehir merkezinde yaşayan 20 yaş ve üzerindeki 382 kadın ile gerçekleştirdikleri çalışmada jinekolojik kanserlere yönelik bilgi sahibi olduğunu belirten kadınların farkındalıklarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bildirilmiştir (125).

Öz'ün yaptığı tez çalışmasında jinekolojik kanser hakkında bilgisi olduğunu ifade eden kadınların JİKFÖ toplam puanları bilgisi olmadığını belirtenlerin puanlarından daha yüksek olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada jinekolojik kanser tanı yöntemleri hakkında bilgisi olduğunu ifade eden kadınların JİKFÖ toplam puanları bilgisi olmadığını belirtenlerin puanlarından daha yüksek olarak bulunmuştur (117).

Gürel'in tez çalışmasında HPV-DNA testini daha önce duyan katılımcıların serviks kanseri ve taramasına yönelik ortalama bilgi puanı, duymayanların bilgi puan ortalamalarından daha yüksek olarak bulunmuştur (28).

Elmahdi ve ark. çalışmalarında daha önce over kanseri hakkında bilgi alan kadınların over kanseri konusundaki bilgi düzeylerini bilgi almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulduklarını bildirmişlerdir (98).

Evcili ve Bekar'ın yaptıkları araştırmada jinekolojik kanserlerden korunma ile ilgili çeşitli kaynaklardan bilgi alanların JKKBÖ toplam puanları almayanlara göre daha yüksek olarak bulunmuştur (102).

Literatürle uyumlu olarak bizim çalışmamızda da daha önce jinekolojik kanserler ve tarama testleri hakkında bilgi alan kişilerin JKKBÖ toplam ve tüm alt boyut puanları, bilgi almayan kişilerin puanlarından yüksek olarak bulundu. Çalışmamıza katılan 36-65

yaş arası kişilerin, evlilerin, jinekolojik hastalık öyküsü olanların, cinsel aktif olanların, düzenli jinekolojik muayeneye gidenlerin, Pap-smear testi ve HPV-DNA testi yaptıranların jinekolojik kanserler ve tarama testleri hakkında bilgi alma seviyesi anlamlı düzeyde yüksekti.

Serviks kanseri taramasında kullanılan iki testten birisi olan Pap-smear testi, serviks kanseri ve prekanseröz lezyonları erken tespit etmektedir (126). Serviks kanserine sebep olan en önemli faktör olan HPV enfeksiyonunun HPV DNA ile saptanması Pap-smear testinden daha sensitif bir yöntem olup kansere yol açabilecek HPV tiplerinin neden olduğu enfeksiyonları tespit etmektedir (47) (48).

Weng ve ark. çalışmalarında daha önce serviks kanseri taraması yaptıran kadınların serviks kanseri ve taramalarına yönelik bilgi düzeylerini yaptırmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olarak tespit ettiklerini bildirmişlerdir (116).

Tiiti ve ark. tarafından 18 yaş ve üzerindeki 526 kadın ile yapılan bir çalışmada daha önce Pap-smear yaptıran kadınların HPV'ye yönelik bilgi düzeyleri yaptırmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek olarak bulunmuştur, ancak Pap-smear yaptırma durumu ile servikal kanser risk faktörlerine yönelik bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (127).

Gürel'in tez çalışmasında daha önce Pap-smear ya da HPV-DNA testi yaptırmış olan katılımcıların ortalama bilgi puanı, yaptırmamış olanların bilgi puan ortalamalarından daha yüksek olarak bulunmuştur (28).

Evcili ve Bekar'ın yaptıkları araştırmada 18-34 yaş grubundaki kadınların (% 14.9) aksine ≥ 50 yaş grubundaki kadınların %50'sine Pap-smear testi yaptırılmıştır. Düzenli Pap-smear testi yaptıran kadınların JKKBÖ toplam puan ortalamaları, yaptırmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (102).

Çalışmamıza katılan 36-65 yaş arası kişilerin Pap-smear testi yaptırma oranları (%64.4), 18-35 yaş arası kişilerden (%15.9) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Evcili ve Bekar'ın bulgularına benzer şekilde bizim çalışmamızda da daha önce Pap-smear testi yaptıran kişilerin toplam puanları, test yaptırmayan kişilerin toplam puanlarından daha yüksek olarak bulundu. HPV-DNA testi yaptıran kişilerin kanser

belirtileri puanları ve tanıya ilişkin gözlemler puanları, test yaptırmayan kişilerin puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu.

Serviks kanserlerinin neredeyse tamamına, anal kanserlerin %90'ına, orofaringeal kanserlerin yaklaşık %70'ine ve vajina, vulva ve penis kanserlerinin %60-70'ine kalıcı HPV enfeksiyonu neden olmaktadır. Kız çocuklarında 17 yaşından önce HPV aşısı yaptırmanın invaziv serviks kanseri riskini %90 oranında azalttığı gösterilmiştir (128).

Atlas ve Er Güneri'nin JİKFÖ kullanarak 400 kadın ile yaptıkları bir çalışmada HPV aşısını yaptıрма durumuna göre JİKFÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bildirilmiştir (82).

Bizim çalışmamızda, aşının kullanım lisanslı olduğu 45 yaş ve altı kişilerde HPV aşısı yaptırmayı planlayan kişilerin toplam puanları, aşığı yaptıran ve yaptırmak istemeyen kişilerin toplam puanlarından anlamlı şekilde yüksek olarak bulundu. Aşığı yaptıran ve yaptırmak istemeyen kişiler arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı. HPV aşısının ücretli olması, aşı konusunda bilgilendirmenin yetersiz olması, farklı sosyokültürel ve sosyoekonomik altyapıya sahip topluluklar ile yapılan çalışmalarda HPV aşısı yaptıрма durumunu etkilemekte ve birbirinden farklı bulgulara erişilmesine yol açmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- 1- 18-65 yaş arası kadınların jinekolojik kanserlerden korunmaya yönelik bilgi durumlarını ve etkileyen faktörleri incelemenin amaçlandığı bu çalışmada; JKKBÖ toplam puan ortalaması $15,17 \pm 7,08$ bulundu.
- 2- Eğitim, medeni, çalışma, gelir durumları arasında JKKBÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı.
- 3- İlk cinsel ilişki yaşı ile JKKBÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmakta idi.
- 4- Adet kanamaları devam etmeyenlerin, jinekolojik hastalık öyküsü olanların, düzenli jinekolojik muayeneye gidenlerin, 36-65 yaş arası kişilerin, daha önce jinekolojik kanserler ve tarama testleri hakkında bilgi alanların ve Pap-smear testi yaptıranların JKKBÖ toplam puanları anlamlı düzeyde yüksekti.

- 5- 36-65 yaş arası kişilerin, evlilerin, jinekolojik hastalık öyküsü olanların, cinsel aktif olanların, düzenli jinekolojik muayeneye gidenlerin, Pap-smear testi ve HPV-DNA testi yaptıranların jinekolojik kanserler ve tarama testleri hakkında bilgi alma durumu anlamlı düzeyde yüksekti.
- 6- Jinekolojik kanserler kadınlarda en sık görülen kanserlerden olup erken tanı ve tarama yöntemleri ile saptanabilmektedir. Taramalar ve düzenli jinekolojik muayeneler ile erken tanıları mümkün olmasına rağmen kadınların taramalara yönelik bilgi düzeyleri tarama durumunu etkilemektedir.
- 7- Her yaştan ve cinsiyetten kişi ile ilk ve sıkı temas noktası olan birinci basamak hekimlerine kadınların jinekolojik kanserler, tarama testleri ve HPV aşısı hakkında bilgi sahibi olması konusunda büyük sorumluluk düşmektedir.
- 8- Birinci basamak hekimleri ve sağlık çalışanları başta olmak üzere tüm hekimlere ve sağlık çalışanlarına kanser taramalarının ve HPV aşısının önemi hakkında bilgilendirme faaliyetleri düzenlenmelidir.
- 9- Kadınlar, jinekolojik kanser taramalarına yönelik tarama testleri ve HPV aşısı konusunda bilgilendirilmeli, düzenli jinekolojik muayeneye gitme, tarama ve aşı yaptırma konusunda teşvik edilmelidir.

7. KAYNAKLAR

1. WHO / Home / Health topics / Cancer. https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1. Erişim Tarihi: 06.07.2022.
2. Rama Rao Malla, Kiranmayi Patnala, Deepak Kakara Gift Kumar, Rakshimitha Marni, (2021). Drug resistance in gynecologic cancers: Emphasis on noncoding RNAs and drug efflux mechanisms, Editor(s): Riyaz Basha, Sarfraz Ahmad, In Cancer Sensitizing Agents for Chemotherapy, Overcoming Drug Resistance in Gynecologic Cancers, *Academic Press*, Volume 17, 155-168.
3. IARC / Cancer Today / Home / Explore / Pie Chart a. https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=total&sex=2&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=30&group_cancer=0&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1&half_pie=0&donut=0. Erişim Tarihi: 20.07.2022.
4. IARC / Cancer Today / Home / Explore / Bar Chart. https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2020&mode=cancer&mode_population=countries&population=900&populations=792&key=asr&sex=2&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=55&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1&type_multiple=%257B%2522inc%2522%253Atrue%252C%2522mort%2522%253Afalse%252C%2522prev%2522%253Afalse%257D&orientation=horizontal&type_sort=0&type_nb_items=%257B%2522top%2522%253Atrue%252C%2522bottom%2522%253Afalse%257D. Erişim Tarihi: 22.07.2022.
5. Akman, L., Yıldırım, N., Terek, M.C., Özaran, Z., Alanyalı, S., Haydaroglu, A. ve ark. (2019) Korpus uteri kanserlerinin epidemiyoloji ve sağ kalım özellikleri. *Ege Tıp Dergisi*, 2019; 33-38.
6. Yetkin-Arik, B., Kastelein, A.W., Klaassen, I., Jansen, C., Latul, Y.P., Vittori, M. et al. (2021). Angiogenesis in gynecological cancers and the options for anti-angiogenesis therapy. *Biochimica et biophysica acta. Reviews on cancer*, 1875(1), 188446.
7. CDC / Cancer Home / Gynecologic Cancers / Types of Gynecologic Cancer. https://www.cdc.gov/cancer/gynecologic/basic_info/what-is-gynecologic-cancer.htm. Erişim Tarihi: 20.07.2022.
8. Cohen, P.A., Jhingran, A., Oaknin, A., & Denny, L. (2019). Cervical cancer. *The Lancet*, 393(10167), 169–182.
9. Amerikan Kanser Topluluğu (ACS) / Cancer facts and figures 2018 / Ovarian Cancer. <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2018/cancer-facts-and-figures-special-section-ovarian-cancer-2018.pdf>. Erişim Tarihi: 31.07.2022.

10. Amant, F., Mirza, M. R., Koskas, M., & Creutzberg, C. L. (2018). Cancer of the corpus uteri. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 143 Suppl 2, 37–50.
11. ACS / Endometrial Cancer Risk Factors. <https://www.cancer.org/cancer/endometrial-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html>. Erişim Tarihi: 31.07.2022.
12. ACS / Risk Factors for Uterine Sarcoma. <https://www.cancer.org/cancer/uterine-sarcoma/causes-risks-prevention/risk-factors.html>. Erişim Tarihi: 31.07.2022.
13. Jhingran A. (2022). Updates in the treatment of vaginal cancer. *International Journal of Gynecological Cancer: Official Journal of the International Gynecological Cancer Society*, 32(3), 344–351.
14. Merlo S. (2020). Modern treatment of vulvar cancer. *Radiology and oncology*, 54(4), 371–376.
15. Stewart, C., Ralyea, C., & Lockwood, S. (2019). Ovarian Cancer: An Integrated Review. *Seminars in Oncology Nursing*, 35(2), 151–156.
16. Olawaiye, A. B., Cuello, M. A., & Rogers, L. J. (2021). Cancer of the vulva: 2021 update. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: the Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 155 Suppl 1(Suppl 1), 7–18.
17. ACS/Cancer A-Z/Vulvar Cancer/Causes, Risk Factors, and Prevention. <https://www.cancer.org/cancer/vulvar-cancer/causes-risks-prevention/prevention.html>. Erişim tarihi: 10.08.2022.
18. ACS/Home/Cancer A-Z/Vaginal Cancer/Causes, Risk Factors, and Prevention. <https://www.cancer.org/cancer/vaginal-cancer/causes-risks-prevention/prevention.html>. Erişim Tarihi: 01.08.2022.
19. Basu, P., Mittal, S., Bhadra Vale, D., & Chami Kharaji, Y. (2018). Secondary prevention of cervical cancer. Best practice & research. *Clinical obstetrics & gynaecology*, 47, 73–85.
20. CDC/Cancer Home/ Gynecologic Cancers. https://www.cdc.gov/cancer/gynecologic/basic_info/. Erişim tarihi: 20.07.2022.
21. HSGM / Ulusal Kanser Tarama Standartları / Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/serviks-kanseri-tarama-programi-ulusal-standartlari.html>. Erişim Tarihi: 21.08.2022.
22. Teskereci, G., Arslan, Ü.Ö., & Öncel, S. (2022). The awareness levels of women for gynecologic cancer in Turkey: A cross-sectional study. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: the Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 156(3), 539–545.
23. Kani, S. & Bekar, M., (2020). Factors Affecting Women’s Approach to Gynecologic Examination for Cancer Prevention, *International Journal of Caring Sciences*. 13(1), 517-526.
24. Esin, M.N., Bulduk, S., & Ardic, A. (2011). Beliefs about cervical cancer screening among Turkish married women. *Journal of Cancer Education: the Official Journal of the American Association for Cancer Education*, 26(3), 510–515.

25. Sevil, S., Kevser, O., Aleattin, U., & Ozlem, D. (2013). The frequency of having pap-smear tests among women between 15-64 years old and the evaluation of the level of their knowledge. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 63(7), 873–877.
26. Özel, Ş., Öz., M. & Üstün, Y., (2019) Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşu Çalışanlarının Serviks Kanseri Taraması Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi, *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 16(4), 2667-7849.
27. Pınar, G., Topuz, Ş., An, Ş., Doğan, N., Kaya, N. & Algier, L.. (2010). Başkent üniversitesi ankara hastanesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran kadınların HPV aşısı ve serviks kanseri ile ilgili bilgi düzeyleri. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 13. 11-18.
28. Gürel, Z. (2020). Rahim ağzı kanseri taraması inanç ölçeği'nin (RAKTİ ölçeği) Türkçe'ye uyarlanması ve Ankara'da bir üniversitenin 30 yaş ve üzeri kadın idari personelinin ulusal rahim ağzı kanseri tarama programına katılımı ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara.
29. Tekpınar, H., Özen, M., Aşık, Z., (2018) Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran hastaların kanser taramalarına ilişkin yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 22(1), 28-36.
30. Berman, J. R., Adhikari, S. P., & Goldstein, I. (2000). Anatomy and Physiology of Female Sexual Function and Dysfunction. *European Urology*, 38(1), 20–29.
31. ABD Ulusal Kanser Enstitüsü / SEER Eğitim Modülleri / Kadın Dış Genital Organları. <https://training.seer.cancer.gov/anatomy/reproductive/female/genitalia.html>. Erişim Tarihi: 22.09.2022.
32. Graziottin, A., & Gambini, D. (2015). Anatomy and physiology of genital organs – women. *Handbook of Clinical Neurology*, 39–60.
33. ABD Ulusal Kanser Enstitüsü / SEER Eğitim Modülleri / Kadın Üreme Sistemi. <https://training.seer.cancer.gov/anatomy/reproductive/female/tract.html>. Erişim Tarihi: 23.09.2022.
34. ABD Ulusal Kanser Enstitüsü / SEER Eğitim Modülleri / Overler. <https://training.seer.cancer.gov/anatomy/reproductive/female/ovaries.html> Erişim Tarihi: 28.09.2022.
35. IARC / Cancer Today / Home / Explore / Pie Chart b. https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=total&sex=1&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=5&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1&half_pie=0&donut=0. Erişim Tarihi: 06.07.2022.
36. IARC / Cancer Today / Home / Explore / Pie Chart c. https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=total&sex=2&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=5&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1&half_pie=0&donut=0. Erişim Tarihi: 20.07.2022.

37. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü / TÜRKİYE KANSER İSTATİSTİKLERİ 2017. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2017.pdf#page=59&zoom=100,44,697. Erişim Tarihi: 22.07.2022.
38. IARC / Cancer Today / Home / Data & methods. <https://gco.iarc.fr/today/data-sources-methods>. Erişim Tarihi: 20.07.2022.
39. Weiderpass, E., & Labrèche, F. (2012). Malignant Tumors of the Female Reproductive System. *Safety and Health at Work*, 3(3), 166–180.
40. Tokunaga, H., Shimada, M., Ishikawa, M., & Yaegashi, N. (2019). TNM classification of gynaecological malignant tumours, eighth edition: changes between the seventh and eighth editions. *Japanese Journal Of Clinical Oncology*, 49(4), 311–320.
41. IARC / Cancer Today / Home / Explore / Pie Chart d. https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=total&sex=2&cancer=39&type=1&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=30&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1&half_pie=0&donut=0. Erişim Tarihi: 21.07.2022.
42. IARC / Cancer Today / Home / Explore / Dual Bar Chart. https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-dual-bars-2?v=2020&mode=cancer&mode_population=regions&population=982&populations=&key=asr&sex=2&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=26&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1&dual_distribution=1&population2=989&show_values&type_multiple=%257B%2522inc%2522%253Atrue%252C%2522mort%2522%253Atrue%252C%2522prev%2522%253Afalse%257D&type_sort=0#collapse-group-1-1-4. Erişim Tarihi: 21.07.2022.
43. Crosbie, E.J., Einstein, M.H., Franceschi, S., & Kitchener, H.C. (2013). Human papillomavirus and cervical cancer. *Lancet (London, England)*, 382(9895), 889–899.
44. Pınar, G., Algıer, L., Çolak, M., & Abbasoğlu, A. (2007). Hemşirelerin serviks kanseri ve HPV aşısı hakkındaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi, *Türk Jinekoloji Onkoloji Dergisi*, 10(4), 94-98.
45. Bhatla, N., Aoki, D., Sharma, D.N., & Sankaranarayanan, R. (2021). Cancer of the cervix uteri: 2021 update. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: the Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 155 (Suppl 1), 28–44.
46. Meites, E., Szilagyi, P.G., Chesson, H.W., Unger, E.R., Romero, J.R., Markowitz, L.E. (2019). Human Papillomavirus Vaccination for Adults: Updated Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2019 (68) 698–702.
47. Rijkaart, D.C., Heideman, D.A., Coupe, V.M., Brink, A.A., Verheijen, R.H., Skomedal, H., et al. (2012). High-risk human papillomavirus (hrHPV) E6/E7 mRNA testing by PreTect HPV-Proofer for detection of cervical high-grade intraepithelial neoplasia and cancer among hrHPV DNA-positive women with normal cytology. *Journal of Clinical Microbiology*, 50(7), 2390–2396.

48. Koliopoulos, G., Nyaga, V.N., Santesso, N., Bryant, A., Martin-Hirsch, P.P., Mustafa, R.A., et al. (2017). Cytology versus HPV testing for cervical cancer screening in the general population. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(8), CD008587.
49. Dijkstra, M.G., Van Niekerk, D., Rijkaart, D.C., Van Kemenade, F.J., Heideman, D.A.M., Snijders, P.J.F., et al. (2013). Primary hrHPV DNA Testing in Cervical Cancer Screening: How to Manage Screen-Positive Women? A POBASCAM Trial Substudy. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 23(1), 55–63.
50. US Preventive Services Task Force. Screening for Cervical Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2018;320(7):674–686.
51. Akova, İ., Hasdemir, Ö., Türkoğlu, H., Özdemir, M.E., & Akova, M.F. (2020). 30- 65 Yaş Kadınlarda Serviks Kanseri Tarama Oranları ve Sonuçlarının Değerlendirilmesi. Uluslararası Sağlıklı Yaşam Kongresi.
52. Koskas, M., Amant, F., Mirza, M.R., & Creutzberg, C. L. (2021). Cancer of the corpus uteri: 2021 update. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: the Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 155 Suppl 1(Suppl 1), 45–60.
53. ACS / Cancer A-Z / Endometrial Cancer / Treating Endometrial Cancer / Surgery for Endometrial Cancer. <https://www.cancer.org/cancer/endometrial-cancer/treating/surgery.html>. Erişim tarihi: 21.08.2022.
54. ACS / Cancer A-Z / Endometrial Cancer / Treating Endometrial Cancer / Chemotherapy for Endometrial Cancer. <https://www.cancer.org/cancer/endometrial-cancer/treating/chemotherapy.html>. Erişim tarihi: 21.08.2022.
55. ACS / Cancer A-Z / Endometrial Cancer / Treating Endometrial Cancer / Radiation Therapy for Endometrial Cancer. <https://www.cancer.org/cancer/endometrial-cancer/treating/radiation.html>. Erişim tarihi: 21.08.2022.
56. ACS / Cancer A-Z / Endometrial Cancer / Treating Endometrial Cancer. <https://www.cancer.org/cancer/endometrial-cancer/treating.html>. Erişim tarihi: 21.08.2022.
57. ACS / Ovarian Cancer. <https://www.cancer.org/cancer/ovarian-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html>. Erişim Tarihi: 31.07.2022.
58. Guo, H., Guo, J., Xie, W., Yuan, L., & Sheng, X. (2018). The role of vitamin D in ovarian cancer: epidemiology, molecular mechanism and prevention. *Journal of Ovarian Research*, 11(1), 71.
59. Berek, J.S., Kehoe, S.T., Kumar, L., & Friedlander, M. (2018). Cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: the Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 143 Suppl 2, 59–78.
60. ACS / Home / Cancer A-Z / Ovarian Cancer / Treating Ovarian Cancer. <https://www.cancer.org/cancer/ovarian-cancer/treating.html>. Erişim tarihi: 13.07.2022.
61. ACS / Home / Cancer A-Z / Ovarian Cancer / Treating Ovarian Cancer / Targeted Drug Therapy for Ovarian Cancer. <https://www.cancer.org/cancer/ovarian-cancer/treating/targeted-therapy.html>. Erişim tarihi: 14.07.2022.

62. ACS / Home / Cancer A-Z / Ovarian Cancer / Treating Ovarian Cancer / Hormone Therapy for Ovarian Cancer. <https://www.cancer.org/cancer/ovarian-cancer/treating/hormone-therapy.html>. Erişim tarihi: 14.07.2022.
63. USPSTF / Recommendation / Final Recommendation Statement: Ovarian Cancer: Screening. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/document/RecommendationStatementFinal/ovarian-cancer-screening>. Erişim Tarihi: 31.07.2022.
64. U.S. Preventive Services Task Force (2005). Genetic risk assessment and BRCA mutation testing for breast and ovarian cancer susceptibility: recommendation statement. *Annals of Internal Medicine*, 143(5), 355–361.
65. HSGM / Kanser Taramaları. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari>. Erişim Tarihi: 03.08.2022.
66. HSGM, Türkiye Kanser Kontrol Programı 2016. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/Kitaplar/TURKIYE_KANSER_KONTROL_PROGRAMI_2016.pdf. Erişim tarihi: 09.08.2022.
67. Woelber, L., Jaeger, A., & Prieske, K. (2020). New treatment standards for vulvar cancer 2020. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, 32(1), 9–14.
68. Rakislova, N., Saco, A., Sierra, A., Del Pino, M., & Ordi, J. (2017). Role of Human Papillomavirus in Vulvar Cancer. *Advances in Anatomic Pathology*, 24(4), 201–214.
69. Weinberg, D., & Gomez-Martinez, R.A. (2019). Vulvar Cancer. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 46(1), 125–135.
70. Wichmann, I.A., & Cuello, M.A. (2021). Obesity and gynecological cancers: A toxic relationship. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: the Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 155 (Suppl 1), 123–134.
71. ACS / Cancer A-Z / Vulvar Cancer / Causes, Risk Factors, and Prevention. <https://www.cancer.org/cancer/vulvar-cancer/causes-risks-prevention/prevention.html>. Erişim tarihi: 02.08.2022.
72. Di Donato, V., Bellati, F., Fischetti, M., Plotti, F., Perriola, G., & Panici, P.B. (2012). Vaginal cancer. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 81(3), 286–295.
73. Yang, J., Delara, R., Magrina, J., Magtibay, P., Langstraat, C., Dinh, T. et al. (2020). Management and outcomes of primary vaginal Cancer. *Gynecologic Oncology*, 159(2), 456–463.
74. ACS/Home/Cancer A-Z/Vaginal Cancer/Causes, Risk Factors, and Prevention. <https://www.cancer.org/cancer/vaginal-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html>. Erişim Tarihi: 01.08.2022.
75. Rajaram, S., Maheshwari, A., & Srivastava, A. (2015). Staging for vaginal cancer. Best practice & research. *Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 29(6), 822–832.
76. ACS/Home/Cancer A-Z/Vaginal Cancer/Early Detection, Diagnosis, and Staging. <https://www.cancer.org/cancer/vaginal-cancer/detection-diagnosis-staging/detection.html>. Erişim Tarihi: 04.08.2022.

77. Green Book.
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1065283/HPV-greenbook-chapter-18a.pdf. Erişim Tarihi: 30.07.2022.
78. Ayesha, N., Aboulaghras, S., Jahangeer, M., Riasat, A., Ramzan, R., Fatima, R., et al. (2021). Physiopathology and effectiveness of therapeutic vaccines against human papillomavirus. *Environmental Science and Pollution Research International*, 28(35), 47752–47772.
79. Aydoğdu, S.G.M. & Özsoy, Ü. (2018). Serviks kanseri ve HPV. *Androl Bul.* 2018(20):25-29
80. Batkın Devrim, S. (2019). Çankaya ilçesi birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki sağlık çalışanlarının ve hastaların serviks kanserinin erken tanısına yönelik bilgi ve tutumlarının araştırılması, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
81. Gözüyeşil, E., Arıöz Düzgün, A. & Ünal Aslan, K. S. (2019). Kadınların serviks kanserinden korunma ve erken tanıya yönelik tutumlarının değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(4), 229-238.
82. Atlas, B. & Er Güneri, S. (2022). Kadınların Jinekolojik Kanserlerle İlgili Farkındalığı ve Farkındalığı Etkileyen Faktörler. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(1), 77-85.
83. Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R.L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., et al. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209–249.
84. Elshami, M., Thalji, M., Abukmail, H., Al-Slaibi, I., Alser, M., Radaydeh, A., et al. (2021). Knowledge of cervical cancer risk factors among Palestinian women: a national cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 21(1), 385.
85. Melo, E.M.F., Linhares, F.M.P., Silva, T.M., Pontes, C.M., Santos, A.H.S., Oliveira, S.C. (2019). Cervical cancer: knowledge, attitude and practice on the prevention examination. *Rev Bras Enferm.* 72(3), 25-31.
86. Abudukadeer, A., Azam, S., Mutailipu, A.Z., Qun, L., Guilin, G., & Mijiti, S. (2015). Knowledge and attitude of Uyghur women in Xinjiang province of China related to the prevention and early detection of cervical cancer. *World Journal Of Surgical Oncology*, 13, 110.
87. Muzenda, T. (2019). Comparing women's unprompted and prompted knowledge of breast and cervical cancer risk factors and symptoms in Sub-Saharan Africa. Faculty of Health Sciences, Department of Public Health and Family Medicine.
88. Al-Azri, M., Al-Saidi, M., Al-Mutair, E., & Panchatcharam, S.M. (2018). Awareness of Risk Factors, Symptoms and Time to Seek Medical Help of Ovarian Cancer amongst Omani Women Attending Teaching Hospital in Muscat Governorate, Oman. *Asian Pacific Journal Of Cancer Prevention*, 19(7), 1833–1843.
89. Aga, S.S., Yasmeen, N. & Khan, M.A. (2022). Cervical Cancer and Its Screening: Assessing the Knowledge, Awareness, and Perception among Health and Allied Students. *Education Research International*. 2022.1-17.

90. Khanna, D., Khargekar, N. & Budukh, A. (2019) Knowledge, attitude, and practice about cervical cancer and its screening among community healthcare workers of Varanasi district, Uttar Pradesh, India. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 8(5), 1715-1719.
91. Molokwu, J., Fernandez, N. P., & Martin, C. (2014). HPV awareness and vaccine acceptability in hispanic women living along the US-Mexico border. *Journal Of Immigrant and Minority Health*, 16(3), 540–545.
92. Georges, K., Armel Herve N.K., Simo Richard, T., Jeremie, M.A. & Charlette, N. (2017). Knowledge and behavior of women on cervical cancer in the northern region of Cameroon. *Front Womens Healt*, 2(3), 3-4.
93. Aguemon, B., Damien, G., Sossa, C., Padonou, S., Jennifer, M., Raud, M., et al. (2021). Cervical Cancer Screening: Knowledge, Participation and Associated Factors among Women in the Dantokpa Market in Benin. *Universal Journal of Public Health*. 9. 163-172.
94. Ramathuba, D.U., Ngambi, D., Khoza, L.B., & Ramakuela, N.J. (2016). Knowledge, attitudes and practices regarding cervical cancer prevention at Thulamela Municipality of Vhembe District in Limpopo Province. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 8(2), 1–7.
95. Salani, R., Husain, M., Oldach, B. & Katz, M.L. (2014). Assessment of Women’s Knowledge of Endometrial Cancer. *Gynecol Obstet (Sunnyvale)*, 4(11), 253.
96. Blake, K.D., Ottenbacher, A.J., Finney Rutten, L.J., Grady, M.A., Kobrin, S.C., Jacobson, R.M. et al. (2015). Predictors of human papillomavirus awareness and knowledge in 2013: gaps and opportunities for targeted communication strategies. *American Journal of Preventive Medicine*, 48(4), 402–410.
97. Kim, J., Dove, M.S., & Dang, J. (2022). Sociodemographic factors associated with HPV awareness/knowledge and cervical cancer screening behaviors among caregivers in the U.S. *BMC Women's Health*, 22(1), 335.
98. Elmahdi, N., Latiff, L., Mehrnoosh, A.Z., Ismail, M., Manaf, R., Shah, A. et al. (2017). A Cross-sectional Study of Ovarian Cancer Knowledge and Its Determinants among Female Employees in a. *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences*. 13. 71-79.
99. Saki, S., Ali, N., Saki, S., Sadeq, Z., AlRemeithi, F., Carrick, F. et al. (2021). Barriers to healthcare seeking, beliefs about ovarian cancer and the role of socio-economic position. A cross-sectional multilevel study in Dubai, a multicultural society. *Journal of Public Health Research*. 10(3).
100. Deniz, S., Kurt, B., Oğuzöncül, A.F., Nazlıcan, E., Akbaba, M., & Nayir, T. (2017). Knowledge, attitudes and behaviours of women regarding breast and cervical cancer in Malatya, Turkey. *PLOS ONE*, 12(11), e0188571.
101. Erenoğlu, R. (2020). Awareness Levels of Married Women Aged 20-60 Years about Gynaecological Cancer and the Affecting Factors. *International Journal of Caring Sciences*, 13(1), 457.
102. Evçili, F. & Bekar, M. (2020), "Prevention of gynecological cancers: the affecting factors and knowledge levels of Turkish women", *Journal of Health Research*, 34 (5) 431-441.

103. Gultekin, M., Kucukyildiz, I., Karaca, M. Z., Dunder, S., Boztas, G., Turan, S. H., et al. (2017). Trends of Gynecological Cancers in Turkey. *International Journal of Gynecological Cancer*, 27, S1–S9.
104. Venkata Lakshmi, S., Deepa Lakshmi, K.P., Bharath, C., Saravanan, N., Shaik, S.S., Nagilla, J. (2022) Cervical cancer knowledge and attitude among a cohort of female schoolteachers in Salem city – A cross-sectional survey. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. (11)7, 3459-3464.
105. Teskereci, G., Arslan, Ü.Ö., & Öncel, S. (2021). The awareness levels of women for gynecologic cancer in Turkey: A cross-sectional study. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*.
106. Alp Dal, N. & Ertem, G. (2017). Jinekolojik kanserler farkındalık ölçeği geliştirme çalışması. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 6 (5), 2351-2367.
107. Atlas, B. (2020). Çiğli bölge eğitim hastanesine başvuran kadınların jinekolojik kanserlerle ilgili farkındalığı. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
108. Kish, J.K. (2012). Culture and Context: Upstream Determinants of Cervical Cancer Among Haitian Immigrants Living in Miami, Florida. University of Miami, Doctoral Dissertation, Coral Gables.
109. Gatumo, M., Gacheri, S., Sayed, A.R., & Scheibe, A. (2018). Women's knowledge and attitudes related to cervical cancer and cervical cancer screening in Isiolo and Tharaka Nithi counties, Kenya: a cross-sectional study. *BMC cancer*, 18(1), 745.
110. Kumari, S., Ojha, N. & Bista, K.D. (2022). Knowledge, Attitude, and Practice of Cervical Cancer Screening Among Women Attending a Gynecology Clinic at a Tertiary Level Hospital. *International Journal of Cancer Care and Delivery*. 2022, 2(1).
111. Moodley, J., Constant, D., Mwaka, A.D., Scott, S.E., Walter, F.M. (2020) Mapping awareness of breast and cervical cancer risk factors, symptoms and lay beliefs in Uganda and South Africa. *PLOS ONE* 15(10): e0240788.
112. Weiderpass, E., Pukkala, E., Vasama-Neuvonen, K., Kauppinen, T., Vainio, H., Paakkulainen, H. et al. (2001). Occupational exposures and cancers of the endometrium and cervix uteri in Finland. *American Journal of Industrial Medicine*, 39(6), 572–580.
113. Alam, Z., Dean, J.A., & Janda, M. (2022). What do South Asian immigrant women know about HPV, cervical cancer and its early detection: A cross-sectional Australian study. *Journal of Migration And Health*, 5, 100102.
114. Benard, V. B., Johnson, C. J., Thompson, T. D., Roland, K. B., Lai, S. M., Cokkinides, V. et al. (2008). Examining the association between socioeconomic status and potential human papillomavirus-associated cancers. *Cancer*, 113(10 Suppl), 2910–2918.
115. Saslow, D., Solomon, D., Lawson, H. W., Killackey, M., Kulasingam, S. L., Cain, J. et al. (2012). American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology Screening Guidelines for the Prevention and Early Detection of Cervical Cancer. *American Journal of Clinical Pathology*, 137(4), 516–542.

116. Weng, Q., Jiang, J., Haji, F.M., Nondo, L.H., & Zhou, H. (2020). Women's knowledge of and attitudes toward cervical cancer and cervical cancer screening in Zanzibar, Tanzania: a cross-sectional study. *BMC cancer*, 20(1), 63.
117. Öz, S. (2021). 20 Yaş ve Üzeri Kadınların Jinekolojik Kansere İlişkin Bilgi ve Farkındalıkları ile Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
118. Kaya Şenol, D., Polat, F. & Doğan, M. (2021). Gynecological Cancer Awareness: Reproductive Age and Postmenopausal Women. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 15 (1), 56-62.
119. Mabelele, M.M., Materu, J., Ng'ida, F.D., & Mahande, M.J. (2018). Knowledge towards cervical cancer prevention and screening practices among women who attended reproductive and child health clinic at Magu district hospital, Lake Zone Tanzania: a cross-sectional study. *BMC cancer*, 18(1), 565.
120. Stella, N. & Ikechukwu, O. (2020). Effect of age and parity on knowledge of cervical cancer screening among women of child bearing age in Anambra State. *Academic Journal of Life Sciences*. 6(7) 83-92.
121. Louie, K.S., de Sanjose, S., Diaz, M., Castellsagué, X., Herrero, R., Meijer, C.J., et al. (2009). Early age at first sexual intercourse and early pregnancy are risk factors for cervical cancer in developing countries. *Br J Cancer*. 100(7):1191-7.
122. Şahin, E. & Özduvar, Y. (2017). Oral kontraseptiflerin ilaç, bitki ve besinlerle etkileşimi. *Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences*, 1(1), 40-52.
123. Güner, H. & Taşkiran, T. (2007). Epidemiology of cervical cancer and the role of human papilloma virus. *J Turk Soc Obstet Gynecol*. 4(1), 11-19.
124. Alp Dal, N., Akkuzu, G. & Çetinkaya Şen, Y. (2020). Ufuk üniversitesi kadın çalışanlarının jinekolojik kanser farkındalığının incelenmesi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3 (2), 91-99.
125. Özcan, H., & Demir Doğan, M. (2021). Gynecological Cancer Awareness Among Women. *Indian Journal of Gynecologic Oncology*, 19(1).
126. Tsikouras, P., Zervoudis, S., Manav, B., Tomara, E., Iatrakis, G., Romanidis, C. et al. (2016). Cervical cancer: screening, diagnosis and staging. *Official Journal of the Balkan Union of Oncology*, 21(2), 320–325.
127. Tiiti, T.A., Bogers, J., & Lebelo, R.L. (2022). Knowledge of Human Papillomavirus and Cervical Cancer among Women Attending Gynecology Clinics in Pretoria, South Africa. *International Journal of Environmental Research And Public Health*, 19(7), 4210.
128. ACS, Cancer Facts & Figures 2022. <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2022/2022-cancer-facts-and-figures.pdf>. Erişim tarihi: 04.10.2022.