T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

JİNEKOLOJİK KANSERLİ HASTALARDA AİLE PLANLAMASI YÖNTEM KULLANIMI

ARZU MALAK

DANIŞMAN
YARD. DOÇ. DR. GÜLAY RATHFİSCH

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

İSTANBUL-2011

TEZ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programında Arzu Malak tarafından hazırlanan Jinekolojik Kanserli Hastalarda Aile Planlaması Öyküsü başlıklı Yülsek Lisans tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

26 / 08 / 2011

Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı) İmzası

1.Prof.Dr.Hediye Aslan Haliç Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Öğretim Üyesi

2.Doç.Dr.Nevin Hotun Şahin İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

3.Yard.Doç.Dr.Gülay Rathfisch (Danışman) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

4.Yard.Doç.Dr.Ümran Oskay İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

5.Yard.Doç.Dr.Ergül Aslan İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Arzu MALAK

İTHAF

Yaşamım boyunca sevgi ve desteğini esirgemeyen canım aileme ithaf ediyorum

TEŞEKKÜR

Değerli bilgi ve deneyimleri ile beni her zaman aydınlatan ve pozitif enerjisiyle tezimin tamamlanmasında çok büyük katkıları olan danışmanım Sayın Yrd.Doç.Dr. Gülay RATHFISCH'e,

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi'nde görev yapan tüm hocalarıma ve Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu'nda olan başta Sayın Yrd. Doç. Dr. Tülin YILDIZ olmak üzere ülkenin aydınlanması için büyük emek harcayan tüm hocalarıma,

Tez hazırlığım boyunca, hiçbir zaman maddi ve manevi desteğini esirgemeyen, her zaman yanımda olduklarını hissettiren Sayın Ali CAN ve Doğan KAPICIOĞLU'na,

Sevgimi, sevincimi, üzüntümü paylaştığım başta Emine DEMİR olmak üzere tüm değerli arkadaşlarıma,

Yaşamım boyunca sevgi ve desteğini esirgemeyen, benim her alanda doğru ve dürüst bir birey olarak yetişmem için elinden gelen tüm çabayı gösteren, beni sevgi ve şefkatiyle besleyen canım anneme, canım babama ve en zor günlerimde hep arkamda olan eşsiz kardeşlerime,

Ve adını sayamadığım katkıda bulunan herkese tüm içtenliğimle teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ ..... Vİİİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ ..... İX
ÖZET X
ABSTRACT ..... Xİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. Aile Planlaması ve Tarihçesi 3
2.1.1. Aile Planlaması Yöntemleri 6
2.1.1.1. Hormonal Yöntemler 7
2.1.1.2. Bariyer Yöntemler 16
2.1.1.3. Gönüllü Cerrahi Sterilizasyon 20
2.1.1.4. Doğal Aile Planlaması 21
2.1.2. Türkiye'de Doğurganlığı Düzenleyen Yöntemlerin Kullanımı 22
2.2. Kanser 25
2.2.1. Jinekolojik Kanserler 26
2.2.1.1. Over Kanseri 27
2.2.1.2. Endometrium Kanseri 29
2.2.1.3. Serviks Kanseri 31
2.2.1.4. Vulva Kanseri 33
2.3. Jinekolojik Kanserler ve Aile Planlaması 35
3. GEREÇ VE YÖNTEM 39
3.1. Araştırmanın Yeri 39
3.2. Araştırmanın Amacı ve Şekli 39
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 39
3.3.1. Araştırmaya Katılım Kriterleri 40

3.4. Verilerin Toplanması 40
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları 41
3.6. Etik Konular 41
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi 42
4. BULGULAR 43
5. TARTIŞMA 64
5.1. Hastaların Sosyodemografik, Jinekolojik, Obstetrik, Jinekolojik Kanser ve Aile Planlaması Yöntemleri İle İlgili Özelliklerine Ilişkin Bulguların Tartışılması 65
5.2. Jinekolojik Kanserli Hastaların Sosyodemografik, Jinekolojik, Obsteterik Ve Aile Planlaması Yöntemlerinin Kullanımı İle İlişkisini Gösteren Bulguların Tartışılması..69
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 74
KAYNAKLAR 76
FORMLAR 84
ETİK KURUL KARARI 88
ÖZGEÇMİŞ 89

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Aile Planlaması Yöntemleri 7
Tablo 2-2: Doğurganlıktaki değişmeler 23
Tablo 2-3: Gebeliği önleyici yöntem kullanımındaki değişmeler 24
Tablo 4-4: Hastaların Bireysel Özellikleri 43
Tablo4-5: Hastaların Beden Kitle İndeksi ve Sağlık Davranışlarına Göre Dağılımları . 45
Tablo 4-6: Hastaların Tanıları ve Hastalık Öyküsüne Göre Dağılımları 46
Tablo 4-7: Hastaların Ailelerinde Kanser Öyküsüne İlişkin Özelliklere Göre Dağılımları 48
Tablo 4-8: Hastaların Menstruasyon Özelliklere Göre Dağılımları 49
Tablo 4-9: Hastaların Gebelik ve Doğuma İlişkin Özelliklere Göre Dağılımları 51
Tablo 4-10: Hastaların Kontraseptif Yöntem Kullanma Durumuna Göre Dağılımları .. 53
Tablo 4-11: Sosyodemografik Özelliklere Göre Kanser Türlerinin Dağılımlarının Karşılaştırılması 55
Tablo 4-12: Beden Kitle İndeksi ve Sağlık Davranışlarına Göre Kanser Türü Dağılımlarının Karşılaştırılması 56
Tablo 4-13: Kronik Hastalık ve İlaç Kullanma Durumuna Göre Kanser Türlerinin Karşılaştırılması 57
Tablo 4-14: Aileleri Kanser Öyküsüne İlişkin Özelliklere Göre Kanser Türü Dağılımlarının Karşılaştırılması 58
Tablo 4-15: Menstruasyon Özellikleri ve HRT Kullanma Durumuna Göre Kanser Türü Dağılımlarının Karşılaştırılması 59
Tablo 4-16: Gebelik ve Doğuma İlişkin Özelliklere Göre Kanser Türü Dağılımlarının Karşılaştırılması 61
Tablo 4-17: Aile Planlaması Yöntem Kullanma Durumuna Göre Kanser Türü Dağılımlarının Karşılaştırılması 62

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ACS: Amerika Kanser Birliği

AÇSAP: Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması

BKI: Beden Kitle İndeksi

CYBH: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık

DES: Dietilstilbesterol

DMPA: Depo Provera

DSÖ (WHO): Dünya Sağlık Örgütü

GLOBOCAN: Global Kanser Veritabanı

HPV: Human Papilloma Virüs

HRT: Hormon Replasman Tedavisi

HSV: Herpes Simplex Virüsü

KOK: Kombine Oral Kontraseptif

PIH: Pelvik Inflamatuar Hastalık

RİA: Rahim İçi Araç

TAPD: Türkiye Aile Planlaması Derneği

TDA: Türkiye Doğurganlık Araştırması

TDK: Türk Dil Kurumu

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

UNFPA: Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu

ÖZET

Malak, A. (2011). Jinekolojik Kanserli Hastalarda Aile Planlaması Yöntem Kullanımı. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Araştırma jinekolojik kanserli hastaların aile planlaması yöntem kullanım öykülerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı retrospektif tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın evrenini İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Jinekolojik Onkoloji Anabilim Dalı Jinekolojik Onkoloji servisinde Ağustos 2009- Ağustos 2010 tarihleri arasında yatan 153 hasta, örneklemini ise araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 126 hasta oluşturdu. Verilerin toplanmasında literatür eşliğinde geliştirilen soru formu kullanıldı.

Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistik olarak sayı ve yüzde, değişkenlere göre kanser türlerinin dağılımlarının karşılaştırılmasında ki-kare analizi (çok gözlü, Pearson ki-kare) kullanıldı. Sonuçlar %95' lik güven aralığında, anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

Elde edilen veriler sonucunda, hastaların yaş ortalamasının 57,48±13,17 olduğu, %45,2'sinin over kanserli, %37,3'ünün endometrium kanserli, %17,5'inin serviks kanserli olduğu saptandı. Hastaların aile planlaması yöntemleri kullanımına göre dağılımlarına bakıldığında %77,8'inin (n=98) herhangi bir aile planlaması yöntemi kullandığı; oral kontraseptif kullananlar tüm hastaların %15,9'unu (n=20) oluştururken, RİA kullananlar %17,5'ini, kondom kullananlar %7,9'unu (n=10), geri çekme yöntemi kullananlar %55,6'sını (n=70), tüp ligasyonu kullananlar %0,8'ini (n=1), takvim yöntemi kullananlar %6,3'ünü (n=8) oluşturdu. Hastaların oral kontraseptif (χ^2:0,604 p: 0,739**)**, RİA (χ^2:1,237 p: 0,539**),** kondom (χ^2:4,989 p: 0,083**)** ve geri çekme yöntemi (χ^2:2,345 p: 0,310**),** kullanma durumuna göre kanser türleri dağılımları arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olmadığı saptandı. ($p>0,05$)

Sonuç olarak, bu çalışmada kullanılan aile planlaması yönteminin jinekolojik kanser yakalanma riskini etkilemediği bulundu.

Anahtar kelimeler: Jinekolojik kanserler, aile planlaması, over kanseri, serviks kanseri, endometrium kanseri.

ABSTRACT

Malak, A. (2011). Usage of Family Planning Methods in Patients With Gynecologic Cancer, Istanbul University, Institute of Health Science, Department of Gynecologic and Obstetrics Nursing. Master's Thesis. Istanbul.

This descriptive- retrospective type of study was performed to determine usage of family planning methods in patients with gynecologic cancer.

The study population included 153 patients who hospitalized in Istanbul University Cerrahpaşa Medical Faculty, Department of Gynecologic Oncology, Gynecologic Oncology Service, in August 2009- August 2010. The sampling included 126 patients who accepted to participate voluntarily.

The questionnaire which was developed based on literature review, used for the collection of the data.

The data were evaluated in computer program by using statistical tests such as frequency, percentage and to compare distribution of types of cancers Chi-Square was used. Results were evaluated according to confidence interval 95 % and significance p< 0, 05.

At the end of the study, it was determined that the mean age of the patients was 57,48±13,17 years, 45,2% of them with ovarian cancer, 37,3 % of them endometrial cancer and 17,5 of them cervical cancer. Looking at distributions based on the use of family planning methods; 77.8% (n=98) used any family planning methods, 15.9 % (n=20) of all patients used oral contraceptives, 17.5 % of them use IUD, 7.9% (n=10) of them use condom, 55.6% (n=70) of them use withdrawal method, 0.8 % (n=1), of them use tubal ligation and 6.3% (n=8) of them use calendar method.

According to patients' use of oral contraceptives (χ^2:0,604 p: 0,739**)**, IUD (χ^2:1,237 p: 0,539**)**, condom (χ^2:4,989 p: 0,083**)** and withdrawal methods (χ^2:2,345 p: 0,310**)**, distributions of types of cancers were found statistically non-significant (p>0,05).

As a result, in this study it was found that used family planning methods were not affect risk of gynecologic cancers.

Key Words: gynecological cancers, family planning, ovarian cancers, cervical cancers, endometrial cancers.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanlık tarihi kadar eski olan kanser hastalığı, bu konuda yapılan sayısız çalışmalara rağmen günümüzde, dünyada ve ülkemizde en çok ölüme neden olan hastalıklar arasında %22'lik oranla ikinci sıradaki yerini korumaktadır. Bu yönüyle, her toplum için önemli bir sağlık sorunu oluşturmaktadır (Reis 2003; Fouget 2005; Tuncer 2007; 2009).

Dünya Sağlık Örgütü 2008 verilerine göre 12,4 milyon yeni kanser vakası (erkeklerde 6.672.000 ve kadınlarda 5.779.000) ve 7,6 milyon kanser kaynaklı ölüm (erkeklerde 4.293.000 ve kadınlarda 3.300.000) görüldüğü tahmin edilmektedir (Boyle ve Levin 2008). 2030 yılında ise dünyada 24 milyon insan kansere yakalanacak, 17 milyon insan aynı yıl yaşamını kanser nedeniyle yitirecektir. 2030 yılında 75 milyon insan kanserle yaşıyor olacaktır (Tuncer 2007; 2009).

Amerika Birleşik Devletlerinde her yıl yaklaşık 24.000 kadın over, endometrium ve serviks kanseri nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir (Visvanathan ve Helzlsouer 2005). Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın 2005 yılı verilerine göre ise kanser insidansı 100.000 de 173,85 olup kadın kanserleri insidansı 100.000'de 144,54'tür (Sağlık Bakanlığı 2006).

Ülkemizde kadınlarda en sık görülen 10 kanser türü arasından jinekolojik kanserlerin görülüş sıklığına bakıldığında, 1996 yılı verilerine göre 3. sırada over kanseri, 7. sırada serviks kanseri; 2002 yılı verilerine göre 4. sırada endometrium kanseri, 5. sırada over kanseri, 10. sırada serviks kanseri; 2003 yılı verilerine göre 4. sırada over kanseri, 7. sırada endometrium kanseri, 9. sırada serviks kanseri yer almaktadır. Türkiye 2005 yılı kanser istatistiklerinde jinekolojik kanserlerin görülüş sıklığına bakıldığında en sık over kanseri görülmekte olup bunu endometrium kanseri ve serviks kanseri izlemektedir. Sağlık Bakanlığı 2005 verilerine göre over kanseri 100000' de 6,04 oranla kadınlarda görülen kanserler arasında 7 sıradadır. Endometrium kanseri 100000' de 5,38 insidansla 9. Sırada, serviks kanseri 100000' de 5,31 insidansla 10. sıradadır (Sağlık Bakanlığı 2006).

Jinekolojik kanserler, bu oranlarla meme kanserinden sonra kadınlardaki morbidite ve mortalitenin en büyük nedenlerinden biridir. Jinekolojik kanserler, kadınlarda görülen kanserlerin %15' ini ve kansere bağlı ölümlerin de %10' unu oluşturur (Mandel 2008). Özelde kadını, genelde ailenin ve toplumun sağlığını da

etkileyen bir sağlık sorunudur (Uçar ve Bekar 2010). Bu nedenle jinekolojik kanserlerin görülme sıklığını tespit etmek, jinekolojik faktörlerle ilişkili risk faktörlerini belirlemek, jinekolojik kanserlerin nedenini araştırmak, jinekolojik kanserlerden korunma ve tedavide uygun stratejiler geliştirmek giderek daha büyük önem taşımaktadır (Pınar ve ark. 2008b).

Aynı şekilde günümüzde aile planlaması yöntemi kullanımı da kadını ilgilendiren önemli konulardan biridir. Kullanılan yöntemin etkinliği ve etkileri ile ilgili bir çok araştırma bulunmaktadır. Hormon içeren aile planlaması yöntemlerin jinekolojik kanser üzerine olan etkisi bazı araştırmalar sonucu ile desteklenmiştir (Ness ve ark. 2000; Pınar ve ark. 2008b; Dorjgochoo ve ark. 2009).

Literatürde oral kontraseptif kullanımının ve tüp ligasyonu yaptırmanın over kanseri riskini azattığı belirtilmektedir (Cıbula ve ark. 2001; Tworoger ve ark. 2007; Grimbizis ve Tarlatzis 2009; Ness ve ark. 2011). Bunun yanında oral kontaseptif kullanımı serviks kanserine yakalanma riskini arttırdığı literatür bilgileri arasındadır. Kondom kullanımı cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korurken serviks kanserine yakalanma riskini de azaltmaktadır. RİA kullanımı da serviks kanserine yakalanma riskini arttırırken endometrium kanserine yakalanma riskini azaltmaktadır. Oral kontraseptif kullanımı endometrium kanserine yakalanma riskini azaltırken tüp ligasyonu endometrium kanserine yakalanma riskini arttırmaktadır (Parazzini ve ark. 1994; Rosenblatt ve Thomas 1996; Hill 1997; Cıbula ve ark. 2001; Benshushan ve ark. 2002; Epstein 2003; Miller ve ark. 2003; Greer ve ark. 2005; Masters ve Everett 2005; Curtis ve ark. 2006; Tao ve ark. 2006; Sasieni 2007; Dorjgochoo ve ark. 2009)

Jinekolojik kanserlerin erken tanısı, etkili ve yaygın bir tarama programının olmadığı ülkemizde kadın sağlığı açısından önem taşımaktadır. Jinekolojik kanserlerden birincil koruma, hemşirelerin temel sorumluluklarından biri olan sağlık eğitimini içerir (Pınar ve ark. 2008a). Toplum ve bireyle sürekli iletişimde bulunan hemşireler bu konuda sağlık danışmanlığı yaparak (tek eşli cinsel yaşam, hijyen kuralları, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma, aile planlaması yöntemlerinin kullanımı vb. konularda) ve uygun veri toplayarak bireyleri doğru sağlık alışkanlıkları konusunda bilgilendirmelidir (Ness ve ark. 2000; Tworoger ve ark. 2007; Pınar ve ark. 2008b; Dorjgochoo ve ark. 2009).

Bu bağlamda çalışma, jinekolojik kanserli hastaların aile planlaması yöntem kullanımını belirlemek amacıyla planlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Planlaması ve Tarihçesi

1984 yılında Mexico City' de yapılan Uluslar arası Nüfus Konferansı'nda aile planlaması; 'bütün çiftlerin ve bireylerin istedikleri sayıda çocuk sahibi olma ve doğumların arasını açmaya serbestçe ve sorumluca karar vermeleri ve bu amaçla bilgi, eğitim ve araçlara sahip olmaları' olarak kabul edilmiş ve uluslar arası oy birliği ile bu yaklaşım güvence altına alınmıştır (Özvarış 2002).

Türkiye Aile Planlaması Derneği, aile planlamasını, bir ailenin ihtiyaç ve kaynaklarını önceden tahmin ederek, kendi arzusu ile istediği sayıda ve istediği zaman çocuk sahibi olmak suretiyle ihtiyaç ve kaynakları arasında bir denge kurması şeklinde tanımlamıştır (TAPD 2011). Aile planlaması hem istenmeyen gebelikleri, hem de aşırı doğurganlığı önleyerek anne ve çocuk sağlığına olumlu katkıda bulunan, dolayısıyla toplumun sağlık düzeyinin yükselmesinde rol oynayan önemli bir sağlık hizmetidir (Özvarış 2002).

Dünya'da Aile Planlamasinin Tarihçesi

İlk çağlarda çocukların tamamen kendiliğinden olduğu sanılırmış. Kadınlar rahimlerindeki fetüs'e bazı kötü ruhların neden olduğunu düşünerek, bu ruhları kendilerinden uzak tutmak için, "bellerine, boyunlarına" bazı süs eşyaları asmaktan ya da dua etmekten medet umarlarmış. Örneğin, Eski Yunan ve Roma'da kadınların gebelikten korunmak amacıyla, "dişi aslan döl yatağından, kedi ciğerinden" ya da "çocuk dişinden" yapılmış büyüler taktıkları bilinmektedir. Dünya'da doğum kontrolünü uygulayan ilk çift ne düşünmüşse aile planlaması da aynı amaca yönelik düşünülmüştür. Konuya ilişkin ilk yazılı belgeler M.Ö. 2700 yıllarından kaldığı sanılan Çince belgelerde daha çok, çocuk düşürmek suretiyle doğumun önlenmesinden söz edilmekle birlikte, gebeliği önleyecek yöntemlerden de söz edilmektedir. Daha sonra M.Ö. 1850'de yazılmış Petrie Papirüsü ve M.Ö. 1550'de yazılmış Ebers Papirüslerinde gebeliği önlemek için önerilen değişik yöntemlere rastlanmaktadır (Öztürk 2011).

Doğum kontrolünün çok daha eski olmasına karşın, olayı bir nüfus sorunu olarak ele alan kişinin Aristo olduğu söylenir. Yunanlı filozof; şehir devletlerindeki nüfusun sabit tutulmasıyla topluma en büyük yararın sağlanacağını savunmuştur. Bu amaçla

çocuk sayısını sınırlandırıcı kanunlar çıkarılmasını önermiştir. M.S.II. Yüzyılda yaşamış olan Roma'nın ünlü hekimi "Soranus" gebe kalmayı önlemenin daha kolay ve daha doğru olduğunu savunan ilk düşünürlerdendir (Hatcher ve ark. 1990; UNFPA 2002; Güler ve Akın 2006; Öztürk 2011).

Aşırı doğurganlığı önleme düşüncesinin dünya çapında yaygınlaşması 1750'lere rastlar ise de bu dönemlerde daha çok üst sınıfların üzerinde durdukları bir konu halindeymiş. Konunun bir halk hareketi haline gelmesi 19. Yüzyılda ve batının endüstri çağına giren ülkelerinde olmuştur. Halka gebeliği önleme yöntemlerinin öğretilmesini ilk olarak savunan kişi bir İngiliz papazı olan Jeremy Benthan'dır (Kahraman 2005; Güler ve Akın 2006)

Benthan'ın etkisinde kalan ve bir işçi olan Francis Place, doğum kontrolü konusunda bir kampanya açmış ve 1832'de doğum kontrolünü savunan bildiriler dağıtmıştır. Aynı dönemde yaşayan Thomas Malthus 1824'de yazdığı " nüfus üzerine özet bir görüş" adlı yayında gıda üretiminin aritmetik diziyle, buna karşılık nüfus artışının geometrik diziyle çoğaldığını söyleyerek bu gidişe bir son verilmez ise dünyayı açlık ve felaketlerin beklediğini savunmuştur. Aynı tarihlerde Richard Carlie doğum kontrol yöntemlerini öğreten bir kitap yayınlamıştır. Bu fikirler tüm Avrupa ülkelerinde de yaygın taraftar bulmuş ve 1882 yılında Hollanda'da ilk "aile planlaması" kliniği açılmıştır. (Hatcher ve ark. 1990; UNFPA 2002; Güler ve Akın 2006; Çayan 2009 Öztürk 2011).

Aşırı doğurganlığı kontrol hareketi, Avrupa'da hızla yayılırken, ABD'de bu hareketin gelişmesi yavaş ve oldukça zor olmuştur. Hareketin öncülüğünü Charles Knowltan adlı hekim yapmıştır. 19. Yüzyılda yaşayan Knowltan gebeliğin önlenmesi konusunda yazdığı bir kitaptan dolayı, ahlaka aykırı yayın yaptığı gerekçesiyle hapsedilmiştir. Daha sonra ise 1916 yılında bir aile planlaması kliniği açan bir hemşire Margaret Sanger, bu olaydan dolayı hapse mahkum edilmiştir (UNFPA 2002; AÇSAP 2005a; Güler ve Akın 2006; Öztürk 2011)

Doğumları kontrol altına alma düşüncesi zamanla ülke ve memleketleri kapsayarak yaygınlaşıp gelişirken, konuyu devlet politikası düzeyinde ele alan ilk ülke Japonya'dır. Japonya 1948 yılında kürtajı serbest bırakmış ve ailelerden 2-3 çocuktan fazla çocuk sahibi olmamaları istemiştir. 10 yılda kaba doğum hızı binde 30'dan binde 18'e düşmüştür. Japonya'dan sonra hızlı nüfus artışını devlet politikası olarak ele alan diğer ülke Hindistan olmuştur (Öztürk 2011).

Mısırlıların veneriyal hastalıklara karşı kullandıkları "penis koruyucuları" 1564'te Gabriella Follopius tarafından İtalya'da prezervatif ya da başka bir isimle "kaput" gebelikten korunma yöntemi olarak kullanılmıştır. Bir aile planlaması yöntemi olarak kullanılan diyafram ise 1880'de "Mensinga" tarafından bulunmuştur (Şirin ve Kavlak 2008; Öztürk 2011).

Diğer yandan, 1920'lerde Japonya'da Ogino, Avusturalya'da Knaus doğru fizyoloji bilgilerine dayalı olarak günümüzde kullanılan "takvim" yönteminin temelini atmışlardır. Modern etkili yöntemlerden bir diğeri ise tıp literatüründe "rahim içi araç" tanımı ile ilk olarak 1909'da Almanya'da Richard Richter tarafından yapılmıştır. Bu aracın evrensel çapta rağbet görmesi ise 1962 yılında Newyork'da yapılan bir toplantı sonucunda olmuştur (Çayan 2009; Öztürk 2011).

Hormonal steroid hapların tarihi oldukça yenidir. 1934'de saf progesteronun elde edilmesinden sonra mümkün olabilmiştir. Bu ilaçların sentezi ilk kez 1952'de Calton tarafından yapılmıştır. İnsanlardaki ilk uygulamaları ise 1956–1958 yıllarında Garcia, Pincus ve Rock Tarafından yapılarak kontraseptif olarak kullanılabileceği bildirilmiştir. İzleyen yıllarda ABD'de bu hapların reçete ile satışına izin verilmiş ve yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır (Gökmen ve ark 2001; Öztürk 2011).

Türkiye'de Aile Planlamasının Tarihçesi

Dünyada olduğu kadar ülkemizde de hızlı nüfus artışının ve bunun yarattığı sorunların tartışıldığı dönem olmuştur. Hızlı nüfus artışı, hala dünya ülkelerinin tümünü ilgilendiren 'küresel' sorunlardan birini oluşturmaktadır (Gökmen ve ark 2001; Özlece 2006).

Türkiye Cumhuriyeti'nde nüfus konusu ilk kez 1920'de Atatürk tarafından bir politika olarak ele alınmış ve günün koşullarının gerektirdiği üzere pronatalist politika benimsenmiştir. Bu dönemde Türkiye yeni çıktığı dört büyük savaş, sıtma ve tifüs gibi hastalıklar nedeni ile büyük nüfus kaybına uğramıştı. Hem insan gücüne dayanan tarım için, hem de askeri güç için nüfusa gereksinim vardı. Pronatalist politika, isteyerek çocuk düşürmenin, gebeliği önleyici ilaç ve araçların satılmasının, kullanılmasının ve bu konuda eğitim ve propaganda yapılmasının yasaklanması, altıdan fazla çocuğu bulunan annelere ikramiye ve madalya verilmesi ve çok çocuklu ailelerin yol vergisinden muaf tutulması gibi önlemleri kapsayan yasalarla yürütülmüştür (Gökmen ve ark 2001; Oltuoğlu 2008).

Nüfus artışı sorun olmaya 1950'de başlamış, nüfus artış hızı binde 22'ye çıkmıştır. Sorunun öneminin 1955'de açıkça ortaya çıkmasına karşın hiçbir önlem alınmadan 1960'a gelinmiştir. Önlem alma çabaları 1960'ta başlamış, 1962'de Türkiye Büyük Millet Meclisi Birinci Beş Yıllık Sosyal ve Ekonomik Kalkınma Planı'nda antinatalist politikayı kabul etmiştir. Konu TBMM'de büyük tartışmalara yol açmış, uygulamaya geçilmesi 10 Nisan 1965'de 557 sayılı Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun'un çıkması ile mümkün olmuştur. Bu kanunla gebeliği önleyici ilaç, araç ve gerecin satışı, dağıtımı, kullanımı, eğitimi ve propagandası serbest bırakılmış, ancak gönüllü cerrahi kısırlaştırma ve isteyerek çocuk düşürme kapsam dışında kalmıştır. Antinatalist politika, 1980'e kadar çeşitli şekillerde ele alınmıştır. Birinci Beş Yıllık Sosyal ve Ekonomik Kalkınma Planı'nda nüfus sorunu ekonomik bir sorun olarak kabul edilmiştir. İkinci Beş Yıllık Sosyal ve Ekonomik Kalkınma Planı'nda aile planlaması terimi kullanılmış, ana ve çocuk sağlığı düzeyinin yükselmesinin ekonomik kalkınmaya yardımcı olacağı belirtilmiştir. Üçüncü ve dördüncü kalkınma planlarında aile planlaması sadece sağlık için gerekli görülmüştür. Uygulamada, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından Aile Planlaması klinikleri açılmış, eğitim çalışmaları yapılmıştır (UNFPA 2002; AÇSAP 2005a; 2005b; Güler ve Akın 2006).

Aile planlaması ile ilgili ikinci yasal düzenleme 27 Mayıs 1983 gün ve 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanunun yayınlanması ile yapılmıştır. Yeni yasada, gönüllü cerrahi kısırlaştırmanın ve on haftaya kadar olan gebeliklerde isteğe bağlı çocuk düşürmenin serbest bırakılmasının yanı sıra, sektörler arası işbirliğinin öngörülmesi ve uygulamalarda eğitilmiş hekim dışı sağlık personelinden yararlanılması gibi önemli iki yenilik daha yer almıştır (UNFPA 2002; AÇSAP 2005a; 2005b; Güler ve Akın 2006).

2.1.1. Aile Planlaması Yöntemleri

Aile planlaması yöntemleri; modern / geleneksel, etkili / etkisi sınırlı, geri dönüşümlü / geri dönüşümsüz, kadın / erkek yöntemleri gibi çok farklı şekilde sınıflandırılmaktadır. Aile planlaması yöntemlerinin bu sınıflaması tablo 2-1'de görülmektedir (AÇSAP 2005a; Güler ve Akın 2006).

Tablo 2-1: Aile Planlaması Yöntemleri

MODERN/GELENEKSEL (ETKILI/ETKISI SINIRLI) YÖNTEMLER		GERI DÖNÜŞÜMLÜ/GERI DÖNÜŞÜMSÜZ YÖNTEMLER		KADIN / ERKEK YÖNTEMLERI	
MODERN	**GELENEKSEL**	**GERI DÖNÜŞÜMLÜ**	**GERI DÖNÜŞÜMSÜZ**	**KADIN**	**ERKEK**
RİA	GERI ÇEKME	RİA	TÜP LIGASYONU	RİA	GERI ÇEKME
HAP	TAKVIM	HAP	VAZEKTOMI	HAP	KONDOM
KONDOM	VAJINAL DUŞ	KONDOM		SPERMISIT	VAZEKTOMI
SPERMISIT	DIĞER AILE PLANLAMASI YÖNTEMLERI	SPERMISIT		DIYAFRAM	
DIYAFRAM		DIYAFRAM		DEPO PROVERA	
DEPO PROVERA		DEPO PROVERA		MESIYGNA	
MESIYGNA		MESIYGNA		DERİ ALTI IMPLANT	
DERİ ALTI IMPLANT		DERİ ALTI IMPLANT		TÜP LIGASYONU	
TÜP LIGASYONU		DIĞER AILE PLANLAMASI YÖNTEMLERI		DIĞER AILE PLANLAMASI YÖNTEMLERI	
VAZEKTOMI					

2.1.1.1. Hormonal Yöntemler

Oral Kontraseptifler

Oral kontraseptiflerin kullanımına ilk kez 1956 yılında Porto Rico'da başlanmıştır. 1960 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde oral kontraseptif kullanımının onaylanmasından bu yana birçok retrospektif ve retrospektif çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalar sonucunda oral kontraseptiflerin yan etki ve risklerinin azaltılması amacıyla içerdikleri östrojen ve progestin miktarları azaltılmış, yeni progestinler geliştirilmiştir. Böylece, oral kontraseptifler yararlı etkilerinin yan etki ve sorunlarından daha fazla olması nedeniyle güvenle kullanılan bir yöntem olmuştur (AÇSAP 2005a).

Günümüzde, gelişmiş ülkelerde, yaklaşık 24 milyon evli kadın ya da bir başka deyişle, doğurgan yaştaki evli kadınların %14'ü doğum kontrol hapı kullanmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde de yaklaşık 38 milyon evli kadın (doğurgan yaştaki kadınların yaklaşık %6'sı) hap kullanmaktadır (AÇSAP 2005a).

2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçlarından elde edilen bilgilere göre, kadınların %98'i oral kontraseptifleri bilmekte, %62'si oral kontraseptifleri eczanelerden, %34' ü ise yöntemi sağlık ocaklarından elde etmektedir. Ancak halen evli kadınlar arasında oral kontraseptif kullananların oranı %5,3'dür (TNSA 2008).

2008 TNSA verilerine göre oral kontraseptif bırakma hızı %50' dir. Yöntemi bırakma nedenleri arasında, yan etkiler %27,9 ile ilk sırada yer alırken, bunu gebe kalma isteği (%22,1) ve yöntem başarısızlığı (%8,7) izlemektedir.

Kombine Oral Kontraseptifler

Tanım: Kombine oral kontraseptif kullanımı (KOK) çok güvenilir bir kontraseptif yöntemdir. KOK'lar, doğal kadınlık hormonları östrojen ve progesteronun sentetik formlarını içerir. 21 ya da 28 günlük paketler halinde hazırlanmıştır. Ülkemizde 22 tablet içeren preparatlar da vardır (Gökmen ve ark 2001; Mumcu 2004).

Etkililik: Kombine oral kontraseptifler, son derece etkili, geri dönüşü olan kontraseptif yöntemlerdir. Doğru kullanıldığında %99,9 etkilidir. Kullanımın ilk yılında 1000 kullanıcıdan 1'inde gebelik gözlenir. Olağan kullanımdaki başarısızlık nedenlerinin başında kullanıcı uyumsuzluğu gelmektedir. Kullanıcılar hap alma konusunda iyice bilgilendirilir ve hap alma alışkanlıklarını güçlendirmeye yönelik danışmanlık hizmeti alırlarsa, yöntemi daha başarılı şekilde ve uzun süre kullanırlar. (AÇSAP 2005a).

Olumlu Yönleri: Doğru kullanıldığında son derece etkilidir. Kullanılması kolaydır. Cinsel ilişkiyi etkilemez. Gebe kalma kuşkusu olmadan cinsel ilişkiye girmek, ilişkiden alınan zevki artırır. Kadın gebe kalmak istemediği sürece kullanabilir. Ara vermeye gerek yoktur. Menarştan menopoza kadar her yaşta kullanılabilir. Yöntemi bırakmak için sağlık personeline gerek yoktur. Yöntem bırakıldığında doğurganlık geri döner. Korunmasız bir cinsel ilişkiden sonra acil kontrasepsiyon amacıyla kullanılabilir. Demir eksikliği anemisini azaltır. Akneye iyi gelebilir. Menstruasyon kanamaları

miktarca az, daha kısa süreli ve düzenli hale gelir. Menstruasyon ağrıları çok azalır ya da kaybolur (Hatcher ve ark 1990; Şahin ve Bulduk 2004).

Olumsuz Yönleri: Her gün hap almanın hatırlanması gerekir, aksi takdirde etkili değildir. Kilo artışı olabilir. Depresyon ve cinsel istek azalması gibi ruhsal değişiklikler olabilir. Lekelenme ya da ara kanamaları görülebilir. Bazı ilaçlarla (barbitüratlar, fenitoin, fenilbutazon, rifampisin ve diğer bazı antibiyotikler) etkileşimi vardır. Kan basıncı yüksek olan, 35 yaşın üstünde ve aynı zamanda günde 20'den fazla sigara içen kadınlarda nadiren kalp krizine ve bacak derin venlerinde tromboza neden olabilir. Kan basıncını yükseltebilir. Klamidya enfeksiyonu riskini artırır. Anne sütünün miktarını ve niteliğini etkilediğinden emziren kadınlar için uygun değildir. HIV/AIDS dahil CYBH'lere karşı koruyucu değildir. Yönteme devam etmek için en az 1 aylık fazla hap bulundurulmalıdır (Hatcher ve ark 1990; Güler ve Akın 2006).

Yan Etkileri: Bulantı, kilo artışı, amenore, akne, baş ağrısı, memelerde hassasiyet, baş dönmesi (AÇSAP 2005a; 2005b).

Yalnız Progestin İçeren Haplar (Minihaplar)

Yalnız progestin içeren haplar (minihap) KOK'lara alternatif olarak geliştirilmiştir. Yalnız progestin içeren haplarda KOK'lara oranla daha düşük dozda progestin bulunur ve bunlar östrojen içermez. Minihap, menstrüel siklus boyunca ve menstrüasyon sırasında alınır. Bu haplar, kadında doğal olarak oluşan servikal mukusu kalınlaştırarak spermin geçişine engel olur (Hatcher ve ark 1990; AÇSAP 2005a)

Tanım: Minihaplar yalnızca progestin içeren, gerek östrojenin kontrendike olduğu durumlarda, gerekse acil kontrasepsiyon amacıyla kullanılabilen preparatlardır. (AÇSAP 2005a)

Etki mekanizması: Yalnız progestin içeren minihap, her gün ve günün aynı saatinde alınmalıdır. Minihap gebeliği aşağıda açıklandığı şekilde önler:

- Servikal mukusu kalınlaştırarak spermlerin geçmesini önler.
- Siklusların %40-60'ında ovülasyonu engeller.
- Tubal motiliteyi yavaşlatır.
- Endometriyumu incelterek implantasyon olasılığını azaltır (Hatcher ve ark 1990; Şahin ve Bulduk 2004).

Etkililik: Minihap, kadın emzirdiği sürece, doğumu izleyen dokuz ay boyunca %98,5 oranında etkilidir. Diğer zamanlarda (emzirmeyen kadınlarda ya da lohusalık dönemi dışında) güvenilirliği %96'ya düşer (AÇSAP 2005a).

Olumlu Yönleri: Menstruasyon kanaması miktarını ve krampları azaltır. KOK'lara oranla, kilo alma, bulantı gibi yan etkiler daha azdır. Kanser ya da kardiyovasküler hastalık riskini artırdığını gösteren bir veri yoktur (bu nokta özellikle ileri yaştaki kadınlar için önemlidir, çünkü bu gruptaki kadınlar olası kardiyovasküler riskleri nedeniyle, kombine hapları kullanamayabilirler). Anne sütünün niteliğini değiştirmez, miktarını artırabilir. Dokuz aydan kısa bir süre önce doğum yapmış emziren kadınların çoğu için en uygun yöntemlerden biridir. Kombine haplara oranla, kan basıncını yükseltme, baş ağrısı ve depresyona neden olma riski daha azdır. Pıhtılaşma riskini arttırmaz. Metabolizma (özellikle karbonhidrat metabolizması) üzerinde etki yapma olasılığı azdır. Bu nedenle, diyabetik kadınların güvenle kullanabileceği düşünülmektedir. Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz (Gökmen ve ark 2001; Mumcu 2004; AÇSAP 2005; Güler ve Akın 2006).

Olumsuz yönleri: Emzirme azaldıkça ya da sona erince etkisi azalır**.** KOK'lara oranla ara kanaması, lekelenme, amenore ve menstrual düzensizlikleri daha fazla görülür. KOK'lardan birinin unutulmasına oranla, minihaplardan birinin alınmaması durumunda gebe kalma olasılığı daha yüksektir. Bu nedenle yalnız progestin içeren haplar, her gün aynı saatte hap alabilecek durumda olmayan kadınlar için uygun bir kontraseptif yöntem değildir. CYBH'lere karşı koruyuculuğu yoktur (Hatcher ve ark 1990; AÇSAP 2005a)

Enjekte Edilen Kontraseptifler

Enjekte edilen kontraseptifler, uzun etkili hormon preparatı içeren kontraseptif yöntemlerdir. İçerdikleri hormon tipine göre sadece progesteron içeren enjekte edilen kontraseptifler ve kombine (östrojen ve progestin içeren) enjekte edilen kontraseptifler olmak üzere iki ana gruba ayrılır (AÇSAP 2005a; 2005b).

Kombine Enjekte Edilen Kontraseptifler

Kombine enjekte edilen kontraseptifler 1960'lardan beri araştırılmaktadır. Çok değişik formülasyonlar denenmiştir; halen dünyada kabul gören iki preparat bulunmaktadır: Cyclofem (5 mg estradiol cypionate + 25 mg medroxyprogesteron

acetate) ve Mesigyna (5 mg estradiol valerate + 50 mg norethisteron enantate). Bunlardan Mesigyna 1997 yılından beri ülkemizde kullanılmaktadır (AÇSAP 2005a).

Tanım: Kombine enjekte edilen kontraseptifler, östrojen ve progesteron içerir. Bu nedenle, uygulama yolu farklı olmasına karşın, içerik olarak KOK'lara benzemektedir. Tek başına progesteron kontraseptif etki için yeterlidir. Östrojen eklenmesinin nedeni, daha iyi bir siklus kontrolü sağlamak, dolayısıyla sadece progesteron içeren yöntemleri kullananlarda sık karşılaşılan kanama düzensizliklerini gidermektir. Ayda bir uygulandığı için aylık enjekte edilen kontraseptifler de denmektedir (UNFPA 2002; AÇSAP 2005a; 2005b; Şirin ve Kavlak 2008; TAPD 2011).

Etki mekanizması: KOK'larda olduğu gibi ovülasyonun baskılanması, servikal mukusun kalınlaşması ve endometriyumun inaktif hale gelmesi ile gebelik oluşması engellenir (AÇSAP 2005a).

Etkililik: Kombine enjekte edilen kontraseptifler gebelikten korumada çok etkilidir. Başarısızlık hızı yaklaşık %0,1-0,2 arasındadır (AÇSAP 2005a).

Olumlu Yönleri: Son derece etkilidir. Uygulanması kolaydır. İleri yaştaki kadınlar (sigara içmiyorlarsa) da kullanabilir. Cinsel ilişki sürecinden bağımsızdır. Pelvik enfeksiyon ve over kanserine karşı koruyucu etkisi vardır. Bırakıldığı zaman fertilite geri döner. Bir sonraki iğneyi yaptırmak dışında akılda tutulması gereken hiçbir şey yoktur. Ektopik gebelikleri ve demir eksikliği anemisini önler (UNFPA 2002; AÇSAP 2005a).

Olumsuz Yönleri: Enjeksiyonlar için kliniğe gitmek gerekir. Sadece progesteron içeren preparatlarla karşılaştırıldığında, ayda bir yapılma zorunluluğu kullanımı biraz zorlaştırmaktadır. KOK'larla karşılaştırıldığında kanama düzeninde aksamalara neden olabilir. Bazı kadınlarda, kullanım bırakıldığında menstruasyon gecikebilir. CYBH'lere karşı koruyuculuğu yoktur. Emziren anneler, doğumdan sonraki ilk 6 ayda kullanamaz. Kilo artışına neden olabilir. Östrojene bağlı komplikasyonlar açısından risk grubunda olan kadınlar kullanamaz (Hatcher ve ark. 1990; Güler ve Akın 2006).

Yan Etkileri: Menstruasyon düzeninde aksama**,** baş ağrısı, migren atakları**,** baş dönmesi**,** halsizlik, yorgunluk**,** vücut ağrıları**,** memelerde gerginlik ve ağrı**,** kilo artışı (AÇSAP 2005a).

Yalnız Progestin İçeren Enjekte Edilen Kontraseptifler

İçinde yalnızca progestin bulunan enjekte edilen kontraseptifler, 1950'lerde geliştirilmiştir. Başlangıçta endometriyozis, endometriyal kanser, dismenore, hirsutizm ve kanama düzensizliklerinin tedavisinde kullanılmış, 1960'larda kontraseptif olarak gündeme gelmiştir (AÇSAP 2005a; 2005b; Katırcı 2008).

Tanım: Yaygın olarak kullanılan, yalnız progestin içeren iki değişik tip enjekte edilen kontraseptif vardır: Depo Provera ve Noristerat. Depo Provera 3 ayda bir, Noristerat ise 2 ayda bir uygulanır. Bunlardan DMPA ülkemizde ruhsatlıdır (Hatcher ve ark. 1990; AÇSAP 2005a).

Etki mekanizması: Uzun süreli etki gösteren bu progestinler, ovülasyonu engeller, servikste spermin penetrasyonunu azaltan kalın bir mukus oluşturur. Enjekte edilen kontraseptif kullanan kadınlarda endometriyum inaktif ve sürekli kullanımla atrofik hale gelir (Güler ve Akın 2006).

Etkililik: Enjekte edilen kontraseptifler geçici kontraseptif yöntemlerin en etkililerinden biridir. 100 kadın yılı için başarısızlık oranı %0,1'den azdır (Güler ve Akın 2006).

Olumlu Yönleri: Son derece etkilidir. Uygulanması kolaydır. İleri yaştaki kadınlar da kullanabilir. Cinsel ilişki sürecinden bağımsızdır. Pelvik enfeksiyona, endometrium ve over kanserine karşı koruyucu etkisi vardır. Bırakıldığı zaman fertilite geri döner. Bir sonraki enjeksiyonu yaptırmak dışında akılda tutulması gereken hiçbir şey yoktur. Ektopik gebelikleri ve demir eksikliği anemisini önler. Emziren anneler tarafından kullanıldığında emzirmeyi engellemez, süt miktarını artırabilir. Östrojen kullanımı açısından risk taşıyan kadınlarda güvenle kullanılabilir (Gökmen ve ark. 2001; Şirin ve Kavlak 2008).

Olumsuz Yönleri: Enjeksiyonlar için kliniğe gelmek gerekir. Menstruasyon düzensizliğine neden olabilir. Bazı kadınlarda, kullanım bırakıldığında menstruasyon gecikebilir. CYBH'lere karşı koruyuculuğu yoktur. Kilo artışına neden olabilir (Gökmen ve ark. 2001).

Yan Etkileri: Menstruasyon düzeninde aksama (düzensiz menstruasyon, menstruasyonlar arasında lekelenme, amenore), baş ağrısı (oral kontraseptiflerde olduğundan çok daha az görülür), kilo alma (genelde 1-2 kilodan fazla olmaz), memelerde gerginlik ve duyarlılık (oral kontraseptiflerde olduğundan daha az görülür), mizaç değişikliği (sinirlilik gibi) (Gökmen ve ark. 2001; AÇSAP 2005a; 2005b).

Derialti İmplantlari

Norplant

Derialtı implantlarıyla ilgili çalışmalar 1960'lardan beri sürmektedir. Çeşitli tiplerde implantlarla denemeler yapılmaktadır; bunlar arasında uzun süre önce geniş çapta kullanıma sunulan ve en yaygın olarak kullanılan implant Norplant'tır. Norplant beş yıl süreyle korunma sağlayan etkili, uzun süreli ve geri dönüşlü bir kontraseptiftir. Sentetik hormon içeren, yumuşak silikondan yapılmış 6 ince ve esnek kapsül, kadının üst kolunun iç kısmında derinin hemen altına küçük bir cerrahi girişimle yerleştirilir. Kontraseptif etki, uygulamayı izleyen birkaç saat içinde başlar ve doğurganlık implant çıkarıldıktan kısa bir süre sonra geri döner (Hatcher ve ark. 1990; AÇSAP 2005b; Şirin ve Kavlak 2008).

Tanım: Sentetik hormon içeren 6 ince ve esnek kapsülden oluşan bir kontraseptiftir. Küçük bir cerrahi girişimle, üst kolun iç kısmına, derinin hemen altına yerleştirilir (Hatcher ve ark. 1990; AÇSAP 2005b).

Etki mekanizması: Progestin ovülasyonu baskılayarak ve servikal mukusu, sperm geçişini engelleyecek biçimde kalınlaştırıp azaltarak gebeliği önler (Hatcher ve ark. 1990; AÇSAP 2005b).

Etkililik: Norplant mevcut kontraseptiflerin en etkililerinden biridir. Beş yıllık bir sürede yıllık ortalama gebelik hızı %1' den azdır (AÇSAP 2005a; 2005b).

Olumlu Yönleri: Son derece etkilidir. Kullanımı kolaydır. Bir kez uygulandıktan sonra kadın kliniğe sadece izlem ya da implantın çıkarılması için gelir. 5 yıl süreyle korur. Kullanışlıdır; günlük aktiviteleri, cinsel isteği ve ilişkiyi etkilemez. Geri dönüşlüdür (Şirin ve Kavlak 2008).

Olumsuz Yönleri: Eğitilmiş personel gerektirir. Küçük bir cerrahi işlemle yerleştirilir ve çıkarılır. Küçük cerrahi girişimlerde görülebilecek enfeksiyon, kanama, hematom gibi riskler taşır. Derinin altında farkedilebilir. Kullanıcı yöntemi kendi kendine bırakamaz. CYBH'lere karşı koruyuculuğu yoktur (UNFPA 2002 ; AÇSAP 2005a; 2005b; Şirin ve Kavlak 2008).

İmplanon

İmplanon, deri altına yerleştirilen ve 3 yıl süre ile yüksek oranda doğum kontrolü sağlayan tek çubuklu bir doğum kontrol implantıdır. 1998'de dünyada, 2002 yılında Türkiye'de kullanılmaya başlanmıştır (AÇSAP 2005b).

Etki Mekanizması: Güvenli bir doğum kontrol yöntemidir. Etkinliği yüksektir. Ovulasyon inhibisyonu ve servikal mukus viskozitesinde artış yaparak gebeliği engeller. Uzun etkili, her gün hatırlanması gerekmeyen bir yöntemdir (Hatcher ve ark. 1990; AÇSAP 2005b; Şirin ve Kavlak 2008).

Olumlu Yönleri: Şimdiye kadar bildirilmiş en yüksek kontraseptif etkinliğe sahip yöntemdir. Hatırlama ya da günlük kullanım gerektirmez. 3 yıl süren kontraseptif korunma sağlar. İmplanon geri çıkartıldığında, ovülasyon hızla geri döner. Düşük günlük tedavi maliyetine sahiptir (AÇSAP 2005b; Şirin ve Kavlak 2008).

Olumsuz Yönleri: Eğitilmiş personel gerektirir. Küçük bir cerrahi işlemle yerleştirilir ve çıkarılır. Buna bağlı olarak enfeksiyon, hematom görülebilir. Derinin altında fark edilebilir. Kullanıcı yöntemi kendi kendine bırakamaz. CYBE'lere karşı koruyuculuğu yoktur (AÇSAP 2005b; Şirin ve Kavlak 2008).

Rahim İçi Araçlar

Giderek daha popüler bir kontraseptif yöntem haline gelen rahim içi araçlar (RİA), 40 yıla yakın bir süredir kullanılmaktadır. Dünyanın her yerinde kadınlar, RİA'yı etkili, güvenilir ve kullanışlı bulmuşlardır. Günümüzde RİA, dünyada en yaygın olarak kullanılan geri dönüşlü, uzun etkili doğum kontrol yöntemidir (AÇSAP 2005b).

RİA çeşitleri: Günümüzde dünya çapında kullanılan üç tip RİA vardır:

- İnert (katkısız) RİA'lar: Polietilen (Lippes Loop) ya da paslanmaz çelikten yapılmış (Mahua halkası) araçlar.
- Bakırlı RİA'lar: TCu 380A, TCu 200, TCu 200B, TCu 220C, Multiload (MLCu 250 ve 375) ve Nova T (TCu 200Ag ve 380Ag) gibi bakırlı araçlar.
- Hormonlu RİA'lar: Gövde kısmında progesteron içeren Progestasert ile levonorgestrol (LNg 20) içeren LevoNova ve Mirena (AÇSAP 2005b).

Tanım: RİA, rahim içine yerleştirilen, genellikle bakır ya da hormon içeren, küçük plastik bir cisimdir (Gökmen ve ark. 2001; Laurence ve ark. 2004; AÇSAP 2005a; 2005b).

Etki mekanizması: Bakırlı RİA'lar aşağıdaki etkilerle gebelikten korur:

- spermin üst genital yollara ulaşmasına,
- ovum transportuna ve
- fertilizasyona engel olarak.

Progestin içeren RİA'lar ayrıca servikal mukusu kalınlaştırarak spermlerin uterusa geçmesine engel olur (Gökmen ve ark. 2001; AÇSAP 2005a; 2005b).

Etkililik: RİA en etkili kontraseptif yöntemlerden biridir. Genelde gebelik hızı her 100 kadında yılda 1'den azdır (Gökmen ve ark. 2001; AÇSAP 2005a; 2005b).

Olumlu Yönleri: Güvenli ve çok etkilidir. Cinsel ilişkiden bağımsızdır. Emziren kadınlar için uygundur. Bir sorun olmadığı sürece, çıkarılması ya da değiştirilmesine kadar yılda bir kez genel sağlık kontrolü yeterlidir. Çıkarıldıktan sonra doğurganlığın dönüşünde gecikme olmaz (Hatcher ve ark. 1990; AÇSAP 2005a; Katırcı 2008).

Olumsuz Yönleri: Uygulanması ve çıkarılması biraz ağrılı olabilir. Bazı kadınlarda karnın alt bölgesinde rahatsızlık, menstruasyon kanamalarında artma, menstruasyon dönemleri arasında lekelenme ve kramplar olabilir. Bu yakınmalar üçüncü menstruasyon döneminden başlayarak azalır. Uygulama sırasında az da olsa uterus perforasyonu riski vardır. Bu risk, doğru uygulama tekniğiyle en aza indirilebilir. RİA uterustan servikse doğru kayabilir ve vajinaya atılabilir. RİA'lar cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyucu değildir. Hatta cinsel yolla bulaşan genital yol enfeksiyonu öyküsü olan veya birden fazla cinsel eşi bulunan kadınlarda RİA, pelvik enfeksiyon riskini yükseltir (Gökmen ve ark 2001; Mumcu 2004; AÇSAP 2005; Güler ve Akın 2006).

RİA'ların sağlık riskleri:

- RİA, kadını ektopik (uterus dışı) gebeliğe karşı tamamen korumaz.
- RİA kullanan bir kadında uterus ve/veya fallop tüplerinde PIH gelişme riski uygulama sonrası ilk üç-dört hafta içinde biraz daha fazladır. Kişide CYBH riski yoksa (örn. kendisi ve/veya eşinin, birden fazla cinsel eşi yoksa) pelvik enfeksiyona yakalanması beklenmez. RİA kullanan kadınlar, enfeksiyon riskini artıran vajinal duştan kaçınmalıdır.
- Son derece etkili olan RİA'lar doğru yerleştirildiği zaman bile başarısızlıkla karşılaşılabilir. RİA kullanan kişi gebe olduğunu düşünüyorsa en kısa zamanda bir kliniğe başvurmalıdır. Eğer gebelik varsa ve ilk üç ay içinde ise RİA çıkarılmalıdır (AÇSAP 2005a; 2005b).

2.1.1.2. Bariyer Yöntemler

Spermin uterus boşluğuna geçmesini engelleyen bariyer yöntemler, eski çağlardan beri gebelikten korunmada kullanılmaktadır. Bariyer yöntemlerden bazıları, özellikle kondom, HIV enfeksiyonu dahil cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı da koruyucudur. Bariyer yöntemlerin en olumlu yönü güvenli olmalarıdır. Çok ender yan etkileri vardır, kontrendikasyonları yok denecek kadar azdır. Çoğu bariyer yöntem reçetesiz alınabilir. Bu yöntemlerin olumsuz yönü, hormonal yöntemler, rahim içi araç ve gönüllü cerrahi sterilizasyon kadar etkili olmamalarıdır; ancak bariyer yöntemlerin birlikte kullanımı kontraseptif etkiyi artırır. Bariyer yöntemlerin etkililiğine ilişkin araştırmalarda başarısızlık oranları konusunda çeşitli rakamlar ortaya çıkmaktadır. Bu da, başarı oranını belirlemede, yöntemin kendi etkisi dışındaki diğer faktörlerin çok önemli olduğunu göstermektedir (UNFPA 2002; AÇSAP 2005a; 2005b; Şirin ve Kavlak 2008; TAPD 2011).

Bariyer yöntemler,

- Kondom
- Kadın kondomu
- Diyafram
- Servikal başlık
- Spermisit şeklinde ele alınacaktır (AÇSAP 2005a).

Kondom

Günümüzde HIV enfeksiyonu dahil cinsel yolla bulaşan hastalıklar yayıldıkça kondom kullanımı da giderek artmaktadır; çünkü kondom bu hastalıklardan korunmada en etkili yöntemdir (UNFPA 2002; AÇSAP 2005b).

Tanım: Kondom, cinsel ilişki sırasında penise takılan bir kılıftır. Erkeğin sperminin vajinaya girmesini engeller. Yaygın olarak kullanılan kondomlar lateks, poliüretan ya da koyun barsağından yapılır. Lateks kondom CYBH lere karşı en iyi korumayı sağlar. Poliüretan ya da plastik olanlar son zamanlarda önem kazanmıştır. Bunlar latekse oranla daha ince, dayanıklı ve esnektir; temas sırasında duyarlılığı da azaltmaz. Koyun barsağından yapılan kondomlar gözenekli olduğundan mikroorganizmaların geçişini tam olarak engellemez (Gökmen ve ark 2001).

Kondom silindir şeklindedir ve açık ucunun kenarı, kullanımı kolaylaştırmak için kalındır. Kapalı ucunda semenin toplandığı bir yer (rezervuar) vardır (AÇSAP 2005b).

Etki mekanizması: Kondom, cinsel ilişki sırasında penis üzerine geçirilen kauçuk bir kılıftır. Erkeğin spermlerinin vajinaya girmesini engeller (AÇSAP 2005b; Ricci 2007).

Etkililiği: Kondom, her cinsel ilişkide ve doğru olarak kullanılırsa çok etkilidir. Başarı oranı sürekli kullanımla artar. Araştırmalarda ilk yıl başarısızlık oranı olağan kullanıcılar için %14, ideal kullanımda ise %3 tür (UNFPA 2002; AÇSAP 2005b).

Olumlu Yönleri: AIDS, PIH ve diğer CYBH lere karşı korunma sağlar. Erken boşalmanın önlenmesine yardımcı olabilir. Aile planlamasına erkeklerin katılımını sağlar. Reçete veya tıbbi izlem gerektirmez. Güvenlidir ve hormonal yan etkisi yoktur. Ucuzdur ve kolay bulunur. Servikal kanserin önlenmesine yardımcı olabilir. Sağlığa hiçbir zararı yoktur. Tıbbi denetim gerektirmez (UNFPA 2002; AÇSAP 2005b; Ricci 2007).

Olumsuz Yönleri: Bazı çiftlerde (özellikle erkekte) duyarlılığı azaltabilir. Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratabilir. Bazı erkeklerde ereksiyonu güçleştirir. Yeterli miktarda kondom bulundurulması önceden planlanmalıdır. Kullanımdan sonra yok edilmesi sorun olabilir. Her cinsel ilişkide yeni bir kondom kullanılması gerekir AÇSAP 2005a; 2005b; Şirin ve Kavlak 2008).

Yan Etki ve Sağlık Sorunlarında Tutum: Kondom kullanımına bağlı yan etkiler ve sağlık sorunları ciddi değildir. Bunlardan en önemlisi olan lateks alerjisi basit sorgulamayla ortaya çıkarılabilir; test ya da muayene gerekmez. Kondom kullanımı sonrasında gelişen şiddetli kızarıklık, yanma ya da şişme yakınması alerjiyi gösterir. Lateksin yanı sıra katkılı kondomlardaki spermisit ya da aromatik maddeler de bu yakınmalara neden olabilir. Bu durumda katkısız kondomların kullanılması, sorunu çözebilir. Başta HIV/AIDS olmak üzere cinsel temasla bulaşan hastalıklar açısından riskli davranışları olan kişiler kondom kullanmayı sürdürmek isteyebilirler. Ülkemizde henüz bulunmayan poliüretan ve plastik yapıdaki kondomlar lateks alerjisine neden olmaz. Lokal iritasyon saptandığında kullanıcının enfeksiyon açısından değerlendirilmesinde yarar vardır (Hatcher ve ark. 1990; Oakeley 2004; AÇSAP 2005a; 2005b; Şirin ve Kavlak 2008).

Kadın Kondomu

Bir kontraseptif seçenek olan kadın kondomu, özellikle cinsel eşleri kondom kullanmayan kadınlara CYBH'lerden korunma şansı vermektedir. İlk kez 1992 yılında Avrupa' da piyasaya sürülen kadın kondomu günümüzde çeşitli markalarla (Femidom, Reality, Women's Choice) bulunmaktadır (AÇSAP 2005b).

Kadın kondomları poliüretan ya da lateks bir kılıf ile iç ve dış olarak iki değişik boyda halkadan oluşur. Halkalardan küçük olanı kılıfın kapalı ucunda bulunur ve vajina içine, serviksi örtecek şekilde yerleştirilir. Açık ve tek büyük halka ise vulvada kalır. Erkek kondomu gibi genital teması ve semenin vajinaya dökülmesini önler (Laurence ve ark. 2004; AÇSAP 2005b).

Diyafram

Diyafram günümüzde, dünyanın birçok ülkesinde yaygın olarak kullanılan bir bariyer yöntemdir. Etkililiğinin yüksek olması için, spermisitlerle birlikte kullanılması önerilmelidir (Hatcher ve ark. 1990; AÇSAP 2005b).

Diyafram serviksi örten yuvarlak, kauçuk ya da silikondan yapılmış, kenarları daha sert bir araçtır (Hatcher ve ark. 1990; AÇSAP 2005b).

Etki mekanizması: Diyafram, serviksi spermlerin ulaşmasını engellemek üzere kapatacak şekilde vajina derinine yerleştirilen bir bariyer yöntemdir. Daha etkili olması için kontraseptif kremlerle birlikte kullanılır (Hatcher ve ark. 1990; AÇSAP 2005b; Güler ve Akın 2006).

Etkililik: Diyafram, her cinsel ilişkide doğru olarak kullanıldığında güvenilir bir yöntemdir. Diyafram üzerine yapılan az sayıdaki araştırmada ilk yıl başarısızlık hızı olağan kullanıcılar için %20, ideal kullanıcılar için %6 olarak bildirilmektedir (AÇSAP 2005b)

Olumlu Yönleri: Serviks kanserini önleyebilir. Sistemik bir etkisi yoktur. Kadınların genital organlarını tanımalarına yardımcı olur. Gebelikten korunma konusunda kontrolü kadına verdiği için özgüveni artırır. CYBH lere karşı az da olsa koruyuculuğu vardır (Güler ve Akın 2006; Şirin ve Kavlak 2008).

Olumsuz Yönleri: Uygun boy diyaframın belirlenmesi için pelvik muayene gerekir. İlk uygulamanın sağlık kuruluşunda klinisyen tarafından yapılması gerekir. Yerleştirilmesini öğrenmek zaman alabilir. Cinsel ilişkiden sonra en az 6 saat yerinde bırakılması gerekir. Vulva ve vajinanın ellenmesi bazı kadınlar için yerleştirme işlemini

itici hale getirebilir. Yeni başlayan kullanıcılar için çıkartılması zor olabilir. Her cinsel ilişkiden önce kullanılması gereken spermisit krem ya da jel maliyeti artırır (Güler ve Akın 2006; Şirin ve Kavlak 2008).

Servikal Başlık

Servikal başlık adlı, daha sert, yüksek kubbeli ve daha küçük olan özel tip diyaframlar da kullanılmaktadır. Servikal başlık, serviksin üzerine oturtulur, kıvrılabilen kenarlarıyla vakum oluşturarak servikse ya da üst vajinal duvara oturur. Vajinal kas tonusu azalmış ya da serviks yapısı çok uzun ya da değişik olan ve bu nedenle diyafram kullanamayan kadınlar, servikal başlığı başarıyla kullanabilir. Servikal başlık diyafram kadar etkilidir; daha küçük olduğu için estetik olması ve kenarlarının belirgin olmaması nedeniyle cinsel eş tarafından hissedilmemesi gibi üstünlükleri vardır. Kullanıcının yöntemi doğru kullanacak şekilde eğitilmesi önemlidir (Hatcher ve ark. 1990; Oakeley 2004; AÇSAP 2005a; 2005b; Şirin ve Kavlak 2008).

Etkililiği diyaframa yakındır. Araştırmalarda ilk yıl başarısızlık hızı olağan kullanıcılar için %20, ideal kullanımda ise %9 olarak bildirilmektedir. Doğum sayısı fazla olan kadınlarda başarısızlık hızı daha yüksektir. Diyaframda olduğu gibi kubbe içine spermisit krem ya da jel uygulanarak kullanılır. 48 saate kadar çıkarılmadan kalabilir (Hatcher ve ark. 1990; AÇSAP 2005a; 2005b; Şirin ve Kavlak 2008).

Spermisitler

Vajinal spermisitler, spermlerin servikse ulaşmadan etkisiz hale getirilmesi için vajina derinine yerleştirilen maddelerdir. Farklı formları vardır. Tek başına da etkilidir; ancak kondom ya da diyafram ile birlikte kullanıldığında çok daha etkili olur. Köpüren tabletler daha geniş yüzey oluşturduklarından kremlere oranla daha etkili olabilmektedir (Hatcher ve ark. 1990; AÇSAP 2005a; 2005b; Özaydın ve Debay 2007).

Etki mekanizması: Kadın, cinsel ilişkiden önce spermisiti vajinaya yerleştirir. Spermisitler spermleri etkisiz hale getiren ve serviksten geçmelerini engelleyen maddeler içerir (Şirin ve Kavlak 2008).

Etkililik: Vajinal spermisitler enjekte edilen kontraseptifler, hap ve RİA' lara oranla daha az etkilidir. Etkili olabilmeleri, büyük oranda doğru kullanılmalarına bağlıdır. Olağan kullanıcılarda ilk yılda gebelik oranları %5-50 arasında değişmektedir.

Spermisitler tek başına kullanıldığında gebe kalma riski daha yüksektir. Etkililik oranı, incelenen örnek grubun özelliklerine göre değişiklik gösterir. Spermisitle birlikte kondom ya da diyafram kullanılması teşvik edilmelidir (UNFPA 2002).

Olumlu Yönleri: Hiçbir sistemik etkisi yoktur. Reçete ya da tıbbi muayene gerekli değildir. Hemen etkilidir (krem, köpük ve jel formları için). Genellikle yan etkisi yoktur. Cinsel yolla bulaşan bazı hastalıklardan korunma sağlar. Kayganlaştırıcı etkisi vardır. Emziren ve premenopozal kadınlarda vajinadaki kuruluğu giderir (Özaydın ve Debay 2007; Şirin ve Kavlak 2008).

Olumsuz Yönleri: Genital organlarda yanma ya da iritasyona neden olabilir. Bazı kadınlar, vajinalarına, parmaklarıyla tablet/ovül yerleştirmek istemeyebilirler. Islaklık hissi hoşa gitmeyebilir. Bazı tiplerinde (köpüren tablet, ovül ve film) uygulamadan sonra cinsel ilişki için 5-10 dakika beklenmesi gerekir. Bu ürünleri elde etmek ucuz ve kolay olmayabilir. Vajinal spermisitlerin gebeliği önlemedeki etkililiği, her ilişkide ve doğru biçimde uygulanmasına bağlıdır. Enjekte edilen kontraseptif, hap ve RİA'lara oranla daha az etkilidir (Özaydın ve Debay 2007; Şirin ve Kavlak 2008; Taşkın 2009).

2.1.1.3. Gönüllü Cerrahi Sterilizasyon

Gönüllü cerrahi sterilizasyon (kadınlarda tüp ligasyonu ve erkeklerde vazektomi) bütün dünyada kabul edilen ve giderek yaygınlaşan bir aile planlaması yöntemidir. Başka çocuk istemeyen ve doğurganlıklarını sona erdirmek isteyen çiftler için en güvenli yöntemlerden biridir. Ülkemizde 1983 yılında kabul edilen 2827 sayılı yasaya göre, 18 yaşını tamamlamış olan herkese kendi isteğiyle, evliyse eşinin de onayı alınarak, sterilizasyon işlemi yapılabilir (AÇSAP 2005a; 2005b)

Kadında Cerrahi Sterilizasyon: Tüp Ligasyonu

Tüp ligasyonu, başka çocuk istemeyen ve doğurganlığını sona erdirmek isteyen çiftler için en güvenli yöntemlerden biridir. Cinsel işlev ve tatminde bir değişiklik yapmayacağı gibi, vücudun diğer işlevlerini de etkilemez.Tüp ligasyonunda her iki tüp mekanik yolla kapatılır (AÇSAP 2005a; 2005b; Özaydın ve Debay 2007)

Tüp ligasyonu en etkili kontraseptif yöntemlerden biridir. Oral kontraseptifler, RİA ve enjekte edilen kontraseptiflerden çok daha etkilidir; başarısızlık oranı yalnızca 1000 de 1 kadardır (AÇSAP 2005a; 2005b; Özaydın ve Debay 2007)

Erkekte Cerrahi Sterilizasyon: Vazektomi

Vazektomi, en etkili kontraseptif yöntemlerden biridir. Bu yöntem cinsel ilişki ve tatminde bir değişiklik yapmayacağı gibi, vücudun diğer işlevlerini de etkilemez. Vaz deferenslerin bağlanıp kesilmesi sonucu spermlerin meniye geçişini engelleyen bir yöntemdir (AÇSAP 2005a; 2005b).

Vazektomi en etkili kontraseptif yöntemlerden biridir. Oral kontraseptif, RİA, enjekte edilen kontraseptif ya da kondomdan daha etkilidir; başarısızlık oranı 1000'de 1 kadardır (AÇSAP 2005a; 2005b).

Gebelikler genellikle vazektomiden hemen sonra görülür. Bu yüzden yöntemi seçenlere 20 ejekulasyon boyunca ek bir yöntemle korunması gerektiği mutlaka vurgulanmalıdır (AÇSAP 2005a; 2005b).

2.1.1.4. Doğal Aile Planlaması

Dünya Sağlık Örgütü, doğal aile planlaması yöntemlerini, menstrüel siklusun fertil ve infertil dönemlerinde, doğal belirtileri gözleyerek gebeliğin planlanması ya da gebelik istenmiyorsa, fertil dönem boyunca gebeliğin cinsel ilişkiden kaçınma yoluyla önlenmesi yöntemleri olarak tanımlamıştır (UNFPA 2002)

Yapılan araştırmalarda doğal aile planlaması yöntemleri konusunda şu sonuçlara varılmıştır:

· Doğal aile planlaması yöntemleri doğru ve dikkatli kullanıldığında oldukça başarılıdır; ancak en ufak bir ihmal ya da hatada kolaylıkla gebe kalınabilir.

· Stresli dönemlerde yöntemin inceliklerine yeterince dikkat edilemeyeceğinden, gebe kalma riski çok yüksektir.

· Eşler kurallara uyma konusunda aynı derecede titizlik göstermiyorsa gebe kalma riski yüksektir.

· Bir kere risk almış bir çiftin tekrar risk alma eğilimi olacaktır (AÇSAP 2005a; 2005b; Şirin ve Kavlak 2008).

Fertilite Belirtilerine Dayanan Yöntemler

Bir kadın gebe kalıp kalmayacağını, fertiliteyi gösteren üç doğal vücut belirtisini gözleyerek anlayabilir. Bunlar servikal mukus, bazal vücut ısısı ve serviksteki değişikliklerdir (UNFPA 2002)

· Servikal Mukus Yöntemi (Billings Ovülasyon Metodu): Servikal mukustan, fertil günlerin başlangıcı ve sonu belirlenebilir.
· Bazal Vücut Isısı Yöntemi: Bazal vücut ısısından, ovülasyonun oluştuğu ve fertil günlerin bittiği anlaşılabilir.
· Servikal Palpasyon Yöntemi: Servikal değişiklikler, kadına fertil günlerin başlangıcı ve bitişi konusunda ek bilgi sağlayabilir (Güler ve Akın 2006; Özaydın ve Debay 2007).

Takvim Yöntemi

Takvim yöntemi, menstrüel siklusun fertil ve infertil günlerini hesaplamak için 6 aylık bir gözlem süresi sonunda matematiksel formüllere dayanan doğal bir yöntemdir. Yöntem, fertil günlerde çiftin cinsel ilişkiden kaçınması ve güvenli günlerden yararlanması esasına dayanır (Hatcher ve ark. 1990; AÇSAP 2005a; 2005b; Şirin ve Kavlak 2008).

Geri Çekme

Cinsel ilişki sırasında erkeğin cinsel organını, ejakülatın gelmesinden önce vajinadan çıkararak menisini vajina dışına boşaltmasına dayanan bir yöntemdir. Doğru uygulandığında gebelik oranı %9-15 dolayındadır. Ancak topluma dayalı araştırmalarda bu oranın %25 ya da daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Ülkemizde %24,4 oranıyla kontraseptif yöntemler arasında birinci sırada yer alan bu yöntem, bazı çiftler tarafından başarılı bir biçimde uzun yıllar kullanılabilmektedir (UNFPA 2002;Şirin ve Kavlak 2008).

Vajinal Yıkama

Pek çok kadın, vajina duvarı ve kanalındaki spermleri yıkayıp atma düşüncesiyle cinsel ilişkiden hemen sonra vajinayı suyla yıkamanın gebeliği önlediğine inanır. Bunun hiçbir kontraseptif etkisi yoktur, çünkü spermler birkaç saniye içinde servikal mukusa geçebilir (Hatcher ve ark. 1990; AÇSAP 2005b).

2.1.2. Türkiye'de Doğurganlığı Düzenleyen Yöntemlerin Kullanımı

Türkiye' de 1965 yılından itibaren başlatılıp sürdürülen Aile Planlaması çalışmaları günümüze kadar önemli gelişmeler göstermiştir. Yıllara göre ailelerin

kontraseptiflerle ilgili bilgisi artmış olmasına rağmen, kullandıkları kontraseptif yöntemler daha çok etkisiz-geleneksel yöntemler olmuştur. Bununla birlikte ilk defa 1993 yılında etkili yöntemler etkisiz-geleneksel yöntemlerin önüne geçmiştir (Gökmen 2001**).**

Modern yöntem kullanım düzeyi belirgin bir biçimde artarak 1993 yılında yüzde 35'den 2008 yılında yüzde 46'ya ulaşmıştır. Ancak, TNSA-2003 ve TNSA-2008 arasındaki dönemde modern yöntem kullanımındaki değişim, TNSA-1998 ve TNSA-2003 arasındaki sürede olduğu kadar hızlı seyretmemiştir. TNSA- 2008'den önceki 15 yıllık dönemde kullanım hızlarında meydana gelen artışın büyük bir kısmı kondomun ve tüp ligasyonunun daha çok kullanılmasından kaynaklanmaktadır. 1993 yılından bu yana hap kullanımı neredeyse sabit kalırken, RİA yüzde 19'dan yüzde 17 seviyesine ufak bir düşüş yaşamıştır. Geleneksel bir yöntem olan geri çekme yönteminin yaygınlığı ise bu dönemde belirgin bir değişim göstermemiş ve her 4 evli çiftten biri bu süreçte geri çekme yöntemini kullanmıştır. Ülkemizde yıllara göre doğurganlıktaki değişimler, yaşa özel doğurganlık hızları (1,000 kadın için) ve toplam doğurganlık hızı, 1978 Türkiye Doğurganlık Araştırması (TDA) ve 1988, 1993, 1998, 2003 ve 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) Tablo 2-2'de verilmiştir.(TNSA 2008).

Tablo 2-2: Doğurganlıktaki değişmeler

YAŞ	TDA-1978	TNSA-1988	TNSA-1993	TNSA-1998	TNSA-2003	TNSA-2008
15-19	93	45	56	60	46	35
20-24	259	193	179	163	136	126
25-29	218	183	151	150	134	133
30-34	154	102	94	93	78	91
35-39	101	55	38	42	38	36
40-44	38	19	12	13	12	10
45-49	2	7	0	1	2	1
TDH 15-49	**4.33**	**3.02**	**2.65**	**2.61**	**2.23**	**2.16**

Not: 1978, 1988 ve 1993 hızları araştırmadan önceki bir yıllık döneme, 1998 ve 2003 hızları araştırma tarihinden önceki üç yıllık döneme aittir.

Halen kullanılan gebeliği önleyici yönteme göre 15-49 yaşlarındaki evli kadınların yüzde dağılımı, TNSA-1988, TNSA-1993, TNSA-1998, TNSA-2003 ve TNSA-2008 verileri Tablo2-3'te gösterilmiştir.

Tablo 2-3: Gebeliği önleyici yöntem kullanımındaki değişmeler

GEBELİĞİ ÖNLEYICI YÖNTEM	TNSA-1988	TNSA-1993	TNSA-1998	TNSA-2003	TNSA-2008
Herhangi Bir Yöntem	63,4	62,6	63,9	71	73
Herhangi Bir Modern Yöntem	31	34,5	37,7	42,5	46
Hap	6,2	4,9	4,4	4,7	5,3
RİA	14	18,8	19,8	20,2	16,9
Kondom	7,2	6,6	8,2	10,8	14,3
Tüp Ligasyonu	1,7	2,9	4,2	5,7	8,3
Diğer Modern Yöntemler	2	1,3	1,1	1,1	1,1
Herhangi Bir Geleneksel Yöntem	32,3	28,1	26,1	28,5	27
Takvim	3,5	1	1,1	1,1	0,6
Geri Çekme	25,7	26,2	24,4	26,4	26,2
Diğer Geleneksel Yöntem	3,1	0,9	0,6	1	0,2
Halen Yöntem Kullanmıyor	36,6	37,4	36,1	29	27
Toplam	100	100	100	100	100

TNSA 2008 verilerine göre; görüşme yapılan kadınların neredeyse tamamı en az bir aile planlaması yöntemini bilmektedir; öyle ki, evlenmiş ve halen evli kadınların en az bir gebeliği önleyici yöntemi duyma oranları arasındaki fark yok denecek kadar azdır. Görüşme yapılan kadınların neredeyse tamamı en az bir modern yöntem bilmektedir. Gerek evlenmiş gerekse halen evli kadınlar arasında gebeliği önleyici modern yöntemlerden en fazla bilinenleri RİA (yüzde 98), hap (yüzde 98), kondom (yüzde 92), tüp ligasyonu (yüzde 92) ve enjeksiyon (evlenmiş ve halen evli kadınlar için sırasıyla yüzde 84 ve 85) iken, kadın kondomu (yüzde 17) ve acil korunma hapı (yüzde 29) Türkiye'de en az bilinen modern yöntemlerdir. Geleneksel yöntemler arasında geri çekme en fazla bilinen yöntemdir (evlenmiş ve evli kadınlar arasında yüzde 92) (TNSA 2008).

Ortalama bilinen yöntem sayısı, aile planlaması yöntemlerinin ne kadar yaygın olarak bilindiğini gösteren kaba bir göstergedir. Evlenmiş ve evli kadınların ortalama olarak bildikleri yöntem sayısı 7,7 dir (TNSA 2008).

Apay ve ark. (2009) yaptığı kadınların aile planlamasına ilişkin tutumlarının belirlenmesi konulu çalışmada 424 kadın çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Bu çalışmada kişilerin % 57,5'inin (n=244) herhangi bir aile planlaması yöntemi kullandığı, bunların %91,8'inin (n=224) modern aile planlaması yöntemi olduğunu belirtmiştir. Babadağlı ve Şahin (2001)'in aile planlaması yöntemlerinin kullanılması ile ilgili 200 kadının katıldığı çalışmalarında, en çok kullanılan aile planlaması yöntemlerinin RİA, kondom ve oral kontraseptifler olduğu belirtilmektedir.

2.2. Kanser

Türk Dil Kurumu' na göre kanser; bir organ veya dokudaki hücrelerin kontrolsüz olarak bölünüp çoğalmasına bağlı olarak yakın dokulara yayılmasıyla veya uzak dokulara sıçramasıyla beliren hastalıktır (TDK). DSÖ 'ye göre kanser; kontrolsüzce büyüyen ve ayrılan hücrelerdir (WHO).

Kanser önemli morbidite ve mortaliteye neden olması ve birey, aile ve toplumu; fiziksel, sosyal, ruhsal ve ekonomik açıdan etkileyen bir döngü olması nedeniyle geçmişte olduğu gibi günümüzde de evrensel bir sağlık sorunudur (Uçar ve Bekar 2010). Kanser, dünyada önde gelen ölüm nedenlerinden biridir (WHO 2006). Kanser; toplumda genç- yaslı, zengin-fakir, kadın-erkek-çocuk ayırımı yapmadan bütün toplumu etkisi altına alan ve toplumlar üzerine oldukça büyük bir yük getiren bir hastalıktır. 2004 yılında dünyada meydana gelen ölümlerin 7,4 milyonunu (%13)kanser oluşturmaktadır ve bu ölümlerin %70'ini düşük ve orta gelirli ülkelerdeki ölümler oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan tahminler kanserden ölümlerin giderek arttığını, 2015 yılında 9 milyon ve 2030 yılında 12 milyon kişinin kanserden öleceğini göstermektedir (WHO 2006).

Dünyada 2008 yılında 12.7 milyon yeni kanser vakası meydana gelmiş; 7,6milyon kanser ölümü meydana gelmiştir (GLOBOCAN 2008).

Küresel çapta 2008' de 12,4 milyon yeni kanser vakası (erkeklerde 6.672.000 ve kadınlarda 5.779.000) ve 7,6 milyon kanser kaynaklı ölüm (erkeklerde 4.293.000 ve kadınlarda 3.300.000) görüldüğü tahmin edilmektedir (Boyle ve Levin 2008).

Kansere dış faktörler ve iç faktörler neden olmaktadır. Dış faktörler; beslenme, sigara, radyasyon, kimyasallar, bulaşıcı hastalıklardır. İç faktörler ise; hormonlar, kalıtsal mutasyonlar, bağışıklık durumudur. Bu faktörler bazen tek basına etkili olduğu gibi bazen de ikisi birden etkili olmaktadır (Berek 2004; Abraham ve ark. 2009).

Dünyadaki en sık görülen, ölümlere sebep olan kanser türleri cinsiyete göre değişmektedir:

Erkeklerde: akciğer, mide, karaciğer, kolorektal, özefagus ve prostat

Kadınlarda: meme, akciğer, mide, kolorektal ve serviks (WHO 2006)

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın 2003 yılı verilerine göre 49,387 kanser vakası saptanmış olup yasa ve cinsiyete göre farklılıklar göstermektedir. 49,387 kanser vakasının 28,189'unu erkekler, 21,198'ini ise kadınlar oluşturmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2006).

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın 2005 yılı verilerine göre kanser insidansı 100.000 de 173,85dir. Türkiye' de kadın kanserleri insidansı 100.000'de 144,54; erkek kanserleri insidansı 100.000' de 202,74'tür (Sağlık Bakanlığı 2006).

2.2.1. Jinekolojik Kanserler

Jinekolojik kanserler kadın genital organlarının malign hastalıklarıdır. Jinekolojik kanserlerin belirtileri tutulan organa göre farklılık göstermekte olup, bu grupta başlıca endometrium, serviks ve over kanserleri yer almaktadır (Pınar ve ark 2008b; Abraham ve ark. 2009).

Jinekolojik kanserler, meme kanserinden sonra kadınlardaki morbidite ve mortalitenin en büyük nedenlerinden biridir. Bu nedenle jinekolojik kanserlerin görülme sıklığını tespit etmek, jinekolojik faktörlerle ilişkili risk faktörlerini belirlemek, jinekolojik kanserlerin nedenini araştırmak, jinekolojik kanserlerden korunma ve tedavide uygun stratejiler geliştirmek giderek daha büyük önem taşımaktadır (Pınar ve ark 2008b).

Jinekolojik kanserler, kadınlarda görülen kanserlerin %15' ini ve kansere bağlı ölümlerin de %10' unu oluşturur (Mandel 2008).

Jinekolojik kanserlerin görülme sıklığı ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Örneğin; serviks kanseri Brezilya, Hindistan, Japonya gibi ülkelerde en sık görülen kanser türüdür. Diğer yandan ABD, İsviçre, Kanada gibi ülkelerde görülüş sıklığı yönünden uterus ve korpus kanserleri daha ön sıralarda yer almaktadır. Kuzey

Amerika, Okyanusya ve Avrupa'da ise over kanseri daha ön sıralardadır (Pınar ve ark 2008b).

Türkiye 2005 yılı kanser istatistiklerinde jinekolojik kanserlerin görülüş sıklığına bakıldığında en sık over kanseri görülmekte olup bunu endometrium kanseri ve serviks kanseri izlemektedir (Sağlık Bakanlığı 2006).

Sağlık Bakanlığı 2005 verilerine göre over kanseri 100000' de 6,04 oranla kadınlarda görülen kanserler arasında 7 sıradadır. Endometrium kanseri 100000' de 5,38 insidansla 9. Sırada, serviks kanseri 100000' de 5,31 insidansla 10. sıradadır (Sağlık Bakanlığı 2006).

American Cancer Society (Amerikan Kanser Derneği)' nin 2007 yılı verilerine göre, ABD' de kadınlarda görülen kanser vakaları sıralamasında endometrium ve over kanserleri, 4. ve 5. sırada yer almaktadır. Serviks kanseri ise tarama testleri ve erken tanı sonucu genel sıralamada 8. ve jinekolojik kanser vakalarında ise 3.sırada yer almaktadır.

Jinekolojik kanserlerin erken tanısı, etkili ve yaygın bir tarama programının olmadığı ülkemizde de kadın sağlığı açısından önem taşımaktadır. Jinekolojik kanserlerden birincil koruma, hemşirelerin temel sorumluluklarından biri olan sağlık eğitimini içerir. Toplum ve bireyle sürekli iletişimde bulunan hemşireler bu konuda sağlık danışmanlığı yaparak (tek eşli cinsel yaşam, hijyen kuralları, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma, aile planlama yöntemlerinin kullanımı vb konularda) ve uygun veri toplayarak bireyleri doğru sağlık alışkanlıkları konusunda bilgilendirmelidir (Abraham ve Ark. 2009; Taşkın 2009).

2.2.1.1. Over Kanseri

Over kanseri, kadınlarda en çok görülen altıncı kanser olup, jinekolojik kanser ölülerinin en sık sebebidir. Over kanseri, kadınlarda görülen kanserlerin %4' ünü, jinekolojik kanserlerin ise %27' sini oluşturur (Yetimalar ve ark. 2007; Mandel 2008)

Amerikan Kanser Birliği'ne göre over kanseri kadınlarda görülen kanserlerde 9. sırada olup, kadınlarda kanserin neden olduğu ölümlerde 5. sıradadır (ACS 2010).

2002 yılında dünya genelinde tahmin edilen over kanserli yeni vaka sayısı 125000, ölümlü 204000 idi; bu sayılar over kanserini kadınlarda en yaygın altıncı kanser ve kanserden ölümlerin en yaygın yedinci sebebi durumuna getirmiştir (Boyle ve Levin 2008).

Amerikan Kanser Birliği' nin 2010 yılı ABD için over kanseri tahminler; yaklaşık 21880 kadın over kanserini yeni tanı alacak, yaklaşık 13850 kadın over kanserinde ölecek şeklindedir (ACS 2010).

Hastaların çoğu 50-75 yaşları arasındadır. Hiç doğurmamışlarda, meme ve endometrium kanseri bulunanlarda over kanseri oluşma riski iki kat fazladır. Her doğum, over kanseri riskini %10 oranında azaltmaktadır. Risk azalması, anovulatuvar siklusa bağlı olarak, over yüzey epitelinin tamir işlemindeki değişiklikle ilişkili olduğu savunulmaktadır (Mandel 2008).

Risk faktörleri: Over kanserinin kesin nedeni belli olmamakla birlikte risk faktörleri:

- Talk gibi karsinojenlerin transvaginal yolla bulaşması
- Yağlı gıdaların fazla alınması
- Asbestoz endüstrisinde çalışma
- Ailede over kanseri bulunması
- Yaş (over kanserinin yaısı 63 yaş üzerindeki kadınlarda görülür)
- Obezite (beden kitle indeksi 30 üzeri olanlar)
- Üreme sağlığı (çocuk sahibi olan kadınlar çocuk sahibi olmayan kadınlara göre daha fazla risk altındalar)
- Jinekolojik ameliyat (tüp ligasyonu %67 oranında over kanserine yakalanma riskini azatabilir)
- Fertilite ilaçları (1 yıldan fazla kullanılan klomifen sitrat over kanseri oluşma riskini arttırır.)
- Androjenler(androjen alan kadınlarda over kanseri riski yüksektir.)
- Östrojen ve hormon terapisi (menopozdan sonra östrojen kullanmak over kansere yakalanma riskini arttırır.)
- Ailede kolorektal, meme ya da over kanseri olması
- Analjezik (bazı çalışmalarda aspirin ve acetaminophen in over kanseri riskini azalttığı bulunmuştur. Ama bu bilgi tutarlı değildir.)
- Sigara ve alkol kullanımı (Amos 1993; Edirne ve ark. 2002; Modugno 2003; Köse ve Ark 2006; Mandel 2008; ACS 2010; Scharge ve ark 2010).

Tanı:

Pelvik muayene

Ultrasonografi

CA125 ölçümü (Köse ve ark. 2006).

Tedavi:

Cerrahi: Over kanseri tedavisinde cerrahinin yeri çok önemlidir.Ancak hastaların çoğunda, tek başına cerrahi yetersizdir; tedaviye kemoterapi ile devam etmek gerekir.

Radyoterapi: Mikroskopik tümörü kalmış olan hastalarda geniş batın ışınlaması şeklinde, kemoterapi yerine kullanılabilir.Günümüzde yalnızca palyatif tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır

Kemoterapi: Primer cerrahi sonrası, hastaların çoğuna platin içeren kombine kemoterapi uygulanır. Her ne kadar over kanseri kemoterapiye duyarlı olup, cevap oranı % 70'i ve tam cevap oranı da %40-50' yi bulsa da hastaların yarısında tümör nükseder (Mandel 2008; Abraham ve ark. 2009).

Korunma :

Over kanserlerinin spesifik bir tarama testi yoktur ve erken evre tanısı güçtür.Bu nedenle büyük çoğunluğu ileri evrede yakalanırlar ve mortalite oranları yüksektir. Olguların yaklaşık %70' ine ileri evrelerde tanı konulmaktadır. Prognoz uygulanan cerrahi yöntem, tümörün histapatolojik tipi , evre, grade ve hastanın yaşı, genel durumu gibi faktörlere bağlı olarak değişkenlik gösterir (Köse ve ark. 2006).

2.2.1.2. Endometrium Kanseri

Endometrium kanseri jinekolojik kanserler arasında görülme sıklığı açısından serviks kanserinden sonra ikinci sırada, mortalite hızı açısından serviks ve over kanserinden sonra üçüncü sırada yer alır. Bununla birlikte erken tanılandığı takdirde en iyi tedavi edilebilen kanserdir (Taşkın 2009).

Endometrium kanseri, en sık görülen jinekolojik tümör olmakla beraber, bu hastalığa bağlı ölümler daha nadirdir (Mandel 2008).

Her yıl dünyada 142000 kadına endometrium kanseri tanısı konulmakta ve tahmini olarak 42000 kadın endometrium kanserinden ölmektedir (Aka ve ark. 2007).

Risk faktörleri:

- Postmenopozal dönemde olmak (60-70 yaş)
- Nulliparite, infertilite, polikistik over ve düzensiz menstruasyon hikayesi gibi kronik anovulatuvar sikluslara işaret eden durumlar

- Geç menopoz (52 den daha geç yaşta menopoza girmek)
- Karşılıksız (progesteronsuz) östrojen tedavisi ve polikistik over gibi endometriyumun fazla östrojene maruz kaldığı durumlar
- Obesite, diyabet ve hipertansiyonun birlikte bulunması
- Ailede ya da kendinde endometrium, kolon, meme ve over kanseri hikayesi olması
- Pelvik radyasyona maruz kalma (Rieck ve Fiander 2006;Aka ve ark. 2007; Demirsoy 2008; Taşkın 2009; Scharge ve ark. 2010).

Tanı:

Endometrium kanseri için özel ve hassas bir test yoktur. Pap smear nadiren endometrium kanserini tespit edebilmektedir. Endometriyal biyopsi en etkili tanı yöntemidir (Scharge ve ark. 2010).

Tedavi:

Cerrahi: Endometrium kanserinin erken evresinde TAH, BSO genellikle tercih edilen cerrahi yöntemdir. İleri evrelerde TAH ve BSO nun yanı sıra BLND (pelvik ve paraaortik lenf nodu diseksiyonu), omentektomi ve peritoneal yıkama yapılır. Erken evredeki pek çok olguda cerrahinin ötesinde ek bir tedavi gerekmez.

Radyoterapi: Pevik eksternal radyoterapi (bu tedavi lenf nodları ve lenfatikler dahil tüm pelvik dokuların tedavisini kaplar) pelvise lokalize, grade yüksek ya da myometriyal invazyonu % 50 den daha fazla olan tümörler için endikedir.

Kemoterapi: Sitotoksik ajanların ilerlemiş endometrium kanserinde etkileri sınırlıdır.Sadece birkaç ajan progestin tedavisinden daha büyük ya da eşit aktiviteler gösterir.Daha önce kemoterapi almamış kadınlarda dexorubin, cisplatin, ifosphamide ve pactitaxol etki gösteren ilaçlardır. (Mandel 2008; Abraham ve ark. 2009; Scharge ve ark. 2010).

Korunma:

Yıllık jinekolojik kontroller, sağlıklı bir yaşam biçimi, düşük yağlı diyet, düzenli fiziksel aktivite ve normal kilonun muhafaza edilmesi riskin azalmasına ve sağlığın gelişmesine katkıda bulunur. Endometriyal hiperplazinin özellikle atipik olan hiperplazinin tedavi edilmesi kansere ilerlemesini önleyecektir. Bu olgularda fertilite tamamlanmış ise genellikle histerektomi önerilir. Eğer fertilitenin sürdürülmesi isteniyorsa siklusun son 12 günü için progestin verilmesi ve takip eden biyopsilerde bu

rejimin etkisinin değerlendirilmesi önerilmektedir (Erten ve ark. 1998; Mandel 2008; Abraham ve ark. 2009; Taşkın 2009; Scharge ve ark. 2010).

2.2.1.3. Serviks Kanseri

Serviks kanseri dünya çapında yaygındır ve kadınlardaki tüm maligniteler içinde 2. sıradadır. Genel olarak, gelişmekte olan ülkelerde daha yüksek sıklıkta bulunmaktadır ve bu ülkeler yıllık bildirilen olguların % 83'üne katkıda bulunmaktadır (Scharge ve ark. 2010).

2002 yılında kadınlar arasında küresel kanser yükünün yaklaşık %8'ini oluşturarak, dünyada yaklaşık 493000 insidant vakaya, 1,4 milyon prevalant vakaya ve 273000 ölüme sebep olmuştur (Boyle ve Levin 2008).

2008 yılında HPV enfeksiyonun neden olduğu serviks kanseri 0-14 yaş 340 kişi, 15-44 yaş 54361 kişi, 45-55 yaş 67911 kişi , 55- 64 yaş 66317 kişi, 65 yaş ve üzeri 85954 kişi olmak üzere toplam olarak 274883 kişidir. (GLOBOCAN 2008)

Serviks kanserinin geliştiği yaş, genellikle diğer jinekolojik kanserlerinden daha erkendir ve tanıda ortalama yaş 40 ile 59 arasında değişmektedir (Scharge ve ark. 2010). Serviks kanserinin insidansı 30-39 yaşlarında yükselmeye başlamakta ve yaşamın ellili ve altmışlı yaşlarında tepe noktasına ulaşacak şekilde hızla artmaktadır (Boyle ve Levin 2008).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı verilerine göre ise 1996' da 623 tane serviks kanseri saptanmış olup tüm kadın kanserleri arasında 7. sırada iken 2002 yılında bu sayı 708' e çıkmış ancak tüm kadın kanserleri arasında 10. sıraya gerilemiştir. 2003 yılı verilerinde serviks kanseri sayısı 763 ' e çıkarken tüm kadın kanserleri arasında da 9. sıraya yükselmiştir (Sağlık Bakanlığı 2006). International Agency for Research on Cancer ' in 2002 yılında yaptığı GLOBOCAN çalışmasına göre ise Türkiye'deki serviks kanseri insidansı yüz binde 4,5 'tir, aynı yıl içinde 1364 yeni serviks kanseri vakası ve serviks kanserine bağlı 726 ölüm olması beklenmektedir (GLOBOCAN 2008)

Risk Faktörleri: Demografik risklere ek olarak, davranış risklerinin de servikal malignite ile ilişkisi bulunmaktadır. Serviks kanserlerinin çoğu cinsel yolla bulaşan, Human Papillomavirüs (HPV) ile infekte olan hücrelerden köken almaktadır. Erken cinsel ilişki yaşı ve artmış doğum sayısı, serviks kanseri sıklığında belirgin olarak artış ile birliktedir.Ayrıca, bu riskin altında yatan mekanizma bilinmese de sigara içenlerde

yüksek risk vardır (Erten ve ark. 1998; Mandel 2008; Abraham ve ark. 2009; Cain ve ark. 2009; Taşkın 2009; Scharge ve ark. 2010).

Serviks kanseri için en büyük risk, düzenli pap smear taramasının eksikliğidir. Başlıca risk faktörleri: Tüm kadınlar servikal kanser yönünden risk altındadır. Ancak bireysel risk faktörleri bu riskin artmasına neden olur. Bu faktörler şunlardır:

- 30-55 yaş grubunda olma
- Düşük sosyoekonomik düzey, kötü hijyen koşulları
- Erken yaşta cinsel ilişkiye başlama (18 yaştan önce)
- Fazla eş ile cinsel ilişkiye girme, Eşte prostat ya da penis kanserinin olması
- 3 ve daha fazla doğum
- Anormal pap test hikayesi
- Fazla sigara içme, Intrauterin DES'e maruz kalma
- Cinsel yolla gecen hastalığa sahip olma, özellikle HPV tip 16-18, HSV tip 2, HIV ve sitomegalovirus, Tedavi edilmemiş diğer vajinal enfeksiyonlar, özellikle trikomonas vajinalis (Erten ve ark. 1998; Schwarz ve ark. 2005; 2009; Mandel 2008; Abraham ve ark. 2009; Cain ve ark. 2009; Taşkın 2009; Scharge ve ark. 2010).

Tanı:

Semptomlar

Fizik muayene

Papanicolaou smear

Kolposkopi ve servikal biyopsi (Taşkın 2009; Scharge ve ark. 2010).

Tedavi :

Cerrahi: Erken evre serviks kanserinin standart tedavisi cerrahi olarak serviksin çıkarılmasıdır. Cerrahinin derecesini tümörün evresi belirler.

Kemoterapi: Lenf bezi metastazı bulunan veya cerrahi sınırlarda tümör hücreleri saptanan hastalara radyoterapiyle eş zamanlı olarak kemoterapi uygulanır. Cerrahisi mümkün olmayan veya nüks hastalıkta kemoterapi önerilmektedir

Radyoterapi: Tümör çapı 4 cm ‘den büyük olanlar için radyoterapi uygun bir tedavi şeklidir. İleri evre serviks kanserlerinin tedavisinde radyoterapi standart bir uygulamadır. Radyoterapinin etkinliğini arttırmak için beraberinde kemoterapi de verilmektedir (Mandel 2008)

Korunma : Serviks kanserinin eradikasyonu için anahtar stratejidir. Kansere neden olacak faktörlerin bilinmesi, alınacak önlemler açısından önemlidir.

Hemşire, riskli gruplar başta olmak üzere tüm kadınlar için servikal kanser riskleri konusunda toplum eğitim programları hazırlamalıdır. Bu programlar;

- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan ve gebelikten korunmak için kondom ya da diyafram gibi bariyer tip kontraseptif yöntemlerin kullanılması
- Tek eşli cinsel yaşam, cinsel ilişki yaşının geciktirilmesi
- Vitamin A, C ve folik asit yönünden zengin bir diyet uygulaması
- Sigara ve alkol kullanımının bırakılması
- Siklus dışı anormal kanama ve akıntılara, koitus sonrası lekelenme kanamalarına dikkat edilmesi, cinsel yönden aktif ve 18 yaşına gelmiş kadınların yıllık pap test kontrolleri ile izlenmesi
- Kişisel hijyenin bozuk olması serviks kanseri için risk faktörü olduğundan, kişisel hijyen özellikle vulva hijyeni konusunda bilgi verilmesi
- Ayrıca, serviksin preinvazif lezyonlarının pap smear testi ile erken dönemde ve kolayca tanılanmasının mümkün olduğu ve bu lezyonların tedavi şansının yüksek olduğu önemle vurgulanmalıdır (WHO 2009; Taşkın 2009; Scharge ve ark. 2010).

2.2.1.4. Vulva Kanseri

Vulva kanseri nadir görünmekle birlikte kadınlık imajını tehdit eden bir konumda olması nedeni ile bu kadınların hemşirenin bakımına çok ihtiyaçları vardır (Taşkın 2009). Vulva kanseri, esas olarak yaşlı kadınların hastalığıdır, fakat premenopozal dönemde de gözlemlenmiştir. Bu kanserler, sık değildir ve tüm jinekolojik kanserlerin yaklaşık %5' ini oluştururlar (Scharge ve ark. 2010).

Vulva tümörleri, tipik olarak kaşıntı ve irritasyon semptomlarına neden olurlar. Kadınların başlangıçtaki hafif semptomları göz ardı etmesi tanıda gecikmeye yol açar. Ayrıca yanlış tanıya bağlı diğer dermatozlar için verilen topikal tedaviler de tanıda gecikmeye neden olabilir. Dolayısıyla herhangi bir anormal vulva lezyonunun erken saptanması ve biyopsi yapılması, vulva kanserine erken evrede tanı koymak için gereklidir (Taşkın 2009; Scharge ve ark. 2010).

Vulva kanseri, seyrek görülmesine karşın, cinsellik üzerindeki belirgin etkisinden dolayı önemli bir kadın hastalığı olmaya devam etmektedir (Scharge ve ark. 2010; Uçar ve Bekar 2010).

Vulva kanserinin sıklığı yaşla birlikte devamlı olarak artar ve yaşamın yedinci on yılında pik yapar. Birleşmiş Devletler standart populasyonunda vulova kanserinin yaşa göre düzeltilmiş ölüm hızı 100000' de 0,2 dir (Scharge ve ark. 2010; Uçar ve Bekar 2010).

Risk faktörleri: Vulva kanserleri için spesifik bir etyolojik faktör saptanmamıştır. Bununla birlikte bazı durumlar hazırlayıcı risk faktörleri olarak ele alınmaktadır.Bunlar;

- 60 yaş üstünde olmak
- Kronik vulva distrofisi
- Kronik priritis ya da tahriş
- Cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü.Human Papilloma Virüsü (HPV) tip 16 nın neden olduğu genital siğiller ve Herpes Simplex Virüsü (HSV) tip 2
- Sigara içme
- Çok eşli cinsel yaşam-CYBH insidansı arttığı için
- İmmunosüpresyon (Hullu ve ark. 2006; Taşkın 2009; Ghebre ve ark. 2010)

Tanı:

Pap smear

Vulva muayenesi (kendi kendine vulva muayenesi) (Taşkın 2009)

Tedavi:

Cerrahi: Geçmişte basit vulvektomi ile vulvanın eksizyonu yapılırken şimdi lezyonun lokla eksizyonu yapılmaktadır. Bu cerrahi yaklaşım hastanın fiziksel ve psikososyal olarak daha az etkilenmesi ve cinsel ve üreme fonksiyonlarını sürdürmesi için önemlidir. Çoklu yaklaşımlarda yağ, kas ve glandlar ile birlikte vulvar deri eksize edilir

Radyoterapi: Yeterli geniş radikal cerrahi yapılamayan vakalarda ya da iki ya da daha fazla lenf nodu pozitif olan hastada tekrarlama riski yüksek olduğundan bu riski azaltmak için radyoterapiye başvurulur.

Kemoterapi: Kemoterapide kullanılan ilaçlar 5-FU, cisplatin ya da mitomycin C dir. Radyoterapi ile birlikte kemoterapi genellikle iyi tolere edilir (Taşkın 2009).

Korunma: Hemşireler özellikle riskli ve yaşlı kadınları HPV den sakınmaları, sigara içmemeleri, düzenli muayeneye gelmeleri ve kendi kendine vulva muayenesi yapmaları konusunda eğitmelidir (Taşkın 2009).

2.3. Jinekolojik Kanserler ve Aile Planlaması

Over kanseri:

Kombine oral kontraseptiflerin (KOK), kadın üreme organları kanserleri arasında tanısı geç konan ve bu nedenle prognozu en kötü olan over kanserine karşı koruyucu etkisinin olması, en önemli yararlarından birini oluşturmaktadır. Over kanseri oluşma riski KOK kullananlarda, kullanmayanlara oranla %40 daha azdır. Koruyucu etki en az 3-6 ay KOK kullanımından sonra başlar ve en az 3 yıllık kullanımdan sonra risk azalması anlamlı hale gelir. 10 yıl ve daha uzun süre KOK kullanıldıktan sonra over kanseri riski %80 azalır (AÇSAP 2005b).

Oral kantraseptif kullanımı over kanserine yakalanma riskini azaltır. 5 yıl ve daha fazla oral kontraseptif kullanımı hiç kullanmayanlara göre over kanseri riskini % 50 azaltmaktadır (ACS 2010).

Tüp ligasyonu %67 oranında over kanserine yakalanma riskini azaltabilir (ACS 2010). Bunu destekleyen Kjaer ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, riski azaltan nedenlerden birinin; tüp ligasyonu yaptırmanın talk ve diğer kanserojen maddelerin overlerle etkileşime geçmesini engellediğinden dolayı olduğunu savunulmuştur. Fakat bu çalışmada, tüp ligasyonunun over kanserine karşı koruyucu etkisinin altında yatan sebebin net olmadığı da dile getirilmiştir. Cıbula ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptıkları meta-analiz çalışmasında PubMed ve EMBASE veritabanları kullanılarak tüp ligasyonunun over kanseri riskini azalttığı sonucuna varan 21 çalışma incelenmiş, riski azaltan nedenler tartışılmıştır. Bu nedenler; tüp ligasyonunun mekanik bariyer oluşturarak karsinojen maddelerin vajina ve perineden overlere geçmesini engellediğinden kaynaklı olduğu bildirilmiştir. Aynı zamanda bu bariyerin over ve periteneal kanser oluşturan, endometrial ve proksimal fallop tüpleri epitelyal hücrelerinin geçişini engellediği sonucuna varılmıştır. Ligasyonun over fonksiyonunu etkilemediği bulunmuştur.

Tworoger ve ark. (2007) 28 yıllık bir süreyi kapsayan büyük çaplı retrospektif çalışmasında, tüp ligasyonu kullananlarda over kanserine yakalanma riskinin %34 daha az olduğu sonucuna varılmıştır. Bu çalışmada, hiçbir korunma yöntemi

kullanmayanlarla tüp ligasyonu, takvim metodu, kondom, köpük kullananlar arasında fark bulunmamıştır. Ayrıca Tworoger ve arkadaşları, önceki çalışmalarda 10 yıldan fazla oral kontraseptif kullanımının over kanseri riskini %50-80 arasında azalttığı bulunmasına rağmen bu çalışmada bu oran %38 olarak bulunmuştur.

Ness ve ark. (2000) yaptığı oral kontraseptif ilaçların dozlarının over kanserine etkisi konulu çalışmada oral kontraseptif hiç kullanmayanlara oranla oral kontraseptif kullananlar, over kanseri açısından %40 daha az riskli bulunmuştur. Düşük doz oral kontraseptiflerin over kanserini tetikleyen gonodotropin hormonunu baskılayıcı etkisi düşük olduğu için, bunların yüksek dozlu oral kontareptifler kadar etkili olmadığını savunsalar da çalışmalarında dozun etkisiz olduğu sonucuna varmışlardır.

Grimbizis ve ark. (2009) yapmış olduğu çalışmada ailede over kanseri geçmişi olan ya da genetik olarak over kanserine yatkın olan kadınlarda oral kontraseptif kullanımının over kanserine karşı koruyucu etkileri görülmüştür. Ayrıca bu koruyucu etkinin oral kontraseptif türünden bağımsız olduğu vurgulanmıştır. Fakat bu konunun tam olarak derinlemesine incelenmesi gerektiği belirtilmiştir.

Serviks kanseri:

2005 yılında Uluslar arası Kanser Araştırma Ajansı çalışma grubu kombine oral kontraseptifleri serviks kanseri için kanserojen olarak sınıflandırmıştır (WHO 2009)

Miller ve ark. (2003) yaptığı 'oral kontraseptifler ve serviks kanseri' adlı çalışmasında oral kontraseptif kullanımının serviks kanseri riskini arttırdığını vurgulamıştır. Bunun nedenlerini; oral kontraseptif kullananlarda HPV enfeksiyonunun bulaşma riskinin daha fazla olduğu ile ilişkili olduğunu, çünkü oral kontraseptif kullananların seksüel hayatlarının daha aktif olduğu, bariyer aile planlaması yöntemlerini kullanmadığı ve pap smear testini daha az yaptırdıkları gözlemlenmiştir. Diğer bir nedenin ise; hormonal kontraseptif kullanımının serviksteki biyolojik savunma mekanizmasının azalması ve bununda HPV enfeksiyonunun bulaşma riskini artırmasıdır.

Oral kontraseptif kullanımı serviks kanseri riskini arttırırken diğer taraftan tüp ligasyonun serviks kanserini azalttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Bunlardan biri Danimarka' da Danimarka Hastanesi'nde kayıtlı olup, 1977-1993 yılları arasında tüp ligasyonu yaptıran 65232 kadının dahil olduğu çalışmadır. Bu hastaların oranları ulusal kanser oranlarıyla karşılaştırılmış ve ulusal boyutta yapılan bu çalışmada tüp

ligasyonu yaptıran kadınların serviks kanserine yakalanma riskinin azaldığı dile getirilmiştir. Bunun nedeninin, tüp ligasyonu yaptırmanın pap smear taramasına olanak sağlaması ve böylelikle serviks kanserinin erkenden tanılanarak önlemlerin alınması olduğu açıklanmıştır (Kjaer ve ark. 2004).

Bariyer aile planlaması yöntem kullanımı, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruyucu olduğu için bu yöntemi kullanan kişilerde serviks kanserine yakalanma riski azalmaktadır (Abraham ve ark. 2009; Taşkın 2009; Scharge ve ark. 2010).

Endometrium kanseri:

Kombine oral kontraseptif kullanımının endometrium kanserine karşı koruyucu etkisi vardır. En az 12 ay KOK kullanımının endometriyum kanserini %50 oranında azalttığı gösterilmiştir. En yüksek koruyucu etki, 3 yıldan fazla kombine oral kontraseptif kullanımı sonucunda elde edilir ve bu koruyucu etki kullanım bırakıldıktan sonra en az 15 yıl boyunca devam eder. Koruyucu etki, endometriyum kanseri tipleri olan adenokarsinom, adenoakantoma ve adenoskuamöz kanserler için eşittir (AÇSAP 2005b).

Dorjgochoo ve ark. (2009) ‘oral kontraseptif, tüp ligasyonu ve rahim içi araç kullanma ve kanser riski’ konulu çalışmasında, tüp ligasyonunun endometrium kanser riskini arttırdığı, 30 yaştan sonra rahim içi araç kullanımının ve oral kontraseptif kullanımının endometrium kanser riskini azalttığı bulunmuştur. Benzer şekilde, Tao ve ark. (2006) ‘oral kontraseptif ve rahim içi araç kullanımı ve endometrium kanseri’ konulu çalışmasında uzun süreli oral kontraseptif kullanımının endometrium kanser riskini %42 azalttığı bulunmuştur.

Grimbizis’ in (2009) yapmış olduğu ‘hormonal kontrasepsiyon kullanımı ve bunun over ve endometrium kanserleri üzerine koruyucu etkisi’ konulu çalışmada, 4 yıl oral kontraseptif kullanımının endometrium kanser riskini %50, 12 yıllık oral kontraseptif kullanımının endometrium kanser riskini % 70 azalttığı ve kullanmaya devam edilirse bu riskin daha da azalacağını vurgulamıştır. Bu çalışmada oral kontraseptif kullanımı bırakıldığında endometrium kanser riskinin arttığı fakat buna rağmen 20 yıllık oral kontraseptif kullanımından sonra bile hiç kullanmayanlara göre % 50 kadar önemli koruyuculuğun devam ettiği belirtilmiştir. Hormonal kontraseptiflerin koruyucu etkisinin olabilmesi için en az 1 yıl kullanılması gerektiği bu çalışmada vurgulanmıştır.

Benshushan ve ark (2002) İsrail'de 35-64 yaş arasında 128 endometrium kanserli hasta ve 255 rastgele seçilen kontrol grubu üzerinde yaptığı çalışmaya göre RİA kullanımının endometrium kanser riski üzerinde koruyucu etkiye sahip olduğu bildirilmiştir. Ayrıca bu çalışmada oral kontraseptif kullanımının da etkilerine bakılmış ve aynı sonuçlar elde edilmiştir. Parazzini ve ark. (1998) benzer sonuçları rapor ettiği çalışma 1983-1992 yılları arasında İtalya'da yapılmıştır. Bu çalışma 453 endometrium kanserli hasta ve 1451 kontrol grubu hastasını kapsamaktadır. RİA kullananlar ve hiç kullanmayanlar karşılaştırıldığında RİA'nın endometrium kanser riskini önemli ölçüde azalttığı bulunmuştur. Bunu destekleyen bir diğer çalışma ise Hill ve ark. (1997) Washington'da yaptıkları nüfus tabanlı çalışmadır. Bu çalışmaya 45-74 yaş arasında olan kadınlar katılmıştır. RİA kullanmayanların endometrium kanserine yakalanma riskinin daha fazla olduğu ve RİA kullanım süresinin kansere yakalanma ile ilişkili olmadığı bulunmuştur.

Xavier (1991) 'tüp ligasyonu, rahim içi araç ve endometrial kanser riski' konuluYale Üniversitesi doktora tezinde 437 endometrial kanserli hastayı deney grubu olarak 3200 sağlıklı kişiyi de kontrol grubu olarak incelemiştir. Tüp ligasyonunun endometrial kanser riskini etkilemediğini, rahim içi araç kullanımının ise endometrial kanser riskini azalttığını saptamıştır.

Diğer taraftan yedi farklı ülkeden toplanan bilgiler ve 226 endometrium kanserli, 1529 kontrol grubu ile yapılan çalışma bize; RİA kullanımı ve endometrium kanseri arasında önemli bir bağlantı olmadığını göstermektedir. Bu çalışmada RİA kullanım süresinin, ilk kullanım zamanının, ilk ve son kullanım yaşının risk üzerinde bir etkisi olmadığı belirtilmiştir (Hill ve ark. 1997).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri

Araştırma, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Jinekolojik Onkoloji Kliniğinde Ağustos 2009- Ağustos 2010 tarihleri arasında yapıldı.

3.2. Araştırmanın Amacı ve Şekli

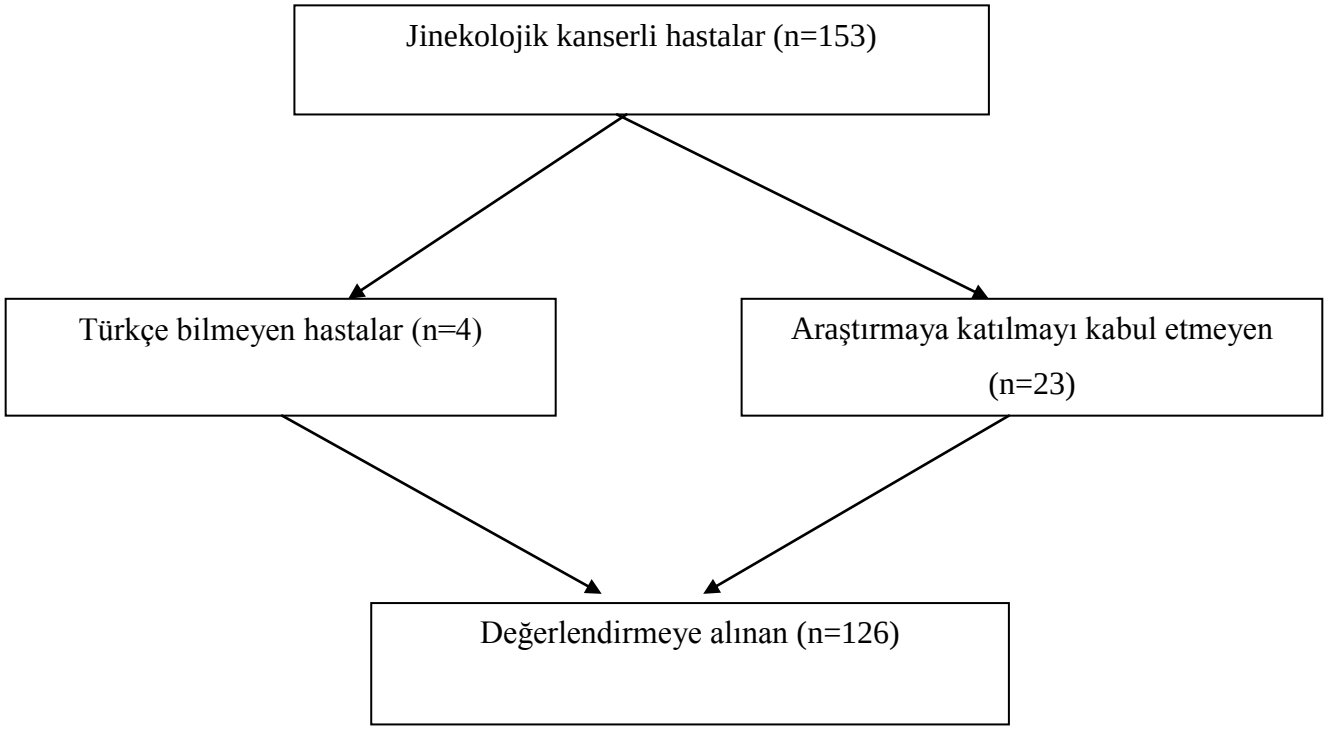
Bu araştırmanın amacı**,** İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Jinekolojik Onkoloji Kliniğinde yatarak tedavi gören jinekolojik onkoloji hastalarının kullandıkları aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmaktır. Aynı zamanda ileri dönemlerde yapılacak olan jinekolojik kanserler ve aile planlaması ilişkisi hakkındaki çalışmalara veri oluşturmaktır.

Araştırma tanımlayıcı retrospektif tipte bir araştırmadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ağustos 2009- Ağustos 2010 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Jinekolojik Onkoloji Kliniğinde yatan tüm hastalar oluşturmuştur.

Örneklem kapsamına ise, bu tarihler arasında yatışın fazla olduğu ve araştırmacıya uygun olan Pazartesi ve Cuma günleri klinikte yatıyor olan, katılım kriterlerine uyan tüm hastalar alınmıştır. Araştırma süresince 153 hasta ile görüşülmüştür. Bu hastalardan 4'ü Türkçe bilmediğinden, 23'ü araştırmaya katılmayı istemediğinden araştırmaya alınmamıştır. Sonuç olarak örneklem 126 hastadan oluşmuştur.



3.3.1. Araştırmaya Katılım Kriterleri

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma,
- Jinekolojik kanser tanısı konmuş,
- Türkçe konuşabilmesi ve anlayabilmesi,
- İletişim güçlüğü ve mental yetersizliğin olmaması**.**

3.4. Verilerin Toplanması:

Araştırma verilerini toplamak amacıyla literatürde yer alan jinekolojik kanserler ve aile planlaması ile ilgili çeşitli soru araçları gözden geçirilerek araştırmacı tarafından geliştirilen soru formu, karşılıklı görüşme yöntemi ile uygulanmıştır (Ness ve ark. 2000; Tao ve ark. 2006; Tworoger ve ark. 2007; Pınar ve ark. 2008a; 2008b; Dorjgocho ve ark. 2009)

Soru Formu: Hastaların demografik (yaş, medeni ve eğitim durumu, BKI, sigara/alkol kullanımı), menstruasyon (ilk adet yaşı, adet süresi, siklus uzunluğu), doğurganlık (doğum sayısı, ilk doğum yaşı, gebelik sayısı, düşük/kürtaj sayısı, doğum şekli, emzirme durumu, infertilite tedavi durumu), menopoz (menopoz yaşı, menopoz tipi, HRT kullanımı), sağlık durumu (kronik hastalık, ilaç kullanımı, geçirilen ameliyat

durumu, ailede kanser öyküsü) ve aile planlaması öyküsünü (kullanılan kontraseptif yöntemler ve süreleri, yöntem bırakma nedeni) tespit etmek amacıyla hazırlanan toplam 32 sorudan oluşmaktadır (EK 1).

Oluşturulan soru formu İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Jinekolojik Onkoloji Kliniğinde yatan hastalara yüzyüze karşılıklı görüşme ile doldurulduu.

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmanın evreni İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Jinekolojik Onkoloji Kliniğinde yatan hastalar ile sınırlandırılmıştır.
- Uzun süre hastanede yattıklarından, veri toplama günlerinde hastanede aynı hastaların olmasından kaynaklı ulaşılan hasta sayısının genellemek için yetersiz kalmıştır.
- Modern aile planlaması yöntemlerinin kullanılmaya başlanmasının yakın bir geçmişe sahip olması nedeniyle ve klinikte tedavi gören jinekolojik kanserli hastaların genellikle ileri yaşta olmasına bağlı modern aile planlaması yöntemi kullanmış jinekolojik kanserli hastalara yeterli sayıda ulaşılamamıştır.
- Jinekolojik kanserli hastaların genellikle ileri yaşta olmalarına bağlı özellikle gebelikler arası kullandıkları aile planlaması yöntemleri hatırlayamamasıdır.
- Hastaların geçmişinde birden fazla aile planlaması yöntemi kullanmış olması kanserlere etkisini değerlendirmede sınırlılıklara yol açmıştır.

3.6. Etik Konular

Araştırmaya başlamadan önce İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu'ndan Etik kurul kararı, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Jinekolojik Onkoloji Kliniğinden çalışma izni yazılı olarak alındı (EK-2).

Araştırmaya katılan hastalara çalışmanın amacı açıklanıp bilgilerin gizli kalacağı, istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri ifade edildi ve gönüllü olmalarına özen gösterildi.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler, SPSS 18,0 (Statistical Programe for Social Sciences18.0) paket programı kullanılarak uygun istatistiksel yöntemlerle değerlendirilmiştir.

Araştırmanın istatistiksel değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistik olarak sayı ve yüzde (bireysel özellikleri, beden kitle indeksi, sağlık davranışları, tanıları, hastalık öyküleri, ailelerin kanser öyküsüne ilişkin özellikleri, menstruasyon özellikleri, gebelik ve doğuma ilişkin özellikleri, aile planlaması yöntemi kullanma durumu); değişkenlere göre kanser türlerinin dağılımlarının karşılaştırılmasında ki-kare analizi (çok gözlü, Pearson ki-kare) kullanılmıştır. Sonuçlar %95' lik güven aralığında, anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Jinekolojik kanserli hastalarda aile planlaması yöntem kullanımını incelemek amacıyla gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen bulgular 2 bölümde sunuldu. Birinci bölümde, hastaların sosyodemografik, jinekolojik, obsteterik, jinekolojik kanser ve aile planlaması yöntemleri ile ilgili özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. İkinci bölümde ise, jinekolojik kanserli hastaların sosyodemografik, jinekolojik, obsteterik ve aile planlaması yöntemlerinin kullanımı ile ilişkisini gösteren bulgular yer almaktadır.

Tablo 4-4: Hastaların Bireysel Özellikleri (n: 126)

Özellikler	Sayı	%
Yaş		
20-34 Yaş	7	5,6
35-50 Yaş	25	19,8
51-64 Yaş	55	43,6
65 yaş ve üzeri	39	31
Öğrenim Durumu		
Eğitimi Yok	41	32,6
İlköğretim	62	49,2
Lise	12	9,5
Üniversite	11	8,7
Medeni Durum		
Bekar	7	5,6
Evli	87	69
Dul	32	25,4
Evlilik Süresi (n: 119)		
1-20 Yıl	17	14,3
21-40 Yıl	59	49,6
41 Yıl ve Üzeri	43	36,1
Çalışma Durumu		
Evet	13	10,3
Hayır	113	89,7
Sosyal Güvence		
Var	124	98,4
Yok	2	1,6
Gelir Durumu		
Gelir Giderden Az	45	35,7
Gelir Gidere Eşit	81	64,3

Hastaların sosyodemografik özelliklerinden yaşa göre dağılımlarına bakıldığında (Tablo4-4) % 5,6'sının (n=7) 20-34 yaş arasında olduğu, %19,8'inin (n=25) 35-50 yaş arasında olduğu, %43,6'sının (n=55) 51-64 yaş arasında olduğu, %31'inin (n=39) 65 yaş ve üzerinde olduğu ve yaş ortalamasının 57,48±13,17 olduğu saptandı.

Hastaların sosyodemografik özelliklerinden öğrenim durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında %32,6'sının (n=41) eğitiminin olmadığı, %49,2'sinin (n=62) ilköğretim mezunu olduğu, %9,5'inin (n=12) lise mezunu olduğu, %8,7'sinin (n=11) üniversite mezunu olduğu saptandı.

Hastaların sosyodemografik özelliklerinden medeni durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında %5,6'sının (n=7) bekar olduğu, %69'unun (n=87) evli olduğu, %25,4'ünün (n=32) dul olduğu saptandı.Evli ve dul olan hastaların (n=119) evlilik süresine bakıldığında %14,3'ünün (n=17) evlilik süresinin 1-20 yıl arası olduğu, % 49,6'sının (n=59) evlilik süresinin 21-40 yıl arası olduğu, %36,1'inin (n=43) evlilik süresinin 41 yıl ve fazlası olduğu saptandı.

Hastaların çalışma ve sosyal güvenlik durumuna bakıldığında; % 10,3'ünün (n=13) çalıştığı, % 89,7'sinin (n=113) çalışmadığı, % 98,4'ünün (n=124) sosyal güvencesinin olduğu, %1,6'sının (n=2) sosyal güvencesinin olmadığı saptandı.

Hastaların % 35,7'sinin (n=45) gelirinin giderinden az olduğu, %64,3'ünün (n=81) gelirinin giderine eşit olduğu belirlendi.

Tablo4-5: Hastaların Beden Kitle İndeksi ve Sağlık Davranışlarına Göre Dağılımları (n:126)

Özellikler	Sayı	%
Beden Kitle İndeksi		
Normal Kilolu (18,5-24,9)	28	22,2
Hafif Şişman (25-29-9)	40	31,7
Obez (1. Derece şişman) (30-34-9)	47	37,3
İleri Derecede Obez (35 ve üzeri)	11	8,7
Sigara Kullanma Durumu (n: 14)		
Evet	14	11,1
Hayır	112	88,9
Sigara Miktarı ve İçme Süresi (n: 14)		
2 Paket e kadar 1-4 Yıl	3	21,4
2 Paket e kadar 5 Yıl ve üzeri	7	50,0
2 Paket ve Üzeri 5 Yıl ve üzeri	4	28,6
Alkol Kullanma Durumu		
Evet (Haftada 1kadeh)	1	0,8
Hayır	125	99,2

Hastaların beden kitle indeksi ve sağlık davranışlarına göre dağılımlarına bakıldığında (Tablo4-5) %22,2'sinin (n=28) beden kitle indeksinin normal olduğu, %31,7'sinin (n=40) hafif şişman olduğu, %37,3'ünün (n=47) obez olduğu, %8,7'sinin (n=11) ileri derece obez olduğu belirlendi.

Hastaların %11,1'inin (n=14) sigara kullandığı, %89,9'unun (n=112) sigara kullanmadığı, sigara içenlerin % 21,4'ünün (n=3) 2 pakete kadar 1-4 yıl arası sigara içtiği, %50'sinin (n=7) 2 pakete kadar 5 yıl ve üzeri sigara içtiği, %28,6'sının (n=4) 2 paket ve üzeri 5 yıl ve üzeri süredir sigara içtiği belirlendi.

Hastaların %99,2'sinin (n=125) alkol kullanmadığı, %0,8'inin (n=1) haftada 1 kadeh alkol kullandığı saptandı.

Tablo 4-6: Hastaların Tanıları ve Hastalık Öyküsüne Göre Dağılımları (n: 126)

Özellikler	Sayı	%
Tanı		
Over Ca	57	45,2
Serviks Ca	22	17,5
Endometrium Ca	47	37,3
Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumu		
Evet	80	63,5
Hayır	46	36,5
Kronik Hastalık Türü (n: 73)**		
Hipertansiyon	56	76,7
Diyabetes Mellitus	24	32,9
Kalp Hastalığı	8	11
Tiroid Hastalıkları	10	13,7
Diğer	18	24,7
Sürekli İlaç Kullanma Durumu		
Evet	75	59,5
Hayır	51	40,5
İlaç Kullanma Nedeni/İlaç Türü* (n: 75)		
Hipertansiyon	46	61,3
Diyabetes Mellitüs	16	21,3
Kortikosteroid	2	2,7
Hipotiroidizm	9	12
Gastrik Ülser	3	4
Diğer	13	17,3
İlaç Kullanma Süresi (n: 75)		
1-5 Yıl	29	38,7
6-10 Yıl	31	41,3
11 Yıl ve üzeri	15	20
Ameliyat Olma Öyküsü		
Evet	89	70,6
Hayır	37	29,4

* Birden fazla seçeneğe yanıt vermiştir.

Hastaların tanıları ve hastalık öykülerine göre dağılımlarına bakıldığında %45,2'sinin (n=57) over kanserli, %17,5'inin (n=22) serviks kanserli, %37,3'ünün (n=47) endometrium kanserli olduğu; %63,5'inin (n=80) ek bir hastalığa sahip olduğu, %36,5'inin (n=46) ek bir hastalığa sahip olmadığı saptandı. (Tablo4-6)

Hastaların %76,7'sinin (n=56) hipertansiyonu olduğu, %32,9'unun (n=24) diyabetes mellitüsü olduğu, %11'inin (n=8) kalp hastalığı olduğu, %13,7'sinin (n=10) tiroid hastalığı olduğu belirlendi.

Hastaların %59,5'inin (n=75) sürekli ilaç kullandığı, %40,5'inin (n=51) sürekli ilaç kullanmadığı; ilaç kullanma nedenlerine bakıldığında ise %61,3'ünün (n=46) hipertansiyon nedeniyle ilaç kullandığı, %21,3'ünün (n=16) diyabetüs mellitus nedeniyle ilaç kullandığı, %2,7'sinin (n=2) kortikosteroid kullandığı, %12'sinin (n=9) hipotroidizm nedeniyle ilaç kullandığı, %4'ünün (n=3) gastrik ülser nedeniyle ilaç kullandığı, %17,3'ünün (n=13) diğer nedenlerle ilaç kullandığı saptandı.

Sürekli ilaç kullanan hastaların ilaç kullanma sürelerine bakıldığında (n=75) %38,7'sinin (n=29) 1-5 yıl arası ilaç kullandığı, %41,3'ünün (n=31) 6-10 yıl arası ilaç kullandığı, %20'sinin (n=15) 11 yıl ve fazlası süredir ilaç kullandığı belirlendi.

Hastaların %70,6'sının (n=89) ameliyat olma öyküsünün bulunduğu, %29,4'ünün (n=37) ameliyat olma öyküsünün bulunmadığı saptandı.

Tablo 4-7: Hastaların Ailelerinde Kanser Öyküsüne İlişkin Özelliklere Göre Dağılımları (n: 126)

Özellikler	Sayı	%
Ailede Kanser Öyküsü Varlığı		
Evet	43	34,1
Hayır	83	65,9
Ailede Kanser Olanların Yakınlığı (n: 43)		
Aileden birinde (anne, baba, kardeş)	27	62,8
Akrabalarda/Eşinde	16	37,2
Aile Bireylerinde Görülen Kanser Türü*		
Sindirim Sistemi	13	30,2
Solunum Sistemi	17	39,5
Endokrin Sistem (Tiroid Ca)	1	2,3
Meme Ca	4	9,3
Homeopoetik Sistem (Dalak/KC Ca)	4	9,3
Üriner Sistem	3	7,0
Üreme Sistemi (Endometrium/over Ca)	5	11,6
Lenfoma	1	2,3
Lösemi	3	7,0
Bilmiyor	1	2,3

* Birden fazla seçeneğe yanıt verilmiştir.

Hastaların ailelerinde kanser öyküsüne ilişkin özelliklerine göre dağılımlarına bakıldığında (Tablo 4-7) %34,1'inin (n=43) ailesinde kanser öyküsünün olduğu, %65,9'unun (n=83) ailesinde kanser öyküsünün bulunmadığı saptandı.

Aile kanser öyküsü bulunan hastaların ailedeki yakınlık derecesine bakıldığında %62,8'inin (n=27) aileden birinde (anne, baba, kardeş) kanser öyküsü bulunduğu, %37,2'sinin (n=16) akrabalarda ya da eşinde kanser öyküsü bulunduğu saptandı. Kanser öyküsü olan bu hasta yakınlarının hangi kansere sahip olduğuna bakıldığında ise %30,2'sinin (n=13) sindirim sistemi kanserli olduğu, %39,5'inin (n=17) solunum sistemi kanserli olduğu, %2,3'ünün (n=1) tiroid kanserli olduğu, %9,3'ünün (n=4)

meme kanserli olduğu, %9,3'ünün (n=4) dalak/karaciğer kanserli olduğu, %7'sinin (n=3) üriner sistem kanserli olduğu, %11,6'sının (n=5) üreme sistemi kanserli olduğu, %2,3'ünün (n=1) lenfomalı olduğu**,** %7'sinin (n=3) lösemili olduğu, %2,3'ünün (n=1) kanser türünü bilmediği belirlendi.

Tablo 4-8: Hastaların Menstruasyon Özelliklere Göre Dağılımları (n: 126)

Özellikler	Sayı	%
İlk Menstruasyon Yaşı		
11-12 Yaş	36	28,6
13-14 Yaş	74	58,7
15-18 Yaş	16	12,7
Menstruasyon Süresi		
3-4 Gün	39	31,0
5-7 Gün	82	65,1
8-10 gün	5	4,0
Siklus Uzunluğu		
21-25 Gün	17	13,5
26-28 Gün	65	51,6
29-31 Gün	44	34,9
Ağrılı Menstruasyon Durumu		
Evet	53	42,1
Hayır	73	57,9
Menapoz Yaşı (n: 111)		
45 yaş altı	34	30,6
45-55 yaş	75	67,6
55 yaş ve üzeri	2	1,8
Menapoz tipi		
Doğal	90	81,1
Cerrahi	21	18,9
Menapozda HRT Kullanma		
Evet	14	12,6
Hayır	97	87,4
HRT Kullanma Süresi (n: 14)		
1-5 Yıl	12	85,8
6-10 Yıl	2	14,2

Hastaların menstruasyon özelliklerine göre dağılımlarına bakıldığında (Tablo 4-8) %28,6'sının (n=36) ilk menstruasyon yaşının 11-12 yaş olduğu, %58,7'sinin (n=74) ilk menstruasyon yaşının 13-14 olduğu, %12,7'sinin (n=16)) ilk menstruasyon yaşının 15-18 yaş olduğu belirlendi.

Hastaların menstruasyon sürelerine bakıldığında %31'inin (n=39) menstruasyon süresinin 3-4 gün olduğu, %65,1'inin (n=82) 5-7 gün olduğu, %4'ünün (n=5) 8-10 gün olduğu belirlenirken %13,5'inin (n=17) siklus uzunluğunun 21-25 gün olduğu, %51,6'sının (n=65) siklus uzunluğunun 26-28 gün olduğu, %34,9'unun (n=44) siklus uzunluğunun 29-31 gün olduğu saptandı.

Hastaların %42,1'inin (n=53) menstruasyon dönemlerinin ağrılı olduğu, %57,9'unun (n=73) menstruasyon dönemlerinin ağrısız olduğu saptandı.

Menopoza giren hastaların(n=111) %30,6'sının (n=34) menopoza 45 yaşından önce girdiği, %67,6'sının (n=75) menopoza 45-54 yaş arası girdiği, %1,8'inin (n=2) menopoza 55 ve üzeri yaşta girdiği belirlendi.Menopoza giren bu hastaların %81,1'inin (n=90) doğal menopoz olduğu, %18,9'unun (n=21) cerrahi menopoza girdiği saptandı. Menopoza giren hastaların %12,6'sının (n=14) menopozda HRT kullandığı, %87,4'ünün (n=97) menopozda HRT kullanmadığı belirlendi.HRT kullanan hastaların (n=14) HRT kullanma sürelerine bakıldığında %85,2'sinin (n=12) 1-5 yıl arası HRT kullandığı, %14,2'sinin (n=2) 6-10 yıl arası HRT kullandığı saptandı.

Tablo 4-9: Hastaların Gebelik ve Doğuma İlişkin Özelliklere Göre Dağılımları (n: 119)

Özellikler	Sayı	%
Gebelik Sayısı (n: 115)		
1-3 Gebelik	46	40,0
4-7 Gebelik	45	39,1
8 Gebelik ve Üzeri	24	20,9
Doğum Sayısı (n:113)		
1-2 Doğum	38	33,6
3-4 Doğum	49	43,4
5 Doğum ve Üzeri	26	23,0
İlk Doğumu Yapma Zamanı (n: 113)		
13-18 Yaş: Adölesan Çağda	30	26,5
19-31 Yaş: Normal Yaşta	83	73,5
Doğum Şekli (n: 113)		
Normal Doğum	103	91,2
Sezeryan	10	8,8
Normal Doğum Yapma Sayısı (n: 103)		
1-2 Doğum	32	31,1
3-4 Doğum	45	43,7
5 ve Üzeri	26	25,2
Sezeryan Doğum Yapma Sayısı (n: 10)		
1-2 Doğum	8	80,0
3 Doğum	2	20,0
Düşük Yapma Durumu (n: 119)		
Hayır	93	78,2
Evet	26	21,8
Kürtaj Olma Durumu (n: 119)		
Hayır	66	55,5
Evet	53	44,5
Çocuk Emzirme Durumu (n: 126)		
Evet	110	87,3
Hayır	3	2,4
Doğum Yapmadı(Hayır)	13	10,3
Emzirme Süresi (n: 110)		
6 Aydan Az	22	20,0
6-11 Ay	35	31,8
12-17 Ay	25	22,7
18 Ay ve Üzeri	28	25,5
İnfertilite Tedavisi Alma (n: 119)		
Evet	6	5,0
Hayır	113	95,0

Hastaların gebelik ve doğuma ilişkin özelliklerine göre dağılımlarına bakıldığında gebelik geçiren hastaların (n=115) %40'ının (n=46) 1-3 gebelik geçirdiği, %39,1'inin (n=45) 4-7 gebelik geçirdiği, %20,9'unun (n=24) 8 ve fazlası gebelik geçirdiği saptandı.(Tablo 4-9)

Doğum yapma öyküsü bulunan hastaların (n=113) doğum sayısına bakıldığında %33,6'sının (n=38) 1-2 doğum yaptığı, %43,4'ünün (n=49) 3-4 doğum yaptığı,

%23'ünün (n=26) 5 ve fazlası doğum yaptığı saptandı.İlk doğum yapma yaşına bakıldığında ise bu hastaların %26,5'inin (n=30) 13-18 yaş arası doğum yapığı, %73,5'inin (n=83) 19-31 yaş arası doğum yaptığı belirlendi.Hastaların %91,2'sinin (n=103) normal vaginal doğum yaptığı, %8,8 (n=10) sezeryan doğum yaptığı; normal vaginal doğum yapanların doğum sayısına bakıldığında %31,1'inin (n=32) 1-2 vaginal doğum yaptığı, %43,7'sinin (n=45) 3-4 vaginal doğum yaptığı, %25,2'sinin (n=26) 5 ve fazlası sayıda vaginal doğum yaptığı saptandı. Sezeryan doğum yapanların doğum sayısına bakıldığında %80'inin (n=8) 1-2 doğum yaptığı, %20'sinin (n=2) 3 doğum yaptığı belirlendi.

Hastaların düşük yapma durumları incelendiğinde %78,2'sinin (n=93) düşük yapmadığı, %21,8'inin (n=26) düşük yaptığı belirlendi.

Hastaların %44,5'inin (n=53) kürtaj olma öyküsü bulunurken, %55,5'inin (n=66) kürtaj olma öyküsünün bulunmadığı belirlendi.

Hastaların çocuk emzirme durumuna bakıldığında %87,3'ünün (n=110) çocuklarını emzirdiği, bunların %20'sinin (n=22) 6 aydan az emzirdiği, %31,8'inin (n=35) 6-11 ay emzirdiği, %22,7'sinin (n=25) 12-17 ay emzirdiği, %25,5'inin (n=28) 18 aydan fazla emzirdiği saptandı.

Hastaların %5'inin (n=6) infertilite tedavisi gördüğü belirlendi.

Tablo 4-10: Hastaların Kontraseptif Yöntem Kullanma Durumuna Göre Dağılımları (n: 126)

Özellikler	Sayı	%
Kontraseptif Yöntem*		
Evet	98	77,8
Hayır	28	22,2
Oral Kontraseptif Kullanma		
Evet	20	15,9
Hayır	106	84,1
Oral Kontraseptif Kullanma Süresi (n: 20)		
1-5 Yıl	16	80
5 Yıldan Fazla (8-15 Yıl)	4	20
RIA Kullanma		
Evet	22	17,5
Hayır	104	82,5
RIA Kullanma Süresi (n: 22)		
1-5 Yıl (2-5 Yıl)	8	36,4
5 Yıldan Fazla (6-24 Yıl)	14	63,6
Kondom Kullanma		
Evet	10	7,9
Hayır	116	92,1
Kondom Kullanma Süresi (n: 10)		
1-5 Yıl	3	30
5 Yıldan Fazla (8-20 Yıl)	7	70
Geri Çekme Yöntemi Kullanma		
Evet	70	55,6
Hayır	56	44,4
Geri Çekme Yöntemi Kullanma Süresi (N: 70)		
1-10 Yıl (3-10)	7	10
11-20 Yıl	20	28,6
20 Yıldan Fazla (22-40)	43	61,4
Tüp Ligasyonu		
Evet (27 Yıldır)	1	0,8
Hayır	125	99,2
Takvim Yöntemi Kullanma		
Evet	8	6,3
Hayır	118	93,7
Takvim Yöntemi Kullanma Süresi (N: 8)		
1-5 Yıl	2	25
10 Yıldan Fazla (14-29 Yıl)	6	75

* Birden fazla seçeneğe yanıt verilmiştir.

Hastaların aile planlaması yöntemleri kullanımına göre dağılımlarına bakıldığında %77,8'inin (n=98) kontraseptif yöntem kullandığı, %22,2'sinin (n=28) kontraseptif yöntem kullanmadığı saptandı. (Tablo 4-10)

Oral kontraseptif kullananlar tüm hastaların %15,9'unu (n=20) oluştururken, RİA kullananlar %17,5'ini, kondom kullananlar %7,9'unu (n=10), geri çekme yöntemi kullananlar %55,6'sını (n=70), tüp ligasyonu kullananlar %0,8'ini (n=1), takvim yöntemi kullananlar %6,3'ünü (n=8) oluşturdu. Bazı hastalar geçmişte birden fazla aile planlaması yöntemi kullandığını belirtti.

Oral kontraseptif yöntemi kullanma sürelerine bakıldığında 1-5 yıl arası oral kontraseptif kullananlar bu yöntemi kullananların %80'ini (n=16) oluşturduğu, 5 yıldan fazla kullananlar %20'sini (n=4) oluşturduğu belirlendi.

RİA kullanma sürelerine bakıldığında RİA kullanma öyküsü bulunan hastaların %36,4'ünün (n=8) 1-5 yıl arası RİA kullandığı, %63,6'sının (n=14) 5 yıldan fazla RİA kullandığı saptandı.

Kondom kullanma süreleri incelendiğinde kondom kullanma öyküsü bulunan hastaların %30'unun (n=3) 1-5 yıl arası kondom kullandığı, %70'inin (n=7) 5 yıldan fazla kondom kullandığı saptandı.

Geri çekme yöntemi kullanma süresine bakıldığında bu yöntemi kullananların %10'unun (n=7) bu yöntemi 1-10 yıl arası kullandığı, %28,6'sının (n=20) 11-20 yıl arası kullandığı, %61,4'ünün (n=43) 20 yıldan fazla kullandığı saptandı.

Takvim yöntemi kullanma sürelerine bakıldığında yöntemi kullananların %25'inin (n=2) 1-5 yıl arası takvim yöntemi kullandığı,%75'inin (n=6) 10 yıldan fazla bu yöntemi kullandığı belirlendi.

Hastaların %1,6'sının hala kontraseptif yöntem kullandığı, bunlardan biri RİA kullanırken diğer kişinin takvim yöntemi kullandığı belirlendi. Ayrıca hastaların %7,9'unun (n=10) herhangi bir nedenden dolayı kullandığı kontraseptif yöntemini değiştirdiği belirlendi.

Tablo 4-11: Sosyodemografik Özelliklere Göre Kanser Türlerinin Dağılımlarının Karşılaştırılması (n: 126)

Özellikler	Over Ca		Endometrium Ca		Serviks Ca			
	n	%	n	%	n	%	χ2	p
Yaş								
20-50 Yaş	20	62,5	5	15,6	7	21,9	8,241	0,083
51-64 Yaş	23	41,8	12	21,8	20	36,4		
65 yaş ve üzeri	14	35,9	5	12,8	20	51,3		
Öğrenim Durumu								
Eğitimi Yok	14	34,1	6	14,6	21	51,2	5,294	0,258
İlköğretim	32	51,6	11	17,7	19	30,6		
Lise ve Üniversite	11	47,8	5	21,7	7	30,4		
Medeni Durum								
Bekar	4	57,1	2	28,6	1	14,3	4,954	0,292
Evli	43	49,4	13	14,9	31	35,6		
Dul	10	31,3	7	21,9	15	46,9		
Evlilik Süresi (n: 119)								
1-20 Yıl	10	58,8	1	5,9	6	35,3	9,343	0,053
21-40 Yıl	28	47,5	14	23,7	17	28,8		
41 Yıl ve Üzeri	15	34,9	5	11,6	23	53,5		
Gelir Durumu								
Gelir Giderden Az	23	51,1	6	13,3	16	35,6	1,274	0,529
Gelir Gidere Eşit	34	42	16	19,8	31	38,3		

Over kanseri %62,5'lik (n=20) oranla 20-50 yaş arası fazla görülürken, endometrium kanserinin %21,8'lik (n=12) oranla 51-64 yaş arası fazla görüldüğü, serviks kanserinin de %51,3'lük (n=20) oranla 65 yaş üzeri fazla görüldüğü saptandı. Hastaların yaş gruplarına göre kanser türleri dağılımları arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olmadığı saptandı. (χ^2: 8,241 p: 0,083, Tablo 4-11).

Hastaların öğrenim durumuna bakıldığında eğitim düzeyi en düşük hastaların sahip olduğu kanser türü %51,2'lik (n=21) oranla serviks kanseri olduğu; eğitim düzeyi en yüksek hastaların ise sahip olduğu kanser türünün ise %47,8'lik (n=11) oranla over kanseri olduğu belirlenirken hastaların öğrenim durumlarına göre kanser türleri dağılımları arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olmadığı saptandı. (χ^2: 5,294 p:0,258).

Bekar hastaların %57,1'inin (n=4) en yüksek oranda over kanserli olduğu belirlenirken dul olan hastaların %46,9'unun (n=15) en yüksek oranda serviks kanserli olduğu bulundu. Fakat hastaların medeni durumlarına göre kanser türleri dağılımları arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olmadığı saptandı. (χ^2: 4,954 p:0,292).

Evli olan hastaların (n=119) evlilik süresine bakıldığında evlilik süresi en kısa olan kanser türünün %5,9'luk oranla endometrium kanseri olduğu; evlilik süresi en uzun olan kanser türünün ise %53,5'lik (n=23) oranla serviks kanserli olduğu bulunurken evli olan hastaların evlilik yıllarına göre kanser türleri dağılımları arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olmadığı bulundu. (χ^2: 4,954 p:0,292**).**

Gelir durumlarına bakıldığında ise gelir düzeyi en düşük hastaların %13,3'lük (n=6) oranla endometrium kanserli olduğu, geliri giderine denk olan hastaların %51,1'inin en yüksek oranla over kanserli olduğu belirlenirken hastaların gelir durumlarına göre kanser türleri dağılımları arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olmadığı saptandı (χ^2: 1,274 p:0,529).

Tablo 4-12: Beden Kitle İndeksi ve Sağlık Davranışlarına Göre Kanser Türü Dağılımlarının Karşılaştırılması (n: 126)

Özellikler	Over Ca		Endometrium Ca		Serviks Ca			
	n	%	n	%	n	%	χ^2	p
Beden Kitle İndeksi								
Normal Kilolu (18,5-24,9)	20	71,4	4	14,3	4	14,3	11,588	0,021
Hafif Şişman (25-29,9)	14	35	9	22,5	17	42,5		
Obez /Ileri Derecede Obez (30 ve üzeri)	23	39,7	9	15,5	26	44,8		
Sigara Kullanma Durumu								
Evet	2	14,3	4	28,6	8	57,1	6,111	0,047
Hayır	55	49,1	18	16,1	39	34,8		

Beden kitle indeksi ve sağlık davranışlarına göre kanser türü dağılımlarına bakıldığında beden kitle indeksi normal kilolu olan hastaların en yüksek oranla over kanserli olduğu (%71,4 n=20), hafif şişman hastaların en yüksek oranla (%42,5 n=17) serviks kanserli olduğu, obez/ileri derece obez hastaların en yüksek oranla %44,8'inin

(n=26) yine serviks kanserli olduğu saptandı. Hastaların beden kitle indeksine göre kanser türlerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0,05$, Tablo 4-12). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için normal kiloya sahip olan grup analiz dışında bırakılarak yapılan ileri analizde hafif şişman ve ileri derecede obez olan gruplar arasında fark olmadığı (χ^2: 0,794 p:0,692), farkın normal kiloya sahip olanlardan kaynaklandığı belirlendi. Normal kiloya sahip olan hastalarda over kanseri olanların oranı diğer gruplardan daha yüksek oranda iken serviks kanseri olanların oranı ise daha düşük bulundu.

Hastaların sigara kullanma durumuna bakıldığında sigara kullanan hastaların en %57,1'lik (n=8) en yüksek oranla serviks kanserli olduğu, sigara içmeyenlerin ise %49,1'lik (n=55) en yüksek oranla over kanserli olduğu belirlendi. Hastaların sigara içme durumuna göre kanser türlerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Farkın hangi tanı türünden olduğunu belirlemek için over kanseri olanlar analiz dışında bırakılarak yapılan ileri analizde gruplar arasında fark olmadığı (χ^2: 1,439 p: 0,245), farkın bu kanser türünden kaynaklandığı belirlendi. Sigara içen hastalarda over kanseri olanların oranı sigara içmeyenlere göre daha düşük bulundu. Sigara içenlerde serviks kanseri olanların oranı ve endometrium kanseri olanların oranı daha yüksektir.

Tablo 4-13: Kronik Hastalık ve İlaç Kullanma Durumuna Göre Kanser Türlerinin Karşılaştırılması (n: 126)

Özellikler	Over Ca		Endometrium Ca		Serviks Ca			
	n	%	n	%	n	%	χ^2	p
Kronik Hastalık								
Evet	31	38,8	15	18,8	34	42,5	3,835	0,147
Hayır	26	56,5	7	15,2	13	28,3		
Sürekli İlaç Kullanma								
Evet	28	37,3	15	20	32	42,7	4,674	0,097
Hayır	29	56,9	7	13,7	15	29,4		

Kronik hastalık ve ilaç kullanım durumuna göre kanser türlerinin dağılımlarına (Tablo 4-13) bakıldığında kronik hastalığı olan hastaların %18,8'lik (n=15) en düşük oranla endometrium kanserli olduğu, %42,5'lik (n=34) en yüksek oranla serviks kanserli olduğu belirlenirken hastaların kronik hastalığa sahip olma durumlarına göre kanser türleri dağılımları arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olmadığı saptandı. (χ^2:3,835 p: 0,147).

Sürekli ilaç kullanan hastaların en yüksek oranda serviks kanserli olduğu belirlenirken (%42,7 n=37), sürekli ilaç kullanmayanların en düşük oranda (%13,7 n=7) endometrium kanserli olduğu bulundu. Hastaların sürekli ilaç kullanma durumlarına göre kanser türleri dağılımları arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olmadığı saptandı. (χ^2:4,674 p: 0,097**).**

Hastaların kronik hastalık sahibi olma ve sürekli ilaç kullanma durumuna göre kanser türlerinin dağılımları ki-kare analizi ile karşılaştırıldı.

Tablo 4-14: Aileleri Kanser Öyküsüne İlişkin Özelliklere Göre Kanser Türü Dağılımlarının Karşılaştırılması (n: 126)

	Over Ca		Endometrium Ca		Serviks Ca			
Özellikler	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**χ^2**	**p**
Ailede Kanser Öyküsü Varlığı								
Evet	18	41,9	4	9,3	21	48,8	4,981	0,083
Hayır	39	47	18	21,7	26	31,3		
Ailede Kanser Olanların Yakınlığı (n: 43)								
Aileden Birinde (Anne, Baba, Kardeş)	11	40,7	2	7,4	14	51,9	0,437	0,804
Akrabalarda/Eşinde	7	43,8	2	12,5	7	43,8		

Ailelerin kanser öyküsüne ilişkin özelliklerine göre kanser türü dağılımların karşılaştırılmasına (Tablo 4-14) bakıldığında ailesinde kanser öyküsü olan hastaların %48,8'lik (n=21) en yüksek oranda serviks kanserli olduğu, ailesinde kanser öyküsü bulunmayanların %21,7'lik (n=18) en düşük oranda endometrium kanserli olduğu

belirlenirken ailesinde kanser öyküsü olan hastaların durumlarına göre kanser türleri dağılımları arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olmadığı belirlendi (χ^2:4,981 p:0,083**).**

Ailesinde kanser olanların yakınlığına bakıldığında (n=43) ailesinden birinde (anne, baba, kardeş) kanser olan hastaların %51,9'luk (n=14) en yüksek oranda serviks kanserli olduğu, %7,4'lük (n=2) en düşük oranda endometrium kanserli olduğu bulundu. Ailesinde kanser öyküsü olan hastaların yakınlık durumlarına göre kanser türleri dağılımları arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olmadığı belirlendi. (χ^2:0,437 p: 0,804**).**

Hastaların ailede kanser öyküsü ve kanser olanların yakınlığına göre kanser türlerinin dağılımları ki-kare analizi ile karşılaştırıldı.

Tablo 4-15: Menstruasyon Özellikleri ve HRT Kullanma Durumuna Göre Kanser Türü Dağılımlarının Karşılaştırılması (n: 126)

	Over Ca		Endometrium Ca		Serviks Ca			
Özellikler	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	χ^2	**p**
İlk Menstruasyon Yaşı								
11-12 Yaş	18	50	8	22,2	10	27,8	2,496	0,645
13-14 Yaş	31	41,9	12	16,2	31	41,9		
15-18 Yaş	8	50	2	12,5	6	37,5		
Menstruasyon Süresi								
3-4 Gün	20	51,3	5	12,8	14	35,9	1,343	0,511
5-7 Gün	35	42,7	17	20,7	30	36,6		
8-10 gün*	2	40	-	-	3	60		
Siklus Uzunluğu								
21-25 Gün	8	47,1	-	-	9	52,9	4,734	0,094
26-31 Gün	49	45	22	20,2	38	34,9		
Menapoz Yaşı (n: 111)								
45 Yaş Altı	16	47,1	5	14,7	13	38,2	0,213	0,899
45 Yaş ve Üzeri	34	44,2	14	18,2	29	37,7		
Menapozda HRT Kullanma (n: 111)								
Evet	5	35,7	2	14,3	7	50	1,011	0,603
Hayır	45	46,4	17	17,5	35	36,1		

* Menstruasyon süresi 8-10 gün olan grupta örneklem sayısı az olduğu için analize dahil edilmemiştir

Tablo 4-15'te menstruasyon özellikleri ve HRT kullanma durumuna göre kanser türü dağılımlarına bakıldığında ilk menstruasyon yaşı 11-12 yaş olan hastaların %50'lik (n=18) oranda over kanserli, ilk menstruasyon yaşı 13-14 yaş olan hastaların %41,9'luk (n=31) en yüksek oranda serviks ve over kanserli olduğu belirlenirken hastaların ilk menstruasyon yaşına göre kanser türleri dağılımları arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olmadığı saptandı. (χ^2:2,496 p: 0,645**).**

Hastaların menstruasyon süresine bakıldığında, menstruasyon süresi 3-4 gün olan hastaların %51,3'lük (n=20) en yüksek oranda over kanserli olduğu,%12,8'lik (n=5) en düşük oranda endometrium kanserli olduğu, menstruasyon süresi 5-7 gün olan hastaların (n=82) %42,7'lik (n=35) en yüksek oranda over kanserli olduğu belirlenirken menstruasyon süresi 8-10 gün olan hastalar (n=5) örneklem sayısı az oluğu için analize dahil edilmedi. Hastaların menstruasyon süresine göre kanser türleri dağılımları arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olmadığı saptandı. (χ^2:1,343 p: 0,094).

Hastaların siklus uzunluğuna bakıldığında siklus uzunluğu 21-25 gün olan hastaların %52,9'luk (n=9) en yüksek oranda serviks kanserli olduğu belirlenirken siklus uzunluğu 21-25 gün olan endometrium kanserli hasta örneklem grubunun içinde yer almadığından analize dahil edilmedi. Hastaların siklus uzunluğuna göre kanser türleri dağılımları arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olmadığı saptandı. (χ^2:4,734 p:0,094**).**

Hastaların menopoz yaşına göre kanser türleri dağılımlarına bakıldığında 45 yaş altı menopoza giren hastaların %47,1'lik (n=16) en yüksek oranla over kanserli; 45 yaş ve üstü menopoza giren hastaların %44,2'lik (n=34) en yüksek oranla over kanserli, %18,2'lik en düşük oranda endometrium kanserli olduğu belirlendi. Hastaların menopoz yaşına göre kanser türleri dağılımları arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olmadığı saptandı. (χ^2: 0,213 p: 0,899**).**

Hastaların menopozda HRT kullanma durumuna bakıldığında, menopozda HRT kullanan hastaların (n=14), %50'lik (n=7) en yüksek oranda serviks kanserli olduğu; menopozda HRT kullanmayan hastaların (n=97) %46,4'lük (n=45) en yüksek oranda over kanserli olduğu, %17,5'lik (n=17) en düşük oranda endometrium kanserli olduğu belirlendi. Hastaların menopozda HRT kullanımına göre kanser türleri dağılımları

arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olmadığı saptandı. (χ^2:1,011 p: 0,603**).** Menopozda HRT kullanan hasta sayısı 14 olduğu için bu hastaların HRT kullanma süreleri analize alınamadı.

Hastaların menstruasyon özellikleri ve HRT kullanma durumuna göre kanser türlerinin dağılımları ki-kare analizi ile karşılaştırılarak değerlendirildi.

Tablo 4-16: Gebelik ve Doğuma İlişkin Özelliklere Göre Kanser Türü Dağılımlarının Karşılaştırılması (n: 119)

	Over Ca		Endometrium Ca		Serviks Ca			
Özellikler	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	χ^2	**p**
Gebelik Sayısı (n: 115)								
1-3 Gebelik	21	45,7	7	15,2	18	39,1	0,46	0,977
4-7 Gebelik	21	46,7	8	17,8	16	35,6		
8 Gebelik ve Üzeri	10	41,7	5	20,8	9	37,5		
İlk Doğumu Yapma Zamanı (n: 113)								
13-18 Yaş: Adölesan Çağda	12	40	5	16,7	13	43,3	0,49	0,783
19-31 Yaş: Normal Yaşda	38	45,8	15	18,1	30	36,1		
Düşük Yapma Durumu (n: 119)								
Hayır	43	46,2	13	14	37	39,8	2,442	0,295
Evet	10	38,5	7	26,9	9	34,6		
Kürtaj Olma Durumu								
Hayır	29	43,9	12	18,2	25	37,9	0,202	0,904
Evet	24	45,3	8	15,1	21	39,6		
Emzirme Süresi (n: 110)								
6 Aydan Az	9	40,9	5	22,7	8	36,4	2,23	0,897
6-11 Ay	17	48,6	7	20	11	31,4		
12-17 Ay	10	40	3	12	12	48		
18 Ay ve Üzeri	12	42,9	5	17,9	11	39,3		

Tablo 4-16'da görüldüğü üzere bireylerin gebelik sayısı (χ^2:0,460 p: 0,977), ilk doğumu yaptığı yaş aralığı (χ^2:0,490 p:0,783), düşük yapma (χ^2:2,442 p: 0,295), kürtaj olma (χ^2:0,202 p: 0,904), doğum yapanlarda emzirme süresine (χ^2:2,230 p: 0,897) göre, grupların kanser türlerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu (p>0,05).

Hastaların gebelik ve doğuma ilişkin özelliklerine göre kanser türlerinin dağılımları ki-kare analizi ile karşılaştırılarak değerlendirildi.

Tablo 4-17: Aile Planlaması Yöntem Kullanma Durumuna Göre Kanser Türü Dağılımlarının Karşılaştırılması* (n: 126)

Özellikler	Over Ca		Endometrium Ca		Serviks Ca			
	n	%	n	%	n	%	χ^2	p
Oral Kontraseptif Kullanma								
Evet	8	40,0	3	15,0	9	45,0	0,604	0,739
Hayır	49	46,2	19	17,9	38	35,8		
RIA Kullanma								
Evet	12	54,5	4	18,2	6	27,3	1,237	0,539
Hayır	45	43,3	18	17,3	41	39,4		
Kondom Kullanma								
Evet	2	20,0	1	10,0	7	70,0	4,989	0,083
Hayır	55	47,4	21	18,1	40	34,5		
Geri Çekme Yöntemi Kullanma								
Evet	33	47,1	9	12,9	28	40,0	2,345	0,310
Hayır	24	42,9	13	23,2	19	33,9		
Geri Çekme Yöntemi Kullanma Süresi (n: 70)								
1-20 Yıl	14	51,9	4	14,8	9	33,3	0,826	0,662
20 Yıldan Fazla	19	44,2	5	11,6	19	44,2		

*Birden fazla seçeneğe yanıt verilmiştir.

Tablo 4-17'de gösterilen hastaların aile planlaması yöntemi kullanma durumuna göre kanser türü dağılımlarının karşılaştırılmasına bakıldığında oral kontraseptif kullanan hastaların (n=20) %45'lik (n=9) en yüksek oranda serviks kanserli, %15'lik (n=3) en düşük oranda endometrium kanserli olduğu; RİA kullanan hastaların (n=22) %54,5'lik (n=12) en yüksek oranda over kanserli olduğu; kondom kullanan hastaların (n=10) %70'lik (n=7) en yüksek oranda serviks kanserli olduğu; geri çekme yöntemini kullanan hastaların (n=70) %47,1'lik (n=33) en yüksek oranda over kanserli olduğu belirlendi. Hastaların oral kontraseptif (χ^2:0,604 p: 0,739**)**, RİA (χ^2:1,237 p: 0,539),

kondom (χ^2:4,989 p: 0,083**)** ve geri çekme yöntemi (χ^2:2,345 p: 0,310), kullanma durumuna göre kanser türleri dağılımları arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olmadığı saptandı. (p>0,05)

Aile planlaması yöntemi kullanma sürelerine bakıldığında oral kontraseptif, RİA, kondom kullanan hastaların sayısı analiz yapmak için yetersiz olduğundan analize katılamamıştır. Geri çekme yöntemi kullanan hastaların (n=70) yöntemi kullanma sürelerine bakıldığında geri çekme yöntemini 1-20yıl kullanan hastaların (n=27) %51,9'unun (n=14) over kanserli olduğu, %14,8'inin (n=4) endometrium kanserli olduğu, %33,3'ünün (n=9) serviks kanserli olduğu; geri çekme yöntemini 20 yıldan fazla kullanan hastaların (n=43) %44,2'sinin (n=19) over kanserli olduğu, %11,6'sının (n=5) endometrium kanserli olduğu, %44,2'sinin (n=19) serviks kanserli olduğu belirlendi. Hastaların geri çekme yöntemi kullanma süreleri ve kanser türü dağılımları arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olmadığı belirlendi (χ^2:0,826 p: 0,662**).**

Bireylerin aile planlaması yöntemi kullanma durumuna ilişkin özelliklere göre kanser türlerinin dağılımları ki-kare analizi ile karşılaştırılarak değerlendirildi.

5. TARTIŞMA

Jinekolojik kanserler meme kanserinden sonra kadınlardaki mortalite ve morbiditenin en büyük nedenlerinden biridir (Taşkın 2009). Jinekolojik kanserlerin oluşumunda genel olarak genetik, hormonal, çevresel ve bireysel etkenler rol oynamaktadır. Sigara- alkol tüketimi, vücut kitle indeksi, virüsler, aile öyküsü, sedanter yaşam stili, perinatal gelişim, mesleki maruziyet, sosyo-ekonomik düzey bu etkenler arasında sayılabilir (Rieck 2006).

Jinekolojik kanserler de diğer kanser türleri gibi mortalite ve morbiditeyi arttırmalarına karşın, önlenebilir ve erken teşhis durumunda tedavi edilebilir hastalıklardır (Hatipoğlu 2007). Jinekolojik kanserlerden birincil koruma, hemşirelerin temel sorumluluklarından biri olan sağlık eğitimini içerir (Pınar ve ark. 2008). Toplum ve bireyle sürekli iletişimde bulunan hemşireler bu konuda sağlık danışmanlığı yaparak (tek eşli cinsel yaşam, hijyen kuralları, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma, aile planlaması yöntemlerinin kullanımı vb. konularda) ve uygun veri toplayarak bireyleri doğru sağlık alışkanlıkları konusunda bilgilendirmelidir (Dorjgochoo ve ark. 2009; Ness ve ark. 2000; Pınar ve ark. 2008; Tworoger ve ark. 2007). Bu doğrultuda bu çalışma jinekolojik kanserli hastaların kullandıkları aile planlaması yöntemleri hakkındaki verilere ulaşarak doğru sağlık alışkanlıkları kazandırmayı amaçlayarak planlanmıştır.

Tanımlayıcı retrospektif türde planlanan bu çalışma, jinekolojik kanserli hastaların kullandıkları aile planlaması yöntemlerini belirlemek amacıyla 126 hasta ile gerçekleştirildi. Elde edilen bulgular, 2 bölümde sunuldu. Birinci bölümde, hastaların sosyodemografik, jinekolojik, obsteterik, jinekolojik kanser ve aile planlaması yöntemleri ile ilgili özelliklerine ilişkin bulguların tartşılması; ikinci bölümde ise, jinekolojik kanserli hastaların sosyodemografik, jinekolojik, obsteterik ve aile planlaması yöntemlerinin kullanımı ile ilişkisini gösteren bulguların tartışılması yer almaktadır.

5.1. Hastaların Sosyodemografik, Jinekolojik, Obstetrik, Jinekolojik Kanser ve Aile Planlaması Yöntemleri İle İlgili Özelliklerine Ilişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada, hastaların yaşı 22 ile 87 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 57,48±13,17olarak belirlendi. Pınar ve ark. (2008) 184 kadın üzerinde jinekolojik kanserlerin risk faktörlerini araştırmışlardır. Çalışmalarında, jinekolojik kanserlerin 60'lı yaşlarda ortaya çıktığını açıklamışlardır. Benzer şekilde Reis' de (2003) yaptığı jinekolojik kanserlerde yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler konulu tezinde jinekolojik kanserlerin %67'sinin 50 ve üzeri yaşta ortaya çıktığını belirtmiştir. Bu sonuçlar, şimdiki çalışma bulgularıyla tutarlıdır ve jinekolojik kanserlerin ileri yaşlarda görülme sıklığının artığını göstermektedir.

Hastaların % 49,2'sinin ilköğretim mezunu olduğu, % 32,6'sının ise eğitiminin olmadığı saptandı (Tablo 4-4). Pınar ve ark. (2008) yaptığı 'jinekolojik kanserli hastalarda risk faktörlerinin belirlenmesi' adlı çalışmada hastaların %47,8'inin ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir ve bu veri şimdiki çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlar, jinekolojik kanserli hastaların eğitim durumunun düşük olduğunu göstermektedir.

Hastaların %69'unun evli, %25,4'ünün dul olduğu belirlendi (Tablo 4-4). Bu bulgu, daha önce yapılmış benzer çalışmalardaki hastaların medeni durumları ile ilgili bulgularıyla paralellik göstermektedir (Köse ve ark. 2007; Pınar 2008; Şahin 2009). Özaras (2009) jinekoloji onkoloji kliniğinde jinekolojik kanser tanısı alan hastaların yaşam kalitesi durumu ve etkili faktörler konulu yükseklisans tezinde 120 jinekolojik kanserli hastayı deney grubu olarak incelemiştir. Bu hastaların sadece %4'ünün bekar olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, şimdiki çalışma grubuyla tutarlı olup, jinekolojik kanserli hastaların neredeyse tamamının evli ya da dul olduğunu göstermektedir. Jinekolojik kanserlerin ileri yaşlarda görülme sıklığının artmasının hastalığın bekar bayanlarda görülme oranını azaltığını düşündürmektedir.

Çalışmada hastaların %87,9'unun çalışmadığı belirlendi (Tablo 4-4). Bu sonuç, yapılan diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir (Şahin 2009; Pınar 2008; Reis 2003). Hastaların %64,3'ünün geliri giderine denk olarak tanımladığı, geliri giderinden fazla olan hasta bulunmadığı belirlendi. Bu veriler jinekolojik kanserlerde düşük sosyoekonomik düzeyin bir risk faktörü olabileceğini göstermektedir.

Bu çalışmada, hastaların sadece % 22,2'sinin normal kilolu olduğu, diğerlerinin obez ve ileri derecede obez olduğu belirlendi (Tablo 4-5). Pınar ve ark. (2008) nın yaptığı çalışmada hastaların %39,7'sinin fazla kilolu, %25'inin obez olduğu benzer şekilde bulunmuştur. Bu sonuçlar, şimdiki çalışma grubu ile tutarlı olup, obezitenin jinekolojik kanser için bir risk faktörü olduğunun göstergesidir.

Hastaların %88,8'inin sigara, %99,2'sinin alkol kullanma öyküsünün bulunmadığı belirlendi (Tablo 4-5). Literatürde sigara ve alkol kullanım durumu ya da kullanma geçmişinin bulunması özellikle serviks, vulva ve over kanserine neden olduğu görülmektedir (Taşkın 2009; Ceylan ve ark. 2010). Bu çalışmada elde edilen veriler literatürdeki bilgiyle paralellik göstermemektedir.

Hastaların %45,2'sinin over kanserli, %37,3'ünün endometrium kanserli, %17,5'inin serviks kanserli olduğu saptandı (Tablo 4-6). Vulva kanserli 2 hasta olduğundan bu hastalar serviks kanserli hastalarla birlikte değerlendirmeye alındı. Sağlık Bakanlığının 2005 verilerinden ülkemizde en çok görülen 10 kanser türüne bakıldığında; 9. sırada over kanseri, 10. sırada endometrium kanseri yer almaktadır (Sağlık bakanlığı 2005). Elde edilen bulgu, ülkemizdeki kanserlerin görülme sıklığı ile uyumludur ve Türk kadınlarında daha sıklıkla over ve endometrium kanserinin görüldüğünü göstermektedir.

Çalışmada hastaların %63,5'inin kanser dışında diğer bir hastalığa sahip olduğu, bu hastaların en çok %76,7'sinin hipertansiyon, %32,9'unun diyabete sahip olduğu belirlendi. Pınar ve ark. (2008) jinekolojik kanserli bireylerde risk faktörlerinin belirlenmesi konulu yaptığı çalışmada diğer hastalıklar arasında %37'lik oranla en çok hipertansiyon ardından %17'lik oranla diyabet bulunmuştur. Reis (2003) yaptığı jinekolojik kanserlerde yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler konulu doktora tezinde jinekolojik kanserli hastaların %45,2'sinde hipertansiyon, %19,4'ünde diyabet olduğunu benzer şekilde bulmuştur. Bu sonuç, şimdiki çalışma grubuyla tutarlı olup, jinekolojik kanserli hastalarda hipertansiyon ve diyabet hastalıklarının en sık görülen kronik hastalıklar olduğunu göstermektedir.

Ailede jinekolojik kanserin bulunması, kişide jinekolojik kanser görülme riskini arttırdığı literatür bilgileri arasında yer almaktadır (Taşkın 2009). Amos ve ark. (1993) over kanseri vakalarının ailesel boyutunun araştırıldığı 8 çalışmayı incelemiş olup ailesinde genital kanser öyküsü olan kadınların normal popülasyona göre üç dört kat daha fazla risk altında olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışmada hastaların %34,1'inin

ailesinde kanser öyküsünün olduğu ve bunların sadece %11,6'sında genital sistem kanseri olduğu bulundu (Tablo4-7). Benzer şekilde Pınar ve ark. (2008) yaptığı çalışmada endometrium kanserli olguların %12,8'inin, over kanserli olguların %6,5'inin ailesinde endometrium kanseri olduğu; serviks kanserli olguların %13,3'ünün ailesinde serviks kanseri olduğu saptanmış olup ailede jinekolojik kanser öyküsünün bulunması jinekeolojik kanserler için risk faktörü olduğunu göstermektedir.

Hastaların ailelerinde görülen kanser türlerine bakıldığında, %39,5'lik en yüksek oranda hastaların ailelerinde solunum sistemi kanseri görüldüğü bulundu. Fakat ailesinde solunum sistemi kanseri öyküsünün bulunması ile jinekolojik kanserler arasında ilişkiyi yansıtan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bulgunun daha sonraki çalışmalarda incelenmesi önerildi.

Hastaların menarş yaşının %58,7'lik oranla en sık 13-14 yaşlarında olduğu saptandı (Tablo4-8). Pınar ve ark. (2008) hastaların hemen hemen tamamının (%99,4) menarş yaşını 12-14 olarak belirtirken, Edirne ve ark. (2002) 80 over kanserli hasta üzerinde yaptığı çalışmada bu hastaların %77,5'inin menarş yaşının 12 yaşından sonra olduğunu saptamıştır. Literatüre bakıldığında erken menarşın over kanserinin risk faktörlerinden biri olduğu belirtilirken (Taşkın 2009), bu çalışmada menarş yaşı diğer çalışmalarla paralelillik gösterdiği fakat jinekolojik kanserler ve menarş arasında bir ilişki kurulamadı.

Hastaların menstruasyon süresine bakıldığında, hastaların %4'ünün menstruasyon süresinin 8-10 gün olduğu saptandı (Tablo 4-8). Menstruasyon süresinin jinekolojik kanserlerden özellikle over kanserinin görülmesinde risk faktörü olduğu, menstruasyon süresi uzadıkça over kanseri görülme sıklığı arttığı bazı literatürlerde belirtilmesine rağmen (Scharge ve ark. 2010) bu çalışmada bunu destekleyen sonuçlar elde edilmedi.

Menopoza girme yaşına bakıldığında Edirne ve ark. (2002) over tümörlerinin epidemiyolojik özelliklerini incelediği çalışmada 80 over kanserli hastanın %16,2'sinin menopoz yaşının 45 yaşından önce olduğunu saptarken Pınar ve ark. (2008) yaptığı çalışmada jinekolojik kanserli hastaların menopoza girme yaşını %42,9'luk oranla 42-50 yaş arası olarak, Şahin (2009) %65,6'lık oranla 41-50 yaş arası olarak belirtmiştir. Bu çalışmada ise menopoza girme yaşı ortalama 45,77±6,61 olarak bulundu. Bu sonuçlar doğrultusunda jinekolojik kanserli hastaların menopoza girme yaşının normal olduğu saptanırken menopoz yaşı ile jinekolojik kanserler arasında bir ilişki olmadığı düşünüldü.

Hastaların %12,6'sının menopozda HRT kullandığı saptandı (Tablo 4-8). Ibeanu (2011) yaptığı 'jinekolojik kanserden kurtulanlarda HRT neden olmaz?' konulu çalışmasında Aralık 2010 yılına kadar MEDLINE veritabanında yayınlanan çalışmalar incelenmiş olup HRT'nin menopozun yan etkilerini azaltırken jinekolojik kanserli hastalarda risk faktörü olduğunu savunmuştur. Bu çalışmada HRT kullanan hasta sayısı az olduğundan bu sonuç literatür ile ilişkilendirilemedi.

Bu çalışmada hastaların %60'ının gebelik sayısının 4 ve fazlası olduğu, doğum sayısının ise %66,4'lük oranla 3 ve fazlası doğum olduğu belirlendi (Tablo4-9). Pınar ve ark. (2008) yaptığı çalışmada hastaların %67,7'sinin 3 ve fazlası doğum yaptığını, Şahin (2009) in çalışmasında bu oran %47, Reis (2003) in yaptığı çalışmada %45, Özaras (2009) ın yaptığı çalışmada %60,8 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre jinekolojik kanserli hastalarda doğum ve gebelik sayısının fazla olduğu bulundu. Sonuç olarak doğum sayısı ve kanser türleri dağılımları arasındaki istatistiksel fark anlamlı olmamasına rağmen doğum sayısı arttıkça jinekolojik kansere yakalanma riskinin arttığı gözlemlendi (Tablo 4-9).

Çalışmada hastaların %21,8'inin en az bir düşük yaptığı, %44,5'inin ise en az bir kez kürtaj olduğu saptandı (Tablo4-9). Şahin (2009) yaptığı çalışmada en az bir düşük yapan hasta sayısını %20 olarak, en az bir kürtaj yaptıran hasta sayısını %18,7 olarak belirtirken kürtaj yapan hastalar oranının çalışmalar arası paralellik göstermediği bulundu. Bu sonuçlar doğrultusunda düşük yapma ve kürtaj yaptırma ile jinekolojik kanserler arasında bir ilişki kurulamadı.

Çalışmada hastaların aile planlaması yöntem kullanma durumu ve süresine bakıldığında hastaların %77,8'inin herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanma öyküsünün bulunduğu fakat bu yöntemler arasında modern kontraseptif yöntem kullanan hastaların sayısının %15,9'unun oral kontraseptif, %17,5'inin RİA, %7,9'unun kondom, %0,8'inin tüp ligasyonu kullandığı sonucuna varıldı (Tablo 4-10). Pınar ve ark. (2008) yaptığı çalışmada modern aile planlaması yöntemi kullanan hastaların %21,7'sinin kondom, %41,8'inin RİA kullandığını; Şahin (2009) yaptığı tez çalışmasında hastaların %96'sının herhangi bir kontraseptif yöntem kullandığı, %74,8'sinin herhangi bir modern kontraseptif yöntem kullandığı sonucuna varmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda jinekolojik kanserli hastaların modern aile planlaması yöntemi kullanımına başvurusunun az olduğu bulunurken bu bulgunun modern kontraseptif

yöntemi kullanımının yakın tarihte olduğu ve jinekolojik kanserlerin ileri yaşlarda görüldüğü ile ilişkilendirildi.

5.2. Jinekolojik Kanserli Hastaların Sosyodemografik, Jinekolojik, Obsteterik Ve Aile Planlaması Yöntemlerinin Kullanımı İle İlişkisini Gösteren Bulguların Tartışılması

Jinekolojik kanserlerin yaş değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo4-11). Buna rağmen en fazla jinekolojik kanser görülen yaş aralığı dağılımına baktığımızda, over kanserli hastaların %62,5'inin 20-50 yaş arasında; endometrium kanserli hastaların %21,8'inin 51-64 yaş arasında ve serviks kanserli hastaların %51,3'ünün 65 yaş ve üzeri arasında olduğu bulundu. Bu sonuçlar doğrultusunda serviks kanserinin jinekolojik kanserler arasında en ileri yaşta görülen kanser olduğu belirlendi. Fakat serviks kanseri tarama programlarının olması bu kanserin daha erken yaşta tanılanmasına ve tedavisine olanak sağladığı literatürde bildirilmiştir (Taşkın 2009; Scharge ve ark. 2010). Bu doğrultuda yapılan çalışma bulgularıyla literatür paralellik göstermemektedir. Bunun nedeninin ülkemizdeki sağlık taramalarının yetersiz olması, tarama programlarının kanser tanı ve tedavisindeki önemi hakkında kişilerin yeterince bilgilendirilmemiş olması ve tarama testlerini yaptırmak için başvurmadıkları olduğu düşünüldü.

Çalışmada öğrenim durumu ve jinekolojik kanserlerin karşılaştırılmasına bakıldığında (Tablo 4-11) over kanserli hastaların %51,6'lık en fazla oranla ilköğretim mezunu, endometrium kanserli hastaların %21,7'lik en fazla oranla lise ve üniversite mezunu, serviks kanserli hastaların %51,2'lik en fazla oranla eğitimsiz olduğu bulunurken eğitim durumu ve jinekolojik kanserler arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0,05$). Bununla birlikte eğitim durumu en düşük kanserli grubun over kanseri olduğu belirlendi. Şahin (2009) yaptığı çalışmada, eğitim durumu ve jinekolojik kanserler hakkındaki bilgi düzeyini karşılaştırmıştır. Bunu sonucunda eğitim düzeyi arttıkça bilgi düzeyinin de arttırdığı bulunmuştur. Fakat eğitim düzeyi ve jinekolojik kanser riski arasındaki ilişkiye bakılmamıştır. Bu bulgular doğrultusunda düşük eğitim düzeyinin, mortalitesi en yüksek olan jinekolojik kanserlerden over kanserine yakalanma riskini arttırdığı düşünülmektedir.

Hastaların beden kitle indeksine göre kanser türlerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0,05$; Tablo 4-12). Normal kilolu hastaların %71,4'ünün over kanserli, hafif şişman hastaların %22,5'inin endometrium kanserli, obez/ileri derece obez olan hastaların %44,8'inin serviks kanserli olduğu belirlendi. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için normal kiloya sahip olan grup analiz dışında bırakılarak yapılan ileri analizde hafif şişman ve ileri derecede obez olan gruplar arasında fark olmadığı (χ^2: 0,794 p:0,692), farkın normal kiloya sahip olanlardan kaynaklandığı belirlendi. Normal kiloya sahip olan hastalarda over kanseri olanların oranı diğer gruplardan daha yüksek oranda iken serviks kanseri olanların oranı ise daha düşük bulundu. Benshushan ve ark. (2002)'nın rahim içi araç kullanımı ve endometrium kanser riski konulu çalışmasında 128 endometrium kanserli kişiyi deney grubu olarak, randomize olarak seçilen 255 sağlıklı kişiyi de kontrol grubu olarak incelemişlerdir. Bu çalışmada obezitenin endometrium kanseri için risk faktörü olduğunu belirlenmiştir. Pınar ve ark. (2008b)'nın yapmış olduğu jinekolojik kanserli bireylerde risk faktörlerinin belirlenmesi konulu çalışmada endometrium kanserli hastaların %66,7'sinin obez olduğunun belirlenmesi bu kanser türü için önemli bir risk faktörü olduğunu karşımıza çıkarmıştır. Literatürde obezitenin yağ dokusundan östrojen salgısını arttırarak endometrium kanserine yol açtığı belirtilmektedir (Abraham 2009; Scharge ve ark. 2010). Aynı şekilde obezitenin fertil çağda anovulatuar menstrual siklusu arttırması nedeniyle over kanseri için de risk faktörü olduğu literatürde bildirilmiştir (Yetimalar ve ark. 2007; Pınar ve ark. 2008b; Abraham 2009; Scharge ve ark. 2010). Bu çalışmada obez olanların jinekolojik kanserlerden en çok serviks kanserine yakalandığı bulunurken bu veriyi destekleyen herhangi bir literatüre rastlanılmadı.

Çalışmada hastaların sigara içme durumuna göre kanser türlerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0,05$; Tablo 4-12). Sigara içen hastalarda over kanseri olanların oranı sigara içmeyenlere göre daha düşük bulundu. Sigara içenlerde serviks kanseri olanların oranı ve endometrium kanseri olanların oranı daha yüksek olduğu tespit edildi. Gren ve ark (2001) yaptığı sigara içimi ve epitelyal over kanser riski konulu çalışmada sigara kullanımının over kanser riskini arttırdığı sonucu elde edilmiştir. Şahin (2009) yaptığı çalışmada kanserli hastalara kanserden korunma yollarını sorgulamıştır. %20,3'lük ikinci en yüksek oranda sigara ve

alkol kullanmamanın kanserden koruduğu sonucu elde edilmiştir. Bu bulgular sigara içmenin serviks kanseri ve endometrium kanseri için risk faktörü olduğunu, sigara içilen süre arttıkça, bu kanser türlerine yakalanma riskinin de arttırdığını göstermektedir.

Çalışmada ailede kanser öyküsünün bulunma durumuna bakıldığında %48,8'lik en yüksek oranla serviks kanseri, ardından % 41,9'luk oranla over kanseri görüldüğü belirlendi (Tablo 4-14). Şahin (2009) yaptığı çalışmada ise jinekolojik kanserli hastaların %15,6'sının ailesinde kanser öyküsünün bulunduğunu ve en sık görülen kanser türünün meme kanseri olduğunu belirterek, aile planlaması öyküsü ve jinekolojik kanserlerin bilgi düzeyi arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olduğunu belirtmiştir (p=0.046). Bu çalışmada ailede kanser öyküsünün bulunması ve jinekolojik kanserler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Bu bulgular doğrultusunda ailesinde kanser öyküsünün bulunması jinekolojik kanserlerden en çok serviks kanserine yakalanma riskini arttırdığı düşünülmektedir.

Hastaların aile planlaması yöntemi kullanma öyküsü ve jinekolojik kanserler karşılaştırılmasına bakıldığında, oral kontraseptif kullanan hastaların %45'inin serviks kanserli, RİA kullanan hastaların %54,5'inin over kanserli olduğu, kondom kullanan hastarın %70'inin serviks kanserli olduğu (Tablo 4-17) bulunmasına rağmen bu parametreler arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olmadığı saptandı (p>0,05). Iversen ve ark. (2007) yaptığı çalışmada jinekolojik kanserler ve tüp ligasyonu ilişkisini karşılaştırmıştır. Bu çalışmada 2801 tüp ligasyonu yaptıran kadınları deney grubu olarak ve aynı sayıda tüp ligasyonu yaptırmamış kadınları kontrol grubu olarak incelemiş ve aralarında anlamlı bir ilişkiye ulaşmamıştır. Fakat Dorjgochoo ve ark. (2008) 'oral kontraseptif, tüp ligasyonu ve rahim içi araç kullanma ve kanser riski' konulu çalışmasında, tüp ligasyonunun endometrium kanser riskini arttırdığı, 30 yaştan sonra rahim içi araç kullanımının ve oral kontraseptif kullanımının endometrium kanser riskini azalttığını bulmuştur. Bu çalışmada 66661 kadını 7,5 yıl boyunca izleyenmiş ve bunlardan 2250 kadına kanser teşhisi konmuştur.

Grimbizis ve ark. (2010) yapmış olduğu 'hormonal kontrasepsiyon kullanımı ve bunun over ve endometrium kanserleri üzerine koruyucu etkisi' konulu çalışmada, 4 yıl oral kontraseptif kullanımının endometrium kanser riskini %50, 12 yıllık oral kontraseptif kullanımının endometrium kanser riskini % 70 azalttığı ve kullanmaya

devam edilirse bu riskin daha da azalacağını vurgulamıştır. Ness ve ark. (2000) yaptığı çalışmada 767 over kanserli hasta ile 1367 kişiden oluşan kontrol grubunu oral kontraseptif kullanımı ve dozunun over kanseri üzerindeki etkisini incelemişlerdir. Oral kontraseptif kullanımının over kanseri riskini azalttığını fakat bu etkinin oral kontraseptif dozuyla ilşkili olmadığını bulmuşlardır.

Tao ve ark. (2006) yaptığı 'oral kontraseptif ve rahim içi araç kullanımı ve endometrium kanseri' konulu çalışmasında 1204 endometrial kanserli deney grubu ile 1212 kişilik kontrol grubunu incelemiştir. Çalışmada, uzun süreli oral kontraseptif kullanımının endometrium kanser riskini %42 azalttığı bulunmuştur.

Benshushan ve ark (2002) İsrail'de 35-64 yaş arasında 128 endometrium kanserli hasta ve 255 rastgele seçilen kontrol grubu üzerinde yaptığı çalışmaya göre RİA kullanımının endometrium kanser riski üzerinde koruyucu etkiye sahip olduğu bildirilmiştir. Ayrıca bu çalışmada oral kontraseptif kullanımının da etkilerine bakılmış ve aynı sonuçlar elde edilmiştir. Parazzini ve ark. (1998) benzer sonuçları rapor ettiği çalışma 1983-1992 yılları arasında İtalya'da yapılmıştır. Bu çalışma 453 endometrium kanserli hasta ve 1451 kontrol grubu hastasını kapsamaktadır. RİA kullananlar ve hiç kullanmayanlar karşılaştırıldığında RİA'nın endometrium kanser riskini önemli ölçüde azalttığı bulunmuştur. Bunu destekleyen bir diğer çalışma ise Hill ve ark. (1997) Washington'da yaptıkları nüfus tabanlı çalışmadır. Bu çalışmaya 45-74 yaş arasında olan kadınlar katılmıştır. RİA kullanmayanların endometrium kanserine yakalanma riskinin daha fazla olduğu ve RİA kullanım süresinin kansere yakalanma ile ilişkili olmadığı bulunmuştur.

Zapata ve ark. (2010) yaptığı 'over kanserli hastalarda rahim içi araç kullanımı' konulu çalışmada Pubmed veri tabanında 250 makale incelemişler fakat over kanserli hastalarda rahim içi araç kullanımının sağlıklı olup olmadığı ile ilgili bilgiye ulaşamamışlardır.

Miller ve ark. (2003) yaptığı 'oral kontraseptifler ve serviks kanseri' adlı çalışmasında oral kontraseptif kullanımının serviks kanseri riskini arttırdığını vurgulamıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda oral kontaseptif kullanımı serviks kanserine yakalanma riskini arttırdığı, kondom kullanımı serviks kanserine yakalanma riskini azalttığı, RİA kullanımı da serviks kanserine yakalanma riskini arttırırken endometrium kanserine yakalanma riskini azalttığı, oral kontraseptif kullanımı endometrium ve over

kanserine yakalanma riskini azaltırken tüp ligasyonu endometrium kanserine yakalanma riskini arttırtığı, fakat tüp ligasyonun over kanserine yakalanma riskini azalttığı bulunmuştur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Jinekolojik kanserli hastalarda aile planlaması öyküsünü belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar şu şekildedir;

- Hastaların yaş ortalamasının 57,48±13,17 olduğu, %45,2'sinin over kanserli, %37,3'ünün endometrium kanserli, %17,5'inin serviks kanserli olduğu saptandı.
- Hastaların %49,2'sinin ilköğretim mezunu, %69'unun evli olduğu, %89,7'sinin çalışmadığı, %64,3'ünün geliri giderine denk olduğu,
- Hastaların %37,3'ünün obez olduğu, %88,9'unu sigara, %99,2'sinin alkol kullanmadığı,
- Hastaların %34,1'inin ailesinde kanser öyküsünün bulunduğu, bu kişilerin %62,8'inin aileden biri (anne, baba, kardeş) olduğu, ailede görülen kanser türlerine bakıldığında %39,5'inde solunum sistemi kanseri görüldüğü,
- Hastaların %30,6'sının 45 yaş altı menpoza girdiği, %18,9'unun cerrahi menopoza girdiği, %12,6'sının menopozad HRT kullandığı belirlendi.
- Hastaların aile planlaması yöntemleri kullanımına göre dağılımlarına bakıldığında %77,8'inin aile planlaması yöntemi kullandığı; oral kontraseptif kullananlar tüm hastaların %15,9'unu oluştururken, RİA kullananlar %17,5'ini, kondom kullananlar %7,9'unu geri çekme yöntemi kullananlar %55,6'sını, tüp ligasyonu kullananlar %0,8'ini, takvim yöntemi kullananlar %6,3'ünü oluşturdu.
- Hastaların yaş, öğrenim durumu, medeni durum, evlilik süresi,gelir durumu ve kanser türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).
- Hastaların beden kitle indeksi ve sigara içme durumu ve kanser türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).
- Hastaların sürekli ilaç kullanma, kronik hastalığa sahip olma, ailede kanser öyküsünün bulunması ve kanser türleri dağılınları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).
- Hastaların menarş yaşı, menstruasyon süresi, siklus uzunluğu, menopoz yaşı, menopozda HRT kullanımı, gebelik ve doğum sayısı, düşük ve kürtaj sayısı ile kanser türleri dağılınları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

- Hastaların oral kontraseptif**,** RİA, kondom ve geri çekme yöntemi kullanma durumuna göre kanser türleri dağılımları arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda;

- Toplum ve bireyle sürekli iletişimde bulunan hemşireler kanserden korunma yöntemleri içinde aile planlaması yöntemleri hakkında sağlık danışmanlığı yaparak bireyleri doğru sağlık alışkanlıkları konusunda bilgilendirmesi,
- Modern aile planlaması yöntemlerinin yakın geçmişe sahip olması nedeniyle aile planlaması ve jinekolojik kanserleri değerlendiren bu tür çalışmaların ileri yıllarda tekrarlanması,
- Jinekolojik kanserli hastaların uzun süre izlenerek kullanılan aile planlaması yöntemin etkilerinin genellenebilir araştırmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Abraham, J., Allegra, C. J., ve Gulley, J. (2009). *Bethesda Klinik Onkoloji El Kitabı*. A. Mayadağlı, ve C. Parlak. (Çev.). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 227-257.
- AÇSAP (2005a). *Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı.* Ankara.
- AÇSAP (2005b*). Kontraseptif Yöntemler:* Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, **2.** Ankara.
- Aka, N., Civak, L. Ü., Köse, G., Türkay, Ü., Karayel, S., ve Aksu, Ö. (2007). Endometrial kanser: 58 olguda tanı ve tedavi deneyimi. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi,* **10 (1),** 16-22
- Aka, N.,Civak, L. Ü., Köse, G., Türkay, Ü., Karayel, S., ve Aksu, Ö. (2007). Endometrial kanser: 58 olguda tanı ve tedavi deneyimi. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi,***10 (1),** 16-22.
- American Cancer Society (2010). *Overian cancer.* Erişim: 28.03.2011, http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003130-pdf.pdf
- Amos, C. I., ve Struewing, J. P. (1993). Genetic epidemiology of epithelial overian canser. *Cancer,* **42 (5),** 690-696
- Apay, S. E., Nazik, E., Özdemir, F., ve Pasinlioğlu, T. (2009). Kadınların aile planlamasına ilişkin tutumlarının belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,***13(3).**
- Babadağlı, B.D., Şahin, S**.** (2001). *Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi ile SSK İzmit Hastanesi'nde Doğurganlık Dönemi Kadınların Aile Planlaması ve Danışmanlığı Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Karşılaştırılması,* Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi **1(2),** 51-64.
- Boyle, P., ve Levin, B. (2008). *Dünya Kanser Raporu 2008: Dünya Sağlık Örgütü.* Lyon: Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu.
- Benshushan, A.,Paltiel, O., Rojansky, N., Brzezinski, A., ve Laufer, N. (2002). IUD use and the risk of endometrial cancer. *European Journal of Obstetrics and Gynaecology and Reproductive Biology,* **105,** 166-169.
- Berek, J. S. (2004). *Novak Jinekoloji* (13. Baskı). A. Erk. (Çev.). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.

- Cain, J. M.,Ngan, H., Garland, S., ve Wright, T. (2009). Control of cervical cancer: woman's options and rights. *International Journal of Gynecology and Obstetrics,***106,** 141-143.
- Cibula, D.,Widschwendter, M., Zikan, M., ve Dusek, L. (2001). Underlying mechanisms of overian cancer risk reduction after tuballigation. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica.*
- Curtis K. M.,Marchbanks, P. A., ve Peterson H. B. (2006). Neoplasia with use of intrauterine devices. *Contraception,***75,** 60-69.
- Çayan, A. (2009). *15–49 yaş evli kadınların aile planlaması yöntemlerine ilişkin tutumlarının kullandıkları kontraseptif yöntemler ile ilişkisi.* Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın.
- Demirsoy, G. (2008). Jinekolojik onkoloji hastalarında kemoterapiye bağlı semptomların yönetimi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.
- Dorgochoo, T. (2009). Use of oral contraceptives, intrauterin devices and tubal sterilization and cancer risk in a large prospective study, from 1996 to 2006. *Int. J. Cancer,* **124,** 2442-2449
- Dorjgochoo, T.,Shu, X. O., Li, H. L., Qian, H. Z., Yang, G., Cai, ve ark. (2009). Use of oral contraceptives, intrauterine devices and tubal sterilization and cancer risk in a large prospective study, from 1996 to 2006. *Int. J. Cancer,***124,** 2442-2449.
- Edirne, T., Soylu, F., Güldal, D., ve Çamlı, L. (2002). Over Tümörlerinin Epidemiyolojik Özellikleri. *Türk Aile Hekimliği Dergisi,* **6(1),** 24-28
- Epstein, R. J. (2003). Hormonal contraception and cervical cancer. *The Lancet*, **361,** 1915.
- Erten, O., ve Uslu, T. (1998). *Jinekolojik Onkoloji*. İzmir: Dokuz Eylül yayınları
- Fouget, G. B. (2005). *The War on Cancer: An anatomy of Failure: a Blue print for the Future.*The Netherlands: Springer Press,pp. 25.
- Ghebre, R. G.,Posthuma, R., Vogel, R. I., Geller, M. A., ve Carson, L. F. (2010). Effect of age and comorbidity on the treatment and survival of older patients with vulvar cancer. *Gynecologic Oncology*.

- GLOBOCAN (2008). Erişim: 16.02.2011, http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=792
- Gökmen, O., ve Çiçek, N.(2001). İçinde Ş. B. Özvarış. *Günümüzde Kontrasepsiyon*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Gren, A., Purdie, D., Bain, C. (2001). Cigarette smoking and risk of epithelial ovarian cancer (Australia). *Cancer Causes and Control*, 713-719.
- Greer, J. B.,Modugno, F., Allen, G. O., ve Ness, R. B. (2005). Short-term oral contraceptive use and the risk of epithelial overian cancer. *American Journal of Epidemiology*,**162 (1),** 66-72.
- Grimbizis, G. F.,Tarlatzis, B. C., ve Chairman. (2009). The use of hormonal contraception and its protective role against endometrial and overian cancer. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, **24,** 29-38.
- Güler, Ç., ve Akın, L. (Ed.). (2006*). Halk Sağlığı Genel Bilgiler.* Ankara: Hacettepe Üviversitesi Yayınları.
- Hatcher, R. A., Kowal, D., Guest, F., Tussell, J., Steward, F., Steward, G. K., ve ark. (1990). *Kontraseptif Yöntemler: ,Uluslar arası Basım.* A. A. Dervişoğlu, ve P. Senlet (Çev.). Ankara: Demircioğlu Matbaacılık.
- Hatipoğlu, A. A. (2007). *Kanserde erken tanı ve tarama problemleri.* Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi. Erişim: http://www.ukdk.org/pdf/kitap/33.pdf
- Hill, D. A. (1997). Hormone use patterns, intrauterine device use, and endometrial cancer. Washington Üniversitesi, Doktora Tezi, ABD.
- Hill, D.,Weiss, N. S., Voigt, L. F., ve Beresford, S. A. (1997). Endometrial cancer in relation to intrauterine device use. *Int J Cancer*,**70,** 278- 281.
- Hullu, J. A.,Avoort, I. A. M., Oonk, M. H. M., ve Zee, A. G. J. (2006). Management of vulvar cancer. *The Journal of Cancer Surgery*,**32,** 825-831.
- Iversen, l.,Hannaford, C., ve Elliott, A. M. (2007). Tubal sterilization, all-cause death, and cancer among woman in the United Kingdom: evidence from the Royal Collage of General Practitioners' oral contraception study. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology***, 447,** 1-7.
- Kahraman, K. (2005). *Nevşehir Özkonak kasabasında yaşayan 15 -49 yaş grubu kadınların aile planlaması uygulamaları.* Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri.

- Katırcı, E. (2008). *Isparta İl Merkezindeki Kadınlarda Kontraseptif Kullanımında Etkili Demografik ve Sosyokültürel Faktörler,* Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Isparta.
- Kjaer, S. K., Mellemkjaer, L., Brinton, L. A., Johansen, C., Gridley, G., Olsen, J. H. (2004). Tubal sterilization and risk of ovarian, endometrial and cervical cancer.A Danish population-based follow-up study of more than 65000 sterilized women. *International Journal of Epidemiology*, **33 (3),** 596-602.
- Köse, G., Aka, N., Civak, L. Ü., Karayel, S., ve Türkay, Ü. (2006). Over Kanseri Olgularımızın Retrospektif Analizi: 81 olgu deneyimi. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi,* **9 (4),** 101-105
- Köse, G., Aka, N., Civak, L. Ü., Karayel, S., ve Türkay, Ü. (2007). Over kanseri olgularımızın retrospektif analizi; 81 olgu deneyimi. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi,* **9 (4),** 1001-105.
- Laurence, V.,Gbolade, B. A., Morgan, S. J., ve Glaster, A. (2004). Contraception for teenagers and young adults with cancer. *European Journal of Cancer,***40,** 2705- 2716.
- Mandel, N. M. (2008). *İç Hastalıkları*. İçinde Ç. Erol (Ed.), Onkoloji Jinekolojik kanserler (1. Baskı, 1. Cilt). Ankara: Mn Medikal ve Nobel Tıp Kitapevi; 415-425.
- Masters, T., ve Everett, S. (2005). Intrauterine and barrier contraception (a practical review of recent developments). *Current Obstetrics & Gynaecology,***15,** 31-37.
- Miller, K.,Blumenthal, P., ve Blanchard, K. (2003). Oral contraceptives and cervical cancer: critique of a recent review. *Contraception,***69,** 347-351.
- Modugno, F. (2003). Overian cancer and polymorphisms in the androgen and progesterone receptor genes: A huge review. *American Journal of Epidemiology,***159 (4),** 319-335.
- Mumcu N, (2004) *Geleneksel Uygulama ve İnançların Aile Planlaması Yöntemleri Kullanımına Etkisinin İncelenmesi.* Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon.
- Ness, R. B., Dodge, R. C., Edwards, R. P., Baker, J. A., ve Moysich, K. B. (2011). Contraception methods, beyond oral contraceptives and tuballigation, and risk of overiancancer. *Ann Epidemiol,***21,** 188-196.

- Ness, R. B.,Grisso, J. A., Klapper, J., Schlesselman, J. J., Silberzweig, S., Vergona, R., ve ark. (2000). Risk of overian cancer in relation to estrogen and progestin dose and use characteristics of oral contraceptives. *American Journal of Epidemiology,***152 (3),** 233-241.
- Oakeley, P. (2004). Choices of contraception. *Current Obstetrics & Gynaecology,***14,** 68-71.
- Oltuluoğlu, H. (2008). *Malatya il merkezinde aile planlaması kullanan 15–49 yas grubu evli kadınlarda kullanılan yöntem ve yöntem seçimini etkileyen faktörler.* Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri.
- Özaras, G. (2009). *Jinekolojik onkoloji kliniğinde jinekolojik kanser tanısı alan hastaların yaşam kalitesi durumu ve etkili faktörler.* Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Özaydın, N.G., Debay M. (2007). *Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı,* Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı, Türkiye Üreme Sağlığı Programı, Ankamat Matbaacılık Sanayi Ltd Şti, Ankara.
- Özlece, F. (2006). *Kayseri İl Merkezindeki Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Aile Planlamasına İlişkin Bilgi ve Düşüncelerinin Belirlenmesi*. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri.
- Öztürk, Y. *Türkiye ve Dünyada Aile ve Nüfus Planlaması.* Erişim: 03. 03. 2011. tip.erciyes.edu.tr/.../AP%20ve%20Nüfus%20PLANLAMASI-13.doc
- Parazzini, F.,Chatenoud, L., Vecchia, C., Chiaffarino, F., Ricci, E., ve Negri, E. (1998). Time since last use of oral contraceptives and risk of invasive cervical cancer. *European Journal of Cancer,* **34 (6),** 884-888.
- Parazzini, F.,Vecchia, C., ve Moroni, S. (1994). Intrauterine device use and the risk of endometrial cancer. *Br J Cancer,***70,**672-673.
- Pınar, G.,Algıer, L., Çolak, M., ve Ayhan, A. (2008a). Jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesi. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi,***3 (8),** 141-149.
- Pınar, G.,Algıer, L., Doğan, N., ve Kaya, N. (2008b). Jinekolojik kanserli bireylerde risk faktörlerinin belirlenmesi. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi,***4 (18),** 208-216.

- Reis, N. (2003). *Jinekolojik kanserlerde yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler.* İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.
- Ricci, SS. (2007) *Essentialof Maternity Newborn, and Women's Health Nursing,* By Lippincott Williams&Wilkins a Wolters Kluwer Business, Philadelphia, 75–105.
- Rieck, G., ve Fiander, A. (2006) The effect of lifestyle factors on gynaecological cancer. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol,* **20(2),** 227-51.
- Rosenblatt, K. A., ve Thomas, D. B. (1996). Intrauterine device and endometrial cancer. The WHO collaborative study of neoplasia and steroid contraceptives. *Contraception,***54,** 329-332.
- Sasieni, P. (2007). Cervical cancer prevention and hormonal contraception. *The Lancet,***370,** 1591-1592.
- SB (2006). *2004-2006 yılları Türkiye kanser insidansı.* Kanserle Savaş Daire Başkanlığı. Erişim: 01.06.2011, http://www.kanser.gov.tr/folders/file/8iL-2006-SON.pdf
- Scharge, J. O., Schaffer, J. I., Halvarson, L. M., Hoffman, B. L., Bradshaw, K. D., ve Cunninghom, F. G. (2010). *Williams Jinekoloji*. Y. Ceylan, G. Yıldırım, H. Aslan, A. Gül, ve A. Gedikbaşı. (Çev.). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
- Schwarz, E. B., Saint, M., Gildengorin, G., Weitz, T. A., Stewart, F. H., ve Sawaya, G. F. (2005). Cervical cancer screenig continues to limit provision of contraception. *Contraception,***72,** 179-181.
- Schwarz, E. B.,Hess, R., ve Trussell J. (2009). Contraception for cancer survivors. *Society of General Internal Medicine,***24 (2),** 401-406.
- Şahin, D. (2009). *Kırklareli Devlet Hastanesi'nde çalışan sağlık personelinin ve hastaneye başvuran kadınların jinekolojik kanserler hakkında bilgi, tutum ve davranışları.* Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne.
- Şahin, N. H., ve Bulduk, S. B. (2004). Kontraseptif yöntemler için dünya sağlık örgütü (DSÖ)'nün uygunluk ölçütleri. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi,***1**, 37-41.
- Şirin, A., ve Kavlak, O. (Ed.). (2008). *Kadın Sağlığı*. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık.

- Tao, M. H.,Xu, W. H., Zheng, W., Zhang, Z. F., Gao, Y. T., Ruan, Z. X., ve ark. (2006). Oral contraceptive and IUD use and endometrial cancer: A population – based case-control study in Shanghai, China.*Int. J. Cancer,* **119**, 2142-2147.
- TAPD (2011). *Aile Planlaması Yöntemleri*. Erişim: 20. 02. 2011, http://www.tapd.org.tr/tr/page.asp?id=60.
- Taşkın, L. (2009). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği* (9. Basım). Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.
- TDK (2011). Erişim: 05.01.2011, http://tdk.org.tr/TR/Genel/SozBul.aspx?F6E10F8892433CFFAAF6AA849816B2EF4376734BED947CDE&Kelime=kanser
- Tuncer, A. M. (Ed.). (2007). *Türkiye'de Kanser Kontrolü*. Ankara: T. C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı.
- Tuncer, A. M. (Ed). (2009). *Türkiye'de Kanser Kontrolü.* Ankara: T. C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı.
- *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması.* (2008). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye.
- Tworoger, S. S.,Fairfield, K. M., Colditz, G. A., Rosner, B. A., ve Hankinson, S. E. (2007). Association of oral contraceptive use, other contraceptive methods, and infertility with overian cancer risk. *American Journal of Epidemiology,***166 (8),** 894- 901.
- Uçar, T., ve Bekar, M. (2010). Türkiye'de ve dünyada jinekolojik kanserler. *Türk Jinekoloji Onkoloji Dergisi,* **13 (3),** 55-60
- UNFPA. (2002). *Aile Planlamasında Temel Bilgiler* (2. Baskı). İstanbul, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı.
- Visvanathan, K., ve Helzlsouer, K. J. (2005). Gynecological Cancer- Overian, Endometrial, Cervical. Peter G. Shields (Ed.), *Cancer Risk Assessment* içinde (s. 535-567). U. S. A.: Taylor Francis Group.
- WHO (2011). *Cancer of the cervix*. Erişim 15.01.2011, http://www.who.int/reproductivehealth/topics/cancers/en/index.html
- WHO.(2009, Kasım).*Switzerland: Strengthening Cervical Cancer Prevention and Control December 2009.* WHO Meeting Report.
- Xavier, C. P. (1991). *Tubal sterilization, intrauterine contraception, and the risk of endometrial cancer.* Yale Üniversitesi, Doktora Tezi, ABD.

- Yetimalar, H., Köksal, A. A., Çiftçi, M., ve Çukuova, K. (2007). Over Kanserlerinin Epidemiyolojik Açıdan İncelenmesi. *Türk Jinekoloji Onkoloji Dergisi*, **10 (3),** 72-82
- Yetimalar, M. H., Köksal, A. A., Çiftçi, M., Çukurova, K., İnceoğlu, M., ve Keklik, A. (2007). Over kanserlerin epidemiyolojik faktörler açısından incelenmesi. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi,***10 (3),** 72-82.
- Zapata, L. B.,Whiteman, M. K., Marchbanks, P. A., ve Curtis K. M. (2010). Intrauterine device use among with overian cancer: a systemetic review. *Contraception*, **82,** 38-40.

FORMLAR

EK1 ANKET FORMU

TANI:…….

HASTANIN ADI SOYADI: …… ……..

TEL. NO:……..

ADRESİ:……..

A.DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1)Yaşınız:…….

2) Medeni Durumunuz: a) Bekar b) Evli c) Diğer

3) Kaç yıllık evlisiniz:…….

4) Eğitim Durumunuz:

a)Okuryazar değil b) Okuryazar c)İlkokul d)Ortaokul e)Lise f)Üniversite

5)Mesleğiniz:……..

6)Sosyal güvenceniz: a) Var b) Yok

7) Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

a) Gelirim giderimden az b) Gelirim giderime denk c)Gelirim giderimden fazla

8)Boyunuz…… Kilonuz…… BKI:…….

9)Sigara kullanıyor musunuz?

a)Evet (günlük kullanılan sigara miktarı nedir?.....)

b)Hayır

10) Alkol kullanıyor musunuz?

a)Evet (ne kadar sıklıkta?.....)

b)Hayır

B.MENSTURASYON ÖYKÜSÜ

11) İlk adet yaşınız:……

12)Adet süresiniz:……..

13)Siklus uzunluğu:……..

14)Adetleriniz ağrılı geçiyor mu?

a)Evet b)Hayır

C DOĞURGANLIK ÖYKÜSÜ.

15) Doğum sayınız:……

16) İlk doğum yaşınız:……..

17) Gebelik sayınız:……..

18) Düşük sayınız:……..

19) Kürtaj sayınız:……

20) Doğum şekliniz:

a) Normal (kaç tane?.....)

b) Sezeryan (kaç tane?.....)

21)Çocuklarınızı emzirdiniz mi?

a) Evet (ne kadar süre?.....)

c) Hayır

22)İnfertilite tedavisi aldınız mı?

a) Evet (Ne kadar süre ilaç kullandınız?.....)

b) Hayır

23) Menopoz yaşınız:……..

24)Menopoz tipiniz:

a) Doğal b)Cerrahi

25) Menopozda HRT kullandınız mı?

a) Evet (ne kadar süre?.....) b)Hayır

D. SAĞLIK DURUMU:

26) Kronik hastalığınız var mı?

a) Evet (Hangi hastalık?.....)

b) Hayır

27) Sürekli kullandığınız ilacınız var mı?

a) Evet (Hangi ilaç?.....Ne kadar süre?.....)

b) Hayır

28) Geçirdiğiniz ameliyatınız var mı?

a) Evet (hangi ameliyat?.....)

b) Hayır

29) Ailenizde kanser hastası/hastalık öyküsü olan var mı?

a) Evet (Kim?.....Ne kanseri?.....)

b) Hayır

E. AİLE PLANLAMASI ÖYKÜSÜ

30) Kontraseptif Yöntemi:

YÖNTEMİN ADI	KULLANILAN	SÜRESİ
PROGESTERON İÇEREN HAPLAR		
OSTROJEN VE PROGESTERON İÇEREN HAPLAR		
RİA		
TÜP LİGASYONU		
KONDOM		
VAZEKTOMİ		
TAKVİM YÖNTEMİ		

31) Şu an kullanılmakta olduğunuz bir yöntem var mıdır?

a) Evet (hangi yöntem?..... Ne kadar süredir? .....)

b) Hayır

32) Korunma yönteminizi değiştirdiniz mi?

a) Evet (neden?.....)

b) Hayır

EK2 KURUM IZNI

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı
Jinekolojik Onkoloji Bilim Dalı

Sayı :

İstanbul ...../ ...../ .....
30.06.2009

İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Etik Kurul Başkanlığına

Hemş. Arzu MALAK , çalışmak istediği " meme ve jinekolojik kanserleri hastalarda kontraseptif yöntem kullanma öyküsü " isimli tez konusunu kliniğimizde uygulamasında herhangi bir engel yoktur.

Jinekolojik Onkoloji Bilim Dalı Başkanı
Prof.Dr.Macit ARVAS

ETİK KURUL KARARI

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI

Sayı : 22486
Konu :

İstanbul ...../ ...../ .....
20 Temmuz 2009

İ.Ü. Florance Nightingale
Hemşirelik Yüksekokulu Müdürlüğüne

İLGİ: 26.06.2009 tarihli, 1636 sayılı yazınıza:

Yüksekokulunuz, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi **Yard.Doç..Dr.GÜLAY RATHFİSCH'in** danışmanlığında **Yüksek Lisans Öğrencisi ARZU MALAK'ın** yürütücülüğünde **"Meme ve Jinekolojik Kanserli Hastalarda Kontraseptif Yöntem Kullanma Öyküsü"** konulu **Doktora Tezi** hakkında ilgi yazınız ve ekleri **07 Temmuz 2009** tarihinde toplanan Fakültemiz Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup, etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi, durumun adı geçen anabilim dalı başkanlığına bildirilmesini saygılarımla rica ederim.

EKİ:
1 dosya

Prof.Dr. Özgün ENVER
Vekil Dekan ve Etik
Kurul Başkanı

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK
YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ
Gelen Kayıt No. : 1885
Gelen Tarih : 29.7.2009

Not: Yanıtlarda yazımızın gün sayısının belirtilmesi rica olunur.Tel(0212)4143000

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Arzu	**Soyadı**	MALAK
Doğ.Yeri	Babaeski	**Doğ.Tar.**	28.11.1985
Uyruğu	T.C.	**TC Kim No**	16463474814
Email	arzum1919@yahoo.com	**Tel**	05432880111

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Doktora		
Yük.Lis.	İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı	
Lisans	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu	2008
Lise	Kırklareli Babaeski Anadolu Lisesi	2003

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.	Supervisor hemşire	Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2011-halen
2.	Hemşire	İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi	2008-2010
3.			-

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**KPDS/ÜDS Puanı**	**(Diğer) Puanı**
İngilizce	İyi	Orta	Orta	71.25	

***Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
LES Puanı	84.055	86.610	73.871
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Microsoft Office Programları (Word, Excel, Powerpoint)	İyi

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

- 18-25 Haziran 2009- İlk Yardım Eğitimcisi Sertifikası

Özel İlgi Alanları (Hobileri):

- Kitap okumak
- Sinemaya gitmek
- Yürüyüş yapmak