

Jinekolojik Kanser Kontrolü ve Hemşirelik

Gyneacological Cancer Control and Nursing

(Derleme)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2014) 77-90

Kafiye EROĞLU*, Gülten KOÇ**

*Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

**Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Geliş Tarihi: 05 Ağustos 2013

Kabul Tarihi: 31 Aralık 2013

ÖZET

Kanser ile ilgili son veriler, hem dünyada hem de ülkemizde jinekolojik kanserlerin insidans ve mortalite açısından ilk on kanser türü içinde yer aldığını göstermektedir. Jinekolojik kanserler tedavinin manevi ve maddi yükünün fazlalığı ile diğer kanserlerden farklıdır. Bu nedenle jinekolojik kanser mortalite ve morbiditesinin azaltılmasında kanser kontrolüne yönelik geliştirilmiş stratejiler daha da önem kazanmaktadır.

Hemşireler kanser kontrolünün her aşamasında önemli rolleri olan sağlık çalışanlarıdır. Kanser kontrolünde hemşire kanseri önleme, tarama ve tanılamada danışmanlık yapma, bakım verme, sağlık eğitimi yapma, kanser vakalarını yönetme ve araştırma yapma rollerine sahiptir. Bu nedenle jinekolojik kanser ile ilişkili faktörleri bilerek kapsamlı bir tanılama, risk belirleme, genetik yatkınlık konularında analiz ve sentez yapabilecek bilgiye sahip olmalıdır. Böylece jinekolojik kanser gelişmesini önlemeye ve kansere bağlı ölümleri azaltmaya yönelik bireye özgü programlar geliştirebilir.

Anahtar kelimeler: *Jinekolojik kanser, kanserden korunma, sağlığın geliştirilmesi, hemşirelik*

ABSTRACT

The most recent data about cancer demonstrate that gynaecological cancers rank among the top ten types of cancer in terms of both incidence and mortality in the world and in Turkey. The gynaecological cancers differ from other cancers with respect to the high financial and moral burden of their therapies. For that reason, the strategies developed for cancer control in reducing the gynaecological cancer mortality and morbidity have become even more prominent.

Nurses are healthcare professionals who have crucial roles in every level of cancer control. In cancer control, a nurse assumes roles of preventing cancer, counseling during screening and

diagnosis, providing care, conducting health education, managing cancer cases and carrying out research. Therefore, s/he should have enough knowledge for being able to do analysis and synthesis by doing a comprehensive diagnosis, risk identification and genetic predisposition with awareness of gynaecological cancer-related factors. Thus, personalized programs geared towards preventing the development of gynaecological cancer and reducing cancer-related deaths may be developed.

Key words: *Gynaecologic cancer, cancer prevention, health promotion, nursing*

Giriş

Dünyada her yıl 12,7 milyon insana, ölüme uzanan kronik bir hastalık olarak kabul edilen “kanser” tanısı konulmaktadır. 2008 Dünya Kanser Raporu’nda 2005 yılında meydana gelen 58 milyon ölümün 7,6 milyonunun kanser nedeniyle gerçekleştiği ve herhangi bir müdahale yapılmaz ise gelecek 10 yıl içinde 84 milyon insanın kanser nedeniyle yaşamını yitireceği belirtilmektedir¹. Yine dünya genelinde kanser yükünün giderek artacağı, 2030 yılında 26 milyon insana yeni kanser tanısı konacağı ve kanserden ölümün 17 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Rapora göre kansere bağlı ölümlerin %70’inden fazlası, kanserin önlenmesi, teşhisi ve tedavisi için ulaşılabilecek kaynakları sınırlı olan ülkemizin de içinde bulunduğu düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir². Tüm dünyada kanser insidansının her iki cinsiyette de artmasına rağmen, erkek ve kadında görülen kanser türleri farklılık göstermektedir.

GLOBOCAN 2008’e göre dünyada kadınlarda görülen ilk üç kanser türü sırasıyla meme, serviks ve kolorektal kanserdir. Jinekolojik kanserlerden uterus kanseri altıncı, over kanseri ise yedinci sırada yer almaktadır. Aynı raporda kanser mortalitesine bakıldığında ilk üç sırayı meme, akciğer ve serviks kanseri alırken, over kanseri yedinci sıradadır³. HASUDER’in (2012) “Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar” raporuna göre; 2006 yılında kadınlarda en sık görülen kanser, yüzbinde 36.9 ile meme kanseri iken, jinekolojik kanser insidansına bakıldığında, uterus korpusu kanseri yüzbinde 7.8 ile altıncı, over kanseri yüzbinde 6 ile yedinci ve serviks kanseri yüzbinde 4.7 ile onuncu sırada görülmektedir. Aynı raporda Türkiye’de 2009 yılında kadınlarda kansere bağlı ölümler incelendiğinde; over kanseri %5 ile yedinci, uterus kanseri %2.9 ile dokuzuncu, serviks kanseri %2 ile onuncu sıradadır⁴. Kanser ile ilgili son veriler, ülkemizde jinekolojik kanserlerin hem insidans hem de mortalite açısından ilk on içinde yer aldığını göstermekle birlikte, önleme programlarına özellikle bu kanser türlerinin alınmasına da dikkat çekmektedir. Raporlarda görüldüğü gibi kadına yönelik kanserler içinde jinekolojik kanserler morbidite ve mortalite oranı ile önemli bir kadın sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sorunun çözümünde “kanserin kontrolüne yönelik koruyucu yaklaşım çalışmaları” ön plana çıkmaktadır.

Kanser Kontrolü nedir?

Kanser kontrolü; önleme, erken tanı- tarama, kanser hastalığının yönetimi ve palyatif bakım olmak üzere dört basamaktan oluşmaktadır. Bu amaçla malignensi ile ilgili morbidite ve mortaliteyi azaltmada birincil korunma başta olmak üzere kanserin erken tanı ve tedavi sürecinde etkili müdahale yapmak gerekmektedir⁵. Kanserde erken tarama

ile hastalık daha kolay tedavi edilmekte, hayatta kalım süresi uzamaktadır. Bunun yanı sıra kanser vakalarının yaklaşık üçte ikisi sağlıklı yaşam stili ve gelişmiş kanser tarama uygulamaları ile önlenmektedir. Sonuçta erken tanı ve önleme odaklı yaklaşımla kanserin insan üzerindeki psikolojik, sosyal etkisinin yanısıra sağlığa harcanan maliyet de düşmektedir⁶. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de tüm kanser vakalarının en az üçte birinin önlenebilir özellikte olduğunu vurgulamakta ve kanser kontrolünde en düşük maliyette, uzun etkili stratejilerin hayata geçirilmesini önermektedir⁷. Geliştirilecek olan stratejilerde kanserden korunma basamakları dikkate alındığında maliyet yönetimi etkin biçimde yapılabilecektir.

Kanserden Korunma ve Kanseri Önleme

Literatürlerde kanserden korunma üç basamakta ele alınmaktadır. Bunlar⁸:

Birincil Korunma: Kanser gelişmeden önce hastalıkla ilişkili olduğu bilinen madde ve alışkanlıklardan uzak durularak korunma amaçlanır. Bu amaca; kanser farkındalığı, karsinojenlerden uzak durma (örn: sigara, alkol, kötü beslenme), aşılama ve sağlıklı yaşam davranışları ile ulaşılır.

İkincil Korunma: Erken tanı ve prekanseröz lezyonların invaziv olmadan tedavi edilmesini içerir. Asemptomatik hastaların erken teşhisi yapılarak kanserden korunma amaçlanır. Bu amaca; riskli grupların belirlenerek taranması ile ulaşılır.

Üçüncül Korunma: İnvaziv kanserin tedavisi için uygun yöntemleri kullanma, hastalarda sakatlık gelişme riskini azaltma ve rehabilitasyon amaçlanır. Bu amaca; hastalara uygun tedavi yöntemini uygulama, palyatif bakım verme, izleme ve değerlendirme ile ulaşılır.

Uluslararası örgütlerin de kanserden korunma ve kanseri önlemeye yönelik çeşitli önerileri bulunmaktadır. Bu örgütlerden biri olan DSÖ, 2008-2013 yılı için 4 bulaşıcı olmayan hastalığın (*kardiyovasküler hastalıklar, DM, kanserler ve solunum sistemi hastalıkları*) ve 4 temel risk faktörünün (*sigara kullanımı, yetersiz fiziksel aktivite, sağlıksız diyet ve alkolün zararlı derecede tüketilmesi*) önlenmesi ve kontrolü için ortak çalışmak üzere eylem planı geliştirmiştir. Bu eylem planında kanserlerin üçte birinden fazlasının, bilinen risk faktörlerinin (*tütün kullanımı, sağlıksız diyet, fiziksel hareketsizlik ve aşırı alkol kullanımı*) ortadan kaldırılması ile önlenileceği belirtilmiştir. Eylem planına göre, “Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolünde Global Stratejiler” şu şekildedir⁷;

1. Global ve ulusal düzeyde geliştirilen çalışmalarda bulaşıcı olmayan hastalıklara öncelik verilmesi ve bütün devletlerin politikalarına bu hastalıklardan korunma ve hastalık kontrolünün entegre edilmesi,
2. Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü ve önlenmesinin bütün ulusal politika ve planlarda güçlendirilmesi ve yerleştirilmesi,
3. Bulaşıcı olmayan hastalıklar için iyi bilinen ve kontrol edilebilir risk faktörlerini (*tütün kullanımı, sağlıksız diyet, fiziksel hareketsizlik ve aşırı alkol kullanımı*) azaltmaya yönelik girişimlerin iyileştirilmesi,
4. Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü ve önlenmesi ile ilgili araştırmaların artırılması,

5. Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü ve önlenmesi için işbirliğinin artırılması,
6. Bulaşıcı olmayan hastalıkların ve belirleyicilerinin takibi ve süreçlerin ulusal, bölgesel ve global düzeyde değerlendirilmesi

Aynı raporda DSÖ'ye üye ülkelerden beklentiler kapsamında da aşağıda yer alan maddelere dikkat çekilmiştir:

- Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde ulusal multisektöriyel bir işbirliğinin oluşturulması,
- Ulusal sağlık gelişim planlarına bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolünün entegre edilmesi,
- Sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması ve güçlendirilmesinde özellikle koruma ve önleme de standartlar ve rehberler oluşturarak izleme ve değerlendirme çalışmalarının yapılması,
- Servikal kanser, meme kanseri, DM, HT gibi durumların erken tanısı için maliyet etkin yaklaşımlar uygulanması ve izlenmesi,
- Temel sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin koruma ve önleme yönünden güçlendirilmesi.

Amerikan Kanser Derneği (AKD)'nin kanserin önlenmesine yönelik önerileri ise, Tablo 1'de görüldüğü gibi daha çok birincil ve ikincil korunmaya yöneliktir⁹.

Tablo 1. Amerikan Kanser Derneği Kanser Önlenmesine Yönelik Önerileri, 2012

Korunma Basamakları	Öneriler
Birincil	Sigaradan uzak durun.
Birincil	Sağlıklı kilonuzu koruyun.
Birincil	Düzenli fiziksel aktivite ile hareket sağlayın.
Birincil	Bol sebze ve meyve ile sağlıklı beslenin.
Birincil	İçeceklerinizde alkol alımınızı sınırlayın.
Birincil	Cildinizi koruyun.
Birincil	Kendinizi, ailenizi ve risklerinizi bilin.
İkincil	Düzenli sağlık kontrolü ve kanser taramalarınızı yaptırın.
İkincil	Kanser riskinizi nasıl azaltacağınız konusunda kanserle ilgili kuruluşlara başvurun.

Jinekolojik Kanserlerde Korunma ve Erken Tanı/Tarama

Jinekolojik kanserler tedavinin manevi ve maddi yükünün fazlalığı ile diğer kanser tedavilerinden farklılık göstermektedir. Bu nedenle jinekolojik kanser mortalite ve morbiditesinin azaltılmasında kanser kontrolüne yönelik geliştirilmiş stratejiler daha da önem kazanmaktadır.

A. Serviks Kanserinde Korunma ve Erken Tanı/Tarama

Serviks kanseri dünyada kadın kanserleri arasında meme kanserinden sonra 2. sırada, mortalitede ise 4. sıradadır. Diğer kanser türlerinde olduğu gibi düşük ve orta düzey

gelişmiş ülkelerde daha çok görülmektedir³. Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı'nın 2006 yılı verilerine göre, serviks kanserleri kadınlarda görülen kanserlerin yüzbinde 5'ini oluşturmaktadır. Jinekolojik kanserler içerisinde ise endometrium ve overden sonra üçüncü sırada yer almaktadır¹⁰. Serviks kanseri kadınlarda erken tanı ile önenebilecek kanserlerin başında gelmektedir. Serviks kanserinde korunma basamakları Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Serviks Kanserinden Korunma Basamakları

Basamaklar	Korunma Yolları
Birincil Korunma	Serviks kanseri farkındalığı oluşturma HPV aşısı Riskli davranışlardan uzak durma Sağlıklı yaşam stili (sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz yapma) Bariyer kontraseptif kullanımını tercih etme
İkincil Korunma	Servikal kanser için tarama testleri yaptırma (PAP Smear Testi, HPV-DNA testi gibi) Servikal kanser yönünden riskli grupları belirleme
Üçüncül Korunma	Uygun tedavi yönetimi ve rehabilitasyon hizmeti sağlama

Serviks Kanserinde Birincil Korunma

- **Farkındalık Geliştirme:** Ocak ayı servikal kanserde farkındalık ayı olarak belirlenmiştir¹¹. Bu ayda servikal kanser konusunda farkındalığı artırmak amacıyla çeşitli bilimsel ve sosyal etkinlikler düzenlenmektedir.
- **HPV Aşısı:** 1993 yılında başlatılan aşı çalışmaları 2006 yılından itibaren ruhsatlandırılarak kullanıma sunulmuştur. HPV aşısı, Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, Avustralya, Almanya, Fransa, İsrail olmak üzere birçok ülkede de rutin aşı takvimine girmiştir. Ülkemizde ise kuadrivalan aşı 2007 yılında, bivalan aşı 2008 yılında ruhsat almıştır¹².

HPV aşıları sağlıklı kız ve kadınlarda en tehlikeli HPV tipleri olan 16 ve 18 ile genital siğillerin %90'ından sorumlu olan tip 6 ve 11'e karşı geliştirilmişlerdir ve HPV 16 ve 18'e karşı %100 koruyucudur. Ancak bu HPV tipleri servikal kanserlerin sadece %70'inde etkilendirler. Aşıların etkinliğinin en yüksek düzeyde olması için aşılamanın, hedef gruba enfeksiyonla karşılaşmadan önce yapılması gerekmektedir. Bu nedenle cinsel yaşam başlamadan önce HPV aşı serisi tamamlanmalıdır. FDA, HPV aşısının daha önceden bu virüsler ile karşılaşmamış 9-26 yaş arasındaki tüm kadınlara yapılmasını önermektedir. Aşının uygulanmış olması, servikal kanser taramasının veya PAP-smear uygulamasının yerini almamaktadır ve bu taramaların yine düzenli olarak yapılması gerekmektedir¹²⁻¹⁴.

- **Riskli davranışlardan uzak durma:** Literatürde serviks kanseri için risk oluşturan aşağıdaki davranışlardan uzak durulması önerilmektedir¹⁵⁻¹⁸:
 - İlk cinsel ilişki yaşının erken olması (<16 yaş),
 - Çok eşli cinsel yaşam,

- Çok eşli cinsel yaşamı olan kişi ile cinsel ilişkide bulunma,
- İlk gebelik veya doğum yaşınının 20 ve altında olması,
- Doğum sayısınının üç ve üzeri olması,
- Cinsel yolla bulaşan hastalığın olması (özellikle HPV tip 16-18, HSV tip II ve HIV),
- Sigara kullanma,
- Tedavi edilmemiş diğer vajinal enfeksiyonların varlığı,
- 5 yıl üzerinde OKS kullanma,
- Alkol kullanma.

• ***Bariyer Kontraseptif Yöntem (diyafram ve kondom ve spermisid) Kullanımı***

Bariyer yöntem kullanan kadınlarda servikal kanser riskinin daha düşük olduğu¹⁶, diyafram kullananlarda ise invaziv servikal kanser riskinin azaldığı¹⁷ saptanmıştır. Yöntemin kullanım süresinin uzadığı vakalarda koruyucu etki daha fazladır. Slattery ve arkadaşlarının çalışmasında bariyer yöntemlerin sadece birden fazla cinsel eşi olan kadınlarda servikal kanser riskini azalttığı belirlenirken¹⁸, fiziksel bariyerlerin spermidlerle kullanıldığında koruyucu etkilerinin daha fazla olduğu bildirilmiştir⁶.

Serviks Kanserinde İkincil Korunma

- ***Erken Tanı –Tarama:*** Serviks kanserinde tarama, sitoloji taramasına dayanır. Kuzey ülkelerin toplum tabanlı taramalarında mortalitede %60, insidanda %80 azalma olduğu saptanmıştır³. Günümüzde Pap-smear Testi, DSÖ tarafından yüksek seçiciliği olan, uzun süreli deneyimlenen ve bilgisayar destekli değerlendirmeye uygun bir tarama testi olarak önerilmektedir. Bu test dışında asetik asit ile vizüel inspeksiyon, Lugol iodine solüsyonu ile vizüel inspeksiyon, HPV testi ve Liquid based cytology testi de alternatif tarama testleri olarak vurgulanmaktadır¹⁵.

Servikal kanser tarama önerileri AKD, DSÖ ve ülkelerin sağlık imkânlarına göre değişiklik gösterebilmektedir. AKD servikal kanser tarama önerilerine göre¹⁹;

- Servikal kanser taraması **21 yaşında** başlamalıdır.
- **21 - 29 yaş aralığındaki kadınlar** 3 yılda bir Pap test yaptırmalıdır. (Bu yaş grubunda anormal pap test sonucu varsa HPV testi önerilmektedir.)
- **30- 65 yaş grubundaki kadınlar** her 5 yılda bir pap test ve HPV testi yaptırmalıdır.
- **65 yaş ve üzerindeki kadınlar**, daha önce düzenli servikal kanser tarama testlerini yaptırmış ve herhangi bir anormal sonuç çıkmamışsa, servikal kanser açısından taranmamalıdır. 65 yaşını geçmiş ciddi servikal pre-kanser öyküsü olan kadınlar teşhisten 20 yıl geçmiş olsa da tekrar test edilmelidir. Servikal kanserle ilişkili olmayan uterusu (serviks dahil) alınmış kadınlar, hikayelerinde servikal kanser ya da ciddi pre-kanser öyküsü yoksa taranmamalıdır.
- Kadınlar HPV aşısı olsa da yaş grubuna önerilen tarama programına katılmalıdır.

DSÖ servikal kanser tarama önerileri²⁰;

- **30 yaş ve üzeri kadınlarda** tarama başlamalıdır. Daha genç yaş kadınlar yüksek risk grubunda ise tarama programına alınmalıdır. 25 yaşın altındaki kadınlar servikal kanser için hedef kitle içinde yer almamaktadır.
- Bir kadının yaşamında tarama yaptıracağı en iyi yaş 35-45 yaştır.
- **50 yaş üzerindeki kadınlar** beş yılda bir tarama yaptırılmalıdır.
- Yeterli kaynak varsa **25-49 yaş arası kadınların** üç yılda bir tarama yaptırması uygundur.
- Yıllık tarama herhangi bir yaş grubuna önerilmemektedir.
- **65 yaş üzeri kadınlarda** son iki test negatif ise tarama testi önerilmemektedir.
- Ülkemizde ise²¹;
- Taramada mutlak hedef **35-40 yaş aralığındaki tüm kadınlara en az bir kez PAP smear yapılmasıdır.**
- Servikal kanser tarama programına **30 yaşında başlanır.**
- **30-65 yaş kadınlarda beş yılda bir PAP test** yapılmalıdır.
- 65 yaşında, son iki test sonucu negatif olanlar programdan çıkartılabilir.

2. Over Kanserinde Korunma ve Erken Tanı/Tarama

Over kanseri sık görülmesine de tedavi edilebilir aşamada ya da erken dönemde hastalığı belirleyecek etkili tarama yöntemlerinin olmaması nedeniyle ölüm oranı yüksek olan bir jinekolojik kanser türüdür. Over kanserinden korunma yolları Tablo 3’de verilmiştir.

Tablo 3. Over Kanserinde Korunma Basamakları

Basamaklar	Korunma Yolları
Birincil Korunma	Over kanserine yönelik farkındalık geliştirme Sağlıklı Yaşam Stili (sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz yapma, normal kiloyu koruma) Hormonal kontraseptif kullanımını tercih etme Riskli davranışlardan uzak durma (sigara- alkol kullanma, talk içeren pudraların direk perineal bölgeye uygulanması ya da pudra içeren bebek bezlerinin kullanılması)
İkincil Korunma	Over kanserinde TARAMA testleri günümüzde hala tartışmalıdır. Riskli grupların belirlenmesi ve genetik danışmanlık
Üçüncül Korunma	Uygun tedavi yönetimi ve rehabilitasyon hizmeti sağlama

Over kanserinde Birincil Korunma

- **Farkındalık Geliştirme:** Eylül ayı over ve jinekolojik kanserde farkındalık ayı olarak belirlenmiştir¹¹. Bu ayda ilgili kanserlere dikkat çekmek amacıyla çeşitli etkinlikler planlanır ve uygulanır.
- **Sağlıklı Yaşam Stili Geliştirme:** Diyetle bütün kanserlerde riskin %30-40 azaltılabileceği bilinse de²² over kanseri ile doğrudan ilişkili özel bir yiyecek

bulunamamıştır. Bununla birlikte meyve, sebzeden zengin diyet, kırmızı etin az tüketilmesi, sınırlı alkol alımı, düzenli egzersiz ve normal kilo kanserin önlenmesinde önemlidir. Fairfield ve arkadaşları'nın aktardığına göre 2001 yılında gerçekleştirilen Nurses' Health Study sonuçlarına göre over kanserine yönelik olmasa da, antioksidan kullanımının genel olarak kanser riskini azaltmaktadır²³.

Fiziksel aktivite dolaşımdaki hormon düzeyini, enerji dengesini ve insülin mekanizmasını etkilemektedir. Over kanserinde fiziksel aktivitenin rolü kesin olarak belirlenememiştir. Bazı çalışmalarda fiziksel aktivite ile over kanseri arasında ilişki saptanırken, bir kısmında ilişki saptanmamıştır²². Son yapılan bir meta analiz çalışmasına göre, fiziksel olarak aktif kadınlarda over kanseri riskinin, aktif olmayan kadınlara göre %20 azaldığı saptanmıştır²³. Kanıtlar sedanter yaşamın endometriyal ve over kanser riskini artırdığını göstermektedir.

- **Oral Kontraseptif Kullanma (OKS):** OKS kullanımı over kanseri riskinde azalma ile doğru orantılıdır. Kanser ve Steroid Hormon Çalışması sonuçlarına göre, 5 yıl ve daha fazla süre OKS kullanan nullipar kadınlarda over kanseri riski, hiç OKS kullanmayan çocuklu kadınlardan daha azdır²⁵. Narod ve arkadaşlarının BRCA1 ve BRCA2 mutasyonlu kadınlarla yaptıkları çalışmada, 6 yıl ve daha uzun süre OKS alan kadınlarda over kanseri riskinin %60 azaldığını bulmalarına rağmen²⁶, İsrail'de yapılan bir çalışmada BRCA1 ve BRCA2 mutasyonu taşıyan kadınlarda OKS'nin etkisiz olduğu belirlenmiştir²⁷.
- **Profilaktik Cerrahi:** Profilaktik oofektominin BRCA1, BRCA2 mutasyonu taşıyıcılarında over kanserinden koruyucu olduğu ifade edilmektedir²⁸. Over kanseri açısından riskli kadında profilaktik cerrahi seçenekleri histerektomi ile birlikte ya da tek başına tübal ligasyondan, bilateral oofektomiye kadar değişiklik göstermektedir. Nurses Health Study'ye göre tübal ligasyon, over kanseri riskinin azaltılmasında kullanılan en minimal invaziv cerrahi girişimdir²⁹. Kadınlara profilaktik cerrahi ile ilgili danışmanlık yapılırken profilaktik oofektominin tamamen koruyucu olmadığı, %5-2 peritoneal karsinom gelişme riskinin olduğu söylenmelidir. Profilaktik cerrahi sonrası menopoza giren kişilerde, kalp sağlığının korunması, osteoporozun önlenmesine yönelik danışmanlık ile HRT'ye karar verme önemlidir^{30,31}.

Over Kanserinde İkincil Korunma

- **Erken Tanı- Tarama:** Over kanseri bakımından toplumun tamamının taranmasına ilişkin kesin bir program yoktur. Önerilen tarama programları genellikle genetik olarak riskli ya da ailesinde over kanseri olan kadınlara yöneliktir³². Amerika'da 1994 yılında yapılan bir konferansta, over kanseri taraması için bütün kadınların aile öykülerinin detaylı bir şekilde alınması ve yıllık rektovajinal pelvik muayene yapılması önerilmiştir³³. 1999 yılında herediter ailesel yüksek riskli kanser taramasına yönelik yayınlanan rehberde ise; over kanserinde tarama testleri olarak, 25-35 yaşlarından başlamak üzere; yıllık pelvik muayene ve transvajinal USG, yıllık ya da altı aylık CA125 kontrolü, üreme durumu göz önünde bulundurularak profilaktik oofektomi seçeneğinin sunulması önerilmiştir³⁴. Ülkemizde ulusal kanser tarama programında over kanserine yönelik bir öneri bulunmamaktadır.

- **Risk Taraması Yapma:**

Yaş: İleri yaş kadınlar (ortalama 63 yaş) over kanseri açısından risk grubuna girmektedir.

Ailesel öykü: Genel popülasyonda yaşam boyu over kanseri gelişme riski 1/55'dir. Aile hikâyesinde over Ca olanlarda ise etkilenen birey sayısına göre risk değişmektedir. Eğer bir akrabasında kanser varsa risk %5, iki akrabasında varsa %7 artmaktadır³⁵.

Genetik: Özellikle birinci derece akrabalarından üç veya daha fazlasında 50 ve daha küçük yaşlarda kolon ve endometrial kanser varsa, over kanseri riski artmaktadır³⁶. Genetik yönden riskli olan kadınlara *eğitim ve kanser risk danışmanlığı* yapılmalı ve hem anne hem baba tarafının detaylı aile öyküsü alınmalıdır. Herediter over kanserinde, gen mutasyonları sebebiyle risk altında olan kadınların belirlenmesinde *genetik testler* yardımcı olabilir³⁷.

3. Endometriyal Kanserde Korunma ve Erken Tanı/Tarama

Endometriyal kanser dünyada kadınlarda görülen kanser türleri içinde insidansta altıncı mortalitede yedinci sırada yer alırken³, Türkiye'de kadınlarda kanserden ölüm nedenlerinde dokuzuncu sırada olmakla birlikte jinekolojik kanserler içinde mortalitede ikinci sıradadır⁴. Endometrial kanserde korunma basamakları Tablo 4'de yer almaktadır.

Tablo 4. Endometriyal Kanserde Korunma Basamakları

Basamaklar	Korunma Yolları
Birincil Korunma	Sağlıklı Yaşam Stili (sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz yapma, normal kiloyu koruma) Riskli davranışlardan uzak durma (alkol kullanmama) Oral kontraseptif kullanımını tercih etme Sigara kullanma (Diğer riskleri dikkate alınarak tercih edilmemeli)
İkincil Korunma	Endometriyal kanserde TARAMA testleri günümüzde hala tartışmalıdır Riskli grupların belirlenmesi
Üçüncül Korunma	Uygun tedavi yönetimi ve rehabilitasyon hizmeti sağlama

Endometriyal Kanserde Birincil Korunma

Endometrial kanserden koruyucu faktörler, estrogenin endometrium üzerine olan uyarısını azaltmaya yöneliktir.

- **Sağlıklı Yaşam Stili:** Endometrium kanserinde de aşırı kilo ve obezite arasında bir bağlantı saptanmıştır. Yağlı beslenme endometrial kanser riskini arttırırken, meyve-sebze ağırlıklı beslenme endometrial kanser riskini azaltmaktadır³⁸. Kanıtlar sedanter yaşamın endometriyal kanser riskini artırdığını göstermektedir. Düzenli fiziksel aktivite ve sağlıklı vücut ağırlığını koruma, sağlıklı diyetle beslenme kanser riskini azaltmaktadır²⁴.
- **Oral kontraseptif kullanma:** Kombine Oral Kontraseptif (KOK) kullanımının, endometrial proliferasyonu baskılayarak endometrial kanser riskini azalttığı belirlenmiştir. Koruyucu etki kullanma süresine bağlı olarak değişebilmektedir. KOK'u 12-23 ay kullananlarda riskin %40, 10 yıl ve üzeri kullanımlarda ise

%60 azaldığı saptanmıştır³⁹. Yapılan bir başka çalışmada ise; riskin 3 yıl ve daha fazla kullananlarda %50, 10 yıldan daha fazla kullananlarda %80 azaldığı belirlenmiştir⁴⁰.

- **Sigara Kullanma:** Sigara içme endojen estrogen seviyesini azaltmaktadır. Ayrıca menopoz yaşını da daha aşağı çekmektedir. Yapılan bir çalışmada hiç sigara içmeyenlerde endometrial kanser görülmesi relatif riski 0.8, geçmiş içicilerde ise 0.6 olarak belirlenmiştir⁴¹. Sigara kullanan obezlerde, BKİ'si yüksek olanlarda, HRT alan kadınlarda, bu riskleri taşıyan ancak sigara içmeyen kadınlara göre endometrial kanser riski daha az bulunmuştur⁴². Amerika'da yürütülen Nurses' Health Study sonuçları hiç sigara içmeyen kadınların endometrial kanser gelişme risklerinin, daha önce sigara içen ya da hala içmekte olan kadınlardan daha yüksek olduğunu göstermektedir⁴³. Ancak sigaranın genel sağlık düzeyi üzerine etkisinin unutulmaması gerekir.

Endometriyal Kanserde İkincil Korunma

- **Erken Tanı ve Tarama:** AKD Endometrial Kanseri Tarama Programı içinde; özellikle menopoz dönemindeki kadınlar olmak üzere, tüm kadınlara endometriyal kanserin belirtileri ve riskleri hakkında bilgi verilmesini, kadınlara beklenmeyen bir kanama ve lekelenme durumunda mutlaka doktora gitmelerinin söylenmesini, öyküsünde risk faktörü bulunan kadınlara yıllık biyopsi yapılmasını önermektedir¹⁹. Literatürde endometriyal kanser için tarama testleri³⁸: Endometrial Biyopsi, USG ve yüksek risk gruplarının taranmasında önerilen Kitle Taramasıdır. Özellikle tamoxifen alan grupla yapılan çalışmalarda endometrial kanser riskinin belirlenmesinde histereskopi ya da Dilatasyon&Küretaj (D&C) ile endometrium kalınlığının ölçülmesi yararlı bulunmuştur. Transvajinal USG, endometrial biyopsi kitle taraması için kullanılan diğer yöntemlerdir.
- **Risk taraması yapma:**

Hormon Replasman Tedavisi (HRT) (Tek başına Estrojen ya da Estrojen-Progesteron Replasmanı); Estrojen Replasman Tedavisi (ERT) ile ilgili yapılan çalışmalarda uzun süreli estrojen kullanımının endometrial kanser gelişmesi ile ilgili güçlü bir ilişkisi (relatif riskde 10-20 kat artış) olduğu belirlenmiştir. Postmenopozal Estrojen Progesterin Girişim Çalışmasında tek başına estrojen alanlarda endometrial hiperplazi insidansında artış saptanmıştır. WHI çalışmasında ise endometrial kanser riskinde bir artış saptanmamıştır⁴⁴.

Diyabetes Mellitus (DM): Özellikle insüline bağlı olmayan DM vakalarında endometrial kanser riskinin arttığı belirtilmektedir. Yapılan bir çalışmada obez DM'li kadınlarda endometrial kanser riskinin daha fazla olduğu belirlenmiştir⁴⁵.

Parite: Gebelikler tamamlansın ya da tamamlanmasın endometrial kansere karşı koruyucudur. Koruyucu etki gebelik sayısı ile daha artmaktadır. Nullipar kadınların endometrial kansere yatkınlıklarının iki kat daha fazla olduğu bildirilmektedir⁴⁶.

Genetik yatkınlık: Ailesinde endometrial kanser öyküsü olanlarda risk daha fazladır. Ailesinde kolon kanseri olan bireylerin de endometrial kanser açısından riskli olduğu bildirilmiştir³⁸.

Menstrüal faktörler: Erken menarş ve geç menopoz endometrial kanser riskini arttırmaktadır. Menstrüasyon yılı ile endometrial kanser riski arasında doğru orantı vardır. Ovulasyon süresinin uzun olması ya da polikistik over sendromu gibi durumlara bağlı olarak anovuluar sikluslar endometrial kanser riskini üç kat arttırmaktadır⁴⁷.

Tamoxifen Kullanımı: Meme kanserinin önlenmesi ve tedavisinde kullanılan Tamoxifen sentetik bir estrogen antagonistidir. Tamoxifen alan kadınlarda endometrial kanser gelişmesi riskinin kullanmayanlara göre 2.5 kat daha fazla olduğu saptanmıştır⁴⁸. Özellikle 50 yaş üzerindeki kadınlarda bu risk daha da artmaktadır.

Obesite: Endometrial kanserle ilişkilendirilen en önemli risk faktörü obezitedir. Postmenopozal kadınlarda bu durumun, yağ dokularındaki aromatozların androstenedion estrona dönüşümüne bağlı olduğu bildirilmektedir. Obez kadınlarda seks hormonu bağlayıcı globülinin daha az olması nedeniyle dolaşımdaki estrogen artmaktadır. Bazı çalışmalar abdominal bölge yağlanmalarının periferal yağlanmadan daha fazla riskli olduğunu bildirmektedir⁴⁹. Yüksek BKİ aynı zamanda endometrial kanserden ölüm riskini artırmaktadır. The Cancer Prevention Study II, BKİ 40 ve üzerindeki kadınların, normal BKİ'ye sahip kadınlara göre endometrial kanserden ölüm risklerinin 6.25 kat daha fazla olduğunu göstermiştir⁵⁰.

Jinekolojik Kanser Kontrolünde Hemşirenin Rolü

Hemşireler kanser kontrolünün her aşamasında önemli rolleri olan sağlık çalışanlarıdır. Kanser kontrolünde hemşirelerin rolleri şu başlıklar altında ele alınabilir⁵¹⁻⁵³:

1. Kanseri önleme, tarama ve tanılamada danışmanlık yapma (meslektaşlara, yardımcı sağlık disiplinlerine, hasta ve ailesine ve topluma)
2. Bakım verme (Hastayı ailesiyle bir bütün olarak ele alıp bakım verme ve sürdürme)
3. Sağlık eğitimi yapma (Sağlık kuruluşlarında, evde, okulda, işyerinde, sivil toplum kuruluşlarında sağlık eğitimi verme)
4. Kanser vakalarını yönetme (Ekiple işbirliği içinde liderlik)
5. Araştırma yapma (kanser bakımı ve hemşirelikle ilgili araştırma bulgularını inceleme, değerlendirme ve araştırılabilir sorunları tanımlama)
6. Hasta savunuculuğu ve kanseri önleme uygulamalarında savunuculuk yapma (kanser kontrolü ile ilgili sağlık politikaları içinde yer alma)

Hemşireler jinekolojik kanser ile ilişkili faktörleri bilerek kapsamlı bir tanılama, risk belirleme, genetik yatkınlık konularında analiz ve sentez yapabilecek bilgiye sahip olmalıdır. Bütün uygulama alanlarında kadını bireysel olarak değerlendirmeli, bireye özel danışmanlık vermeli, korunma ve tarama planı hazırlayıp uygulamalıdır. Bireyi detaylı aile bilgisi/öyküsü gerektiği konusunda uyarmalı ve risk tanılama basamaklarının her birine katmalıdır. Bunları yapabilmek için önerilen hemşirelerin kanser danışmanlığı konusunda eğitilmiş/sertifikalı olmasıdır.

Hemşireler etkili iletişim ve danışmanlık becerileri ile donanımlı olmalıdır. Kadınlara jinekolojik kanserlerden korumaya yardımcı kontraseptif yöntemler konusunda etkili danışmanlık ve eğitim hizmeti sunmalıdır. Özellikle riskli kadınlara kontraseptiflerin

gebelikten koruma dışındaki potansiyel yararları (over ve endometrium kanseri riskini azaltmada: OKS kullanılması, servikal kanseri önlemede: bariyer yöntem ya da spermid kullanılması, over kanseri riskini azaltmada tüp ligasyonu uygulanması), CYBE'lerden korunma yöntemleri, emzirmenin yararları, obeziteden ve tütün kullanımından kaçınmaları konusunda etkili danışmanlık hizmeti sunulmalıdır.

Kaynaklar

1. World Cancer Reports 2008. URL: <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr>. 28 Haziran 2013.
2. Dünya Kanser Bildirgesi 2008. URL: http://www.turkkanser.org.tr/newsfiles/145Dunya_Kanser_Bildirgesi.pdf. 28 Haziran 2013.
3. GLOBOCAN 2008. URL: <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=900>. 28 Haziran 2013.
4. Ergör G. Türkiye'de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar. Kanser Mortalitesi. Ed: Ünal B. HASUDER Türkiye Halk Sağlık Raporu. İzmir: 2012. s 286-287.
5. Cancer Prevention, Detection, and Control: A Nursing Perspective Overview: Section I. Fundamentals of Cancer Prevention, Detection, and Control. Mahon SM. URL: <http://www.ons.org/Publications/Books/Excerpts/INPU0525ovr>. 28 Haziran 2013.
6. Counseling to Prevent Gynecologic Cancers. URL: <http://www.odphp.osophs.dhhs.gov/pubs/guidecps/PDF/CH64.PDF>. 28 Haziran 2013.
7. 2008-2013 Action Plan; For the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, World Health Organization 2008, WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.
8. Giray H, Ünal B, Kanser epidemiyolojisi. Sağlık ve Toplum Dergisi. 2007; 17(3): 10-16.
9. ACS Guidelines on Nutrition and Physical Activity for Cancer Prevention, URL: <http://www.cancer.org/healthy/eathealthygetactive/acsguidelinesonnutritionphysicalactivityforcancerprevention/nupa-guidelines-toc>. 28 Haziran 2013.
10. Türkiye Kanser İnsidansları 2004-2006, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı, URL: <http://www.kanser.gov.tr/index.php/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri.html>. 28 Haziran 2013.
11. Cancer Awareness Calendar 2013, URL: <http://www.cancer.org/aboutus/whoweare/cancer-awareness-calendar>. 28 Haziran 2013.
12. Somer A. Humanpapilloma virüs aşılıarı, J Pediatr Inf. 2008; 2 (Suppl 2): 50-55.
13. CDC 2007. Quadrivalent human papillomavirus vaccine: recommendations of the Advisory Committee for Immunization Practices (ACIP). MMWR; 56(No. RR-2).
14. Food and Drug Administration. 2009. Product approval-prescribing information Gardasil [human papillomavirus quadrivalent (types 6, 11, 16, and 18) vaccine, recombinant]. URL: <http://www.fda.gov/biologicsbloodvaccines/vaccines/approvedproducts/ucm094042.htm>. 28 Haziran 2013.
15. Comprehensive Cervical Cancer Control; A Guide To Essential Practice, World Health Organization. 2006. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.
16. Peters RK, Duncan T, Donald GH, Thomas MM, Henderson BE, Risk factors for invasive cervical cancer among Latinas and non-Latinas in Los Angeles County. J Natl Cancer Inst.1986; 77:1063-1077.
17. Parazzini F, Negri E, La Vecchia C, Fedele L. Barrier methods of contraception and the risk of cervical neoplasia. Contraception. 1989; 40:519-530.
18. Slattey ML, Overall JC, Abbott TM, French TK, Robison LM, Gardner J. Sexual activity, contraception, genital infections, and cervical cancer: support for a sexually transmitted disease hypothesis. Am J Epidemiol. 1989; 130:248-258.

19. American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer. 2013. URL: <http://www.cancer.org/healthy/findcancerearly/cancerscreeningguidelines/american-cancer-society-guidelines-for-the-early-detection-of-cancer>. 28 Haziran 2013.
20. Cervical Cancer Screening in Developing Countries, Report of a WHO Consultation. 2002. WHO Publications, France.
21. Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı. URL: <http://thsk.gov.tr/tr/index.php/kanser-nedir/425-serviks-kanser-standartlari>. 28 Haziran 2013.
22. American Cancer Society Guidelines on Nutrition and Physical Activity for Cancer Prevention: Reducing the Risk of Cancer With Healthy Food Choices and Physical Activity CA Cancer J Clin. 2006; 56:254–281.
23. Fairfield KM, Hankinson SE, Rosner BA, Hunter DJ, Colditz GA, Willett WC. Risk of ovarian carcinoma and consumption of vitamins A, C, and E and specific carotenoids. Cancer. 2001; 92:2318-2325.
24. Cust AE. Physical activity and gynecologic cancer prevention. Recent Results in Cancer Research. 2011; 186:159-185.
25. Gross TP, Sehlesselman JJ. The estimated effect of oral contraceptive use on the cumulative risk of epithelial ovarian cancer. Obstet Gyneeol. 1994; 83:419-424.
26. Narod SA, Risch H, Moslehi R, Dorum A, Neuhausen S, Olsson H, et al. Oral contraceptives and the risk of hereditary ovarian cancer. N Engl J Med. 1998; 339:424-428.
27. Modan B, Hartge P, Hirsh-Yechezkel G, Chetrit A, Lubin F, Beller U, et al. Parity, oral contraceptives, and the risk of ovarian cancer among carriers and noncarriers of a BRCA1 or BRCA2 mutation. N Engl J Med. 2001; 345(4):235-240.
28. Eisen A, Rebbeck TR, Wood WC, Weber BL. Prophylactic surgery in women with a hereditary predisposition to breast and ovarian cancer. J Clin Oncology. 2000; 18(9):1980-1995.
29. Narod SA, Sun P, Ghadirian P, Lynch H, Isaacs C, Garber J, et al. Tubal ligation and risk of ovarian cancer in carriers of BRCA1 or BRCA2 mutations:A case-control study. Lancet. 2001; 357(9267):1457-1470.
30. Khurana PS, Khurana C, Hsia J. HRT for prevention of coronary heart disease: Current evidence. Curr Atheroseler Rep. 2001; 3:399-403.
31. Rodriguez C, Patel AV, Calle EE, Jacob EJ, Thun MJ. Estrogen replacement therapy and ovarian cancer mortality in a large prospectire study of US women. JAMA. 2001; 285(11):1460-1465.
32. Cherry C., Vacchiano SA. Ovarian Cancer Screening and Prevention, Seminars in Oncology Nursing, 2002; 18(3):167-173.
33. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. 1994. Gynecol Oncol. 55:4-14.
34. National Comprehensive Cancer Network practice guidelines: 1999 Genetics/familial high-risk cancer screening. Oncology 13:161-183.
35. Ries LAG, Eisner MP and Kosary CL. SEER Cancer Statistics Review: 1973-1998, National Cancer Institute. 2001. URL: http://seer.cancer.gov/csr/1973_1998/. 28 Haziran 2013.
36. Lynch HT, Smyrk TC, Watson P, Lanspa SJ, Lynch JF, Javalieri RJ et al. Genetics, natural history, tumor spectrum, and pathology of hereditary nonpolyposis colorectal cancer: An updated review. Gastroenterology. 2003; 104(5):1535-1549.
37. Boyd J, Rubin SC. Hereditary ovarian cancer: Molecular genetics and clinical implications. Gynecol Oncol. 1997; 64(2):196-206
38. Sonoda Y, Barakat RR. Screening and the prevention of gynecologic cancer: Endometrial cancer, Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. 2006; 20(2):363-377.

39. Herbst AL. OCs and genital tract malignancies. *Dialogues Contracept.* 1994; 4(3): 5–7.
40. Weiderpass E, Adami HO, Baron JA, Magnusson C, Lindgren A, Persson I. Use of oral contraceptives and endometrial cancer risk (Sweden). *Cancer Causes and Control.* 1999; 10(4): 277–284.
41. Parazzini F, La Vecchia C, Negri E, Moroni S, Chatenoud L. Smoking and risk of endometrial cancer: results from an Italian case-control study. *Gynecologic Oncology.* 1995; 56(2): 195–199.
42. Newcomer LM, Newcomb PA, Trentham-Dietz A, Storer BE. Hormonal risk factors for endometrial cancer: modification by cigarette smoking (United States). *Cancer Causes and Control.* 2001; 12(9): 829–835.
43. Viswanathan AN, Feskanich D, De Vivo I, Hunter DJ, Barbieri RL, Rosner B, et al. Smoking and the risk of endometrial cancer: results from the nurses' health study. *International Journal of Cancer.* 2005; 114(6): 996–1001.
44. Anderson GL, Judd HL, Kaunitz AM (2003) Women's health initiative investigators. Effects of estrogen plus progestin on gynecologic cancers and associated diagnostic procedures: the women's health initiative randomized trial. *The Journal of the American Medical Association.* 2003; 290(13):1739–1748
45. Shoff SM, Newcomb PA. Diabetes, body size, and risk of endometrial cancer. *American Journal of Epidemiology.* 1998; 148(3): 234–240.
46. McPherson CP, Sellers TA, Potter JD, Bostick RM, Folsom AR. Reproductive factors and risk of endometrial cancer. The Iowa Women's Health Study. *American Journal of Epidemiology* 1996; 143(12): 1195–1202.
47. Xu WH, Xiang YB, Ruan ZX, Zeng W, Cheng JR, Dai Q, et al. Menstrual and reproductive factors and endometrial cancer risk: Results from a population-based case-control study in urban Shanghai. *International Journal of Cancer* 2004; 108(4): 613–619.
48. Wickerham DL, Fisher B, Wolmark N, Bryant J, Association of tamoxifen and uterine sarcoma. *Journal of Clinical Oncology* 2002; 20(11): 2758–2760.
49. Swanson CA, et al.. Relation of endometrial cancer risk to past and contemporary body size and body fat distribution. *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention* 1993; 2:321–327.
50. Calle EE, Rodriguez C, Walker-Thurmond K & Thun MJ. Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of US adults. *The New England Journal of Medicine* 2003; 348(17): 1625–1638.
51. Macdonald D. The Oncology Nurse's Role in Cancer Risk Assessment and Counseling, *Semin Oncol Nurse.* 1997; 13(2):123-8.
52. Turkistanlı EC, Sogukpınar N, Saydam BK, Aydemir G. Cervical cancer prevention and early detection - the role of nurses and midwives. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention.* 2003; 4(1):15-21.
53. Oncology Nurse. URL: <http://www.nursesource.org/oncology.html>. 28 Haziran 2013.