

AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERİN KANSERDEN KORUNMA VE KANSERİN  
ERKEN TANISINA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİNİN  
ÖLÇÜLMESİ**

Nurhak ŞİMŞEK

124190

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

124190

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Nihal CENGİZ

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU  
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

~~T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU~~

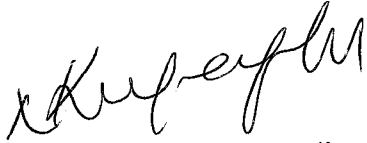
2003 – AFYON

**KABUL ve ONAY**

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği programı  
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından  
**Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunması Tarihi: 19 / 09 / 2003



Yrd. Doç. Dr. Nedime KÖŞGEROĞLU  
ÜYE

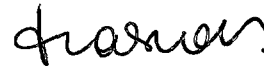


Yrd. Doç. Dr. Ender ELİDOKUZ  
ÜYE



Yrd. Doç. Dr. Nihal CENGİZ  
ÜYE

İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Nurhak Şimşek'in  
"Hemşirelerin Kanserden Korunma ve Kanser Erken Tanısına İlişkin Bilgi  
Düzeylerinin Ölçülmesi" başlıklı tezi; 22.09.2003 günü saat 15.00'de lisansüstü  
eğitim ve öğretim sınav yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek  
kabul edilmiştir.



Doç. Dr. Yüksel ARIKAN  
Enstitü Müdürü

## ÖNSÖZ

Bir hastalığın halk sağlığı yönünden önemini belirleyen en önemli öge, o hastalığın görülüş ve sebep olduğu ölümlerin sıklığıdır. Kansere; erken tanı ve korunma yöntemleri etkin bir biçimde yapıldığı takdirde korunma potansiyeli oldukça yüksek olan bir hastalıktır. Kanserden korunma ve erken tanı konularında bir sağlık çalışanı olarak hemşireye önemli görevler düştüğü düşüncesinden hareketle hemşirelerin kanser konusundaki bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla çalışma, Afyon il merkezi hastanelerinde çalışan hemşireler üzerinde planlanarak gerçekleştirildi.

Araştırma konumun seçiminde rehberliğimi üstlenen ve çalışmam boyunca desteğini gördüğüm, değerli hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Nihal CENGİZ'e, tezin istatistiksel değerlendirmesinde yardımcı olan Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Hülya ELLİDOKUZ'a, Afyon Merkez Devlet Hastanesi, Afyon Göğüs Hastalıkları Hastanesi, Afyon Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesi ve Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastane'sinde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm meslektaşlarıma ve gösterdikleri anlayış ve hoşgörüden dolayı aileme teşekkürlerimi sunarım.

Nurhak ŞİMŞEK

**İÇİNDEKİLER**

Kabul ve Onay.....	II
Önsöz.....	III
İçindekiler.....	IV
Tablolar.....	VI
<b>ÖZET.....</b>	<b>1</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>2</b>
<b>1 .GİRİŞ.....</b>	<b>3</b>
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	3
1.2. Araştırmanın Amacı.....	7
<b>2. KONUYA İLŞİKİN GENEL TEORİK BİLGİLER.....</b>	<b>8</b>
2.1. Kanserin Belirtileri.....	8
2.2. Kanser Etiolojisinde Rol Alan Risk Faktörleri.....	9
2.2.1. Cinsiyet, Medeni Durum ve Doğurganlık Yaşı.....	10
2.2.2. Genetik Yapı.....	10
2.2.3. Beslenme.....	11
2.2.4. Radyasyon.....	13
2.2.5. Sigara.....	14
2.2.6. Virüsler ve İnfeksiyonlar.....	14
2.2.7. Hormonlar.....	15
2.2.8. Mesleksel Faktörler.....	16
2.3. Kanserde Risk Faktörleri ve Erken Tanı Belirtileri.....	17
2.3.1. Cilt Kanseri.....	19
2.3.2. Baş ve Boyun Kanseri.....	20
2.3.3. Akciğer Kanseri.....	21
2.3.4. Sindirim Sistemi Kanseri.....	22
2.3.5. Meme Kanseri.....	23
2.3.6. Kadın Genital Sistem Kanseri.....	24
2.3.7. Böbrek ve Mesane Kanseri.....	27
2.3.8. Erkek Genital Sistem Kanseri.....	27

<b>3. MATERYAL VE YÖNTEM.....</b>	<b>29</b>
3.1. Araştırmanın Şekli.....	29
3.2. Araştırmanın Yapıldığı ve Özellikleri.....	29
3.3. Evren ve Örneklem.....	29
3.4. Ön Uygulama.....	29
3.5. Anket Formunun Uygulanması.....	30
3.6. Soru Kağıdının Hazırlanması.....	30
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	30
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>31</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>39</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>47</b>
6.1. Sonuç.....	47
6.2. Öneriler.....	49
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>50</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>55</b>

## TABLOLAR

<b>Tablo 1.</b> Hemşirelerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	23
<b>Tablo 2.</b> Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı.....	23
<b>Tablo 3.</b> Hemşirelerin Hizmet Yıllarına Göre Dağılımı.....	23
<b>Tablo 4.</b> Hemşirelerin Kansere İlgili Aldıkları Eğitime Göre Dağılımı.....	24
<b>Tablo 5.</b> Hemşirelerin Eğitimi Nerede Aldıklarını Gösterir Dağılım.....	24
<b>Tablo 6.</b> Hemşirelerin Aldıkları Eğitimi Uygulamaya Geçirme Durumlarına Göre Dağılım.....	24
<b>Tablo 7.</b> Hemşirelerin Aldıkları Eğitimi Uyguladıkları Kişilere Göre Dağılım.....	24
<b>Tablo 8.</b> Hemşirelerin Kansere İlgili Yayın Takibine Göre Dağılımı.....	25
<b>Tablo 9.</b> Hemşirelerin Kansere İlgili Hangi Yayınları Takip Ettiklerini Gösterir Dağılım.....	25
<b>Tablo 10.</b> Hemşirelerin Kansere İlgili Yayınları Neden Takip Etmediklerini Gösterir Dağılım.....	25
<b>Tablo 11.</b> Hemşirelerin Yakınlarından Kansere Tanısı Alanlara Göre Dağılım.....	26
<b>Tablo 12.</b> Hemşirelerin Yakınlarının Aldıkları Kansere Tanısına Göre Dağılım.....	26
<b>Tablo 13.</b> Hemşirelerin Kansere Korunma ve Erken Tanıya İlişkin Eğitim Verme Durumlarına Göre Dağılım.....	27
<b>Tablo 14.</b> Hemşirelerin Eğitimi Nerede ve Nasıl Verdiklerine Göre Dağılım.....	27
<b>Tablo 15.</b> Hemşirelerin Sigara Kullanımına Göre Dağılım.....	27
<b>Tablo 16.</b> Hemşirelerin Sigara Kullanım Süresine Göre Dağılım.....	27
<b>Tablo 17.</b> Hemşirelerin Kansere Konusundaki Bilgi Puanlarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı.....	28

<b>Tablo 18. Hemşirelerin Kanser Konusundaki Bilgi Puanlarının</b> Hemşirelik Hizmet Yılına Göre Dağılımı.....	28
<b>Tablo 19. Hemşirelerin Kanser Konusundaki Bilgi Puanlarının</b> Kanserle İlgili Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımı.....	28
<b>Tablo 20. Hemşirelerin Kanser Konusundaki Bilgi Puanlarının</b> Sigara Kullanım Durumlarına Göre Dağılımı.....	29
<b>Tablo 21. Hemşirelerin Kanser Konusundaki Bilgi Puanlarının</b> Eğitimi Aldıkları Yere Göre Dağılımı.....	29
<b>Tablo 22. Hemşirelerin Kanser Konusundaki Bilgi Puanlarının</b> Yaşa Göre Dağılımı.....	29
<b>Tablo 23. Hemşirelerin Kanser Konusundaki Bilgi Puanlarının</b> Kanserle İlgili Yayın Takibine Göre Dağılımı.....	30
<b>Tablo 24. Hemşirelerin Kanser Konusundaki Bilgi Puanlarının</b> Yakınları Kanser Tanısı Alanlara Göre Dağılımı.....	30
<b>Tablo 25. Hemşirelerin Kanser Konusundaki Bilgi Puanlarının</b> Kanserden Korunma ve Erken Tanıya İlişkin Eğitim Verme Durumlarına Göre Dağılım.....	30

## ÖZET

### **Hemşirelerin Kanserden Korunma ve Kanser Erken Tanısına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi**

Araştırma, Afyon il merkezi hastanelerinde çalışan hemşirelerin kanserden korunma ve kanserin erken tanısına ilişkin bilgi düzeylerinin saptanması amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Bu araştırma Afyon il merkezinde bulunan Afyon Merkez Devlet Hastanesi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Afyon Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesi ve Afyon Göğüs Hastalıkları Hastanesi'nde çalışan 210 hemşire üzerinde yapılmıştır. Örneklem grubunu, anket formunu doldurarak araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşireler oluşturmaktadır.

Araştırmada veri toplama aracı olarak hemşirelerin kişisel özellikleri ile kanserden korunma ve kanserin erken tanısı konularını içeren ve araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Anket formunda 16 tane tanımlayıcı ve 16 tane de bilgi sorusu yer almaktadır. Araştırmada anket sonuçlarına ilişkin elde edilen veriler, "t testi", "varyans analizi" ve "Mann Whitney U" testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

Araştırmada hemşirelerin büyük çoğunluğu kanserden korunma ve kanserin erken tanısı konularında bilgi puanı olarak 100 puan üzerinden 70 puan almışlardır.

Literatürler doğrultusunda hemşirelerin aldıkları puanlar iyi olmakla beraber yine de bu kadar önemli bir konuda hiç bilgi açığının olmaması gerekmektedir. Çalışma sonucunda kanser konusundaki hizmet içi eğitim programlarına yeterince önem verilmediği anlaşılmaktadır. Kanserden korunma ve erken tanı konularında hizmet içi eğitim programlarının artırılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca hemşirelerin bir başka nedenle hastanede yatan bireyde gözden kaçan ya da değerlendirilemeyen erken tanıya ilişkin bulguları saptayabileceği belirlenmiştir.

Araştırmada elde edilen veriler doğrultusunda öneriler geliştirilmiştir.

**Anahtar Sözcükler: Kanser, Hemşire, Erken Tanı, Korunma, Bilgi.**



## SUMMARY

### **Measurement Of Knowledge Levels Of Nurses Related With Protection From Cancer And Early Diagnosis Of Cancer**

The research was carried out as descriptive for the purpose of determination of knowledge levels of nurses, working at the hospitals of Afyon Province center, related with protection from cancer early diagnosis of cancer.

This research was made on 210 nurses, working at Afyon Central State Hospital, Afyon Kocatepe University Ahmet Necdet Sezer Application and Research Hospital, Afyon Social Insurance Institute Hospital and Afyon Chest Diseases Hospital, all located in Afyon Province center. Sampling group, consists of nurses who have completed questionnaire form and participated in the research voluntarily.

In the research questionnaire form has been used as means of data collection, which included personel characteristics of nurses together with the issues of protection from cancer and early diagnosis of cancer and which has been developed by the research assistant in the direction of literature. In the questionnaire form there are 16 descriptive and 16 knowledge questions. The data obtained related with the results of questionnaire in the research, has been evaluated by using "t test", "variance analysis", and "Mann Whitney U" tests.

In the research, a great majority of nurses, received 70 points over 100 points as knowledge point on protection from cancer and early diagnosis of cancer issues.

Although the points, received by nurses in the direction of literature were good, there should be no gap of knowledge on such an important issue any way. At the end of the research it is understood that sufficient importance has not been given to the on the job training programs on cancer issue. It is considered that on the job training programs on protection from cancer and early diagnosis of cancer should be increased. Furthermore it was indicated that nurses can determine findings related with early diagnosis that have been neglected or have not been evaluated on an hospitalized person for another reason.

Suggestion have been developed in the direction of data, obtained from the research.

**Key Words: Cancer, Nurse, Early Diagnosis, Protection, Knowledge.**

## 1. GİRİŞ

### 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Toplum açısından en önemli hastalıklar, en sık görülen, en çok sakat bırakan ve en çok öldüren hastalıklardır (1-4).

Gelişmiş ülkelerde kanserin görülme sıklığı, kalp damar hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır. Dünyada her yıl yaklaşık 6,5 milyon yeni kanser vakası çıkmaktadır (1,5-10).

Türkiye’de kanserin görülme sıklığı 1977’den sonra kalp damar hastalıklarından sonra ikinci sırayı almıştır (11).

Vücudu oluşturan hücreler bir araya gelerek dokuları, dokular bir araya gelerek organları oluşturmaktadır. Organ ve dokular oluşurken hücreler belirli bir düzen içinde, belirli iş bölümleri yaparak bir araya gelirler. Organizmanın temel birimi olan bu hücreler belirli bir hızda ve kontrol altında çoğalırlar. Öte yandan yaşlanan hücreler de belirli bir hızda yıkılmaktadır. Bu süreçteki düzensizlikler sınırsız hücre büyümesine neden olabilmekte ve böylece, organizmadaki bu kontrolsüz hücre çoğalması sonucu fizyolojik bozukluklar olarak tanımlanan tümörler oluşmaktadır. Bu hücre çoğalmalarının bazıları zararsız olurken, bazıları vücut için zararlıdır. Zararsız olanlara bening (iyi huylu) tümörler, diğerlerine ise malign (kötü huylu) tümörler denilmektedir (4-6,12,13).

Kanser, genellikle malign olarak adlandırılan sınırsız hücre büyümesi ile tanımlanan bir hücre hastalığıdır. Kanser hücrelerinin önemli bir özelliği, bu hücrelerin normal hücreler kadar güçlü bağları olmamasıdır. Buna bağlı olarak bu hücreler diğer hücrelerden ayrılır ve kan ve limbik sistem yoluyla vücudun başka bölgelerine yayılır. Bu göç olayına, yani kanserli hücrelerin vücudun diğer bölgelerine yayılması durumuna *metastaz* adı verilir (4,11,13).

Kanser, fiziksel bir hastalık olmasının yanı sıra, psiko-sosyal sorunların en fazla gözlendiği durumlardan biridir. İnsanın varoluşuna ilişkin sorunları da beraberinde getirerek psikolojik açıdan ciddi sonuçlar doğurur. Kanser sadece ölümü değil, ölüme ağrı içinde, yavaş yavaş yaklaşmayı ve hastalığın gidişine yada tedaviye bağlı organ kaybını, sakatlanmayı da çağırır. Bu nedenle tanının konulduğu andan itibaren her aşamada farklı psikolojik krizler ortaya çıkmaktadır. Hastanın benlik

saygısı azalmakta, beden imajı değişmekte, hastalığa, tedaviye ve değişen ekonomik ve sosyal koşullara uyum sorunları ortaya çıkmaktadır (13,14).

Kanser, yalnızca hastayı değil onun yakın çevresini, ailesini, arkadaşlarını da olumsuz biçimde etkilemektedir. Yapılan çalışmalar, hastalık sonucu ortaya çıkan psikolojik sorunların, doğrudan hastalığın seyrini ve yaşam süresini olumsuz olarak etkilediğini göstermektedir (13).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde beş yaşından sonra, ilk üç ölüm nedeninden biri kanserdir. Ülkemizde değişik araştırmacıların tahmini rakamları yılda 55-80 bin yeni kanser vakası arasında değişmektedir (1,3,4,11).

Kanserde en çok konuşulan ve araştırılan konulardan birisi de kanserin sebebi olmuştur. Kanserın sebebi ve oluş mekanizması tam bilinmemekle birlikte yoğun olarak yürütölen çalışmalarla son yıllarda bazı bilgiler elde edilmiştir. Kanser bulaşıcı bir hastalık değildir. İnsanlarda kanserin 1/3'ünde nedenler bilinmekte ve çoğu kanserin çıkışında çevresel faktörlerin rolü olduğu düşünölmektedir. Ancak bunun yanında genetik faktörlerinde kanser oluşumunda rol oynadığı bilinmektedir (4,17).

Kanser oluşum riskini artıran çevresel faktörleri şöyle sıralayabiliriz: Sigara içimi, yüksek hızda bakteri ve virüs enfeksiyonu, yüksek miktarda pestisit ve yapay kimyasalların alımı, aşırı alkol alımı, radyasyona maruz kalma, çok eşlilik-düzensiz yaşam, aşırı yağ ve yağlı besinlerin alımı, taze sebze ve meyvenin az alımı, posalı (lifli) besinlerin az tüketilmesi, olumsuz çalışma koşulları, tuzlanmış, tütölenmiş, dumanlanmış yiyeceklerin aşırı alımı ve uzun yaşamadır (1,4,6,15,18,19).

Sigara içimi çeşitli yönleriyle tüm dünyada önemli sorunlardan birini oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü sigaranın önlenebilir hastalık ve ölümlerin en önemli nedeni olduğunu ilan etmiştir. Sigara tüm kanser çeşitlerinin %33'ünden, akciğer kanserinin ise %90'ından sorumlu tutulmaktadır. Alkol ve kanser konusunda da birçok araştırma yapılmıştır. Bu araştırmalardan elde edilen bulgular, alkol alımıyla kanser arasında bazı bağlantılar ortaya koymuştur. Bütün alkollü içkileri çok içenlerde karaciğer kanserinin sık göröldüğü bilinmektedir (6,12,20-22).

Solunum sistemi kanserlerinin %15-20'sinden çalışma koşullarına bağlı nedenler sorumlu tutulmaktadır. Sanayileşmenin ve çağdaş teknolojinin yarattığı

koşullar, sayıları ve cinsleri her gün artan kimyasal etkenler, çevre sağlığını etkilediği gibi çalışanlar için de potansiyel bir risk oluşturmaktadır. Çalışma koşullarının neden olduğu kanserler, önlenebilir olması açısından önemlidir. Bugün tüm gelişmiş ülkelerde kanserojen olduğu belirlenmiş maddelerle çalışan işçilerin tam korunmasını sağlayacak koşulları sağlamayan işyerlerinin işletilmesine izin verilmemektedir. Bunun yanında Türkiye’de kanserojen olduğu kanıtlanmış asbestle çalışan işyerlerinin yeterli koruma önlemi almadıkları bilinmektedir (1,4,18,23,24).

Kanser, kadın ve erkekte farklı organlarda olmakla beraber, görülme sıklığı açısından aynıdır. Kadınlarda en sık rastlanan kanser türü meme kanseridir. Erkeklerde ise en sık akciğer kanseri görülmektedir. Ancak kadınlarda da sigara içme alışkanlığının artmasına bağlı olarak akciğer kanseri görülme sıklığı artmaktadır. Akciğer kanseri, her iki cinste de en çok ölüme neden olan kanserlerin başında gelmektedir (1,18).

Türkiye’de kanser, 1981 yılından itibaren bildirim zorunlu hastalıklar listesine alınmıştır. Buna rağmen bildirilen vaka sayısı beklenenin altında olmuştur. Bildirim yetersizliğinin bir kısmının, Türkiye’de kayıt sisteminin yetersizliğinden kaynaklandığı düşünülse de büyük bir kesime hasta olduğu halde ulaşılmamaktadır. Ulaşılmayan bu kişiler belki tanı alma fırsatı bile bulamadan hayatlarını kaybetmektedir (1,4,7,23).

Avrupa ülkelerinde kanserden korunabilirlik bazı kanser türleri için hesaplanmıştır. Bu hesaplama göre, akciğer, meme, endometrium, larenks, mesane, over ve prostat kanserleri için ortalama %80 korunma potansiyeli olduğu belirlenmiştir. Yapılan araştırmalar, kanserin etiolojisinin tam olarak bilinmemesine rağmen bugüne kadar bilinen faktörlerden korunulduğu takdirde kanser insidansının düşebileceğini göstermiştir (5).

Kanserden korunma ve erken tanının önemini arttıran bir diğer konuda kanser tedavisinin pahalılığıdır. Ayrıca aile içi bu ekonomik kayıpların sosyal ve psikolojik boyutları da göz önüne alınmalıdır. Ailede bir bireyin hastalanması, eğer o birey ailenin gelirini sağlayan kişi ise insanın yaşamı için gerekli olan sağlıklı beslenme, iyi bir konutta oturma, iyi eğitim alma gibi temel gereksinimlerini karşılayamayacaktır. Bunların yanı sıra hastaya bakım veren kişinin sosyal izolasyon

yaşaması, pahalı ve uzun süren bir tedaviye rağmen iyileşememe anksiyete ortamının doğmasına neden olacaktır (1,25).

Kanser, tedavi edilebilen kronik bir hastalıktır. Taramalarla erken dönemde belirlenen bazı kanser türlerinin kesin tedavi şansı olduğu da bilinmektedir. Örneğin, dünyada kadınlarda görülme sıklığı birinci sırada yer alan meme kanserinde, lenf bezlerine metastaz yapmamış ele gelmeyen kitlesi olan bir kadının tedavi şansı %90-100 iken, aksillar lenf bezlerine metastaz sonrası bu %50'ye kadar düşmektedir (15,26).

Serviks kanseri en sık görülen üçüncü jinekolojik kanserdir. Serviks kanserinden ölümlerin azalmasında yalnız pap-test ile %70 başarı sağlanabilmektedir. Böylece bireyler, daha kolay ve ucuz bir hizmetle ve daha az zaman harcayarak sağlığına kavuşabilmektedir (18,27-29).

Kanserin erken tanısında hemşireler etkin rol almalıdırlar. ABD'de yapılan bir çalışmada hemşireler, fizik muayene konusunda eğitilmişler ve kanser hastanesinin polikliniğinde deneyim kazandırılmışlardır. Daha sonra muayene ettikleri hastalara koydukları tanılarda %97 oranında başarı sağlamışlardır (1,15). Hemşireler erken tanı konusunda eğitim yaparak, kendi kendine muayeneleri öğreterek, kişinin kendi sağlığına sahip çıkmasını sağlayarak etkili olabilirler.

Günümüzde hemşirenin rollerindeki değişime bağlı beklentiler iyi sağlık eğitimi almanın yanında taramalarla erken tanısı konabilen ve tedavi şansı olan meme, serviks, cilt ve kolon-rektum kanserlerinde, iyi bir öykü ve fizik muayene ile kanserin erken tanısında daha etkin bir rol almasıdır (1,30-32).

Hemşirelerin, kanserden korunma ve erken tanı konusunda bilgi düzeylerinin bilinmesi, hemşirenin eğitim ihtiyacının belirlenmesi, mevcut durumun değerlendirilmesi ve verilecek hizmet içi eğitim içeriğinin sınırlarının belirlenmesine katkısı olacağı düşünülmektedir.

## **1. 2. Araştırmanın Amacı**

Kanser riski altında olan kişilerin saptanmasında kanser taramalarının yapılması ve erken tanıda hemşirenin önemli rolü olduğu düşünölmektedir. Hastanede bir başka nedenle yatan kişi aynı zamanda kanser riski altında da olabilir. Risk faktörlerinin belirlenmesi ve erken tanı her ne kadar koruyucu hizmetlerde çalışan hemşirenin rolü gibi görölmekte ise de klinikte çalışan hemşirenin de bu konuda önemli rolü olduğu düşünölmektedir.

Bu görüşten hareketle bu araştırma klinikte çalışan hemşirelerin kanserden korunma ve kanserin erken tanısına ilişkin bilgi düzeylerinin ölçölmesi amacıyla yapılmıştır.



## 2. KONUYA İLİŞKİN GENEL TEORİK BİLGİLER

### 2.1. Kanserin Belirtileri

Kanserin belirtileri çok çeşitlidir. Öncelikle hastalığın bulunduğu organa ve vücuttaki yayılım derecesine göre değişiklikler gösterir. Örneğin kalın barsak kanserlerinde dışkılama alışkanlıklarında değişiklikler olup kabızlık, ağrı, kanama gibi belirtiler çıkarken, idrar yolları kanserlerinde idrar yapmada güçlük, ağrı, idrardan kan gelmesi, akciğer kanserinde göğüs ağrısı, kanlı balgam, öksürük gibi belirtiler olabilir. Ayrıca aynı hastalık kişiden kişiye değişiklikler de gösterebilir. Kimi zaman da hastanın hiç yakınması yok iken kontrol muayenelerinde tesadüfen bulunur. Aslında her bireyin periyodik olarak kontrol muayenelerini yaptırması gereklidir (3,4,12).

1. Vücudun herhangi bir yerinde şişlik: Vücudun herhangi bir bölgesinde ortaya çıkan şişlikler kişileri uyarmalıdır. Bunlar memede şişlik, boyunda, koltuk altında, kasıklarda bezelerde şişlik, karında ele gelen şişlikler olabilir. Böyle bir şişliğin varlığı mutlaka kanser anlamına gelmez, iltihabi hastalıklar ve diğer bazı hastalıklarda da benzer şişlikler olabilir. Ancak şüphelenilip de erkenden kanser tanısı konabilirse tedavi iyileşme şansı yüksek olacaktır. Örneğin meme kanseri vakalarında büyük bir kısmı memede ağrısız şişlik yakınması ile doktora başvururlar. Erken tanı ile iyileşme şansı çok yüksektir.

2. İyileşmeyen veya iyileşmesi geciken yara: Özellikle deride, dudakta, ağız ve makat bölgesinde olmak üzere vücudun herhangi bir bölgesinde iyileşmeyen yaralar kanser yönünden kişiyi uyarmalıdır.

3. Ben ve siğillerdeki değişiklikler: İnsanlarda çok yaygın olarak rastlanan ben ve siğillerin çoğu zararsızdır. Ancak bunlarda ortaya çıkabilecek olan hızlı büyüme, renk değişiklikleri, üzerinde yaraların açılması gibi değişikliklerde mutlaka bir hekime danışılmalıdır.

4. Olağan dışı kanama: Değişik bölgelerde olan kanamalar kanser açısından uyarıcı olmalıdır. Yıllardan beri sigara içen bir bireyin balgamında kan görülmesi başka bir nedene bağlı olabileceği gibi akciğer kanserine de bağlı olabilir. Kalın barsak kanserlerinde en erken ve başta gelen belirtilerden birisi dışkıda kan olmasıdır. Aynı şekilde idrar yolları kanserlerinde de idrarda kanama görülür.

Adetten kesileli yıllar olmuş bir kadında tekrar kanamaların başlaması da kanser açısından uyarıcı olmalıdır.

5. Yutma güçlüğü: Yemek borusu kanserlerinde sık rastlanan bir belirtidir.

6. Sürekli öksürük ve ses kısıklığı: Ses kısıklığı larenks kanserinin erken bir belirtisi olabilir. Özellikle uzun süreden beri sigara içen bireylerde daha da uyarıcı olmalıdır. Larenks kanserinde erken tanı ile tedavi şansı da yüksek olacağından uyanık olunmalıdır.

7. İdrar ve dışkılama alışkanlıklarında değişiklik: Kalın barsak kanserinde hastalar bazen kabız, bazen ishal bazen de hem kabız hem ishal olmaktan yakınır. Birlikte ağrı ve kanama varlığı da kalın barsak kanserini akla getirmelidir. İdrar yolları kanserinde ise idrar güçlükleri ortaya çıkabilir.

Şüphesiz bu belirtiler her zaman kanser demek değildir. Ancak erken teşhis ve tedavi adına mutlaka kanser olasılığı da göz önünde bulundurulmalıdır (4,5,15,18).

## **2.2. Kanser Etiolojisinde Rol Alan Risk Faktörleri**

Kanser hastalığının etiolojisi tam olarak bilinmemektedir. Ancak araştırmalarla belirlenmiş olan faktörlerin bilinmesinin korunmada önemli rolü olduğu bilinmektedir. Bir çok insan kendisindeki kanser risklerinin farkında değildir. Kanser risklerinin farkında olan insanlar sağlıklarını korumaya yönelik yardımları daha rahat alabilirler. Sağlık personelinin ve hemşirelerin risk faktörleri hakkında bireylere öneride bulunup, eğitim yapabilmeleri ise kanser riskini değerlendirme bilgilerine bağlıdır (1,3,18).

Hemşireler; bireyin geçmişini, şu anki durumunu, ailesel hikayesini ve kişisel alışkanlıklarının özelliklerini analiz ederek risk faktörlerini belirleyebilirler. Fizik muayene ile de semptom ve lezyonları saptayarak erken dönemde kanser tanımlanabilir.

Kanser oluşumunda çok çeşitli faktörler rol almaktadır. Kanserojen etkenlerle DNA (Deoksiribonükleid Asit)'daki baz sıralanışında meydana gelen değişiklikler sonucu çekirdekdeki genetik sistemin bir bölümünün mutasyona uğraması ile kanser ortaya çıkmaktadır. Deneysel araştırmalar kişilerin çevredeki belirli maddelerle



karşılaşmaları ile kansere yakalanma arasında bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (3,11).

### **2.2.1. Yaş, Cinsiyet, Medeni Durum ve Doğurganlık Yaşı**

Serviks uteri kanserlerine, bakirelerde evli kadınlardan; geç evlenen kadınlarda, erken evlenenlerden; tek eşli cinsel yaşamı olanlarda, çok eşli cinsel hayat yaşayanlardan daha az rastlanmaktadır. Gebelik sayısı fazla olanlarda serviks uteri kanseri görülme oranı da artmaktadır (5).

Meme kanseri de geç evlenmiş, geç doğum yapmış kadınlarda daha sık görülmektedir. İlk doğum yaşının yükselmesiyle, meme kanseri riskinin arttığı görülmüştür. İlk adetini 12 yaşından önce gören kadınlarda daha sonra meme kanseri olasılığı, 13 yaşından sonra adet gören kadınlarinkine göre iki kat daha fazladır (3,15).

Erkeklerde penis kanseri görülme sıklığı, doğumun sekizinci gününde sünnet edilen çocuklarda ve iki yaşından önce sünnet ettirme geleneği olan toplumlarda oldukça düşüktür. Sünnetin ne şekilde koruduğu bilinmemekle beraber, smegmanın ortadan kaldırılışı ve hijyen sağlamanın daha iyi oluşunun etkili olduğu düşünülmektedir (3,5).

Prostat kanserinin insidansı yaşla birlikte artmakta, evli ve 50 yaş üzerindeki erkeklerde daha sık görülmektedir (3).

Yaş, kanser riskini arttıran bir etkidir. Özellikle 65 yaşın üzerinde, bütün kanser türlerinde artış olduğu bildirilmiştir. Kadınlarda menopoz sonrası dönemde ürogenital sistem kanserlerinde artış olmaktadır (1,18,27).

### **2.2.2. Genetik Yapı**

Kanserin kalıtsal olup olmadığına ilişkin kesin bir kanıt yoktur. Kanseri dört yada beş kişiden birinde görüldüğü için hemen hemen her ailede etkilenmiş birinci yada ikinci dereceden bir akraba vardır. Bazı ailelerde kansere eğilim olması kalıtsal gibi görünmektedir (12).

Bir çok durumda kalıtım ve çevre faktörünün birlikte rol aldığı düşünülmektedir. Kalıtsal olmayan kromozom anomalileri de bazı kanserlerin riskini artırmaktadır. Hatalı genleri taşıyanların %80-90'ında kanserin olduğu çeşitli kalıtsal tipte neoplastik hastalıklar vardır. Kalıtsal neoplastik hastalıklara, otozomal dominant geçiş gösteren Wilms tümörü, bilateral retinoblastoma, meme tümörleri, derinin malign melanomu, multipl endokrin neoplazi sendromu ve ailevi polipozis vakalarında görülen kanserler örnek gösterilmiştir (3,5,12,15,).

Kan grubu A olanlarda da mide kanseri riski %10 daha fazladır (3,5).

### 2.2.3. Beslenme

Kanser alanında yapılan epidemiolojik çalışmalar vakaların yaklaşık %50'sinin diyetle ilişkili olduğunu göstermiştir. Beslenme, kanser gelişiminde bazen kolaylaştırıcı ve çabuklaştırıcı yada geciktirici olarak etkili olabilir (3,33).

Günlük yağ alımının artmasıyla kanser sıklığının arttığını gösteren pek çok güvenilir istatistikler yayınlanmaktadır. Bu artış en belirgin olarak meme kanserlerinde görülmekte, bunu prostat, kolon kanseri ve lösemi izlemektedir. Deri kanserinin gelişiminde fazla yağlı diyet uyarıcıdır. Yağ tüketim düzeyi ile hipofiz tümörleri, akciğer adenosarkomları ve intrakranial tümör insidansı arasında ilişki olduğu belirtilmektedir. Yapılan araştırmalar, şişmanların aynı yaş ve cinsteki zayıflara oranla, daha fazla kansere yakalandığını göstermiştir. Şişmanlık erkeklerde kolon, rektum ve prostat kanserlerinden, kadınlarda safra kesesi, safra yolları, meme (postmenopozal), serviks, endometrium ve over kanserlerinden ölüm oranlarını arttırmaktadır (3,6,19).

Gıda maddelerinde kanserojen maddeler üç şekilde bulunurlar;

- a) Gıda maddelerinin yapısında normal olarak,
- b) Hatalı pişirme ve gıdaların hazırlanması sırasında,
- c) Gıda maddelerine tatlandırıcı veya koruyucu olarak katıldıklarında (4).

Besinlerin direkt olarak kömür ateşine tutularak pişirilmesi, kömürde bulunan kanserojen maddelerin besine yapışmasına neden olmakta yada besinin yanmasıyla kanserojen madde oluşmaktadır (1,3,4,6,19).

Posalı besinler dışkı miktarını arttırıp, barsak hareketlerini hızlandırdıkları için zararlı maddelerin barsak epiteli ile temasını azaltmak yanı sıra, toksik maddeleri bağlayarak etki ederler. C, E ve A vitaminlerinin kanser oluşumunu önleyen özellik taşıdıkları gösterilmiştir. A vitamini yetersizliği gastrik mukoza, solunum sistemi, mesane ve kolon kanseri gelişimini arttırmaktadır. E vitamini (alfa-tokoferol) bilinen en güçlü antioksidandır. E ve C vitamini nitrosaminlerin oluşmasını önleyerek mide kanserinden korunmada yararlıdır. Nitroso bileşikleri karaciğer, mide, duodenum kanserlerinin oluşmasında da etkilidir. C vitaminin A vitamini ile tüketilmesi ise özefagus kanserlerinden korumaktadır. Kalsiyum safra asitlerini azaltıcı özellik taşımaktadır. Süt ve süt ürünleri ile beslenmek yararlıdır. Ayrıca kalsiyumun meme kanserine karşı koruyucu rol aldığı bildirilmiştir (1,4,19).

Besinlere eklenen nitritler, nitromisin, baharat, renklendirme maddeleri ve tuz gibi katkı maddelerinin oral nasofarengeal ve mide kanserlerine neden olduğu saptanmıştır. Ayrıca sıcak ve nemli bölgelerde ve uygun koşullarda saklanmayan tahıllarda nem etkisi ile *Aspergillus flavus* mantarı gelişerek karaciğer kanserine neden olan aflatoksin meydana getirir. Bu nedenle depolanan ürünlerin dağıtım ve kullanımından önce kontrol edilmeleri gereklidir. Bu mantar siyah renkte küf oluşturmaktadır (1,3,4,19,35).

Diyet posasının yetersizliği yada yokluğu özellikle kolon kanseri riskini arttırmaktadır. Yemekleri kızartma, yakma yada tütsüleme yöntemiyle pişirmek kimyasal bileşiklerin oluşmasına neden olmakta ve bunlar da organizmada mutajenik etki yapabilmektedir (4,33).

Kanser oluşumunu en aza indirebilmek için beslenme şekli özetlenmek gerekirse:

1. Yağlar günlük kalori ihtiyacının %30'undan azını oluşturmalı,
2. Günde 320-330 gram lif alınmalı,
3. Günlük yiyecekler içinde çeşitli sebze ve meyveler bulunmalı,
4. Aşırı şişmanlıktan kaçınılmalı,
5. Alkollü içkiler alınmamalı,
6. Salamura, turşu, isle hazırlanmış yiyeceklerden kaçınılmalıdır (4).

#### 2.2.4. Radyasyon

Güneş ışınları, X ışınları, nükleer parçalanma ürünleri gibi kaynağı ne olursa olsun radyasyon kanıtlanmış bir kanserojendir .

Canlılar radyasyonlu bir ortamda var olup evrimleşmişlerdir. Ultraviyole ışınlar da radyasyon kaynağıdır. Doğal radyasyona ek olarak iyonizan radyasyonun tanı ve tedavi amacıyla kullanıma girmesi, enerji kaynağı olarak nükleer santrallerin yaygınlaşması ve nükleer silahların denenme ve kullanımının artması sonucu uzun ve kısa vadede radyasyonun etkilerinin gündeme gelmiş olması kaçınılmaz olmuştur. Uzun vadede etkiler kanser oluşumu ve mutasyondur. Mutasyon kromozomlara etki ile oluşan ve nesilden nesile aktarılan çoğunlukla zararlı ve istenmeyen değişiklikleri kapsar. Radyasyonun kansere yol açtığı artık kesinlikle bilinmektedir ve tüm kanserlerin %2'sini oluşturmaktadır. Bunların %0,5'i radyasyonun tıbbi işlemlerde kullanımını sonucu ortaya çıkmaktadır.

Korunmaları gerektiğini bilmeyen ilk radyologların çoğu deri kanseri olmuşlardır. İyonize radyasyona maruz kalanlarda en sık görülen hastalık lösemidir. Radyasyonun epitelyal tümörleri de arttırdığı gerek Japonya'da atom bombasından etkilenenlerde gerek ankilozan sipondilit tanısı ile radyoterapi alan hastaların uzun süreli takibinde gösterilmiştir. Lösemi sıklığı atom bombası atılmasından sonraki 6-8 yılda en yüksek orana ulaşır. Meme ve akciğer kanseri için bu süre 12-18 yıldır.

Değişik organların radyasyona bağlı kanser oluşturma duyarlılıkları farklıdır.

1. En duyarlı dokular; kemik iliği ve tiroid,
2. Orta derecede duyarlı dokular; meme, akciğer ve tükrük bezi,
3. En az duyarlı dokular; kemik, deri, mide ve diğerleridir.

İyonizan radyasyon, doğal ve insan kaynaklı olabilir. Başlıca kaynaklar şunlardır:

1. Mesleki kaynaklar: Radyologlar, uranyum madeni işçileri,
2. Tedavi sırasında: Kanser tedavisi,
3. Kaza sonucu: Nükleer santral kazaları,
4. Tanısal amaçlar: Radyoaktif maddelerle sintigrafi, direkt grafiler,
5. Atom bombası.

Solar radyasyonun da kanserojen olduğu bilinmektedir. Çok fazla güneşe maruz kalan denizci ve çiftçilerde cilt kanserine sık rastlanmaktadır (1,3,4,11).

### 2.2.5. Sigara

Sigara içilmesiyle, bilinen 2000 kimyasal madde bu yolla alınmaktadır. Tütünün yanmasıyla ortaya çıkan en önemli dört toksik madde; nikotin, katran, karbonmonoksit ve iritanlardır. Tütün dumanındaki toksik maddelerin bazıları en çok ağız içinde ve solunum yollarında etkileşim gösterir. Diğerleri ise ağızdan yada akciğerlerden kana emilerek vücuttaki tüm hücreleri etkilemektedir (3).

Sigaranın zararları çok sayıda araştırma ile kesin olarak kanıtlanmıştır. Elbetteki sigara içmeyenlerde de aynı hastalıklar görülebilmektedir. Ancak başta akciğer kanseri olmak üzere, larenks, ağız boşluğu, yemek borusu, yutak, mesane ve pankreas kanserleri sigara içenlerde içmeyenlere göre daha sık görülmektedir.

Sigara içenlerde içmeyenlere göre ölüm riski akciğer kanserinde 10,8; bronşit ve amfizemde 6,1; larenks kanserinde 5,4; ağız kanserinde 4,1; yemek borusu kanserinde 3,4; mesane kanserinde 1,9; koroner arter hastalıklarında 1,7; böbrek kanserinde 1,5; diğer kanserlerde ise 1,4 kat fazla bulunmuştur. Sigara miktarı arttıkça içilme süresi uzadıkça kanser riski daha da artmaktadır. Sigara ve puro içenlerde ağız ve dudak kanseri içmeyenlere göre 3-4 kat daha fazla görülmektedir. Yine tütün çiğnemek ağız boşluğu kanserlerini arttırmaktadır. Sigara kanser yanında kalp hastalıklarına, solunum sistemi hastalıklarına da yol açmaktadır (4,43).

### 2.2.6. Virüsler ve İnfeksiyonlar

Viral onkojenlerin deneysel çalışmalarda kansere yol açabileceği gösterilmiştir. Bazı virüslerin insanda kanser oluşturduğuna ilişkin bulgular varsa da kesin olarak kanıtlanmış değildir. Onkojenik virüsler DNA ve RNA olmak üzere iki sınıfa ayrılır. Hücre içine giren virüsler genetik şifreyi değiştirerek kanser hücrelerini meydana getirmektedir. Bazı virüslerin kesin yaptığı kanıtlanmamış olmakla birlikte Hepatit B virüsünün karaciğer kanserinin oluşumunu artırdığı, AIDS'e neden olan HTLV-3 (Human T- Lymphotropic virüs type 3) virüsünün kaposi sarkomu ve lenfomaya neden olduğuna ilişkin önemli bulgular vardır. Epstein-Barr virüsü ile Burkitts lenfoma ve nazofarenks kanseri arasında ilişki olduğu düşünülmektedir (3,11,12,18).

Granulama inguinale, Iypmhogranuculoma venerum, sifilizin vulva ve serviks kanseri ile ilişkisi olduğu bildirilmiştir (27).

Kronik infeksiyon hastalıklarının kanser gelişimine etkisi olduğu düşünülmektedir. Tüberküloz, tekrarlayan bronşit ve pnömoninin akciğer kanserinde etkin olduğu söylenebilir. Atrofik gastrik, gastik ülser, mide kanserlerinin, ayrıca barsakların Crohn hastalığı ve ülseratif kolit kolon kanserlerinin etiolojisinde yer almaktadır. Bunların yanı sıra prostat infeksiyonu, prostat kanserlerinin, serviksin kronik infeksiyonu ise serviks kanserlerinin insidansını artırmaktadır (3,5).

Paraziter hastalıklarla kanser arasında en iyi bilinen ilişki “schistosomiasis” ile mesane kanseri ve “opistorchiasis” ile safra yolları kanseri arasındaki ilişkidir (5).

### **2.2.7. Hormonlar**

Hormonların kanserojen etkilerine ilişkin yapılan araştırmalarda, hormon sekresyonu ile tümörün oluşması ve büyümesi arasında ilişkinin olduğu konusunda görüşler vardır. Fakat bu konuda güçlü veriler yoktur. Örneğin, uzun yıllardır kullanılan anti-tiroit ilaçların kanserojenik etkileri kanıtlanamamıştır. Diğer taraftan progesteronsuz östrojen tedavisinin endometrium kanseri riskini arttırdığına ilişkin görüşler vardır (5,15).

ABD’de vaka-kontrol tipi bir araştırmada, oral kontraseptif kullanan kadınlarda over ve endometrial kanser gelişme riski, hiç oral kontraseptif kullanmamış kadınlara göre yarı yarıya fazla olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada kontraseptif kullanımının kadınlarda meme kanseri riskini de arttırmadığı ileri sürülmüştür (3).

1940-1960’lı yıllarda diethylstilbestrol (DES) düşük tehditlerinde kullanılıyordu. Bu ilacı kullanan gebeler ve doğan kız çocuklarında vajinal kanser riskinin arttığı gözlenmiştir. Bu annelerin doğurduğu erkek çocuklarında da infertilite ve testis anomalilerinin görülme sıklığı artmıştır (3).

### 2.2.8. Mesleksel Faktörler

Sanayileşmenin ve çağdaş teknolojinin yarattığı koşullar, sayıları ve cinsleri her gün artan kimyasal etkenler, çevre sağlığını etkilediği gibi çalışanlar içinde potansiyel bir risk oluşturmaktadır. Kansere olasılığı da bu risklerin en önemlilerinden birisi olup bugüne kadar insanlarda kansere neden olarak (karsinojenik) tanımlanan maddelerin büyük çoğunluğu çalışma çevresinde bulunmaktadır. Endüstrileşmiş ülkelerde endüstriyel prosesler ve kimyasallar konusunda sağlanan bilgi birikimi sayesinde, işyerlerinde oluşan maruziyetlerin kansere neden olabileceği gerçeği 200 yıldan fazla bir zamandan beri bilinmektedir. Kansere araştırmalarında birçok tıbbi, teknik, ekonomik, sosyal özelliklerin kapsamı ve kanserden korunma konusunda yararlı önlemlerin alınmasındaki etkinliğinden dolayı, mesleksel kanserler öncelik verilmesi gereken alanlardan birisidir.

Birçok epidemiyolojist tarafından, tüm kanserlerin %10 kadarının meslek dolayısıyla olabileceği belirtilmektedir (23).

Endüstriye her yıl binlerce yeni kimyasal madde girmekte olup bunların da çoğu kanserojen niteliktedir. Çeşitli araştırmalarda bugüne dek insanda kansere nedeni olarak tanımlanan etkenlerin sayısı otuz civarındadır. Bunlar arasında aromatik aminler, arsenik, asbest gibi kimyasal etkenler sayılabilir (23,24).

Tablo 1. İnsanlarda kansere neden olan kimyasal etkenler (3).

Etken	Organ	Meslek
Aromatik aminler	Mesane	Boyacılık, lastik sanayi
Arsenik	Deri, akciğer	Madencilik, pestisid ürt.
Asbest	Akciğer, plevra	Asbest madeni, asbest tekstili, izolasyon işçisi
Benzen	Lösemi	Boya, lastik, ayakkabıcı
Klorometil eter	Akciğer	Reçine imali
Kadmiyum, klor	Prostat, akciğer	Krom mad., kaplamacılık
İyonizan radyasyon	Lösemi	Madencilik, radyoloji
İzopropil alkol	Sintüs	İlaç endüstrisi
Madeni yağlar(benzpiren)	Deri	Makine bakımı
Mustard gazı, nikel	Larenks	Gaz üretimi
Polisiklik hidrokarbon (katran, benzipiren)	Akciğer	Çatı kaplamacısı
Vinil klorür	Karaciğer, anjiosarkom	PVC üretimi
Ultraviyole	Deri	Çiftçi, denizci

### 2. 3. Kanserde Risk Faktörleri ve Erken Tanı Belirtileri

Kanser oluşmasında bireyin genetik yapısının rolü olduğu biliniyorsa da tüm kanserlerin %70-80'inde sebebin çevresel faktörler olduğu tahmin edilmektedir. Kanser oluşumunda kanserleşmeyi başlatıcı ve devam ettirici faktörler bilinmektedir. Bu açıdan, bilinen kanser yapıcı maddelere karşı alınan tedbirler yararlı olabilir. Tüm kanserlerin gelişmesinde %70-80 oranında çevresel faktörlerin rolü olduğu kabul edilirse, bu faktörlerle temasın önlenmesi ile kanser sıklığında bir azalma beklenebilir. Bu şekilde kanser yapıcı etkileri bilinen maddelerden korunmayı hedefleyen çalışmalara "birincil korunma" denilmektedir. Diğer bir yöntem ise kanserin erken tanısına yönelik çalışmalarla, çok erken dönemde kanser tanısı koyarak erken ve etkin tedavi yollarının uygulanmasıdır. Bu da "ikincil korunma" olarak isimlendirilmektedir (4-6,36).



### **Birincil korunma**

1) Tütün ve tütün ürünleri: Tüm kanser ölümlerinin % 30-40 kadarı sigara ile ilgili olduğuna göre sigara içilmesinin önlenmesi, tüm kanserlerin tedavisine yönelik çalışmalardan daha çok yarar sağlayacaktır.

2) Alkol: Uzun süre fazla miktarda alkol alanlarda ağız, yemek borusu, karaciğer kanserleri daha sık görülmektedir. Fazla alkol alınması tüm kanser ölümlerinin %5'inden sorumlu tutulmaktadır. Özellikle sigara ile beraber kullanıldığında bu etki çok daha belirgin olmaktadır. Bu nedenle alkol kullanımının engellenmesi yada azaltılması kanser sıklığını azaltacaktır.

3) Güneş ışığı: Açık havada çalışan, açık renk derili insanlarda daha belirgin olmak üzere aşırı derecede güneş ışığına maruz kalanlarda deri kanserleri daha sık görülmektedir. Bu nedenle aşırı güneş ışığından kaçınmak, böyle insanların periyodik kontrollerini yapmak deri kanserlerinin önlenmesi açısından yararlı olacaktır.

4) Mesleki temas: Mesleki nedeni ile kanser yapıcı maddelere maruz kalan kişilerde kanserden korunmak için böyle işyerlerinde hangi maddelerin yasaklanacağını bilmesi, korunmaya yönelik önlemlerin alınması, eğitsel ve hukuksal düzenlemeler yapılması gereklidir. Bu işyerlerinde çalışan kişilerin periyodik olarak kontrolleri de yararlı olacaktır. Kanser ölümlerinin %4 kadarını mesleki faktörlerle olduğu tahmin edilmektedir. En iyi bilinenleri katran, asbest, vinil klorür ve boya sanayiinde kullanılan bazı maddelerdir. Mesleki nedeni ile radyasyona maruz kalan röntgen doktorları, radyoterapistler, nükleer tıp uzmanları gibi kişiler de aldıkları radyasyon dozunu sık sık kontrol ettirmeleri gerekir.

5) Beslenme: Kanserden korunmada şişmanlığın önlenmesi, yağ alımının azaltılması, meyve ve sebze gibi posalı ve lifli besinlerin yenilmesi, A ve C vitaminlerinden zengin gıdaların alınması, tuzlu, nitritli ve salamura yiyeceklerin azaltılması tavsiye edilmektedir.

### **İkincil korunma**

Herhangi bir şikayeti olmayan insanlarda kanserin belirtileri olmadığı halde bazı testler yapılarak belirtilerin çıkmasından 2 yıl kadar daha erken kanser tanısı koymak mümkün olmaktadır. Son yıllarda kitle taramaları ve erken tanı yöntemlerinde önemli gelişmeler olmuştur. Meme kanserinde kadınların kendi

memelerini periyodik olarak kontrolleri, mamografi denilen radyolojik metotla kontrol edilmeleri, kadınlarda rahim kanserinde rahim ağzından alınan sürüntü örneklerinin incelenmesi ile rahim kanserlerinin erken tanısı mümkün olmakta, erken tanı arttıkça tedavi şansı da artmaktadır. Muayene ve mamografi yöntemleri ile meme kanserine bağlı ölümler %30 kadar azaltılabilmektedir (1,4,15,28,38-40).

Kanserin sebebinin çok iyi anlaşılmadığı bir gerçektir. Bu nedenle özellikle sebebe ilişkin hiçbir faktörün bilinmediği durumlarda sebepten korunma olmayacağından erken tanı daha da önem kazanmakta, “Erken tanı hayat kurtarır” sloganları yaygın olarak kullanılmaktadır (4).

Her iki cins erişkinde sistemlere ilişkin kanser risk faktörlerinin, erken tanı belirtilerinin bilinmesi, kanser riski altında olan bireylerin saptanmasında ve hastaların yönlendirilmesinde önemlidir.

### **2.3.1. Cilt Kanseri**

Cilt kanseri genellikle nonmelanoma ve melanoma diye sınıflandırılmaktadır. Nonmelanoma (basal cell squamous) %90-95 tedavi edilebilmekte ve güneş ışınlarına maruz kalan yüz, boyun, kol ve ellerde daha sık görülmektedir. Beyaz ırkta deri kanseri siyah ırktan 70 kat fazla görülür ve 40 yaş üzerinde daha sık görülmektedir (1,3,4,15).

Melanoma vücudun herhangi bir yerinde oluşabilir. Sosyo-ekonomik düzeyi yüksek gruplarda ve 30-60 yaşlarında daha sık görülür (5,15,41).

Cilt kanseri ailesel, kişisel öykü, yaşam stili ve coğrafik faktörlerle ilişkilidir. Cilt kanseri risk faktörlerinin arasında ultraviyole ışınları ve radyasyon gelmektedir. Çilli ve açık tenli insanlar, denizci, çiftçi gibi sürekli güneşe maruz kalanlar yüksek risk altındadır. Cilt kanseri görülmesi yaş ile paralel bir şekilde artar (3,5,42).

Cilt kanserinin ancak küçük bir bölümü güneş ışını dışındaki nedenlerle olabilir. Bunlar arasında iyonize edici ışınlar, kömür, katran türevleri, arsenik bileşikler, petrol ürünleri, bitki-böcek ilaçlarına maruz kalanlar ve yol yapımında görev alanlar risk altındadır (5,15).

Cilt kanserinde şüpheli lezyonlar ve belirtiler şöyle sıralanabilir;

- Arada sırada kanayan, iyileşmeyen ülserler,

- Güneşe bağlı keratozun kanaması, ülserleşmesi, asimetrik sertleşmesi,
- Ciltte olan pigmentasyon artışı,
- Benlerde büyüme, değişiklik ve kanama olması,
- Ben yada siğillerin renginde düzensizlik, kahverengi, siyah, kırmızı, beyaz, ve mavinin değişik tonları,
- Işınlanmış bir alanda eski nedbe ve sinus yolu üzerinde sertleşme ya da ülserasyon,
- Kronik lezyonların bulunduğu kronik kırmızıya yakın bir alan,
- Ben yada siğilin kaşınmaya başlaması,
- Lezyonda ağrı değişimin erken işaretleridir (5).

### 2.3.2. Baş ve Boyun Kanseri

Baş ve boyun bölgesinde çok çeşitli yapılar yer alır. Dudak, dil, ağız, boğaz, farenks, larenks gibi yapıların hepsinde kanser gelişebilir. Bunların içinde en sık larenks kanseri görülür ve ülkemizde en sık rastlanan kanser türlerinden biridir. Erkeklerde kadınlardan 4-5 kat daha fazla görülür. Nedenleri arasında sigara ve alkol başta gelir.

Dudak kanseri uzun süren hiperkeratoz (epitelin kalınlaşması), güneş ve rüzgarda uzun süre kalma ve tahrişler, ağız boşluğu kanseri kötü ağız bakımı, protezlerin uzun süreli tahrişi, frengi, tütün çiğneme durumlarında ortaya çıkabilir. Nazofarenks kanserinde ise Epstein-Barr virüsünün antikoru yüksek titrede bulunur.

Larenks kanserinde ses kısılması en sık belirtilerendir. Kulak ağrısı, yutma güçlüğü ve öksürük olabilir. Ses telleri üzerinde yerleştiği zaman ses kısılması çok erken bir belirti olacağı için hastalık erken yakalanabilir ve tedavi şansı yüksektir.

Üst solunum ve sindirim yolları çok sayıda karsinojenik ajanla doğrudan temas halindedir. Tütün, alkol kullanımı, kokain çekme, bozuk ağız hijyeni, kırık diş, protezlerin vurması, B, C ve D vitamini yetersizliği, saklanmış besinler, tuzlu balık, nitromisin, Epstein-Barr virüsü, kronik solunum yolu enfeksiyonlarının olması, kimyasal karsinojenik maddeler (mustard gazı, krom, polisiklik hidrokarbonlar, asbestos, gaz ürünleri), mesleki ajanlarla karşılaşma, nasal polipler, kronik

sinüzitler, baş ve boyun bölgesinden radyoterapi alanlar, kanser öyküsü olanlar, ailede kanser öyküsü olanlar ve 35 yaşın üzerinde olan bireyler baş ve boyun kanserlerinin gelişiminde risk altındadır (1,3,4,23,43).

Baş ve boyun kanserleri; ülserasyon yada acıyan oluşumlar, kronik irritasyon yada travmalar, yanma yada ağrılı yutma, yutkunma güçlüğü, boğaz ağrısı, iki taraflı kulak ağrısı, ses kalitesinin bozulması, koku alamama, boyunda şişlik veya kitle, servikal adenopati, tükürükte kan, tiroide ağrı, fasial ödem, ağız yada gözde sarkma gibi belirtiler verebilir (5).

Düzenli olarak ayna karşısında cilt, ağız ve boğaz muayeneleri yapılması önemlidir.

### 2.3.3. Akciğer Kanseri

Akciğer kanseri erkeklerde daha fazla olmakla birlikte, giderek kadınlarda da artış göstermektedir. Akciğer kanserinde en yüksek insidans 60 yaş civarındadır (3).

— En sık görülen organ kanseridir. Tüm kanser ölümlerinin 1/3'ünü oluşturur.

— Sigara kullanımı kontrol edilerek bu hastalıktan korunma sağlanabilir.

— Dünyada sigara kullanımı kontrolü amacına ulaşmamaktadır. Sigara tekelleri reklamlarını bu konuda daha bilinçli ülkelere geri kalmış ülkelere kaydırarak bu ülkelere kaybettikleri pazarları geri kalmış ülkelere kazanmaya çalışmaktadır.

Akciğer kanserlerinin %80'i sigaraya bağlı gelişmektedir. Günde iki yada daha fazla paket sigara içenler akciğer kanseri sebebiyle 15-20 kat daha fazla ölürken, 3-4 kat daha fazla da diğer kanserlerden ölmektedir.

Sigara dışındaki diğer risk faktörleri ise hava kirliliği, radyasyon, kromat, nikel, asbestos, metalik demir ve demir oksitleri, kimyasal maddeler, akciğerin kronik enfeksiyonları, bronşit, pnömoni, astım, amfizem, kişisel kanser öyküsü ve ailede kanser öyküsü olanlar. Geçirilmiş akciğer hastalığı olanlar, 40 yaşın üzerinde olanlar asbest, krom ve nikel işçileri risk grubundadır.

Akciğer kanserinin en önemli belirtileri hemoptizi, inatçı öksürük, göğüs ağrısı ve nefes darlığıdır. Hemoptizi, tümör dokusunun yayılma karakterinden doğan

bir semptomdur. Hemoptizi saf kan olabildiği gibi, balgamla da karışık olabilir. Çoğu kez miktarı azdır. Sık sık tekrarlanır, günlerce devam edebilir. Nefes darlığı akciğer kanserinde sık görülür ve ilk bulgulardandır. Diğer belirtiler ise şöyledir; ses değişikliği, tükürükte koku, sürekli öksürük yada niteliğindeki değişiklik, göğüste künt ağrı, balgamın renk ve volümünde değişiklik, antibiyotiklere cevap vermeyen infeksiyonlar, halsizlik, keyifsizlik, nedeni belli olmayan zayıflama, iştahsızlık. (1,3,22,55).

#### **2.3.4. Sindirim Sistemi Kanseri**

Sindirim sistemi kanserlerinden korunmada yaşam tarzı önemlidir. Yaşam tarzı alkol ve sigaradan vazgeçme, konserve, tuzlu, kızarmış, tütülenmiş, fazla yağlı yiyeceklerden ve sığır etinden kaçınma, sebze ve meyvelerden, posalı yiyeceklerden bol miktarda tüketme şeklinde planlanmalıdır.

Mide kanseri ileri yaşların kanseri olup 55-60 yaşlarda görülür. Beslenme alışkanlığıyla yakından ilgilidir. Kırmızı et, salamura, baharatlı yemekler ve sucuk, sosis, salam gibi yiyecekleri korumada kullanılan nitritler sorumlu tutulmaktadır.

Mide kanserinde sık ve yoğun epigastrik ağrı, çabuk doyma, disfaji, bulantı, kusma, iştahsızlık ve kilo kaybı şeklinde belirti vardır (3,4).

Kolon ve rektum kanserlerinde ailede kolon ve rektum kanseri olması, 40 yaş üzerinde olmak, ülseratif kolit ve Crohn hastalığı olanlar risk grubunu oluşturur. Barsak alışkanlığında değişme ve rektal kanama olması erken belirtileridir (1,44).

Abdominal değerlendirme; deri lezyonları, asit, karaciğer yada dalakta büyüme, inguinal lenf nodlarında büyüme ve kitle yönünden yapılır.

Erken tanısı için, rektal muayene, sigmoidoskopi ve gaitada gizli kan bakılması önerilmektedir. Bu testlerin 40 yaş üzerinde düzenli olarak uygulanması önerilmektedir.

Karaciğer kanseri nedenleri arasında Hepatit B virüsü ile infeksiyon, siroz, aflotoksin, nitritler, azo bileşikleri, tedavi amacıyla kullanılan bitkisel maddeler suçlanmaktadır.

Belirtileri, karın ağrısı, sağ üst kadranda kitle, karaciğerde hassasiyet, kilo kaybı, karında su toplanmasıdır.

Tanı, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, anjiografi ve biyopsi ile konur.

Safra yolları kanserleri, 60 yaş üzerinde görülür. Kadınlarda safra kesesi erkeklerde ise safra yolları tutulur. Sarılık ağrı ve kaşıntı olabilir (1,3,4,45,46).

### 2.3.5. Meme Kanseri

Meme kanseri kadınlarda başta gelen ölüm nedenlerinden biri olup kadınlardaki kanserlerin %28'ini, ölüm nedenlerinin ise %18'ini oluşturmaktadır. Meme kanserlerinin %80'i 40 yaş üzerinde görülür. 12 yaşından önce menarş, 50 yaşından sonra menopoza girenler, 35 yaşından sonra gebe kalanlar, emzirmeyenler, şişmanlık, yüksek hayvansal yağlı ve liften fakir beslenenler, kişisel öyküde over, endometrium yada kolon kanseri olanlar, ailede meme kanseri öyküsü olanlar ve sigara kullananlar risk grubunu oluşturur. 25 yaşın altında nadir olup yaşla birlikte artış gösterir.

Adeti geç yaşlarda başlayan, düzene girmesi uzun süren, erken yaşta ve en az bir doğum yapan ve erken menopoza giren kadınlarda meme kanseri riski daha azdır. Yumurtalıkları alınmış kadınlara 10 yıldan uzun süre östrojen verilmesi meme kanseri riskini 2-3 kat arttırmaktadır. Östrojenler kısa süreli ve düşük dozda kullanıldıklarında bu risk artışı görülmemektedir.

Çevresel faktörlerin ve beslenmenin meme kanseri oluşumuna etkisi, kanser sıklığının en az olduğu Japonya'da, çok olduğu Kuzey Amerika'ya göçen kadınlarda meme kanserinde artış gözlenmesiyle ortaya çıkmıştır. Batı tipi yağdan zengin gıdalar meme kanseri olasılığını arttırmaktadır. Bu nedenle erken yaşlardan itibaren az yağlı gıdalar almanın ileri yaşlarda kanser sıklığını azaltması olasıdır.

Memede ele gelen kitle, memeler arasında asimetric görünüm olması, venlerde tek taraflı belirginleşme, renk değişikliği (eritem yada ekimoz), portakal kabuğu görünümü, ülserasyon, aerolada yada deride çekilme ve çukurluk, meme başının içeri doğru çökmesi, meme başından seröz veya kanlı akıntı olması en önemli belirtilerdir (1,26,35,47,48).

Meme kanseri, gelişmiş ülkelerde çok önemli bir sağlık sorunudur. Bu ülkelerde son yıllarda görülme sıklığı artmıştır. Meme kanserine bağlı olarak ölüm oranları da artmıştır ve bunun temel nedeni de geç teşhistir. Son kırk yıl içinde,

rahim kanserini erken safhalarda teşhis edilebilecek izleme programlarının faaliyete geçmesiyle birlikte, meme kanseri rahim kanserini önem bakımından geride bırakmıştır (37).

Meme kanserinin yaklaşık %90'ı hastaların kendileri tarafından belirlenir. Bu nedenle kitle, memede sertleşme yada çukurluklar yönünden, kişinin kendi memelerini düzenli aralıklarla muayene etmesi çok önemlidir. Kendi kendine meme muayenesi olarak bilinen bu işlem ayda bir kere ve hormonal nedenlerle memenin bez dokusunun en az değişiklik gösterdiği adet kanamasından 3-5 gün sonra yapıldığı takdirde en sağlıklı sonuç alınır. Menopoza girenler her ayın belirli günü bu muayeneyi yapmayı alışkanlık haline getirmelidir. Ayrıca 20-40 yaş arası 3 yılda bir doktor muayenesi, 2 yılda bir kez mamografi önerilmektedir (5,15,26,39,45,49).

50 yaşın altında meme dokusunun aldığı radyasyonun kanser riskini artırdığı savunulmaktadır. Ancak yapılan yarar-zarar hesabının sonucunda yapılmasının gerekliliği belirlenmiştir (50).

Kendi kendine meme muayenesinde; kollar yanda, eller bele konulduğunda yada kollar başın üzerine kaldırıldığında, meme başındaki çekilme, kabuklanma yada meme derisindeki çekilmeler gözlenebilir. Yatar durumda bir kol baş hizasına kadar kaldırıldığında parmakların iç kısmı dairesel hareketlerle meme ve komşu dokular üzerinde gezdirilerek ele gelen kitle olup olmadığı değerlendirilir (11).

### **2.3.6. Kadın Genital Sistem Kanseri**

Kadın genital sistem kanserleri, kadınlarda görülen kanserlerin %24'ünü oluşturur (3,4).

Serviks (rahim boynu) kanseri, en sık görülen kanserdir. Kadınlarda görülen tüm kanserlerin %12'sini oluşturur. Yapılan pap-smear testi ile erken tanı koymak olanaklı hale gelmiş ve erken dönemde tedavi bu kanserden ölümü son 40 yılda yarı yarıya azaltmıştır. Tanı konan vakaların yarısı erken, epitele sınırlı (in situ) kanser, üçte biri ise invazif (alttaki bağ ve kas dokusuna yada daha uzak bölgelere yayılmış) ilerlemiş kanser türlerinden oluşmaktadır (37).

Bu kanserin seksüel davranışla yakından ilgisi vardır. Erken evlenmiş, seks hayatı erken başlamış, birden fazla cinsel arkadaşı olan, gebelik sayısı fazla, sosyo-ekonomik düzeyi düşük kadınlarda daha sık görülür.

Menopoz öncesi anormal kanama, postmenopozal kanama su gibi akıntı, pap-smear testinin patolojik olması, kaşınma, ülserasyon, nodül yada lezyon, iştahsızlık, kiloda azalma yada artma, barsak alışkanlığında değişiklikler erken belirtilerdendir.

Serviks kanseri yönünden risk grubunda olanlar ile 35 yaş üzerindeki kadınlarda pap-test ve pelvik muayene servikal kanserlerin önlenmesi yönünden önemlidir. Pap-test yılda bir kez yapılmalı, üç yıl üst üste negatif gelenlerin üç yılda bir yaptırımları önerilmektedir (1,51).

Over kanserinde risk artırdığı bilinen faktörler; ailede over kanseri öyküsü olması, infertilite, hiç doğum yapmamış kadınlar doğum yapanlara göre iki kez daha fazla risk altındadır. Daha önce endometrial kanser veya meme kanseri geçirenlerde risk iki misli artar (4,27).

Derine yerleşmiş over tümörleri karın boşluğu içinde sessiz bir şekilde büyürler. Farkedilmeden büyük hacimlere varırlar. Hastalık sıklıkla başlangıçta belirti vermemekle birlikte; hastalar yemeklerden sonra rahatsızlık, geçirme, anormal vajinal kanama, karın ağrısı, gaz, rahatsızlık ve karında büyüme ile kitlelerden yakınabilirler. Bazen karın içindeki sıvının çalkantı sesi ilk uyarıcı belirti olabilir. Bu tümörlerin karın zarına yayılması tipik özellikleridir ve böylece karında sıvı oluştururlar.

Over kanserinden korunmanın en iyi yolu, yıllık pelvik muayenedir ve kadın açıklanamayan GİS şikayetlerinde mutlaka doktora gitmelidir (3,27,28).

Uterus kanseri en sık 60-70 yaşlarında görülür. %80'i menopoz dönemindeki kadınlarda görülür. Vakaların ancak %5'i 40 yaştan önce görülür (4,27).

- Gelir düzeyi yüksek, doğum yapmamış olmak,
- Şişmanlık,
- Hipertansiyon ve diyabet,
- Menopoz döneminde östrojen tedavisi verilmesi,
- Ailede kanser öyküsü,
- Meme ve rektum kanseri ile ileri karaciğer yetmezliği riski artırır (3,4,27).



Abdominal ölçüde artma, abdominal rahatsızlık (şişkinlik, mide ekşimesi), iştahsızlık, kiloda azalma yada artma, mesane fonksiyonunda değişiklik erken belirtilerdendir.

Anormal kanama en sık yakınmadır. Menopozda olan kadınlarda bu belirti kolayca dikkat çeker. Menopoz öncesi kadınlarda ise adet kanamasının uzaması, ara kanamalar, aşırı kanama şeklinde ortaya çıkar. Menopozda olan bir kadında kanama, aksi ispatlanana kadar rahim kanseri olarak düşünülmelidir.

Amerikan Kanser Birliği tarafından uterus kanseri riski olan kadınların tanımlanarak, uterustan doku örnekleri alınması önerilmiştir (4,27).

Sağlık kurumlarına başvuran kadınların jinekolojik kanserlerin erken tanısı için jinekolojik yönden de değerlendirilmesi önemlidir. Yıllık jinekolojik muayenenin yanında, her ay kadının kendi kendini muayene etmesi de erken tanı yönünden önemlidir (27,34).

Vulvanın kendi kendine muayenesi:

Vulva muayenesinin iyi ışıklandırılmış bir odada ayda bir kez yapılması önerilmektedir. Bu muayene için iyi bir ışık ve bir ayna gereklidir.

1.) Yatağa dizler fleksiyonda ve bacaklar açık olarak oturulur,

2.) Vulvada;

Klitoris ve çevresi, labia major ve minorlar, vajinal ve üretral açıklıklar, vajina ve anüs arası ve anüs çevresi, simetri, renk değişikliği ve nodül veya lezyon yönünden muayene edilir. Vulva dokusu genellikle yumuşak, hafif nemli ve dokunulduğunda hassas değildir. Yine bu bölgedeki anormallikler palpasyonla nodül, ülser, ben ve akıntı yönünden incelenmelidir (27).

Sağlıklı bir vulva için;

- Ürinyasyon sonrası perineyi önden arkaya doğru yıkamak ve silmek,
- Beyaz, parfümsüz tuvalet kağıdı ve hijyenik bağlar kullanmak,
- Çamaşırları orta sertlikteki deterjanla yıkamak ve iyice kurulamak,
- Pamuklu iç çamaşırları ve pantolon kullanmak,
- Beyaz iç çamaşırı giymek,
- Yatakta külot giymemek,
- Korse, şort, blucin, streçler giymekten kaçınmak,

- Parfümsüz orta sertlikte beyaz sabun kullanmak ve doktor önermedikçe antibakteriyel sabun kullanmamak,
- Klorlu sularda yüzdükten sonra duş yapmak,
- Sık vajinal lavajdan kaçınmak,
- Mayo ve bornozları kuru giymek önerilmektedir (3).

### **2.3.7. Böbrek ve Mesane Kanseri**

Böbrek kanserleri erkeklerde kadınlara göre iki kez daha fazla görülürken mesane kanserleri kadınlarda üç kez daha sık görülmektedir. Sanayi bölgelerinde kırsal bölgelere göre insidans daha fazladır. Semptomların belirsiz, silik olması tanı koymayı geciktirmektedir.

Nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte sigara, şehir hayatı, polikistik böbrek hastalığı ve şeker hastalığının riski arttırdığı ileri sürülmektedir.

Böğür ağrısı, kitle, idrarla kan gelmesi klasik belirtilerdir. Fakat bu belirtiler hastaların ancak %10'unda görülmektedir (3-5).

### **2.3.8. Erkek Genital Sistem Kanseri**

Erkek genital sistem kanserleri: Testis ve prostat kanserleri, görülme sıklığı açısından tüm kanserler arasında 1/5'in üzerindedir. Testis kanserleri 15-40 yaşlar arasındaki genç erkeklerde görülür ve genellikle hastalar tarafından belirlenir. Prostat kanseri ise 50 ve daha yaşlı erkeklerde daha sık görülür ve doktor tarafından teşhis konulur. Prostat kanseri erkeklerde en sık görülen kanserlerden biridir. Akciğer ve kolon kanserlerinden sonra üçüncü sırada yer alır.

Prostat kanserinde risk faktörleri; hormonal faktörler (yaşlanmayla birlikte erkeklerde androjen miktarının azalması, östrojenin artması), genetik ve ırksal faktörler (siyah ırkta daha çok görülür), diyetle yüksek hayvansal yağların alınması, pil ürünleri (kadmium), otomobil, kimyasal ve farmakolojik endüstri ürünleridir.

Testis kanserinde risk faktörleri; inmemiş testis (kriptorşidizm), baba yada kardeşte testis kanseri öyküsü, inguinal herni ve orşit öyküsü olmasıdır.

Prostatta büyüme durumunda obstrüksiyon belirtileri; pollaküri, dizüri, noktürü, idrar projeksiyonunda ve kalibresinde azalma, idrar retansiyonu ve bazen de hematüri görülebilir. Ağrılı ejakülasyon yada ağrılı ereksiyon ve pelvisin alt arka tarafında ağrı başlayabilir.

Testis kanseri için; testiste ağrısız küçük, sert bir şişlik, testis yoğunluğunun artması, skrotumda çekilme hissi belirtiler arasında sayılabilir (3,5).



### 3. MATERYAL VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, Afyon il merkezi hastanelerinde çalışan hemşireler üzerinde, hemşirelerin kanserden korunma ve kanserin erken tanısına ilişkin bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Afyon il merkezi hastanelerinde görev yapan hemşireler üzerinde yapılmıştır.

Afyon Merkez Devlet Hastanesi 400 yatakla hizmet vermekte olup 119 hemşire çalışmaktadır. Afyon Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesi 301 yatakla hizmet vermekte ve 68 hemşire çalışmaktadır. Afyon Göğüs Hastalıkları Hastanesi 135 yatakla hizmet vermekte olup 30 hemşire çalışmaktadır. Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi ise 170 yatakla hizmet vermekte olup 82 hemşire çalışmaktadır.

#### 3.3. Evren ve Örneklem

Afyon il merkezi hastanelerinde çalışan hemşirelerin tümü araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Örneklem grubunu ise anket formunu doldurarak araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşireler oluşturmaktadır.

#### 3.4. Ön Uygulama

Soruların anlaşılabilirliğini saptamak amacıyla Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi dahiliye servisinde çalışan ve araştırma kapsamına alınmayan 8 hemşireye ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda soru kağıdı son şekline getirilmiştir.

### **3.5. Anket Formunun Uygulanması**

Araştırma verileri Ocak 2003-Mart 2003 tarihleri arasında Afyon il merkezi hastanelerinde çalışan toplam 299 hemşire planlanarak başlatılmıştır. Anket formunu doldurmaya isteksiz olan ve çalışma süresince izinli olan grubun çalışmaya katılmaması nedeniyle toplam 210 hemşireye ulaşılmıştır. Bunlardan 73'ü Afyon Merkez Devlet Hastanesi, 29'u Afyon Göğüs Hastalıkları Hastanesi, 62'si Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi ve 46'sı Afyon Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanelerinde aktif görev yapan hemşireler olmuştur.

### **3.6.Soru Kağıdının Hazırlanması**

Klinikte çalışan hemşirelerin kanserden korunma ve kanserin erken tanısına ilişkin bilgi düzeylerinin saptanması amacıyla araştırmacı tarafından konuya ilişkin kaynaklardan yararlanılarak soru kağıdı hazırlanmıştır.

Soru kağıdı iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde hemşireleri tanıtan bilgilere ilişkin sorular, ikinci bölümde ise çoktan seçmeli olarak hazırlanmış bilgi soruları yer almaktadır. Soru kağıdı toplam 32 soru içermektedir.

### **3.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin değerlendirilmesi bilgisayarda SPSS (Statistical Package of Science) programında gerçekleştirilmiştir.

İstatistik analizlerinde, gruplanmış değişkenlerin frekans ve yüzdeler değeri, sayısal değişkenlerin ortalama ve standart sapmaları hesaplanmıştır. Her soruya, toplam 100 puan üzerinden değerlendirilmek üzere 2,6 puan verilmiştir.

İstatistik analizinde, 30'un üzeri kişi olan iki grup karşılaştırmasında " t testi", üç grup analizinde "varyans analizi" yapılmıştır. 30'un altında kişi olan iki grup karşılaştırmasında ise nonparametrik test olan "Mann Whitney U" testi kullanılmıştır. İstatistik anlamlılık düzeyi " $p < 0,05$ " kabul edilmiştir.

#### 4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmada elde edilen bulgular ve bu bulguların istatistiksel değerlendirilmesi verilmiştir.

**Tablo 1- Hemşirelerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı**

	Sayı	%
18-23 Yaş	40	19.0
24-29 Yaş	103	49.0
30-35 Yaş	43	20.4
36 Yaş ve üzeri	24	11.4
<b>Toplam</b>	<b>210</b>	<b>100.0</b>

Tablo 1 incelendiğinde, araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %19'u 18-23 yaş, %49'u 24-29 yaş, %20.4' 30-35 yaş, %11.4' ise 36 yaş ve daha büyüktür.

**Tablo 2- Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı**

	Sayı	%
Sağlık Meslek Lisesi	42	20.0
nlisans	91	43.3
Lisans	67	31.9
Yüksek Lisans	10	4.8
<b>Toplam</b>	<b>210</b>	<b>100.0</b>

Tablo 2 incelendiğinde, araştırma kapsamına giren hemşirelerin %20'si sağlık meslek lisesi, %43.3' nlisans, %31.9'u lisans ve %4.8'i yüksek lisans mezunudur.

**Tablo 3- Hemşirelerin Hizmet Yıllarına Göre Dağılımı**

	Sayı	%
0-4 yıl	74	35.2
5-9 yıl	66	31.4
10-14 yıl	37	17.6
15 yıl ve üzeri	33	15.7
<b>Toplam</b>	<b>210</b>	<b>100.0</b>

Tablo 3'de hemşirelerin hizmet yıllarına göre dağılımlarına bakıldığında; %35.2'si 0-4 yıldır, %31.4' 5-9 yıldır, %17.6'sı 10-14 yıldır ve %15.7'si 15 yıl ve daha uzun süredir çalışmaktadır.

**Tablo 4- Hemşirelerin Kanserle İlgili Aldıkları Eğitime Göre Dağılımı**

	Sayı	%
Eğitim alanlar	32	15.2
Eğitim almayanlar	178	84.8
<b>Toplam</b>	<b>210</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4'e bakıldığında; hemşirelerin %15.2'sinin kanserle ilgili eğitim aldıkları ve %84.8'inin ise kanserle ilgili eğitim almadıkları görülmektedir.

**Tablo 5- Hemşirelerin Eğitimi Nerede Aldıklarını Gösterir Dağılım**

	Sayı	%
Kurum İçi	22	68.8
Kurum Dışı	10	31.3
<b>Toplam</b>	<b>32</b>	<b>100.0</b>

Tablo 5'te hemşirelerin kanserle ilgili aldıkları eğitimi nerede aldıkları görülmektedir. Buna göre eğitim alan 32 hemşirenin %68.8'i hizmet içi eğitim programlarında ve %31.3'ü ise kurum dışında eğitim aldıklarını belirtmişlerdir.

**Tablo 6- Hemşirelerin Aldıkları Eğitimi Uygulamaya Geçirme Durumlarına Göre Dağılım**

	Sayı	%
Uygulamaya geçirenler	16	50.0
Uygulamaya geçirmeyenler	16	50.0
<b>Toplam</b>	<b>32</b>	<b>100.0</b>

Tablo 6'ya göre araştırma kapsamına giren hemşirelerin %50'sinin aldıkları eğitimi uygulamaya geçirdikleri ve %50'sinin aldıkları eğitimi uygulamaya geçirmedikleri görülmektedir.

**Tablo 7- Hemşirelerin Aldıkları Eğitimi Uyguladıkları Kişilere Göre Dağılım**

	Sayı	%
Hastane Çalışanlarına	2	12.5
Hastalara	10	62.5
Kendi Üzerimde	3	18.8
Yakınlarıma	1	6.3
<b>Toplam</b>	<b>16</b>	<b>100.0</b>

Tablo 7’de hemşirelerin aldıkları eğitimi kimler üzerinde uyguladıkları görülmektedir. Buna göre aldıkları eğitimi uygulamaya geçiren hemşirelerin %12.5’i hastane çalışanlarına, %62.5’i hastalara, %18.8’i kendi üzerinde ve %6.3’ü yakınlarına uygulamışlardır.

**Tablo 8- Hemşirelerin Kanserle İlgili Yayın Takibine Göre Dağılımı**

	Sayı	%
Takip edenler	62	29.5
Takip etmeyenler	148	70.5
<b>Toplam</b>	<b>210</b>	<b>100.0</b>

Tablo 8’e göre araştırma kapsamına giren hemşirelerin %29.5’i kanserle ilgili yayın takip ederken %70.5’i kanserle ilgili yayın takip etmemektedir.

**Tablo 9- Hemşirelerin Kanserle İlgili Hangi Yayınları Takip Ettiklerini Gösterir Dağılım**

	Sayı	%
Kitap-Dergi	32	51.6
Radyo-TV	16	25.8
Ders Notları	14	22.6
<b>Toplam</b>	<b>62</b>	<b>100.0</b>

Tablo 9’a göre kanserle ilgili yayın takip eden hemşirelerin kanserle ilgili hangi yayınları takip ettiklerini incelersek, %51.6’sı kitap ve dergi gibi yayın organlarını, %25.8’si radyo ve televizyon gibi kitle iletişim araçlarını takip etmektedir. % 22.6’sı ise ders notlarından yararlandıklarını belirtmişlerdir.

**Tablo 10- Hemşirelerin Kanserle İlgili Yayınları Neden Takip Etmediklerini Gösterir Dağılım**

	Sayı	%
Kaynak bulamıyorum	7	4.7
Zamanım yetmiyor	36	24.3
İlgimi çekmiyor	10	6.8
Çalışma ortamımda böyle bir alışkanlık yok	95	64.2

**n: 148**

Araştırma kapsamına alınan hemşirelere neden kanserle ilgili yayın takip etmedikleri sorulduğunda, %4.7’si kaynak bulamadığını, %24.3’ü zamanının yetmediğini, %6.8’i bu konunun ilgisini çekmediğini ve %64.2’si ise çalışma ortamlarında böyle bir alışkanlık olmadığını belirtmişlerdir.



**Tablo 11- Hemşirelerin Yakınlarından Kanser Tanısı Alanlara Göre Dağılım**

	Sayı	%
Kanser tanısı alanlar	95	45.2
Kanser tanısı almayanlar	115	54.8
<b>Toplam</b>	<b>210</b>	<b>100.0</b>

Tablo 11’de araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yakınlarından kanser tanısı alanlar ve almayanlar görülmektedir. Buna göre hemşirelerin yakınlarından %45.2’si kanser tanısı almış, %54.8’i kanser tanısı almamıştır.

**Tablo 12- Hemşirelerin Yakınlarının Aldıkları Kanser Tanısına Göre Dağılım**

	Sayı	%
Meme kanseri	31	32.3
Kolon kanseri	16	16.7
Akciğer kanseri	22	22.9
Pankreas başı kanseri	2	2.1
Cilt kanseri	3	3.1
Larenks kanseri	2	2.1
Prostat kanseri	5	5.2
Trakea kanseri	1	1.0
Mide kanseri	9	9.4
Lösemi	1	1.0
Lenf kanseri	1	1.0
Karaciğer kanseri	1	1.0
Uterus kanseri	2	2.1
<b>Toplam</b>	<b>96</b>	<b>100.0</b>

**n: 95**

Tablo 12’de araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yakınlarının aldıkları kanser tanısına göre dağılım görülmektedir. Kanser tanısı alan 95 kişiden (1 kişi hem meme hemde akciğer kanseri olduğunu belirtmiştir) %32.3’ü meme kanseri, 16.7’si kolon kanseri, %22.9’u akciğer kanseri, % 2.1’ i pankreas başı kanseri, %3.1’i cilt kanseri, %2.1’i larenks kanseri, % 5.2’si prostat kanseri, %1’i trakea kanseri, %9.4’ü mide kanseri, %1’i lösemi, %1’i lenf kanseri, %1’i karaciğer kanseri ve %2.1’i uterus kanseridir.

**Tablo 13- Hemşirelerin Kanserden Korunma ve Erken Tanıya İlişkin Eğitim Verme Durumuna Göre Dağılım**

	Sayı	%
Eğitim verenler	77	36.7
Eğitim vermeyenler	133	63.3
<b>Toplam</b>	<b>210</b>	<b>100.0</b>

Hemşirelerin kanserden korunma ve kanserin erken tanısına ilişkin eğitim verme durumlarına bakıldığında, %36.7'sinin bu konuda eğitim verdiği ve %63.3'ünün bu konuda eğitim vermediği görülmektedir.

**Tablo 14- Hemşirelerin Eğitimi Nerede ve Nasıl Verdiklerine Göre Dağılım**

	Sayı	%
Aileme- Yakınlarıma	31	40.3
Hastalara	41	53.2
Okullarda	5	6.5
<b>Toplam</b>	<b>77</b>	<b>100.0</b>

Tablo 14'de hemşirelerin kanserle ilgili aldıkları eğitimi nerede uyguladıkları görülmektedir. %40.3'ü ailesine ve yakınlarına, %53.2'si hastalara, %6.5'i okullarda öğrencilere eğitim verdiklerini belirtmişlerdir.

**Tablo 15- Hemşirelerin Sigara Kullanımına Göre Dağılım**

	Sayı	%
Kullananlar	82	39.0
Kullanmayanlar	128	61.0
<b>Toplam</b>	<b>210</b>	<b>100.0</b>

Tablo 15'e bakıldığında araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %39'unun sigara kullandığı ve %61'inin sigara kullanmadığı görülmektedir.

**Tablo 16- Hemşirelerin Sigara Kullanım Süresine Göre Dağılım**

	Sayı	%
1-4 yıl	18	21.9
5-9 yıl	37	45.1
10-14 yıl	21	25.7
15 yıl ve üzeri	6	7.2
<b>Toplam</b>	<b>82</b>	<b>100.0</b>

Tablo 16'da araştırma kapsamına alınan hemşirelerin sigara kullanım süresine göre dağılımları görülmektedir. Buna göre hemşirelerin %21.9'u 1-4 yıldır, %45.1'i 5-9 yıldır, %25.7'si 10-14 yıldır ve %7.2'si 15 yıl ve daha uzun süredir sigara kullanmaktadır.

**Tablo 17- Hemşirelerin Kanser Konusundaki Bilgi Puanlarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı**

	<b>n</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Standart Sapma</b>	<b>P*</b>
Sağlık meslek lisesi	42	73.85	8.32	
Önlisans	91	72.31	8.68	
Lisans ve Yüksek Lisans	77	75.26	7.71	0.072

**\* Varyans analizi**

Hemşirelerin kanser konusundaki bilgi puanlarının eğitim durumlarına göre dağılımı tablo 17' de verilmiştir. Sağlık meslek lisesi mezunu hemşireler 73.85 puan, önlisans mezunu hemşireler 72.31 puan ve lisans ve yüksek lisans mezunu hemşireler 75.26 puan almışlardır. Sağlık meslek lisesi ve önlisans mezunları 75 puanın altında kalırken lisans ve yüksek lisans mezunları 75 puan sınırında kalmışlardır. Bu fark yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamsız bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

**Tablo 18- Hemşirelerin Kanser Konusundaki Bilgi Puanlarının Hemşirelik Hizmet Yılına Göre Dağılımı**

	<b>n</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Standart Sapma</b>	<b>P*</b>
0-4 yıl	74	75.61	8.34	
5-9 yıl	66	73.70	8.41	
10 yıl ve üzeri	70	71.68	7.87	<b>0.018</b>

**\* Varyans analizi**

Tablo 18'de hemşirelerin kanser konusundaki bilgi puanlarının hemşirelik hizmet yılına göre dağılımları görülmektedir. Buna göre 0-4 yıldır çalışanların 75.61 puan, 5-9 yıldır çalışanların 73.70 puan ve 10 yıl ve daha uzun süredir çalışanların 71.68 puan aldıkları görülmektedir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

**Tablo 19- Hemşirelerin Kanser Konusundaki Bilgi Puanlarının Kanserle İlgili Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımı**

	<b>n</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Standart Sapma</b>	<b>P*</b>
Eğitim alanlar	32	72.96	9.14	
Eğitim almayanlar	178	73.83	8.20	0.586

**\* t testi**

Tablo 19' da hemşirelerin kanser konusundaki bilgi puanlarının kanserle ilgili eğitim alma durumlarına göre dağılımları görülmektedir. Hemşirelerden kanserle ilgili eğitim alanlar 72.96 puan ve kanserle ilgili eğitim almayanlar 73.83 puan almışlardır. Hemşirelerden kanserle ilgili eğitim alanların ve almayanların bilgi puanları 75 puanın altındadır. Bu fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

**Tablo 20- Hemşirelerin Kanser Konusundaki Bilgi Puanlarının Sigara Kullanım Durumlarına Göre Dağılımı**

	<b>n</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Standart Sapma</b>	<b>P*</b>
Kullananlar	82	75.24	8.41	
Kullanmayanlar	128	72.71	8.16	<b>0.032</b>

**\* t testi**

Hemşirelerin kanser konusundaki bilgi puanlarının sigara kullanım durumlarına göre dağılımı tablo 20’de verilmiştir. Hemşirelerden sigara kullananların kanserle ilgili bilgi puanları 75.24 ve sigara kullanmayanların bilgi puanı 72.71 bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

**Tablo 21- Hemşirelerin Kanser Konusundaki Bilgi Puanlarının Eğitimi Aldıkları Yere Göre Dağılımı**

	<b>n</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Standart Sapma</b>	<b>P*</b>
Kurum içi	22	74.10	10.26	
Kurum dışı	10	70.46	5.67	0.131

**\* Mann Whitney U testi**

Tablo 21’de hemşirelerin kanser konusundaki bilgi puanlarının eğitimi aldıkları yere göre dağılımı görülmektedir. Kanserle ilgili eğitimi hizmet içi eğitim programlarında almış olanlar 74.10 puan alırken, kanserle ilgili eğitimi kurum dışında almış olanların bilgi puanı 70.46 bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

**Tablo 22- Hemşirelerin Kanser Konusundaki Bilgi Puanlarının Yaşa Göre Dağılımı**

	<b>n</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Standart Sapma</b>	<b>P*</b>
28 yaş altı	132	74.78	8.23	
28 yaş üstü	78	71.86	8.23	<b>0.014</b>

**\* t testi**

Tablo 22’de hemşirelerin kanser konusundaki bilgi puanlarının yaş ortalamalarına göre dağılımı görülmektedir. Buna göre 28 yaş altındaki hemşireler 74.78 puan alırken 28 yaşından büyük olan hemşireler 71.86 puan almışlardır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

**Tablo 23- Hemşirelerin Kanser Konusundaki Bilgi Puanlarının Kanserle İlgili Yayın Takibine Göre Dağılımı**

	<b>n</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Standart Sapma</b>	<b>P*</b>
Takip edenler	62	73.30	7.79	
Takip etmeyenler	148	73.87	8.57	0.653

**\* t testi**

Tablo 23’de hemşirelerin kanser konusundaki bilgi puanlarının kanserle ilgili yayın takiplerine göre dağılımları görülmektedir. Hemşirelerden kanserle ilgili yayın takip edenler 73.30 ve kanserle ilgili yayın takip etmeyenler 73.87 puan almışlardır. Görüldüğü gibi yayın takip edenler ve etmeyenler arasında bilgi puanı olarak fark yok denecek kadar azdır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 24- Hemşirelerin Kanser Konusundaki Bilgi Puanlarının Yakınları Kansere Tanısı Alanlara Göre Dağılımı**

	<b>n</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Standart Sapma</b>	<b>P*</b>
Yakınları kanser tanısı alanlar	95	75.18	7.85	
Yakınları kanser tanısı almayanlar	115	72.48	8.55	<b>0.019</b>

\* t testi

Tablo 24’de hemşirelerin kanser konusundaki bilgi puanlarının yakınları kanser tanısı alanlara göre dağılımı görülmektedir. Hemşirelerden yakınları kanser tanısı alanlar 75.18 puan ve yakınları kanser tanısı almayanlar 72.48 puan almışlardır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede bu fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

**Tablo 25- Hemşirelerin Kanser Konusundaki Bilgi Puanlarının Kanserden Korunma ve Erken Tanıya İlişkin Eğitim Verme Durumlarına Göre Dağılımı**

	<b>n</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Standart Sapma</b>	<b>P*</b>
Eğitim verenler	77	74.85	8.10	
Eğitim vermeyenler	133	73.03	8.42	0.126

\* t testi

Hemşirelerin kanser konusundaki bilgi puanlarının kanserden korunma ve kanserin erken tanısına ilişkin eğitim verme durumlarına göre dağılımı tablo 25’ de görülmektedir. Kansere ilişkin eğitim verenlerin bilgi puanı 74.85 ve kanserle ilgili eğitim vermeyenlerin bilgi puanı 73.03 bulunmuştur. Kanserden korunma ve kanserin erken tanısına ilişkin eğitim verenlerin ve bu konuda eğitim vermeyenlerin bilgi puanı 75 puanın altında kalmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede bu fark anlamsız bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Hemşirelerin kanserden korunma ve kanserin erken tanısına ilişkin bilgi düzeylerinin ölçülmesi amacıyla yaptığımız bu çalışmaya Afyon il merkezi hastanelerinde çalışan toplam 210 hemşire katılmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş dağılımlarına baktığımızda %19'u 18-23 yaş arasında, %49'u 24-29 yaş arasında, %20,4'ü 30-35 yaş arasında ve %11,4'ü ise 36 yaş ve daha üzerindedir (Tablo 1). Görüldüğü gibi araştırmaya katılan hemşirelerin hemen hemen yarısını 24-29 yaş grubundaki hemşireler oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin eğitim durumları incelendiğinde; %20'si sağlık meslek lisesi mezunu, %43,3'ü önlisans mezunu, %31,9'u lisans mezunu ve %4,8'i yüksek lisans mezunudur (Tablo 2). Sonuçlardan anlaşıldığı gibi önlisans mezunu hemşireler çoğunluğu oluşturmaktadır. Önlisans mezunu hemşirelerin çoğunluğunu sigorta ve devlet hastanesinde çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Üniversite hastanesinde çalışan hemşireler ise genelde lisans mezunu hemşirelerdir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin hizmet yıllarına göre dağılımlarına bakıldığında; %35,2'si 0-4 yıldır, %31,4'ü 5-9 yıldır, %17,6'sı 10-14 yıldır ve %15,7'si 15 yıl ve daha uzun süredir çalışmaktadır (Tablo 3). Bizim çalışmamızda hemşirelik mesleğinde çalışmaya yeni başlamış olan hemşireler çoğunluğu oluşturmakta iken Sarı'nın araştırma sonuçlarına göre hemşirelerin büyük çoğunluğu (%61,6) 11 yıldan uzun süredir çalışmaktadır (1). Bu sonuç bizim araştırma sonucumuzla farklılık göstermektedir ve her iki çalışmanın yapıldığı ile ve kurumlara göre değişkenlik göstermiş olabilir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin kanserle ilgili eğitim alma durumlarına bakıldığında hemşirelerin %84,8'inin kanserle ilgili herhangi bir eğitim almadıkları görülmüştür. Sadece %15,2'sinin kanserle ilgili eğitim alması dikkat çekici bir noktadır (Tablo 4). Herhangi bir konuda başka bir grubun bilgilendirilmesinde eğitim verecek kişilerin bu konuda yeterli ve doğru bilgi birikimine sahip olmaları önemlidir. Ancak bu şekilde bilgi verilecek gruba etkin bir şekilde ulaşılabilir. Bizim çalışmamızda ise kanser konusunda eğitim alanların %15,2 oranı ile oldukça az olduğu görülmektedir.

Kanser konusunda eğitim alan 32 hemşirenin eğitimi nerede aldıklarına bakıldığında; %68,8'inin kurum içinde ve %31,3'ünün kurum dışında aldıkları görülmektedir (Tablo 5). Kurum içinde alınan eğitim hizmet içi programlarını göstermektedir. Kanserle ilgili eğitim alan hemşire sayısının azlığına bakılırsa kurum içinde hizmet içi eğitim programlarına yeterince önem verilmediği görülmektedir. Hizmet içi eğitim programları çeşitli konularda periyodik olarak tekrarlanmalıdır. Kurum dışında alınan eğitim ise, kurs, kongre veya seminer programlarıdır. Buradaki orana bakıldığında çalışan hemşirelerin bu gibi katılımlar yönünden yeterince desteklenmedikleri görülmektedir. Bunun nedenleri ise personel yetersizliği, maddi imkansızlıklar veya kurum politikası olabilir.

Araştırmaya katılan hemşirelerden kanserle ilgili eğitim alan 32 hemşireden %50'si aldıkları eğitimi uygulamaya geçirmiş ve aynı şekilde %50'si uygulamaya geçirmemiştir (Tablo 6). Kanserle ilgili eğitim alan hemşire sayısının zaten çok az olması ve bunların da ancak yarısının aldıkları eğitimi uygulamaya geçirmiş olması çarpıcı bir sonuçtur. Aslında hemşirelerin, hastanın veya hasta yakınının bu konuda sorduğu soruya cevap vermesi bu konuda onlara eğitim vermesi anlamına gelmektedir. Bunu çalışan hemşirelerin klinikte rutin olarak yaptıkları ve bunun farkında olmadıkları düşünülmektedir. Sonucun bu şekilde çıkması buna bağlanabilir.

Aldıkları eğitimi uygulamaya geçiren hemşirelerden %12,5'i hastane çalışanlarına, %62,5'i hastalara, %18,8'i kendi üzerinde ve %6,3'ü ise yakınları üzerinde uyguladıklarını belirtmişlerdir (Tablo 7). Çoğunluğun (%62,5) hedef kitle olan hastalar üzerinde olması sevindirici bir sonuçtur.

Araştırmaya katılan hemşirelerin kanserle ilgili yayın takiplerine bakıldığında; %29,5'inin kanserle ilgili yayın takip ettikleri ve %70,5'inin ise kanserle ilgili herhangi bir yayın takip etmedikleri görülmektedir (Tablo 8). Araştırma sonuçları Fıstıkçioğlu'nun çalışmasıyla farklılık göstermektedir (52). Bu da çalışmamızda özel olarak onkoloji hemşirelerini almadığımızdan kaynaklanan bir sonuç olabilir.

Hemşirelerin kanserle ilgili hangi yayınları takip ettiklerine bakıldığında; %51,6'sı kitap ve dergi gibi yayın organlarını, %25,8'i radyo ve televizyon gibi kitle iletişim araçlarını takip etmektedir. %22,6'sı ise ders notlarından yararlandıklarını

belirtmişlerdir (Tablo 9). Kanserle ilgili yayın takip eden hemşirelerden yarısından fazlasının kitap ve dergi gibi yayın organlarından faydalanması olumlu bir sonuçtur.

Hemşirelerin kanserle ilgili yayınları neden takip etmediklerini incelersek; %4,7'si kaynak bulamadığını, %24,3'ü zamanının yetmediğini, %6,8'i bu konunun ilgisini çekmediğini ve %64,2 oranı ile büyük çoğunluğu çalışma ortamlarında böyle bir alışkanlık olmadığını belirtmişlerdir (Tablo 10). Bu sonuçlar Fıstıkçioğlu' nun çalışmasıyla paralellik göstermektedir (52). Günümüzde her alanda gelişen teknoloji ve özellikle tüm dünyadaki gelişmelerden anında haberimizin olmasını sağlayan internet ile kaynak bulamıyorum cevabı geçerli bulunmamıştır. Ancak kanserle ilgili Türkçe yayınlar gerek internet siteleri gerekse kanser dergileri olarak çoğaltılabilir. Hemşirelerin neredeyse %70'i çalışma ortamlarında böyle bir alışkanlık olmadığını belirtmişlerdir. Bu sonuç hemşireler ve sağlık kurumları adına oldukça çarpıcıdır. Sağlık kurumları hemşireler için sadece günlük rutin işlerini yapacakları yerler olmamalıdır. Sağlık kurumlarında hemşirelere ve diğer sağlık personeline kendilerini geliştirebilecekleri ve bazı konularda uygulama yapabilecekleri ortamlar hazırlanabilir.

Araştırmaya katılan hemşirelerden yakınları kanser alanlara bakıldığında; hemşirelerin yakınlarından %45,2'si kanser tanısı almış ve %54,8'i kanser tanısı almamıştır (Tablo 11). Hemşirelerin yakınlarından neredeyse yarısının kanser tanısı aldığı görülmektedir.

Hemşirelerin yakınlarının aldıkları kanser tanısına göre dağılımlarını incelersek; %32,3'ü meme kanseri, %16,7'si kolon kanseri, %22,9'u akciğer kanseri, %2,1'i pankreas başı kanseri, %3,1'i cilt kanseri, %2,1'i larenks kanseri, %5,2'si prostat kanseri %1'i trakea kanseri, %9,4'ü mide kanseri, %1'i lösemi, %1'i lenf kanseri, %1'i karaciğer kanseri ve %2,1'i uterus kanseri tanısı almışlardır (Tablo 12). Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türü ve akciğer kanseri erkeklerde en sık görülen kanser türü olmakla beraber her iki cinste de en çok ölüme neden olan kanserlerin başında yer alır (1,18,37,47,50). Araştırma sonuçlarında ortaya çıkan meme ve akciğer kanseri oranları literatür bilgilerini desteklemektedir (20-22,47-51).

Araştırmaya katılan hemşirelerin kanserden korunma ve erken tanıya ilişkin eğitim verme durumlarına bakılırsa, %36,7'sinin kanserden korunma ve erken tanıya ilişkin eğitim verdiği ve %63,3'ünün bu konuda eğitim vermedikleri görülmektedir



(Tablo 13). Mısır'da yapılan bir çalışmada halkın sadece %10'u kanser konusunda hemşireden, %90'ı televizyon ve pratisyen hekimden bilgi aldıklarını belirtmişlerdir (53). Yapılmış olan başka bir yabancı çalışmada ise 40-69 yaş arası kadınları yalnızca %34'ünün pap-test yaptırdığını belirtmiştir (58). Yapılmış olan bu çalışmalar bizim çalışmamızın sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Görüldüğü gibi hemşireler eğitici olabilecek konumda olmalarına rağmen etkili olamamaktadırlar. Ayrıca klinikte çalışıyor olsalar bile sağlığın korunması ve geliştirilmesi hedefi doğrultusunda toplumu tehdit eden hastalıklar konusunda eğitim vermeleri beklenmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerden kanserle ilgili eğitim verenlerin eğitimi nerede ve nasıl uyguladıklarına baktığımızda; %40,3'ü ailesine ve yakınlarına, %53,2'si hastalara, %6,5'i okullarda öğrencilere kanserle ilgili eğitim vermişlerdir (Tablo 14). Klinikte çalışan hemşirelerin hasta ve hasta yakınlarıyla görüşmesi ve konuşması olağan bir sonuçtur. Okul gibi kurumlarda eğitim programları ise daha çok sağlık ocağı hemşirelerini ilgilendiren bir durumdur. Araştırma sonuçları bu durumla bağlantılı olarak beklenen bir sonuçtur.

Araştırmaya katılan hemşirelerin sigara kullanım durumlarına bakıldığında; %39'unun sigara kullandığı ve %61'inin sigara kullanmadığı görülmektedir (Tablo 15). Diğer sağlık çalışanları ve hemşireler üzerinde sigara kullanımı konusunda yapılan çalışmalarda hekimler, diş hekimleri, hemşireler ve ebelerin büyük bir kısmının sigara kullandığı belirtilmiştir. Bizim çalışmamızdan elde edilen sonuçlar da Argon-Burkan, Uysal-Özyurda ve Dramalı'nın araştırma sonuçlarını desteklemektedir (20,54,55). Sigara içmenin önlenebilir hastalık ve erken ölümlerin en önemli nedeni olduğu uzun yıllardan beri bilinmektedir. Sigara içme, insan sağlığı üzerinde oluşturduğu olumsuz etkileri nedeniyle etkin önlemler alınmasını gerektiren önemli bir sağlık sorunudur. Sigara ile mücadelede sağlık personeline özellikle hekim ve hemşirelere büyük görevler düşmektedir. Literatür bilgileri ve bizim çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar ile hekim ve hemşirelerin bu konudaki tutum ve davranışları oldukça düşündürücüdür.

Araştırmaya katılan hemşirelerin sigara kullanım sürelerine göre dağılımları incelendiğinde %21,9'unun 1-4 yıldır, %45,1'inin 5-9 yıldır, %25,7'sinin 10-14 yıldır ve %7,2'sinin 15 yıl ve daha uzun süredir sigara kullandıkları görülmüştür

(Tablo 16). Bu sonuç araştırmamıza katılan hemşirelerden büyük çoğunluğunun yaş ortalamalarının düşük olmasıyla açıklanabilir (Tablo 1).

Hemşirelerin kanserin erken tanısı ve kanserden korunmaya ilişkin bilgi puanlarının eğitim durumlarına göre dağılımına baktığımızda; sağlık meslek lisesi mezunları 73,85 puan, nlisans mezunları 72,31 puan, lisans ve yüksek lisans mezunları ise 75,26 puan almışlardır (Tablo 17). Eğitim düzeyi arttıka hemşirelerin bilgilerinin artması beklenmektedir. Lisans ve yüksek lisans mezunu hemşirelerin bilgi puanlarının daha yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Sağlık meslek lisesi mezunlarının nlisans mezunu hemşirelerden daha yüksek puan alması ise tesadf bir sonuç olabilir. Bu çalışmadan çıkan sonuçlar literatür bilgilerini desteklemekte ve Sarı'nın ve Chong ve arkadaşlarının sonuçlarıyla paralellik göstermektedir (1,56). Konuların programda daha içerikli alınması durumunda hemşirelerin bilgi puanlarının daha çok artabileceği dşnlmektedir. Sağlık meslek lisesi, nlisans, lisans ve yüksek lisans mezunları ile kanserden koruma ve erken tanısına ilişkin bilgi puanları arasındaki fark istatistiksel değerlendirmede anlamsız bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan hemşirelerin kanserden korunma ve kanserin erken tanısına ilişkin bilgi puanlarının görev sürelerine göre dağılımı incelendiğinde; 0-4 yıldır çalışanlar 75,61 puan, 5-9 yıldır çalışanlar 73,70 puan ve 10 yıl ve daha uzun süredir çalışanlar 71,68 puan almışlardır (Tablo 18). Sonuçlardan anlaşıldığı üzere hemşirelerin çalışma süreleri arttıka bilgi puanları düşmüştür. Bu bulgular, mezun olunan ilk yıllarda bilgilerin daha taze olması ve mesleğe yeni başlayan hemşirelerin daha bilinçli çalışmak istemelerinin bir sonucu olabilir. Bu çalışmanın sonuçları Bedük'n hemşireler üzerinde meme kanserinin erken tanısı ile ilgili çalışmasıyla paralellik göstermektedir (57). Bizim alışma sonuçlarımızdan farklı olarak Sarı'nın çalışmasında ise hem mezuniyetin ilk yıllarında olan hemşireler hem de uzun süredir çalışmakta olanların bilgi puanları düşük bulunmuştur (1). Bu da Sarı'nın çalışmasında araştırma kapsamına alınan hemşirelerin mezun oldukları okullarda müfredat programında konunun yeterince ele alınmamasının bir sonucu olabilir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, hemşirelerin çalışma süreleri ile kanserin erken tanısı ve kanserden korunmaya ilişkin bilgi puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Araştırmaya katılan hemşirelerin kanserin erken tanısı ve kanserden korunmaya ilişkin bilgi puanları ile kanserle ilgili eğitim alma durumları arasındaki ilişki incelendiğinde; hemşirelerden kanserle ilgili eğitim alanlar 72,96 puan, kanserle ilgili eğitim almayanlar ise 73,83 puan almışlardır (Tablo 19). Sonuçlara baktığımızda kanser konusunda eğitim alan hemşirelerin ve eğitim almamış olanların bilgi puanları arasındaki fark yok denecek kadar azdır. Oysa eğitim alanların bilgi puanlarının daha yüksek çıkması beklenmektedir. Dünyada ve Türkiye’ de her 10 ölümden biri kanser nedeniyle olmaktadır. En sık görülen ikinci hastalıktır ve bilinen etkenlerden korunulduğu takdirde önemli bir korunma potansiyeli vardır. Erken tanısı halinde tedavi şansı yüksek olan kanser türleri belirtilmiştir (1,4,15,17,18,54). Ancak bu sonuçlara ulaşabilmek için önemli bir konumda bulunan hemşirenin, bu konuyu bilmesi ve bilmiyorsa eğitilmesi gerekmektedir. Kanser konusunda eğitimin daha sık ve düzenli aralıklarla yapılması ve eğitim konusunun daha kapsamlı olması durumunda bilgi düzeylerinin yükseltilmesi beklenmektedir. Konuyla ilgili Amerika’da yapılmış bir çalışmada ise kanser konusunda eğitim almış hemşirelerin kanserle ilgili eğitim almamış hemşirelere göre bilgi düzeyleri arasında belirgin farklar bulunmuştur (37). Bu sonuçlar çalışmamızla farklılık göstermekle birlikte bunun nedeni gelişmiş ülkelerde kanser konusundaki eğitim politikalarının ve sağlık sistemi işleyişinin farklı olması ile açıklanabilir. Kanserin erken tanısı ve kanserden korunmaya ilişkin bilgi puanlarının kanserle ilgili eğitim alma durumları arasındaki fark anlamsız bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan hemşirelerin kanserin erken tanısı ve kanserden korunmaya ilişkin bilgi puanlarının sigara kullanım durumları ile ilişkisine bakıldığında; hemşirelerden sigara kullananların bilgi puanı 75,24 kullanmayanları bilgi puanı ise 72,71 bulunmuştur (Tablo20). Sigara başta akciğer kanseri olmak üzere daha birçok kanser türüne neden olan en önemli etkidir. Araştırmamızın sonuçlarına göre sigara içen hemşireler kanser konusunda daha fazla bilgiye sahiptirler. Bu da sigaranın nelere neden olduğu konusunda daha duyarlı ve araştırmacı davranmalarıyla açıklanabilir. Hemşirelerin kanser konusundaki bilgi puanları ile sigara içme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Araştırmaya katılan hemşirelerin kanserin erken tanısı ve kanserden korunmaya ilişkin bilgi puanları ile eğitimi aldıkları yere göre dağılımında; hemşirelerden kurum içinde eğitim almış olanlar 74,10 puan ve kurum dışında eğitim almış olanlar 70,46 puan almışlardır (Tablo 21). Kurum dışı eğitim programlarına katılmak hizmet içi eğitim programları kadar ekonomik ve kolay olmamaktadır. Hizmet içi eğitim programlarının, hitap edilen kitlenin azlığı ve grubun aktif katılımının daha rahat sağlanması nedeniyle daha etkin olduğu düşünülmektedir. Hemşirelerin kanser konusundaki bilgi puanları ile eğitimi aldıkları yer arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan hemşirelerin kanserin erken tanısı ve kanserden korunmaya yönelik bilgi puanlarının yaşla ilişkisi incelendiğinde; hemşirelerden 28 yaşın altında olanların 74,78 puan ve 28 yaşın üzerinde olanlar 71,86 puan aldıkları görülmektedir (Tablo 22). Genç hemşirelerin mesleğe yeni başladıkları ve çoğunluğunun lisans mezunu oldukları düşünülmektedir. Genç hemşirelerin kanser konusundaki bilgi puanları ile yaş arasındaki fark anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin kanserin erken tanısı ve kanserden korunmaya ilişkin bilgi puanlarının kanserle ilgili yayın takibi ile ilişkisini incelersek; hemşirelerden kanserle ilgili yayın takip edenler 73,30 puan ve yayın takip etmeyenler 73,87 puan almışlardır (Tablo 23). Kanserle ilgili yayın takip edenlerin daha yüksek puan almaları beklenmekte iken, hemşirelerin kanserle ilgili yayın takip etmeleri bilgi düzeylerini etkilememiştir. Yapılan yabancı bir çalışmada kanserle ilgili yayın takip eden hemşirelerin daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur (59). Bu sonuç bizim çalışma sonucumuzla farklılık göstermektedir. Türkiye’de sağlık alanında yeterince Türkçe kaynak ve araştırma bulunmadığını ve sağlıkla ilgili okullarda daha güncel olduğu için yabancı kaynakların seçildiğini göz önüne alırsak bu sonucun üzücü ancak beklenen bir sonuç olduğu düşünülmektedir. Hemşirelerin kanserle ilgili bilgi puanları ile kanserle ilgili yayın takibi arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

Bir kişinin geçmişte yaşadığı olaylar, olayla ilgili konulara ilgiyi arttıracığından yada hatırlamayı kolaylaştıracağı düşüncesi doğrultusunda yakınları kanser tanısı alan hemşirelerin kanserin erken tanısı ve kanserden korunmaya ilişkin

bilgi düzeylerine bakılmıştır. Buna göre yakınları kanser tanısı alan hemşireler 75,18 puan, yakınları kanser tanısı almayan hemşireler 72,48 puan almışlardır(Tablo 24). Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Hemşirelerin kanserin erken tanısı ve kanserden korunmaya ilişkin bilgi puanları ile kanser konusunda eğitim verme durumları incelendiğinde; kanserle ilgili eğitim verenler 74,85 puan, eğitim vermeyenler ise 73,03 puan almışlardır (Tablo25). Hemşirelerden yalnızca üçte biri kanser konusunda eğitim verdiklerini bildirmişlerdir. Çalışmamız sonucunda beklendiği gibi kanser konusunda eğitim verenlerin bilgi puanı daha yüksek çıkmıştır. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Araştırma sonuçları Sarı' nın araştırma sonuçları ile paralellik göstermektedir (1).



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuç

Hastanede bir başka nedenle yatan hastaların da kanser riski altında olabileceği düşüncesinden hareketle, koruyucu hizmetlerde klinik hemşiresinin de rolü olduğunu kanıtlamak ve klinikte çalışan hemşirelerin kanserin erken tanısı ve kanserden korunmaya ilişkin bilgi düzeylerinin ölçülmesi amacıyla yapılan çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir:

1) Araştırmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğu (%49) 24-29 yaş grubundadır.

2) Araştırmaya katılan hemşirelerin %20'si sağlık meslek lisesi, %43,3'ü önlisans ve %31,9'u lisans ve yüksek lisans mezunudur.

3) Araştırmaya katılan hemşirelerin yalnızca %15,2'sinin kanserle ilgili eğitim aldıkları ve %84,4'ünün kanser konusunda eğitim almadıkları saptanmıştır.

4) Kanser konusunda eğitim alan hemşirelerden %68,8'i aldıkları eğitimi hizmet içi eğitim programlarında, %31,3'ü kurum dışında aldıklarını ifade etmişlerdir.

5) Aldıkları eğitimi uygulamaya geçiren hemşirelerden %62,5'i hastalara eğitim verdiklerini belirtmişlerdir.

6) Araştırmaya katılan hemşirelerden %29,5'inin kanserle ilgili yayın takip ettikleri, %70,5'inin kanserle ilgili yayın takip etmedikleri saptanmıştır.

7) Araştırmada hemşirelerin kanserle ilgili yayın takibinde %51,6'sının kitap ve dergi gibi yayın organlarını kullandıkları bulunmuştur.

8) Araştırmaya katılan hemşirelerin %64,2'si çalışma ortamlarında böyle bir alışkanlık olmadığı için kanserle ilgili yayın takip etmediklerini ifade etmişlerdir.

9) Araştırmaya katılan hemşirelerin yakınlarından %45,2'si kanser tanısı almıştır. Bunlardan %32,3'ü meme kanseri ve %22,9'u akciğer kanseri tanısı almıştır.

10) Araştırmada hemşirelerin %36,7'sinin kanser konusunda eğitim verdiği ve %63,3'ünün kanser konusunda eğitim vermediği saptanmıştır.

11) Araştırmada hemşirelerin %39'u sigara kullandığını %61'i sigara kullanmadığını ifade etmişlerdir.

12) Konuya ilişkin bilgi düzeyleri ile eğitim durumları arasında anlamsız bir ilişki saptanmış ( $p>0,05$ ), ancak eğitim düzeyleri arttıkça konuya ilişkin bilgi düzeylerinin de artış gösterdiği saptanmıştır.

13) Hemşirelerin bilgi düzeyleri ile hizmet yılları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Hemşirelerin çalışma süreleri arttıkça bilgi düzeyleri azalmıştır.

14) Hemşirelerin bilgi düzeyleri ile sigara kullanım durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Sigara kullanan hemşirelerin kanser konusundaki bilgi düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.

15) Hemşirelerin bilgi puanları ile eğitim aldıkları yer arasında anlamsız bir ilişki bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Kurum içinde hizmet içi eğitim programlarına katılanların bilgi düzeyleri kurum dışında eğitim alanlardan yüksek bulunmuştur.

16) Hemşirelerden yakınları kanser tanısı alanların bilgi düzeyleri yakınları kanser tanısı almayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

## 6.2. Öneriler

- 1) Tedavi kurumlarında çalışan hemşirelere, kanserden korunma, erken tanı belirtileri ve fizik muayene konusunda hizmet içi eğitim programlarının başlatılması ve sürekliliğinin sağlanması,
- 2) Başka nedenlerle hastaneye başvuran hastalara yönelik kanser tarama, izlem programlarının başlatılması ve periyodik şekilde uygulanması,
- 3) Doktor ve hemşire işbirliği bu tür tarama programlarında etkin olması nedeniyle doktor-hemşire işbirliğinin hastane politikası haline getirilmesi,
- 4) Kanser konusundaki Türkçe yayınların arttırılması,
- 5) Hemşirelerin konuya ilişkin yayın takip etmeleri.





**KAYNAKLAR**

1. Sarı M., (1997), Hemşirelerin Kanserden Korunma ve Kanserin Erken Tanısına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi, (Yüksek Lisans Tezi), Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
2. Fişek N., (1983), Halk Sağlığına Giriş, Ankara, Çağ Matbaası.
3. Nural N., (1995), Kanseri Riski Altında Olan Kişilerin Saptanmasında Hemşirenin Rolü, (Doktora Tezi), Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
4. Kutluk A., Kars A., (1996), Kanseri Konusunda Genel Bilgiler, T.C. Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Daire Başkanlığı Yayını, (2. Baskı), ISBN 975-7571-12-4, Ankara, 15-77.
5. Sherman C.D., Calman K.C., Eckhardt S., Elsebail I., Fırat D., Hossfeld D.K., Paunier J.P., Salvadori B., (Eds.), (1992), Klinik Onkoloji, (5. Baskı), Uluslararası Kanseri Savaş Birliği, Sağlık Bakanlığı Türk Kanseri Araştırma ve Savaş Kurumu Ortak Yayını, 5-29.
6. Criss E., Baysal A., (1999), Kanserden Korunmak İçin Beslenme Rehberi, Ankara, Hatiboğlu Yayınevi, 7-29.
7. Fadiloğlu Ç., (1996), Kanseri ve Hemşire, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 12:3, 147-161.
8. Highfield F.M., (1992), Spiritual Health of Oncology Patients, Cancer Nursing 15(2), 1-8.
9. Nichols B., Misra R., Alexy B., (1996), Cancer Detection: How Effective is Public Education, Cancer Nursing, 19(2), 98-103.
10. Aydemir G., (1990), 15-49 Yaş Evli Kadınların Kendi Kendine Meme Muayene Yöntemi ile İlgili Bilgileri, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 6:3, 1-10.
11. Birol L., Akdemir N., Bedük T., (1990), İç Hastalıkları Hemşireliği, (2. Baskı), Vehbi Koç Yayınları, Ankara, 98-108.
12. Alican F., MD, (1993), Kanseri, İstanbul, 2-13.

13. Eylen B., (2001), Bilgi Verici Danışmanlığın Kanser Hastalarının Ailelerinin Sosyal Destek Becerileri Üzerine Etkisi, (Doktora Tezi), Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitimde Psikolojik Hizmetler Anabilim Dalı, Ankara.
14. Downing J., (2001), Oncology Out-Patients Nursing: A Challenge Within The Changing Face of Cancer Care, *European Journal of Oncology Nursing*, **5(1)**, 49-59.
15. Barclay V., Platin N., (1997), Kanser Hemşireliğinde Temel Kavramlar, Teknik Raporlar Serisi, UICC, Uluslararası Kanser Savaş Birliği, Cilt 39, Ankara, 28-52.
16. İnceer B., (1999), Kanserle Yaşamak; Kadına Özgü Kanserlerde Kendine Yardım El Kitabı, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir, 11-25
17. Bilir N., (1986), Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, Yıl 7, Sayı 2.
18. Platin N., (Çev Ed.), (1996), Hemşireler İçin Kanser El Kitabı, (1. Baskı), Amerikan Kanser Birliği, ISBN 975-8088-08-4, 37-42.
19. Aksoy M., (1994), Beslenme ve Kanser, Ankara, Çağ Matbaası.
20. Dramalı A., Güler Ü., Özen Ş., Yavuz M., Özbayır T., (1990), Hastanelerdeki Sağlık Personelinin Sigara Kullanımı ve Kullanım Anındaki Rolünün Değerlendirilmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri.
21. Yavaş Ö., Haydaroğlu A., Aras B.A., (1990), Akciğer ve Larenks Kanserlerinin Sigara ile İlişkisi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri.
22. Fadiloğlu Ç., (1991), Akciğer Kanserleri, Ege Üniversitesi, Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, **7:2**.
23. Gül H., (1995), Türkiye’de Mesleksel Kanser Epidemiyolojisi, (Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi Prevanatif Onkoloji Anabilim Dalı, İstanbul.
24. Erkan C., (1994), İş Sağlığı ve Meslek Hastalıkları, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, Sayı **441**, Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi, 373-396.
25. Krasuska M.E., (1997), The Oncology Nursing in Poland: How to Survive and Grow in the Mean of Change, Fakulty of Nursing, University Medical Academy In Lublin, Poland; Polish Oncology Nursing Society, Poland.

26. Özen Ş., (1994), Meme Kanseri Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, **10:3**, 94-103.
27. Taşkın L., (1990), Genital Sistem Kanserlerinde Risk Faktörleri, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri.
28. Şirin A., (1990), Genital Organ Kanserleri, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, **10:3**, 85-100.
29. Grauzinkas MD, (Ed.), (1988), Treatment and Prognosis, Obstetric and Gynaecology, Gedis And Authors Heinemann Professional Publiship, 470-222.
30. Akdemir N., (1990), Kanserin Erken Tanısında Hemşirenin Rolü ve Erken Tanının Eğitim Programlarındaki Yeri, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri.
31. Underwood S.M., Dobson A., (2002), Cancer Prevention and Early Detection Program for Educators: Reducing the Cancer Burden of Among African Americans Within the Academic Area, J. Natl Black Nurses Assoc, Jul;**13(1)**, 45-55.
32. Bond P., Jordell N., (1997), Cancer Nursing in Europe: A Nursing Perspective, Department of Nursing Studies, University of Edinburgh, Edinburgh Scotland.
33. Cotugna N., (2000), Dietary Factors and Cancer Risk, *Semin Oncol Nurs*, May;**16(2)**, 99-105.
34. White L.N., (1986), Cancer Risk Assesment; Seminars in Oncology Nursing, **2(3:August)**, 184-190.
35. Platin N., (1992), Kanserden Korunmak İçin Edinmemiz ve Vazgeçmemiz Gereken Günlük Alışkanlıklarımız, Türk Hemşireler Dergisi, **42(3)**, 1-39.
36. Glaus A., (1997), Oncology Nursing-Appraoching A New Milenium, Medizinische Clinic (Oncology, Haematology and Gastroenterology), Kantonsspital, Switzerland.
37. Pinotti J.A., MD, Barros A.C.S.D., MD, Hegg R., MD, Zeferino L.C., MD, (1995), Breast Cancer Control Program in Developing Countries, Breast Dis, Elsevier Science Inc, 8:243-250.
38. Beck L.A., (2003), Cancer Rehabilitation: Does it Make a Difference?, Rehabil Nurs, Mar-Apr;**28(2)**, 42-7.

39. Yiğit R., (1998), Meme Kanseri ve Hemşirenin Bu Konuda Yapabileceği Eğitim, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, **14(3)**, 291-300.
40. Köksal O., (1992), Kanser Etiyolojisinde Beslenme, Diyet ve Vitaminler, Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Bülteni, Yıl 13, Sayı **1-2**.
41. Geller A.C., Annas G.D., (2003), Epidemiology and Nonmelanoma Skin Cancer, *Semin Oncol Nurs*, Feb;**19(1)**:2-11.
42. Mahon S.M., (2003), Skin Cancer Prevention Education and Public Health Issues, *Semin Oncol Nurs*, Feb;**19(1)**:52-61.
43. Coşkun B., (1991), Sigara ve Kanser, I. Kanser Sempozyumu, T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Daire Başkanlığı, Ankara.
44. Frank M., Rohan K., (1992), Nursings Involvement in the Primary and Secondary Prevention of Cancer, *Cancer Nursing*, Vol:**15**, N:2, Raven Press New York.
45. Haskel C.M., Berek J.S., (2002), *Cancer Treatment, (4th ed.)*, WB Saunders Company, London, 92-96.
46. Martino Maze C.D., (2002), Nursing Care of Patients with Gastrointestinal Cancer: Astaff Development Approach, *J. Nurses Staff Dev*, Nov-Dec;**18(6)**:327-32.
47. Yavuz M., (1995), Mastektominin Kadının Toplumsal Yaşamı Üzerine Etkileri, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, **11:3**, 112-118.
48. Güler N., (1993), Kadınların Meme Kanserinin Belirtileri ve Korunma Yolları Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Saptanması, *Hemşirelik Bülteni*, Cilt VI, Sayı **25-26**.
49. Vogel W.H., (2000), The Advanced Practice Nursing Role in a High-Risk Braest Cancer Clinic, *Oncol Forum*, Jan-Feb;**30(1)**:115-22.
50. Varan A., (1995), Meme Kanserinde Tarama Yöntemleri ve Erken Tanı, *Türk Kanser Haberleri*, Sayı:**125**.
51. Şirin A., (1988), Serviks Kanserleri ve Hemşirelik Bakımı, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, **4:2**, 37-43.

52. Fıstıkçıoğlu A., (1985), Kanserli Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Kanser Ağrısı Hakkındaki Bilgilerinin Araştırılması, (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
53. Ali N.S., (1996), Cancer Prevention and Early Detection Among Egyptians, Cancer Nursing, Philadelphia, Vol:19, N:2.
54. Argon G., Burkan M., (1995), Manisa İli Hastanelerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sigara Konusundaki Tutum ve Davranışları, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 11:3, 49-59.
55. Uysal H., Özyurda F., (1995), Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerde Sigara İçme Durumu ve Sigaraya Başlama Nedenlerinin Araştırılması, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 12:3.
56. Chong P.N., Krishnan M., Hong C.Y., Swah T.S., (2002), Knowledge and Practice of Breast Cancer Screening Amongst Public Health Nurses In Singapore, Singapore, *Med J*, Oct;43(10):509-16.
57. Bedük T., (1985), Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Meme Kanserinin Erken Tanısına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Saptanması, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu I. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri.
58. Kim K., Yu E.S., Chen E.H., Kim J., Kaufman M., Purkiss J., (1999), Cervical Cancer Screening Knowledge and Practices Among Korean-American Women, *Cancer Nurs*, Aug;22(4):297-302.
59. Entekin N.M., Mc Millan S.C., (1993), Nurses' Knowledge, Beliefs and Practices Related to Cancer Prevention and Detection, *Cancer Nurs*, Dec;16(6):431-9.

**Ek-1**

Sevgili meslektaşlarım;

Ben Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dahiliye Anabilim Dalı'nda yüksek lisans programı öğrencisiyim. şu an tez aşamasında olup **hemşirelerin kanserin erken tanısı ve kanserden korunmaya ilişkin bilgi düzeylerini** ölçmeye yönelik araştırma yürütmekteyim. Araştırmama bu formu doldurarak destek verdiğiniz için teşekkür ederim.

- Anketin uygulandığı hastane:

1- Yaşınız:.....

2- Eğitim durumunuz aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Sağlık Meslek Lisesi
- b) Önlisans
- c) Lisans
- d) Yüksek Lisans

3- Kaç yıldır hemşirelik yapıyorsunuz?

- a) 0-4 yıldır
- b) 5-9 yıldır
- c) 10-14 yıldır
- d) 15 yıl ve üzeri

4- Kanserle ilgili eğitim aldınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

5- Aldığınız eğitim;

- a) Kurum içi
- b) Kurum dışı

6- Aldığınız eğitimi uygulamaya geçirme fırsatınız oldu mu?

- a) Evet
- b) Hayır

7- Cevabınız 'evet' ise nerede ve nasıl?.....

8- Kanserle ilgili yayın takip ediyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

9- Cevabınız 'evet' ise bunlar hangi yayınlardır?

- a) Kitap-Dergi
- b) Radyo-TV
- c) Ders notları
- d) Diğer.....

10- Cevabınız 'hayır' ise nedenlerini işaretleyiniz;

- a) Kaynak bulamıyorum
- b) Zamanım yetmiyor
- c) İlgimi çekmiyor
- d) Çalışma ortamımda böyle bir alışkanlık yok

11- Yakınlarınızdan kanser tanısı alan oldu mu?

- a) Evet
- b) Hayır

12- Evet ise ne kanseri?.....

13- Şimdiye kadar bireye, aileye yada topluma kanserden korunma ve kanserin erken tanısına ilişkin eğitim verdiniz mi?

- a) Evet
- b) Hayır

14- Cevabınız 'evet' ise nerede ve nasıl?.....

15- Sigara kullanıyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

16- Evet ise kaç yıldır?.....

### Risk Grupları

17- Aşağıdakilerden hangisi deri kanserinde risk oluşturmaz?

- a) Ailede deri kanseri öyküsü olanlar  
b) Açık renkli(beyaz ırktan) olanlar  
c) İnşaat işçileri  
d) Vücudunda yanık yada yaralanma sonucu iz olanlar

18- Aşağıdakilerden hangisi mide kanserinde risk oluşturmaz?

- a) Besinleri fazla tuzlu yeme alışkanlığı olanlar  
b) Ailede mide kanseri öyküsü olanlar  
c) Fast-food beslenme alışkanlığı olanlar  
d) Çok hızlı yemek yeme alışkanlığı olanlar

19- Aşağıdakilerden hangisi kolon kanserinde risk oluşturmaz?

- a) Fazla lifli besin tüketenler  
b) Ülseratif kolit öyküsü olanlar  
c) Sık sık kabız olanlar  
d) Ailede kolon kanseri öyküsü olanlar

20- Aşağıdakilerden hangisi meme kanserinde(bayanda) risk oluşturmaz?

- a) 25 yaş üstü bayan olmak  
b) 40 yaş üstü bayan olmak  
c) Memede fibrokistik hastalığı olanlar  
d) Memeler arasında büyüklük farkı olması

21- Aşağıdakilerden hangisi over-uterus kanserinde risk oluşturmaz?

- a) Hiç doğurmamış olmak  
b) Gebelik ve lohusalık döneminde iyi bakım görmeyenler  
c) Ailede over-uterus kanseri öyküsü olanlar  
d) Sık sık sistit olanlar

22- Aşağıdakilerden hangisi akciğer kanserinde risk oluşturmaz?

- a) Nemli bölgelerde yaşayanlar  
b) Sigara kullananlar  
c) Tütün çiğneyenler  
d) Hava kirliliği olan bölgelerde yaşayanlar

23- Aşağıdakilerden hangisi karaciğer kanserinde risk oluşturmaz?

- a) Aşırı alkol alımı  
b) Sıcak ve kuru iklim bölgesinde yaşamak  
c) Uzun süreli ilaç kullanım öyküsü olanlar  
d) Uzun süreli sigara kullanımı



**Erken Belirtiler**

- 24- Aşağıdakilerden hangileri deri kanserinde erken belirtilerdendir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
- Son altı ay içinde vücuttaki bir bende kanama, renk ve şekil değişikliği olması
  - Ciltte açılan yaraların geç kapanması
  - Vücudun herhangi bir bölgesinde yeni ben/benler oluşması
  - Ciltte uzun süreli ülseratif değişiklikler
  - Ciltteki akne oluşumunun artması
- 25- Aşağıdakilerden hangisi mide kanserinde görülen erken belirtilerden değildir?
- Kilo kaybı
  - Yeme alışkanlığına bağlı olmayan kilo kaybı
  - Sık sık bulantı ve kusma olması
  - Zaman zaman nedeni bilinmeyen karın ağrısı
- 26- Aşağıdakilerden hangisi kolon kanserinde görülen erken belirtilerden değildir?
- Sık kabız veya ishal olma
  - Dışkılama sırasında rektal kanama olması
  - Dışkının renk ve şekil değiştirmesi
  - Dışkılama sırasında ağrı duyulması
- 27- Aşağıdakilerden hangisi meme kanserinde(bayanda) görülen erken belirtilerden değildir?
- Memede akıntı ve kanama olması
  - Meme başında çökme olması
  - Memede nedeni bilinmeyen ağrı
  - Memede ele gelen kitle olması
- 28- Aşağıdakilerden hangisi over-uterus kanserinde görülen erken belirtilerden değildir?
- Post koital kanama olması
  - Vaginal akıntıda artış olması
  - Akut abdominal ağrı
  - Adet kanamasında artış
- 29- Aşağıdakilerden hangileri akciğer kanserinde görülen erken belirtilerden değildir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
- Nedeni bilinmeyen karın ağrısı
  - Tükürükte kan olması
  - Sürekli devam eden öksürük
  - Göğüs kafesinde değişiklik meydana gelmesi
  - Soluk alıp vermede güçlük olması

30- Aşağıdakilerden hangileri karaciğer kanserinde görülen erken belirtilerdendir?  
(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- a) Kilo kaybı
- b) Akut abdominal ağrı
- c) Karında ele gelen kitle
- d) Sık idrara çıkma
- e) Alt ekstremitelerde ödem
- f) Zaman zaman nedeni bilinmeyen karın ağrısı

31- Aşağıda hemşirenin yönlendirmesi gereken erken tanı yöntemleri ve kanser çeşitleri verilmiştir. Doğru olanları eşleştirin.

- a) Her ay menstüasyon sonrası meme muayenesi ( ) Over-uterus kanseri
- b) 25 yaş üzerinde yıllık pap-test ve pelvik muayene ( ) Cilt kanseri
- c) 40 yaş üzerinde yıllık rektal muayene ( ) Meme kanseri
- d) Ciltte meydana gelen değişiklikler ( ) Kolon-rektum kanseri

32- Kanserden korunmaya yönelik önerileriniz aşağıdakilerden hangileridir?

- a) Bitkisel gıdalara ağırlık verip hayvansal gıdalar tüketmeyin.
- b) Sigarayı günde bir paketten az için, mümkünse azaltın.
- c) Kırmızı et tüketimine ağırlık verin.
- d) Etleri ateşte direkt tutarak pişirmeyi tercih edin.
- e) Memede ele gelen kitle varsa hemen doktora başvurun.
- f) Beyaz et tüketimini arttırın.
- g) Kalsiyum ve C vitaminini yeterli alın.
- h) Her yıl mamografi çektirin ve pap-smear testi yaptırın.