

156206

T.C

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

NEVŞEHİR İLİ UÇHISAR KASABASINDA YAŞAYAN  
BİREYLERDE KANSER RİSK FAKTÖRLERİ VE ERKEN  
TANI BELİRTİLERİNİN SAPTANMASI

Tezi Hazırlayan  
Rahşan KOLUTEK

Tezi Yöneten  
Prof.Dr.Nimet KARATAŞ

Hemşirelik Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Tezi

Eylül 2004  
KAYSERİ

Bu çalışma, jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
**Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

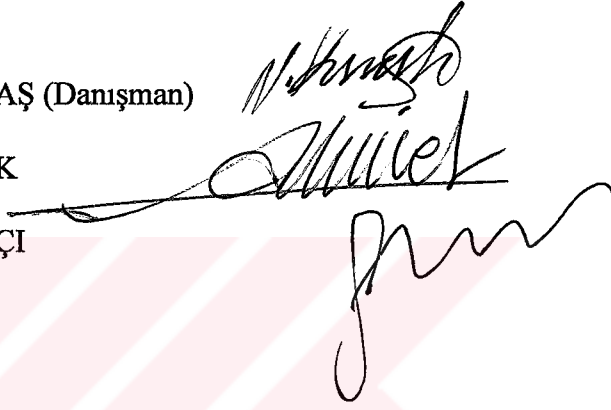
16./09./2004

**JÜRİ**

Üye : Prof.Dr.Nimet KARATAŞ (Danışman)

Üye : Doç.Dr.Ahmet ÖZTÜRK

Üye : Yrd.Doç.Dr.Sultan TAŞÇI



**ONAY:**

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun 20.09.04...tarih ve 317. sayılı kararı  
İle onaylanmıştır.

21./10./2004

Enstitü Müdürü  
Prof.Dr.Meral ASCIOĞLU



### TEŞEKKÜR

Bu tezin hazırlanmasında yardım ve desteklerinden dolayı öncelikle danışmanım Prof.Dr.Nimet KARATAŞ'a ve Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr.Sultan TAŞCI'ya, manevi desteklerinden dolayı Prof.Dr.Meliha ATALAY'a, Öğr.Gör.Hülya BAŞDOĞAN'a, Okt.Nuray ŞİMŞEK'e ve bütün arkadaşlarıma, uygulamalarımda yardımlarından dolayı Uçhisar Sağlık Ocağı Personeline, Uçhisar Belediyesi Personeline ve Uçhisar halkına teşekkür ederim.

**NEVŞEHİR İLİ UÇHISAR KASABASINDA YAŞAYAN BİREYLERDE  
KANSER RİSK FAKTÖRLERİ VE ERKEN TANI BELİRTİLERİNİN  
SAPTANMASI**

**ÖZET**

Nevşehir ili Uçhisar kasabasında yaşayan bireylerde kanser risk faktörleri ve erken tanı belirtilerinin saptanması konulu araştırma tanımlayıcı olarak planlanmış ve uygulanmıştır.

Araştırmanın evrenini Uçhisar kasabasındaki 2200 hane oluşturmaktadır. Örneğin seçiminde ev halkı tespit fişleri kullanılarak basit rasgele örnekleme yöntemi ile 351 hane örneğe alınmıştır. Hanelerde görüşmenin kiminle yapılacağına karar vermek için evde bulunan erişkinlere bir numara verilerek basit rasgele sayılar tablosu yardımıyla seçim yapılmıştır.

Verilerin toplanmasında anket formu kullanılmış olup verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında yapılmıştır. Verilerin analizinde yüzdeler kullanılmıştır.

Araştırmamızın sonucunda bireylerin kendi ifadelerine göre tamamında kansere ilişkin bir veya birden fazla risk faktörü ve erken tanı belirtisi bulunduğu saptanmıştır. Ayrıca araştırma kapsamına alınan bireylerin akrabalarında en çok görülen kanser türlerinin akciğer (%30), mide (%18.5) ve baş boyun (%8.2) kanserleri olduğu saptanmıştır. Uçhisar'da en önemli risk faktörü olarak uzun süre güneş altında kalma (%83.5), obezite (%66.1) ve üzüm bağında çalışma (%80.6) olduğu tespit edilmiştir.

Bu bulgulara dayanarak kansere ilişkin bilgi verilmesi, üzüm bağında çalışanların çalışma sırasında ağız ve burunlarını örtüyle kapatmaları, fazla kilo alımından kaçınmaları gibi konularda önerilerde bulunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Kanser, risk faktörleri, erken tanı

## **DETERMINING THE RISK FACTORS AND EARLY DIAGNOSIS OF CANCER IN PEOPLE WHO LIVE IN UÇHISAR TOWN OF NEVŞEHİR**

### **ABSTRACT**

Determining the risk factors and early diagnosis of cancer in people who live in Uçhisar, a town of Nevşehir was planned and carried out descriptively.

In this research main population is based on 2200 families that live in municipality of Uçhisar town. While choosing sample, 351 household were accepted using household forms with simple random technique. In order to choose the person to be interviewed, a number was given to each adult in the family and simple random numbers table was used for selection.

A questionnaire was used for collection of data, and the collected data was evaluated by computer. In the analysis process percentage were used.

Results derived from the statements of the people indicates that all the people interviewed had at least one risk factor and a possible early diagnosis symptom of cancer. It is determined that the most common cancer species encountered in Uçhisar populace are lung ca (%30), stomach ca (%18.5) and head-neck ca (%8.2). It was seen that staying under the sun for a long time, obesity and working in the vineyard are important risk factors of cancer in Uçhisar.

According to these findings a few suggestion are given concerning about; informing people of cancer, veiling faces (esp. ears and mouth) of workers in vineyards, avoiding putting on weight.

**Key Words:** Cancer, Risk factors, Early diagnosis

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇ KAPAK.....	I
KABUL ONAY SAYFASI.....	II
TEŞEKKÜR.....	III
ÖZET.....	IV
ABSTRACT.....	V
İÇİNDEKİLER.....	VI
TABLO LİSTESİ.....	VII
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. KANSERDE RİSK FAKTÖRLERİ.....	8
2.1.1.Sigara ...	8
2.1.2.Diyet ve şişmanlık.....	8
2.1.3.Alkol.....	10
2.1.4.Meslek.....	10
2.1.5.Çevre kirliliği.....	10
2.1.6.İyonize radyasyon.....	11
2.1.7.Non-iyonize radyasyon .....	11
2.1.8.Virüsler .....	11
2.1.9.İrritasyon .....	11
2.1.10.İlaçlar .....	12
2.1.11.Cinsiyet, Yaş ve Hormonlar .....	12
2.1.12.Genetik Faktörler.....	12
2.2.ORGANLARA GÖRE RİSK FAKTÖRLERİ, ERKEN TANI BELİRTİ VE BULGULARI .....	13
2.2.1.Akciğer Kanseri .....	13
2.2.2.Renal Kanserler .....	14
2.2.3.Mesane Kanseri .....	14
2.2.4.Prostat Kanseri .....	14
2.2.5.Özefagus Kanseri .....	14
2.2.6.Mide Tümörleri .....	15
2.2.7.Kolo-Rektal Kanser .....	15
2.2.8.Pankreas Kanseri .....	15
2.2.9.Karaciğer Kanseri .....	16

## VII

2.2.10.Baş ve Boyun Kanseri .....	16
2.2.11.Cilt Kanseri .....	16
2.2.12.Safra Kesesi Kanseri .....	17
2.2.13.Testis Kanseri .....	17
2.2.14.Tiroid Kanseri .....	17
2.2.15.Servikal Kanser .....	17
2.2.16.Endometriyal Kanser .....	18
2.2.17.Vulva Kanseri .....	19
2.2.18.Vajinal Kanser .....	20
2.2.19.Meme Kanseri .....	20
2.2.20.Over Tümörleri .....	20
2.3.KANSERDEN KORUNMA VE HEMŞİRELİK .....	21
2.3.1.Kendi Kendine Meme Muayenesi .....	23
2.3.1.Testis Muayenesi .....	23
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	24
3.1.ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ .....	24
3.2.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ .....	24
3.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİ .....	25
3.4.ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ .....	25
3.5.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI .....	25
3.6.VERİLERİN TOPLANMASI .....	25
3.6.1.Veri Toplama Formunun Hazırlanması .....	25
3.6.2.Ön Uygulama .....	26
3.6.3.Veri Toplama Formunun Uygulanması .....	26
3.7.VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ .....	26
4. BULGULAR. ....	27
5. TARTIŞMA VE SONUÇ. ....	43
6. KAYNAKLAR .....	55
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

## TABLOLAR LİSTESİ

Sayfa No

<b>Tablo.4.1:</b> Bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları .....	27
<b>Tablo.4. 2:</b> Bireylerin kanser için risk taşıyan işlerde çalışma durumlarına göre dağılımları .....	28
<b>Tablo.4. 3:</b> Bireylerin kanserle ilgili bilgi ve bilgi kaynaklarına göre dağılımları .....	29
<b>Tablo.4.4:</b> Bireylerin halen ve daha önce oturdukları mekanın özelliklerine göre dağılımları .....	29
<b>Tablo.4.5:</b> Bireylerin kanser öyküsü olan akrabaya sahip olma durumlarına göre dağılımları .....	30
<b>Tablo.4.6:</b> Bireylerin 1. 2. ve 3. dereceden akrabalarında görülen kanser türüne göre dağılımları.....	30
<b>Tablo.4.7:</b> Bireylerin herhangi bir hastalık tanısı alma durumlarına ve hastalık türüne göre dağılımları .....	30
<b>Tablo.4.8:</b> Bireylerin sigara kullanma durumlarına göre dağılımı .....	31
<b>Tablo.4.9:</b> Bireylerin sigara dumanına maruz kalma durumlarına göre dağılımı .....	31
<b>Tablo.4.10:</b> Bireylerin alkol kullanma durumlarına göre dağılımı .....	32
<b>Tablo.4.11:</b> Bireylerin güneşte kalma durumlarına göre dağılımları .....	33
<b>Tablo 4.12:</b> Bireylerin yanma kazası geçirme durumlarına göre dağılımları .....	33
<b>Tablo.4.13:</b> Bireylerin diş sağlığı durumlarına göre dağılımları .....	33
<b>Tablo.4.14:</b> Bireylerin röntgen çekirme durumlarına göre dağılımları .....	34
<b>Tablo.4.15:</b> Bireylerin beslenme özelliklerine göre dağılımları .....	34
<b>Tablo.4.16:</b> Bireylerin beden kitle endekslerine göre dağılımları .....	35
<b>Tablo.4.17:</b> Kadınların evlilik öykülerine göre dağılımları .....	35
<b>Tablo.4.18:</b> Kadınların doğurganlık özelliklerine göre dağılımı .....	35
<b>Tablo.4.19:</b> Kadınların menstrüasyon siklusuna ilişkin özelliklerine göre dağılımları .....	36
<b>Tablo.4.20:</b> Kadınların çocuklarını emzirme özelliklerine göre dağılımı .....	37
<b>Tablo.4.21:</b> Kadınların jinekolojik rahatsızlık özelliklerine göre dağılımı .....	37
<b>Tablo.4.22:</b> Kadınların perine hijyenine ilişkin yaptıkları uygulamalara göre dağılımı .....	38



<b>Tablo 4.23:</b> Kadınların meme kanserine ilişkin erken tanı belirtilerine göre dağılımı .....	38
<b>Tablo.4.24:</b> Bireylerin solunum sistemi (akciğer, mezotelyoma..) kanserlerine ilişkin erken tanı belirtilerine göre dağılımı .....	39
<b>Tablo.4.25:</b> Bireylerin baş-boyun kanserlerine ilişkin erken tanı belirtilerine göre dağılımı .....	39
<b>Tablo.4.26:</b> Bireylerin gastrointestinal sistem (özafagus, mide, pankreas, karaciğer, kolorektal) kanserlerine ilişkin erken tanı belirtilerine göre dağılımı .....	40
<b>Tablo4.27:</b> Bireylerin üriner sistem (böbrek, mesane, prostat) kanserlerine ilişkin erken tanı belirtilerine göre dağılımı .....	41
<b>Tablo.4.28:</b> Bireylerin cilt kanserine ilişkin erken tanı belirtilerine göre dağılımı .....	41
<b>Tablo 4.29:</b> Bireylerin genital sistem (testis, serviks, endometriyal, vulva, vajinal, over) kanserlerine ilişkin erken tanı belirtilerine göre dağılımı .....	42



## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Dünyada, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin artması, bilim ve teknolojiadaki gelişmeler, tanı ve tedavideki ilerlemeler, bir çok hastalığın kontrol altına alınmış olması ve sosyal yapıdaki değişimler, insanların yaşam sürelerinin uzamasında olumlu katkı sağlamıştır (1, 2). Ülkemizde doğuştan beklenen yaşam süresi kadınlarda 71, erkeklerde de 66 yıldır (3). Yaşlı nüfusun genel nüfusa oranı arttıkça sorunları da büyümekte ve buna bağlı olarak da toplum sağlığı açısından kronik hastalıklar önem kazanmaktadır (4-6).

Tüm dünyada enfeksiyon hastalıkları önemini korumakla birlikte kronik hastalıkların toplumsal önemi zaman içinde artma göstermiştir. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde kronik hastalıkların oranının arttığı dikkat çekmektedir (4). Kronik hastalıklar içinde en çok görülenler kalp-damar hastalıkları (%40.6), kanser (%11.6) ve serebrovasküler hastalıklar (%6.8) dir (3). Günümüzde kanserler gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde en önemli hastalık ve ölüm nedenleri arasında yer almaktadır (4, 7, 8).

Özellikle yaşam süresinin uzaması, toplumun kendi sağlığı konusunda bilinçlenmesi, tanı yöntemlerinin gelişmesinin yanı sıra gelişmekte olan ülkelerde erken tanı yöntemlerinin yetersizliği, sigara tüketiminin artışı, çevresel karsinojenlerle temasın artmış olması gibi nedenlerle kanser insidansı dünyada artmış ve kanserden ölümler ilk sıralarda yer almıştır (7, 9, 10). Dünyada kansere bağlı ölümler, kardiyovasküler sistem hastalıklarından kaynaklanan ölümlerden sonra gelmektedir (3, 4, 9, 11). Yarısı gelişmekte olan ülkeler olmak üzere her yıl 10 milyon kanser olgusu tespit edilmektedir. 2000 yılı verilerine göre dünyada 22 milyon kanserli hasta bulunmaktadır ve aynı yıl 6 milyon kişi kanser nedeniyle ölmüştür. Kanserler sık görülmesi, tedavisinin pahalı ve

zor olması, iş gücü kaybına neden olması ve yüksek oranda ölümlere yol açması nedeniyle önemli bir toplum sağlığı sorunudur (12, 13).

1999 yılı kayıtlarına göre ülkemizde kanser insidansı yüzbinde 39.41 olarak belirlenmiştir. Yapılan araştırmalara göre ise ülkemizde kanser insidansının yüzbinde 100-150 olması gerektiği belirtilmektedir. Ülkemizde kanser ihbar ve kayıt sistemi yeterli olmadığı için, ülke genelinde kanser olgularının sadece %40-60'ının ihbar edildiği ifade edilmektedir. Bu sonuçlara bakıldığında, eldeki verilerin tam olarak gerçeği yansıtmadığı söylenebilir (14, 15).

Kanser görülme sıklığı ve ölüm oranları ülkeler ve bölgeler arasında değişiklik göstermektedir. Bu değişiklikler bireylerin yaşam biçimi, cinsiyet, yaş, beslenme, kalıtım ve çevre faktörlerine bağlı olarak gerçekleşmektedir. Ülkemizde en sık görülen kanser türleri akciğer (%19.70), meme (%9.45), mide (%7.74), cilt (%5.74), mesane (%5.15) ve kolon (%3.77) kanserleridir (4, 15-20). Bölgelere göre kansere yakalanma sıklığı Ege bölgesinde yüzbinde 37.96, Güneydoğu Anadolu bölgesinde yüzbinde 18.79, Marmara bölgesinde yüzbinde 45.35, İç Anadolu bölgesinde yüzbinde 44.78 ve Akdeniz bölgesinde yüzbinde 39.83, Doğu Anadolu bölgesinde yüzbinde 42.71, Karadeniz bölgesinde yüzbinde 34.70 olduğu belirlenmiştir (15).

Kanser olgularının %80-85'inin yaşam biçimi ve çevresel faktörlere bağlı olarak meydana geldiği belirtilmektedir (7, 21). Bunun üçte biri önlenebilir nedenlerdendir. Bugün insan ve çevre etkileşimi bütün dünyada üzerinde durulan bir konudur. Çevre kirliliği insanda bir çok hastalığın oluşmasına neden olduğu gibi kanser oluşumuna da zemin hazırlamaktadır. Çevresel açıdan hastalık etkeni olabilecek olan erionite ve asbest grubu mineralleri ülkemizde mezotelyoma oluşumunda rol oynayan önemli nedenlerden ikisidir. Türkiye'de 4-6 milyon kişi bu minerallerin bulunduğu bölgelerde yaşamaktadır, dolayısıyla 4-6 milyon insanın risk altında olduğu söylenebilir. Türkiye'nin önemli turizm bölgelerinden biri olan Kapadokya bölgesi zeolit grubu bir mineral olan erionite yönünden zengindir. Tüf kayaları içinde gelişen erionitenin, lifsi-iğnemsî yapısı nedeniyle insanlarda mesotheliomaya yol açtığı tespit edilmiştir (22-24). Kanser yapıcı erionite minerallerinin yoğun olarak bulunduğu yerler; Nevşehir ilinin Karain, Sarıhıdır, Tuzköy, Kızılköy ve Karacaören köyleri olarak belirlenmiştir (24). Kapadokya yöresinde bulunan Karain, Sarıhıdır ve Tuzköy köylerinde yapılan karşılaştırmalı bir epidemiyolojik çalışmada, yüksek oranda malign mesothelioma ve benign radyolojik anormalliklerde artışların olduğu gösterilmiştir. Tuzköy'de malign mezotelyoma sıklığı

%57.1'dir (22, 23). Dünya'da milyonda bir oranında görülen mesothelioma, Tuzköy'de 1000 kat fazla görülmektedir. Bunun sebebi ise tüflü kayalardaki lifsi erionitenin yoğun miktarda bu bölgede bulunmasıdır (24).

Nevşehir Valiliği Nüfus Müdürlüğü'nün ölüm istatistiklerine göre son beş yıl içerisinde hastalık nedeniyle ölenler incelendiğinde; myokard enfarktüsü, kanserler, solunum yolu hastalıkları nedeniyle ölümlerin daha çok olduğu görülmüştür. Son beş yıl içerisinde köy, kasaba ve ilçeler dahil Nevşehir genelinde toplam 337 kanser nedeniyle ölüm gerçekleşmiştir. Kasabalarda kanser nedeniyle ölümlerin bildirimi Göre'de %0.27, Sulusaray'da %0.17, Göreme'de %0.27, Çat'ta %0.19, Nar'da %0.47, Kaymaklı'da %0.27, Kavak'da %0.27 ve Uçhisar'da %0.62'dir. Görüldüğü gibi Uçhisar kasabasında kanser nedeniyle ölenler diğer kasabalara göre daha fazla olmasına rağmen bu konuyla ilgili henüz bir çalışma yapılmamıştır. Kanser riski taşıyan grupların belirlenmesi kanserin önlenmesi için yapılacak çalışmalara kaynak oluşturacaktır. Kapodokya yöresinde yer alan Uçhisar kasabası da benzer çevresel özelliği nedeniyle kanser oluşumunda riskli bir bölge olabileceğinden bu bölgede de araştırmaların yapılması, toplumun kanserin erken belirtileri ve önlenmesine yönelik olarak eğitilmesi yönünden önem taşımaktadır.

Kanser çoğunlukla önlenemez nedenlerle meydana geldiği halde, erken dönemde saptanmadığında birçok olumsuz duruma neden olmaktadır. Kanser tanısı almış olmanın verdiği sıkıntılar; acı çekme, yaşam şekli ve yaşamın niteliğinin değişmesi, üretkenliğin kaybı, aile bütünlüğü ve sosyal ilişkilerin zedelenmesi, tanı, tedavi ve bakım için gereken harcamaların yüksek olmasına bağlı ekonomik sıkıntılar ve her şeyden önemlisi yaşamın kaybıdır. Bu sonuçlar kanserden korunma ya da olabildiğince erken dönemde belirlenmesinin önemini arttırmaktadır. Ancak bilgi eksikliği, korku, ihmal gibi nedenlerle zamanında bir sağlık kuruluşuna başvurulmaması, tanının gecikmesine ve tedavinin de güçleşmesine yol açmaktadır. Bunun yanında insanlar bilimsel olmayan tedavi yöntemlerini kullanarak sağlıklarını daha fazla risk altına sokmaktadırlar (25-27). Türkiye'de, kanser tanısı koyan ve patoloji servisi olan 16 merkezde kanser verilerinin değerlendirilmesine ilişkin yapılan bir çalışmada metastatik kanserlerin erkeklerde %9, kadınlarda ise %9.4 olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, ülkemizde kanserin geç devrede saptandığını göstermektedir. Kanserlerin erken devrede saptanabilmesi için risk gruplarına yönelik erken tanı çalışmalarının artırılması gerekmektedir. Erken tanı çalışmalarının etkinliğinin artırılmasında risk gruplarına

öncelik verilmesi gerekir. Kanser, genellikle ileri yaşlarda ortaya çıkan bir hastalık olmakla birlikte riskli gruplar belirlenerek daha erken yaşlarda koruyucu önlemlerin alınabileceği belirtilmiştir (28, 29). Risk faktörlerinin belirlenmesi hızlı ve ucuz bir yöntem olduğundan maliyet-etkili kaliteli sağlık hizmetlerinin verilmesine de yardımcı olacaktır (30-33). Ancak insanlar aktivitelerini engelleyecek sağlık problemi olmadığı sürece genel sağlık kontrolünden geçmemektedirler. Sağlık personeli tarafından risk altında bulunan bireylere gerekli danışmanlık verildiğinde ise bireyler bunu ciddiye alarak sağlık kuruluşuna başvurmakta ve hastalıkların taranmasında pasif rolden aktif role geçmiş olmaktadır. Kanserde erken tanı konulduğu zaman hastanın kesin tedavi şansı artmakta ve yaşam süresi de uzamaktadır (4, 27, 29, 33, 34). İlerlemiş kolon kanserinde beş yıllık yaşama şansı %6 iken erken saptanan olgularda bu oran %90'ın üzerindedir (4). Erken tanı servikal kanserlerde tedavi şansını hemen hemen %100'e çıkarırken servikal kanser ile ilgili ölümleri de %50 oranında azaltmaktadır (29). Meme kanserinde uzak metastazı olan olgularda beş yıllık yaşam oranı %10 iken, uzak metastazı olmayan olgularda bu oran %50'ye, erken dönemde yakalanmış olgularda ise %80 dolayına çıkmaktadır.

Sağlık risklerinin belirlenmesi ve azaltılması, sağlık görevlilerinin özellikle de hemşirelerin bireylere ve gruplara kendi kendilerine sağlıklarını en üst düzeye çıkarmalarında yardımcı olabilecekleri önemli bir yaklaşımdır. Sağlık risklerinin belirlenmesi ile bireylerin sağlığına etki edebilecek bütün riskler saptanabilir, hastalıktan korunmak için bireyde yaşam tarzı değişiklikleri başlatılabilir veya hastalık yapıcı etkileri en aza indirilebilir (35-37). Nural ve Akdemir'in dahiliye servisinde yatan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmalarında, hastaların kendi ifadelerine göre tamamında kansere ilişkin bir veya birden fazla risk faktörü, olası erken tanı belirtisi ve fizik muayene sonucunda da cilt, boğaz, tiroid, lenf nodları ve kadınlarda memeye ilişkin doktor tarafından gözden kaçabilen bulgular saptanmış ve hemşirelerin iyi bir öykü ve fizik muayene yaparak erken tanıda etkili olabileceği ortaya çıkmıştır (28).

Risk faktörlerinin ve erken tanı belirtilerinin belirlenmesi, yaşam kalitesini yükseltmede önemlidir (28, 29, 30). Hemşirelerin de temel görevlerinden biri sağlığı koruma ve geliştirme olduğuna göre, hemşirelerin kanserden korunmada erken tanı ve risk faktörlerinin belirlenmesi için taramalara katılmaları ve toplumu bu konuda bilinçlendirmeleri gerekir. Kanserlerin %75'i insan vücudunda gözle görülebilen veya basit muayene ve tanı yöntemleri ile kolaylıkla ulaşılabilen yerlerde-dir. Gelişmiş bazı

ülkelerde hemşireler, kanser tarama kliniklerinde çalışmakta ve sağlıklı bireylerde risk faktörlerini saptadıktan sonra onları muayene etmekte, gerekli laboratuvar çalışmaları istemekte ve bunları değerlendirerek, saptanan risk faktörlerine ilişkin eğitim ve danışmanlık yapmaktadırlar (38-40).

Hemşireler uygulamaları sırasında risk altında olan kişilerin saptanması ve kanser, hipertansiyon, diyabet, kalp hastalığı gibi hastalıkların önlenmesinden sorumludurlar. Ülkemizde 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ile ilgili kanunda, halk sağlığı hemşiresinin görevleri arasında “halk sağlığı hemşiresi, toplu ve münferit olarak halka sağlık ve toplum kalkınması eğitimleri yapar” hükmü yer almaktadır (41). Bu anlamda hemşirelerin toplumu özellikle de risk altında olan bireyleri kanserden korunma ve erken tanı belirtileri konusunda bilgilendirmeleri oldukça önemlidir. Kanserın önlenmesi ve erken tedavisinde risk faktörlerinin belirlenmesinin yanı sıra erken tanı belirtilerinin hemşireler tarafından bilinmesi ve risk altındaki bireylere öğretilmesi gerekmektedir.

Ülkemizde kanser risk faktörlerinin ve erken tanı belirtilerinin saptanması ve önlenmesine yönelik çalışmaların özellikle de saha araştırmalarının yetersizliği nedeniyle bu konuda araştırmaların artırılması, risk gruplarının belirlenmesi ve bu gruplara yönelik sağlık hizmetlerinin planlanması gereklidir.

## 2.GENEL BİLGİLER

Sağlık hizmetlerinin amacı birey, aile ve toplumu hastalıklardan korumak ve sağlığı geliştirmektir. Hastalıklardan korunmada en önemli faktör, hastalıkların ortaya çıkmasına neden olan etkenlerin bilinmesi ve bunların ortadan kaldırılmasıdır. Hastalıklardan korunma, birincil, ikincil ve üçüncül koruma olmak üzere üç düzeyde incelenmektedir. Hastalığın nedenlerine yönelik olan korumaya birincil koruma, hastalıkların erken dönemde tanısına ve tedavisine yönelik çalışmalara ikincil koruma, meydana gelen hastalığın ilerlemesini ve komplikasyonlarının önlenmesini içeren korumaya ise üçüncül koruma denir (27, 42).

Devlet İstatistik Enstitüsü'nün mortalite değerlendirmelerine göre ülkemizde kanser, kalp ve damar hastalıklarından sonra ikinci sıradaki ölüm nedenidir (3). Kanser hastalığından korunmada da temel ilke kanserojen faktörlerden (risk faktörleri) uzak durma ve erken tanıdır.

“Kanser” kontrolsüz büyüme ve anormal hücre yayılımı özelliği gösteren hastalıklar grubunu tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Kanserleşme, normal hücrelerin malignite özelliğini kazanma sürecidir. Hücre DNA'sında bir değişim ya da genetik bir zedelenmenin ardından gelen değişimler, kanserleşmenin çok aşamalı sürecini oluşturur.

### NORMAL HÜCRE

BAŞLANGIÇ: Kanserojenle karşılaşma (virüs, radyasyon, kimyasal maddeler, tütün, alkol, genetik yatkınlık....)

### BAŞLANGIÇ HÜCRESİ; Çoğalma

GELİŞME: KANSER ÖNCESİ LEZYON; Genetik değişim



### İLERLEME: MALİGN TÜMÖR; Metastazlar

Kanserden ölümler bölgesel büyüme, uzak dokulara metastaz ve hastalığın sistemik etkileri ile meydana gelir.

Metastaz, tümör hücrelerinin primer odaktan, vücudun değişik yerlerine kan veya lenf yolu ile yayılması olup, malign tümör ile benign (iyi huylu tümör) arasındaki farkı ifade eder.

Kanserler primer tümörün yeri ve dokunun tipine göre isimlendirilir (42-44).

Kanserin, olabildiğince erken dönemde tanınması iyileşme, hastalığın ilerlemesini yavaşlatma, komplikasyonları önleme, sakatlığı sınırlama, yaşam kalite ve süresini arttırmayı olumlu yönde etkiler.

Kanser sıklığında ve mortalitesinde artışa neden olan faktörlere risk faktörleri denir. Kanserin ortaya çıkmasında etkili olan risk faktörleri belirlenerek, bunlardan değiştirilmesi mümkün olanların saptanması ve ortadan kaldırılması ile kanser oluşumu önlenebilir. Kanserde; yaşam tarzı, çevresel ve genetik faktörler olmak üzere üç tip risk faktörü vardır (42, 44).

*Yaşam tarzı ile ilgili faktörler;* sigara, alkol, beslenme, güneş ışığı, cinsel alışkanlıklar, kişisel hijyenik alışkanlıklarıdır.

*Çevresel faktörler;* radyasyon, işyeri, hava-su ve topraktaki karsinojenlerdir.

Bu risk faktörleri büyük oranda bireyler tarafından kontrol altına alınabilecek ve değiştirilebilecek olan faktörlerdir.

*Genetik faktörlerin* ise değiştirilebilmesi mümkün değildir.

Kanserin klinik belirti ve bulgusunun bulunmadığı dönemde hastalığa uygun tarama yöntemleri ile erken tanı konulması iyileşme açısından önemlidir (42-44).

Erken tanı, herhangi bir hastalığın, o hastalığa ait belirtilerin henüz tam olarak ortaya çıkmadığı, kişiye sıkıntı ve acı vermediği ve onu çalışmaktan alıkoymadığı dönemde tanınmasıdır. Preseptomatik dönem adı verilen aşamada, kişi hasta olduğunun farkında değildir. Eğer prepatojen dönemde, gereken birincil koruma önlemleri alınırsa hastalıklar ortaya çıkmayabilir. Hastalığa yakalanan kişide, patojen dönemin başlangıcında oluşan patolojik değişikliklerin erken tanısıyla ayırdına varılabilir ve tedavi yapılırsa, kişi kısa sürede sağlığına kavuşur. Tanının gecikmesi; hastalığının ağırlaşmasına, acı çekmesine, işgücü kaybına, ekonomik zarara, hastanede yatak işgaline, tedavi olanağının ortadan kalkmasına ve kişinin ölümüne yol açabilir. Erken tanı uygulamalarını etkileyen önemli etmenler; halkın eğitim düzeyi, yararlanılan sağlık



hizmetlerinin niteliği, halkın bu hizmetlerden yararlanma derecesi, bireylerin sağlık kuruluşuna giderse hastalık çıkmasından korkması, erken tanının gereğine inanmama, zaman ayırmak istememe olarak belirtilebilir (27, 42).

## **2.1.KANSERDE RİSK FAKTÖRLERİ**

**2.1.1.Sigara:**Akciğer kanserine bağlı ölümlerin yaklaşık %85-90'ının nedeninin sigara içme olduğu ve bu nedenle de önlenebilir olduğu belirtilmektedir. Sigara içenlerde akciğer kanseri gelişimi, içmeyenlere göre on kat daha fazladır. Bu risk, günde içilen sigara sayısı ile orantılıdır. Günde 2 paket ya da üstünde sigara içenlerde risk, içmeyenlere göre 20-25 kez daha fazladır. Aynı zamanda risk, sigaraya erken başlayanlarda artmaktadır. 30 yıl ve daha uzun süre günde bir paket sigara içenlerde, sigara kullanmayanlara göre 20 kat risk artışı olmaktadır

Ağız boşluğu, özafagus kanseri gelişme olasılığı sigara içenlerde içmeyenlere göre beş kat daha fazladır. Sigara ağız, larinks, farinks, özafagus, mesane, böbrek, mide, pankreas, burun boşluğu, lösemi ve serviks kanserlerinin gelişmesinde de rol oynayan önemli bir risk faktörüdür. Sigaranın tüm kanserlerin %30'uyla ilişkili olduğu bulunmuştur (42-45).

Sigara hiperplaziden displaziye ve insitu karsinomaya dönüşen şekilde solunum epitelinde değişikliklere neden olmaktadır. Sigara dumanı bir kısmı tam karsinojen olarak rol alan bir çok tümör oluşturan ajanla beraber 4000'den fazla kanserojen madde içermektedir. Pasif içicilerde de sigara ile ilişkili bütün kanserler özellikle akciğer kanseri görülmektedir.

Kanser riski, sigarayı bıraktıktan sonraki 10-15-20 yılda hiç içmeyenlerin riskine yaklaşır (42-44, 46, 47).

**2.1.2.Diyet ve şişmanlık:** Besinlerde insanın ihtiyaç duyduğu maddelerin yanında toksik ve kanserojen maddelerde bulunabilir. Besinlere uygulanan pişirme ve saklama işlemleri ile de toksik ve karsinojen maddeler oluşabilir.

Bazı besin maddelerinin sık tüketilmesinin sonucunda bazı kanser türleri sık görülmeye başlamıştır.

Hayvanlar ve insanlar üzerinde yapılan araştırmalar da her türlü yağın (sıvı, katı, bitkisel, hayvansal) özellikle meme, pankreas, kolon, prostat, testis, uterus, over, rektum kanseri riskini arttırdığı tespit edilmiştir. Bunun başlıca üç nedeni; birincisi çevresel kanser yapıcı kimyasal maddeler yağ içinde birikir. Çok yağ alımı, bu maddelerin vücuda girişini artırır. İkincisi cinsiyet hormonları yağa benzer. Yağın çok alımı bu

hormonların normal çalışma düzenini bozabilir. Üçüncüsü kalın bağırsak–rektum kanseri riskini artıran safra tuzları gibi maddelerin oluşumu, yağ alımı artırsa artar. Çoklu doymamış yağ asitlerinden zengin sıvı yağlar kolay okside olur. Oksidasyon sonucu oluşan ögeler bağışıklık hücrelerinin yıpranmasına neden olarak kanser riskini artırır. Yüksek sıcaklık ve oksijenin varlığında yapılan kızartma sırasında sağlıklı olumsuz etkileyen oksijen yağ asitleri türevleri oluşur. Bir kez kızartma yapılan yağın mutfak koşullarında bekletilip tekrar tekrar kızdırılması bu ürünlerin miktarını artırır. Aynı yağla kızartılan besinlerde de özellikle proteinli besinlerde sağlıklı bozucu ögeler oluşabilir. Bu tür besinlerin sık tüketimi de kanser riskini artırır (44, 48, 49).

Fiberden (lif) az beslenme ile kolon ve meme kanserlerinin arttığı deneysel araştırmalarda kanıtlanmıştır. Fiberin barsak içindeki hacmi artırarak barsaktan hızlı geçmesi böylece kanserojenlerin barsak duvarı ile temas ve emilimini azaltması, kanserden koruyucu etkisi olarak açıklanabilir (42, 44, 49, 50).

Besinlerin tuzlanması, nitrit, nitrat ve başka kimyasal maddeler eklenerek işlenmelerinde bazı kanserojen yapılar oluşmaktadır. Koruyucu olarak nitrit ve nitrat katılmış besinler yendikten sonra nitrozaminlere dönüşürler. Nitrozaminler güçlü kimyasal kanserojenlerdir. Bu tür besinleri çok tüketenlerde mide, mesane, kolon, özefagus kanseri çok görülür. Tuzlanmış, tütsülenmiş, sirke içinde saklanmış turşu ve benzeri gıdalar ile mide kanseri arasında ilişki olduğu rapor edilmiştir (43, 44, 51).

Besinlerin aşırı şekilde saflaştırılması kanserden koruyucu maddelerin kaybına neden olur. Örneğin buğdayın kepeği ve özü alınarak un haline getirildiğinde kanserden koruyucu tabii maddelerin %90'ı kaybolur. Yenen besinlerde posa azaldığından kalın barsak kanserleri sık görülür. Meyve ve sebzelerin fazla alımı kolon ve rektum kanser riskini azaltmaktadır

Etin yüksek sıcaklıktaki ızgara üstüne konup veya aleve çok yakın tutularak pişirilmesi sırasında proteinli maddelerden kimyasal kanserojenler oluşur. Odun ve kömür dumanında binlerce kanserojen bulunmaktadır. Bu kanserojen maddeler pişirme sırasında besin tarafından emilerek yağlı kısımlarda birikmektedir (44, 49).

Aspergillus küflerinin bazı türleri aflatoksin üretirler. Bunlar doğal en etkili kanserojenler olup karaciğer karsinomuna neden olur. En fazla yer fıstığı, kurubaklagiller, yağlı tohumlar, tahıllar, salamura edilmemiş peynirlerde oluşabilirler. Beş yıl bu maddeyi sürekli alan kişilerde siroz ve kanser geliştiği saptanmıştır (44, 46).

**2.1.3.Alkol:** Alkolün ağız, farinks, özafagus, göğüs kanseri riskini artırdığı tespit edilmiştir. Alkol metabolizması sonucu üretilen asetaldehit karsinojeniktir. Karaciğer kanseri riski alkoliklerde, alkolik olmayanlara göre %50 oranında daha fazladır. Alkolün; ağız boşluğu, farinks, özefagus ve larinks kanserlerinde sigaranın etkisini artırdığı gösterilmiştir (43, 44, 46).

Amerika ve Kuzey Avrupa da alkol kullananlarda normalden 4 kez daha fazla kanser olduğu bildirilmiştir. Alkol alımına bağlı olarak gelişen enzim indüksiyonu ko-kanserojenlerin aktif-kanserojenlere dönüşmesini hızlandırır. İmmün yanıtı deprese ederek kanser gelişimini hızlandırır. Alkol; hepatit B virüsünün kanserojen etkisini arttırmaktadır (44, 46, 52).

**2.1.4.Meslek:** Bazı iş ve işyeri ortamlarının farklı kanser türlerinin gelişmesine neden olduğu tespit edilmiştir. Örneğin;

Mesane kanserleri: her türlü boya, lastik, kablo yapımı, petrol ve gazhane, egzoz gazı, alüminyum yapımı ile ilgili işlerde çalışanlarda,

Akciğer, trakea, bronş kanserleri: asbest, krom kaplama, paslanmaz çelik üretimi, üzüm bağları, arsenik, bakır eritme, böcek ilacı yapımı, nikel, demir, petrol, tavan yapımı, egzoz gazı, asfalt yol yapımı ve alüminyum yapımı ile ilgili işlerde çalışan işçilerde,

Burun boşluğu, sinüs kanserleri: deri, mobilya imalatı, alkol, nikel ile ilgili işlerde çalışanlarda,

Plevra ve periton (mezotelyoma) kanserleri: asbest, erinoitle temas edenlerde,

Cilt (skrotum dahil) kanserleri: üzüm bağları, şarap, arsenik madeni, bakır eritmeleri, böcek ilacı yapımı, kömür, asfalt yol yapımı, katran ile ilgili işler, radyologlar ve tıbbi personelde,

Lösemi: lastikle ilgili işte çalışanlarda, radyolog ve tıbbi personelde lösemi gelişebilir (42, 43, 53).

**2.1.5.Çevre kirliliği:** Şehirlerde hava kirliliğinin akciğer kanserine yol açtığı ileri sürülmektedir. Hava kirliliğine neden olan en önemli faktörlerden biri kimyasal faktörlerdir. Bu maddeler hava, su ve toprağı kirleterek çevre kirliliğine neden olmaktadır. Bu bölgelerde akciğer kanseri insidansı yüksek bulunmuştur. Kimyasal kirleticiler olarak baca dumanı, böcek ilaçları, kimyasal gübreler, temizlik maddeleri sayılabilir (44, 50).

**2.1.6.İyonize radyasyon:** Orta ve yüksek dozlarda radyasyona maruz kalma özellikle kemik iliği, meme ve tiroid kanserleri olmak üzere bütün kanser çeşitlerinin oluşumu açısından riskli görülmektedir (43, 44, 54).

Düşük dozdaki doğal çevresel radyasyona maruz kalmanın kanser insidansı ile olan ilgisi %7 olarak hesaplanmıştır. Yüksek doz radyasyonun diagnostik veya terapötik amaçlara yönelik girişimlerin sonucunda, çeşitli kanserlere yol açtığı bilinmektedir. Örneğin hipertrofik timus nedeniyle ışınlananlarda tiroid kanseri, sık akciğer grafisi çekilenlerde meme kanseri riskinin artması gibi.

Dokulara göre dozlar arasında fark olmakla birlikte radyasyon, deney hayvanlarının bütün dokularında kanser meydana getirebilmektedir. Bu durum insanlarda da aynı şekilde olduğundan, insanda kansere neden olan minimal doz kesin olarak bilinmemektedir (50).

**2.1.7.Non-iyonize radyasyon:**Güneş ışığındaki ultraviyole ışınları cilt kanserleri için önemli bir risk faktörüdür. Bu kanser özellikle güneşe direkt olarak maruz kalan vücut bölgelerinde ve açık tenli kişilerde gelişmektedir. Malign melanoma aralıklı olarak güneşe maruz kalma ve güneş yanığı olması ile ilişkili iken, diğer cilt kanserleri türlerinde de uzun süreli ve devamlı güneşe maruz kalma çok önemlidir (43, 44).

**2.1.8.Virüsler:** Yapılan araştırmalarda virüslerin kanserlerle olan ilişkisi belirlenmiştir. Virüsün gene geçişi ve kromozom değişikliğine yol açması sonucu bazı kanser türleri gelişebilir (50).

Hepatit B Virüsü(HBV); hepatosellüler karsinom (HSK),

Human T-Lymphotropic Virüs Tip I (HTLV-I); T-hücreli lösemi/lenfoma,

Epstein-Barr virüsü (EBV); Burkitt lenfoma, nazofarinks kanseri, immün yetmezlik durumlarında gelişen B hücreli lenfoma ve Hodgkin hastalığı,

Human Papilloma Virus (HPV);serviks, vulva, penis, anüs ve cilt kanseri,

Herpes Simpleks Virüs Tip 2; serviks kanseri,

Human Immunodeficiency Virus (HIV);kaposi sarkomu, non-hodgkin lenfomaya yol açabilir (29, 42-44, 50, 52)

**2.1.9.İrritasyon:** Kanser etiolojisinde yer alan faktörler arasında kronik tahriş ve travma da sayılmaktadır. Naylon, silikon gibi bazı maddelerin deney hayvanlarına implante edildiklerinde kansere yol açtığı tespit edilmiştir. Kronik enfeksiyonlar sonucu da uzun süreli fiziksel iritasyon geliştiği ve bu nedenle dokularda kanser gelişimi başladığı düşünülmektedir (29, 43, 50).

**2.1.10.İlaçlar:** Bazı ilaçların uzun süreli kullanımının kansere neden olduğu tespit edilmiştir. Bu ilaçlar ve yol açabildiği kanser türleri aşağıdaki gibidir;

Antineoplastik ilaçlardan alkilleyici ajanlar uzun süre kullanıldığında; akut non-lenfoblastik lösemi(ANLL)

İmmünoşüpresif ajanlardan azathioprine; non-hodgkin lenfoma, cilt kanseri

Androjen ve anabolik steroidler; karaciğerde tümöre

Phenacetin içeren analjeziklerin uzun süreli kullanımı; renal pelvis kanseri (43, 44)

**2.1.11.Cinsiyet, Yaş ve Hormonlar:** Sağlık Bakanlığı'nın kanser olgularının yıllık değerlendirme raporlarında her yıl erkek/kadın oranının 2/1 düzeninde devam ettiği bildirilmiştir. Erkeklerde en sık görülen kanserler akciğer ve larinks kanserleri olup bunun en büyük nedeni sigaradır. Erkeklerde sigara içme oranının kadınlara göre fazla olması buna neden gösterilebilir. Erkeklerde ağızıçi, akciğer, GİS, üriner, lösemi gibi kanserler kadınlara göre daha fazla görülmektedir. Meslek gereği veya alışkanlığa bağlı olarak, bazı toksik maddelere erkeklerin daha fazla maruz kalması ile bu sonuç açıklanabilir (44, 50).

Türkiye de Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığının 1995-1999 hastane verilerine göre kadınlarda en sık görülen kanserler sırasıyla meme, mide, deri, ovaryum, akciğer, kemik iliği, kolon ve serviks kanserleridir.

Menopoz semptomlarını azaltmak, yüksek dansiteli lipoprotein (HDL) düzeyini yükselterek koroner arter hastalığı riskini azaltmak, osteoporoz ve kemik kırıklarını önlemek ve kemik mineral kapsamını korumak amacıyla kullanılan östrojen tedavisi ile gebeliği önleyici hapların oral kullanımları; endometrial ve meme kanser riskini arttırmaktadır (42, 43, 55).

**2.1.12.Genetik Faktörler:** Akrabalarında kanser görülen kişilerde de aynı kanser türü gelişme riski yüksektir. Yakın akrabasında meme veya kolon kanseri olan bireylerde aynı tümörleri geliştirme şansı 1,5-3 kat artmaktadır (42, 43).

Direkt olarak doğuştan mevcut olan kanser taşıyıcı genler ile ya da indirekt olarak da çevresel faktörlere maruziyet sonucu gelişen genetik değişiklikler ile olabilir. Kansere zemin hazırlayan bazı genetik hastalıklar şunlardır; Down sendromu, bloom sendromu, klinefelter sendromu, turner sendromu, fanconi anemisi gibi (44, 50).

## 2.2.ORGANLARA GÖRE RİSK FAKTÖRLERİ, ERKEN TANI BELİRTİ VE BULGULARI

### 2.2.1.Akciğer Kanseri

Ülkemizde akciğer kanserinin insidansı yüz binde 7.76'dır (15). Akciğer kanserinin erken tanı ile belirlenip tedavisi yapıldığında uzun süreli yaşam %85 gibi yüksek oranlardadır. Akciğer kanseri insidansı ve ölümlerinde son yıllarda görülen artışların nedenleri çevresel faktörlerde aranmaktadır. Son yıllarda sigara tüketiminde artma, sanayileşme ile birlikte artan çevre kirliliği, göç olayı, kentleşme ve mesleki faktörler en çok sorumlu tutulan nedenlerdir. Kentlerde kırsal kesime göre 1.26-2.33 kat fazla görülmektedir.

#### ETİYOLOJİ

Sigara: Gelişmiş ülkelerde akciğer kanserinden ölümlerin erkeklerde %92-94'ünün, kadınlarda ise %78-80'inin sigaraya bağlı olduğu bildirilmiştir.

Meslek: Belirli mesleklerde akciğer kanseri daha sık görülmektedir(asbest, arsenik, krom, nikel, radyasyon, radon).

Radon: Amerika Birleşik Devletlerinde her yıl 5000-15000 akciğer kanseri ölümünden sorumludur. Radon solunum sistemine inhale edildiği ve pulmoner epitel veya diğer hücreler ile direkt etkileştiklerinde kansere neden olur. İyi havalandırılmayan ev ve işyerlerinde radon miktarı yüksektir.

Çevre kirliliği: Çevre kirliliğinin akciğer kanseri gelişimine etkisi açıklanamamakla birlikte akciğer kanserinden ölüm istatistiklerine yansıdığı düşünülmektedir.

Skar ve fibrozis: Skar ve fibrozis sonucu gelişen avaskülerite ve doku anoksisinin epitel metaplazisine yol açtığı ve karsinogenezisi hazırladığı düşünülmektedir. Skar alanlarında yüksek adenokarsinom insidansı bildirilmiştir.

Genetik faktörler: Akciğer kanseri riski ile ilişkili 2 kalıtsal faktör; aryl hydrocarbon hydroxylase (AHH) sistemi ve debrisoquin metabolik fenotipi dir.

Vitamin A ve E eksikliği: Araştırmalar sebze yemenin akciğer ve diğer kanser risklerini azalttığını göstermiştir. Örneğin özellikle vitamin A'dan fakir beslenenlerde, vitamin A'dan zengin beslenenlere göre akciğer kanser riski 4.6 kat fazla bulunmuştur (42-45, 47).



Akciğer kanseri belirtileri; halsizlik, iştahsızlık, kilo kaybı, ateş, öksürük, hemoptizi, göğüs ağrısı, dispne, pürülan ya da paslı balgam, ses kısıklığı, omuz ya da kol ağrısı ve tekrarlayan pnömonidir (42- 47).

### **2.2.2.Renal Kanserler**

Ülkemizde renal kanserinin insidansı yüz binde 0.01'dir (15). 50-70 yaşlarında sık görülmesine rağmen daha genç yaşlarda da olabilmektedir. Sigara, yağ ve şekerin fazla tüketimi, asbestozis, kurşun, petrol yan ürünleri gibi endüstriyel atıklar, herpes simplex enfeksiyonları, obesite risk faktörleri olarak kabul edilmektedir (44, 56).

Renal kanseri belirtileri; hematüri, ağrı (künt lumbal ağrı), kilo kaybı, yüksek ateş, gece terlemesi ve batında ele gelen kitledir (42, 44, 56, 57).

### **2.2.3.Mesane Kanseri**

Ülkemizde mesane kanserinin insidansı yüz binde 2.03'dür (15). Özellikle erkeklerde sık görülen mesane kanseri, erkeklerde prostat, akciğer ve kolorektal kanserlerden sonra dördüncü sırada yer alır. Yapay tatlandırıcılar, sigara, lastik, deri, boya, tekstil, kronik analjezik kullanımı, kahve risk faktörü olarak kabul edilmektedir (44, 56, 57).

Mesane kanseri belirtileri; hematüri, pollaküri, acil idrar yapma hissi, dizüri ve idrar miktarının azalmasıdır (42, 44, 56).

### **2.2.4.Prostat Kanseri**

Ülkemizde prostat kanserinin insidansı yüz binde 1.27'dir (15). İleri yaşlarda sık görülmektedir. Hormonal, genetik, beslenme, prostat enfeksiyonu geçirme ve çevresel faktörler (tekstil, gübre, lastik, akü, pil ile ilgili işlerde çalışma) risk olarak görülmektedir (44, 45, 56).

Prostat kanseri belirtileri; hematüri, yavaş ya da kesikli idrar akışı, idrarı başlatma ve durdurma güçlüğü, pollaküri(özellikle geceleri), idrar yaparken ağrılı yanma, bel, kalça ve pelviste sürekli ağrıdır (42-45, 47).

### **2.2.5.Özefagus Kanseri**

Bütün kanserler arasında %1.5, gastrointestinal kanserler arasında da %7 oranında görülür. 50 yaş üzerindekielerde ve erkeklerde daha fazla görülmektedir. Mukoza hasarı yapan fiziksel ajanlar (Sıcak yemekler, sıcak içecekler, baharatlılar), alkol, sigara, turşu (içindeki mantar toksinleri nedeniyle), radyasyon, ağız ve dişlerde hijyen yetersizliği, yetersiz beslenme, ailesinde özafagus kanser öyküsü olma risk faktörüdür (42, 46, 50, 57-59).

Özefagus kanseri belirtileri; basınç hissi, hazımsızlık, sternum altında rahatsızlık, disfaji, ağrı, siyalore, ses kısıklığı, kilo kaybı, anemi, boğulma hissi, regürjitasyon, halsizlik, anoreksia ve kusmadır (42, 46, 50, 57-59).

### **2.2.6.Mide Kanseri**

Ülkemizde mide kanserinin insidansı yüz binde 3.05'dir (15). 50 yaş üzerindekilerde ve erkeklerde daha fazla görülmektedir. Kan grubu A olanlar, karbonhidrat ve tuzdan zengin, taze sebzeden fakir diyet, alkol, sigara, içerisinde nitrit bulunan suların içilmesi, hazır konserve, baharatlı besin tüketme, gastrit öyküsü, helicobacter pylori (bu bakterinin salgıladığı amonyağın kanserojen etkisi vardır) risk faktörleri arasında yer alır (44, 50, 57-59).

Mide kanseri belirtileri; mide ağrısı ve yanma, erken doyma, şişkinlik, hazımsızlık, iştahsızlık, kilo kaybı, disfaji, karında kitle, bulantı, kusma ve halsizliktir (42, 44, 46, 57-59).

### **2.2.7.Kolo-Rektal Kanser**

Ülkemizde kolo-rektal kanserlerinin insidansı yüz binde 2.45'dir (15). Sindirim sistemi tümörleri arasında birinci sırada yer alır. Dünya'da ise akciğer, meme kanserlerinden sonra üçüncü sırayı alır. Kolorektal kanserli hastaların %90'dan fazlası 50 yaşın üzerindedir. Kolorektal kanserli hastaların birinci derecedeki yakınlarında kolon kanseri riski üç kat fazladır. Bireyde genital ve meme kanseri öyküsünün olması, inflamatuvar barsak hastalığı olanlar (kronik ülseratif kolit ve crohn hastalığı), yüksek protein, hayvansal yağdan zengin, az lifli diyetle beslenme ve şişmanlık risk faktörü olarak kabul edilmektedir (42-46, 50, 57, 59).

Kolo-rektal kanserleri belirtileri; dışkılama alışkanlığında değişme, konstipasyon, diyare, yemek sonrası artan kramp tarzında ağrı, dışkı çapında incelme, aşırı gaz, kilo kaybı, karnın sağ tarafında kitle, rektal kanama, akıntı, sık dışkılama ihtiyacı ve boşalamama hissidir (42-46, 50, 57, 59).

40 yaş üzerindeki bir kişide demir eksikliği anemisi, gaitada kan, gaita çapında ve dışkılama alışkanlığında değişiklik hikayesi varsa kolo-rektal kanserlerden şüphelenilmelidir (44).

### **2.2.8.Pankreas Kanseri**

Ülkemizde pankreas kanserinin insidansı yüz binde 0.6'dır (15). Gastrointestinal kanserler içinde mide, kolon kanserlerinden sonra 3. sıradadır. Erkeklerde kadınlardan iki kat fazla görülmektedir. Kent yaşamı, sigara, alkol, fazla et ve yağ tüketimi, az sebze



ve meyve tüketimi ve diabetes mellitus hastalığı olanlar (4 kat fazla risk), matbaa, kömür, gaz işletme, petrol ve kağıt sanayinde, kuru temizlemede çalışanlar riskli kabul edilmektedir (44, 50, 56-58).

Pankreas kanseri belirtileri; karın ya da sırt ağrısı, kilo kaybı, halsizlik, sarılık, ateş, titreme, ishal, akolik gaita, koyu idrar, iştahsızlık, gaz, bulantı, kusma, kaşıntı ve hiperglisemi'dir (42, 44, 46, 56-58).

### **2.2.9.Karaciğer Kanseri**

Ülkemizde karaciğer kanserinin insidansı yüz binde 0.62'dir (15). Erkeklerde ve 50 yaşından sonrakilerde risk fazladır. Mikotoksinler (aspergillus flavus), siroz (nodüler hiperplazi nedeniyle), hepatit B ve hepatit C'li olmak (kronik hepatitin komplikasyonu olarak hepatosellüler karsinom oluşabilir), alkol, sigara, uzun süreli oral kontraseptif kullanımı karaciğer kanseri riskini artırmaktadır (44, 46, 47, 56, 58, 59).

Karaciğer kanseri belirtileri; sarılık, karında asit, ateş, halsizlik, kilo kaybı, abdominal dolgunluk, bulantı, hipertansiyon, sağ üst kadranda künt ağrı, anoreksiya, distansiyon ve konstipasyondur (42, 44, 46, 47, 56, 58).

### **2.2.10.Baş ve Boyun Kanseri**

Ülkemizde baş-boyun kanserinin insidansı yüz binde 1.16'dır (15). Sigara (oral kavite, tonsil, sinüs), alkol, ağız hijyeninin kötü olması (oral kavite), 50-70 yaşlarda olma, güneş altında çalışma (özellikle dudak kanseri), Epstein-Barr virüsü (nazofarinks kanseri) risk faktörleridir (42, 43, 46).

Baş ve boyun kanserleri belirtileri; kırk yaşının üstünde sigara içen bir kişide üç haftadan uzun süren her belirti, kanser için bir uyarı olarak kabul edilmelidir. Geçmeyen kırmızımsı ya da beyaz lekeler, çiğneme, yutma, dil ve çeneyi oynatma da güçlük, boyunda tek taraflı sert lenf nodülleri, konuşma problemleri, burun kanaması, burun tıkanıklığı, işitme azlığı, kulakta dolgunluk hissi, diplopi, yüzde ağrı, parestezi, tek taraflı ağrılı veya ağrısız tonsil hipertrofisi, diş sorunları, hafif ağrılı submukozal kitleler. boğaz ağrısı, iki haftadan uzun süren ses kısıklığı, dispne, ağrı, boğazda yanma hissi, kulak ağrısı, kısa zamanda tiroid bezinin büyümesi ve baş ağrısıdır (27, 42, 46, 47).

### **2.2.11.Cilt Kanseri**

Ülkemizde cilt kanserinin insidansı yüz binde 2.26'dır (15). Erkeklerde bütün kanserlerin %19'u, kadınlarda da %11'i cilt kanseridir. Kanserden ölümlerin yaklaşık %1.6'sı cilt kanseri nedeniyle (59).

Açık tenli olmak, çiftçilik, kömür, arsenik (kimyasal ajanlar) ile ilgili işlerde çalışmak, güneş ışığına uzun süre maruz kalmak, ailede melanoma, kalıtsal cilt hastalığı (kseroaderma pigmentezun) öyküsü, büyük, kenarları düzensiz, ince, çok renkli bene sahip olma, röntgen ışınları, skarlar ve ülserasyonlar risk faktörü olarak kabul edilmektedir (42, 46, 47, 57, 59).

Cilt kanseri belirtileri; deri değişiklikleri, renk değişiklikleri, iyileşmeyen yara, bazen veya az miktarda ama devamlı kanayan ve iyileşmeyen ülserler, mor veya kırmızı kahverengi deri nodülleri, skar dokusunda sertleşme, düzensiz, farklı tonlarda renkli ben (kahverengi, siyah, kırmızı, beyaz, mavi), benin bir tarafında diğer tarafa göre kalınlığın asimetrik oluşu, bende kaşınma, büyüme ve kanama olmasıdır (42, 46, 47).

#### **2.2.12.Safra Kesesi Kanseri**

Ülkemizde safra kesesi kanserinin insidansı yüz binde 0.19'dur (15). Safra kesesi kanserinde risk faktörü safra taşları, enfeksiyonlar, genetik faktörler, radyasyon'dur (58).

Safra kesesi kanseri belirtileri; karın ağrısı, anoreksiya, kilo kaybı, sarılık, bulantı, kusma ve subfebril ateştir (42, 58).

#### **2.2.13.Testis Kanseri**

Ülkemizde testis kanserinin insidansı yüz binde 0.60'dır (15). Sıklığı 2-3/10.000'tür. Erkeklerde kanser ölümlerinin %1'inden daha azını oluşturur. En çok 20-35 yaşlarında görülür. İnmemiş testis, travma, kimyasal karsinojenler risk faktörleri arasında sayılabilir (50, 56, 57).

Testis kanseri belirtileri; skrotumda ağrısız kitle, ağırlık hissi, şişlik, ağrı, halsizlik, öksürük ve hemoptizidir (42, 56, 57).

#### **2.2.14.Tiroid Kanseri**

Ülkemizde tiroid kanserinin insidansı yüz binde 0.47'dir (15). Kadınlarda 2.5 kat fazla görülür. İyot eksikliği olan yörelerde, çocuklukta baş, boyun üst mediastinumuna ışınlama yapılmış olanlarda ileri yıllarda tiroid kanseri gelişme riski yüksektir. Genetik yatkınlığı ve guatr hikayesi olanlarda, 50 yaş üstünde olanlarda risk fazladır (47, 50, 56).

Tiroid kanseri belirtileri; boyun ya da servikal lenf nodüllerinde kitle, guatr'ın aniden büyümesi, ses kısıklığı, öksürük ve disfajidir (42, 56).

#### **2.2.15.Servikal Kanser**

40-55 yaşlarda sık görülmekle birlikte gittikçe genç yaştaki kadınlarda da görülmeye başlamıştır.

Serviks kanseri insidansı yüzbin kadında 1.43 tür. Dünya’da her yıl 500-900 bin kadına serviks kanseri tanısı konulduğu, bunların 300 bininin öldüğü tahmin edilmektedir. Gelişmiş ülkelerde serviksin invazif kanser insidansında %50 azalma olmasına karşın, erken tanı yöntemlerinden pap smear testin yaygın olarak kullanılması ile preinvazif kanser insidansında artma olduğu ve 30-39 yaş grubunda daha çok preinvazif kanser, 40 yaş üzerinde ise invazif kanser insidansının daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (29, 42, 43).

30-55 yaş grubunda olmak, düşük sosyoekonomik düzey, kötü hijyen koşulları, erken yaşta cinsel ilişkiye başlama (17 yaştan önce), fazla eş ile cinsel ilişkiye girme, fazla doğum (3 ve daha fazla), anormal pap smear test hikayesi (servikal displazi), fazla sigara içme (immün sistemi baskıladığı için), cinsel yolla geçen hastalığa sahip olma (human papilloma virüs tip 16-18 (genital HPV), herpes simpleks tip 2 (genital HSV), HIV virüsü, tedavi edilmemiş vajinal enfeksiyondur (trikomona vajinalis). Kadının, daha önce servikal kanserli eşi olan erkekle evlenmesi ve erkeğin penis ya da prostat kanseri olması, geneleve gitmesi gibi durumlar kadınlarda servikal kanser riskini artırmaktadır (17, 29, 42, 43, 59).

Serviksin tam olgunluğa erişmediği adolesan dönemde oral kontraseptif kullanımı adenokarsinoma riskini artırmaktadır (29).

Serviks kanseri belirtileri; sulu akıntı, koitus ve dokunma kanamaları, metroraji (aşırı kanamalı menstruasyon), postmenopozal kanama, kötü koku, ilerlemiş durumlarda bacak ağrısı, lenfatik ve venöz obstruksiyona bağlı alt ekstremitelerde ödem, çift taraflı üreter obstruksiyonu sonucu renal yetmezliktir (17, 29, 42, 43, 59).

### **2.2.16. Endometrium Kanseri**

Ülkemizde endometrium kanserinin insidansı yüz binde 0.92’dir (15). Yavaş büyüyen ve geç metastaz yapan tümördür. Erken tanıldığında en iyi tedavi edilebilen, genellikle postmenopozal kadınlarda görülen bir kanserdir. Ortalama görülme yaşı 61’dir (29, 43, 59).

Postmenopozal dönemde olmak (özellikle 60-70 yaşlar), obesite (3-10 kez riskli), diyabet, hipertansiyonun birlikte bulunması, nulliparite ya da infertilite ve düzensiz menstruasyon hikayesi, geç menopoza (52 yaştan sonra), erken menarş, progesteronsuz estrojen tedavisi ve polikistik over gibi endometriyumun fazla estrojene (eksojen estrojen) maruz kaldığı durumlar, ailede ya da kendinde endometrium, kolon, meme ve

over kanser hikayesi olma, pelvik radyasyona maruz kalma risk faktörleri olarak kabul edilmektedir (29, 42, 43, 59).

Obesitede endometrium kanser riskinin artmasının nedeni, yağ hücrelerinde aşırı estrogen depolanması ve bir estrogen çeşidi olan estrone sentezinin artmasıdır.

Yaşlı ve şişman kişilerin genellikle hipertansif olduğu bilinmektedir. Bu durumun da endometrium kanser için risk oluşturduğu düşünülmektedir.

Polikistik over gibi durumlarda, estrogenin endometriyuma olan etkisini karşılayacak progesteron olmadığı için, premenopozal dönemde progesteronun olmaması da endometriyumu sürekli estrojene maruz bırakır. Bu durum premalign bir lezyon olan endometriyal hiperplaziye zemin hazırlar.

Menopozda progesteron eklenmesine rağmen beş yıldan uzun hormonal tedavide endometrium kanser gelişme riskini artırmaktadır. Buna karşılık estrogen düzeyini düşüren ya da progesteron düzeyini yükselten faktörlerin (12 ay süreli oral kontraseptifler) endometrium kanserlerine karşı koruyucu etkileri olduğu saptanmıştır(29).

Endometrium kanser belirtileri; normal (düzensiz, ağır) vajinal kanama en önemli belirtidir. Postmenopozal kanamaların %30'unun nedeni karsinomadır. Diğer belirtiler alt karında ve sırtta ağrı, uterusu büyümeye bağlı barsak ve mesane alışkanlıklarında değişmedir (29, 43).

### **2.2.17.Vulva Kanseri**

Ülkemizde vulva-vajina kanserinin insidansı yüz binde 0.19'dır (15). Çoğunlukla postmenopozal ve yaşlı kadınlarda görülür. Yavaş büyür ve metastazı geç dönemde gelişir. Erken teşhis, vulvanın konumu nedeni ile uygunken, hastanın doktora gitmeye isteksizliği, önemsememesi nedeni ile genellikle gecikir. 40 yaştan önce görülmesi nadirken 70'li yaşlarda daha sık görülür (29).

Vulva kanseri için risk faktörleri; 60 yaşın üstünde olmak (prekanseroz lezyonlar daha genç yaşlarda ortaya çıkar), kronik vulva distrofisi (menopozda kronik estrogen eksikliğine bağlı), kronik puriritis ya da tahriş (diyabetes vulvitis ya da kronik vajinal akıntı), cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü. HPV tip 16 nın neden olduğu genital siğiller ve HSV tip 2, sigara içmek, çok eşli cinsel yaşam, immunosupresyon tedavisi almak ve yetersiz hijyendir (29, 59).

Vulva kanseri belirtileri; vulvar kaşıntı, yanma, lezyon (deriden kabarık, etli, ülserle lokoplaki görünümünde ya da siğil şeklinde kolay tahrip olabilen), vulvar kanama, akıntı ve dizüridir (29, 43).

#### **2.2.18.Vajinal Kanser**

50-70 yaş arasında olmak, pelvik radyasyon, servikal ve vulvar kanser hikayesi, genital enfeksiyonlar (HPV, HSV), irritasyon risk faktörlerini oluşturmaktadır.

Vajinal kanser belirtileri; ağrısız vajinal kanama, akıntı, post menopozal ve post koidal kanama, alt pelvik bölgede ağrı, mesane ağrısı, sık idrar ve vajinada kitledir (29, 59).

#### **2.2.19.Meme Kanseri**

Ülkemizde meme kanserinin insidansı yüz binde 3.72'dir (15). ABD'de her sekiz kadından birinde meme kanseri görüldüğü ve kanser insidansının her yıl %1 oranında artış gösterdiği bildirilmiştir. Meme kanseri kadınlardaki kanserlerin %28'ini, ölüm nedenlerinin ise %18'ini oluşturmaktadır (29).

Meme kanseri için risk faktörleri; 40 yaş üzerinde olma, ailesinde özellikle anne ve kız kardeşinde meme kanseri hikayesi olması, nulliparlar ya da ilk doğumunu 30 yaş üzerinde yapanlar, daha önce meme, kolon, over, endometriyum ve tiroid kanseri geçirenler, atipik hiperplazi hikayesi olanlar, memelerin aşırı radyasyona maruz kalması, özellikle menopozdan sonra yağdan zengin diyet ve obesite hikayesi, yüksek dozda uzun süre estrogen kullanma, aşırı alkol tüketimi, benign meme hastalığı hikayesi, erken menarş ya da menopoza girmedi (42, 43, 45).

Memedeki kitlelerin %90'ının kadının kendisi tarafından saptandığı tahmin edilmektedir. Saptanan bu kitlelerin %20-25 malignensidir. Kitle sert ve hareketsiz veya yumuşaktır. Deride meme ucunda çukurlaşma, çekilme, memenin şeklinde ve ölçülerinde değişime neden olur. Meme başında kanlı ya da seröz akıntı, ileri evrede ağrı ve hassasiyet, ödem, kızarıklık, portakal kabuğu görüntüsü, aksillar adenopati gibi belirtiler görülür (29, 42, 43, 46, 59).

#### **2.2.20.Over Kanseri**

Ülkemizde over kanserinin insidansı yüz binde 1.70'dir (15). Jinekolojik kanserler içerisinde en çok yaşam kaybına neden olanıdır. Daha çok 40 yaşın üzerindeki kadınları etkilemekle birlikte ortalama görülme yaşı 55'tir. Over kanseri erken teşhis edildiğinde hastaların %85'i beş yıl ve üzerinde yaşar. Türkiye de Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı'nın 1996 verilerine göre kadınlarda en sık görülen on kanser

arasında over kanseri, 823 yeni olgu sayısı ile meme ve mide kanserinden sonra üçüncü sırada yer alır (29, 59).

Over kanseri için risk faktörleri; ailede meme ya da over kanseri hikayesi (özellikle anne ve kız kardeşten birinde over kanseri varsa risk 2-3 kez artar), o vulasyonun 40 yıldan uzun sürmesi (erken menarş, geç menopoz), 18 yaştan sonra menarş, erken menopoz, nulliparite, infertilite, overlerde fonksiyon bozukluğu, ovulasyon yokluğu (infertilite ve endometriyozis), perineal bölgeye uzun süre talk uygulama ya da aspest gibi sanayi ürünleri ile uğraşma, infertilite ile sonuçlanan pelvisin inflamatuvar hastalığı, beyaz ırk, aşırı kahve ve hayvansal yağ tüketimi, post menopozal dönemde hormon replasmanı amacı ile 6 aydan uzun karşılıksız estrogen kullanmadır (29, 42, 59).

Over kanserlerinin %85-90'ı epiteliyal tümörlerdir. Over tümörleri büyüüp baskıya neden oluncaya kadar pek belirti vermezler. Belirti vermeden hızlı büyür. Abdomenin alt kısmında belirsiz bir rahatsızlık ve sindirim şikayeti erken belirtiler olarak ortaya çıkar. Düzensiz vajinal kanamalar, baskıya bağlı gastrointestinal sistem belirtileri (konstipasyon, ağrılı defekasyon) ya da üriner sistem belirtileri (sık idrar), yorgunluk, abdominal şişkinlik, hazımsızlık, abdomenin alt kısmında basınç, ağırlık hissi, abdominal ağrı; sırt ağrısı, çabuk doyma görülebilir. Bu belirtiler 2-3 haftadan fazla görülüyorsa sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır (29, 42, 43, 59).

### **2.3.KANSERDEN KORUNMA VE HEMŞİRELİK**

Kanserden korunma, birincil korunma ve ikincil korunma yöntemleri ile gerçekleştirilir (16, 46).

Birincil korunma; kansere neden olan risk faktörlerinden korunmayı içeren yöntemlerdir. Hemşireler bireyin; çevresini, aile öyküsünü ve yaşam tarzı ile ilgili faktörleri inceleyerek risk faktörlerini belirleyebilirler.

Kanserden korunmada sağlık eğitimi önemlidir. Bu kapsamda; kişisel hijyen, beslenme, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, aile planlaması, emzirme, tek eşli cinsel yaşam, sigara ve alkolün zararları, karsinojenlere mesleki temas, radyasyon ve güneş ışığından korunma ile yıllık pap smear test kontrolü (3 yıl üstüste pap test negatif çıkmışsa 3 yılda bir) konularında eğitim yapılmalıdır. Eğitimde ayrıca serviksin preinvazif lezyonlarının pap test ile erken dönemde ve kolayca tanınmasının mümkün olduğu ve bu lezyonların tedavi şansının yüksek olduğu önemle vurgulanmalıdır.



Beslenme şeklinin kanser yapıcı özelliğinin azaltılmasında eğitim şu konuları kapsamalıdır:

Besinleri uygun pişirme, saklama yöntemleri ve beslenme şekli ile toksik kimyasal maddelerin karsinojenik etkileri önlenebilir.

-Beslenmede kızartma yöntemi en aza indirilmeli, yağ alımı azaltılmalı, yağ yakılmadan doğrudan yemeğe konulmalı, yağ serin yerde ve kapalı olarak saklanmalıdır.

-Tuzlanmış, tütsülenmiş, sirke içinde saklanmış turşu ve benzeri gıdalar az tüketilmelidir.

-Yer fıstığı, kurubaklagiller, yağlı tohumlar, tahıllar, salamura edilmemiş peynir gibi besinler nem oranı düşük, kuru, havadar yerlerde saklanmalıdır. Hafif sıcaklıkta ve uzun süre pişirilmelidir.

-Bazı sebzelerde (brokoli, karnabahar) bulunan indoller, benzoapyrene, A, C, D vitaminleri, kalsiyum ve provitamin beta-keroten, kanserden koruyucu maddelerdir (42-44, 50). Bu nedenle sebze tüketimine ağırlık verilmeli, posa (lif) içeren gıdalar tüketilmelidir.

-Boya göre beden ağırlığını dengede tutmak için beden kitle indeksi (BKI) 20-25 arasında olmalı, 25'in üzerine çıkmamalıdır. BKI'nin çok düşük ya da çok yüksek olması ölüm hızını artırmaktadır (43, 44, 59, 60).

İkincil korunma; erken tanı ve tedavi yöntemlerini içerir. Tüm toplum özellikle de risk altında olanlar için tarama programları uygulanmalıdır.

Erken tanı için önerilen önemli test ve muayeneler:

Pap smear (papanicolaou) testi: Bu test için örnek sgquamokolumnar kavşaktan bir spatula aracılığı ile elde edilir. Hiçbir belirtinin olmadığı dönemde epitel içinde başlayan patolojik değişimler (CIN), pap test ile kolaylıkla teşhis edilir. Servikal "smear"lerin (sürüntülerin) pap test ile boyanması ve sitolojik incelenmesi, neoplazilerin saptanmasında bir tarama testi olarak son 40 yıldır kullanılmaktadır. Bu işlem; basit, ekonomik, örnek alması kolay, hastayı rahatsız etmeyen, lezyonu asemptomatik dönemde teşhis etme olanağı sağlayarak tedavide başarı şansını yükseltmektedir. Pap test ile servikal neoplazilerin %90'nı erken dönemde saptanır. Erken tanı servikal kanserlerde tedavi şansını hemen hemen %100'e çıkarırken, servikal kanser ile ilgili ölümleri %50 azaltmaktadır (29, 42).

20 yaş ve üzerindeki kadınlar her ay menstrual periyodun hemen sonunda kendi kendine meme muayenesi yapmalıdır.

20-40 yaş arası her üç yılda bir, 40 yaş üzerinde her yıl doktor ya da hemşire tarafından klinik meme muayene,

35-39 yaş grubu kadınlar için temel mamografi,

40-49 yaş kadınlar için 1-2 yılda bir tekrarlanan mamografi,

50 yaş ve üzerindeki kadınlar için yıllık mamografi çekilmeli ve durum değerlendirilmelidir (29, 60, 61).

İngiltere’de meme ve serviks kanserleri için Ulusal Tarama Programları vardır. Tarama için önerilen, meme kanseri için; 50-64 yaş kadınlara üç yılda bir bilateral mamografi, serviks kanseri için; 20-64 yaş arası kadınlar için beş yılda bir servikal smeardır (57).

**2.3.1.Kendi Kendine Meme Muayenesi:** Menstrüasyonun ilk gününü izleyen 7-10. günler memelerin hassas ve şişliğin olmadığı dönem muayene için en uygun zamandır.

Sırasıyla kollar yanda sarkık pozisyondayken, kollar yukardayken ve eller kalçadayken, ayakta; memeler büzülme, portakal kabuğu görünümü, akıntı, kanama, meme derisinde çekilme, çukurlaşma açısından kontrol edilir.

Sırtüstü yatılır. Muayene edilecek taraftaki omuz ve sırtın altına yastık koyulur. Muayene edilecek taraftaki el başın altına koyulur. Diğer elin orta üç parmağı ile areoladan başlanarak dışa doğru en az üç kez meme üzerinde daire çizilerek ve parmaklar kaydırılarak bastırılır. Ya da aşağıdan yukarıya doğru inip çıkılarak bütün meme yoklanır. Daha sonra meme başı sıkılarak akıntı aranır. En son olarak koltuk altına elle palpasyon yapılır. Diğer meme de aynı şekilde muayene edilir (29, 42).

**2.3.1.Testis Muayenesi:** Banyo sırasında sıcaklıktan dolayı testisler gevşeyeceği için muayene için uygun zamandır. Eller sabunlu iken skrotum iki elin avuç içine alınarak, testisin ön yüzü baş parmakla, arka yüzü diğer parmakla çok az bir basınçla yoklanır, ele gelen kitle var mı değerlendirilir(62).



## **3.GEREÇ VE YÖNTEM**

### **3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ**

Araştırma, Nevşehir ili Uçhisar kasabasında yaşayan bireylerde kanser risk faktörleri ve erken tanı belirtilerinin saptanması amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmış ve uygulanmıştır.

### **3.2.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ**

Araştırma Nevşehir ili Uçhisar kasabasında yapılmıştır. Uçhisar, daha çok genç ve orta yaş gruplarında yoğunlaşan 3896 nüfusa sahip ve 2200 haneden oluşmaktadır.

Kapodokya Bölgesi, Erciyes, Hasandağı ve Göllü yanardağlarından on milyon yıl önce çıkan lavlar; platoda, göller ve akarsular üzerinde 100-150 m kalınlığında farklı sertlikte tuf tabakasını oluşturmuş ve zamanla bugünkü haline gelmiştir. Nevşehir; Kapodokya bölgesinde Aksaray, Kırşehir, Kayseri ve Niğde illerinin ortasında yer almaktadır. Nevşehir iline bağlı Uçhisar kasabası ise Nevşehir-Göreme yolu üzerinde, Nevşehir'e 7 km uzaklıktadır. Bölgenin en yüksek noktasında yer alır ve en eski yerleşim alanlarından biridir. Bölgede halk tarım ve turizmle uğraşmaktadır. Tarım alanlarında üzüm ve çekirdek için kabak yetiştirilmektedir. Kasaba İç Anadolu bölgesinde hakim olan kara ikliminin etkisi altındadır (63, 64).

Kasabada 1930 yılından beri belediye hizmetleri verilmekte olup belediyeye bağlı beş tane mahalle bulunmaktadır. Bu mahallelerde oturanların çoğunluğunun aile yapısı geniş aile tipindedir.

Kasabada iki ilköğretim okulu mevcut olup halkın %58.29'u ilkokul mezunudur.

Kasabada bulunan sağlık ocağında iki hemşire, bir doktor, bir ebe, iki sağlık memuru, bir çevre sağlığı teknisyeni, bir şoför ve bir hizmetli görev yapmaktadır. Kasaba halkı

sağlık ocağını en çok enjeksiyon, tansiyon ölçümü, üst solunum yolu enfeksiyonu yakınmaları, aşılama gibi hizmetleri için kullanmaktadır (64).

### 3.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini, Uçhisar kasabasında bulunan 2200 hane oluşturmuştur.

### 3.4.ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Örneklem büyüklüğünü saptamak için;

$$n = \frac{N t^2 pq}{(N-1) d^2 + t^2 pq} \quad \text{formülü kullanılmıştır.}$$

N: Evrendeki hane sayısı; 2200,

n: Örneklem alınacak hane sayısı;351,

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı; %50, q: incelenen olayın görülmeşiş sıklığı; %50,

t: belirlenen serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değeri; 1.96,

d: olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen  $\pm$  sapma; 0.05, olarak belirlenmiştir.

$n=2200 \cdot (1.96)^2 \cdot (0.50) \cdot (0.50) / (2200-1) \cdot (0.05)^2 + (1.96)^2 \cdot (0.50) \cdot (0.50)=351$  hane örneğe alınmıştır.

Örneğin seçimi için basit rasgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Bunun için sağlık ocağında bulunan her bir ev halkı tespit fişine bir numara verilmiş ve basit rasgele sayılar tablosu yardımıyla örnek haneler seçilmiştir. Görüşmenin kiminle yapılacağına karar vermek için örneğe alınan hanelerden 19-65 yaş arası bireylere büyükten küçüğe doğru numaralar verilmiştir. Sonra basit rasgele sayılar tablosu kullanılarak görüşme yapılacak kişi belirlenmiştir. Otuz kişi de aynı yöntemle yedek olarak seçilmiştir.

### 3.5.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmaya, 19 yaşından küçüklerde kanser belirtileri daha az görüldüğünden ve 65 yaşından büyüklerde yaşlılıktan dolayı olan belirtiler araştırma sonucunu etkileyebileceğinden dolayı 19-65 yaş arası bireyler örneğe alınmıştır. Ayrıca araştırmaya kanser tanısı konan bireyler de alınmamıştır.

### 3.6.VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından literatüre dayalı olarak hazırlanan anket formu aracılığı ile elde edilmiştir. Boy ölçümünde mezura, kilo ölçümünde el baskülü kullanılmıştır.

#### 3.6.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Anket formu konu ile ilgili onkolog iki uzman doktorla görüşülerek ve değişik kaynaklardan yararlanarak hazırlanmıştır (42, 43, 51, 53) ve formda Uçhisarda yaşayan

bireylerin tanıtıcı özelliklerini içeren, bireylerde kanserin erken belirtileri ve risk faktörlerini belirlemek amacıyla hazırlanmış sorular ve kadınlara yönelik üreme sağlığıyla ilgili sorular EK 1’de bulunmaktadır.

### **3.6.2.Ön Uygulama**

Veri toplama formunun anlaşılabilirliğini belirlemek üzere Uçhisar bölgesinde, örnekleme alınan bireylerin özelliklerine uyan 20 bireye ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda anlaşılmayan sorular düzeltilmiştir.

### **3.6.3.Verİ Toplama Formunun Uygulanması**

Uygulama 01 Eylül 2003-01 Kasım 2003 tarihleri arasında yapılmıştır. Örneklemedeki hanelere belediye personellerinin yardımlarıyla ulaşılmıştır. Görüşme yapılacak kişi belirlendikten sonra araştırmanın amacı açıklanmıştır. Üç kişi araştırmayı kabul etmemiştir. Otuz kişi yedek kullanılarak 351 kişiye ulaşılmıştır.

### **3.7.VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Elde edilen veriler, bilgisayar ortamında değerlendirilmiş olup yüzdelerle ifade edilmiştir.

## 4.BULGULAR

Aşağıda bireylerin tanıtıcı özellikleri, kansere ilişkin risk faktörleri ve erken tanı belirtilerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

**Tablo.4.1:** Bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları (N=351)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	120	34.2
Erkek	231	65.8
<b>Yaş Grupları</b>		
19-30	64	18.2
31-40	91	26.0
41-50	97	27.6
51-64	99	28.2
<b>Eğitim Durumları</b>		
Okur yazar olmayan	24	6.8
Okur yazar	24	6.8
İlkokul mezunu	211	60.2
Ortaokul mezunu	32	9.1
Lise mezunu	46	13.1
Yüksekokul/fakülte mezunu	14	4.0
<b>Medeni Durumları</b>		
Evli	321	91.5
Bekar	17	4.8
Dul	13	3.7
<b>Sağlık Güvenceleri</b>		
Emekli Sandığı	41	11.7
Bağkur	61	17.3
SSK	173	49.3
Diğer	17	4.9
Sağlık Güvencesi Yok	59	16.8

**Tablo.4.1:** Bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları (devamı) (N=351)

Meslek Durumları	Sayı	%
Memur	13	3.7
İşçi	66	18.8
İşsiz	18	5.1
Emekli	63	17.9
Çiftçi	92	26.3
Ev hanımı	44	12.5
Diğer	55	15.7
<b>Ten Rengi</b>		
Beyaz	110	31.3
Esmer	101	28.8
Buğday	140	39.9

Tablo.4.1’de bireylerin tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Bireylerin %65.8’inin erkek; %56’sının 40 yaşın üstünde; %60.2’sinin ilkökul mezunu; %91.5’inin evli; %49.3’ünün SSK’ya bağlı; %26.2’sinin çiftçi olduğu; %31.3’ünün açık tenli, %39.9’unun buğday tenli olduğu görülmektedir.

**Tablo.4. 2:**Bireylerin kanser için risk taşıyan işlerde çalışma durumlarına göre dağılımı (N:351\*)

Riskli İşler	Sayı	%
Üzüm Bağı	283	80.6
İnşaat	62	17.7
Tekstil	30	8.5
Boya	29	8.3
Kaya Kesme	23	6.6
Asfalt Yol Yapımı	14	4.0
Kömür, katran	13	3.7
Lastik, kablo yapımı	13	3.7
Çelik	13	3.7
Mobilya	12	3.4
Asbest	3	0.9
Bakır	3	0.9
Çatı Kaplama	2	0.6
Alüminyum	2	0.6
Deri	1	0.3
Krom	1	0.3
Diğer	22	6.3

\*İfadeler birden fazla olduğundan yüzdeler ‘N’ üzerinden alınmıştır.

Tablo.4.2’de bireylerin kanser için risk taşıyan işlerde çalışma durumlarına göre dağılımı gösterilmiştir. Bireylerin çalıştıkları riskli iş alanları incelendiğinde: üzüm bağı (%80.6), inşaat (17.7), tekstil (%8.5), boya (%8.3) ve kaya kesme işleri (%6.6) olduğu görülmektedir.

**Tablo.4. 3:**Bireylerin kanserle ilgili bilgi ve bilgi kaynaklarına göre dağılımı

<b>Kansere İlişkin Bilgisi (N:351)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Olan	56	16.0
Olmayan	295	84.0
<b>Bilgi Alınan Kaynaklar (N:56)</b>		
Aile-Arkadaş	14	25.0
Televizyon-Radyo	22	39.3
Gazete-Dergi	6	10.7
Sağlık Personeli	4	7.2
Birden Fazla Yerden	10	17.8

Tablo.4.3’de bireylerin kanserle ilgili bilgi ve bilgi kaynaklarına göre dağılımı verilmiştir. Tablodan da anlaşıldığı gibi bireylerin %84’ü kanser hakkında bilgisinin olmadığını ifade etmiştir. Bilgi aldığını (%16) ifade edenlerin ise %39.3’ü bilgiyi televizyon-radyodan, %7.2’si sağlık personelinden almıştır.

**Tablo.4.4:**Bireylerin halen ve daha önce oturdukları mekanın özelliklerine göre dağılımı (N:351)

<b>Halen Oturulan Mekan</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Toprak	6	1.7
Nevşehir Taşı	291	82.9
Kayadan Oyma	9	2.6
Betonarme	45	12.8
<b>Kaç Yıldır Oturduğu</b>		
10 yıldan az	104	29.6
10 yıl ve üstü	247	70.4
<b>Önceki Oturulan Mekan</b>		
Toprak Ev	38	10.7
Kaya Ev	185	52.7
Nevşehir Taşı Ev	188	53.6
<b>Kaç Yıldır Oturduğu</b>		
Toprak evde 10 yıldan fazla oturan	25	7.1
Kaya oyma evde 10 yıldan fazla oturan	125	35.6

\*İfadeler birden fazla olduğu için yüzdeler ‘N’ üzerinden alınmıştır.

Tablo.4.4’de bireylerin halen ve daha önce oturdukları mekanın özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Bireylerin %82.9’unun şu anda Nevşehir taşı ile yapılmış evde, %2.6’sının kaya oyma evde oturduğu; %70.4’ünün şu andaki evinde 10 yıldan fazla süreden beri oturduğu saptanmıştır. Bireylerin %10.8’inin önceki oturdukları mekanların toprak ev, %52.7’sinin kaya oyma ev olduğu belirlenmiştir. Önceden kaya oyma veya toprak evde 10 yıldan fazla süre oturan 150 (%42.7) kişinin oturduğu saptanmıştır.

**Tablo.4.5:**Bireylerin kanser öyküsü olan akrabaya sahip olma durumlarına göre dağılımı (N:351)

Kanser öyküsü	Sayı	%
Olan	159	45.3
Olmayan	192	54.7
Toplam	351	100.0

Tablo.4.5’de bireylerin kanser öyküsü olan akrabaya sahip olma durumlarına göre dağılımları görülmektedir. Bireylerin %45.3’ünün akrabalarında kanser öyküsü olduğu belirlenmiştir.

**Tablo.4.6:**Bireylerin 1. 2. ve 3. dereceden akrabalarında görülen kanser türüne göre dağılımları (N:159\*)

Kanser Türü	Akrabalık Derecesi						Toplam	
	1.dereceden akraba		2.dereceden akraba		3.dereceden akraba			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Akciğer	34	38.2	17	22.4	4	21.0	55	30.0
Mide	15	16.2	16	21.0	3	15.8	34	18.5
Karaciğer	2	2.2	4	5.3	2	10.5	8	4.3
Prostat	4	4.5	2	2.6	—	—	6	3.3
Beyin	4	3.9	1	1.3	2	10.5	7	3.8
Uterus, over	—	—	5	6.6	1	5.3	6	3.3
Meme	1	1.1	3	3.9	1	5.3	5	2.7
Barsak	4	4.5	1	1.3	2	10.5	7	3.8
Baş boyun	5	5.6	7	9.1	3	15.8	15	8.1
Cilt	5	5.6	3	3.9	1	5.3	9	4.9
Lösemi	3	3.4	2	2.6	—	—	5	2.7
Kemik	—	—	1	1.3	—	—	1	0.5
Birde fazla çeşit kanser	7	7.9	10	13.1	—	—	17	9.2
Diğer	5	5.6	4	5.3	—	—	9	4.9
Toplam	89	100.0	76	100.0	19	100.0	184	100.0

24 kişinin hem 1. hem 2. ve hem de 3. dereceden akrabalarında birden fazla sayı ve türde kanserden ölen olduğu için N=159 olarak alınmıştır.

Tablo.4.6’da bireylerin 1. 2. ve 3. dereceden akrabalarında görülen kanser türüne göre dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde, akrabalarda en fazla görülen kanser türü (%30.0) akciğer, (%18.5) mide ve (%8.1) baş boyun kanserleridir.

**Tablo.4.7:**Bireylerin herhangi bir hastalık tanısı alma durumlarına ve hastalık türüne göre dağılımı

Hastalık Tanısı (N:351)	Sayı	%
Alan	179	51.0
Almayan	172	49.0
Hastalık Türü (N:179)		
Hepatit	52	29.0
Diabet	17	9.6
Ülser	35	19.6
Hipertansiyon	20	11.3
Diğer	55	30.5

Tablo.4.7’de bireylerin herhangi bir hastalık tanısı alma durumlarına ve hastalık türüne göre dağılımı incelenmiştir. Tabloda bireylerin yarısının (%51.0) hastalık tanısı aldığı ve bunların %29.0’ının hepatit tanısı aldığı görülmektedir.

**Tablo.4.8:** Bireylerin sigara kullanma durumlarına göre dağılımı

<b>Sigara ( N=351 )</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
İçen	185	52.7
İçmeyen	114	32.5
Bırakan	52	14.8
<b>Günlük İçilen Sigara Miktarı (N=185)</b>		
1-2 adet	3	1.6
3-9 adet	8	4.3
10-19 adet	30	16.2
20 adet	99	53.5
20 adetten fazla	45	24.4
<b>Sigara İçme Süresi (N=185)</b>		
5 yıldan az	11	5.9
5-9 yıl	17	9.2
10 ve üzeri	157	84.9
<b>Bırakanların Günlük İçtikleri Sigara Miktarı (N=52)</b>		
1-2 adet	8	15.4
3-9 adet	12	23.1
10-19 adet	4	7.7
20 adet	23	44.2
20 adetten fazla	5	9.6
<b>Bırakanların Sigara İçme Süresi (N=52)</b>		
5 yıldan az	12	23.1
5-9 yıl	8	15.4
10 ve üzeri	32	61.5

Tablo.4.8 incelendiğinde, bireylerin yarıdan fazlasının (%52.7) sigara kullandığı ve bazı bireylerinde daha önce sigara kullanıp bıraktığı (%14.8) görülmektedir. Sigarayı bırakanların %44.2’sinin daha önce günde bir paket sigara içtiği; %61.5’inin 10 yıl ve üzerinde sigarayı kullandığı saptanmıştır. Şu anda sigara kullananların ise %53.5’inin günde bir paket; %84.9’unun 10 yıl ve üzerinde sigara içtiği görülmektedir.

**Tablo.4.9:** Bireylerin sigara dumanına maruz kalma durumlarına göre dağılımı

<b>Sigara Dumanına Maruz (N=351)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Kalan	240	68.4
Kalmayan	111	31.6
<b>Maruz Kalma Süresi (N=240)</b>		
1-2 saat	74	30.8
3-5 saat	101	42.1
6-9 saat	40	16.7
10 saat ve üzeri	25	10.4



Bireylerin sigara dumanına maruz kalma durumları (Tablo.4.9) incelendiğinde %68.4'ünün sigara dumanına maruz kaldığı; maruz kalanların %42.1'inin, sigara içilen ortamda 3-5 saat sürekli buldukları anlaşılmaktadır.

**Tablo.4.10: Bireylerin alkol kullanma durumlarına göre dağılımı**

<b>Alkol (N=351)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Kullanan	68	19.4
Kullanmayan	168	47.8
Bırakan	115	32.8
<b>Kullanma Sıklığı (N=68)</b>		
Hergün Akşam	10	14.7
İki Üç Günde Bir	13	19.1
Haftada Bir	34	50.0
Ayda Bir	11	15.2
<b>Kullanma Süresi (N=68)</b>		
1-5 yıl	17	25.0
6-10 yıl	21	30.9
11 yıl ve üzeri	30	44.1
<b>Her Bir Oturmada İçtikleri Alkol Miktarı (N=68)</b>		
1-3 kadeh	21	30.9
4-6 kadeh	34	50.0
7 kadeh ve üzeri	13	19.1
<b>Bırakanların Alkol Kullanma Sıklığı (N=115)</b>		
Hergün Akşam	29	25.2
İki Üç Günde Bir	18	15.7
Haftada Bir	29	25.2
Ayda Bir	26	22.6
Diğer	13	11.3
<b>Bırakanların Alkol Kullanma Süresi (N=115)</b>		
1-5 yıl	37	32.2
6-10 yıl	47	40.9
11 yıl ve üzeri	31	26.9
<b>Bırakanların Her Bir Oturmada İçtikleri Alkol Miktarı (N=115)</b>		
1-3 kadeh	35	30.4
4-6 kadeh	51	44.4
7 kadeh ve üzeri	29	25.2

Tablo.4.10 incelendiğinde; bireylerin %19.4'ünün alkol kullandığı; kullananların %50'sinin haftada bir; %44.1'inin 11 yıl ve üzerinde alkol içtiği; %50'sinin her oturmada 4-6 kadeh içtiği görülmüştür. Bırakanların ise %25.2'sinin hergün içtiği; %40.9'unun 6-10 yıl süre ile; %44.4'ünün her oturmada 4-6 kadeh arasında içtiği belirlenmiştir.

**Tablo.4.11: Bireylerin güneşte kalma durumlarına göre dağılımı**

<b>Günlük Güneşe Çıkma Süresi (N=351)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
1-2 saat	47	13.5
3-5 saat	88	25.0
6 saat ve üzeri <sup>1</sup>	216	61.5
<b>Güneşte Devamlı Kalma Durumu (N=351)</b>		
15 dakikadan az	54	15.4
Sürekli güneş altında	293	83.5
Sadece kısa süreli tatillerde güneşte	4	1.1
<b>Güneşte Ciltte Değişim (N=351)</b>		
Olan	177	50.4
Olmayan	174	49.6
<b>Ciltteki Değişimin Şekli (N=177)</b>		
Kızarma	45	25.4
Bronzlaşma	82	46.3
Lekelenme	11	6.2
Birden fazla belirti (Kızarma, lekelenme, bronzlaşma)	39	22.1
<b>15 Yaşından Önce Güneş Yanığı Geçirme Durumu (N=351)</b>		
Geçiren	5	1.4
Geçirmeyen	346	98.6
<b>Güneş Yanığı Geçirme Sayısı (N=5)</b>		
Bir defa	4	80.0
İki defa	1	20.0

Güneşte kalma durumları incelendiğinde (Tablo.4.11), bireylerin %61.5'inin günlük 6 saat ve üzerinde güneşte kaldığı; %83.5'inin sürekli güneşte kaldığı; %50.4'ünün güneşte kaldığı sürede cildinde değişiklik olduğu; cildinde değişiklik olanların %46.3'ünün bronzlaştığı; %1.4'ünün güneş yanığı geçirdiği saptanmıştır.

**Tablo 4.12: Bireylerin yanma kazası geçirme durumlarına göre dağılımı**

<b>Yanma Kazası (N=351)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Geçiren	52	14.8
Geçirmeyen	299	85.2
<b>Yanık Sonrası İz Kalma Durumu (N=52)</b>		
Yanık izi var	37	71.2
Yanık izi yok	15	28.8

**Tablo.4.13: Bireylerin diş sağlığı durumlarına göre dağılımı (N=351)**

<b>Dişlerde Çürük</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Bulunan	157	44.7
Bulunmayan	194	55.3
<b>Fırçalama Sıklığı</b>		
Hergün günde bir iki defa	117	33.3
Ara sıra (iki üç günde bir)	83	23.6
Haftada bir	66	18.8
Hiç	85	24.3

**Tablo.4.14:** Bireylerin röntgen çekirme durumlarına göre dağılımı

Röntgen (N=351)	Sayı	%
Çektiren	252	71.8
Çektirmeyen	99	28.2
<b>Çektirme Sayısı (N=252)</b>		
1-5	183	72.6
6-10	35	14.0
11 ve üzeri	6	2.4

Bireylerin yanma kazası geçirme durumları incelendiğinde (Tablo.4.12) %14.8'inin yanma olayı yaşadığı ve yaşayanların %71.2'sinde yanık izi bulunduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.13'de bireylerin %44.7'sinin dişlerinde çürük olduğu; %33.3'ünün hergün dişlerini fırçaladığı, %24.2'sinin ise hiç dişlerini fırçalamadığı görülmektedir.

Tablo.4.14'da bireylerin %71.8'inin röntgen çektiği; röntgen çektirenlerin ise %72.6'sının 1-5 kez röntgen çektiği görülmektedir.

**Tablo 4.15:** Bireylerin beslenme özelliklerine göre dağılımları (N=351)

Yedikleri Besinler	Her zaman		Ara sıra		Yemiyor	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Turşu	118	33.6	215	61.3	18	5.1
Kızartma	103	29.4	239	68.1	9	2.6
Izgara	12	3.4	271	77.2	68	19.4
Diyet şekeri	6	1.7	11	3.1	334	95.2
Tahıllar	219	62.4	129	36.8	3	0.9
Sebze	260	74.1	90	25.6	1	0.3
Meyve	274	78.1	76	21.7	1	0.3
Yağlı yiyecekler	121	34.5	179	51.0	51	14.5
Tuzlu	141	40.2	137	39.0	73	20.8
Hazır, işlenmiş gıda	37	10.5	265	75.5	49	14.0
Et	88	25.1	255	72.6	8	2.3
Şekerli gıda	145	41.3	176	50.1	30	8.5
Soğan, sarımsak	164	46.7	166	47.3	21	6.0
Çömlük peyniri	215	61.3	89	25.4	47	13.4
Pekmez	153	43.6	157	44.7	41	11.7
Çok sıcak yemek yeme	85	24.2	47	13.4	219	62.4

\*İfadeler birden fazla olduğundan yüzdeler 'N' üzerinden alınmıştır.

Tablo.4.15'de bireylerin beslenme özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi bireylerin %70'den fazlası sebze ve meyveyi, %62.4'ü tahılları, %40 civarında da kanser için risk oluşturan (turşu, kızartma...gibi) gıdaları her zaman almaktadır.

**Tablo.4.16:** Bireylerin beden kitle indekslerine göre dağılımı

Beden Kitle Endeksi	Sayı	%
16-19 (zayıf)	13	3.7
20-24.9 (normal)	106	30.2
25-29.9 (hafif şişman)	137	39.0
30-39 (şişman)	88	25.1
40 ve üzeri (çok şişman)	7	2.0
Toplam	351	100.0

Tablo.4.16’da bireylerin beden kitle indeksleri sonuçları verilmiştir. Tabloya göre bireylerin %66.1’inin beden kitle indeksleri normal sınırların üstündedir.

**Tablo.4.17:** Kadınların evlilik öykülerine göre dağılımları (N=117)

Evlenme Yaşı	Sayı	%
19 yaşından küçük	88	75.2
19 ve üzeri	29	24.8
<b>Evlilik Sayısı</b>		
1 kez	103	88.0
2 kez ve üstü	14	12.0
<b>Evlilik Süresi</b>		
1-10 yıl	20	17.1
11-20 yıl	31	26.5
21 yıl ve üzeri	66	56.4
<b>İlk Cinsel İlişki Yaşı</b>		
19 yaşından küçük	88	75.2
19 ve üzeri	29	24.8

Tablo.4.17’de kadınların %75.2’si 19 yaşından önce evlenmiş olduğu; %88’inin bir kez evlendiği; %56.4’ünün 21 yıl ve üzerinde evli kaldığı; %75.2’inin ilk cinsel deneyimini 19 yaşından önce yaptığı görülmektedir.

**Tablo.4.18:** Kadınların doğurganlık özelliklerine göre dağılımı

Gebe Kalma Durumu (N=120)	Sayı	%
Hiç gebe kalmayan	6	5.0
1-3 kez gebe kalan	48	40.0
4-6 kez gebe kalan	45	39.2
7 kez ve üzerinde gebe kalan	19	15.8
<b>Doğum Yapma Durumu (N=120)</b>		
Hiç doğum yapmayan	6	5.0
1-3 kez doğum yapan	72	60.0
4 kez ve üzerinde doğum yapan	42	35.0
<b>İlk Adet Yaşı (N=120)</b>		
12 yaşından önce	27	22.5
13-17	90	75.0
18 ve üzeri	3	2.5

**Tablo.4.18:** Kadınların doğurganlık özelliklerine göre dağılımı (devamı)

<b>Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu (N=120)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Yöntem kullanmıyor	62	51.7
Oral kontraseptif	7	5.8
Prezervatif	12	10.0
Geri-çekme, takvim yöntemi...	17	14.1
Ria	22	18.4
<b>Gebelikler Arası Süre (N=114)</b>		
2 yıldan fazla	62	54.4
2 yıldan az	52	45.6

Tablo.4.18’de kadınların doğurganlık özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi kadınların %55.1’inin 4 kez ve üzerinde gebe kaldığı; %35’inin doğum yaptığı; %22.5’inin menarş yaşının başlangıcı 12 yaşından önce, %2.5’inin 18 yaşından sonra olduğu; %18.3’ünün ria, %10’unun prezervatif, %5.8’inin oral kontraseptif ile gebelikten korunduğu; %45.6’sının gebeliklerinin arasının iki yıldan az sürdüğü görülmektedir.

**Tablo.4.19:** Kadınların menstrüasyon siklusuna ilişkin özelliklerine göre dağılımları

<b>Menstrüasyon (N=120)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Olan	87	72.5
Olmayan	33	27.5
<b>Dismenore (N=87)</b>		
Var	39	44.8
Yok	48	55.2
<b>Menstrüasyon Sıklığı (N=87)</b>		
20 gün ve daha kısa	2	2.3
21-30 günde bir	69	79.3
31 ve üzeri	2	2.3
Düzensiz	14	16.1
<b>Menstrüasyon Süresi (N=87)</b>		
1-2 gün	2	2.3
3-6 gün	60	69.0
7-8 gün	17	19.5
9 ve üzeri	8	9.2
<b>Menstrüasyon Miktarı (N=87)</b>		
(1-3 ped)	69	79.3
(4-7 ped)	17	19.5
(8 ped ve üzeri)	1	1.2
<b>Menapoz Yaşı (N=33)</b>		
40 yaşından önce	6	18.2
40-50	21	63.6
51 ve üzeri	6	18.2

Kadınların menstrüasyon siklusuna ilişkin özellikleri incelendiğinde (Tablo.4.19) %72.5’inin menstrüasyonunun devam ettiği; menstrüasyon olanların %44.8’inin dismenoresinin olduğu, %16.1’inin menstrüasyonunun düzensiz olduğu, %21.2’sinin 40

yaşından önce menapoza, %15.2'sinin 51 yaş ve üzerinde yaşta menapoza girdiği görülmektedir.

**Tablo.4.20:** Kadınların çocuklarını emzirme özelliklerine göre dağılımı

<b>Çocuklarını (N=114)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Emziren	109	95.6
Emzirmeyen	5	4.4
<b>Emzirme Süresi (N=109)</b>		
4 aydan az	21	19.2
4 ay ve yukarı	88	80.8

Tablo.4.20'de kadınların çocuklarını emzirme özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Görüldüğü gibi kadınların %95.6'sının çocuklarını emzirdiği; çocuklarını emzirenlerin ise %80.8'inin 4 ay ya da daha fazla süre ile çocuklarını emzirdiği belirlenmiştir.

**Tablo.4. 21:** Kadınların jinekolojik rahatsızlık özelliklerine göre dağılımı

<b>Jinekolojik Hastalık Tanısı (N=120)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Alan	13	10.8
Almayan	107	89.2
<b>Hastalığın Türü (N=13)</b>		
Serviks erezyonu	4	30.7
Enfeksiyon	6	46.2
Kist-myom	3	23.1
<b>Hastalığıyla İlgili Ameliyat Geçirme Durumu(N=120)</b>		
Geçiren	8	6.7
Geçirmeyen	112	93.3
<b>Ameliyatın Türü (N=8)</b>		
Kist	2	25.0
Histektomi	3	37.5
Uterusel	1	12.5
Bilmiyor	2	25.0
<b>Akıntı Özelliği (N=120)</b>		
Normal miktarda sarı-beyaz kokusuz	83	69.1
Bol miktarda sarı-kokulu	32	26.7
Beyaz peynirimsi, kaşıntı	5	4.2
<b>Disparanoya (N=120)</b>		
Var	25	20.9
Yok	74	61.6
Cinsel ilişkiye girmeyen	21	17.5
<b>Postkoidal Kanama (N=120)</b>		
Var	5	4.2
Yok	94	78.3
Cinsel ilişkiye girmeyen	21	17.5
<b>Cinsel Organlarda Şekil Değişikliği (N=120)</b>		
Olan	4	3.3
Olmayan	116	96.7

Tablo.4.21'de görüldüğü gibi, kadınların %10.8'inin jinekolojik hastalık tanısı aldığı; hastalık tanısı alanların %46.2'sinin enfeksiyon, %30.8'inin servikal erezyon tanısı

aldığı; %26.7'sinin bol miktarda kokulu akıntısı olduğu; %20.9'unun disparanoyası olduğu; %4.2'sinin postkoidal kanaması olduğu, %3.3'ünün cinsel organında şekil değişikliği olduğu saptanmıştır.

**Tablo.4.22:** Kadınların perine hijyenine ilişkin yaptıkları uygulamalara göre dağılımı (N=120)

İç Çamaşırı Değişirme Sıklığı	Sayı	%
Hergün	43	35.8
İki günde bir	29	24.2
Üç gün ve üzeri	48	40.0
<b>Tuvalet Öncesi ve Sonrası El Yıkama</b>		
Gitmeden önce ve sonra	55	45.8
Gittikten sonra	63	52.5
El yıkamıyor	2	1.7
<b>Perine Temizliği Biçimi</b>		
Önce vulva sonra anal bölge	54	45.0
Önce anal sonra vulva	66	55.0
<b>Tuvalette Kurulanma Türü</b>		
Tuvalet kağıdı ile	57	47.5
Bireysel bez ile	13	10.8
Ortak bez ile	9	7.5
Kurulanmıyor	41	34.2
<b>Akıntı İçin Ped-Bez Değişirme Sıklığı</b>		
Hergün	35	29.2
İki günden fazla	21	17.5
Kullanmıyor	64	53.3

Tablo.4.22 incelendiğinde kadınların %40'ının iç çamaşırlarını değiştirme sıklığının üç gün ya da üzerinde olduğu, %52.5'inin yalnızca tuvaletten sonra el yıkadığı, %55'inin önce anal bölgeden temizliğe başladığı, %34.2'sinin perinesini kurulamadığı, %17.5'inin pedini değiştirme sıklığının iki günden fazla olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.23:** Kadınların meme kanserine ilişkin erken tanı belirtilerine göre dağılımı (N=120)

Erken Tanı Belirtileri	Sayı	%
Memede kitle	18	15.0
Memede ağrı	13	10.8
Memede kanama, akıntı	2	1.7
Meme ucunda çekilme	1	0.8
Memede ağrısız şişlik	1	0.8
Memede gamzeleşme	1	0.8
Portakal kabuğu belirtileri	1	0.8
Diğer (asimetri, kızarıklık)	13	10.8

\*İfadeler birden fazla olduğundan yüzdeler 'N' üzerinden alınmıştır.

Tablo.4.23'de araştırmacı tarafından yapılan meme muayenesi sonuçlarına göre kadınlarda meme kanserine ilişkin saptanan erken tanı belirtileri verilmiştir. Tablo incelendiğinde; memede kitle %15 ve memede ağrı %10.8 ile ilk sıralarda yer aldığı görülmektedir.

**Tablo.4.24:** Bireylerin solunum sistemi (akciğer, mezotelyoma..) kanserlerine ilişkin erken tanı belirtilerine göre dağılımı (N=351)

Erken Tanı Belirtileri	Sayı	%
Öksürük	121	34.5
Nefes darlığı	117	33.3
Paslı ya da pürülan sekresyon	96	27.4
Kanlı sekresyon	78	22.2
Ses kısıklığı	67	19.1
Göğüs ağrısı	66	18.8
Omuz, kol ağrısı	53	15.1
Sık sık solunum yolu rahatsızlığı geçirme	48	13.7
Halsizlik	32	9.1
İştahsızlık	29	8.3
Kilo kaybı	6	1.7

\*İfadeler birden fazla olduğundan yüzdeler 'N' üzerinden alınmıştır.

Bireylerde kanser açısından solunum sistemine ilişkin saptanan erken tanı belirtileri Tablo.4.24'de görülmektedir. Bireylerin %34.5'inin uzun süredir omuz-kol ağrısı yaşadığı, %33.3'ünün halsiz olduğu, %27.4'ünün paslı ya da pürülan balgam çıkardığı, %22.2'sinin nefes darlığı çektiği, %19.1'inin öksürdüğü, %18.8'inin sık sık solunum yolu rahatsızlığı geçirdiği belirlenmiştir.

**Tablo.4.25:** Bireylerin baş-boyun kanserlerine ilişkin erken tanı belirtilerine göre dağılımı (N=351)

Erken Tanı Belirtileri	Sayı	%
Diş sorunları	157	44.7
Baş ağrısı	99	28.2
Denge bozukluğu	59	16.8
Çift görme	57	16.2
Burun tıkanıklığı	53	15.1
İşitme güçlüğü	53	15.1
Çiğneme, yutma, dil ve çeneyi oynatmada güçlük	50	14.2
Özellikle baş ve boyunda kitle	50	14.2
Boğulma hissi	43	12.3
Kulak ağrısı	36	10.3
Ses kısıklığı	32	9.1
Baş ve boyunda kırmızı veya beyaz leke	22	6.3
Ağızda hassasiyet, yara	13	3.7
Yüzde ağrı	13	3.7
Kanlı burun akıntısı	13	3.7
Guatr hastalığı	13	3.7
Tiroid bezinin hızlı büyümesi	3	0.9

\*İfadeler birden fazla olduğundan yüzdeler 'N' üzerinden alınmıştır.

Tablo.4.25'de baş ve boyun kanserine ilişkin erken tanı belirtileri verilmiştir. Tabloya göre bireylerin %44.7'sinde diş sorunları ve %14.2'inde ağız içi ile ilgili sorun, %28.2'sinde baş ağrısı, %14.2'sinde baş ve boyunda kitle ile çiğneme, yutma, dil ve çeneyi oynatmada güçlük, %9.1'inde uzun süredir ses kısıklığı ve %10 civarında da diğer sorunlar saptanmıştır.



**Tablo.4.26:** Bireylerin gastrointestinal sistem (özafagus, mide, pankreas, karaciğer, kolorektal) kanserlerine ilişkin erken tanı belirtilerine göre dağılımı (N=351)

Erken Tanı Belirtileri	Sayı	%
<b>Özafagus</b>		
Halsizlik	117	33.3
Regürjitasyon	57	16.2
Hazımsızlık	55	15.7
İştahsızlık	53	15.1
Yutma güçlüğü veya ağırlı yutma	50	14.2
Boğulma hissi	43	12.3
Kilo kaybı	29	8.3
Aşırı salya	8	2.3
<b>Mide</b>		
Mide ağrısı	63	17.9
İştahsızlık	53	15.1
Yutma güçlüğü	50	14.2
Bulantı	42	12.0
Kilo kaybı	29	8.3
Karında kitle	29	8.3
Kusma	5	1.4
<b>Pankreas</b>		
Halsizlik	117	33.3
Gaz	63	17.9
Karın ağrısı	56	16.0
İştahsızlık	53	15.1
Bulantı	42	12.0
Koyu renkli idrar	40	11.4
Kilo kaybı	29	8.3
Diyare	18	5.1
<b>Karaciğer</b>		
Halsizlik	117	33.3
Gaz	63	17.9
Karında ağrı	56	16.0
İştahsızlık	53	15.1
Sarılık geçirme	52	14.8
Bulantı	42	12.0
Kilo kaybı	29	8.3
Konstipasyon	18	5.1
<b>Kolorektal</b>		
Defekasyonda boşalamama hissi	66	18.8
Aşırı gaz	63	17.9
Karın ağrısı	56	16.0
Kilo kaybı	29	8.3
Karında kitle	29	8.3
Defekasyon sırasında kanama	19	5.4
Dışkılama alışkanlığında değişme	18	5.1

\*İfadeler birden fazla olduğundan yüzdeler 'N' üzerinden alınmıştır.

Tablo.4.26'da bireylerin gastrointestinal sistem kanserlerine ilişkin erken tanı belirtilerine göre dağılımı verilmiştir. Tabloda bireylerin %33.3'de halsizlik, %29'unda sarılık, %18.8'nde defekasyonda boşalamama hissi, %17.9'nda aşırı gaz ve mide ağrısı, %16'sında da karın ağrısı, regürjitasyon, hazımsızlık gibi belirtiler olduğu görülmektedir.

**Tablo4.27:** Bireylerin üriner sistem (böbrek, mesane, prostat) kanserlerine ilişkin erken tanı belirtilerine göre dağılımı

Erken Tanı Belirtileri	Sayı	%
<b>Böbrek (N=351)</b>		
Bel, kalçada sürekli ağrı	96	27.4
Kilo kaybı	29	8.2
Karında kitle	29	8.2
Hematüri	1	0.3
<b>Mesane (N=351)</b>		
Pollaküri	84	23.9
Acil idrar yapma hissi	60	17.1
Dizüri	44	12.5
İdrar miktarında azalma	31	8.8
Hematüri	1	0.3
<b>Prostat (Erkek:N=231)</b>		
Bel ve kalçada sürekli ağrı	96	27.4
Pollaküri	84	23.9
Yavaş ya da kesik kesik idrar	47	13.4
İdrarı yaparken ağrı ya da yanma	44	12.5
İdrarı başlatmada ya da durdurmada güçlük	23	6.6
Prostat büyümesi (doktor tarafından belirlenmiş)	5	2.2
Hematüri	1	0.3

\*İfadeler birden fazla olduğundan yüzdeler 'N' üzerinden alınmıştır.

Tablo.4.27'de Bireylerin üriner sistem kanserlerine ilişkin erken tanı belirtilerine göre dağılımı yer almaktadır. Tabloda; bireylerin %27.4'ünde bel ve kalçasında sürekli ağrı, %23.9'unda pollaküri, %17.1'inde acil idrar yapma hissi, %13.4'ünde yavaş ya da kesik kesik idrar, %12.5'inde idrar yaparken ağrı ya da yanma olduğu görülmektedir.

**Tablo.4.28:** Bireylerin cilt kanserine ilişkin erken tanı belirtilerine göre dağılımı (N=351)

Erken Tanı Belirtileri	Sayı	%
Ciltte kahverengi, beyazımsı veya kırmızımsı lekeler	62	17.7
Ciltte iyileşmeyen yara	13	3.7
Benlerde büyüme, kaşınma veya kanama	8	2.3
Ağızda iyileşmeyen yara	78	22.2
Ciltte beyaz incimsi lekeler	34	9.4

\*İfadeler birden fazla olduğundan yüzdeler 'N' üzerinden alınmıştır.

Tablo.4.28'de bireylerin cilt kanserine ilişkin erken tanı belirtilerine göre dağılımı verilmiştir. Tabloya göre bireylerin %22.2'sinde ciltte kahverengi-beyazımsı veya kırmızımsı leke, %17.7'sinde iyileşmeyen yara, %9.4'ünde benlerde büyüme, kanama veya kaşıntı olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.29:** Bireylerin genital sistem (testis, serviks, endometriyal, vulva, vajinal, over) kanserlerine ilişkin erken tanı belirtilerine göre dağılımı

Erken Tanı Belirtileri	Sayı	%
<b>Testis (Erkek:N=231)</b>		
Öksürük	48	20.8
Halsizlik	47	20.3
Testislerde şişlik	8	3.5
Hemoptizi	1	0.4
<b>Serviks (kadın:N=120)</b>		
Sulu akıntı	32	26.7
Kötü koku	32	26.7
Koitus ve dokunma kanamaları	5	4.2
Metroraji (aşırı kanamalı menstruasyon)	5	4.2
<b>Endometriyal (kadın:N=120)</b>		
Karın da ağrı	35	29.2
Anormal vajinal kanama	14	16.1
<b>Vulva (kadın:N=120)</b>		
Akıntı	32	26.7
Dizüri	18	15.0
Kaşıntı, yanma	5	4.2
Şekil değişikliği	4	3.3
<b>Vajinal (kadın:N=120)</b>		
Akıntı	32	26.7
Disparanoya	25	20.9
Post koidal kanama	5	4.2
<b>Over (kadın:N=120)</b>		
Sürekli yorgunluk	70	58.3
Üriner sistem belirtileri (sık idrar)	39	32.5
Abdominal şişkinlik, hazımsızlık	35	29.2
Abdominal ağrı	35	29.2
Düzensiz vajinal kanamalar	14	16.1

\*İfadeler birden fazla olduğundan yüzdeler 'N' üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.29'da bireylerin genital sistem kanserlerine ilişkin erken tanı belirtilerine göre dağılımı verilmiştir. Tabloya göre kadınların %58.3'ünde sürekli yorgunluk, %29.2'sinde abdominal rahatsızlık, %26.7'sinde akıntı ve kötü koku, %16.1'inde anormal kanama, %20.9'unda disparanoya olduğu görülmektedir.

## 5.TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu bölümde Nevşehir ili Uçhisar kasabasında yaşayan bireylerde kanser risk faktörleri ve erken tanı belirtilerinin saptanması amacıyla yapılan araştırmanın sonuçları verilmiş ve tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan bireylerin %65.8'i erkek; %56'sı 40 yaşın üstünde, %91.5'i evli, %60'ı ilkokul mezunu, %49.3'ü sosyal güvenceli, %26.2'si çiftçidir (Tablo.4.1). Yaşla beraber immunolojik dirençte azalma ve hormonal değişiklikler olmaktadır (65, 66). 20-39 yaş arası görülen kanser insidansları ortalama yüzbinde 13.8 iken, 40-64 yaş arası yüzbinde 114.4 olmaktadır (15). Araştırmada bireylerin yarıdan fazlası 40 yaşın üstündedir, dolayısıyla çoğunluğun tüm organlara yönelik kanser riskini taşıdıkları söylenebilir.

Kanserin gelişmesinde mesleki faktörlerin %5 oranında etkili olduğu bilinmektedir (67). Çiftçilik, üzüm bağı, tekstil, inşaat, kaya kesme ve boya işlerinde çalışanlar, sürekli toprakla-tozla ve kimyasal madde ile karşılaştığından dolayı akciğer ve mezotelyoma kanseri; çiftçilik ve üzüm bağı işleri uzun süre güneş altında çalışma gerektirdiğinden dolayı cilt kanseri; boya kimyasal madde olduğu için bu işle sürekli uğraşanlar mesane kanseri yönünden risk altındadır (43, 53). Araştırmamızda bireylerin %80.6'sının üzüm bağı, %17.7'sinin inşaat, %8.5'inin tekstil, %8.3'ünün boya ve %6.6'sının kaya kesme işlerinde çalıştığı saptanmıştır (Tablo.4.2). Dolayısıyla bu kişilerin akciğer, cilt ve mesane kanseri riski altında olduğu söylenebilir.

Tüm Kapadokya (Kayseri, Nevşehir, Niğde, Aksaray) Hasandağı, Melendiz Erciyes yanardağlarının milyonlarca yıl süren püskürmeleriyle oluşan volkanik örtüyle kaplıdır. Yanardağların çevreye yaydıkları kül ve tüflerin, göllerin olduğu yerlerde suyla

kimyasal tepkimeye girmesiyle meydana gelen zeolit grubu minerallerden erionit oluşmuştur. Tüf kayaları içinde gelişen erionitin, lifsi-iğnemsî yapısı nedeniyle insanlara zararlı, mezotelyoma denilen akciğer zarı kanserine yol açtığı belirtilmektedir. 9-20 yıl bu minerali soluyan bir kişinin dünyanın neresine giderse gitsin mutlaka mezotelyoma hastalığına yakalandığı tespit edilmiştir. Nevşehir ilinde mezotelyoma vakalarının Tuzköy, Karain ve Sarıhıdır köylerinde görüldüğü belirtilmiştir. Ancak bu üç köy dışında yaşayanlarda da sporadik bir biçimde mezotelyoma görüldüğü saptanmıştır. Uçhisar'da ponza taşı çıkarılmaktadır, ponza taşı oluşumunun denizlerle ilişkili olduğu ifade edilmektedir. Ponza taşının varlığı Uçhisar'ın eskiden bir içdeniz olabileceğinin göstergesi olabilir (68, 69). Dolayısıyla lifsi iğnemsî erionit Uçhisar'da bulunabilir. Araştırmada bireylerin %82.9'unun şu anda Nevşehir taşı ile yapılmış evde, %2.6'sının kaya oyma evde oturduğu saptanmıştır. Bireylerin %70.4'ü şu andaki evinde 10 yıldan fazla süreden beri oturmaktadır. Bireylerin %10.8'inin önceki oturdukları mekanların toprak ev, %52.7'sinin kaya oyma ev olduğu belirlenmiştir. Önceden kaya oyma veya toprak evde 10 yıldan fazla oturan 150 (%42.7) kişi vardır (Tablo.4.4). Yerleşim yerlerinin altında bulunan erionitli tüf kayalarının özelliklerini, oluşum ortamlarını, tüflerin ayrışma ve tozlaşma özellikleri ve havaya karışma oranlarını, bulunduğu düzeylerin konumunu analiz etmek için ayrıntılı jeolojik çalışmalar yapılması gerekir. Böyle bir çalışma Uçhisar kasabasında henüz yapılmamıştır. Kapadokya'nın hangi yerleşim alanlarının risk altında olabileceğinin jeolojik yönden ayrıntılı çalışmalar yapılarak belirtilmesi ve yerleşim alanlarının erionit içeriğini gösteren risk haritası yapılmalıdır. Bu konuda yer bilimcilerinin katkılarının sağlanması gerekmektedir (24, 70-72). Araştırma sonuçlarımız bu konuda Uçhisar halkının risk altında olduğunu düşündürmektedir.

Kanserin gelişmesinde genetik ve ilişkili risk faktörlerinin (ailede öykü, perinatal faktörler, üremeye ilgili, ilaçlar) %14 oranında etkili olduğu bilinmektedir (67). Nural'ın (65) yaptığı bir çalışmada hastaların %25.5'inin akrabalarında kanser görülmektedir. Bu sonuç ile araştırmamızda saptanan bireylerin (%45.3) akrabasında kanser görülenler karşılaştırıldığında; yaklaşık iki kat daha yüksektir (Tablo 4.5). Türkiye genelinde en sık görülen kanser türleri ilk üç sırada akciğer(%19.70), meme(%9.45) ve mide(%7.74) kanserleridir. Baş boyun kanserleri ise %3-4 oranı ile 7.sıralarda yer almaktadır (15). Araştırma sonuçlarımız (Tablo.4.6) Türkiye geneli ile karşılaştırıldığında ilk üç sırada akciğer kanseri (%30.0), mide kanseri (%18.5) ve baş

boyun kanseri (%8.1) olduğu ve iki kat daha yüksek görüldüğü saptanmıştır (15). Tümör genlerinin genetik geçişli olduğu düşünülürse, ailesinde kanser öyküsü bulunan bireylerin ilgili kanser türlerine ilişkin risk altında olduğu söylenebilir (65, 73).

Kanserin gelişmesinde viruslar %5 oranında etkili görülmektedir (67). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'na bildirilen yıllık akut viral hepatit sayısı 15-20 bin dolaylarındadır. Fakat bildirim azlığından dolayı gerçek sayının bunun en az 10 katı olduğu tahmin edilmektedir (52). Hepatit rahatsızlığı olanlarda hepatit enfeksiyonlarının komplikasyonu olarak karaciğer kanseri, ülser rahatsızlığı olanlarda da mide kanseri gelişebileceği ifade edilmektedir (65, 74). Özyılkan ve arkadaşlarının (75) yaptığı bir araştırmada hepatit B virusunun hepatolenfotrofik özellikte olduğu ve lenfoproliferatif malign hastalıklarının gelişmesinde onkojenik rol oynadığı kabul edilmiştir. Çalışmada (Tablo.4.7) bireylerin yarısının (%51.0) herhangi bir hastalık tanısı aldığı ve bunların %29.0'nın hepatit, %19.6'sının ülser olduğu belirlenmiştir. Bu konuda da Uçhisar halkının büyük oranda risk taşıdığı söylenebilir.

Kanserin gelişmesinde sigaranın %30 oranında etkili olduğu bildirilmektedir (67). Akciğer kanserlerinin %80-90'ından sigara sorumlu tutulmaktadır (76). Sigarayı bırakanlarda sigarayı bıraktıktan sonra geçen süre arttıkça riskin azalacağı da tespit edilmiştir (67). Şahinöz ve arkadaşlarının (76) yaptığı çalışmada araştırmaya alınan 1126 konutun %70.1'inde sigara içen en az bir kişinin olduğu saptanmış ve sigara içenlerde solunum sistemine ait bazı semptomlara (15 günden uzun süren öksürük, balgam veya kanlı balgam) daha fazla oranlarda rastlanmıştır. Keskinler ve arkadaşlarının (77) yaptığı bir çalışmada bireylerin %35.9'unun hergün sigara içtiği belirtilmektedir. Araştırma sonuçlarımızla karşılaştırdığımızda bireylerin yarıdan fazlasının (%52.7) sigara kullandığı tespit edilmiştir. Gökçimen ve arkadaşlarının (78) akciğer kanseri hastaları üzerinde yaptıkları bir araştırmada sigara kullanan bireylerin %41.6'sının sigara içme süreleri 20 yıl ve daha az, %14.7'sinin günde bir paketten fazla sigara içtiği saptanmıştır. Bizim araştırmamızda ise sigarayı kullananların %77.8'inin günlük bir paketten fazla sigara içtiği; %84.9'unun 10 yıl ve üzerinde sigara içtiği görülmektedir (Tablo.4.8). Araştırma sonuçlarımız Gökçimen ve arkadaşlarının yaptığı araştırma ile farklılık göstermektedir. Bu farklılık; araştırmamızda günlük bir paketten fazla sigara içenler ve sigara içme süresi 10 yıl ve üzerinde olanların fazla çıkmasıdır. Bu sonuçlar bize Uçhisar halkında sigara içenlerin akciğer ve diğer kanser türleri yönünden oldukça yüksek risk altında olduklarını düşündürmektedir.



Kanserin gelişmesinde alkolün %3 oranında etkili olduğu bilinmektedir (67). Nural ve Akdemir'in (28) araştırmasında bireylerin %7.73'ünün alkol kullandığı tespit edilmiştir. Araştırmamızda ise bireylerin %19.4'ünün alkol kullandığı, %32.8'inin alkol kullanıp bıraktığı saptanmıştır (Tablo.4.10). Araştırma sonuçlarındaki bu farklılığın nedeni Uçhisar'ın turizm bölgesi olması ve alkollü içeceklerin fazla bulunmasından kaynaklanabilir. Dolayısıyla alkol kullanan bireylerin ağız, farenks, larenks, karaciğer ve özafagus kanseri gelişmesi açısından risk altında oldukları söylenebilir.

Kanserin gelişmesinde ultraviyole ışınının %2 oranında etkili olduğu ifade edilmektedir (67). Güneş yanıklarında gelişen lezyonlar, güneşte kaldığında esmerleşmekten çok kızaran kişiler ve açık tenli kişiler cilt kanseri için riskli grup olarak kabul edilmektedir (79, 80). Buğdaycı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada cilt sorunu olan bireylerin %79.6'sının güneşte kalma süresi 10-16 saatleri arası bir saat veya bir saatten az olduğu saptanmıştır (81). Güneşe ne kadar süre ve şiddette maruz kalmak gerektiği bilinmemekle (79) birlikte araştırmamızda bireylerin %83.5'inin sürekli güneşte kaldığı; %50.4'ünün güneşte kaldığı sürede cildinde değişiklik olduğu; cildinde değişiklik olanların %47.5'inin kızarıklık veya birden fazla belirti olduğu; %1.4'ünün güneş yanığı geçirdiği, %31.3'ünün beyaz tenli olduğu saptanmıştır (Tablo.4.11). Bireylerin %14.8'inin yanma olayı yaşadığı ve yaşayanların %71.2'sinde yanık izi bulunduğu tespit edilmiştir (Tablo.4.12). Araştırma sonuçlarının yüksek çıkmasının nedeni bireylerin bağ ve bahçe işlerinde sürekli çalışmalarından olabilir. Dolayısıyla araştırma sonuçlarımız bireylerin cilt kanseri yönünden yüksek risk altında olduklarını göstermektedir.

Ağız içi ile ilgili sürekli sorun yaşayanlar ve ağız hijyeninin kötü olması oral kavite kanserleri için riskli kabul edilmektedir. Nural'ın araştırmasında bireylerin %34.23'ünün dişlerinde sorun olduğu, %37.52'sinin ağız hijyeninin iyi olmadığı saptanmıştır (65). Araştırmamızda ise bireylerin %44.7'sinin dişlerinde çürük ya da sorun olduğu; %66.7'sinin ağız hijyeninin iyi olmadığı görülmektedir (Tablo.4.13).

Araştırmamızda bireylerin %71.8'inin röntgen çektiği; röntgen çektirenlerin ise %27.4'ünün beşten fazla röntgen çektiği saptanmıştır (Tablo.4.14). Ancak X-ışınına maruz kalındığında hangi dozda ve hangi dozun hangi kanser türüne neden olduğu henüz bilimsel olarak kanıtlanamamıştır. dolayısıyla araştırma kapsamımızdaki bireylerin ne ölçüde risk taşıdığını söylemek güçtür. Kanser vakalarının Amerika'da %0.9'unun, İngiltere'de %0.6'sının, Japonya'da ise %3'ünün tanısal x-ışını



taramalarına bağlı olduğu belirtilmiştir. X ışınının hücrelerden geçerken DNA'ya zarar verdiği ve bu durumun bazı insanlarda kanser oluşumunu tetikleyebildiği belirtilmiştir. İngiltere'de tanı amaçlı X-ışınlarından kaynaklanan kanser riskini araştırmaya yönelik yapılan bir çalışmada, tıbbi ve diş taramaları kaynaklı ışınlamanın her yıl 700 kadar kanser vakasına sebep olabileceği bildirilmiştir (54, 82).

Kanserin gelişmesinde beslenmenin %30 oranında etkili olduğu bilinmektedir (67). Yeterli ve dengeli beslenme ile kanser gibi kronik hastalıkların riskinin azaltılabileceği bildirilmektedir. Kızartma sonucu yağın oksidasyonu ile ortaya çıkan monomer, dimer türevleri ve polimerlerin deney hayvanlarında tümör oluşumuna neden olduğu saptanmıştır. Ülkemizde besin hazırlama alışkanlıkları arasında yağda kızartma yöntemi çok yaygındır. Kızartma yağı besinler tarafından emilir. Bu nedenle kızartılmış besinlerin yağ içeriği, çiğ durumlarına göre daha fazladır. Örneğin yağda kızartılarak yapılan brekte %38 yağ artışı olduğu belirtilmiştir. Kızartılarak besinlerin protein, vitamin ve mineral içeriğinde kayıplar ve sağlığı bozucu değişiklikler olmaktadır. Örneğin domuz pastırmasının kızartılmasında nitrojenin okside olması sonucunda nitrozaminlerin oluştuğu gözlenmiştir (44, 48). Araştırmamızda bireylerin %70'den fazlası sebze ve meyveyi, %62.4' tahılları, %40 civarında da kanser için risk oluşturan (turşu, kızartma... gibi) gıdaları, %10.5'i hazır gıdaları her zaman almaktadır. Araştırma sonuçlarımıza göre bireylerin %75.5'i hazır gıdaları hergün yemeseler dahi iki üç günde bir almaktadır (Tablo.4.15). an ve arkadaşlarının (83) mide kanseri yönünden riskli beslenme alışkanlıklarına yönelik yaptıkları çalışmada, ailesinde mide kanseri olan bireylerin çok fazla çay içtiği, tuzlu yiyecekler tükettiği, sebzeleri ise daha az tükettikleri belirtilmiştir. Bu sonuçlar bizim araştırma sonuçlarımız ile karşılaştırıldığında tuzlu tüketme ile benzerlik, sebze tüketme ile farklılık görülmektedir. Gıdalardaki katkı maddeleri kanserin gelişmesinde yaklaşık %1 etkili görülmektedir (67). Gıdalardaki katkı maddelerinin fazla kullanımı toksik, mutajenik ve karsinogenik etki yaratmaktadır. Ülkemizde gıda katkı maddelerinin yanlış kullanımı, gereğinden fazla kullanımının çok yaygın olduğu ve gıdalarda bulunan katkı maddelerini belirleyebilecek düzeyde yeterli sayıda laboratuvar bulunmadığı bilinmektedir (51). Gıdalara pestisitlerden karışabilen arsenik deri kanserine, nitratlı gübrelerin kullanılması sonucu içme sularında bulunan nitrat insanlarda lenfomaya neden olabilmektedir (51). Uçhisar kasabasında kullanılan su, evre köylerinin (güvercinlik, çiftlik köyleri) tarlalarının altından gelmektedir. Bu tarlalarda çok fazla

miktarda gübre kullanıldığı ve sulama yapıldığı, kasaba halkı ve il tarım müdürlüğündeki görevliler tarafından ifade edilmektedir. Bu konuda da Uçhisar halkının önemli oranda risk taşıdığı söylenebilir.

Araştırmamızda bireylerin %66.1'inin beden kitle endeksleri normal sınırların üstündedir (Tablo.4.16). Aykut ve arkadaşları (84) kadınlar üzerinde yaptığı araştırmada %68.6'sının şişman olduğunu saptamışlardır. Tezer ve Esen'in (85) yaptığı bir çalışmada da ülkemizde obesitenin günümüzün önemli bir sağlık sorunu olduğu ve giderek arttığı tespit edilmiştir. Sonuçlar bizim araştırmamızla benzerlik göstermektedir. Kanserin gelişmesinde obesitenin %30 oranında etkili olduğu bilinmektedir (67). Aşırı yağ tüketimi obesite sorununu, obesite ise kanser (meme, prostat, testis, rahim, yumurtalık, kolon-rektum) riskini doğurmaktadır. Bu nedenle besinlerin hazırlanması ve pişirilmesinde fazla yağ kullanımı gerektirmeyen yöntemler (haşlama, fırınlama) tercih edilmeli, etli yemeklere yağ konulmamalı, yağ yakılmamalı, kızartmalardan kaçınılmalı, hamur işleri çok yağ içerdiğinden fazla tüketilmemelidir (49, 67, 86, 87).

Bayık ve arkadaşlarının (88) yaptığı araştırmada kadınların %45'inin RİA, %16'sının oral kontraseptif, %22'sinin prezervatif kullandığı belirtilmektedir. Bayık'ın araştırma sonuçlarını bizim araştırma sonuçlarımızla karşılaştırdığımızda kadınların %18.3'ünün RİA, %10'unun prezervatif, %5.8'inin oral kontraseptif ile korunduğu (Tablo.4.18) ve yaklaşık iki üç kat daha az oranlarda gebelikten koruyucu yöntem kullandıkları saptanmıştır. Oral kontraseptifler endometrium kanseri riskini azaltmaktadır (29).

Sütölük ve arkadaşlarının (89) genital enfeksiyonlara yönelik yaptıkları araştırmada kadınların %50'sinde genital enfeksiyon saptanmıştır. Aynı araştırmada kadınlardan en fazla gelen şikayetler akıntı (%54) ve karın ağrısı (%40.8) dır. Eşer ve Khorsid'in (90) yaptığı araştırmada hijyenik alışkanlıkların idrar yolu enfeksiyonu gelişimini etkilediği saptanmıştır. İdrar yolu enfeksiyonu olan kadınların %64.28'inin perineal bölgelerini arkadan öne doğru temizledikleri, %61.4'ü iç çamaşırlarını 2-3 günde bir değiştirdiği, %65'inin tuvaletten önce el yıkamadığı saptanmıştır. Bizim araştırma sonuçlarımızda ise kadınların %26.7'sinin akıntı, %29.2'sinin karın ağrısı şikayetlerinin olduğu (Tablo.4.21), %55'inin perianal bölgeden temizliğe başladığı, %40'ının iç çamaşırlarını değiştirme sıklığının üç gün ve üzerinde olduğu ve %54.2'sinin tuvaletten önce ellerini yıkamadığı saptanmıştır (Tablo.4.22). Akıntı, enfeksiyon nedeniyle olabilir. Aynı zamanda akıntı endometrium ve serviks kanserinin erken belirtisi de olabilir. Kadın genital organ enfeksiyonlarının beraberinde bir çok probleme neden olması, serviks

kanseri yönünden risk kabul edilen kötü hijyen alışkanlığı olan kadınlara bu konuya yönelik eğitim verilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Çay'ın (10) araştırmasında da kadınların %29.2'sinin jinekolojik rahatsızlığı vardır. Rahatsızlık türü olarak %76.3 enfeksiyon, %6.7 over kisti yer almaktadır. Bizim araştırma sonuçlarımızda ise kadınların %10.8'inin jinekolojik hastalığı vardır ve rahatsızlık türü olarak %46.2'sinin enfeksiyon, %30.8'inin servikal erezyon olduğu saptanmıştır (Tablo.4.21).

Çay'ın (10) çalışmasında kadınların %26.1'inde disparanoya, %5.5'inde post koidal kanama, %2.6'sında cinsel organında şekil değişikliği saptanmıştır. Bizim araştırma sonuçlarımızda ise %20.9'unun disparanoyası olduğu, %4.2'sinin post koidal kanaması ve %3.3'ünün cinsel organında şekil değişikliği olduğu saptanmıştır (Tablo.4.21). Disparanoya vajen kanseri belirtisi, post koidal kanama vajen ve serviks kanseri belirtisi, şekil değişikliği vulva kanserinin belirtisi olabilir.

Çay'ın (10) araştırmasında kadınların %52.4'ünde dismenore, %10.9'unda menstruasyonda düzensizlik olduğu tespit edilmiştir. Bizim araştırma sonucumuzda ise kadınların %44.8'inde dismenore, %16.1'inde menstruasyonda düzensizlik saptanmıştır (Tablo.4.19)

Araştırma sonuçlarımızda kadınların %75.2'sinin 19 yaşından önce evlenmiş olduğu veya ilk cinsel deneyimi yaşadığı; %55.1'inin 4 ve üzerinde gebe kaldığı saptanmıştır (Tablo.4.17). Erken yaşta evlilik veya cinsel ilişki, gebelik sayısının dörtten fazla olması serviks kanseri yönünden riskli görülmektedir (17).

Yumurtalık hormonlarını etkilemesi açısından doğum sayısı, menopoz ve menarş yaşı (Erken menarş östrojene bağlı kanser olma olasılığını arttırmaktadır) ile meme kanseri arasında ilişki olduğu belirtilmiştir (91). Araştırmamızda kadınların %22.5'inin 12 yaşından önce menarş olduğu; %21.2'sinin 40 yaşından önce, %15.2'sinin 51 ve yukarı yaşta menopoza girdiği anlaşılmaktadır (Tablo.4.19).

Emzirme, doğum sayısının fazla olmasıyla ve kombine oral kontraseptiflerin kullanma süresine bağlı olarak bir kadının over kanser riskini %30-40 oranında azalttığı tesbit edilmiştir (29, 43, 65).

Tüm yetişkin kadınlar meme kanseri riski altındadır ve yaş arttıkça risk artmaktadır. Erken menarş ve geç menopoza girenler meme kanseri yönünden risk altındadır (87, 91, 92). Meme kanserinden koruyucu faktörler olarak (azalmış hormon düzeylerine bağlı olarak) genç yaşta gebelik, normal kiloda olma, az yağlı ve bol lifli beslenme, uzamış

laktasyon ve fiziksel egzersiz önerilmektedir (91, 92). Kadınların meme ve over kanserinden korunmaları için çocuklarını emzirmeleri istenmektedir (29). Türkiye’de tüm çocukların %95’i belirli bir süre emzirilmiştir. Dünya Sağlık Teşkilatı(WHO) bebeklerin doğumdan itibaren ilk dört ay boyunca sadece anne sütü almalarını önermektedir (93). İnce ve Tümerdem’in (94) yaptığı araştırmaya göre kadınların %38’i bebeklerini 4 ay sadece anne sütü ile besleyeceklerini belirtmiştir. Araştırma sonuçlarımızda kadınların %95.6’sının çocuklarını emzirdiği; çocuklarını emzirenlerin ise %80.8’inin 4 ay ya da daha fazla süre ile çocuklarını emzirdiği görülmektedir (Tablo.4.20).

2002 yılında Milano’da yapılan global mamografik tarama çalışmalarının analizinde iyi organize edilmiş klinik tarama programlarının meme kanserinden ölümü %21-23 oranında azalttığı gösterilmiştir. Uluslararası Kanser Araştırması Ajansı (IARC) tarama mamografisinin 50-69 yaşları arasında meme kanserinden ölümü önemli ölçüde (%35) azalttığı sonucuna varmıştır (60). Çay’ın (10) araştırmasında kadınların %2.2’sinde memede şişlik ve nodül saptanmıştır. Bizim araştırmamızla karşılaştığımızda kadınların %15’inde memede kitle ve %10.8’inde memede ağrı ile yaklaşık yedi kat daha fazla bulunmuştur (Tablo.4.23). Meme kanseri yayılmadan önce erken teşhis edilirse hasta %96 yaşama şansına sahiptir (95). Yapılan bir çalışmada meme kanseri hastalarının %70.1’i kendi muayenelerinde kitle fark ederek hastaneye başvurmuştur (60). 19 yaşından sonra bütün kadınların ayda bir kendi kendini muayene etmesi, 40 yaşından sonra yılda bir mamografi çektirmesi önerilmiştir (60, 61, 87, 95). Mamografi anomalilerinin iyi tanınması ve anında gerekli müdahalelerin yapılabilmesi için birbiri ile entegre multidisipliner ekiplerin tarama programlarında yer alması gerektiği önerilmiştir (60).

Tekrarlayan akciğer hastalıkları akciğer kanser riskini artırmaktadır. Nural ve Akdemir’in (28) araştırmasında hastaların %36.17’si akciğer hastalığı geçirmiştir. Aynı araştırmada %46.12’sinin bir aydan uzun süren dispnesi, %38.10’unun öksürüğü olduğu belirtilmiştir. Yavaş’ın (96) yaptığı çalışmada akciğer kanseri olan hastalardaki semptomlar %85 ağrı, %48 iştahsızlık, %20 bulantı kusma, %40 yutma güçlüğü, %65 kilo kaybı ve halsizlik, %80 öksürük olarak bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda dispne (%80), öksürük(%60), göğüs ağrısı(%40), kilo kaybı, karın ağrısı ve sürekli yorgunluk mezoteliyoma hastalarının en sık başvuru nedenleri olarak saptanmıştır (97, 98). Araştırmamızda bireylerin %34.5’inin uzun süredir omuz-kol ağrısı yaşadığı,

%33.3'ünün halsiz olduğu, %27.4'ünün paslı ya da pürülan balgam çıkardığı, %22.2'sinin dispnesi olduğu, %19.1'inin öksürdüğü, %18.8'inin sık solunum yolu rahatsızlığı geçirme gibi solunum yolu kanserlerine ilişkin erken tanı belirtileri görüldüğü saptanmıştır (Tablo.4.24). Dolayısıyla Uçhisar halkı solunum sistemi kanserleri yönünden risk altındadır diyebiliriz. Uçhisarlılarda saptanan bu belirtilerin sebebini sigara kullanımının yaygın olmasına ve bölgenin jeolojik yapısına bağlayabiliriz. Akciğer kanseri taraması çalışmalarında hedef grup sigara içenler alınarak akciğer grafisi, helikal komputer tomografi, balgam sitolojisi ve biyolojik belirleyicilerin kombinasyonu kullanılması önerilmiştir (60).

Araştırma sonuçlarımızda bireylerin %44.7'sinde diş sorunları ve %14.2'sinde ağız içi ile ilgili sorun, %28.2'sinde baş ağrısı, %14.2'sinde baş ve boyunda kitle ile yutma, dil ve çeneyi oynatmada güçlük, %9.1'inde uzun süredir ses kısıklığı baş ve boyun kanserine ilişkin erken tanı belirtileri saptanmıştır (Tablo.4.25). Keskin ve Kalemoglu'nun (99) yaptığı bir çalışmada acil servise baş ağrısı, denge sorunu ve psikolojik semptomlarla baş vuran 7 kişide beyin tümörü saptanmıştır. Lenfadenopatili hastaların %16'sında lenfoma veya metastatik tümör saptanmıştır (100). Lenfadenopatilerin nedenleri çeşitlidir. Daha çok enfeksiyonlara bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Vücudunda kitle olan bireylere önce iyi bir klinik muayene yapılması ve daha sonra laboratuvar incelemesine karar verilmesi önerilmiştir (100).

Mide kanseri az gelişmiş ülkelerde sık görülürken, kolorektal kanserler gelişmiş ülkelerde daha sık görülmektedir. Ülkemizde batıdan doğuya doğru mide kanseri artarken kolorektal kanser sıklığı azalmaktadır (101). Nazlıgül ve arkadaşlarının (102) gastrointestinal sistem (GİS) rahatsızlığı olan hastalar üzerinde yaptığı bir çalışmada, malign lezyonların görülme sıklığı %1.3 olarak bulunmuştur. Polat ve arkadaşlarının (103) yaptığı bir çalışmada ise gastrointestinal sistem kanaması olan bireylerin %4.1'inde mide tümörü saptanmıştır. Koç ve arkadaşlarının (104) pankreas karsinomlu olguların değerlendirilmesine ilişkin yaptıkları bir çalışmada, başvuru şikayeti olarak karın ağrısı (%70.7) ve kilo kaybı (%33.3) saptanmıştır. Çan ve arkadaşlarının (83) yaptığı çalışmada, Trabzon ve yöresinde en çok mide kanserinin görüldüğü ve yörede tuzlanmış yiyeceklerin çok tüketildiğini belirtmişlerdir. Araştırma sonuçlarımızda bireylerin %33.3'ünde halsizlik, %18.8'inde defekasyonda boşalamama hissi, %17.9'unda aşırı gaz ve mide ağrısı, %16'sında da karın ağrısı, regürjitasyon, hazımsızlık gibi belirtiler, %5.4'ünde defekasyon sırasında kanama olduğu saptanmıştır



(Tablo.4.26). Görüldüğü gibi sonuçlar bizim araştırmamızla benzerlik göstermektedir. Dolayısıyla Uçhisar halkı GİS kanserleri yönünden risk altındadır, diyebiliriz. Kolorektal kanserin erken tanısı için yaşları 50'nin üstündeki kadın ve erkeklerde yılda bir sefer gaitada gizli kan, 5 yılda bir fleksibil sigmoidoskopi, 5-10 yılda bir çift kontrastlı baryumlu kolon grafisi ve 10 yılda bir kolonoskopi yapılması önerilmiştir (60).

Üriner sistem kanserlerinde ilk genel belirti hematüridir. Araştırmamızda bireylerin %27.4'ünde bel ve kalçasında sürekli ağrı, %23.9'unda pollaküri, %17.1'inde acil idrar yapma hissi, %13.4'ünde yavaş ya da kesik kesik idrar, %12.5'inde idrar yaparken ağrı ya da yanma olduğu saptanmıştır (Tablo.4.27). Nural'ın (65) yaptığı çalışmada hastaların %25.91'inde son bir aydır ağrı, yanma, %19.92'sinde idrar yaparken zorluk çekme, %4.64'ünde hematüri şikayeti saptanmıştır. Nural ve Akdemir'in (28) araştırmasında, hastaların %21.87'sinin idrar yaparken güçlük çektiği, %4.29'unun prostat enfeksiyonunun olduğu, %11.32'sinin prostat bezinde büyüme olduğunu saptanmıştır. 33 adet epidemiyolojik çalışmayı içeren bir meta analizinde, ailesinde prostat kanseri olan bireylerin prostat kanseri olma ve ölme riskinin yüksek olduğu bulunmuştur (60). Erkeklerin %16'sının prostat kanseri olma riski taşıdığı belirtilmektedir (60). Yaşı 50 ve üstünde olan erkeklere yılda bir defa rektal dijital muayene ve prostat muayenesi yapılması önerilmiştir (60, 87).

ABD'de 25-30 yaş arası kadınlarda en sık görülen kanserin malign melanom olduğu saptanmıştır. Mevcut benlerde değişim olması kanserin belirtisi olarak kabul edilmiştir (79). Nural (65) araştırmasında; bireylerin %1.93'ünde kanayan, renk, yapı ve şekil değişikliği olan ben olduğunu, %3.87'si bir aydan uzun süredir iyileşmeyen yarası olduğunu belirtmiştir. Araştırmamızda bireylerin %22.2'sinde ciltte kahverengi, beyazımsı veya kırmızımsı leke, %17.7'sinde iyileşmeyen yara, %9.4'ünde benlerinde büyüme, kanama veya kaşıntı olduğu görülmektedir (Tablo.4.28). Nural'ın yaptığı araştırma ile bizim araştırma sonuçlarımız farklılık göstermektedir. Bu farklılığın nedenini Uçhisarlıların güneş altında çok fazla bulunmalarına bağlayabiliriz. Cilt kanserlerinin erken tanısı için 20-39 yaşlar arasında 3 yılda, 40 yaşından sonra yılda bir genel cilt muayenesi önerilmiştir (60, 87).

Araştırmamızda bireylerin genital sistem kanserlerine ilişkin erken tanı belirtileri; kadınların %58'inde sürekli yorgunluk, %29.2'sinde abdominal rahatsızlık, %26.7'sinde akıntı ve kötü koku, %16.1'inde anormal kanama, %20.9'unda

disparanoya olduğu görülmektedir (Tablo.4.29). Çay'ın (10) araştırmasında kadınların %7.5'inde abdominal rahatsızlık, %27.2'sinde akıntı, %26.1'inde disparanoya, %5.5'inde post koidal kanama, %2.6'sında şekil değişikliği belirtilmiştir. Abdominal rahatsızlık over ve endometrium kanserinin belirtisi olabilir. Akıntı enfeksiyonun, endometrium veya serviks kanserinin erken belirtisi olabilir. Disparanoya vajen kanseri belirtisi, post koidal kanama vajen ve serviks kanseri belirtisi olabilir. Serviks kanserinin erken döneminde en sık karşılaşılan belirti kanamadır. Özellikle adet aralarında ve cinsel ilişki sonrasında kanamanın olması, kanlı ya da cerahatli akıntının görülmesi serviks kanserinin belirtisi olması açısından önemli bir bulgudur (17). Amerikan kanser topluluğu over ve endometriyal kanserlerinin erken tanısı için kadınlardan aile hikayesi alınarak risk gruplarının belirlenmesini ve 18 yaşından sonra yıllık pelvik muayene önermektedir (61, 87). Serviks kanserinin erken tanısı için cinsel aktivitesi olan bütün kadınların yılda bir pelvik muayene ve pap smear testi yaptırması gerekir. Ardı ardına 3 sefer normal bulgular çıkmışsa daha seyrek yaptırabilirler (60). Finlandiya'da pap smear testi hemşire ya da eğitim almış ebe ya da sağlık personeli tarafından yapılmaktadır (87). Hemşireler ve diğer sağlık personeli tüm kadınları sağlık hizmetlerinden yararlanmaya teşvik etmeli ve serviks kanserinin erken dönemde saptanmasında önemli yeri olan pap smear yönteminin bilinmesini sağlamalıdır. Hemşirelerin kadınlarla yakın çalışma içinde bulunmaları, bu kişilere ulaşmaları ve iletişim kurmaları ve jinekolojik bulgulara ulaşması bakımından daha rahat olacağı düşünülmektedir (17).

Nural ve Akdemir'in (28) araştırmasında hastaların %12.89'unda testislerinde ağrı ya da şişlik saptanmıştır. Bizim araştırmamızda ise bireylerin %3.5'inde testislerinde şişlik saptanmıştır. Amerikan kanser topluluğu; 20-40 yaşlar arasında 3 yılda bir, daha sonraki yıllarda yılda bir testis muayenesi önermektedir (60).

Bireylerin %84'ü kanser hakkında bilgisinin olmadığını, bilgi alanların (%16) %39.3'ü bilgiyi televizyon-radyodan, %7.2'si ise sağlık personelinde aldığını ifade etmiştir (Tablo.4.3). Bu sonuçlar bireylerin kanser konusunda bilgilendirilmesine gereksinimleri olduğunu düşündürmektedir.

Araştırmamız sonucunda bireylerin kendi ifadelerine göre tamamında kansere ilişkin bir veya birden fazla risk faktörü ve erken tanı belirtisi bulunduğu saptanmıştır. Uçhisar'da en çok görülen risk faktörleri; uzun süre güneş altında kalma (%83.5), üzüm bağında çalışma (%80.6), obesite (%66.1), önceden kaya oyma evde oturma öyküsü (%52.7).



sigara alışkanlığı (%52.7) ve kanser öyküsü olan akrabaya sahip olma (%45.3) bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda Uçhisar halkına kanserden korunmaya ilişkin bilgi verilmesi, özellikle de üzüm bağında çalışanların ağız ve burunlarını örtüyle kapatmaları veya maske kullanmaları, güneşten korunmaları için uzun kollu ve açık renk giysiler, geniş kenarlı şapka kullanmaları, fazla kilo alımından ve sigara kullanımından kaçınmaları önerilebilir.

Toplumdaki tüm bireylere kansere ilişkin bilgi verilmesi, önlenebilir ya da erken tanı belirtileri bulunan kanser türleri için, araştırmamızda kullanılan formlara benzer özel formların hazırlanıp, birinci basamak sağlık hizmeti verilen yerlerde uygulanması, kanser yönünden risk gruplarının saptanması, kanser tarama ve izleme programlarının periyodik şekilde uygulanmaya başlanması önerilebilir.



## 6.KAYNAKLAR

- 1- Çevik A. Menopozla birlikte ortaya çıkan psikiyatrik sorunlar. *Psycho Med* 1995; 2(3):99-101
- 2- Sarı H. Postmenopozal Osteoporoz. Sendrom 1991; 1:7-12
- 3- Aslan D, Üner S. Türkiye'nin Sağlık Durumu. Hacettepe Halk Sağlığı Vakıf Yayın No:01/19. Kum Baskı, Ankara, 2001:5,10
- 4- Bilir N. Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü ve yaşlılık sorunları. Bertan M, Güler Ç (Edt.), Halk Sağlığı Temel Bilgiler. 2. Baskı, Güneş Kitabevi, Ankara, 1997:357-367
- 5- Aksu H.T. Adana huzurevindeki yaşlıların medikal sorunlarının tanımlanması, VI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, ss 478, 14-18 Nisan 1998, Çukurova Üniversitesi, Adana
- 6- Dönmez L, Dedeoğlu N. Antalya kent merkezindeki 60 yaş ve üzerindeki kişilerin sağlık hizmetlerini kullanma durumu, VI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, ss 479, 14-18 Nisan 1998, Çukurova Üniversitesi, Adana
- 7- Koçoğlu F. Dünyada en sık görülen hastalıklar. Dünyada ve Türkiye'de Sağlık, Sivas, 1998:20-26,44
- 8- Çavuşoğlu H. Kanserli çocukların kritik bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi* 1998; 2(1):45-46
- 9- Barut A. Serviks kanserinde erken tanı ve tedavi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2000; 9(3):97
- 10- Çay G. Kadına Özgü Kanserlerden Korunma ve Erken Tanıda Hemşirenin Etkinliği, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 1999
- 11- Aksayan S, Cimete G. Kronik hastalıklı bireylerin evde bakım gereksinimleri, olanakları ve tercihleri, I.Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, ss 79, 1998, Marmara Üniversitesi, İstanbul
- 12- Pulak M. Kanserle savaşta 48 yıl. *Actual Medicine* 1995; 3(2):6

- 13- Ezer Ü. Sağlıklı Beslenme Kanserden Koruyor. DSÖ. 2004
- 14- Başaklar C. Kanser Temel Bilgiler Korunma, Tanı, Tedavi. T.C.S.B. Kanser Savaş Daire Başkanlığı, Ankara, 1998:1-4,191-194
- 15- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI. Kanserle Savaş Politikası ve Kanser Verileri (1995-1999). Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı Bakanlık Yayın No:618. Ankara, 2002:137,147,150
- 16- Akdemir N, Kanser ve Hemşirelik Bakımı. Akdemir N, Birol L. (ed.) İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 1.Baskı, Vehbi Koç Vakfı SANERC Yayın No:2. İstanbul, 2003:245-264
- 17- Yazıcı S. Serviks kanserinde risk faktörleri ve erken tanı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 1996; 3(2):43-49
- 18- Dinçol D. Meme Kanseri. Actual Medicine 1996; 4(5):52
- 19- Reis N, Pasinlioğlu T. Meme muayenesinin önemi. Şişli Etfal Hastanesi Dergisi 1997; 1(3-4):61
- 20- Tezcan S.G. Türkiye'nin sağlık düzeyi ve bazı sağlık sorunları. Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı 2001; 7(39):65
- 21- Barclay V. Kanser Hemşireliğinde Temel Kavramlar. Platin N. (ed.) Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu, 1.Baskı, Ankara, 1987:11-36
- 22- Doğan A.U, Criss W, Doğan M (Eds). The Second International Symposium On Medical Geology, Nutrition and cancer, ss 5, March 31-April 03, 2003, Military Cultural Center-İstanbul
- 23- Barış Y. İ. Mesothelioma in Cappadocia, The Second International Symposium on Medical Geology, Nutrition and cancer, Doğan A.U, Criss W, Doğan M (Eds), ss 19, March 31-April 03, 2003, Military Cultural Center-İstanbul
- 24- Atabey E. Tüm Kapadokya Risk Altında mı? Bilim ve Teknik Mart ayı, 2002;412:64-67
- 25- Stromborg M. The Role of The Nurse in Cancer Detection and Screaning. Seminars in Oncology Nursing, Vol. 2, NO.3, August 1986
- 26- The Health Profesionsts and Cancer Prevention and Detection American Cancer Society,1988
- 27- Dirican R. Erken tanı ve önemi. Toplum Hekimliği, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, 1990:193
- 28- Nural N, Akdemir N. Dahiliye servislerinde yatan hastalarda kanser risk faktörleri ve erken tanı belirtilerinin saptanması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2000; 4(2):1,2
- 29- Taşkın L. Jinekolojik Kanserler, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. VI. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2003:532, 547,553,562,566
- 30- Hotun N, Coşkun A. Fraktürlü kadınlarda osteoporotik risk faktörleri. Hemşirelik Bülteni 1995; 9(36):20-27
- 31- Özcebel H, Üstünöz A. Menapoz ve postmenopozal dönemde kadın sağlığı. Aktüel Tıp Dergisi 2001;6(1):60-67

- 32- Şahin N.H. Bir Kilometre Taşı: Menopoz, İstanbul, Çevik Matbaacılık, 1998:11-30, 36-47.
- 33- Akbayrak N, Akdemir N. Kanserin önlenmesi ve erken tanısında hemşirenin etkisinin belirlenmesi. Hemşirelik Forumu 1998; 1(5):226-229
- 34- Croghon I.V., Omoto M.K. Cancer prevention and risk reduction: A Cancer Source Book for Nurses, in: Baird S.B. (Ed), Sixth edition, By The American Cancer Society Printed in The United States of America, 1991:31-40
- 35- Becker M.H., Janz N.K. On the effectiveness and utility of health hazard health risk appraisal in clinical and nonclinical settings. Health Services 1987; 22(4):537-551
- 36- Stanhope M, Lancaster J. Community Health Nursing, Process and Practice for Promoting Health, Mosby Company, Washington, 1993
- 37- Cathleen M, Shultz S. Lifestyle assesment: Nursing Clinics of North America. 1984; 19(2):271-281
- 38- W.H.O The Prevelence of Anemia in Women, Second Edition, Geneva. 1992
- 39- UNICEF Dünya Çocuklarının Durumu, UNICEF Türkiye Temsilciliği, Tisimat Basım Sanayi, Ankara, 1995
- 40- Berberoğlu U. Kanserde Erken Tanının Önemi, I. Kanser Sempozyumu, Ankara. 1991
- 41- T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. Sağlık Hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile İlgili Kanun Kararname, Yönetmelik ve Protokoller, 1972:36
- 42- Platin N (Çev. Ed.). Hemşireler İçin Kanser El Kitabı, 2.Baskı, IV. Akşam Sanat Okulu Matbaası, Ankara, 19. 98:32, 49-58
- 43- Hossfeld D. K, Sherman C.D, Love R.R, Bosch F.X (Eds.). Klinik Onkoloji, 5. Baskı, Fırat D, Sarialioğlu F, Kars A. (çev ed.). T.C.S.B. Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı ile Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Ortak Yayını, Ankara, 1992:42-68, 77-89
- 44- İliçin G, Ünal S, Biberöğlu K, Akalın S, Süleymanlar G. (eds). Temel İç Hastalıkları. 1.cilt, Güneş Kitabevi, Ankara, 1996:6,14,15,518-522,916-919,973,974,1026,1039,1385,1400-1405
- 45- Çırakoğlu B. Kanserele Savaş. Bilim ve Teknik Dergisi Şubat 2003;10-22
- 46- İliçin G, Ünal S, Biberöğlu K, Akalın S, Süleymanlar G (eds). Temel İç Hastalıkları. 2. cilt. Güneş Kitabevi, Ankara, 1996:2954,2956
- 47- Hough R. Ul Haq I. (Eds.) Mosby's Crash Course. İç Hastalıkları. 1. Baskı, Güneş Kitabevi, Ankara, 2001:240,260,261,267
- 48- Rakıcıoğlu N, Baysal A. Yağda kızartma yöntemi ile pişirmede oluşan fiziksel ve kimyasal değişiklikler ve bunların insan sağlığı üzerine etkisi. Actual Medicine 1996;4(9):58-64
- 49- Aksoy M. Beslenme, diyet ve kanser ilişkisi. T.C. Sağlık Bakanlığı. Kanser Savaş Daire Başkanlığı. I. Kanser sempozyumu. ss 13-15, 1-3 Nisan-1991. Ankara
- 50- Büyükoztürk K. (Ed) İç Hastalıkları. Cilt 1. Nobel Tıp Kitabevleri.1992:79-86,262,339,622,625,662,772,792

- 51- Kılıç O. Aklın E. Gıda katkı maddeleri ve insan sağlığı. Standart. Ekonomik ve Teknik Dergi Haziran 2003;42:498:82-85
- 52- Akçam F.Z. Hepatit B virusu enfeksiyonu. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi 2003; 12(6):211
- 53- Bilir N. Mesleki kanserler. T.C. Sağlık Bakanlığı. Kanser Savaş Daire Başkanlığı. I. Kanser Sempozyumu. ss 35-47, 1-3 Nisan-1991, Ankara
- 54- Yülek G. Radyasyon ve kanser. T.C. Sağlık Bakanlığı. Kanser Savaş Daire Başkanlığı. I. Kanser Sempozyumu. ss 17-20, 1-3 Nisan-1991, Ankara
- 55- Yücel A, Bükülmez O. Menopozda hormon tedavisi. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi Temmuz 1998; 7(7):230-231
- 56- Sayet İ (Ed), Temel Cerrahi. 2.Baskı. 2.Cilt, Güneş Kitabevi. Ankara, 1996:1254,1354,1564,1730,1739
- 57- Hough R, Ul Haq I (Eds.), Mosby's Crash Course. Cerrahi. 1. Baskı. Güneş Kitabevi, Ankara, 2001:120,128,142,158,163,185,201,203,211.
- 58- Değerli Ü. Bozfakıoğlu Y (Eds), Cerrahi-2 "Gastrointestinal". Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 1990:97-99,156-161,230,272,273,288,341,377,378
- 59- Sayet İ (Ed), Temel Cerrahi. 2.Baskı, 1.Cilt, Güneş Kitabevi, Ankara, 1996:485,487,488,539,605-608,839,864,866,1004,1049,1169,1170,1173
- 60- Köksal Erkişi M. Kanser Taraması, Erken Tanı Ve Tümör Belirleyicilerinin Yeri, 5. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi. Kongre Kitabı, ss 158-160, 26-30 Eylül 2003, Limak Atlantis Hotel Belek-Antalya
- 61- Gönüllü G, Evrensel T, Kurt E, Arslan M, Demiray M. ve ark. Evre I Meme Kanseri Vakalarımızın Klinik Değerlendirmesi, 5. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi. Kongre Kitabı, ss 174, 26-30 Eylül 2003, Limak Atlantis Hotel Belek-Antalya
- 62- Erdil F, Özhan Elbaş N. Testis Tümörleri. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Kaya Matbaacılık, İstanbul, 1996:412,413
- 63- T.C. Nevşehir Valiliği. Nevşehir İl Yıllığı, Başbakanlık Basımevi. 1998
- 64- Nevşehir İl Sağlık Müdürlüğü. Sağlık Ocakları İstatistik Bilgileri. 2002
- 65- Nural N. Kanser Riski Altında olan Kişilerin Saptanmasında Hemşirenin Rolü, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 1995
- 66- Aydınтуğ O. Yetişkinde immün yetmezlik nedenleri, 4. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi. Kongre Kitabı, ss 107, 25-29 Eylül 2002, Kemer-Antalya
- 67- Bilir N. Harmanlı H. Kanserden korunmada güncel yaklaşımlar, VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Kitabı, Cilt 1, ss 147-148. 23-28 Eylül 2002, Dicle Üniversitesi, Diyarbakır
- 68- Gillon E, Hollier Larousse J, İbos-Ange J. Ponza Veya Pomza. Meydan-Larousse. Cilt:10, Meydan Gazetecilik Ve Neşriyat Ltd. Şti. Cağaloğlu-İstanbul, 1985:261

- 69- Ponza Taşı. Ana Britannica. Genel Kültür Ansiklopedisi. Basım 12. Ana Yayıncılık, 1992:20:185
- 70- Bilallar Ş. Kapadokya'nın Kanser Kasabaları. Aktüel Dergisi 20-26 Mart 2003;609:18-22
- 71- Barış Y.İ. Bu Doktoru Rehin Alalım. Anadolu'da Bir Kanser Araştırması. Kent Matbaa, Ankara, 1995
- 72- Atabey E. Tüm Kapadokya Yöresi Volkanik Tüf Nedeniyle Kanser Riski Altında mı? MTA Genel Müdürlüğü, Ankara
- 73- Köküöz A.N. Genç Bir Yengeç: Kanser. Bilim Ve Teknik Dergisi Ocak 1996;338:32-37
- 74- Bozkaya H. Hepatit C, 2. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Kongre Kitabı, ss 43, 20-24 Eylül 2000, Antalya
- 75- Özyılkan E, Akbulut S, Günhan Ö, Tokluoğlu S, Döndereci Ö. Hepatit B Sirozlu Olguda Mide Lenfoması, 5. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Kongre Kitabı, ss 187, 26-30 Eylül 2003, Limak Atlantis Hotel Belek-Antalya
- 76- Şahinöz S, Bozkurt A.İ, Özçirpıcı B, Özgür S, Şahinöz T. ve ark. GAP bölgesinde 15 yaş ve üzeri nüfusta sigara içme prevalansı ve bunu etkileyen çeşitli faktörler, VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Kitabı, Cilt 2, ss 906-907, 23-28 Eylül 2002, Dicle Üniversitesi, Diyarbakır
- 77- Keskinler D, Güraksın A, İnandı T, Tufan Y. Atatürk üniversitesi öğrencilerinde sigara içme prevalansı ve etkili faktörler, VI . Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, ss 467, 14-18 Nisan 1998, Çukurova Üniversitesi, Adana
- 78- Gökçimen M, Oktay Koçoğlu G, Esin Ertan A, Bilir N. Sosyal Sigortalar Kurumu Ankara Hastanesi kayıtlarında bulunan akciğer kanseri hastalarının bazı özellikler, VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Kitabı, Cilt 2, ss 648-649, 23-28 Eylül 2002, Dicle Üniversitesi, Diyarbakır
- 79- Çöl C. Malign melanom epidemiyolojisi ve birinci basamak sağlık kurumlarının rolü, Sürekli Tıp Eğitim Dergisi Ağustos 2003;12(8):298
- 80- Gözden Kaçan Habis Melanomlar. Literatür Mayıs 1986;3:311
- 81- Buğdaycı R, Köktürk A, Baz K, Kaya T.İ, Koca A. ve ark. Dermatoloji polikliniğine başvuran hastalarda güneşten korunma bilinci ve alışkanlıkları, VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Kitabı, Cilt 2. ss 592, 23-28 Eylül 2002, Dicle Üniversitesi, Diyarbakır
- 82- Aksel B. (Çev.) X-Işınının Kanser Meydana Çıkarma Riski. Biyo-Medikal Mühendisliği Bülteni Temmuz-Eylül 2004:1(3)
- 83- Çan G, Aydın F, Torun P. Trabzon ve çevresinde mide kanseri yönünden riskli beslenme alışkanlıkları. VI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. ss457, 14-18 Nisan 1998. Çukurova Üniversitesi, Adana

- 84- Aykut M, Öztürk Y, Özer A, Aslan A. Erişkin kadınlarda şişmanlık durumu ve şişmanlığı etkileyen bazı faktörler, VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Kitabı, cilt 2, ss 744, 23-28 Eylül 2002, Dicle Üniversitesi, Diyarbakır
- 85- Tezer E, Esen A. Günümüzün yeni sağlık sorunu: Obesite, 5. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi.Kongre Kitabı, ss 215, 26-30 Eylül 2003, Limak Atlantis Hotel Belek-Antalya
- 86- Yücecan S. Sağlıklı yaşama giden yol: Yeterli ve dengeli beslenme. VI . Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, ss 33-34, 14-18 Nisan 1998, Çukurova Üniversitesi, Adana
- 87- Karayurt Ö. Meme kanserinde eğitimcinin eğitimi programı. Onkoloji Hemşireliği Derneği, Bülten, No:16-17. 2003;19-21,27
- 88- Bayık A, Türkistanlı E, Uysal A, Uğurlu Z. Kadınların kullandıkları gebelik önleyici yöntemlere ilişkin görüşleri ve memnuniyetleri. VI . Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, ss 362, 14-18 Nisan 1998, Çukurova Üniversitesi, Adana
- 89- Öner S, Demirhindi H, Sütölük Z, Akbaba M. Doğanşehir sağlık ocağı bölgesinde genital enfeksiyonlar, VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Kitabı, Cilt 1, ss 324, 23-28 Eylül 2002, Dicle Üniversitesi, Diyarbakır
- 90- Eşer İ, Khorsid L.K. İdrar yolu enfeksiyonu tanısı konmuş kadınlarda hijyenik alışkanlıkların incelenmesi, III.Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, ss 327-331, 24-26 Haziran 1992, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas
- 91- Akyolcu N. Kadın sağlığını korumada kanser eğitimi. 1. Uluslararası- V. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi, Kongre Kitabı, ss 381-386, 19-22 Eylül 2001, Dedeman Kapadokya Otel, Nevşehir
- 92- Demirkan B, Alakavuklar M.N. Meme kanseri korunma. 4. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Kongre Kitabı, ss 71, 25-29 Eylül 2002, Kemer-Antalya
- 93- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998. Nüfus Etütleri Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Ekim 1999:123
- 94- İnce N, Tümerdem Y. İstanbul'da annelerin emzirme bilgi ve davranışları, VI . Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, ss 64-66, 14-18 Nisan 1998, Çukurova Üniversitesi, Adana
- 95- Yener N. Meme sağlığı. Süreç. Hemşire Eğitim Bülteni Mayıs 2004;9(58):11
- 96- Yavaş Ö. İnoperabl akciğer kanserlerinde fiziksel semptomların hasta üzerindeki etkilerinin incelenmesi, III.Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, ss 341, 24-26 Haziran 1992, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas
- 97- Engin H, Emri E. Tedavisiz uzun süre yaşayan malign plevral mezoteliyoma vakası. 2. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Kongre Kitabı, ss 148, 20-24 Eylül 2000, Hacettepe Üniversitesi, Antalya
- 98- Akbulut S, Tanrıkol G, Vural M, Kaya P, Özyılkan E. Malign peritoneal mezoteliyoma. 3. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Kongre Kitabı, ss 208, 26-30 Eylül 2001, S.B. Ankara Eğitim



ve Araştırma Hastanesi, İç Hast Kliniği. S.B. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Antalya

99- Keskin , Kalemoglu M. Acil servise atipik semptomlarla müracat eden beyin tümörü olguları, 4. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Kongre Kitabı, ss 144, 25-29 Eylül 2002, Kemer-Antalya

100- Atamer T. Lenfadenopatili hastaya hematolojik yaklaşım, 5. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Kongre Kitabı, ss 76-77, 26-30 Eylül 2003, Limak Atlantis Hotel Belek-Antalya

101- Er , Coşkun H.ř, Altınbaş M, Ünal A, Çetin M. ve ark. kolorektal kanserlerde Erciyes Üniversitesinin epidemiyolojik sonuçları. 2. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Kongre Kitabı, ss 140, 20-24 Eylül 2000, Antalya

102- Nazlıgöl Y, Sabuncu T, Bitiren M, Uçar E. Üst gastrointestinal sistem endoskopisinde malignlezyon görülme sıklığı, 2. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Kongre Kitabı, ss 115, 20-24 Eylül 2000, Antalya

103- Polat H, Kayaçetin E, Karaaslan H. Üst gastrointestinal sistem kanamalı 72 olgunun değerlendirilmesi, 3. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Kongre Kitabı, ss 169, 26-30 Eylül 2001, Antalya

104- Koç Y, Sargin H, Gemici C, Bölükbaşı F, Gümüş M. ve ark. Pankreas karsinomlu olguların değerlendirilmesi, 4. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Kongre Kitabı, ss 155, 25-29 Eylül 2002, Kemer-Antalya

## EKLER

### EK.1 NEVŞEHİR İLİ UÇHISAR KASABASINDA YAŞAYAN BİREYLERDE KANSER RİSK FAKTÖRLERİ VE ERKEN TANI BELİRTİLERİNİN SAPTANMASI ANKET FORMU

Adı Soyadı:

Tel:

Örneklem No:

1- Cinsiyet

a-Kadın b-Erkek

2- Kaç yaşındasınız?.....

3- Öğrenim durumunuz nedir?

1-Okur yazar değil

2-Okur yazar

3-İlkokul mezunu

4-Ortaokul mezunu

5-Lise mezunu

6-Yüksekokul/Fakülte

4- Medeni durumunuz nedir?

1-Evli

2-Bekar

3-Dul

5- Sağlık güvenceniz nedir?

1-Emekli sandığı

2-Bağkur

3- SSK

4- Diğer.....

5-Yok

6- Ne iş yapıyorsunuz?

1-Memur

2-İşçi.....

3-Çiftçi

4-Emekli.....

5-İşsiz

6-Diğer.....

7-Şimdi size sayacağım işlerde hayatınızın bir döneminde hiç çalıştınız mı?

1-Boya (kaç yıl?....)

2-Kömür (kaç yıl?....)

3-Katran (kaç yıl?....)

4-Lastik (kaç yıl?....)

5-Deri (kaç yıl?....)

6-Teskitil (kaç yıl?....)

7-Asfalt yol yapımı (kaç yıl?....)

8-Plastik (kaç yıl?....)

9-İnşaat (kaç yıl?....)

10-Çatı kaplama (kaç yıl?....)

11-Mobilya-talaş tozu (kaç yıl?....)

12-Üzüm bağı (kaç yıl?....)

13-Asbest (kaç yıl?....)

14-Kaya kesme (kaç yıl?....)

15-Alüminyum (kaç yıl?....)

16-Krom (kaç yıl?....)

17-Çelik (kaç yıl?....)

18-Kablo yapımı (kaç yıl?....)

19-Arsenik (kaç yıl?....)

20-Bakır (kaç yıl?....)

21-Nikel (kaç yıl?....)

22-Diğer..... (kaç yıl?....)

8- Kanser hastalığı hakkında bilginiz var mı?

1-Evet 2-Hayır (10. Soruya geçin)

9- Kanser hakkında bilgiyi nerelerden aldınız?

1-Aile ve arkadaş çevremden 2-TV – radyodan

3-Gazete- dergi- kitaplardan 4-Sağlık personelinden 5-Diğer

10- Daha önce topraktan yapılmış bir evde oturdunuz mu?

1-Evet 2-Hayır (12. Soruya geçin)

11- Daha önce topraktan yapılmış evde kaç yıl oturdunuz? .....

12- Daha önce kayadan oyma bir evde oturdunuz mu?

1-Evet 2-Hayır (14.soruya geçin)

13- Daha önce kayadan oyma evde kaç yıl oturdunuz? .....

14- Daha önce Nevşehir taşından yapılmış bir evde oturdunuz mu?

1-Evet 2-Hayır (16. Soruya geçin)

15- Daha önce Nevşehir taşından yapılmış evde kaç yıl oturdunuz? .....

16- Şu anda oturduğunuz ev

1-Toprak 2-Nevşehir taşı 3-Kayadan oyma 4-Betonarme 5-Diğer .....

17- Kaç yıldır bu evinizde oturuyorsunuz? .....

18-Akrabalarınızda kanser nedeniyle ölen var mı?

1-Evet 2-Hayır (20. Soruya geçin)

19- Kanser nedeniyle ölenlerin akrabalık dereceleri ve kanser türleri;

Akrabalık derecesi

Kanser türü

1-1. dereceden akrabalar (anne, baba, kardeşler, çocuklar) .....

2-2. dereceden akrabalar (amca, dayı, teyze, hala, dede,  
büyük baba, büyük anne, anne anne) .....

3-3. dereceden akrabalar (kuzenler) .....

20- Akrabalarınızda şu anda kanser hastası var mı?

1-Evet 2-Hayır (22. Soruya geçin)

21- Akrabalarınızdaki kanser hastası olanların akrabalık dereceleri ve kanser türleri;

Akrabalık derecesi

Kanser türü

1-1. dereceden akrabalar (anne, baba, kardeşler, çocuklar) .....

2-2. dereceden akrabalar (amca, dayı, teyze, hala, dede,  
büyük baba, büyük anne, anne anne) .....

3-3. dereceden akrabalar (kuzenler) .....

22- Doktor tarafından teşhis konulan bir hastalığınız var mı?

1-Evet 2-Hayır (24. Soruya geçin)

23- Bu hastalığınız nedir?

1-Sarılık 2- Genital siğil 3-Diabet 4-Diğer.....

24- Sigara kullanıyor musunuz?

1-Evet ( 28. Soruya geçiniz) 2-Hayır

25- Daha önce sigara kullandınız mı? 1-Evet 2-Hayır (30. Soruya geçin)

26- Daha önce kaç yıl sigara içtiniz? .....

27- Daha önce günlük ortalama kaç tane sigara içtiniz? .....

28- Şu anda kaç yıldır sigara içiyor sunuz? .....

29-Günde kaç adet (kaç paket) sigara içiyor sunuz? .....

30- Yaşadığınız ortamda (ev, kahvehane...) sigara dumanına maruz kalıyor musunuz?

1-Evet 2-Hayır (32. Soruya geçiniz)

31-Ne kadar aralıkla ve sürede sigara dumanına maruz kalıyorsunuz?

Aralık:gün.....hafta.....ay..... Süre.....

32-Alkollü içecek içiyor musunuz?

1-Evet 2-Hayır (36. Soruya geçin)

33-Ne kadar sıklıkta içiyorsunuz?

1-Her gün sabah ve akşam 2-Her gün akşam 3-İki üç günde bir

4-Haftada bir 5-Ayda bir 6-Diğer.....

34-Kaç yıldır alkol kullanıyor sunuz?.....

35- Ortalama kaç kadeh içiyor sunuz?.....

36-Daha önce alkollü içecek içtiniz mi?

1-Evet 2-Hayır (40.soruya geçiniz)

37- Daha önce ne kadar sıklıkta içtiniz?

1-Her gün sabah ve akşam 2-Her gün akşam 3-İki üç günde bir

4-Haftada bir 5-Ayda bir 6-Diğer.....

38-Daha önce kaç yıl alkol kullandınız?.....

39- Daha önce kaç kadeh içiyordunuz?.....

40- Ten renginiz 1-Beyaz tenli 2-Esmer tenli 3-Buğday tenli

41- Ne kadar sıklıkta güneşe çıkıyorsunuz?

Sıklık:çıkılmıyorum.....gün.....hafta.....ay..... Kaç saat?.....

42-Güneşte kalma durumunuz?

1-15 dakikadan az 2-Sürekli güneş altında 3-Sadece kısa süreli tatillerde güneş altında

43- Güneşte kaldıktan sonra cildinizde bir değişiklik oluyor mu?

1-Evet 2-Hayır (45. Soruya geçin)

44- Bu değişiklik nedir?

1-Kızarma 2-Bronzlaşma 3-Lekelenme 4-Birden fazla belirti

45- 15 yaşından önce ciddi güneş yanığı geçirdiniz mi?

1-Evet 2-Hayır (47. Soruya geçin)

46- 15 yaşından önce ciddi güneş yanığı kaç defa geçirdiniz? .....

47- Güneş yanığı dışında büyük yanık olayı yaşadınız mı?

1-Evet 2-Hayır

48- Vücudunuzda yanık izi var mı? 1-Evet 2-Hayır

49- Bronzlaştırıcı krem kullandığınız zamanlar oluyor mu?

1-Evet 2-Hayır(51.soruya geçin)

50- Bronzlaştırıcı kremleri ne sıklıkta kullanıyor sunuz?

1-Her gün 2-İki üç günde bir 3-Haftada bir

51- Kalıtsal geçişli cilt hastalığınız var mı?

1-Evet 2-Hayır (53. Soruya geçin)

52- Bu hastalığınızın adı nedir? .....

53- Çürük diş kökünüz veya tahriş edici eğri dişiniz var mı?

1-Evet 2-Hayır

54- Dişlerinizi ne sıklıkta fırçalıyor sunuz?

1-Her gün günde bir iki defa 2-Ara sıra / aklıma geldikçe

3-Haftada bir 4-Hiç

55- Bir aydan uzun süredir ağzınızda iyileşmeyen yara var mı?

1-Evet 2-Hayır

56-Daha önce şua (ışın) tedavisi aldınız mı?

1-Evet (kaç defa?.....) 2-Hayır (58. Soruya geçin)

57-Daha önce kanser ilacı aldınız mı? 1-Evet 2-Hayır

58-Hiç röntgen (film) çekildiniz mi? 1-Evet (kaç defa ?.....) 2-Hayır

59-Cinsel ilişkide kondom kullanıyor musunuz? 1-Evet 2-Hayır

60-Şimdi sayacağım besinleri ne sıklıkta yediğinizi söyler misiniz?

Turşu	1-her zaman	2-arada sırada	3-yemiyorum
Kızartma	1-her zaman	2-arada sırada	3-yemiyorum
Izgara	1-her zaman	2-arada sırada	3-yemiyorum
Tatlandırıcılar	1-her zaman	2-arada sırada	3-yemiyorum
Tahıllar	1-her zaman	2-arada sırada	3-yemiyorum
Sebzeler	1-her zaman	2-arada sırada	3-yemiyorum
Meyveler	1-her zaman	2-arada sırada	3-yemiyorum
Yağlı besinler (çerezler, yağlı yemekler...)	1-her zaman	2-arada sırada	3-yemiyorum
Tuzlu yiyecekler , baharatlar	1-her zaman	2-arada sırada	3-yemiyorum
Hazır, işlenmiş besinler (konserve, hazır kek ve soslar, hazır meyve suları, kola, gazoz, bisküviler, sosis, salam, sucuk gibi.)	1-her zaman	2-arada sırada	3-yemiyorum
Tütsülenmiş besinler	1-her zaman	2-arada sırada	3-yemiyorum
Et	1-her zaman	2-arada sırada	3-yemiyorum
Şekerli gıdalar	1-her zaman	2-arada sırada	3-yemiyorum
Soğan, sarımsak	1-her zaman	2-arada sırada	3-yemiyorum
Tuzlu çömlük peyniri	1-her zaman	2-arada sırada	3-yemiyorum
Pekmez	1-her zaman	2-arada sırada	3-yemiyorum
Yemekleri çok sıcakken yemek	1-her zaman	2-arada sırada	3-yemiyorum

**KİLO:**

**BOY:**

### **BELİRTİLER**

#### **A-CİLT (Gözlenerek veri toplanacak)**

61-Cildinizde kanayan, kaşınan, yanma hissi veren leke ve yaralar var mı?

1-Evet 2-Hayır

62-Benlerinizde hızlı büyüme (yükseklik ve enine), kanama, kaşınma var mı?

1-Evet 2-Hayır

63-Benlerinizin kenarlarında düzensizlik var mı?

1-Evet 2-Hayır

64-Benleriniz birden fazla renk (siyah, kırmızı, kahverengi, beyaz, mavinin değişik tonları) içeriyor mu?

1-Evet 2-Hayır

65-Cildinizde parlak, incimsi görünüm var mı?

1-Evet 2-Hayır

66-Mor veya kırmızı kahverengi deri kabarıklıkları veya lekeler var mı?

1-Evet 2-Hayır

### **B-BAŞ VE BOYUN**

67-Baş ve boyun bölgenizde geçmeyen kırmızımsı ya da beyaz lekeler var mı?

1-Evet 2-Hayır

68-Çiğnemedede, yutmada, dil ya da çeneyi oynatmada güçlüğüünüz var mı?

1-Evet 2-Hayır

69-Baş ve boyun bölgenizde şişlik ya da elinize kitle geliyor mu?

1-Evet 2-Hayır

### **C-SOLUNUM SİSTEMİ**

70-Bir aydan uzun süredir öksürüğünüz var mı?

1-Evet 2-Hayır

71-Nefes darlığınız var mı?

1-Evet 2-Hayır

72-Paslı ya da iltihaplı görünen balgamınız oluyor mu?

1-Evet 2-Hayır

73-Son bir ay içinde balgamınızda kan var mı?

1-Evet 2-Hayır

74-Bir aydan uzun süren ses kısıklığınız var mı?

1-Evet 2-Hayır

75-Göğüs ağrınız var mı? 1-Evet 2-Hayır

76-Omuz ya da kol ağrınız var mı?

1-Evet 2-Hayır

77-Sık sık solunum yolu hastalığı (bronşit gibi) geçiriyor musunuz?

1-Evet 2-Hayır

78-Kulak ağrınız var mı?

1-Evet 2-Hayır

79-Kanlı burun akıntınız oluyor mu?

1-Evet 2-Hayır

80-Burun tıkanıklığınız oluyor mu?

1-Evet 2-Hayır

81-Yüzünüzde ağrı oluyor mu?

1-Evet 2-Hayır



82-İşitme güçlüğünüz var mı?

1-Evet 2-Hayır

83-Çift görme probleminiz var mı?

1-Evet 2-Hayır

#### **D-GASTROİNTESTİNAL SİSTEM**

84- Bir aydan uzun süren yutma güçlüğünüz ya da ağrılı yutmanız var mı?

1-Evet 2-Hayır

85-Nedeni açıklanamayan/anlayamadığınız boğulma hissiniz var mı?

1-Evet 2-Hayır

86-Yemek yedikten sonra yiyecekler geri ağzınıza geliyor mu?

1-Evet 2-Hayır

87- Kendinizi halsiz hissediyor musunuz?

1-Evet 2-Hayır

88- Ağzınızda bir aydan uzun süren hassasiyet, şişlik veya ağrı var mı?

1-Evet 2-Hayır

89- Hem kabız hem de ishal oluyor musunuz?

1-Evet 2-Hayır

90- Büyük abdestinizde kan görüyor musunuz?

1-Evet 2-Hayır

91- Büyük abdestinizi yaparken ağrı oluyor mu?

1-Evet 2-Hayır

92- Son üç aydır yeme alışkanlığınız değışmediğı halde kilo kaybediyor musunuz?

1-Evet 2-Hayır

93- İştahsızlığınız var mı?

1-Evet 2-Hayır

94- Hazımsızlık şikayetiniz var mı?

1-Evet 2-Hayır

95- Sık sık bulantınız oluyor mu?

1-Evet 2-Hayır

96- Son altı ay içerisinde kanlı ya da kahverenkli kusmanız oluyor mu?

1-Evet 2-Hayır

97- Gaz şikayetiniz var mı? 1-Evet 2-Hayır

98-Karın bölgenizde şişlik veya kitle elinize geliyor mu?

1-Evet 2-Hayır

99-Son altı aydır karnınızda nedenini anlayamadığınız ağrı var mı?

1-Evet 2-Hayır

100- Son altı aydır midenizde nedenini anlayamadığınız ağrı var mı?

1-Evet 2-Hayır

101-Büyük abdesttinizi yaparken tam boşalamama hissiniz oluyor mu?

1-Evet 2-Hayır

102- Aşırı salyanız oluyor mu?

1-Evet 2-Hayır

103- İdrar renginizde koyulaşma oluyor mu?

1-Evet 2-Hayır

### **E-ÜRİNER SİSTEM**

104- Son bir aydır idrar yaparken ağrı ya da yanma oluyor mu?

1-Evet 2-Hayır

105- (Özellikle geceleri) Sık idrara çıkıyor musunuz?

1-Evet 2-Hayır

106-Acil idrar yapma duygunuz var mı?

1-Evet 2-Hayır

107-İdrar miktarınızda azalma var mı?

1-Evet 2-Hayır

108-Son bir ay içinde idrarınızda kan oluyor mu?

1-Evet 2-Hayır

109-İdrar yaparken kesikli ya da yavaş idrar yapıyor musunuz?

1-Evet 2-Hayır

110-İdrarı başlatmada ya da durdurmada güçlüğünüz var mı?

1-Evet 2-Hayır

111-Testislerinizde şişlik ya da ağrı var mı?

1-Evet 2-Hayır

112-Prostat enfeksiyonu (hastalığı) geçirdiniz mi?

1-Evet 2-Hayır

113-Doktor tarafından size prostat büyümesi (hipertrofisi) tanısı konuldu mu?

1-Evet 2-Hayır

114-Prostat ameliyatı geçirdiniz mi?

1-Evet 2-Hayır

115-Bel, kasıklar ve kalçalarınızda sürekli ağrı var mı?

1-Evet 2-Hayır

116- İdrar yaparken tam boşalamama hissiniz oluyor mu?

1-Evet 2-Hayır

#### F-MERKEZİ SİNİR SİSTEMİ

117-Baş ağrınız var mı? 1-Evet 2-Hayır

118-Denge bozukluğunuz var mı? 1-Evet 2-Hayır

#### G-ENDOKRİN SİSTEM

119-Guatırınız var mı? 1-Evet 2-Hayır

120-Guatırınızda aniden büyüme oldu mu? 1-Evet 2-Hayır

**Not: Aşağıdaki Sorular Kadınlara Yöneliktir**

( )EVLİ ( )BOŞANMIŞ ( )BEKAR

121-Kaç yaşında evlendiniz? .....

122-Kaç kez evlendiniz?.....

123-Kaç yıldır evlisiniz?.....

124-İlk cinsel ilişkinizi kaç yaşında yaptınız? .....

125-İlk adetinizi kaç yaşında gördünüz?.....

126-Toplam kaç kez gebe kaldınız?.....

127-İki yıldan daha az ara ile gebe kaldınız mı?

1.Evet (kaç tane?.....) 2.Hayır

128-Toplam kaç kez doğum yaptınız?.....

129-Çocuklarınızı emzirdiniz mi?

1.Evet 2.Hayır (132. Soruya geçiniz)

130-Çocuklarınızı ne kadar süre ile emzirdiniz?

<u>Çocuk</u>	<u>Emzirme süresi</u>	<u>Çocuk</u>	<u>Emzirme süresi</u>
1.Çocuk	.....	2 Çocuk	.....
3.Çocuk	.....	4.Çocuk	.....
5.Çocuk	.....	6.Çocuk	.....
7.Çocuk	.....	8.Çocuk	.....
9.Çocuk	.....	10.Çocuk	.....

131-Gebeliği önleyici yöntemleri kullanma durumunuz?

- 1.Yöntem kullanmıyor (135. Soruya)                      2.Hap (Kaç yıl? ....) (135. Soruya)  
3.Prezervatif (Kılıf) (135. Soruya)                      4.Geri çekme (135. Soruya)  
5.Ria (Kaç yıl?....)    6.Diğer..... (135. Soruya)

132-İlk doğumunuzu kaç yaşında yaptınız? .....

133-Kadın hastalığı ile ilgili rahatsızlığınız var mı?

1. Evet                      2.Hayır (137. Soruya geçiniz)

134-Bu rahatsızlığınız nedir?.....

135-Kadın hastalığı ile ilgili herhangi bir ameliyat geçirdiniz mi?

- 1.Evet                      2.Hayır (139. Soruya geçiniz)

136-Ne ameliyatı geçirdiniz?.....

137-Adetten kesildiniz mi?

- 1.Evet / Kesilme yaşı? ..... (141. Soruya geçiniz)      2.Hayır

138-Adetlerinizin durumu

Ağrı    1-var              2-yok

Olma sıklığı.....

Devam süresi.....

Kanama miktarı.....

139-Akıntınızın durumu Rengi .....

Kokusu .....

Miktarı .....

Yanma ( ), Kaşıntı ( )      Diğer .....

140-Cinsel ilişkiden sonra vajinal(hazne) kanama olur mu?

- 1.Evet              2.Hayır              3.Bazen              4.Cinsel ilişkiye girmiyor

141-Eşinizle cinsel ilişkinizde ağrı oluyor mu?

- 1.Evet              2.Hayır              3.Bazen              4.Cinsel ilişkiye girmiyor

142-Son zamanlarda kadınlık organlarınızda bir değişiklik hissettiniz mi?

1-Evet (açıklayınız.....)

2-Hayır

143-Son bir yıl içinde hormon tedavisi aldınız mı?    1-Evet                      2-Hayır

144-Menopozdan sonra hormon tedavisi aldınız mı?

- 1-Evet                      2-Hayır                      3-Henüz menopoza girmemiş.

145-Evet ise tedaviyi size kim önerdi?.....

Ne kadar süre aldınız?.....      Ne kullandınız? .....

146-Meme ya da meme bölgenizde sebebi bilinmeyen bir ağrınız var mı?

1-Evet 2-Hayır

147-Son zamanlarda meme bölgenizde değişiklik gördünüz mü?

1-Evet 2-Hayır

148-Bu değişiklik nedir? (Muayene edilerek tesbit edilecek)

- |  |        |         |
|--|--------|---------|
| a- Meme ucunda çekilme başladı             | 1-Evet | 2-Hayır |
| b- Kanama ya da akıntı var                 | 1-Evet | 2-Hayır |
| c- Soyulma ya da pullanma var              | 1-Evet | 2-Hayır |
| d- Ağrısız şişlik                          | 1-Evet | 2-Hayır |
| e- Meme başında dermatit                   | 1-Evet | 2-Hayır |
| f- Meme derisinde gamzeleşme               | 1-Evet | 2-Hayır |
| g- Kızarıklık                              | 1-Evet | 2-Hayır |
| h- Memede ele gelen sertlik                | 1-Evet | 2-Hayır |
| ı- Meme derinizde portakal kabuğu görünümü | 1-Evet | 2-Hayır |
| i- Diğer.....                              | 1-Evet | 2-Hayır |

149-Memenizden parça aldırınız mı?

1-Evet (Kaç kez?....) 2-Hayır

150-Ayda bir kez göğüslerinizi dikkatle inceler misiniz? 1-Evet 2-Hayır 3-Arasıra

151-Hijyen alışkanlığı

1.İç çamaşırlarınızı değiştirme sıklığınız.....

2.Tuvalete gitmeden önce ellerini yıkama durumu.....

3.Tuvalette temizliği nasıl yaptığı.....

4.Pet / bezlerini ne kadar sürede değiştirdiği.....

## ÖZGEÇMİŞ

Araştırmayı yapan Rahşan KOLUTEK, 17 Nisan 1976 yılında Kahramanmaraş'ın Andırın ilçesinde doğmuştur. İlkokulu Nevşehir İğdeli Kışla Köyünde, Ortaöğrenimini Kahramanmaraş'ta, Yüksek Öğrenimini Sivas Cumhuriyet Üniversitesinde tamamlamıştır. 11 Ocak 2000 tarihinde Erciyes Üniversitesi Nevşehir Sağlık Yüksek Okulunda Okutman olarak göreve başlamış olup halen aynı okulda görev yapmaktadır.