



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HASTANEDE UYGULANAN KANSERDEN KORUNMA
VE ERKEN TEŞHİS PROGRAMININ KANSER HASTASI
YAKINLARININ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARINA
ETKİSİ**

ÖZLEM AYDEMİR DEDE
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Hasibe KADIOĞLU

İSTANBUL-2014

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Programın seviyesi : Yüksek Lisans
Anabilim Dalı : Halk Sağlığı Hemşireliği
Tez Sahibi : Özlem Aydemir Dede
Tez Başlığı : Hastanede uygulanan kanserden korunma ve erken teşhis programının kanser hastası yakınlarının Bilgi, Tutum ve Davranışlarına Etkisi
Sınav Yeri : M.Ü.S.B.F. Hemşirelik Bölümü
Sınav Tarihi : 04.11.2014

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)

Kurumu

İmza

Doç.Dr.Hasibe Kadoğlu

M.Ü Sağlık Bilimleri Fakültesi



Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)

Doç.Dr.Ayşe Ergün

M.Ü Sağlık Bilimleri Fakültesi



Yrd.Doç.Dr.Seher Yurt

Maltepe Ü. Hemşirelik Y.O



Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 19.11.2014 tarih ve 19 sayılı kararı ile onaylanmıştır.



Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

-Sınav evrakları 3 iş günü içinde ıslak imzalı tek kopya halinde Enstitüye teslim edilmelidir.

-Bu form bilgisayar ortamında doldurulacaktır.

I. BEYAN FORMU

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

Tarih: 10.10.2014

İmza: Özlem AYDEMİR DEDE

II. TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca benden yardımlarını ve sabrını esirgemeyen çok değerli hocam ve danışmanım Doç. Dr. Hasibe Kadıoğlu'na ve Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı başkanı sevgili hocam Doç. Dr. Ayşe Ergün'e,

Destek ve yardımlarıyla her zaman yanımda olan Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Onkoloji Servisinde görev yapan tüm hemşire arkadaşlarıma ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerime,

10 yıldır hayatımda olan ve bana hep güç veren canım arkadaşım Emre Balaban Bayram'a,

Bugünlere gelmemde en büyük pay sahibi olan, bana hep güvenen sevgili babam İbrahim Aydemir'e ve maddi manevi desteklerini benden hiçbir zaman esirgemeyen değerli aileme,

Koşulsuz desteği, sevgisi ve ilgisiyle her daim yanımda olan en büyük şansım eşim Tayfun Dede'ye ve hayat ışığım canım kızım Miray Şebnem Dede'ye sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Özlem AYDEMİR DEDE

111.İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU	İİ
BEYAN FORMU.....	İİİ
TEŞEKKÜR.....	İV
İÇİNDEKİLER.....	V
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	VI
ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ.....	Vİİ
1. ÖZET.....	1
2. SUMMARY.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER.....	5
4.1. KANSERİN ÖNEMİ.....	5
4.2. KANSER KONTROLÜ.....	6
4.2.1. Birincil Korunma.....	6
4.2.2. İkincil Korunma.....	6
4.2.3. Üçüncül Korunma.....	7
4.3. KANSERE KARŞI AVRUPA BİRLİĞİ ÖNERİLERİ.....	7
4.4. KANSERDEN KORUNMA VE ERKEN TANI	
STRATEJİLERİ.....	8
4.4.1. SİGARA VE KANSER.....	8
4.4.2.FİZİKSEL AKTİVİTE VE KANSER.....	10
4.4.3. KİLO KONTROLÜ VE KANSER.....	10
4.4.4. BESLENME VE KANSER.....	12
4.4.5. ALKOL VE KANSER.....	13
4.4.6. GÜNEŞ IŞIĞI VE KANSER.....	14
4.4.7. KANSEROJEN MADDELER VE KANSER.....	15
4.4.8. AŞILAMA VE KANSER.....	18
4.4.9.KANSERDEN KORUNMA VE TARAMA	

PROGRAMLARI.....	18
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	20
5.1. Araştırmanın Türü.....	20
5.2. Hipotezler.....	20
5.2.1. Araştırma Hipotezi.....	20
5.2.2. Araştırmanın İstatistik Hipotezleri.....	20
5.3. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zaman.....	23
5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	23
5.5. Çalışmaya Alınma Kriterleri.....	24
5.6. Girişim:Kanserden Korunma ve Erken Teşhis Programı.....	24
5.7. Veri Toplama Yöntemi ve Araçlar.....	33
5.8. Anket Formu.....	33
5.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	33
5.10. Verilerin Değerlendirilmesi.....	33
5.11. Sınırlılıklar.....	34
6. BULGULAR.....	35
7. TARTIŞMA.....	63
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	73
9. KAYNAKLAR.....	76
10. EKLER.....	86
11. ÖZGEÇMİŞ.....	133

IV. KISALTMALAR LİSTESİ

BKI: Beden kitle indexi

KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi

KKTM: Kendi Kendine Testis Muayenesi

UNSCEAR: Birleşmiş Milletler Atomik Radyasyonun Etkileri Bilimsel
Komitesi

ICNIRP; Uluslar Arası İyonize Olmayan Radyasyon Koruma Komisyonu

UV: Ultra viyole

KKETP: Kanserden Korunma ve Erken Teşhis Programı

V. ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 5.6.1. Hastanede uygulanan kanserden korunma ve erken teşhis programı içerik planı ve eğitim programı

Tablo 6.1. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin demografik özellikleri

Tablo 6.2. Deney ve kontrol grubunun ön-son test BKİ değerlerinin karşılaştırılması

Tablo 6.3. Deney ve kontrol grubunun kansere neden olan etkenleri bilme durumlarının karşılaştırılması

Tablo 6.4. Deney ve kontrol gruplarının sigarayı bırakmaları ile ilgili düşüncelerinin ön test ve son test karşılaştırmaları

Tablo 6.5. Deney ve kontrol gruplarının düzenli egzersiz yapma durumlarının ön ve son test karşılaştırmaları

Tablo 6.6. Deney ve kontrol gruplarının program öncesi ve sonrası ana öğün sayılarının karşılaştırması

Tablo 6.7. Deney ve kontrol gruplarının program öncesi ve sonrası ara öğün sayılarının karşılaştırması

Tablo 6.8. Deney ve kontrol gruplarının program öncesi ve sonrası sebze ve meyve tüketimlerinin karşılaştırması

Tablo 6.9. Deney ve kontrol gruplarının program öncesi ve sonrası posalı yiyecek tüketim miktarlarının karşılaştırması

Tablo 6.10. Deney ve kontrol gruplarının katı yağ kullanımlarının program öncesi ve sonrası karşılaştırması

Tablo 6.11. Deney ve kontrol gruplarının güneş ışığının zararlı etkilerinden korunmaya yönelik aldıkları önlemlerin ön test ve son test karşılaştırması

Tablo 6.12. Deney ve kontrol gruplarının kansere neden olan etkenlerden korunma durumlarının ön test ve son test karşılaştırılması

Tablo 6.13. Deney ve kontrol gruplarının cep telefonu kullanırken aldıkları önlemlerin karşılaştırılması

Tablo 6.14. Deney ve kontrol gruplarında hepatit b aşısı yaptırma ve düşünme durumunun karşılaştırması

Tablo 6.15. Deney ve kontrol gruplarının erken tarama testlerini bilme durumlarının karşılaştırılması

Tablo 6.16. Deney ve kontrol gruplarının her ay kendi kendine meme muayenesi yapma durumlarının karşılaştırması

Tablo 6.17. Deney ve kontrol gruplarının her yıl pap smear yaptırma durumlarının karşılaştırması

Tablo 6.18. Deney ve kontrol gruplarının 40 yaş üstü her yıl mamografi yaptırma durumlarının karşılaştırması

Tablo 6.19. Deney ve kontrol gruplarının 40 yaş üstü her yıl PSA baktırma durumlarının karşılaştırması

Hastanede Uygulanan Kanserden Korunma ve Erken Teşhis Programının Kanser Hastası Yakınlarının Bilgi, Tutum ve Davranışlarına Etkisi

Öğrencinin Adı: Özlem AYDEMİR DEDE

Danışmanı ve Anabilim Dalı: Doç. Dr. Hasibe KADIOĞLU (Halk Sağlığı Hemşireliği)

1.ÖZET

Amaç: Bu araştırma hastanede uygulanan kanserden korunma ve erken teşhis programının kanser hastası yakınlarının bilgi, tutum ve davranışlarına etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç/Yöntem: Araştırma ön test/son-test kontrol gruplu deneysel olarak yapılmıştır. Çalışmamız Marmara Bölgesindeki bir ilimizde bulunan Üniversite Hastanesinin Onkoloji Servisinde Ağustos 2013-Şubat 2014 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırma için hastane yönetiminden yazılı izin, çalışmanın yapıldığı hastanenin ve Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünün etik kurulundan onay, bireylerden aydınlatılmış onam alınmıştır. Araştırmanın evrenini tedavi gören hastaların birinci dereceden yakınları arasından katılmayı kabul eden 100 birey oluşturmuştur. Bireyler 50 deney 50 kontrol grubu olarak ayrılmış ve iki gruba da ön-son testler uygulanmış, deney grubuna ön testten sonra eğitim programı uygulanmıştır. Veriler ilgili literatür doğrultusunda geliştirilen anket formu kullanılarak toplanmış ve tanımlayıcı istatistikler, Mc Nemar, Marginal Homogeneity, Kolmogorov-Smirnov, Bağımlı gruplarda T testi, Ki-Kare ve Wilcoxin testi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular ve Sonuçlar: Program; kanser risk etkenleri bilen, sigarayı bırakmayı düşünen, düzenli egzersiz yapan, zeytinyağı kullanan, güneşten ve çevresel kirleticilerden korunan, cep telefonu kullanırken önlem alan, 20 yasından sonra her ay KKMM yapılması gerektiğini bilen ve yapan, 40 yasından sonra her yıl mamografi çektilmesi gerektiğini, 40 yasından sonra her yıl kanda PSA testinin yaptırılması gerektiğini ve 50 yasından sonra her yıl gaitada gizli kan, kolonoskopi, sigmoidoskopi yaptırılması gerektiğini bilen, her yıl pap smear testi yaptırın birey sayısının arttırılmasında etkili olmuştur.

Anahtar Sözcükler: Hemşire, kanser, kanser risk faktörleri, kanserden korunma programı, sağlık inanç modeli

**The Effect of Hospital Based Cancer Prevention and Early Detection
Program on Knowledge, Attitudes and Behaviours of Relatives of Patients with
Cancer**

Name/Surname of Student: Özlem AYDEMİR DEDE

Advisor and Department: Doç. Dr. Hasibe KADIOĞLU (Public Health Nursing)

2. SUMMARY

Purpose: The purpose of this study was to assess the impact of a hospital based cancer prevention and early detection program on knowledge, attitudes and behaviours of relatives of patients with cancer.

Method: This research making as a experimental-control group pre / post test regularly. Also this is between august 2013 – February 2014 one of the our university section of oncology where is the region of Marmara. Writting permission from Hospital managment,approval from the Hospital where the study was conducted and Marmara University Institute of Health Sciences ethics committee, consent from people had been taken. Researching population has been consist of 100 people who is treated in this hospital's first-degree relatives of patients with oncology. People divide of 2 group 50 control, 50 experiment. Pre-test and post-test has been performed for both group, also education programme was performed after Pre –test for experiment group. All data are collecting with survey form. These data had been analysis with descriptive statistics, McNemar, Marginal Homogeneity, Kolmogorov-Smirnov, paired t test, chi-square test and Wilcoxin..

Findings and results:This programme is ~~veret~~ effective on the increase person number, the person who knows cancer risk factors, who want to quit smoking, who take precautions when use mobile phone, who exercise regularly, who use olive-oil, who avoid from sunlight and enviromental hazards, who knows and make a breast self examination, who knows mammography,and PSA test is compulsory every year after 40, who knows fecal occult blood, colonoscopy, sigmoidoscopy test is compulsory after 50, who making pap smear test every year.

Keywords: Nurse, cancer, cancer risk factors, cancer prevention program, health belief model

3.GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, canlıyı oluşturan hücrelerden herhangi bir türünün yapı ve fonksiyon bakımından normalden farklılık göstererek, kontrolsüz bir biçimde çoğalması anlamına gelmektedir. Hızla çoğalmaya başlayan bu atipik hücreler bir yandan ait oldukları dokuda/organda işlev bozukluklarına neden olurken öte yandan da diğer doku ve organlara da yayılmaktadırlar. Kanser, köken aldığı doku ya da organ hücresine göre, çok değişik ve farklı hastalık tabloları oluşturmaktadır. Bu nedenle de kanser tek ve özel bir hastalık olmayıp, köken aldığı hücreye göre, farklı özellikler gösteren bir hastalık grubudur. Kanser, hastalık yükü, öldürücülüğü ve insidans artış eğilimi ile hem dünya hem de ülkemiz için önemli bir halk sağlığı konusu ve problemidir (Hatipoğlu 2007; <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-nedir/4-kanser-nedir.html>, Erişim tarihi: 03.11.2013).

Küresel çapta 2012’de 14,1 milyon yeni kanser vakası (erkeklerde 7 427 000 ve kadınlarda 6 663 000) ve 8,2 milyon kanser kaynaklı ölüm (erkeklerde 4 653 000 ve kadınlarda 3 548 000) görüldüğü tahmin edilmektedir. Küresel kanser yükünün zaman içinde artabileceğini öngören üç net hipotez vardır. İlk olarak dünya nüfusunun 2008’deki 6,7 milyar seviyesinden 2012’de 7,4 milyara ulaşarak 2030’da beklenen 8.3 e yükselmesi yaş bazında oranlar sabit kalsa bile kanser yükünde bir artışa neden olacaktır. İkincisi, kanser riskinin yaşa bağlı olarak büyük ölçüde artışının ışığında popülasyonun boyutu ve yaş bazında oranların sabit kaldığı durumda yük, nüfusun yaslanmasıyla artacaktır. Kanser yükünde bir artışa neden olabilecek üçüncü unsur ise popülasyonun büyüklüğü ve yaş dağılımı değişmesi bile insidans oranları temelinde yatan bir artıştır. Bu verilere dayalı kestirimler sonucunda, demografik değişimleri de göz önünde bulundurarak ve kanser insidansında yıllık %1’lik bir artış öngörerek, 2030’da yaklaşık olarak yıllık 26.4 milyon yeni kanser vakası ve 17 milyon kanser kaynaklı ölüm gerçekleşmesi beklenmektedir (http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx, Erişim tarihi 29.09.2014).

2007 yılında Lopez ve arkadaşları tarafından yapılan araştırma sonuçları etkin müdahalelerle kanser hastalarının yakınlarının riskli davranışlarının azaltılabileceğini göstermiştir (Lopez at all., 2007).

Kostopoulou ve Katsouyanni (2006) tarafından yapılan ve 50 kolorektal, 50 meme ve 24 prostat kanserli hastanın dâhil edildiği bir çalışmada bilgilendirme sonrası hastaların %41,1'nin diyet değişikliği yaptığı, %22,6'sının sigarayı azalttığı veya bıraktığı, %13,7'sinin fiziksel aktivite yapmaya başladığı gösterilmiştir. Bu çalışmada diyet değişikliğinde farkındalığın, yaştan ve eğitimin anlamlı oranda etkili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca erkek kolorektal kanserli hastalarla karşılaştırıldığında kadın kolorektal ve meme kanserli hastaların sırasıyla 15 ve 17 kat oranda sigara alışkanlığında değişiklik yaptığı gösterilmiştir. Ancak literatürde kanser tanısı alan hastaların yakınlarında kanserden korunmaya yönelik tutum ve davranış değişikliği olup olmadığına ilişkin yeterince çalışma olmadığı dikkati çekmektedir.

Ülkemizde kanser hastalarının yakınlarına yönelik uygulanmış sağlığı koruma programlarının yetersizliği göze çarpmaktadır. Kanserli hastaların yakınlarının sağlık ve hastalığa ilişkin bireysel algıların değişebileceği bir süreçte bu bireylerde davranış değişikliği sağlamak amaçlı uygulanan hastane temelli programlara ihtiyaç gün geçtikçe artmaktadır. Bu çalışma ile kanser hastalarının yakınlarının bireysel algılarının yüksek olduğunun düşünüldüğü bir dönemde onlara olumlu sağlık davranışları kazandırmak hedeflenmiştir.

Bu çalışmanın temel amacı; Hastanede uygulanan kanserden korunma ve erken teşhis programının kanser hastası yakınlarının bilgi, tutum ve davranışları üzerine etkisini incelemektir.

4.GENEL BİLGİLER

4.1. KANSERİN ÖNEMİ

Kanser önemi giderek artan bir sağlık ve yaşam sorunu durumundadır. Ölüm nedeni olarak, kalp ve damar hastalıklarının hemen ardından gelmektedir. Batı toplumlarında her yıl 250-350 kişiden biri kansere yakalanmaktadır. 60 yaşın üzerindeki grupta ise kanser sıklığı çok artmakta 300 kişide 4-5 civarına yükselmektedir (Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Türkiye’ de Kanser Kayıtlılığı Ankara-2011).

Yurdumuzda en sık görülen kanserler erkeklerde akciğer, prostat, kalın barsak, rektum, mide ve pankreas; kadınlarda meme, akciğer, kalın barsak, rektum, serviks, over, mide ve pankreas kanserleri olarak sıralanabilir (www.globacan.iarc.fr/Pages_sheets_cancer.aspx Erişim tarihi 29.09.2014).

Deri kanseri sıklığı her iki cinste de yüksek olmakla birlikte, habis melanom dışındaki deri kanserleri tedaviye iyi cevap verdiklerinden ölüm oranı çok düşüktür (Rigel et all., 2005).

Birincil korunma ile önlenabilen en önemli kanser olan akciğer kanserleri ülkemizde ve dünyada birinci sıradadır. Tütün ile mücadelenin başarıyla yürütülmesi ile akciğer, larenks, mesane, pankreas, serviks, farenks ve oral kavite kanserleri büyük ölçüde azaltılabilecektir (Bilello, Murin and Matthay, 2002).

Sadece tütün kontrolü ülkemizde yılda yaklaşık 40 000 akciğer kanserinin önlenmesi anlamına gelmektedir. Bir başka açıdan bakışla her üç kanserin biri beslenme hataları, biri de tütün kullanımı ile ilgilidir. Bu, her üç kanserli hastadan ikisinin bilinçli bir toplum yaratılarak kanser olmaktan kurtarılabileceği anlamına gelmektedir. 2000’li yılların başında dünyada yılda 6 milyon insan kansere yakalanırken bu sayı 2012 de 14 milyona ulaşmıştır. (Güran 2005, (www.globacan.iarc.fr/Pages_sheets_cancer.aspx Erişim tarihi 29.09.2014). Ülkemizde ise 2000 yılındaki toplam 430,459 ölümün 56,250’si (%13) ise kanserlerden meydana gelmiş olup dünya ile benzerlik göstermektedir (Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Türkiye’ de Kanser Kayıtlılığı Ankara, 2011).

Dünyada meydana gelen ölümlerin sıralamasına göre erkeklerde en sık rastlanan kanser türleri: akciğer, mide, karaciğer, kolorektal, özofagus ve prostat; kadınlarda meme, akciğer, mide, kolorektal ve servikal kanserlerdir (www.globacan.iarc.fr/Pages_sheets_cancer.aspx Erişim tarihi 29.09.2014).

Kanserde erken teşhis ve taramanın yanında, nedenleri, risk etmenleri ve belirtileri hakkında toplumda kanser konusunda farkındalığı artırarak bilinç oluşturmak ve davranış değişikliği yaratmak oldukça önemlidir(Açıkgöz, Çehreli ve Ellidokuz, 2011).

4.2.KANSER KONTROLÜ

Başlığı kanser altında toplanan hastalıklar oldukça yaygındır ve kansere yakalanan insanların yarısında fazlasının hastalıklar nedeniyle ölmesinden dolayı önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu nedenle kansere bağlı acı ve ölümün azaltılması amacı ile kanser kontrolü kavramı geliştirilmiştir (Boyle at all., 2003).

4.2.1.Birincil Korunma

Birincil korunma, değiştirilmesi mümkün olan risk faktörlerinin ortadan kaldırılması veya bu risk faktörlerinin vücutta meydana getirebileceği hasarların onarılması ile kanser olgularının önlenmesi esasına dayanan yöntemleri içerir. Kanser risk faktörlerine maruz kalmaktan kaçınmak kanser riskinin azalmasına yardımcı olacaktır (Kılıçalp, Aksoy ve Çelik, 2006). Kanser ortaya çıkmasından sorumlu risk faktörleri başlıca üç grup altında incelenebilir. Bunlar; genetik faktörler, çevresel faktörler ve yaşam tarzı ile ilgili faktörlerdir. Bütün bu önlenebilir nedenler henüz kesin olarak tespit edilememiş olmasına rağmen, risk belirleyicilerinin kanserlerin yaklaşık yarısının içinde var olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle birincil korunma kanser konusunda halk sağlığı için önemli bir alandır (Kakizoe, 2003).

4.2.2. İkincil Korunma

Kanser tanısı erken evrede konulursa tedavi başarısı da o oranda artmaktadır. Belirti ve bulguların farkında olmak önemlidir, fakat çoğu kanserde bulgular ileriki aşamalarda ortaya çıkmaktadır. Kanser erken, asemptomatik safhada belirlenmesi kanserden ölüm oranlarını azaltılmasında etkili olmakta ve metastatik yayılmayı da

önlemektedir. Sağlıklı bireylerde kanser taraması yapılarak etrafa yayılmadan hastalığı erken evrede yakalamaya çalışılmaktadır. Bu sayede hastalık daha kolay tedavi edilebilmektedir (Tuncer, 2009).

4.2.3. Üçüncül Korunma

Kanserin sebep olduğu ölümleri önlemenin en belirgin yolu gelişen kanseri tedavi etmektir. Ancak, kanser tedavisinde ölümcül tümörün tedavi edilebilir tümöre dönüşmesi çok fazla ilerleme kaydedilememiştir. Testiküler teratom, Hodgkin lenfoma, çocukluk lösemisinde önemli bir başarı sağlanmıştır. Adjuvan kemoterapi ve tamoksifen meme kanserinde hayat kalmayı arttırmış, adjuvan kemoterapi ayrıca over kanseri ve kolorektal kanser prognozu gelişmelere katkıda bulunmuştur (Ünal, Orgun, 2006).

Tıp biliminin ilerlemesi; modern anestezi yöntemine, enfeksiyon ve bakteriyel hastalıklara karşı daha iyi kontrole, tümör lokasyonlarının belirlenmesinde daha iyi görüntüleme yöntemlerine ve ilaçların daha uygun dozda kullanılmasına olanak tanımıştır. Böylece, daha fazla hasta iyi bir prognoza sahip olmuş ve daha uygun bir tedavi almaya başlamıştır (Güran, 2005).

4.3.KANSERE KARŞI AVRUPA BİRLİĞİ ÖNERİLERİ

Kanser önemli bir halk sağlığı sorunudur ve Avrupa'da önlenabilir ölümlerin en büyük sebebidir. Kansere Karşı Avrupa Birliği Önerileri, uygulandığı takdirde kanser görülme sıklığında ve kanser ölümlerinde azalmayı sağlamak amacıyla oluşturulan bir tavsiyeler dizisi olarak gündeme gelmiştir (Boyle at all., 2003).

Kanserin önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu görüşüyle ilk olarak 1987 yılında hazırlanan Kansere Karşı Avrupa Birliği Önerileri gerekli önlemlerin alınmasıyla kanserden korunmada başarıya ulaşılabileceğini savunmaktadır. İlk olarak 1987 yılında uygulanan öneriler 1994 ve 2003 yıllarında Avrupa Birliğine üye ülke sayısının artışı nedenleriyle revize edilmiştir.

Bu uygulamanın ana ilkeleri;

1.Sigara içmeyiniz, eğer içiyorsanız bırakınız, eğer bırakamıyorsanız içmeyenlerin yanında içmeyiniz.

2. Obesiteden kaçınınınız.
3. Her gün düzenli aktivitede bulununuz.
4. Meyve ve sebzelerin günlük alımını arttırınız. Hayvansal kaynaklı yağlar içeren gıda tüketiminizi azaltınız.
- 5.Eğer alkol alıyorsanız tüketiminizi erkekseniz günde 2 bardak, bayansanız 1 bardak olarak değiştiriniz.
- 6.Aşırı güneş ışığına maruz kalmamaya dikkat ediniz.
- 7.Bilinen kanser yapıcı maddelerden uzak durunuz.
8. Yaşınıza uygun kanser tarama programlarına katılınız (Boyle at all., 2003).

4.4. KANSERDEN KORUNMA VE ERKEN TANI STRATEJİLERİ

4.4.1. SİGARA VE KANSER

Sigara dumanı gaz ve partikül fazında kanserojen özellikte 4.000’den fazla molekül içermektedir. Gelişmiş ülkelerde ortalama kanserlerin %25-30’u tütünle alakalıdır. Avrupa, Japonya ve Kuzey Amerika’da yapılan çalışmalara göre erkeklerin %87, kadınların ise %57’sinde görülen akciğer kanseri sigara içme ile ilişkilendirilebilir. Her iki cinsiyet için de, tütünün özofagus, larenks ve ağız boşluğu üzerinde neden olduğu kanser oranı yüksektir ve bu oran alkol kullanımı ile %43- 60 lara ulaşmıştır. Mesane ve pankreas kanserlerinin büyük kısmı ve böbrek, mide ve over kanserlerinin küçük bir kısmı ve aynı zamanda bazı lösemi vakaları tütün kullanımı ile ilişkilidir. Günümüzde görülen tütün ile ilişkili kanserlerde kuluçka döneminin uzunluğu hayatın önceki yıllarında sigara kullanılması ile ilişkilidir. Sigarayı bırakarak, sigaranın neden olduğu kanser riskini azaltabilir (Boyle at all., 2003).

Sigara tüketimi artmış kolorektal kanser insidansı ve mortalitesi ile ilişkilidir. 106 gözlemsel çalışmanın meta-analizinde sigara içmeyenlere göre sigara içenlerde kolorektal kanser insidansı artmıştır. Yine sigara içenlerde kolorektal kanser mortalite riski artmıştır. Sigara içiminin insidans ve mortalite açısından kolon kanserine göre rektum kanseriyle daha güçlü bir ilişkisi vardır (Botteri, Iodice and Bagnardi, 2008).

Sigara içmek aynı zamanda kronik bronşit ve kalp hastalığı/krizi gibi daha birçok hastalığa neden olmaktadır. Orta yaşlarda uzun süreli sigara içenlerin hiç sigara içmeyenlere göre ölüm oranı 3 kat daha fazladır ve sigaraya erken yaşta başlayan kişilerin yarısı bu kötü alışkanlıkları yüzünden hayatlarını kaybetmişlerdir. Bu ölümlerin yarısı orta yaşlarda, geri kalanı ise hayatın son 7-8 senesinde ortaya çıkmaktadır. Şu bilinen bir gerçektir ki, kanserden önce sigarayı bırakmak hayatın daha sonraki dönemlerinde kanser olma riskini azaltmaktadır (Boyle at all., 2003). .

Sigaranın bu kadar zararlı olmasının yanı sıra, puroda benzer zararlara yol açabilir ve ayrıca hem puro hem de pipo oral kavite, farenks, larenks ve özofagus kanseri riskini arttırmaktadır. Bilimsel araştırmalar göstermektedir ki tütünün dumansız olarak emilmesi, çiğnenmesi bile kanser riskini arttırmaktadır (Boyle at all., 2003).

Avrupa'daki durum oldukça endişe vericidir. Avrupa Birliği (AB), Çin'den sonra en büyük sigara üreticisi ve en büyük sigara ihracatçısıdır. Orta ve Doğu Avrupa'da sigara içme alışkanlığında artış bulunmaktadır (Botteri at all., 2008).

Ülkemizde sigara kullanımı politik kararlılık, sivil toplum ve medyanın desteği ile bir miktar azalmıştır ancak halen istenilen düzeyde değildir. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012 sonuçlarına göre; sigara içme sıklığı erkeklerde %41.4, kadınlarda %13.1 olarak tespit edilmiştir. (Sağlık Bakanlığı Havanı Korumaya Dair Hava Sahası, <http://www.havanikoru.org.tr>, Erişim: 15.01.2014.).

15 yaş ve üzeri yetişkinlerin %27'si her gün veya daha az sıklıkla sigara kullanmaktadır. Türkiye'de sigara kullanma oranı öğrenim durumu ve yaşla birlikte artmaktadır. Okuryazar olmayan yetişkinler en düşük sigara kullanma oranına sahipken; lise ve üzerinde en yüksek orana sahiptir. Mevcut mevzuata göre sigara satın alabilmek için en küçük yaş sınırı 18 olmasına karşın, her gün sigara içenlerin yarısından fazlası (%58,9) sigara içmeye 18 yaşından önce başlamıştır. Sigaraya başlamanın ortalama yaşı erkeklerde 16,6; kadınlarda 17,8'dir. Sigara tüketiminin yaşla birlikte artarak devam ettiği gözlenmektedir (Yazıcı, Özbay, 2004).

Reklam yasakları ve sigara fiyatlarının artması gençlerin sigara kullanımını etkilemiştir. Bu politikanın etkili ve başarılı olabilmesi için uzun süreli olarak uygulanması gerekmektedir.

Tütün üzerindeki vergi artışları, reklamlardaki yasaklar, dumansız hava sahası uygulamaları, tütün ürünleri üzerindeki sağlık uyarıları, sigaranın zararları hakkındaki eğitimler, sigarayı bıraktırma teşvikler sıkı bir şekilde uygulanmalıdır. Sigaranın bağımlılık yapan bir uyuşturucu olduğu ve bağımlı olan kişilerin de psikolojik desteğe ihtiyaç duydukları göz önünde bulundurulmalıdır (Janet, 2004).

4.4.2. FİZİKSEL AKTİVİTE VE KANSER

Birçok çalışmada fiziksel aktivite ve kanser gelişme riski arasındaki ilişki incelenmiştir. Düzenli fiziksel aktivitenin kolon kanseri riskinde azalma ile ilişkili olduğuna dair kanıtlar vardır. Kanser riski üzerindeki fiziksel aktivitenin koruyucu etkisinin yanı sıra, artan fiziksel aktivite kardiyovasküler hastalık riskini de azaltmaktadır. Özellikle sedanter yaşam tarzı olan insanlar için, bazı zorlamalar içeren düzenli fiziksel aktivite sağlıklı vücut ağırlığını korumak için gereklidir. Bu aktiviteler haftada 3 kez yarım saat şeklinde olmalıdır (Boyle at all., 2003).

Adölesan ve erişkin dönemde yapılan egzersizlerin 40 yaşın altındaki kadınlarda meme kanseri riskini azalttığı gösterilmiş ve haftada 4 saat veya daha fazla egzersiz yapan kadınlarda kanser riskinin hiç egzersiz yapmayanlara göre %60 daha az olduğu bildirilmiştir (Ferlay at all., 2010).

Düzenli fiziksel aktivite kolorektal kanserden korunmada da etkilidir. 52 çalışmanın meta-analizinde çok hareketli bireylerde az hareketli bireylere nazaran kolon kanser riski %24 oranında azaldığı bildirilmiştir (Wolin, Yan and Colditz, 2009)

Sağlık Bakanlığı tarafından 7 coğrafik bölgede, 7 ilde, 30 yaş üstü 15.468 bireyde yapılan “Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım (SBKK)” çalışmasında bireylerin sadece %3.5’i düzenli (haftada en az 3 gün, 30 dakika orta şiddette) fiziksel aktivite yaptıklarını beyan etmişlerdir (<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-71613/h/kalp-ve-damar-hastaliklarini-onleme-ve-kontrol-programi.pdf>, Erişim tarihi: 10.11.2013).

4.4.3. KİLO KONTROLÜ VE KANSER

Obezite hastalıklarının ve ölümlerin baş nedenlerinden birisidir. Batı ülkelerinde kronik hastalıkların sebeplerinde sigaradan sonra ilk sıradadır.

Birçok Avrupa ülkesinde obezite görülme sıklığı yıldan yıla artmaktadır. Kolon, meme (postmenopozal), böbrek kanseri ve yemek borusu için risk oldukça belirgindir (Baş, 2012).

Amerikan Kanser Birliği'nin 75 000 kadın ve erkekte 12 yıl boyunca yapmış olduğu izlemler sonucu ideal kilolarından %40 ve daha fazla olan erkek ve kadınların kanser nedeni ile ölüm riskleri sırası ile 1,33 ve 1,55'tir. Erkekler daha çok kolorektal ve prostat kanserine yakalanırken, kadınlar daha çok endometrial, safra kesesi, servikal, over ve meme kanserine yakalanmaktadır (http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf, Erişim tarihi: 14.11.2013).

Kolon kanseri riski özellikle BKİ 23-30 kg/m² aralığında artmaktadır. Erkeklerde kadınlardan daha fazla görülmektedir. Örneğin, Amerikan Kanser Topluluğunun 1,2 milyon kişi üzerindeki kohort çalışmasında, BKİ ≥ 30 kg/m² olan insanların BKİ < 25 kg/m² olan insanlara göre kolon kanseri olma riski erkeklerde %75, kadınlarda %25 olarak ortaya çıkmıştır. 100'den fazla çalışma yüksek kilolu postmenopozal kadınlarda meme kanseri riskinin yükseldiğini göstermiştir. Ortalama olarak, epidemiyolojik çalışmalar BKİ > 24 kg/m² olanlarda meme kanseri riskinde bir artış göstermiştir. 34 000 kadının katıldığı 8 kohort çalışmanın toplu analizinde 28 kg/m² BKİ $\geq$ olan kadınlarda riskte %30 luk bir artış gözlenmiştir (Chlebowski, Wactawski and Ritenbaugh, 2004).

Batı Avrupa'da, kolon kanserlerinin %11'i, meme kanserlerinin %9'u, endometrial kanserlerin %39'u, özofagus kanserlerinin %37'si, renal hücre kanserlerinin %25'i ve safra kesesi kanserlerinin %24'ünün obezite ile ilgili oldukları tahmin edilmektedir (Boyle at all., 2003).

Yapılan kohort ve vaka-kontrol çalışmalarının çoğunda, kolorektal kanser riski, vücut yağı artışı ile pozitif ilişkili olarak artmaktadır. Çalışma sonuçlarına göre, BKİ > 30 ve üzerinde olan bireylerde kolorektal kanser gelişme riski BKİ < 23 'ün altında olan bireyler göre 2 kat yüksektir. Vücut yağının artışı ile kolorektal adenomların artışı arasında ilişki saptanmış ve bu durum obezitenin adenom progresyonunu kansere çevirebileceğini düşündürmektedir (Baş, 2012).

Obezite erkeklerde kansere bağımlı ölümlerin %14' ünden, kadınlarda %20' sinden sorumludur (Divisi, Tommaso, Salvemini, Garramone and Crisci, 2006).

4.4.4. BESLENME VE KANSER

Diyet ve beslenme faktörleri 1940 yılından itibaren kanser etiyolojisinde ciddi ilgi odağı olmaya başlamıştır. Kimyasal kanserojen alan hayvanları içeren spesifik diyetler kanser riski ile ilişkili bulunmuştur (Norat at all., 2005).

Doll ve Peto, bütün kanser ölümlerinin (%10 ila %70 arasında, çoğunlukla %30) diyet ve beslenme uygulamaları ile ilişkili olduğunu saptamışlardır. 1983 yılında Birleşik Devletler Bilim Akademisi sigara kullanımı, diyet ve beslemenin kanserin en önemli nedenleri olduğu sonucuna varmıştır. O zamandan buyana, gıda ve beslenmenin kanser riski ile kesin ilişkileri araştırmalarla geliştirilmiş ve en iyi önleme stratejisi tanımlanmaya çalışılmıştır (Boyle at all., 2003).

Bir dizi epidemiyolojik çalışma sonucuna göre, yüksek oranda sebze ve meyve tüketimi birçok kanser türünde (mide, kolon, özofagus, rektum ve pankreas kanserlerinde) koruyucu bir etki gösterdiği sonucuna varılmıştır. Avrupa'da çeşitli çalışmalarda yüksek miktarda meyve ve sebze tüketimi kullanılarak kanser riskinin azaldığı gözlemlenmiştir (Terry at all., 2001).

Yüksek lif içeren beslenmenin birkaç Avrupa çalışmasında kolorektal kanser ve diğer sindirim sistemi tümörleri riskini azalttığı belirtilmiştir. Kanser ve Beslenme Üzerine Avrupa Prospektif İncelemesi (EPIC) çalışmasında 10 Avrupa ülkesinden 25-70 yaş arasında 519 978 birey üzerinde bu ilişki araştırılmıştır. Çalışmada takip edilen kişilerde 1065 kolorektal kanser vakası bildirilmiştir. Araştırmacılar, düşük lifli beslenen toplumların riskinin 2 kat daha fazla olduğunu ve kolorektal kanser riskinin %40 olduğunu belirtmişlerdir (Boyle at all., 2003).

Et tüketimi ve kolon kanserine aitte birçok epidemiyolojik çalışma mevcuttur. 40-79 yaşları arasında bulunan 928 kolon kanserli, 622 rektal kanserli ve 46 886 kanseri olmayan kişiyi taramışlar ve vaka ile kontrol gruplarını karşılaştırdıklarında; balık tüketiminin sigara içen ve sık sık kırmızı et tüketen 60 yaş üzeri erkeklerdeki kolon kanseri riskini ve kadınlardaki rektal kanser riskini azalttığını saptamışlardır (Erman, 2007).

Çok çeşitli sebze ve meyvelerin var olmasıyla kanser riskinde belirgin bir azalma gözlenmiştir. Aynı zamanda daha yüksek seviyelerde tüketiminin de diğer kronik hastalıklar için yararlı olduğu yönünde giderek artan kanıtlar mevcuttur (Anand at all., 2008).

Meyve ve sebzeler öğün aralarında atıştırma yerine her öğün sistematik olarak tüketilmelidir. DSÖ ve ABD tarafından günde beş defa (en az 400 g/gün- iki parça meyve, 200 g sebze) önerilmektedir (Anand at all., 2008).

1940' lardan bu yana bilim adamları, diyetteki yağın kanser riskinde önemli rolü olduğunu öne sürmüşlerdir (Gönen, 2004). Amerikan Sağlık Vakfının bir çalışmasına göre; Amerikalı ve Japon kadınların meme kanseri insidansı arasında büyük farklılık olduğu gösterilmiştir. Amerikalı kadınların ortalama yağ tüketimleri total kalorilerin %40' ı iken, Japon kadınlarının tükettiği yağ miktarı total kalorisinin %10-20 kadar olduğu saptanmıştır. İtalyan kadınlarının ise yağdan daha zengin beslenme tarzları olmasına karşın kanser insidansının düşük olduğu gözlemlenmiştir (Divisi, Tommaso, Salvemini, Garramone and Crisci, 2006). Bu farklılıklar diyetteki yağ miktarı kadar, yağ çeşitlerinin önemini ortaya koymaktadır. Birçok çalışma göstermektedir ki fazla hayvansal kaynaklı yağ ve çoklu doymamış yağ kullanımı, kolon ve meme tümörü başlangıcını arttırabilmektedir (Gönen, 2004).

4.4.5. ALKOL VE KANSER

Alkollü içeceklerin oral kavite, farenks, larenks ve skuamöz hücreli karsinom kanser riskini arttırdığına dair epidemiyolojik kanıtlar bulunmaktadır. Alkol kullanımı sigara olmasa bile üst sindirim ve solunum yolunda kanser riskini arttırmasına rağmen, alkol ve sigara beraber tüketildiğinde bu risk 2 katına çıkmaktadır. Hiç sigara ve alkol kullanmayanlar ile aşırı alkol ve sigara tüketenler karşılaştırıldığında aşırı tüketimi olanlarda risk 10 ila 100 kez fazladır (Boyle at all., 2003).

10 veya daha fazla yıl alkol tüketiminin özofagus kanseri riskini %60 arttırdığına dair kesin kanıtlar bulunmaktadır. Özofagus kanserini önlemek için sigarayı bırakma, alkolü bırakma (veya azaltma) önemli bir önceliktir (Brugere at all., 2006).

Alkol tüketimi aynı zamanda karaciğer kanserinin primer sebebidir; siroza neden olabilir. Ayrıca, aşırı alkol tüketen, güçlü bir şekilde sigara içen ve kronik hepatit C virüsü ile enfekte olan kişiler arasında karaciğer kanseri ile ilişkili olduğunu düşündüren bazı kanıtlar vardır (Cho at all., 2004).

Sekiz kohort çalışmanın meta-analizinde 45 gram/gün'ü geçen alkol tüketimi olanlarda kolorektal kanser riskinin orta derecede arttığı gösterilmiştir. Günlük alkol tüketimi 30-45 gram/gün olanlarda risk daha az oranda artmıştır. Bu risk alkolün folat emilimini engellemesi ile alakalıdır (Cho at all., 2004).

Farklı toplumlarda meme kanserinin artan riski epidemiyolojik çalışmalarda bildirilmiştir. Avrupa'daki kadınlarda alkol kullanımının meme kanserine diğer kanser türlerinden daha fazla rastlandığı gözlenmiştir (Brugere, Guenal, Leclerc and Rodriguez, 2006).

Günlük alkol alımı 10 g/gün (yani yaklaşık 1 bira, 1 bardak şarap veya 1 kadeh alkollü içki) olarak sınırlandırılmalıdır. Günde 20-30 gr alkol tüketen kişilerin sindirim ve solunum yolları, karaciğer veya kolorektum kanseri olma oranları daha yüksektir (Boyle at all., 2003).

4.4.6. GÜNEŞ IŞIĞI VE KANSER

Cilt kanseri, ağırlıklı olarak beyaz tenli insanlarda görülen bir hastalıktır. Görülme sıklığı UV ışınlarının, Avustralya'da olduğu gibi, çok olduğu yerlerde artmaktadır. Cilt kanserine neden olan güneş ışınları 3 farklı tipte görülmektedir. Skuamöz hücreli karsinom güneş maruziyeti ile ilgili net ilişkiyi göstermektedir. Bu tipteki cilt kanseri genellikle açık alanda çalışan işçilerde yaygındır. Bazal hücreli karsinom, deri kanserinin en sık rastlanan tipidir ama hastalığın lokal olması nedeniyle en az ciddi olanıdır (Boyle at all., 2003).

Melanom riski aralıklı olarak güneşe maruz kalma ile ilişkili görünmektedir. Aralıklı güneşe maruz kalma aktivitelerine güneşlenme ve açık hava sporları örnek verilebilir. Avrupa'da 1960-1990 yılları arasında melanom insidansı iki katına çıkmıştır ve bu durum yoğun güneşe maruz kalma olarak bu yüzyılda yerini almıştır. Skuamöz hücreli ve bazal hücreli kanser insidansı da tüm Avrupa ülkelerinde artmıştır (Armstrong and Krickler, 2001)

Avrupa nüfusuna aşırı güneş ışığından sakınmaları ve hayat boyu toplam maruz kalmayı azaltmaları tavsiye edilmektedir. Ancak tüm Avrupalılar cilt kanserine karşı aynı derecede duyarlı değildir. Özellikle kızıl saçlı, çilli ve güneşte yanma eğilimi olan kişiler daha hassastır (Boyle et al., 2003).

Yaz güneşinden korunmanın en iyi yolu ondan uzak durmaktır. Ultraviyole (UV) ışınlarının en etkili olduğu saatler olan 11-15 saatleri arasında güneşten uzak durulmalıdır. Bu nedenle, özellikle çocuklar için, açık hava etkinliklerini bu saatler dışında programlanmalıdır. Gölgeden yararlanmak ve güneşten koruyacak elbiseler giymek ikinci en önemli tedbirdir. Giyim endüstrisinin gelişmesiyle birlikte sık dokuma pamuklu kumaşlar iyi bir koruma sağlamaktadır ve yüksek güneş koruma özellikli UV koruyucu kumaşlar korumayı arttırmaktadır (Geller and Annas, 2003).

Güneş kremleri özellikle yüz ve kulakların güneş yanmasından korunmasında yararlıdır. Güneş kremleri skuamöz hücreli karsinoma karşı korumada etkilidir ama bazal hücreli karsinom ve melanoma karşı koruyucu etkisi olduğuna dair yeterli kanıt bulunmamaktadır. Ancak güneş kremi kullanırken artmış melanom riski için uzamış güneşe maruz kalma sürelerinden kaçınmak oldukça önemlidir. Ayrıca, yüksek SPF içeren güneş kremleri kullanmanın güneş altında geçirilen zamanı uzattığına dair kanıtlar bulunmaktadır (Armstrong and Krickler, 2001).

4.4.7. KANSEROJEN MADDELER VE KANSER

Bölgesel ve çevresel kanserojenlere maruz kalmanın önlenmesi, doğal kanserojenlerin belirli bir oranda belirlenmesinde ve oluşumunda önemli bir düşüşe yol açmıştır. Düzenlemelerin kanserojen maddelerin normal çevreden daha yoğun miktarlarda bulunduğu iş ortamında uygulanması önemlidir. Bölgesel ve çevresel kanserojenlere maruz kalmanın seviyesi ve prevalansının kontrolü tarihsel olarak bireysel korunma girişimlerinden daha önemli bir rol oynamıştır (Garcia, Newton and Baldwin, 2005).

En sık mesleki maruziyet ile ilişkili kanserler; akciğer, mesane, mezotelyoma, larenks, lösemi, karaciğer sarkoma ve cilt kanserleridir. Mesleki maruziyet ile ilişkili olan diğer bazı tümörlerde bulunmaktadır fakat bu konudaki kanıtlar çok güçlü değildir.

Bu tümörlerin neden olduğu kanserler arasında; oral kavite, nazofarenks, yemek borusu, mide, kolon ve rektum, pankreas, meme, testis, böbrek, prostat, beyin, kemik, yumuşak doku sarkomu, lenfoma ve multipl myelom sayılabilir. Avrupa Birliği ülkelerinde, bu kimyasallardan bazılarının üretimi veya kullanılması yasaklanmıştır. Bununla birlikte metal gibi diğer kanserojen maddelere maruz kalma hala yaygındır (Keskin ve Aksoy, 2011).

35 ajan veya endüstriyel prosesler insanlara muhtemel kanserojen yapıcı olarak sınıflandırılmıştır. Bu gruptaki birçok ajan hala yaygın bir şekilde kullanılmaktadır, örneğin butadien ve formaldehit gibi (Clapp, Jacobs and Loecher, 2008).

Son yıllarda uygulanan işyerindeki önleyici tedbirler işyeri maruziyeti sonucu kanser oluşumunun önlenmesinde etkili olmuştur. Örneğin mesleki mesane kanserinin, lastik ve kimya sanayilerinde β -naftilamine kullanımı yasağı sonrasında düştüğü belirlenmiştir. Koruyucu önlemlerin alınmasındaki gecikmelerin ileriki yıllarda mesleki kanser sayısında sürekli artışa neden olacağı düşünülmektedir. Kanserlerin yaklaşık %5'i çalışma ortamı ile ilişkilidir (Keskin ve Aksoy, 2011). Çevresel maruziyet genellikle doğrudan birey tarafından kontrol edilemez. Bu faktörler hava kirliliği, içme suyu kirleticileri, pasif içicilik, solar radyasyona maruziyet, pestisit kalıntıları gibi gıda kirleticileri, endüstriyel ortamlardan gelen kimyasallar vb. dir. Kirletici sanayinin çevresinde yerleşim ve hava kirliliği olduğu için maruziyet yaygın olmaktadır. Bu maruziyet akciğer kanseri, mesane, lösemi ve cilt kanserleri ile ilişki bulunmuştur. Çoğu kanserojen maruziyetin etkisi, içme suyundaki arsenik gibi, kayıt altına alınamamıştır. İnce partiküller gibi hava kirleticilerinin de akciğer kanseri gelişimi riskini artırdığı birkaç çalışma ile kanıtlanmıştır. Her yıl ABD'de çevresel olarak uzun süreli maruz kalmanın, pasif içicilik veya hava kirliliğinin kanser riskinin katlanarak artmasına neden olduğu binlere çalışma ile desteklenmiştir (Fabrizio, Paolo and Kim, 2007).

Birleşmiş Milletler Atomik Radyasyonun Etkileri Bilimsel Komitesi (UNSCEAR) akut doz olarak 1000 msv'den sonra kanserden ölme riski yaklaşık erkeklerde %9, kadınlarda ise %13 olarak belirlemiştir. Bunların yaklaşık yarısı sürekli maruziyettir. Dünya genelinde ortalama etkili doz yıllık 2.4 msv'dir (Goodman, 2009).

Güç hatları, elektrikli aletler, cep telefonları ve solar radyasyondan kaynaklanan iyonize olmayan radyasyonun muhtemel kanserojen etkileri konusunda endişede artmaktadır. Uluslar Arası İyonize Olmayan Radyasyon Koruma Komisyonu (ICNIRP) limitli maruziyet hakkında bir rehber yayınlamıştır (Daşdağ, 2010) .

Radon içeren havanın solunması bronşiyel epitelde hasara neden olmaktadır. Çalışmalardan elde edilen kanıtlara göre yüksek konsantrasyonda radon gazı soluyan maden işçilerinde akciğer kanseri görülme oranı yüksektir (<http://kanser.gov.tr/Dosya/onleme/radon.pdf>., Erişim tarihi: 09.11.2013)

İyonize radyasyon insanlarda tiroid kanserinin en önemli sebeplerinden biridir. Tiroid bezi yüksek miktardaki iyonize radyasyona duyarlıdır. Çernobil kazasından sonraki 14 yıl boyunca, 15 yaşından küçük çocuklarda 1800'e yakın tiroid kanseri vakası görülmüş, kazadan önce bu bölgede çocuklarda sadece 3-4 vaka görülmüştür (Yaren, 2005).

Nükleer sanayi işçilerinde kanser riski üzerine birçok çalışma yapılmıştır. 95 000 nükleer işçi üzerinde Kanada'da, Amerika'da, İngiltere'de ve Japonya'da yapılan çalışmada lösemi riskini arttığını belirtirken, doz ilişkili solid tümör riskinin de daha düşük olduğu belirlenmiştir (Boyle at all., 2003).

Son yıllarda nükleer tesislerin çevresinde kanser oranlarının arttığı, özellikle Batı Avrupa ve Kuzey Amerika'da, kanıtlanmıştır. Çalışmaların birçoğu çocukluk çağı kanser oranlarında, özellikle çocukluk döneminde ortaya çıkan lösemide, belirgin artışlar göstermiştir (Daşdağ, 2010) .

Günümüzde, halkın radyasyona maruz kalması ile ilgili rehberler çok belirleyici değildir. 20 yıldan uzun süredir epidemiyolojik çalışmalar ile iyonize olmayan radyasyon ile insan sağlığı üzerindeki etkileri incelenmiştir. Çocukluk çağı kanseri ve enerji hattı arasındaki ilk ilişki 1979 yılında bir raporla yayınlanmıştır ve mevcut alanlarda çocukluk çağı lösemi riskinin 1,7-2 kat daha arttığını belirtmiştir (Daşdağ, 2010) .

Cep telefonlarının kullanımı ve bu kullanım sonucu insan sağlığı üzerinde oluşan yan etkileri bu konuya dikkati artırmıştır. Cep telefonlarındaki radyasyon, radar, mikrodalga fırında olduğu iyonize olmayan radyasyon olarak nitelendirilir (Seyhan, 2010).

Cihazlardan yayılan radyo frekans sinyalleri aralığı 450 ve 220 Mhz arasındadır. 9 önemli çalışmada (kansere üstüne 2 kohort çalışma, 3 hastane kökenli vaka kontrol çalışması, 1 insidans nüfus tabanlı çalışma ve 2 prevalans üzerine vaka çalışması) tümör morfolojisi veya türü ne olursa olsun beyin tümörleri ile cep telefonu kullanımı arasında bariz bir ilişki olmadığı sonucuna varılmıştır(Boyle at all., 2003). Diğer yandan, herhangi bir nedensel ilişkiyi destekleyen biyolojik bir mekanizma ve laboratuvar hayvanları üzerinde yapılan deneylerde de olumsuz etkilere dair kanıt yoktur. Bu konuda çalışmalar devam etmektedir (Recapholi, 2001).

4.4.8.AŞILAMA VE KANSER

Hepatit B virüsü ile ortaya çıkan karaciğer hücre iltihabı ve hasarı hepatit B hastalığı olarak tanımlanır. Ülkemizde taşıyıcılık oranı %3 ile %7 arasındadır.

Hepatit B enfeksiyonu ülkemizde ve dünyada yaygın olarak görülmekte olup; kronikleşen viral enfeksiyonların başında gelmektedir. DSÖ dünyada 400 milyondan fazla insanda kronik Hepatit B enfeksiyonu olduğunu ve virüsün yılda 300 binden fazla karaciğer kanserinden sorumlu olduğunu bildirmiştir (Duman, Kaysadur ve Tekerekoğlu, 2009).

Ayrıca hepatit B virüsü; akut ve kronik hepatite veya taşıyıcılığa da sebep olmaktadır. Kronikleşme riski bulunması ve bunların bir bölümünün de siroza dönüşmesi ve hepatosellüler karsinom gelişme potansiyeli olması nedeniyle hepatit B virüs enfeksiyonunun erken tanısı konularak tedavisinin planlanması gereklidir.

Hepatit B aşılı kansere karşı geliştirilmiş ilk aşılar olarak bilinmektedir (Boyle at all., 2003).

4.4.9.KANSERDEN KORUNMA VE TARAMA PROGRAMLARI

Kanserin önlenmesi sağlayan, gelişmesi veya artmasını engelleyen halk sağlığı programları vardır.

Kanserden ölüm oranlarının azaltılmasında erken teşhis önemli bir faktördür. Kolayca herkes tarafından gözlenebilen kanserle muhtemelen ilişkili farklı görsel vücut belirtisi ve işaretlerinin farkında olmak çok önemlidir. Böylece kanser erken teşhis edilebilir ve tedavi edilebilir (Kılıçalp ve ark., 2006).

1. 20 yaşından sonra kadınlar her ay kendi kendine meme muayenesi yapmalıdırlar.
2. 40 yaşından sonra kadınlar her yıl mamografi çektirmelidirler.
3. 25 yaş üzeri kadınlar servikal taramalara katılmalıdır ve pap smear testi yaptırmalıdırlar.
4. 50 yaş üzeri kadın ve erkekler kolorektal taramaya katılmalıdırlar (gaitada gizli kan, kolonoskopi, sigmoidoskopi yaptırılması)
5. 40 yaşından sonra erkekler her yıl kanda PSA testini yaptırmalıdırlar.
6. 20 yaşından sonra erkekler her ay kendi kendine testis muayenesi yapmalıdırlar.
7. Hepatit B virüsü enfeksiyonuna karşı aşılama programlarına katılım sağlanmalıdır (Boyle at all., 2003).

Birçok görüş olumlu sağlık davranışları geliştirilerek kanserden korunmanın önemli ölçüde sağlanabileceği yönündedir.

Ülkemizde, meme ve servikal kanser başta olmak üzere, tarama faaliyetleri, Sağlık Bakanlığınca oluşturulan politikalar doğrultusunda Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığınca 49 ilde kurulu Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri (KETEM) , üreme sağlığı programı çerçevesinde AÇS-AP Merkezleri ile 2. ve 3. basamakta yürütülen poliklinik ve klinik faaliyetler aracılığı ile yürütülmektedir (<http://thsk.saglik.gov.tr/2013-10-01-11-00-51/halk-sagligina-yonelik-bilgiler/344-kanser-taramasi.html>). Erişim tarihi. 11.05.2014).

Farklı etmenler bireylerin sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik farklı davranış ve tutum geliştirmelerine neden olmaktadır. Bu nedenle bireylerin sağlığı koruma ve geliştirme davranışları, geliştirilen modellerle açıklanmıştır (Aydoğdu, Bahar, 2011). Bu modellerden biri olan sağlık inanç modeline göre birey bir hastalığa karşı duyarlılığı arttığı zaman, hastalığın ciddiyeti büyük olduğu zaman daha kolay olumlu sağlık davranışı geliştirebilir (Pender and Murdaugh, 2006; Jirojwong ve MacLennan, 2003; Seçginli ve Nahcivan 2003; Gibson, Cave, Doering, Ortiz and Harms, 2005; Tuzcu ve Bahar, 2012; Asarkaya 2011; Hisar, 2011).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma ön-test/son-test kontrol gruplu deneysel olarak planlanmıştır.

5.2. Hipotezler

5.2.1. Araştırma hipotezi

Hastanede uygulanan kanserden korunma ve erken teşhis programı kanser hastası yakınlarının bilgi, tutum ve davranışları üzerine etkilidir.

5.2.2. Araştırmanın istatistik hipotezleri

H.1. Deney grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası BKİ değerleri arasında fark vardır.

H.2. Kontrol grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası BKİ değerleri arasında fark yoktur.

H.3. Deney grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası kansere neden olan etkenleri bilme durumları arasında fark vardır.

H.4. Kontrol grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası kansere neden olan etkenleri bilme durumları arasında fark yoktur.

H.5. Deney grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası sigarayı bırakmayı düşünmeyenlerin sayıları arasında fark vardır.

H.6. Kontrol grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası sigarayı bırakmayı düşünmeyenlerin sayıları arasında fark yoktur.

H.7. Deney grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası alkolü bırakmayı düşünmeyenlerin sayıları arasında fark vardır.

H.8. Kontrol grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası alkolü bırakmayı düşünmeyenlerin sayıları arasında fark yoktur.

H.9. Kontrol grubunda program öncesi ve sonrası haftada en az 30 dk. egzersiz yapanların sayıları arasında fark yoktur.

H.10. Deney grubunda program öncesi ve sonrası haftada en az 30 dk. egzersiz yapanların sayıları arasında fark vardır.

H.11. Deney grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası egzersiz yapmayı düşünmeyenlerin sayıları arasında fark vardır.

H.12. Kontrol grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası egzersiz yapmayı düşünmeyenlerin sayıları arasında fark yoktur.

H.13. Kontrol grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası ana öğün ve ara öğün tüketme miktarları arasında fark yoktur.

H.14. Deney grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası ana öğün ve ara öğün tüketme miktarları arasında fark vardır.

H.15. Kontrol grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası sebze ve meyve tüketim miktarları arasında fark yoktur.

H.16. Deney grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası sebze ve meyve tüketim miktarları arasında fark vardır.

H.17. Kontrol grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası posalı yiyecek tüketimi miktarları arasında fark yoktur.

H.18. Deney grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası posalı yiyecek tüketim miktarları arasında fark vardır.

H.19. Kontrol grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası katı yağ kullanımını bırakmayı düşünmeyenlerin sayıları arasında fark yoktur.

H.20. Deney grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası katı yağ kullanımını bırakmayı düşünmeyenlerin sayıları arasında fark vardır.

H.21. Kontrol grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası direk güneş ışığından korunmaya yönelik önlemleri alma durumları arasında fark yoktur.

H.22. Deney grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası direk güneş ışığından korunmaya yönelik önlemleri alma durumları arasında fark vardır.

H.23. Kontrol grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası kanserojen maddelerden korunmayanların sayıları arasında fark yoktur.

H.24. Deney grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası kanserojen maddelerden korunmayanların sayıları arasında fark vardır.

H.25. Kontrol grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası cep telefonu ile konuşurken önlem almayanların sayıları arasında fark yoktur.

H.26. Deney grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası cep telefonu ile konuşurken önlem almayanların sayıları arasında fark vardır.

H.27. Kontrol grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası Hepatit B aşısı olmayı düşünmeyenlerin sayıları arasında fark yoktur.

H.28. Deney grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası Hepatit B aşısı olmayı düşünmeyenlerin sayıları arasında fark vardır.

H.29. Kontrol grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası kanserin erken tanısı için gerekli testleri yaptırmayı düşünmeyenlerin sayıları arasında fark yoktur.

H.30. Deney grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası kanserin erken tanısı için gerekli testleri yaptırmayı düşünmeyenlerin sayıları arasında fark vardır.

H.31. Kontrol grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası 50 yaşın üzerinde gaitada gizli kan baktırmayı düşünmeyenlerin arasında fark yoktur.

H.32. Deney grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası 50 yaşın üzerinde gaitada gizli kan baktırmayı düşünmeyenlerin arasında fark vardır.

H.32. Kontrol grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası 50 yaşın altında gaitada gizli kan baktırmayı düşünmeyenlerin arasında fark yoktur.

H.33. Deney grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası 50 yaşın altında gaitada gizli kan baktırmayı düşünmeyenlerin arasında fark vardır.

H.34. Kontrol grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası her ay KKMM yapmayı düşünmeyenlerin sayıları arasında fark yoktur.

H.35. Deney grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası her ay KKMM yapmayı düşünmeyenlerin sayıları arasında fark vardır.

H.36. Kontrol grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası her yıl pap smear yaptırmayı düşünmeyenlerin arasında fark yoktur.

H.37. Deney grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası her yıl pap smear yaptırmayı düşünmeyenlerin arasında fark vardır.

H.38. Kontrol grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası 40 yaşın üzerinde her yıl mamografi çekirtmeyi düşünmeyenlerin sayıları arasında fark yoktur.

H.39. Deney grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası 40 yaşın üzerinde her yıl mamografi çekirtmeyi düşünmeyenlerin sayıları arasında fark vardır.

H.40. Kontrol grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası 40 yaşın altında her yıl mamografi çekirtmeyi düşünmeyenlerin sayıları arasında fark yoktur.

H.41. Deney grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası 40 yaşın altında her yıl mamografi çekirtmeyi düşünmeyenlerin sayıları arasında fark vardır.

H.42. Kontrol grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası her ay KKTm yapmayı düşünmeyenlerin sayıları arasında fark yoktur.

H.43. Deney grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası her ay KKTm yapmayı düşünmeyenlerin sayıları arasında fark vardır.

H.44. Kontrol grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası 50 yaşın üzerinde her yıl PSA testi yaptırmayı düşünmeyenlerin sayıları arasında fark yoktur.

H.45. Deney grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası 50 yaşın üzerinde her yıl PSA testi yaptırmayı düşünmeyenlerin sayıları arasında fark vardır.

H.46. Kontrol grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası 50 yaşın altında her yıl PSA testi yaptırmayı düşünmeyenlerin sayıları arasında fark yoktur.

5.3. Araştırmanın yapılacağı yer ve zaman

Araştırma Kocaeli ilinde bulunan Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Ağustos 2013-Şubat 2014 tarihleri arasında yapılmıştır.

5.4. Araştırmanın evreni ve örnekleme

Araştırmanın evrenini çalışma tarihleri içerisinde Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde tedavi gören onkoloji hastaların birinci dereceden yakınları arasından çalışmaya katılmayı kabul eden bireyler oluşturmuştur.

Araştırmada örneklem yapılmamıştır. Bu tarihler arasında 60 kontrol 60 deney grubu olmak üzere 120 hasta yakınına ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışma başlangıcından itibaren servise yatan ilk 60 hasta yakını kontrol grubu olarak belirlenmiştir. Deney grubu için bireylerin genogramları (**EK- 1**) çıkartılmış ve isimlerine ait davetiyeler (**EK- 2**) hazırlanarak programa çağırılmıştır. Deney grubunda 100 hasta yakınına programa katılım davetiyesi verilmiştir. 56 kişi programa katılmıştır (Katılım oranı %56). Kontrol grubunda son testte 10 hasta yakınına ulaşamadığı için deney grubunda 2 hasta ex olduğu için, 4 kişiye ise son testte ulaşamadığı için program 50 deney 50 kontrol olmak üzere 100 kişi ile tamamlanmıştır.

Hasta yakınlarının birbirinden etkilenmemesi için kontrol grubundaki tüm bireylerin ön testleri yapıldıktan sonra deney grubunun ön testi yapılmış ve eğitim programı (**EK-3**) uygulanmıştır. Kontrol grubunun son testi ön testten 3 ay sonra, deney grubunun ise son testi program bitiminden 3 ay sonra yapılmıştır.

5.5. Çalışmaya Alınma Kriterleri

- 18 yaşın üzerinde olmak
- Kanserli bireyin birinci dereceden yakını olmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- Tanısı konulmuş herhangi bir kanser hastalığı olmamak
- Kanserli bireye yakın bir ilde ya da aynı şehirde ikamet ediyor olmak
- Tanısı konulmuş bir ruhsal hastalığı olmamak

5.6. Girişim: Kanserden korunma ve erken teşhis programı

Kanserden korunma ve erken teşhis programı (KKETP) Kansere karşı Avrupa Birliği Önerileri doğrultusunda hazırlanmıştır (Boyle at all., 2003). Program “Kanser genel bilgisi”, “sigara“, “fiziksel aktivite”, “kilo kontrolü”, “beslenme”, “alkol”, “güneş ışığından korunma”, “kanserojenlerden sakınma”, “aşılama” ve “erken tanı testleri” başlıklarından oluşturuldu (Tablo 5.6.1.). Bu konu başlıkları aynı gün içerisinde 3 oturumda sunuldu. Program en az 3 en çok 9 kişilik katılımı 10 kez tekrarlandı. Her katılımcı 1 kez katıldı.

Tablo 5.6.1. HASTANEDE UYGULANAN KANSERDEN KORUNMA VE ERKEN TEŞHİS PROGRAMI İÇERİK PLANI VE EĞİTİM PROGRAMI

HEDEFLER	İÇERİK	YÖNTEM	ARAÇ-GEREÇ	SÜRE
GENEL KANSER BİLGİSİ				
1. Kanser ne olduğunu bilmesi	1.1. Kanser tanımı ve fizyopatolojisi	Düz anlatım Soru cevap	Slayt	5 dk.
2. Kanserden korunmanın önemini bilmesi	2.1. Kanserden korunma ve önemi	Düz anlatım Soru cevap	Slayt	
SİGARA				
1. Sigaranın zararlarını bilmesi	1.1. Sigaranın içindeki zararlı maddeler	Düz anlatım Soru cevap	Slayt Video Broşür	10 dk.
2. Sigarayı bırakma yollarını bilmesi	2.1. Etkin sigarayı bırakma yolları	Düz anlatım Soru cevap	Slayt	
3. Pasif içiciliğin zararlarını bilmesi	3.1. Pasif içiciliğin anlamı 3.2. Pasif içiciliğin zararları	Düz anlatım Soru cevap Grup tartışması	Slayt	5 dk.
4. Sigaranın zararlı olduğuna inanması	4.1. Sigaranın zararlarını gösteren araştırma sonuçları 4.2. Sigaranın neden olduğu hastalıklar	Düz anlatım Soru cevap Grup tartışması	Slayt Broşür	

5. Sigarayı bırakmanın kendisi için yararlı olacağına inanması	5.1. Sigaranın insan bedenine verdiği zararları gösteren belgeler ve sonuçlar	Düz anlatım Uyarılar gönderme	Video Philip chart Elektronik ortam	5 dk.
6. Sigara içmemesi	6.1. Toplumun sigara içmeyenlere sağladığı kolaylıklar 6.2. Sigara alışkanlığı yerine konulabilecek sağlıklı davranışlar 6.3. Sigarayı hatırlatan şeyleri ortamından uzaklaştırma	Düz anlatım Soru cevap	Slayt Poster	5 dk.
7. Bırakamıyorsa içmeyenlerin yanında içmemesi	7.1. Pasif içiciliğin bireye ve çevresindekilere zararları	Düz anlatım Grup tartışması	Slayt	5 dk.
FİZİKSEL AKTİVİTE				
1. Fiziksel aktivitenin ve düzenli egzersizin faydalarını bilmesi	1.1. Fiziksel aktivitenin ve düzenli egzersizin faydaları	Düz anlatım Soru cevap	Slayt Broşür	10 dk.
2. Aktivite sıklığını ve süresini bilmesi	2.1. Düzenli aktivite sıklığı ve süresi	Düz anlatım Soru cevap	Slayt Philip chart	
3. Fiziksel egzersizin faydalarına inanması ve benimsemesi	3.1. Fiziksel aktivitenin yararlarını gösteren literatür sonuçları 3.2. Düzenli egzersiz yapmamanın bireysel ve toplumsal zararları	Düz anlatım Elektronik ortamda hatırlatıcı uyarılar gönderme	Slayt Elektronik ortam	

4. Uygun aktivite sıklığının ve süresinin gerekliliğine inanması	4.1. Uygun aktivite sıklığı ve süresi sağlamanın amaçları	Düz anlatım Soru cevap Grup tartışması	Slayt	10 dk.
5. Haftada 3 kez düzenli fiziksel aktivitede bulunması	5.1. Düzenli fiziksel aktivitede bulunma yöntemleri	Düz anlatım Soru cevap	Slayt Poster	
6. Aktivite sıklığını ve süresini arttırması	6.1. Aktivite sıklığını ve süresini arttırma yöntemleri	Düz anlatım Elektronik ortamda Uyarılar gönderme	Slayt Philip chart Elektronik ortam	
KİLO KONTROLÜ				
1. Beden kitle indeksini bilmesi	1.1. Vücut kitle indeksinin anlamı ve hesaplanması	Düz anlatım Soru cevap	Slayt	10 dk.
2. Beden kitle indeksinin 25> olmasının gerekliliğine inanması	2.1. Kilo kontrolü sağlayamamanın doğurabileceği sonuçlar ve araştırmalar	Düz anlatım Soru cevap Grup tartışması	Slayt Poster Broşür	
3. Beden kitle indeksinin 25in altına indirilmesi	3.1. Vücut beden kitle indeksinin 25in altına indirilme yöntemleri	Düz anlatım Soru cevap	Slayt	
BESLENME				
1. Günde 3 ana 3 ara öğün şeklinde beslenmesi gerektiğini bilmesi	1.1.3 ana 3 ara öğün şeklinde beslenmenin önemi ve gerekliliği 1.2. Düzensiz beslenmenin zararları	Düz anlatım Soru cevap Beyin fırtınası	Slayt Broşür	10 dk.

2. Günde en az 5 porsiyon sebze ve meyve tüketmesi gerektiğini bilmesi	2.1. Tüketilmesi gereken sebze ve meyveler	Düz anlatım Grup tartışması	Slayt Broşür	5 dk.
3. Posalı yiyeceklerin neler olduğunu bilmesi	3.1.Posalı yiyecekler ve yararları	Düz anlatım Soru cevap	Slayt Broşür	5 dk.
4. Hayvansal yağların zararlarını bilmesi	4.1. Hayvansal yağlar ve bitkisel yağlar arasındaki farklar 4.2. Hayvansal yağların zararları	Soru cevap Düz anlatım	Slayt Philip chart	5 dk.
5. Yeterli ve dengeli beslenmenin yararına inanması	5.1. Yeterli ve dengeli beslenmenin tanımı 5.2. Yeterli ve dengeli beslenmenin bireyin sağlığı açısından yararları	Düz anlatım Soru cevap Grup tartışması	Slayt Broşür	5 dk.
6. Yeterli ve dengeli beslenmesi	6.1. Yeterli ve dengeli beslenme önerileri	Grup tartışması Beyin fırtınası	Slayt	5 dk.
ALKOL				
1. Alkolün zararlarını bilmesi	1.1.Alkolün bireysel ve sosyal zararları	Düz anlatım Soru-cevap	Slayt Broşür	10 dk.
2. Alkolün fiziksel ve sosyal zararlarını benimsemesi	2.1. Alkolün neden olduğu hastalıklar 2.2. Alkolün zararları ve araştırma sonuçları	Düz anlatım Soru cevap Grup tartışması	Slayt Broşür Philip chart	
3. Alkol tüketimini azaltılması	3.1. Alkolü bırakma ve azaltma yöntemleri	Düz anlatım	Slayt	

DİREKT GÜNEŞ IŞIĞINDAN KORUNMA 1. Güneş ışığının yarar ve zararlarını bilmesi 2. Güneşe çıkılması ve çıkılmaması gereken saat aralıklarını bilmesi 3. Güneş ışığına karşı koruyucu önlemlerin neler olduğunu bilmesi 4. Güneş ışığının yararı kadar zararlarını da benimsemesi 5. Güneş ışığına karşı koruyucu önlemlerin alınmasının gerekliliğine inanması 6. Güneş ışığına uygun giyinmesi ya da koruyucu kremlerin kullanılması	1.1.Güneş ışığının yarar ve zararları 2.1. Güneşe çıkılması ve çıkılmaması gereken saat aralıkları ve nedenleri 3.1.Güneşten korunmak için alınacak tedbirler 4.1.Güneşin zararlı etkilerini gösteren resimler ve literatür sonuçları 5.1. Güneş ışığına karşı önlem alınmadığı zaman oluşabilecek hastalıklar ve sorunlar 6.1.Güneş ışığına karşı alınacak tedbirlerin resimli anlatılması	Düz anlatım Soru-cevap Beyin fırtınası Düz anlatım Grup tartışması Beyin fırtınası Düz anlatım Düz anlatım Soru-cevap Düz anlatım	Slayt Slayt Slayt Philip chart Slayt Philip chart Slayt Slayt Philip chart Poster	. 10 dk.
KANSEREJONLERDEN SAKINMA 1. Radyoaktif ajanların zararlarını bilmesi	1.1.Radyoaktif ajanların neler olduğu 1.2.Radyoaktif ajanların zararları	Düz anlatım Soru-cevap Beyin fırtınası	Slayt Broşür	5 dk.

2. Hava kirliliğinin insan sağlığına zararlarını bilmesi 3. İş yeri kanserojen risklerinin neler olduğunu bilmesi 4. Kanserogenlerden sakınmanın gerekliliğine inanması 5. Kanserogenlerden uzak durması	2.1. Hava kirliliği ve neden olan faktörler 3.1.İş yerlerinde karşılaşılabilecek kanserojen riskler 4.1.Kanserogen maddelerin bireylere verebileceği zararlar (literatür sonuçları ile) 5.1.Kanserogenlerden uzak durma ve korunma teknikleri	Düz anlatım Soru-cevap Düz anlatım Grup tartışması Düz anlatım Soru-cevap Grup tartışması Düz anlatım Soru-cevap	Slayt Philip chart Slayt Slayt Slayt Philip chart	10 dk.
AŞILAMA 1. Hepatit B virüsünün ne olduğunu ve etki mekanizmasını bilmesi 2. Hepatit B aşısının gerekliliğine inanması 3. Hepatit B aşısı yaptırması	1.1. Hepatit B virüsü hakkında genel bilgi 2.1. Hepatit B hastalığı ve bireye zararları 3.1. Hepatit B aşısı düzenli uygulama kriterleri	Düz anlatım Soru-cevap Düz anlatım Soru-cevap Düz anlatım	Slayt Slayt Slayt	5 dk.
İKİNCİL KORUMAYA YÖNELİK HEDEFLER 1. 25 yaşından sonra tüm kadınların jinekolojik muayene ve pap smear yaptırması gerektiğini bilmesi	1.1. Jinekolojik muayene ve pap smear hakkında genel bilgiler 1.2. Jinekolojik muayene ve pap smearın kadınlar açısından önemi	Düz anlatım Soru-cevap Grup tartışması	Slayt	5 dk.

2. 50 yaşından sonra mamografi çektirilmesi gerektiğini bilmesi	2.1. Mamografi hakkında genel bilgi 2.2. Mamografi çektirmenin önemi	Düz anlatım Soru-cevap Grup tartışması	Slayt Broşür	5 dk.
3. 20 yaşından sonra her ay düzenli KKMM yapmanın gerekliliğini bilmesi	3.1. KKMM hakkında genel bilgi 3.2. KKMM nin kadınlar açısından önemi	Düz anlatım Soru-cevap Grup tartışması	Slayt Broşür Philip chart	5 dk.
4. 50 yaş üstünde kadın ve erkeklerin kolorektal tarama yaptırması(gaitda gizli kan, kolonoskopi, sigmoidoskopi) gerektiğini bilmesi	4.1. Kolorektal taramalar hakkında genel bilgi 4.2. Kolorektal taramaların bireyler açısından önemi	Düz anlatım Soru-cevap Grup tartışması	Slayt	5 dk.
5. 40 yaşından sonra her yıl kanda PSA baktırılması gerektiğini bilmesi	5.1. PSA hakkında genel bilgi 5.2. PSA nın erkekler açısından önemi	Düz anlatım Soru-cevap	Slayt	5 dk.
6. 20 yaşından sonra erkeklerin kendi kendine testis muayenesi yapması gerektiğini bilmesi	6.1. Kendi kendine testis muayenesi hakkında genel bilgi 6.2. Kendi kendine testis muayenesinin erkekler açısından önemi	Düz anlatım Soru-cevap	Slayt Philip chart	5 dk.
7. Tarama testlerinin gerekliliğine inanması	7.1. Kadın ve erkeklerdeki taramaların önemi hakkındaki literatür sonuçları	Düz anlatım Soru-cevap Grup tartışması	Slayt	5 dk.

8. Tarama testlerini düzenli olarak yaptırması	8.1.Kadın ve erkeklerdeki taramaların uygulamalı olarak bireylere yaptırılması veya maket üzerinde gösterilmesi	Düz anlatım Demostrasyon	Slayt Maket	10 dk.
--	---	-----------------------------	----------------	--------

5.7. Veri toplama yöntemi ve araçlar

Veriler araştırmacı tarafından Kansere Karşı Avrupa Birliği Önerileri rehberi (Boyle at all., 2003) doğrultusunda geliştirilen anket formu kullanılarak toplanmıştır.

5.8. Anket Formu (EK – 4)

Anket formunda bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, boy ve kilo gibi kişisel özellikleri ile beraber sigara-alkol kullanımı, düzenli fiziksel aktivite, yeterli ve dengeli beslenme durumu, güneş ışığı, radyasyon ve kanserojenlerden korunma durumu ve genel kanser koruma testlerini bilme ve yaptırma durumu sorgulanmıştır. Anket formu 11 demografik değişkenler, 26 bilgi, 14 tutum, 23 davranış sorusundan oluşturulmuştur. Demografik değişkenler açık uçlu ve çoktan seçmeli soru türüyle değerlendirilmiştir. Bilgi sorularında “bilmiyorum”, ”evet” ,”hayır” seçeneklerinden birini seçmeleri istenmiştir. Tutum sorularında “düşünmüyorum”, gelecek 6 ay içerisinde düşünüyorum”, “gelecek 1 ay içerisinde düşünüyorum” seçeneklerinden birini seçmeleri istenmiştir. Davranış soruları ise çoktan seçmeli ve açık uçlu sorularla değerlendirilmiştir.

5.9. Araştırmanın Etik Yönü

1. Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi yönetiminden izin alınmıştır (EK- 5).
2. Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi etik kurul onayı alınmıştır (EK- 6).
3. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü etik kurul onayı alınmıştır (EK- 7).
4. Çalışmaya katılan bireylerden aydınlatılmış onam alınmıştır (EK-8).

5.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulguların değerlendirilmesinde, istatistiksel analizler için Statistical Package for Social Sciences (SPSS) programı kullanılarak tanımlayıcı ve analitik istatistik yöntemleri ile değerlendirilmiştir. Analitik istatistik testlerden Mc Nemar, Marginal Homogeneity, Kolmogorov-Smirnov, Bağımlı gruplarda t testi, Ki-Kare, Wilcoxin kullanılmıştır.

5.11. Sınırlılıklar

Bu konuda geliştirilmiş geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olmaması nedeniyle anket formu kullanımı sonuçların yorumlanmasını sınırlandırmıştır.

6. BULGULAR

Tablo 1. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin demografik özelliklere göre karşılaştırılması

Demografik değişkenler		Deney Grubu		Kontrol Grubu		χ^2 / p
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	27	54	29	58	,16 / ,68
	Erkek	23	46	21	42	
Medeni Durum	Evli	35	70	34	68	,04 / ,82
	Bekar	15	30	16	32	
Eğitim Durumu	Okur-Yazar	2	4	6	12	,40*/ ,99
	İlköğretim	20	40	16	32	
	Lise	17	34	17	34	
	Önlisans	1	2	4	8	
	Lisans	9	18	4	8	
	Lisansüstü	1	2	3	3	
Hasta ile akrabalık derecesi	Anne	5	10	11	22	,12*/ ,86
	Baba	11	22	7	14	
	Kardeş	8	16	7	14	
	Çocuk	3	6	4	8	
	Eş	7	14	9	18	
	Amca	6	12	5	10	
	Hala	2	4	2	4	
	Dayı	5	10	1	2	
Kronik Hastalık	Teyze	3	6	4	8	2,29 / ,13
	Var	19	38	12	24	
	Yok	31	62	38	76	

* Kolmogorov-Smirnov testi

Deney grubundaki bireylerin yaş ortalaması 40,80 (SS=15,42; SH=2,18), kontrol grubundaki bireylerin yaş ortalaması 41,98 (SS=14,90; SH=2,10) bulunmuştur. Deney ve kontrol grubu yaş ortalamaları ($t=,38$; $p>,05$), cinsiyet ($\chi^2=,16$; $p>,05$), medeni durum ($\chi^2=,04$; $p>,05$), eğitim durumu ($\chi^2=,40$; $p>,05$), akrabalık derecesi ($\chi^2=,12$; $p>,05$) ve kronik hastalık ($\chi^2=2,29$; $p>,05$) durumları bakımından istatistiksel olarak benzer bulunmuştur (Tablo 6.1).

Tablo 6.2. Deney ve kontrol grubunun ön-son test BKİ değerlerinin karşılaştırılması

Gruplar		$\bar{x} \pm ss$	Sh	t	p
Deney (n=50)	Ön test	26,17 $\pm$ 5,38	,76	1,07	,288
	Son test	26,00 $\pm$ 4,72	,66		
Kontrol (n=50)	Ön test	26,11 $\pm$ 4,26	,60	,69	,494
	Son test	25,73 $\pm$ 5,58	,78		

Deney ($t=1.07$; $p=,288$) ve kontrol ($t=,69$; $p=,494$) grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası BKİ değerleri arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır. Program beden kitle indeksinin azaltılmasında etkili olmamıştır (Tablo 6.2).

Tablo 6.3. Deney ve kontrol grubunun kansere neden olan etkenleri bilme durumlarının karşılaştırılması

KANSERE NEDEN OLAN ETKENLER	SON TEST						
	ÖN TEST	DENEY			KONTROL		
		Doğru n (%)	Yanlış n (%)	χ^2 */p	Doğru n (%)	Yanlış n (%)	χ^2 */p
Radyoaktif maddeler	Doğru	18(100)	0	6,94 / ,000	29(100)	0	42.14 / 1,0
	Yanlış	20(62,5)	12(37,5)		1(4,8)	20(95,2)	
Sigara ve egsoz dumanı	Doğru	46(100)	0	Test uygulanmadı.	48(100)	0	5,62 / 1,00
	Yanlış	4(100)	0		1(50)	1(50)	
Elektrikli aletler	Doğru	9(81,8)	2(18,2)	9,23 / ,03	14(100)	0	37.09 / ,50
	Yanlış	10(25,6)	29(74,4)		2(5,6)	34(94,4)	
Havadaki kirli gazlar	Doğru	36(73,5)	0	,245 / ,000	35(89,7)	0	28.77 / ,12
	Yanlış	13(26,5)	1(100)		4(10,3)	11(100)	
Yiyecek katkı maddeleri	Doğru	32(64)	0	Test uygulanmadı	36(90)	2(20)	17,82 / ,68
	Yanlış	18(36)	0		4(10)	8(80)	
Böcek ve tarım ilaçları	Doğru	27(57,4)	0	1,79 / ,000	25(75,8)	2(11,8)	16,01/ ,10
	Yanlış	20(42,6)	3(100)		8(24,2)	15(88,2)	

Tablo 6.3. Deney ve kontrol grubunun kansere neden olan etkenleri bilme durumlarının karşılaştırılması (Devamı)

KANSERE NEDEN OLAN ETKENLER	SON TEST						
	ÖN TEST	DENEY			KONTROL		
		Doğru	Yanlış	χ^2 */p	Doğru	Yanlış	χ^2 */p
Nükleer santraller	Doğru	35	0	,194 / ,000	30	1	30,91 / ,62
	Yanlış	14	1		3	16	
Sigara kullanımı	Doğru	38	0	Test uygulanmadı	47	0	3.50 / ,50
	Yanlış	12	0		2	1	
Alkol kullanımı	Doğru	34	0	1,77 / ,000	44	0	1,39 / ,063
	Yanlış	14	2		5	1	
Şişman olmak	Doğru	14	6	,000 / ,009	19	5	20,50 / ,72
	Yanlış	20	10		3	23	
Et ve et ürünlerini fazla tüketmek	Doğru	16	5	,562 / ,011	9	1	22,03 / ,37
	Yanlış	18	11		4	35	
Hayvansal yağlardan zengin beslenmek	Doğru	29	1	,000 / ,000	24(75)	3	12,53 / ,22
	Yanlış	19	1		8(25)	14	

Tablo 6.3. Deney ve kontrol grubunun kansere neden olan etkenleri bilme durumlarının karşılaştırılması (Devamı)

KANSERE ETKENLER	NEDEN OLAN	SON TEST						
		ÖN TEST	DENEY			KONTROL		
			Doğru n (%)	Yanlış n (%)	χ^{2*}/p	Doğru n (%)	Yanlış n (%)	χ^{2*}/p
Önlem almadan güneş altında kalmak veya güneşlenmek		Doğru	32	0	.087/.000	31	1	13,02 / 0,21
		Yanlış	17	1		9	9	
Hareketsiz yaşam tarzı		Doğru	27	0	Test uygulanmadı	22	1	5,94 / ,15
		Yanlış	23	0		17	10	
Birinci derecede akrabalarda kanser olması		Doğru	20	0	Test uygulanmadı	20	5	3.54 / 1.00
		Yanlış	30	0		6	19	
Posalı yiyeceklerden fakir beslenmek		Doğru	14	0	2.235/.000	9	1	11,72 / ,012
		Yanlış	28	8		10	30	
Cep telefonu kullanımı		Doğru	22	0	2.606/.000	20	9	12,54 / ,14
		Yanlış	23	5		3	18	
* Mc Nemar testi								

Radyoaktif maddelerin kanser riski olduğunu bilme durumları bakımından deney grubunda ön-test ile son test arasında istatistiksel olarak fark bulunurken ($\chi^2=6,94$; $p=,000$), kontrol grubunda fark bulunmamıştır ($\chi^2=42,14$; $p>,05$).

Sigara ve egzoz dumanının kanser riski olduğunu bilme durumları bakımından deney ve kontrol grubunda ön test ile son test arasında istatistiksel analiz yapılamadı. Çünkü ön testte sigarının kanser riski olduğunu bilme oranı oldukça yüksekti.

Elektrikli aletlerin kanser riski olduğunu bilme durumları bakımından deney grubunda ön-test ile son test arasında istatistiksel olarak fark bulunurken ($\chi^2=9,23$; $p=,03$), kontrol grubunda fark bulunmamıştır ($\chi^2=37,09$; $p>,05$).

Havadaki kirli gazların kanser riski olduğunu bilme durumları bakımından deney grubunda ön-test ile son test arasında istatistiksel olarak fark bulunurken ($\chi^2=,245$; $p=,000$), kontrol grubunda fark bulunmamıştır ($\chi^2=28,77$; $p>,05$).

Yiyecek katkı maddelerinin kanser riski olduğunu bilme durumları bakımından deney grubunda ön test ile son test arasında istatistiksel analiz yapılamadı. Çünkü ön testte yanlış bilenlerin tamamı son testte doğru bilmiştir. Mc nemar testi 2*2 düzeninde gözlerden ikisinde sıfır değer olduğu zaman testi yapamamaktadır. Kontrol grubunda ise ön test son test arasında istatistiksel olarak fark bulunamamıştır ($\chi^2=17,82$; $p>,05$).

Böcek ve tarım ilaçlarının kanser riski olduğunu bilme durumları bakımından deney grubunda ön-test ile son test arasında istatistiksel olarak fark bulunurken ($\chi^2=1,79$; $p=,000$), kontrol grubunda fark bulunmamıştır ($\chi^2=16,01$; $p>,05$).

Nükleer santrallerin kanser riski olduğunu bilme durumları bakımından deney grubunda ön-test ile son test arasında istatistiksel olarak fark bulunurken ($\chi^2=,194$; $p=,000$), kontrol grubunda fark bulunmamıştır ($\chi^2=30,91$; $p>,05$).

Sigara kullanımının kanser riski olduğunu bilme durumları bakımından deney grubunda ön test ile son test arasında istatistiksel analiz yapılamadı. Çünkü ön testte yanlış bilenlerin tamamı son testte doğru bilmiştir. Mc nemar testi 2*2 düzeninde gözlerden ikisinde sıfır değer olduğu zaman testi yapamamaktadır. Kontrol grubunda ise ön test son test arasında istatistiksel olarak fark bulunamamıştır ($\chi^2=3,50$; $p>,05$).

Alkol kullanımının kanser riski olduğunu bilme durumları bakımından deney grubunda ön-test ile son test arasında istatistiksel olarak fark bulunurken ($\chi^2=1,39$; $p>,05$), kontrol grubunda fark bulunmamıştır ($\chi^2=1,39$; $p>,05$).

Şişman olmanın kanser riski olduğunu bilme durumları bakımından deney grubunda ön-test ile son test arasında istatistiksel olarak fark bulunurken ($\chi^2=,000$; $p=,009$), kontrol grubunda fark bulunmamıştır ($\chi^2=20,50$; $p>,05$).

Et ve et ürünlerini fazla tüketmenin kanser riski olduğunu bilme durumları bakımından deney grubunda ön-test ile son test arasında istatistiksel olarak fark bulunurken ($\chi^2=,562$; $p=,011$), kontrol grubunda fark bulunmamıştır ($\chi^2=22,03$; $p>,05$).

Hayvansal yağlardan zengin beslenmenin kanser riski olduğunu bilme durumları bakımından deney grubunda ön-test ile son test arasında istatistiksel olarak fark bulunurken ($\chi^2=,000$; $p=,000$), kontrol grubunda fark bulunmamıştır ($\chi^2=12,53$; $p>,05$).

Önlem almadan güneş altında kalmak veya güneşlenmenin kanser riski olduğunu bilme durumları bakımından deney ($\chi^2=,087$; $p=,000$) ve kontrol grubunda ($\chi^2=12,53$; $p>,05$) ön-test ile son test arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur.

Hareketsiz yaşam tarzının kanser riski olduğunu bilme durumları bakımından deney grubunda ön test ile son test arasında istatistiksel analiz yapılamadı. Çünkü ön testte yanlış bilenlerin tamamı son testte doğru bilmiştir. Mc nemar testi 2*2 düzeninde gözlerden ikisinde sıfır değer olduğu zaman testi yapamamaktadır. Kontrol grubunda ise ön test son test arasında istatistiksel olarak fark bulunamamıştır ($\chi^2=5,94$; $p>,05$).

Birinci derece akrabalarda kanser varlığının kanser riski olduğunu bilme durumları bakımından deney grubunda ön test ile son test arasında istatistiksel analiz yapılamadı. Çünkü ön testte yanlış bilenlerin tamamı son testte doğru bilmiştir. Mc nemar testi 2*2 düzeninde gözlerden ikisinde sıfır değer olduğu zaman testi yapamamaktadır. Kontrol grubunda ise ön test son test arasında istatistiksel olarak fark bulunamamıştır ($\chi^2=13,54$; $p>,05$).

Posalı yiyeceklerden fakir beslenmenin kanser riski olduğunu bilme durumları bakımından deney ($\chi^2= 2,235$; $p=,000$) ve kontrol grubunda ($\chi^2=12,53$; $p=,012$) ön-test ile son test arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur.

Önlem almadan cep telefonu kullanmanın kanser riski olduğunu bilme durumları bakımından deney grubunda ön-test ile son test arasında istatistiksel olarak fark bulunurken ($\chi^2=12.54$; $p>,05$), kontrol grubunda fark bulunmamıştır($\chi^2=12,54$; $p>,05$).

Kanserden korunma programı; radyoaktif maddelerin, sigara ve egzoz dumanının, elektrikli aletlerin, havadaki kirli gazların, yiyecek katkı maddelerinin, böcek ve tarım ilaçlarının, nükleer santrallerin, sigara ve alkol kullanımının, şişman olmanın, et ve et ürünlerini fazla tüketmenin, hayvansal yağlardan zengin beslenmenin, hareketsiz yaşam tarzının, birinci derece akrabalarda kanser varlığının, posalı yiyeceklerden fakir beslenmenin, önlem almadan cep telefonu kullanmanın kanser riski olduğunu bilme durumlarını arttırmada etkili olmuştur. Önlem almadan güneş altında kalmanın kanser riski olduğunu bilme durumlarını arttırmada etkili olmamıştır(Tablo 6.3).

Tablo 6.4. Deney ve kontrol gruplarının sigarayı bırakmaları ile ilgili düşüncelerinin ön test ve son test karşılaştırmaları

SİGARAYI BIRAKMA DÜŞÜNCELERİ	Deney grubu (n=9)			Kontrol grubu (n=14)		
	Ön test	Son test	MH*/p	Ön test	Son test	MH*/p
Bırakmayı düşünmeyenler	4	1		6	4	
Azaltmayı düşünenler	4	3	7,00 / ,034	7	9	2,00 / ,15
Gelecek 1-6 ay içerisinde bırakmayı düşünenler	1	3		1	1	
* MH : Marginal homogeneity testi						

Deney grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası sigarayı bırakmayı düşünenlerin sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (MH= 7,00; p= ,034).

Kontrol grubundaki bireylerin program öncesi ve sonrası sigarayı bırakmayı düşünenlerin sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (MH=2,00; p>,05).

Kanserden korunma programı sigarayı bırakmayı düşünen birey sayısının artırılmasında etkili olmuştur.

Kontrol grubunda ön testte alkol kullanan 6 kişi iken son testte 1 kişi alkolü bırakmıştır. Deney grubunda ise ön testte alkol kullanan 7 kişiden 4 kişi alkolü bırakmıştır. Her iki grupta da alkol kullanma oranı düşük olduğu için bu veriler üzerinden istatistiksel analiz yapılamamıştır (Tablo 6.4).

Tablo 6.5. Deney ve kontrol gruplarının düzenli egzersiz yapma durumlarının ön ve son test karşılaştırmaları

EGZERSİZ YAPMA DURUMU		Son test					
		Deney			Kontrol		
		a	b	χ^2 / p	a	b	$\chi^2 */ p$
Haftada en az 3 gün 30.dk egzersiz yapanlar (a)	Ön test	10	0	12,08/,000	2	0	27,34/,10
Düzenli egzersiz yapmayanlar (b)		13	27		0	48	
* Mc Nemar testi							

Deney grubunda program öncesi ve sonrası haftada en az 3 kez 30 dk. egzersiz yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken ($\chi^2=12,08$; $p=,000$), kontrol grubunda fark bulunmamıştır ($\chi^2=27,34$; $p>,005$).

Kanserden korunma programı haftada en az 3 kez 30 dk. egzersiz yapan birey sayısının arttırılmasında etkili olmuştur (Tablo 6.5).

Tablo 6.6.Deney ve kontrol gruplarının program öncesi ve sonrası ana öğün sayılarının karşılaştırması

ANA ÖĞÜN	Ön test			Son test		Z*/p
	n	$\bar{X} \pm ss$	sh	$\bar{X} \pm ss$	sh	
Deney grubu	50	2,58 $\pm$.64	0,090	2,90 $\pm$,30	,042	3,57/,000
Kontrol grubu	50	2,82 $\pm$.52	0,073	2,98 $\pm$,37	,053	2,82/,005
*Wilcoxin testi						

Deney(Z=3,57; p=,000) ve kontrol(Z=2,82; P=,005) gruplarında program öncesi ve sonrası ana öğün sayıları arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur. Program ana öğün sayısının arttırılmasında etkili olmamıştır (Tablo 6.6).

Tablo 6.7.Deney ve kontrol gruplarının program öncesi ve sonrası ara öğün sayılarının karşılaştırması

ARA ÖĞÜN	n	Ön test		Son test		Z*/p
		$\bar{x} \pm ss$	sh	$\bar{x} \pm ss$	sh	
		$\bar{x} \pm ss$	Sh	$\bar{x} \pm ss$	sh	
Deney grubu	50	1,32 $\pm$ 1.51	,21	2,30 $\pm$,78	,11	1,86 / ,002
Kontrol grubu	50	1,06 $\pm$ 1.11	,15	1,38 $\pm$ 1,15	,16	1,90 / ,001
*Wilcoxin testi						

Deney(Z=1,86; p=,002) ve kontrol(Z=1,90; p=,001) gruplarında program öncesi ve sonrası ara öğün sayıları arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur. Program ara öğün sayısının arttırılmasında etkili olmamıştır (Tablo 6.7).

Tablo 6.8. Deney ve kontrol gruplarının program öncesi ve sonrası sebze ve meyve tüketimlerinin karşılaştırması

SEBZE VE MEYVE TÜKETİMİ		Son test					
		Deney		χ^2 / p	Kontrol		χ^{2*}/ p
		1-4 porsiyon arası	5 porsiyon ve üzeri		1-4 porsiyon arası	5 porsiyon ve üzeri	
1-4 porsiyon arası	Ön test	38	9	1,45/ ,021	9	11	8,16/ ,022
5 porsiyon ve üzeri		1	2	2	28		
* Mc Nemar testi							

Kontrol($\chi^2=8,16$; $p=0,22$) ve deney($\chi^2=1,45$; $p=0,21$) gruplarında program öncesi ve sonrası 5 porsiyon ve üzeri sebze-meyve tüketenlerin sayıları arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur. Program günde 5 porsiyon sebze ve meyve tüketenlerin sayısının arttırılmasında etkili olmamıştır (Tablo 6.8.).

Tablo 6.9.Deney ve kontrol gruplarının program öncesi ve sonrası posalı yiyecek tüketim miktarlarının karşılaştırması

Posalı yiyecek tüketim miktarı	n	Ön test		Son test		Z*/p
		$\bar{x}^{**} \pm ss$	sh	$\bar{x}^{**} \pm ss$	sh	
Deney grubu	50	1,18±0,91	0,129	2,32±0,65	0.092	5,59 / ,000
Kontrol grubu	50	2,64±1,43	0,203	3,02±1,49	0.210	2,81 / ,005
*Wilcoxin testi						
** Ortalama porsiyon sayısı						

Deney (Z=5,59; p<,01) ve kontrol (Z=2,81; p<,01) grubunda program öncesi ve sonrası posalı yiyecek tüketim miktarları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Kanserden korunma programı posalı yiyecek miktarının arttırılmasında etkili olmamıştır (Tablo 6.9).

Tablo 6.10. Kontrol ve deney gruplarının katı yağ kullanımlarının program öncesi ve sonrası karşılaştırması

YAĞLAR	SON TEST						
	ÖN TEST	DENEY			KONTROL		
		Evet	Hayır	χ^2 /p	Evet	Hayır	χ^{2*} /p
Margarin	Evet	12	16	5,39 / ,001	30	1	34,38/1,00
	Hayır	2	20		2	17	
Tereyağı	Evet	20	14	5,51 / ,13	27	1	31,8/,625
	Hayır	3	13		3	19	
Hayvansal yağ	Evet	0	4	,000 / ,687	3	2	19,07/,500
	Hayır	2	44		0	45	
Mısır yağı	Evet	5	1	9,72 / ,070	14	1	29,9/,625
	Hayır	7	37		3	32	
Ayçiçeği yağı	Evet	36	3	1,53 / ,227	41	1	23,71/1,00
	Hayır	8	3		2	6	
Fındık Yağı	Evet	2	1	4,36/,375	3	3	10,5/,625
	Hayır	4	43		1	43	
Zeytinyağı	Evet	30	0	12,17/,001	27	2	25,29/,687
	Hayır	11	8		4	17	

* Mc Nemar testi

Deney grubunda margarin kullanma durumu program öncesi ve sonrası istatistiksel olarak farklı bulunurken ($\chi^2=5,39$; $p>,01$), kontrol grubunda farklı bulunmamıştır($\chi^2=34,38$; $p>,005$). Program margarin kullanımının azaltılmasında etkili olmuştur.

Deney ($\chi^2=5,51$; $p>,05$) ve kontrol ($\chi^2=31,8$; $p>,05$) grubunda tereyağı kullanma durumu program öncesi ve sonrası farklı bulunmamıştır. Program tereyağı kullanımının azaltılmasında etkili olmamıştır.

Deney($\chi^2=,000$; $p>,005$) ve kontrol($\chi^2=19,07$; $p>,005$) grubunda hayvansal yağ kullanma durumu program öncesi ve sonrası farklı bulunmamıştır. Program hayvansal yağ kullanımının azaltılmasında etkili olmamıştır

Deney ($\chi^2=9,72$; $p>,005$) ve kontrol ($\chi^2=29,9$; $p>,005$) grubunda mısır yağı kullanma durumu program öncesi ve sonrası farklı bulunmamıştır. Program mısır yağı kullanımının artırılmasında etkili olmamıştır.

Deney($\chi^2=1,53$; $p>,005$) ve kontrol($\chi^2=23,71$; $p>,005$) grubunda ayçiçeği yağı kullanma durumu program öncesi ve sonrası farklı bulunmamıştır. Program ayçiçeği yağı kullanımının artırılmasında etkili olmamıştır.

Deney ($\chi^2=4,36$; $p>,005$) ve kontrol($\chi^2=10,5$; $p>,005$) grubunda fındık yağı kullanma durumu program öncesi ve sonrası farklı bulunmamıştır. Program fındık yağı kullanımının artırılmasında etkili olmamıştır.

Deney grubunda zeytinyağı kullanma durumu program öncesi ve sonrası istatistiksel olarak farklı bulunurken ($\chi^2=12,17$; $p=,001$) kontrol grubunda farklı bulunmamıştır ($\chi^2=25,29$; $p>,05$). Program zeytinyağı kullanımının artırılmasında etkili olmuştur.

Kontrol grubunda program sonrası katı yağ kullananların %53,7'si kullanmaya devam edeceğini, %46,3'ü ise bu yağları azaltmaya başlayacaklarını ifade etmişlerdir.

Deney grubunda ise program sonrası katı yağ kullananların %7,4'ü kullanmaya devam edeceklerini belirtirken %85,2'si bu yağları azaltmaya başlayacağını, %7,4'ü ise gelecek 1 ay içerisinde tamamen beslenmelerinden çıkaracaklarını belirtmişlerdir.

Deney grubunun program öncesi ve sonrası margarin ve zeytinyağı kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Margarin kullanımı azalırken zeytinyağı kullanımında artma görülmüştür (Tablo 6.10).

Tablo 6.11. Deney ve kontrol gruplarının güneş ışığının zararlı etkilerinden korunmaya yönelik aldıkları önlemlerin ön test ve son test karşılaştırması

SON TEST							
ALINAN ÖNLEMLER	DENEY				KONTROL		
	ÖN TEST	Evet	Hayır	χ^2 /p	Evet	Hayır	χ^{2*} /p
Hiçbir önlem almam	Evet	12	20	6,94/,000	28	2	34,89/1,00
	Hayır	0	18		1	19	
11-15 saatleri arasında güneşe çıkmam	Evet	6	0	6,28/,000	12	0	29,56/,125
	Hayır	16	28		4	34	
Güneş ışığından koruyacak giysiler giyerim (şapka, gözlük, uzun kollu ve açık renkli giysiler gibi)	Evet	13	0	5,72/,000	16	2	24,91/,687
	Hayır	22	15		4	28	
Koruyucu güneş kremleri kullanırım	Evet	11	0	12,72/,000	8	0	25,40/,125
	Hayır	13	26		4	38	
* Mc Nemar testi							

Deney grubunda güneş ışınlarının zararlı etkilerine karşı hiçbir önlem almam diyenlerin sayıları arasında program öncesi ve sonrası istatistiksel olarak farklı bulunurken ($\chi^2=6,94$; $p=,000$), kontrol grubunda farklı bulunmamıştır ($\chi^2=34,89$; $p>,05$). Program güneş ışınlarının zararlı etkilerine karşı önlem alanların sayılarının artırılmasında etkili olmuştur.

Deney grubunda 11-15 saatleri arasında güneşe çıkmam diyenlerin sayıları arasında program öncesi ve sonrası istatistiksel olarak farklı bulunurken ($\chi^2=6,28$; $p=,000$), kontrol grubunda farklı bulunmamıştır ($\chi^2=25,96$; $p>,05$). Program 11-15 saatleri arasında güneşe çıkmam diyenlerin sayılarının artırılmasında etkili olmuştur.

Deney grubunda güneş ışığından koruyacak giysiler giyerim (şapka, gözlük, uzun kollu ve açık renkli giysiler gibi) diyenlerin sayıları arasında program öncesi ve sonrası istatistiksel olarak farklı bulunurken ($\chi^2=5,72$; $p=,000$), kontrol grubunda farklı bulunmamıştır ($\chi^2=24,91$; $p>,05$). Program güneş ışığından koruyacak giysiler giyerim diyenlerin sayılarının arttırılmasında etkili olmuştur (Tablo 6.11).

Tablo 6.12. Deney ve kontrol gruplarının kansere neden olan etkenlerden korunma durumlarının ön test ve son test karşılaştırılması

KANSERE NEDEN OLAN ETKENLER	ÖN TEST	SON TEST					
		DENEY			KONTROL		
		Evet	Hayır	χ^2 /p	Evet	Hayır	χ^{2*} /p
Radyoaktif maddeler	Evet	20	0	17,83 / ,001	18	0	38,37/,500
	Hayır	11	19		2	30	
Sigara ve egzoz dumanı	Evet	29	3	3,004 / ,035	23	1	19,74/,039
	Hayır	12	6		8	18	
Elektrikli aletler	Evet	0	6	,000 / ,289	1	4	,158 / .687
	Hayır	2	42		2	43	
Havadaki kirli gazlar	Evet	14	2	,557 / ,000	8	6	5,14 / 1.00
	Hayır	25	9		7	29	
Nükleer santraller	Evet	18	3	,071 / ,000	7	7	5,36 /1,00
	Hayır	22	6		5	31	
Yiyecek katkı maddeleri	Evet	32	0	Test uygulanamadı	36	2	17,82/,067
	Hayır	18	0		4	8	
Böcek ve tarım ilaçları	Evet	31	0	2,78 / ,000	28	5	29,42/,063
	Hayır	16	3		0	17	

* Mc Nemar testi

Deney grubunda kansere neden olan etkenlerden radyoaktif maddelerden korunma durumları arasında program öncesi ve sonrası istatistiksel olarak farklı bulunurken ($\chi^2=17,83$; $p= ,001$), kontrol grubunda farklı bulunmamıştır ($\chi^2=38,37$; $p>,05$). Program radyoaktif maddelerden korunanların sayılarının arttırılmasında etkili olmuştur.

Deney ($\chi^2=3,004$; $p=,035$) ve kontrol ($\chi^2=19,74$; $p=,039$) gruplarının her ikisinde de sigara ve egzoz dumanından korunurum diyenlerin sayıları arasında program öncesi ve sonrası istatistiksel olarak fark bulunmuştur.

Deney ($\chi^2=,000$; $p>,05$) ve kontrol ($\chi^2=,158$; $p>,05$) grubunda elektrikli aletlerden korunma durumu arasında program öncesi ve sonrası farklı bulunmamıştır. Program elektrikli aletlerden korunmanın arttırılması konusunda etkili olmamıştır.

Deney grubunda havadaki kirli gazlardan korunma durumları arasında program öncesi ve sonrası istatistiksel olarak farklı bulunurken ($\chi^2=,557$; $p=,000$), kontrol grubunda farklı bulunmamıştır ($\chi^2=5,14$; $p>,05$). Program havadaki kirli gazlardan korunanların sayılarının arttırılmasında etkili olmuştur.

Deney grubunda nükleer santrallerden korunma durumları arasında program öncesi ve sonrası istatistiksel olarak farklı bulunurken ($\chi^2=,071$; $p=,000$), kontrol grubunda farklı bulunmamıştır ($\chi^2=5,36$; $p>,05$). Program nükleer santrallerden korunanların sayılarının arttırılmasında etkili olmuştur.

Yiyecek katkı maddelerinden korunma durumları bakımından ön testte korunmayanların tamamının son testte korunmaya başlaması nedeniyle deney grubunda ön test ile son test arasında istatistiksel analiz yapılamadı. Mc nemar testi 2*2 düzeninde gözlerden ikisinde sıfır değer olduğu zaman testi yapamamaktadır. Kontrol grubunda ise ön test son test arasında istatistiksel olarak fark bulunamamıştır ($\chi^2=17,82$; $p>,05$).

Deney grubunda böcek ve tarım ilaçlarından korunma durumları arasında program öncesi ve sonrası istatistiksel olarak farklı bulunurken ($\chi^2=2,78$; $p=,000$), kontrol grubunda farklı bulunmamıştır ($\chi^2=29,42$; $p>,05$). Program böcek ve tarım ilaçlarından korunanların sayılarının arttırılmasında etkili olmuştur (Tablo 6.12)

Tablo 6.13. Deney ve kontrol gruplarının cep telefonu kullanırken aldıkları önlemlerin karşılaştırılması

CEP TELEFONU KULLANIRKEN ALINAN ÖNLEMLER	ÖN TEST	SON TEST					
		DENEY			KONTROL		
		Evet	Hayır	χ^2 /p	Evet	Hayır	χ^{2*} /p
Telefonu kulaklıkla kullanırım.	Evet	0	0	Test uygulanamadı.	4	0	14,22/,063
	Hayır	16	34		5	41	
Telefonu üzerimde taşımam	Evet	0	0	Test uygulanamadı.	5	0	39,50/1.00
	Hayır	23	27		0	45	
Uyurken telefonumu başucumda bulundurmam.	Evet	3	0	,617/,000	15	0	34,23/,250
	Hayır	28	19		3	32	
Cep telefonu ile uzun süre konuşmam.	Evet	10	1	3,55/,000	15	1	22,83/,125
	Hayır	21	18		6	28	
Cep telefonu ile konuşurken hiçbir önlem almam	Evet	9	21	3,25/,000	21	4	29,30/,375
	Hayır	1	19		1	24	
* Mc Nemar testi							

Cep telefonunu kulaklıkla kullanma durumları bakımından deney grubunda ön test ile son test arasında istatistiksel analiz yapılamadı. Mc nemar testi 2*2 düzeninde gözlerden ikisinde sıfır değer olduğu zaman testi yapamamaktadır. Kontrol grubunda ise ön test son test arasında istatistiksel olarak fark bulunamamıştır ($\chi^2=14,22$; $p>,05$).

Cep telefonunu üzerinde taşımama bakımından deney grubunda ön test ile son test arasında istatistiksel analiz yapılamadı. Mc nemar testi 2*2 düzeninde gözlerden ikisinde sıfır değer olduğu zaman testi yapamamaktadır. Kontrol grubunda ise ön test son test arasında istatistiksel olarak fark bulunamamıştır ($\chi^2=39,50$; $p>,05$).

Deney grubunda uyurken cep telefonunu başucunda bulundurma durumları arasında program öncesi ve sonrası istatistiksel olarak farklı bulunurken ($\chi^2=,617$; $p=,000$), kontrol grubunda farklı bulunmamıştır ($\chi^2=34,23$; $p>,05$). Program uyurken cep telefonunu başucunda bulundurmayanların sayılarının arttırılmasında etkili olmuştur.

Deney grubunda cep telefonu ile uzun süre konuşma durumları arasında program öncesi ve sonrası istatistiksel olarak farklı bulunurken ($\chi^2=3,55$; $p=,000$), kontrol grubunda farklı bulunmamıştır ($\chi^2=22,83$; $p>,05$). Program cep telefonu ile uzun süre konuşmayanların sayılarının arttırılmasında etkili olmuştur.

Deney grubunda cep telefonu ile konuşurken hiçbir önlem almama durumları arasında program öncesi ve sonrası istatistiksel olarak farklı bulunurken ($\chi^2=3,25$; $p=,000$), kontrol grubunda farklı bulunmamıştır ($\chi^2=29,30$; $p>,05$). Program cep telefonu ile konuşurken hiçbir önlem almam diyenlerin sayılarının azaltılmasında etkili olmuştur (Tablo 6.13).

Tablo 6.14. Deney ve kontrol gruplarında Hepatit B aşısı yaptırma ve yaptırmayı düşünme durumunun karşılaştırması

		SON TEST						
		ÖN TEST	DENEY (n=50)			KONTROL (n=50)		
			Evet	Hayır	MH /p	Evet	Hayır	MH* /p
HEPATİT B YAPTIRMA DURUMU	Evet		26	0	38,92/, 500	14	0	36,25/, 500
	Hayır		2	22		2	33	
			a	b		a	b	
HEPATİT B YAPTIRMAYI DÜŞÜNME	Yaptırmayı düşünmüyorum (a)		2	14	28,00/, 005	22	1	9,00/ ,180
	Gelecek 1-6 ay içerisinde yaptırmayı düşünüyorum (b)		2	4		4	0	

* Marginal Homogenety testi

Kontrol (MH=36,25; $p>,05$) ve deney (MH=38,92; $p>,05$) grubunda Hepatit B yaptırma oranlarda program öncesi ve sonrası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Deney grubunda (MH=28,00; $p=,005$) hepatit B aşısı yaptırmayı düşünme durumları ön ve son testte istatistiksel olarak farklı bulunurken kontrol grubunda (MH=9,0; $p=,180$) farklı bulunmamıştır. Program hepatit B aşısı yaptırma üzerinde etkili olmamışken yaptırmayı düşünenlerin sayılarının arttırılması üzerinde etkili olmuştur (Tablo 6.14)

Tablo 6.15. Deney ve kontrol gruplarının erken tarama testlerini bilme durumlarının karşılaştırılması

ERKEN TARAMA TESTLERİNİ BİLME DURUMU	SON TEST						
	DENEY			KONTROL			
	ÖN TEST	Bilmiyorum /Hayır	Evet	χ^2 /p	Bilmiyorum /Hayır	Evet	χ^2 */p
20 yaşından sonra her ay kendi kendine meme muayenesi yapılması	Bilmiyorum/Hayır	1	25	,000/,000	17	4	32,05/,125
	Evet	0	24		0	29	
40 yaşından sonra her yıl mamografi çektilmesi	Bilmiyorum/Hayır	1	19	,043/,000	11	5	26,09/,063
	Evet	0	30		0	34	
Kadınların her yıl pap smear testi yaptırması	Bilmiyorum/Hayır	2	27	,247/,000	16	9	20,68/,004
	Evet	0	21		0	25	
40 yaşından sonra her yıl kanda PSA testinin yaptırılması	Bilmiyorum/Hayır	3	17	,917/,000	18	5	25,41/,219
	Evet	1	29		1	25	
20 yaşından sonra her ay kendi kendine testis muayenesi yapılması	Bilmiyorum/Hayır	6	22	3,52/,000	19	11	11,90/,022
	Evet	0	22		2	18	
50 yaşından sonra her yıl gaitada gizli kan, kolonoskopi, sigmoidsoskopi yaptırması	Bilmiyorum/Hayır	6	19	4,73/,000	16	10	10,74/,092
	Evet	0	25		3	21	

*Mc nemar testi

Deney grubunda 20 yaşından sonra her ay kendi kendine meme muayenesi yapılması gerektiğini bilme durumu arasında program öncesi ve sonrası istatistiksel olarak farklı bulunurken ($\chi^2=,000$; $p=,000$), kontrol grubunda farklı bulunmamıştır ($\chi^2=32,05$; $p>,05$). Program 20 yaşından sonra her ay kendi kendine meme muayenesi yapılması gerektiğini bilenlerin sayılarının arttırılmasında etkili olmuştur.

Deney grubunda 40 yaşından sonra her yıl mamografi çektirilmesi gerektiğini bilme durumu arasında program öncesi ve sonrası istatistiksel olarak farklı bulunurken ($\chi^2=,043$; $p=,000$), kontrol grubunda farklı bulunmamıştır ($\chi^2=26,09$; $p>,05$). Program 40 yaşından sonra her yıl mamografi çektirilmesi gerektiğini bilenlerin sayılarının arttırılmasında etkili olmuştur.

Deney($\chi^2=,247$; $p=,000$) ve kontrol($\chi^2=20,68$; $p=,004$) gruplarının her ikisinde de her yıl pap smear yaptırılması gerektiğini bilme durumları arasında program öncesi ve sonrası fark bulunmuştur. Program her yıl pap smear yaptırılması gerektiğini bilen birey sayısının arttırılmasında etkili olmamıştır.

Deney grubunda 40 yaşından sonra her yıl kanda PSA testinin yaptırılması gerektiğini bilme durumu arasında program öncesi ve sonrası istatistiksel olarak farklı bulunurken ($\chi^2=,917$; $p=,000$), kontrol grubunda farklı bulunmamıştır ($\chi^2=25,41$; $p>,05$). Program 40 yaşından sonra her yıl kanda PSA testinin yaptırılması gerektiğini bilen birey sayılarının arttırılmasında etkili olmuştur.

Deney ($\chi^2=3,52$; $p=,000$) ve kontrol ($\chi^2=11,90$; $p>,05$) gruplarının her ikisinde de 20 yaşından sonra her ay kendi kendine testis muayenesi yapılması gerektiğini bilme durumları arasında program öncesi ve sonrası fark bulunmuştur. Program erkeklerde 20 yaşından sonra her ay kendi kendine testis muayenesi yapılması gerektiğini bilen birey sayısının arttırılması konusunda etkili olmamıştır.

Deney grubunda 50 yaşından sonra her yıl gaitada gizli kan, kolonoskopi, sigmoidoskopi yaptırılması gerektiğini bilme durumları arasında program öncesi ve sonrası istatistiksel olarak farklı bulunurken ($\chi^2=4,73$; $p=,000$), kontrol grubunda farklı bulunmamıştır ($\chi^2=10,74$; $p>,05$). Program 50 yaşından sonra her yıl gaitada gizli kan, kolonoskopi, sigmoidoskopi yaptırılması gerektiğini bilen birey sayılarının arttırılmasında etkili olmuştur (Tablo 6.15).

Tablo 6.16. Deney ve kontrol gruplarının her ay kendi kendine meme muayenesi yapma durumlarının karşılaştırması

		SON TEST					
	ÖN TEST	DENEY			KONTROL		
		Evet	Hayır	χ^2 /p	Evet	Hayır	χ^{2*} /p
KKMM	Evet	8	0	,741/,000	16	0	25,09/1,00
YAPMA	Hayır	14	4		0	13	
DURUMU							

* Mc Nemar testi

Deney grubunda her ay kendi kendine meme muayenesi yapma durumları arasında program öncesi ve sonrası istatistiksel olarak farklı bulunurken ($\chi^2=,741$; $p=,000$), kontrol grubunda farklı bulunmamıştır ($\chi^2=25,09$; $p>,05$). Program her ay kendi kendine meme muayenesi yapan bireylerin sayılarının arttırılmasında etkili olmuştur (Tablo 6.16).

Tablo 6.17. Deney ve kontrol gruplarının her yıl pap smear yaptırma durumlarının istatistiksel karşılaştırması

		SON TEST					
		DENEY			KONTROL		
		ÖN TEST		χ^2 /p			χ^{2*} /p
		Evet	Hayır		Evet	Hayır	
PAP SMEAR YAPTIRMA DURUMU	Evet	5	0	5,76/0,000	2	1	9,68/1,00
	Hayır	6	15		0	26	

* Mc Nemar testi

Deney grubunda her yıl pap smear yaptırma durumları arasında program öncesi ve sonrası istatistiksel olarak farklı bulunurken ($\chi^2=5,76$; $p=,000$), kontrol grubunda farklı bulunmamıştır ($\chi^2=9,68$; $p>,05$). Program her yıl pap smear yaptıran bireylerin sayılarının artırılmasında etkili olmuştur.

Deney grubunda ön testte pap smear yaptırmayı düşünmeyen bireylerden 15'i son testte gelecek 1-6 ay içerisinde yaptırmayı düşündüklerini belirtirken bu sayı kontrol grubunda 4 olarak belirlenmiştir (Tablo 6.17).

Tablo 6.18. Deney ve kontrol gruplarının 40 yaş üstü her yıl mamografi yaptırmaya durumlarının istatistiksel karşılaştırması

		SON TEST							
		ÖN TEST		DENEY			KONTROL		
			Evet	Hayır	χ^2 /p	Evet	Hayır	χ^{2*} /p	
40 YAŞ ÜSTÜ MAMOGRAFİ YAPTIRMA DURUMLARI	Evet	3	0	2,38/500	2	0	5,88/1,00		
	Hayır	2	6		0	10			
* Mc Nemar testi									

Deney ($\chi^2=2.38$; $p>.05$) ve kontrol ($\chi^2=5.88$; $p>.05$) gruplarının her ikisinde de 40 yaş üstü her yıl mamografi yaptırmaya durumları arasında program öncesi ve sonrası fark bulunmamıştır. Program 40 yaş üstü her yıl mamografi yaptıran birey sayısının artırılması konusunda etkili olmamıştır.

Deney grubundaki 40 yaş altı bireylerden ön testte gelecekte mamografi yaptırmayı düşünmeyen bireylerden 15'i son testte her yıl mamografi yaptırmaya durumlarını belirtirken bu sayı kontrol grubunda 10 olarak belirlenmiştir (Tablo 6.18).

Tablo 6.19. Deney ve kontrol gruplarının 40 yaş üstü her yıl PSA baktırma durumlarının istatistiksel karşılaştırması

	ÖN TEST	SON TEST					
		DENEY			KONTROL		
		Evet	Hayır	χ^2 /p	Evet	Hayır	χ^{2*} /p
PSA	Evet	2	0	,018/,250	1	0	1,21/1,00
BAKTIRMA	Hayır	3	2		0	6	
DURUMLARI							
* Mc Nemar testi							

Deney($\chi^2=,018$; $p>,05$) ve kontrol($\chi^2=1,21$; $p>,05$) gruplarının her ikisinde de 40 yaş üstü her yıl PSA baktırma durumları arasında program öncesi ve sonrası fark bulunmamıştır. Program 40 yaş üstü her yıl PSA baktıran birey sayısının artırılması konusunda etkili olmamıştır.

Deney grubunda ön testte kırk yaş altı kanda PSA baktırmayı düşünmeyen 5 bireyden 4 ü son testte ilerde baktırmayı düşündüklerini belirtirken bu sayı kontrol grubunda sıfır olarak kalmıştır (Tablo 6.19).

7. TARTIŞMA

Dünyada ve ülkemizde sık görülen hastalıkların başında gelen kanser, gerek öldürücü bir hastalık olması, gerekse de kısmen önlenabilir bir hastalık olması bakımından büyük önem taşımaktadır. Kanserlerin önlenmesinde yaşam tarzı değişikliklerinin ve tarama yöntemlerinin önemi birçok kez vurgulanmıştır. Erişkin bireylerin yerleşmiş alışkanlıklarının eğitimle bile çok zor değiştirilebildiği bilinmektedir. Ancak ailede bir bireyin kanser gibi önemli bir hastalık teşhisi almış olması, aynı genetik ve çevresel etkenleri paylaşan diğer aile bireylerinin bu hastalıkla ilgili riskler konusunda daha duyarlı hale gelmelerini sağlayabilir. Ayrıca bu durum diğer aile bireyleri bu riskleri azaltmak için sağlıklı yaşam davranışlarını daha çok uygular hale getirebilir. Schmer ve arkadaşları beyin tümörü tanısı alan hastaların birinci derece yakınlarında hastalığın tüm aile bireyleri tarafından bir felaket haberi olarak algılandığını, bakım veren kişi dışındaki aile bireylerinin de bu yeni gelişen durum nedeniyle aile içerisinde bazı rol değişikliklerine gittikleri, ailenin her ferdinde bu hastalığın psikososyal etkilerinin var olduğunu ve bu etkiler nedeniyle sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelimleri olduğunu göstermişlerdir (Schmer, Ward, Latham and Salacz, 2008).

Hasta ve hasta yakınlarındaki bu davranış değişikliklerinin kanserin tipi ile bir ilişkisi olduğu düşünülmektedir. Gerçekte hasta ve yakınlarında, ancak kanserin tipiyle ilişkilendirilebilecek sağlıklı yaşam davranışlarının benimsendiği bazı çalışmalarda gösterilmiştir. Örneğin, Rhee ve arkadaşlarını 211 melanom dışı cilt kanseri hastası ile yaptıkları çalışmalarında, hastaların güneşten korunma davranışları dahil diğer sağlıklı yaşam davranışlarındaki değişiklikler değerlendirilmiştir. Bu çalışmada, hastalarda ilerleyen yıllarda kendilerinde yeni bir cilt kanseri gelişme riskinin yüksek olduğuna dair bir fikrin çok yaygın olduğu görülmüş ve bu hasta grubunda güneşten korunma davranışı konusunda olumlu yönde bir değişim olurken, diğer sağlıklı yaşam davranışlarında hiçbir değişiklik olmadığı izlenmiştir (Rhee ve ark., 2008).

Yine ailelerinde meme kanseri olan kadınların, aile hikâyesi olmayan bireylere göre mamografi taramasını daha çok yaptırdıkları bir başka çalışmada gösterilmiştir (Madlensky ve ark., 2005).

Bizim çalışmamızda ise kanser teşhisi konmuş hastaların yakınlarına kanserden korunma ve erken tanıya yönelik bir program uygulanmış ve sonuçları değerlendirilmiştir.

Araştırmanın sonunda başlangıçtaki kilo ve BKİ değerleri ile program sonrası kilo ve BKİ değerleri her iki grup arasında karşılaştırıldığında, bu değişkenler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Fakat deney grubunda program sonrasında kilo ve BKİ değerlerinde düşüş gözlenmiştir. Kilo kontrolü sağlamanın zor ve uzun süren programlarla desteklenmesi gereken bir süreç olduğu pek çok çalışmayla kanıtlanmıştır (Gibson, 2003; Baş, 2012).

Kanserden korunma programı radyoaktif maddelerin, sigara ve egzoz dumanının, elektrikli aletlerin, havadaki kirli gazların, yiyecek katkı maddelerinin, böcek ve tarım ilaçlarının, nükleer santrallerin, sigara ve alkol kullanımının, şişman olmanın, et ve et ürünlerini fazla tüketmenin, hayvansal yağlardan zengin beslenmenin, hareketsiz yaşam tarzının, birinci derece akrabalarda kanser varlığının, posalı yiyeceklerden fakir beslenmenin, önlem almadan cep telefonu kullanmanın kanser riski olduğunu bilme durumlarını arttırmada etkili olmuştur. Önlem almadan güneş altında kalmanın kanser riski olduğunu bilme durumlarını arttırmada etkili olmamıştır. 2010 yılında Karadeniz Bölgesinde yapılan Kanser ve Kanser Risk Faktörleri Araştırmasında kanser nedenleri konusundaki bilgi düzeyine bakıldığında sigara kullanımı %92, güneş ışını %70, hava kirliliği %75, fazla alkol kullanımı %87.7, ailede kanser öyküsü olması %65 olarak tespit edilmiştir (<http://onkofar.com/vImages/pdfler/2009Turkiyedekanserkontrolu.pdf>., Erişim tarihi: 18.06.2014). Bizim çalışmamızda da önlem almada güneş altında kalmanın kanser riski olduğunu bilen birey sayısı ön testte de yüksek bulunmuştur.

Kanserden korunma programı sigarayı bırakmayı düşünen birey sayısının artırılmasında etkili olmuştur.

Rice ve Stead (2006) 1987-2006 yılları arasında hemşireler tarafından sigara bıraktırma girişimleri yapılan ve en az 6 aylık takibi içeren hemşirelik müdahalelerini inceledikleri 15000'den fazla kişinin katıldığı, 18 yaş üzeri yetişkin grubu kapsayan 42 araştırmanın sonucunu içeren, bir çalışma yapmışlardır.

31 araştırma sonucuna göre hemşire tarafından yapılan sigara bıraktırma girişimlerinin sigarayı bırakma olasılığını önemli derecede (%95) arttırdığı belirtilmiştir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan başka bir çalışmada ise işyerinde sigara bıraktırma eğitim programı sonucunda örneklem grubunun %11'i sigarayı bırakmıştır (Koffman, Lee, Hopp and Emont, 1998).

Sağlıklı bir yaşam ve kilo vermek için DSÖ tarafından ve pek çok çalışma sonucuna göre haftada en az 3 gün ve 30 dakika düzenli fiziksel aktivite yapmak gerektiği önerilmektedir. Fizik aktivite düzeyinin artırılması, obezitenin ve kanser gibi kronik hastalıkların önlenmesinde en etkili faktörlerden biridir. Bizim çalışmamızda grubun büyük bölümü düzenli fiziksel aktivite yapmamaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın 2004 yılında Türkiye genelinde yaptığı Sağlıklı Beslenelim Kalbimizi Koruyalım (SBKK) projesi raporuna göre düzenli egzersiz yapanların oranı %3,5 olarak belirlenmiştir (<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-71613/h/kalp-ve-damar-hastaliklarini-onleme-ve-kontrol-programi.pdf>, Erişim tarihi: 10.11.2013).

Bu durum bizim çalışmamızla da benzerlik göstermektedir. Program sonunda deney grubunda düzenli fiziksel aktivite yapmayan 13 kişi düzenli olarak fiziksel aktivite yapmaya başlamıştır. Kanserden korunma programı haftada en az 3 kez 30 dakika egzersiz yapan birey sayısının artırılmasında etkili olmuştur.

Caswell S. ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kolorektal kanser taramasına katılan bireylerin 3 aylık sebze ve meyvenin, lifli yiyeceklerin ve fiziksel aktivitenin artırılmasını öneren bilgilendirme programı sonrası programa dahil olanların kontrol grubuna göre belirgin ölçüde bu üç öneriyi yapabildikleri gösterilmiştir (Caswell, Anderson and Steele, 2009) Bizim programımızda ise ana öğün ve ara öğün sayısında, günde 5 porsiyon sebze ve meyve tüketenlerin sayısında ve posalı yiyecek tüketimi sayısında artma olmadığı gözlenmiştir. Bu durum günlük 3 ana ve 3 ara öğün şeklinde beslenme gerekliliği konusunda toplumun daha fazla bilinçli olması ve bireylerin kanser hastası yakınları nedeniyle daha dikkatli davranışlar göstermesiyle ilişkilendirilebilir.

Program margarin kullanan birey sayısının azaltılmasında ve zeytinyağı kullanan birey sayısının artırılmasında etkili olmuştur.

Hayvansal yağlar, yüksek miktarda kolesterol ve doymuş yağ içerir. Bitkisel yağlarda kolesterol bulunmaz, doymuş yağların oranı da hayvansal yağlara göre oldukça düşüktür. Öte yandan tereyağı, hayvansal kökenli bir yağ olduğu için yüksek miktarda kolesterol içerir. Doymuş yağ oranı tereyağında %52'ye çıkarken, paket margarinlerde %40 - 50, kase margarinlerde ise %30-35 civarındadır. Kolesterolü düşürerek kalp ve damar sağlığını korumaya yardımcı olan çoklu doymamış yağların oranı ise, tereyağında %2, margarinlerde %22 - 33 seviyelerindedir. Bazı epidemiyolojik ve deneysel çalışmalarda doymuş yağ asitlerinden (tereyağı, katı margarinler, içyağı gibi) zengin yağ tüketiminin kolon, rektum, pankreas, böbrek kanserleri ile postmenapozal kadınlarda meme ve endometrium gibi bazı kanser risklerini arttırdığı belirtilmiştir (<http://www.saglik.org.tr/upload/dosyalar/beslenme-ve-kanser.pdf>, Erişim tarihi Eylül 2014).

Türkiye'de kişi başına yılda ortalama 2,2 kg margarin tüketilmektedir. Bu miktar İngiltere'de 8, Belçika'da 26, Singapur'da 45 kg. dır. Bu değerler gelişmiş ülkelerdeki obezite ve kalp damar hastalıkları yüksekliği ile ilişkilendirilebilir (http://beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/diger_kitaplar/beslenme_rehberi.pdf, Erişim tarihi: 12.06.2014).

Zeytinyağı üreticisi ülkeler arasında en az Zeytinyağı Türkiye'de tüketilmektedir. Yıllık insan başına zeytinci ülkelerden Yunanistan 21, İspanya 12, İtalya 11 ve Tunus 9 kg Zeytinyağı tüketirken; Türkiye yıllık 0,9 kg tüketmektedir. Bizim çalışmamızda da zeytinyağı kullanımı hem deney hem de kontrol gruplarında ön testte düşük bulunmuştur.

Program güneş ışınlarının zararlı etkilerine karşı önlem alanların, 11-15 saatleri arasında güneşe çıkmam diyenlerin, güneş ışığından koruyacak giysiler giyerim diyenlerin sayılarının artırılmasında etkili olmuştur. Non melanom deri kanserlerinin sıklıkla yüzde geliştiği göz önünde bulundurulursa, özellikle şapka kullanımının önemine, benzer şekilde güneşten koruyucu ürünlerin ve giysilerin koruyucu rolüne dikkat çekilmesine ihtiyaç olduğu sonucuna varılmıştır. Ülkemizde 275 bireyin de dâhil olduğu, 1018 üniversite çalışanı ve öğrencisi ile yapılan benzer bir çalışmada her bir korunma yönteminin ayrıntılı uygulanma sıklığı sorgulanmamakla birlikte, güneşten koruyucu ürün kullanımı erkek ve kadınlarda sırası ile %10,7 ve %33,7

olarak bildirilmiştir. Avrupa'daki 5 ülkeden 40-70 yaş arası yetişkinlerle telefon görüşmesi yapılarak elde edilen verilerde ise; 1/3'ünün dışarıda iken güneşten koruyucu ürün hiç kullanmadığı ya da nadiren kullandığı saptanmıştır (Mackie, 2004).

Program havadaki kirli gazlardan, nükleer santrallerden, yiyecek katkı maddelerinden, böcek ve tarım ilaçlarından korunanların sayılarının arttırılmasında etkili olmuştur. Halkın çoğunluğu tükettiği gıdalarda katkı maddesi olduğundan habersizdir. Halk, katkı maddelerinin konulma nedeni, yararı ve fazlasının zararı konusunda hiçbir eğitim kanalı ile bilgi edinememektedir. Yiyecek katkı maddelerinin Halk Sağlığı açısından önemi ise; sorumlu örgütlerce kullanılmasına izin verilen bu katkı maddelerinin bazıları, sağlık açısından herhangi bir sakınca yaratmamalarına karşın, bazıları sürekli alınmaları halinde ciddi tehlikeler doğurabilecek niteliktedirler (Groten at all., 2000). Katkı maddelerinin neden oldukları zararları gerçek anlamda tespit edebilecek araştırmalar; bu maddelerin çeşitliliği, yaygın kullanımları ve çok küçük miktarlarda bile olsa hayat boyu alınmaları nedeniyle henüz yapılamamıştır Türkiye gibi kontrollerin yetersiz olduğu; hem üreticinin, hem de tüketicinin bilinçsiz olduğu toplumlarda daha büyük bir tehlike oluşturmaktadır (Altuğ, 2001).

Koruyucu maddeler besinleri bakteri, küf, mayalardan korumak, raf ömrünü uzatmak, doğal renk ve aromayı korumak amacıyla kullanılırlar. Bu maddelerden en çok sucuk, salam, pastırma gibi et ürünlerine konulan nitrit ve nitrat tartışılmaktadır. Nitrat ve nitrit kanserojen nitrozo bileşikleri oluşturmaktadır. Günlük aldığımız nitrat ve nitritin % 80'i su, sebze ve diğer kaynaklardan, %20'si ise yiyecek katkı maddelerinden gelmektedir. Bir çalışmada sucuklarda 0-618 mg/kg arasında nitrat bulunmuştur. Sebzelerde yapılan bazı çalışmalarda 2000 mg/kg üzerinde nitrat belirlenmiştir (Groten at all., 2000).

Bazı bitkilerin köklerinde doğal olarak bulunan phenolic maddelerin anti kanserojen olduğu bilinmektedir. Fakat antioksidan olarak kullanılan sentetik phenollerin aynı zamanda prekanserojen lezyonlara ve papilomlara neden olduğuna dair kanıtlar vardır (Çalışır, Çalışkan, 2003).

Finlandiya'da yapılan bir araştırmada; nitrat, nitrit ve N-nitrosodimetilamin (NDMA) alımı ile gastrointestinal kanserler arasındaki ilişki araştırılmıştır. Bu kohort çalışma sonrasında NDMA alımının kolo-rektal kanser riskini arttırdığı, diğer maddelerinse kanser üzerindeki olumsuz etkisinin kanıtlanamadığı belirtilmiştir. Özellikle fazla bira tuketenlerde NDMA fazla oranda alındığı için kolarektal kanser riskide yüksektir. Ayrıca belirgin olmamakla beraber baş-boyun kanserlerinde de hafif bir artış gözlenmiştir (alışır, alışkan, 2003).

“Sigara ve egzoz dumanından korunurum” diyenlerin sayılarında artma gözlenmemiştir. Bu durum sigara ve egzoz dumanının toplum tarafından bilinen bir kanserojen olmasıyla açıklanabilir.

“Elektrikli aletlerden korunurum” diyenlerin sayılarında da artma gözlenmemiştir. Bu durum da elektrikli aletlerin hayatımızın her alanında var olması nedeniyle korunma sağlamada güçlük çekilmesine bağlanabilir.

Cep telefonunu kulaklıkla kullanma durumları ve cep telefonunu üzerinde taşıma durumları bakımından deney grubunda ön test ile son test arasında istatistiksel analiz yapılamamıştır. Fakat her iki durumda da cep telefonunu kulaklıkla kullanırım diyen birey sayısında ve cep telefonunu üzerimde taşımam diyen birey sayılarında artma olduğu grlmştir. Program aynı zamanda uyurken cep telefonunu başucunda bulundurmayanların, cep telefonu ile uzun süre konuşmayanların sayılarının arttırılmasında, cep telefonu ile konuşurken hiçbir önlem almam diyenlerin sayılarının azaltılmasında etkili olmuştur.

Cep telefonu kullanımı konsantrasyon eksikliğine, uyku bozukluğu, halsizlik, kan basıncında artışa ve baş ağrısına yol açabilmektedir. Baz istasyonlarının çevresinde yaşayan insanlarda baş ağrısı, iştatsızlık, halsizlik, sinir bozukluğu, uyku bozukluğu, kulaklarda uğultu ve çınlama, tansiyon bozukluklarına neden olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, epidemiyolojik çalışmaların tüm sonuçlarında uzun vadeli - kronik- (10 yılı aşkın) cep telefonu kullanıcılarında tümör gelişimi riskinde belirgin bir artışın olduğu gözlenlenmiştir. Cep telefonlarından yayılan RF dalgaların özellikle üreme sistemini etkileyerek erkeklerde testis dokusunu bozduğu, sperm hücrelerinin sayısını azalttığı, hareket yeteneklerini ve canlılığını etkilediği, morfolojisini değiştirdiği ve bunun sonucu olarak kısırlığa neden olduğu çeşitli araştırmalarda tespit edilmiştir (Saunders, 2003).

Öte yandan bugüne kadar yapılan çalışmalar, cep telefonu teknolojisiyle kanser arasında kesinlikle bir ilişki yoktur demek için yetersizdir. Bu nedenle, başta Dünya Sağlık Örgütü olmak üzere çeşitli kuruluşlar bu konuda daha kapsamlı çalışmalar başlatmışlardır. Bütün bunlara rağmen cep telefonunun sağlık üzerindeki etkilerini gösteren çalışmalar yeterli kanıt oluşturmamaktadır (Saunders, 2003).

Üniversite öğrencilerinin cep telefonu satın alma ve kullanımını etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik yapılan bir başka araştırmada, öğrencilerin yaklaşık % 90'ının cep telefonu kullandığı görülmüş buna karşılık sadece , % 10'luk bir kesimin cep telefonu kullanmadığı belirlenmiştir (Gülmez, 2005). Amerika'da ilk ergenlik çağında yedi okulda gerçekleştirilen ve toplam 351 öğrenciye uygulanan bir çalışmada, kızların %71'i erkeklerin %60'ının cep telefonuna sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Kızların %63'ü erkeklerin %48'i her zaman cep telefonunu yanlarında taşımaktadır (Davie, Panting, Charlton, 2004).

Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2007 tarihli verilerine bakıldığında da Türkiye'de cep telefonu sahipliği hanelerde %72,62 dolayındadır (www.tuik.gov.tr). Bu oran Avrupa Birliği'ne üye ülkelerde %70-100 dolayındadır. Türkiye'nin kişi başına düşen milli geliri ile karşılaştırıldığında Türkiye'de yüksek bir oranda cep telefonu sahipliğinden söz etmek mümkündür (Yıldız, 2006).

Yaklaşık 2 yıl boyunca Türkiye genelinde 45 şehri dolaşarak tarama ve bilinçlendirme çalışması yürüten Viral Hepatitle Savaşım Derneği (VHSD)nin 50 bin kan örneğini değerlendirildiği çalışmaya göre, Hepatit B virüsünün en yaygın olduğu bölgeler Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgeleri olarak tespit edilmiştir (<http://www.vhsd.org/>, Erişim tarihi 15.06.2014).

Hepatit B virüsüne karşı doğal bağışıklığı olanlar değerlendirildiğinde, 15 yaşın altında yüzde 51 olduğu, daha büyük yaşlarda yüzde 11 oranına düştüğü belirlenmiştir. Çocuklara yapılan aşılar nedeniyle Hepatit B virüsüne karşı gelişen antikor pozitifliğinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Lok and McMahon, 2007). Bizim çalışmamızda ise deney ve kontrol gruplarında hepatit B aşısı yaptıran birey sayısında artma gözlenmemiş olmakla birlikte yaptırmayı düşünen birey sayısında artma olduğu gözlenmiştir.

Günel ve Günel (2000), 25-55 yaş çalışan kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada, katılımcıların %88,9'unun hiçbir zaman klinik meme muayenesi yaptırmadığını tespit etmişlerdir. Sinicrope ve arkadaşlarının (2009) Amerika'da yaptıkları çalışmada, meme kanseri olan kadınların kızlarının KKMM yapma, klinik meme muayenesi, mamografi çekirme, meme kanserine yakalanma riski ve sağlıklı yaşam biçimi konularında bilgi almak istedikleri saptanmıştır. Atlı'nın (2002), yetişkin kadınların meme kanserine yönelik bilgi düzeyleri ve risk algılamaları ile KKMM eğitiminin değerlendirilmesine yönelik yaptığı çalışmada düzenli olarak KKMM yaparak memesinde kitleyi tespit eden kadınların oranını %5,3 olarak bulmuştur.

Karayurt' un (2003), çalışmasında meme kanseri ve KKMM eğitimi alanlar ile almayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Bizim programımızda ise 20 yasından sonra her ay kendi kendine meme muayenesi yapılması gerektiğini bilenlerin sayılarında artma gözlenmiştir. Program her ay kendi kendine meme muayenesi yapan bireylerin sayılarının arttırılmasında da etkili olmuştur.

Program 40 yasından sonra her yıl mamografi çektirilmesi gerektiğini bilenlerin sayılarının arttırılmasında etkili olmuştur. Ailelerinde meme kanseri olan kadınların, aile hikâyesi olmayan bireylere göre mamografi taramasını daha çok yaptırdıkları bir başka çalışmada da gösterilmiştir (Madlensky at all., 2005).

Program 40 yaş üstü her yıl mamografi yaptıran birey sayısının artırılması konusunda etkili olmamıştır. Çadır ve arkadaşlarının (2004), yaptıkları çalışmada kadınların %10,5'inin mamografi çektiği saptanmıştır. Karayurt'un (2003), çalışmasında ise son bir yılda mamografi çektirenlerin oranı %15.3' tür.

Programın mamografi çekirme konusunda etkili olmaması mamografi yaptırılıp yaptırılmaması ile ilgili tartışmaların basında sık sık yayınlanması neden olmuş olabilir. Bununla birlikte bu çalışmada mamografi çekirmeme nedenleri sorgulanmamıştır.

Deney grubundaki 40 yaş altı bireylerden ön testte gelecekte mamografi çekirmeyi düşünmeyen bireylerden 15 i son testte her yıl mamografi çektireceklerini belirtirken bu sayı kontrol grubunda 10 olarak belirlenmiştir.

Hem deney grubunda hem de kontrol grubunda ön teste göre son testte her yıl pap smear yaptırılması gerektiğini bilen birey sayısının artması bireylerin birinci dereceden yakınlarında kanser varlığı nedeniyle gelişmiş olabilir.

Program her yıl düzenli pap smear yaptıran birey sayısının artırılması konusunda etkili olmuştur. Pap smear testi yaptırma sıklığı değişik çalışmalarda rapor edilmiştir; New York'ta yaşayan Güney Asyalı kadınlar arasında yapılan bir çalışmada kadınların %67'sinin pap smear testi yaptırdığı ve %13'unun bu testi son bir yıl içerisinde yaptırdığı bildirilmiştir (Park, Chang and Chug 2005). Temel'in Sivas il merkezinde yaşayan 35 yaş ve üzeri 625 kadın ile yaptığı çalışmada, ömür boyu en az bir kez, son üç yılda en az bir kez ve son beş yılda en az bir kez pap smear testi yaptırma oranları sırasıyla %12,3, %10,5, %11 olarak bulunmuştur (Temel 2008). Serviks kanserlerinin %50'den fazlasının daha önce hiç papsmear testi yaptırmamış ve %60'tan fazlasının da son 5 yıl içinde hiç tarama yaptırmamış kadınlar da ortaya çıktığını gösteren çalışmalar vardır (Zemheri ve Koyuncuer, 2005).

Uysal ve Birsal (2009) tarafından yapılan çalışmada kadınların kendilerini riskli görme durumları ile pap smear testi yaptırma durumları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Sonuç olarak sosyal ve ekonomik yönden geri kalmış ülkelerde sağlık çalışanları da dâhil olmak üzere pap smear test yaptırma oranının düşük olduğu görülmektedir. Çalışmamızda ise kadınların literatürdeki çalışmalarda olduğu gibi, bir bölümü Papsmear test yaptırırken bunlarında küçük bir bölümünün son bir yıl içinde veya düzenli yaptırdıkları saptanmıştır. Program deney grubunda pap smear yaptıran birey sayısının artırılmasında ise etkili olmuştur.

Program 50 yaşından sonra her yıl kanda PSA testinin yaptırılması gerektiğini bilen birey sayılarının artırılmasında etkili olmuştur fakat 50 yaş üstü her yıl PSA baktıran birey sayısının artırılması konusunda etkili olmamıştır. Deney grubunda ön testte elli yaş altı kanda PSA baktırmayı düşünmeyen 5 bireyden 4 ü son testte ilerde baktırmayı düşündüklerini belirtirken bu sayı kontrol grubunda sıfır olarak kalmıştır.

Program erkeklerde 20 yaşından sonra her ay kendi kendine testis muayenesi yapılması gerektiğini bilen birey sayısının artırılması konusunda etkili olmamıştır.

Pınar ve ark. (2011) 120 üniversite öğrencisi üzerinde yaptıkları çalışma sonuçlarına göre, öğrencilerin %57,1'i TK kelimesini duymadıklarını, %91,6'sı KKTm ile ilgili bilgi almadıklarını ifade etmişlerdir. Göçgeldi ve Koçak (2010) 329 asker üzerinde yaptıkları çalışmada, katılımcıların %47,1'i testis kanseri kelimesini duyduklarını ifade ederken, %11,5'i KKTm ile ilgili eğitim aldıkları ancak 91,3'ü testis kanserinin belirtilerini bilmediklerini ifade etmişlerdir. Wardle ve arkadaşlarının (1994) çalışmasında erkeklerin yalnızca %3'ü KKTm'ni düzenli olarak uyguladığı belirlenmiştir. Khadra ve Oakeshott (2002) çalışmasında ise KKTm'ni uygulayan %49 oranında erkek olmasına karşın uygulamayı doğru bir şekilde yapan %22'dir. Rudberg ve arkadaşlarının çalışmasında KKTm'ni uygulama oranı %11,5 (Rudberg, Nilsson, Wikblad and Carlsson, 2005); Lechner, Oenema ve Nooijer'in (2002) bulgularında ise %2 olarak verilmiştir. Genel olarak incelendiğinde çalışmamızda ve diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda KKTm uygulama oranı çok düşük olup, uygulayanların ise uygulama yöntemi büyük oranda yanlış bulunmuştur.

Yaşın ilerlemesi ile kolon kanseri gelişme riski arasında doğru orantı vardır. Genel popülasyonda 40 yaşından sonra kolon kanser gelişme riski artmaya başlar. Kolon kanserinin %90'dan fazlası 50 yaşından sonra geliştiğinden, tarama programlarını başlatma yaşı buna göre belirlenmiştir (Yıldız, 2008). Kolorektal kanseri erken evrede teşhis etmenin yolu ise hastalığı asemptomatik evrede tarama programları ile yakalamaktır. Tarama programlarında gaitada gizli kan testi, sigmoidoskopi, kolonoskopi ve görüntüleme yöntemleri kullanılmaktadır. Bu bilgiler ışığında kolorektal kanserden ölümlerin önlenmesi tedavilerin uygulanabilmesi için erken teşhis önemlidir. Erken teşhis ise kaliteli ve etkili tarama programlarının uygulanması ile sağlanabilecektir (Giovanucci, 2002).

Acar-Vaizoglu, Turhan ve Temel (2010) tarafından 50 yaş üzeri kişileri içeren toplum bazlı bir çalışmada araştırmaya katılan bireylerin son 1 yıl içinde %10'unundan daha azı kolorektal kanser ile ilgili bir tarama yaptırmıştır. Bu kişilerden sadece birinin semptomu olmaksızın aile öyküsü nedeniyle tarama yaptırdığı gösterilmiştir.

Murff ve ark. (2007) yaptığı Amerikalı beyazların ve siyahların dâhil olduğu bir çalışmada aile öyküsü olan ve olmayan gruplarda eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzeyi yüksek olan beyazların son 10 yılda siyalara göre daha yüksek oranda gaitada gizli kan testi ve kolonoskopi yaptırdığı gösterilmiştir. Rawl ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan bir çalışmada kolon kanserli hastaların birinci derece akrabalarının hastalık konusunda 3 aylık bilgilendirme sonrası %21 oranında bir artışla herhangi bir tarama programına katıldığı gösterilmiştir. Bu nedenle tarama testlerinin erken teşhisi kolaylaştırması, morbidite ve mortalite oranlarını düşürmesi ve maliyet-etkili çalışmalar olması nedeniyle hastalar semptomsuz dönemde de tarama testlerini yaptırmak konusunda bilgilendirilmelidirler. Bizim programımızda ise 50 yasından sonra her yıl gaitada gizli kan, kolonoskopi, sigmoidoskopi yaptırılması gerektiğini bilen birey sayısında artma sağlanmıştır. Ancak çalışmaya katılan bireylerden 50 yaş üzerinde olanların sayıca az olması her yıl gaitada gizli kan, kolonoskopi, sigmoidoskopi yaptırtmanın değerlendirilmesini imkânsız kılmıştır.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kanser hastası yakınlarına hastanede uygulanan kanserden korunma ve erken teşhis programı;

- Radyoaktif maddelerin, sigara ve egzoz dumanının, elektrikli aletlerin, havadaki kirli gazların, yiyecek katkı maddelerinin, böcek ve tarım ilaçlarının, nükleer santrallerin, sigara ve alkol kullanımının, şişman olmanın, et ve et ürünlerini fazla tüketmenin, hayvansal yağlardan zengin beslenmenin, hareketsiz yaşam tarzının, birinci derece akrabalarda kanser varlığının, posalı yiyeceklerden fakir beslenmenin, önlem almadan cep telefonu kullanmanın kanser riski olduğunu bilme durumlarını arttırmada etkili olmuştur.
- Sigarayı bırakmayı düşünen birey sayısının artırılmasında etkili olmuştur.
- Haftada en az 3 kez 30 dk. egzersiz yapan birey sayısının artırılmasında etkili olmuştur.
- Katı yağ kullanımında (margarin) azalma görülmüştür. Zeytinyağı kullanımının artmasında ise etkili olmuştur:

- Güneş ışınlarının zararlı etkilerine karşı uygun önlemleri alanların sayılarının arttırılmasında etkili olmuştur.
- Radyoaktif maddelerden, havadaki kirli gazlardan, nükleer santrallerden, yiyecek katkı maddelerinden, böcek ve tarım ilaçlarından korunurum diyenlerin sayılarının arttırılmasında etkili olmuştur.
- Cep telefonunu kulaklıkla kullananların, üzerinde taşımayanların, uyurken başucunda bulundurmamayanların, uzun süre konuşmayanların sayılarının arttırılmasında etkili olmuştur.
- Hepatit B aşısını gelecekte yaptırmayı düşünenlerin sayılarının arttırılmasında etkili olmuştur.
- 20 yasından sonra her ay kendi kendine meme muayenesi yapılması gerektiğini bilenlerin sayılarının arttırılmasında etkili olmuştur.
- 40 yasından sonra her yıl mamografi çektililmesi gerektiğini bilenlerin sayılarının arttırılmasında etkili olmuştur fakat her yıl düzenli mamografi çektiliren birey sayısının arttırılmasında etkili olmamıştır.
- 40 yasından sonra her yıl kanda PSA testinin yapıltilması gerektiğini bilen birey sayılarının arttırılmasında etkili olmuştur fakat her yıl düzenli PSA testi yaptıran birey sayısının arttırılmasında etkili olmamıştır.
- 50 yasından sonra her yıl gaitada gizli kan, kolonoskopi, sigmoidoskopi yapıltilması gerektiğini bilen birey sayılarının arttırılmasında etkili olmuştur.
- Her ay kendi kendine meme muayenesi yapan bireylerin sayılarının arttırılmasında etkili olmuştur
- Her yıl pap smear testi yaptırması gerektiğini bilen birey sayısında her iki grupta da artma gözleendiği için etkili olmamışken, her yıl pap smear yaptıran bireylerin sayılarının arttırılmasında etkili olmuştur.
- ❖ Önlem almadan güneş altında kalmanın kanser riski olduğunu bilme durumlarını arttırmada etkili olmamıştır.
- ❖ Ana ve ara öğün sayısının arttırılmasında, günlük 5 porsiyon sebze ve meyve tüketimi ve posalı yiyeceklerin alımının arttırılması konularında etkili olmamıştır.

- ❖ Sigara-egzoz dumanından ve elektrikli aletlerden korunurum diyenlerin sayılarının arttırılması konusunda etkili olmamıştır.
- ❖ Hepatit B aşısı yaptıranların sayılarının arttırılmasında etkili olmamıştır.
- ❖ 20 yaşından sonra her ay kendi kendine testis muayenesi yapılması gerektiğini bilen birey sayısının artırılması konusunda etkili olmamıştır.

ÖNERİLER

1. Onkoloji birimlerinde hemşireler tarafından kanser hastalarının yakınlarına kanserden korunma ve erken tanıya yönelik eğitim yapılmalıdır.
2. Bu çalışmanın daha büyük örneklem grubunda yapılması önerilir.
3. Mamografi çektirmeme ve kendi kendine testis muayenesi yapmama nedenleri araştırılmalıdır.
4. Program yatan hasta servisleri dışında onkoloji polikliniklerinde de uygulanmalı ve yaygınlaştırılmalıdır.
5. Farklı toplum alanlarında kanser tanısı almış birey yakınlarının bulunduğu ortamlarda(aile sağlığı ve evde bakım merkezleri gibi) programın etkinliği değerlendirilebilir.

9. KAYNAKLAR

1. Acar-Vaizoglu S, Turhan T, Temel F. Birinci basamakta 50 yaş ve üzeri bireylerde kolorektal kanser ile ilişkili olabilecek bazı faktörlerin ve gaitada gizli kan tetkikine uyumun değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics. 2010; 13(2) 79-86.
2. Açıkgoz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi dergisi. 2011; 25(3): 145-154
3. Akyüz A, Güvenç G, Yavan T, Çetintürk A, Kök G. Kadınların pap smear yaptırma durumları ile bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Gülhane Tıp Dergisi. 2006; 48: 25-29.
4. Altuğ, T. Gıda Katkı Maddeleri. Meta Basım. 2001; İzmir
5. Anand P, Kunnumakara BA, Sundaram C, Harikumar BK, Tharakan TS, Lai SO, Aggarwal BB. Cancer is a preventable disease that requires major lifestyle changes. Pharmaceutical Research. 2008; 25(9): 2097-2101.
6. Armstrong BK, Kricker A. The epidemiology of UV induced skin cancer. J Photochem Photobiol B. 2001; 63:8-18.
7. Asarkaya Ö. Servikal Kanserinin Erken Tanısına ilişkin Tutum ve Davranış Geliştirmede Planlı Eğitim Programının Etkinliği. E. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, İzmir, (Danışman: Prof Dr. Süheyla Altuğ Özsoy)
8. Atlı Ö. Yetişkin Kadınların Meme Kanserine Yönelik Bilgi Düzeyleri ve Risk Algılamaları İle Kendi Kendine Meme Muayenesi Eğitiminin Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Halk Eğitimi Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2002, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Ozana Ural)
9. Aydoğdu N, Bahar Z. Yoksul Kadınlarda Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli Kullanımının Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışlarındaki Değişime Etkisi. DEUHYO ED. 2011; 4(1), 34-40
10. Ayinde OA, Omdgbodun Ao, Ilesanmi Ao. Awareness Of Cervical Cancer Papanicolau's Smear And Its Utilisation Among Female Undergraduates In Ibadan. Afr J Report Health. Dec. 2004; 8 (3): 80-68.

11. Baş M. Kanser ve obezite: enerji dengesi ve kısıtlaması. 2. Ulusal Sağlıklı Yaşam Sempozyumu Kanserin Önlenmesi ve Tedavisinde Beslenme- Onkoloji Diyetisyenliği, Ankara, Sempozyum Kitabı. 2012; s: 44-50.
12. Bilello KS, Murin S, Matthay RA. Epidemiology, etiology, and prevention of lung cancer. *Clinics in Chest Medicine*. 2002; 23 (1) 1-25
13. Botteri E, Iodice S, Bagnardi V. Smoking and colorectal cancer. A meta- analysis. *Jama*, 2008; 300:2765.
14. Boyle P, Autier P, Bartelink H, Baselga J, Boffetta P, J. Burn J, Burns H.J.G., Christensen L, Denis L, Dicato M, Dieh V, Doll R, Franceschi S, Gillis C.R., Gray N, Griciute L, Hackshaw A, Kasler M, Kogevinas M, Kvinnsland S, La Vecchia C, Levi F, McVie J.G, Maisonneuve P, Martin-Moreno J.M., Newton Bishop J, Oleari F, Perrin P, Quinn M, Richards M, Ringborg U, Scully C, Siracka E, Storm H, Tubiana M, Tursz T, Veronesi U, Wald N, Weber W, Zaridze D.G., Zatonski W, Hausen H. Zur. European Code Against Cancer and scientific justification: third version *Annals of Oncology*. 2003; 14: 973–1005
15. Brugere J, Guenel P, Leclerc, Rodriguez J. Differential effects of tobacco and alcohol in cancer of the larynx, pharynx, and mouth, American Cancer Society. 2006; 57(2): 391-395
16. Caswell S, Anderson AS, Steele RJ. Bowel health to better health: a minimal contact lifestyle intervention for people at increased risk of colorectal cancer. *Br j Nutr*. Dec. 2009; 102(11):1541-1546.
17. Chlebowski RT, Wactawski-Wende J, Ritenbaugh C. Estrogen plus progestin and colorectal cancer in postmenopausal women. *N Engl J Med*. 2004; 350:991.
18. Cho E, Smith-Warner SA, Ritz J, Brandt P, Colditz GA, Folsom A, Freudenheim J, Giovannucci E, Goldbohm RA , Graham S, Holmberg L, Kim DH , Malila N, Miller AB, Pietinen P, Rohan TE, Sellers TA, Speizer F, Willett W, Wolk A, Hunter DJ. Alcohol intake and colorectal cancer:a pooled analysis of 8 cohort studies. *Ann Intern Med*. 2004; 140:603.
19. Clapp RW, Jacobs MM, Loecher EL.Environmental and occupational causes of cancer, *Rev Environ Health*,. 2008; 23: 1-37.

20. Cohen M. First-degree relatives of breast-cancer patients: cognitive perceptions, coping, and adherence to breast selfexamination. *Behavioral Medicine*, Washington. 2002; 28(1):15–22
21. Çadır G, Eksen M, Bütüner E, Tüzen H, Yetim H, Othan K, Arslan K. Muğla Merkez, Bayır, Yerkesik ve Yeşilyurt Sağlık Ocağı bölgelerinde yaşayan kadınların meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi konusundaki bilgi ve uygulama durumlarının belirlenmesi. *Uluslararası insan bilimleri dergisi*. 2004; 13(3):34-51.
22. Çalışır Z, Çalışkan D. Gıda katkı maddeleri ve insan sağlığı üzerine etkileri. *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi*. 2003; 32 (3): 206-207
23. Çenesiz E, Atak N. The evaluation of the researches in health belief model in Turkey. *TAF Prev Med Bull*. 2007; 6(6): 427-435
24. Daşdağ S. İyonlaştırıcı radyasyonlar ve kanser. *Dicle Tıp Dergisi*. 2010; 37(2): 177-185.
25. Davie R, Panting C, Charlton T. Mobile Phone Ownership and Usage Among Pre-adolescents, University of Gloucestershire. *Journal Telematics and Informatics*,. 2004; 21(4):359-373
26. Dawson P, Punwani S. The thyroid dose burden in medical imaging A reexamination. *Eur J Radiol*,. 2009; p: 69-74
27. Divisi D, Tommaso DS, Salvemini S, Garramone M, Crisci R. Diet and cancer. *Acta Biomed*. 2006; 77: 118-122.
28. Duman Y, Kaysadur H, Tekerekoğlu M. Hepatit B Virüsü Enfeksiyonunun Seroprevalansı. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2009; 16 (4) 243-245
29. Erdil F, Elbaş NÖ. Cerrahi Hastalıkları-Üroloji Hemşireliği. *Tasarım –Ofset*, 2. Baskı, Ankara.1997; s.96-98
30. Erman Y. Erkek ve Kadınların Diyet-Kanser İlişkisi Hakkında Bilgi ve İnanışları. A. Ü. Fen Bilimleri Enstitüsü, 2007, Ankara, Yüksek lisans tezi (Danışman: Doç. Dr. Ayşe Özfer Özçelik)

31. Fabrizio V, Paolo V, Kim O. Occupational exposures, environmental tobacco smoke, and lung cancer. *Epidemiology*. 2007; 18: 768-775
32. Farley J, Shin H, Bray F, Forman D, Mather C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008, *International Journal of Cancer*,. 2010; 127(12): 2893-2917
33. Garcia F, Newton J, Baldwin S. Cervical and Endometrial Cancer Prevention. In: *Fundamentals of Cancer Prevention*, Ed: Alberts DS, Hess LM. Springer,. 2005; 315-342
34. Geller AC, Annas G. Epidemiology of melanoma and melanom dışı skin cancer. *Semin Oncol Nurs*. 2003; 19(1):2-11.
35. Gibson D. Food stamp program participation is positively related to obesity in low income women. *J Nutr*,. 2003; 133(7): 2225-2231
36. Gibson N, Cave A, Doering D, Ortiz L, Harms P. Socio-cultural factors influencing prevention and treatment of tuberculosis in immigrant and Aboriginal communities in Canada. *Soc Sci Med*. 2005; 61(5): 931-942.
37. Giovannucci E. Modifiable risk factors for colon cancer. *Gastroenterol Clinic North*. 2002; 157: 434
38. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. (Eds.). *Health behavior and health education theory, research, and practice*. San Francisco. 2008; CA : Jossey Bass.
39. Goodman JE, Nascarella MA, Valberg PA. Ionizing radiation: a risk factor for mesothelioma. *Cancer Causes and Control*. 2009; 20: 1237-1254.
40. Göçgeldi E, Koçak N. Kendi kendine testis muayenesi konusunda genç erişkin erkeklere verilen eğitimin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2010; 52: 270-275.
41. Gölbaşı Z, Kutlar Z, Akdeniz H. Öğrenci Hemşireler Tarafından Bir Halk Eğitim Merkezinde Verilen Eğitimin Kadınların Meme Kanseri/Kendi Kendine Meme Muayenesine Yönelik Bilgi Ve Uygulamalarına Etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2007; 3:53-57.
42. Gönen Ö. Kolorektal Kanser Epidemiyolojisi. *Kolorektal Özel Sayısı, Türkiye Klinikleri Journal of Surgery*. 2004; 9:57-65.

43. Groten, JP, Butler W, Feron JV, Kozianowski G, Renwick AG, Walker R. An Analysis of the Possibility for Health Implication of Joint Actions and Interactions Between Food Additives", *Regulatory Toxicology and Pharmacology*. 2000; 31(1): 77-91
44. Gülmez, M. Üniversite Öğrencilerinin Cep Telefonu Satın Alma ve Kullanımını Etkileyen Faktörler Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitelerinde Bir Uygulama. *Erciyes Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2005; 24: 37-62
45. Günel SY, Günel Aİ. 25-55 Yaş Çalışan Kadınların Meme Kanseri Yönelik Davranışları. *Sağlık Ve Toplum*. 2000; 10(1): 21-24
46. Güran Ş. Kanserden Korunma, *Gülhane Tıp Dergisi*. 2005; 47: 324-326
47. Hatipoğlu AA. Kanserde Erken Tanı ve Tarama Problemleri. İçinde: Türkiye’de Kanser Kontrolü. Tuncer AM, Onur Matbaacılık, Ankara. 2007; p: 381- 388
48. Hisar F. Tüberküloz Hemşireliğinde Sağlık İnanç Modeli ve Eylem Teorisi, *Türkiye Klinikleri*. 2011; 3(1): 38-44
49. Ho V, Yamal Jm, Atkdnsn En, Basen- Engqudst K, Tortolero- Luna G, Follen M. Predictors Of Breast And Cervical Screening İn Vietnamese Women İn Haris County, Houston, Texas. *Cancer Nursing*. 2005; 28(2): 119-129
50. Islam N, Kwon Sc, Sende R, Kathurda N. Breast And Cervical Cancer Screening Among Souh Asian Women İn New York City. *J Immigr Minor Health* Jul. 2006; 8 (3) : 211– 221
51. Janet H. Tobacco Promotion Restrictions: Ironies and Unintended Consequences, *Journal of Business Research*. 2004; 57: 1250– 1257.
52. Jirojwong S, MacLennan R. Health Beliefs, perceived self-efficacy, and breast self-examination among Thai Migrants in Brisbane. *Journal of Advanced Nursing*. 2003; 41(3): 241-249
53. Kakizoe T. Chemoprevention of cancer-focusing on clinical trials. *Jpn J Clinic Oncology*. 2003; 33: 421-42.
54. Karayurt Ö. Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği’nin Türkiye için uyarlanması ve kendi kendine meme muayenesi uygulama sıklığını etkileyen faktörlerin incelenmesi.

Ege Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Ana Bilim Dalı Doktora tezi, 2003, İzmir
(Danışman: Prof. Dr. Alev Dramalı)

55. Keskin Ö, Aksoy S. Meslek ilişkili kanserler. Hacettepe Tıp Dergisi. 2011; 42: 173-179
56. Khadra A, Oakeshott P. Pilot Study of Testicular Cancer Awareness and Testicular Self Examination in Men Attending Two South London General Practices. Family Practice 2002; 19(3): 294-296
57. Kılıçkap S, Aksoy S, Çelik İ. Kanserde Birincil Korunma, Dahili Tıp Bilimleri Dergisi. 2006; 13(2): 57-71
58. Koffman DM, Lee JW, Hopp JW, Emont SL The impact of including incentives and competition in a workplace smoking cessation program on quit rates. Am J Health Promotion. 1998; 13(2):105-111
59. Kostopoulou V, Katsouyanni K. The truth-telling issue and changes in lifestyle in patients with cancer. J Med Ethics. 2006; 32(12):693-697.
60. Kum S, Göksu UA, Kelkitli E, Yücel İ. Orta Karadeniz bölgesinde kendi kendine meme muayene sıklığı ve etki eden faktörler. Türk Onkoloji Dergisi. 2004; 19(1): 24-27
61. Lechner L, Oenema A, Nooijer J. Testicular Self-Examination Among Dutch Young Men Aged 15-19. Determinants of The İntention To Practice TSE. Health Education Research. 2002; 17(1): 73-84
62. Lok ASF, McMahon BJ. Chronic hepatitis B. Hepatology. 2007; 45(2): 507-539
63. Lopez M, Iglesias J, Vale MO, Comas A, Fernandez J, Vries H, Lana A, Garcia J, Lopez S, Cue A. Impact of a primary care intervention on smoking, drinking, diet, weight, sun exposure, and work risk in families with cancer experience, Cancer Causes Control. 2007. 18:525-535
64. MacKie RM. Awareness, knowledge and attitudes to basal cell carcinoma and actinic keratoses among the general public within Europe. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2004; 18: 552-555.

65. Madlensky L, Vierkant RA, Vachon CM, Pankratz VS, Cerhan JR, Vadaparampil ST, Sellers TA. Preventive health behaviors and familial breast cancer. *Cancer Epidemiol Biomark.* 2005; 14: 2340–2345.
66. Morimoto LM, White E, Chen Z, Chlebowski RT, Hays J, Kuller L, Lopez AM, Manson J, Margolis KL, Muti PC, Stefanick ML, McTiernan A. Obesity, body size, and risk of postmenopausal breast cancer: the Women’s Health Initiative (United States). *Cancer Causes Control.* 2002; 13(8): 741-751.
67. Murff HJ, Peterson NB, Greevy RA, Harvey J, Robert A, Martha J. Weizheng MD. Early Initiation of Colorectal Cancer Screening in Individuals with Affected First-degree Relatives. *Society of General Internal Medicine.* 2007; 22(1):121-126
68. Nahcivan N, Seçginli S. Meme Kanserinde Erken Tanıya Yönelik Tutum Ve Davranışlar: Bir Rehber Olarak Sağlık İnanç Modelinin Kullanımı, C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2003; 7(1): 25-31
69. Nahleh Z, Bhatti N, Mal M. How to reduce your cancer risk: mechanisms and myths, *Int. Journal of General Medicine.* 2011; 4: 277-287
70. Norat T, Bingham S, Ferrari P, Slimani N, Jenab M, Mazuir M. Meat, fish and colorectal cancer risk: the European Prospective Investigation into cancer and nutrition. *J Natl Cancer.* 2005; 97(12): 906-916
71. Park S, Chang S, Chung CW. Effects of a Cognition-Emotion Focused Program to Increase Public Participation in Papanicolaou Smear Screening, *Public Health Nursing.* 2005; 22(4); 289-298
72. Pender N, Murdaugh CL, Parson MA. Health promotion in nursing practice (5th ed.). Upper Saddle River. NJ: Prentice Hall. 2006; p: 110-112
73. Rawl S, Champion VL, Menon U, Loehrer P, Vance GH, Skinner CS. Validation of scales to measure benefits of and barriers to colorectal cancer screening. *J Psychosoc Oncol.* 2001; 19(4): 47-63.
74. Recapholi MH. Health risks from the use of mobile phones. *Toxicology Letters.* 2001; 120: 323–331

75. Rhee JS, Davis-Malesevich M, Logan BR, Neuburg M, Burzynski M, Nattinger AB. Behavior modification and risk perception in patients with melanom dışıa skin cancer. 2008; 107(2):62-68
76. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation (Review). The Cochrane Collaboration. 2006; p: 1-32.
77. Rodríguez-Reimann DI, Nicassio P, Reimann JO, Gallegos PI, Olmedo EL.. Acculturation and health beliefs of Mexican Americans regarding tuberculosis prevention. J Immigr Health. 2004; 6(2): 51-62
78. Rudberg L, Nilsson S, Wikblad K, Carlsson M. Testicular Cancer and Testicular Self-examination: Knowledge and Attitudes of Adolescent Swedish Men. Cancer Nursing. 2005; 28(4): 256-265
79. Ruthotto F, Papendorf F, Wegener G, Unger G, Dlugosch B, Korangy1 F, Manns1 MP, Greten TF. Participation in screening colonoscopy in first-degree relatives from patients with colorectal cancer, Annals of Oncology. 2007; 18: 1518–1522
80. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı. Türkiye’ de Kanser Kayıtlılığı. Ankara-2011
81. Saunders T. Health hazards and electromagnetic fields. Complementary Therapies in Nursing and Midwifery. 2003; 9: 191-197.
82. Schmer C, Ward-Smith P, Latham S, Salacz M. When a family member has a malignant brain tumor: the caregiver perspective. J Neurosci Nurs. 2008; 40(2):78-84
83. Seyhan N. Elektromanyetik kirlilik ve sağlığımız. Nöropsikiyatri Arşivi. 2010; 47: 158-61
84. Sinicrope PS, Patten CA, Clark LP, Brockman TA Pamela S, Christi P, Lara C, Tabetha B, Rock E, Marlene H, Larra R, Vierkant R, Vachon C, Fredericksen Z, Janney C, Sellars T, Cerhan J. Adult daughters' reports of breast cancer risk reduction and early detection advice received from their mothers: an exploratory study. Psychooncology. 2009; 18(2): 169-178.
85. Somonluoğlu S. Meme Kanseri: Belirtileri ve Erken Tanıda Kullanılan Tarama Yöntemleri, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2009; 10(4)

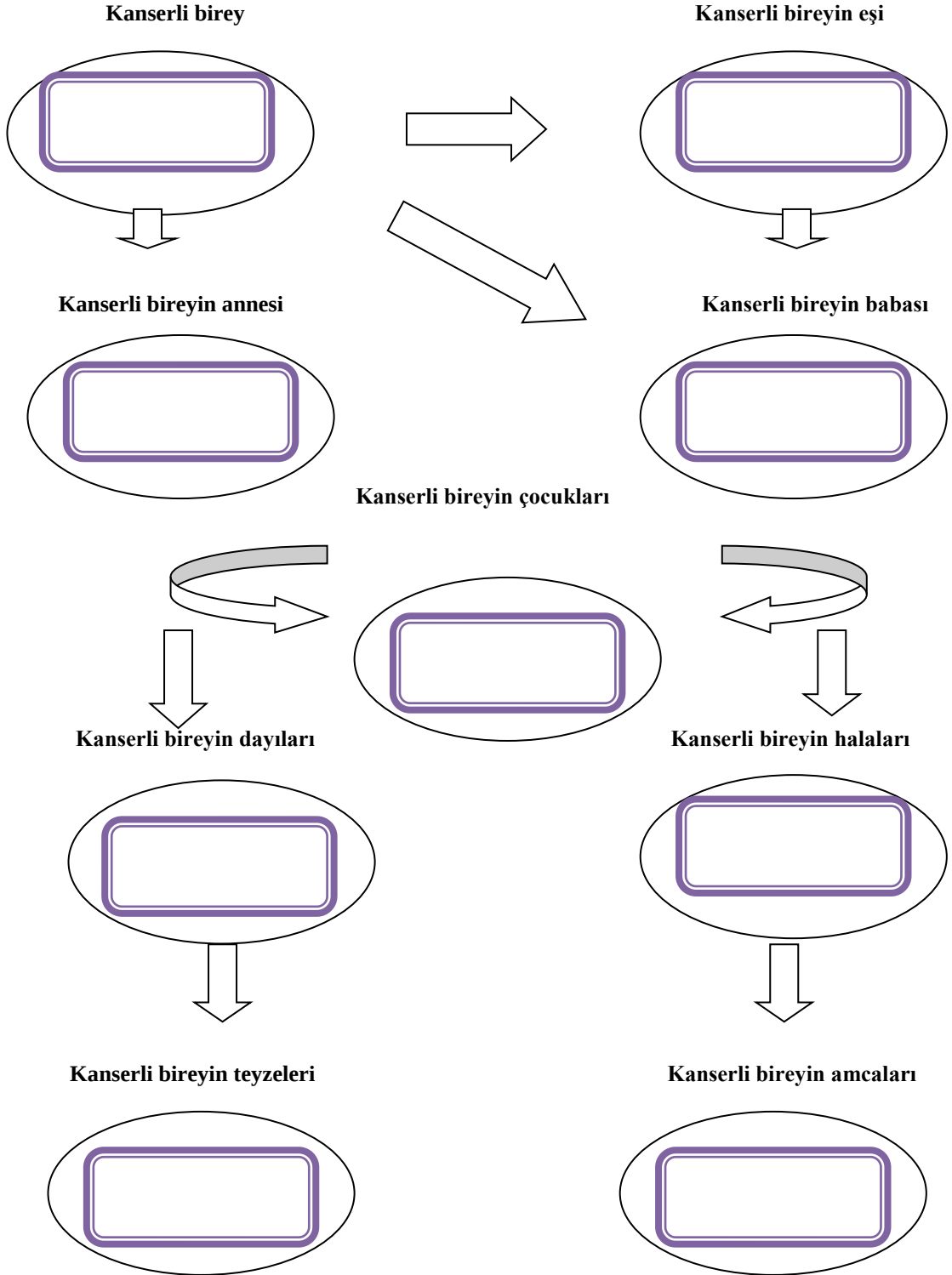
86. Taylor G, Mollick DK, Heilman ER. Merkel cell carcinoma. In: Rigel DS, Friedman RJ, Dzubow LM, Reintgen DS, Bystry JC, Marks R. Philadelphia. 2005; p: 323-327
87. Temel H. Sivas İl Merkezinde Yasayan 35 Yas Ve Üzeri Kadınların Serviks Kanseri Ve Erken Teşhis Yöntemi Olan Pap Testi Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları, C.Ü. Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, 2008, Sivas
88. Temple N. Nutrition in Cancer Prevention: An Integrated Approach, Journal of the American College of Nutrition. 2002; 21(2): 79–83
89. Terry P, Giovannucci E, Michels KB, Karin B, Leif B, Hansen H, Holmberg L, WolkFruit A. Vegetables, dietary fiber and risk of colorectal cancer. J Natl Cancer Inst. 2001; 93(7) : 525-533
90. Tuncer M. Türkiye’de Kanser Kontrolü. Sağlık Banklığı Kanserele Savaş Daire Başkanlığı, 2009, Ankara
91. Tuzcu A, Bahar Z. Göçmen Kadınlarda Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli Kullanımının Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarındaki Değişime Etkisi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2012; 28 (2) : 91-103
92. Uysal A, Birsal A. Knowledge about cervical cancer risk factors and pap testing behaviour among turkish women. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2009; 10: 345-350.
93. Ünal G, Orgun F. Kanserden Korunmaya İlişkin Eğitim Programının Uygulanması ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2006; 13(1): 31-35
94. Wardle J, Steptoe A, Burckhardt R, Vogelee C, Vila J, Zarczynski Z. Testicular Self-Examination : Attitudes and Practices Among Young Men in Europe. Preventive Medicine. 1994; 23(2): 206-210
95. Wolin KY, Yan Y, Colditz GA. Physical activity and colon cancer prevention: a meta-analysis. Br J Cancer. 2009; 100:611.
96. Yaren H, Karayılanoğlu T. Radyasyon ve insan sağlığı üzerine etkileri. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni,. 2005; 4(4): 201-203

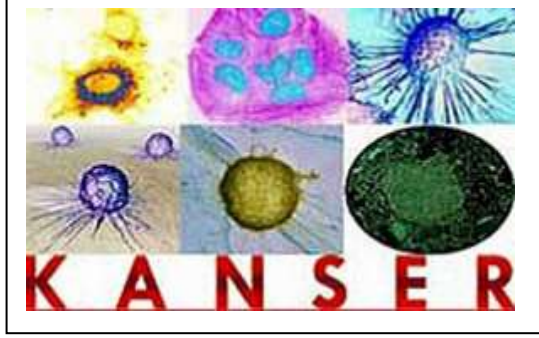
97. Yazıcı H, Özbay Y. Üniversite öğrencilerinin sigara içme davranışlarıyla özyeterlik inançları arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2004; 7: 91-107
98. Yıldız M. Kamu Siyasaları Açısından Cep Telefonu Teknolojisi ve Mobil Devlet. Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2006; 24 (1): 241-263
99. Zemheri E, Koyuncuer A. Servikal Kanserlerin Erken Tanısın Pap Testinin Önemi. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi. 2005; 14: 1–4

10. EKLER

(EK – 1)

GENOGRAM





SAYIN:.....

***KANSERİN KADERİ
SİZİN ELLERİNİZDE...***

***Aşağıda Belirtilen Kanserden
Korunma ve Erken Teşhis
Programına katılmanızı bekliyoruz***

***YER: Kocaeli Üniversitesi Araştırma
ve Uygulama Hastanesi Morfoloji
Binası Konferans Salonu***

TARİH VE SAAT:

3.10.2014

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ

KANSERDEN KORUNMA PROGRAMI

Nasrullah Özlü
Nasrullah Özlü

Nasrullah Özlü
Nasrullah Özlü

İÇERİK PLANI

1. Kanser Nedir ve Nedenleri
2. Kanser Türleri
3. Kanserlerin Belirtileri
4. Kanserlerin Tanımları
5. Kanserlerin Tedavileri
6. Kanserlerin Önlenmesi
7. Kanserlerin İzlenmesi
8. Kanserlerin İzlenmesi
9. Kanserlerin İzlenmesi
10. Kanserlerin İzlenmesi
11. Kanserlerin İzlenmesi
12. Kanserlerin İzlenmesi
13. Kanserlerin İzlenmesi
14. Kanserlerin İzlenmesi
15. Kanserlerin İzlenmesi
16. Kanserlerin İzlenmesi
17. Kanserlerin İzlenmesi
18. Kanserlerin İzlenmesi
19. Kanserlerin İzlenmesi
20. Kanserlerin İzlenmesi
21. Kanserlerin İzlenmesi
22. Kanserlerin İzlenmesi
23. Kanserlerin İzlenmesi
24. Kanserlerin İzlenmesi
25. Kanserlerin İzlenmesi
26. Kanserlerin İzlenmesi
27. Kanserlerin İzlenmesi
28. Kanserlerin İzlenmesi
29. Kanserlerin İzlenmesi
30. Kanserlerin İzlenmesi
31. Kanserlerin İzlenmesi
32. Kanserlerin İzlenmesi
33. Kanserlerin İzlenmesi
34. Kanserlerin İzlenmesi
35. Kanserlerin İzlenmesi
36. Kanserlerin İzlenmesi
37. Kanserlerin İzlenmesi
38. Kanserlerin İzlenmesi
39. Kanserlerin İzlenmesi
40. Kanserlerin İzlenmesi
41. Kanserlerin İzlenmesi
42. Kanserlerin İzlenmesi
43. Kanserlerin İzlenmesi
44. Kanserlerin İzlenmesi
45. Kanserlerin İzlenmesi
46. Kanserlerin İzlenmesi
47. Kanserlerin İzlenmesi
48. Kanserlerin İzlenmesi
49. Kanserlerin İzlenmesi
50. Kanserlerin İzlenmesi
51. Kanserlerin İzlenmesi
52. Kanserlerin İzlenmesi
53. Kanserlerin İzlenmesi
54. Kanserlerin İzlenmesi
55. Kanserlerin İzlenmesi
56. Kanserlerin İzlenmesi
57. Kanserlerin İzlenmesi
58. Kanserlerin İzlenmesi
59. Kanserlerin İzlenmesi
60. Kanserlerin İzlenmesi
61. Kanserlerin İzlenmesi
62. Kanserlerin İzlenmesi
63. Kanserlerin İzlenmesi
64. Kanserlerin İzlenmesi
65. Kanserlerin İzlenmesi
66. Kanserlerin İzlenmesi
67. Kanserlerin İzlenmesi
68. Kanserlerin İzlenmesi
69. Kanserlerin İzlenmesi
70. Kanserlerin İzlenmesi
71. Kanserlerin İzlenmesi
72. Kanserlerin İzlenmesi
73. Kanserlerin İzlenmesi
74. Kanserlerin İzlenmesi
75. Kanserlerin İzlenmesi
76. Kanserlerin İzlenmesi
77. Kanserlerin İzlenmesi
78. Kanserlerin İzlenmesi
79. Kanserlerin İzlenmesi
80. Kanserlerin İzlenmesi
81. Kanserlerin İzlenmesi
82. Kanserlerin İzlenmesi
83. Kanserlerin İzlenmesi
84. Kanserlerin İzlenmesi
85. Kanserlerin İzlenmesi
86. Kanserlerin İzlenmesi
87. Kanserlerin İzlenmesi
88. Kanserlerin İzlenmesi
89. Kanserlerin İzlenmesi
90. Kanserlerin İzlenmesi
91. Kanserlerin İzlenmesi
92. Kanserlerin İzlenmesi
93. Kanserlerin İzlenmesi
94. Kanserlerin İzlenmesi
95. Kanserlerin İzlenmesi
96. Kanserlerin İzlenmesi
97. Kanserlerin İzlenmesi
98. Kanserlerin İzlenmesi
99. Kanserlerin İzlenmesi
100. Kanserlerin İzlenmesi

KANSER OLUŞUMU

Normal hücre

Mutasyon ile anormal hücreye dönüşüm

Tümörün kan dolaşımına girmesi

Tümörün kan dolaşımına girmesi

Hangi organlarda kanser olur?

Kanser tek bir hastalık olmayıp, vücuttaki tüm doku ve organlarda kanser gelişebilir.

İYİ HUYLU VE KÖTÜ HUYLU TÜMÖR NE DEMEKTİR?



- > İyi huylu (benign) tümörler kanser değildir.
- > Komşu bölgelere yayılmazlar.
- > Sınırları belirgindir.
- > Komşu dokuları eritmezler.
- > Bu hücreler, onkogen yani farklılaşmışlardır.
- > Tamamen çıkartıldığı zaman genellikle tekrarlamazlar.



- > Kötü huylu (malign) tümörler ise kanser olarak adlandırılır.
- > Komşu organ ve dokulara yayılır, kemikdoku ile karıştırdıklarında onu dahi eritir.
- > Sınırları belirsizdir.
- > Lenf ve kan yoluyla uzak organlara da yayılır.

KANSERİN ÖNEMİ



Yurdumuzda en sık görülen kanserler;

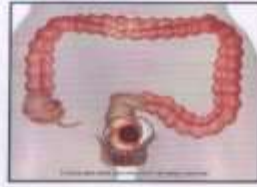
ERKEKLERDE;



AKCİĞER KANSERİ



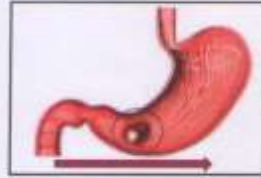
PROSTAT KANSERİ



KALIN BAĞIRSAK KANSERİ



REKTUM KANSERİ



MİDE KANSERİ



PANKREAS KANSERİ

KADINLARDA;



MEME KANSERİ



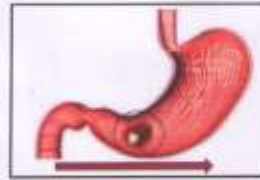
AKCİĞER KANSERİ



KALIN BAĞIRSAK KANSERİ



SERVİKS VE OVER KANSERİ



MİDE KANSERİ



KANSERDE RİSK FAKTÖRLERİ

Kanserli Faktörler	Kanserli Olmayan Faktörler
• Sigara içmek • Alkol kullanmak • Yavaş beslenmek • (Kıyafet) Fiziksel aktivitede bulunmamak • Kimyasal maddelere maruz kalmak • Uzun süre koruyucu güneş altında kalmak • Bazı virüsler (Hepatit B, HPV, rotavirüs) • Çevre kirliliği (Hava, su, toprak vs.) • Radyasyona maruz kalmak	• Hormonal Faktörler • Bağırsakta benlikler • Kalıtsal mutasyonlar • Diğer genetik nedenler • Yaş



- Bağırsak ve mesane alışkanlıklarının değişiklikleri,
- İyileşmeyen yaralar,
- Zamanlı kanama ve akıntı,
- Meme veya başka bölgelerde sertlik,
- Hazımsızlık veya yutma güçlüğü,
- Benler veya tır ciltin belirgin değişiklikli,
- Hızlı öksürük veya ses kısıklığı,

KANSERDEN NASIL KORUNURUZ???

Günümüzde artık kanserle savaşta, hastalığa yakalanmamak için alınan tedbirler daha ön planda düşünülmektedir.



Bu da, kanser oluşturan etmenlerden elden geldiğince uzak durmak, ailesel kanser olma riski varsa buna da ilgili risklerin araştırılması ve erken tanı için düzenli kontrol yaptırılmasından geçmektedir.

KANSERDEN KORUNMA VE ERKEN TANI STRATEJİLERİ

KANSERE NEDEN OLAN FAKTÖRLER



SİGARA VE KANSER



- Sigara başta akciğer kanseri olmak üzere kalp, damar, sinir sistemi hastalıklarına yol açmaktadır.
- Dünya genelinde yaklaşık 4 milyondan fazla kişi sigaradan ölmektedir.
- Sigara içenlerin yaklaşık yarısı 35-69 yaşları arasında vakitsiz hayatını kaybetmektedir.
- Bu kişilerin kayb ettikleri yaşam süresi ortalama 22 yıldır.

**Dünya Sağlık Örgütü'ne göre;
DÜNYANIN EN BÜYÜK
SAĞLIK SORUNU SİGARADIR**

SAĞLAM AKCİĞER SİGARA İÇENİN AKCİĞERİ



ZARARSIZ SİGARA VAR MIDIR?

- Hayır!..
- Sigaranın hiçbir türü zararsız değildir ve insan sağlığına zarar verdiği halde satışına izin verilen tek ticari mal sigaradır.



Sigara Öncesi

Sigara Sonrası

- İçilen her sigaranın insan sağlığına zararı vardır. Az sayıda sigara içenlerin akciğerlerinde bile bozukluklar saptanmıştır.
- Sigara içenlerin büyük çoğunluğu az sayıda sigara içmeyi başaramamaktadır.



**NİKOTİN=BAĞIMLILIK YAPICI
MADDE**

- Uyarsandır
- Enerjiyi artırır
- İnsana keyif verici etkiler oluşturur
- Konsantrasyonu artırır
- El - göz koordinasyonunu artırır
- İştahı azaltır



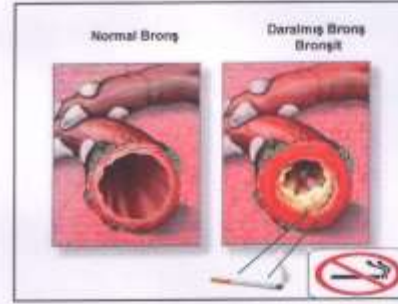
PASİF İÇİCİ MİYİM???



SİGARA NEDENLİ DUDAK KANSERİ



**sağ akciğerde yuvarlak
tümöral kitle**

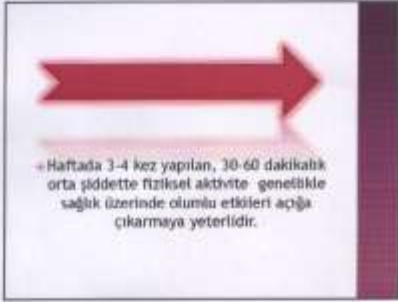
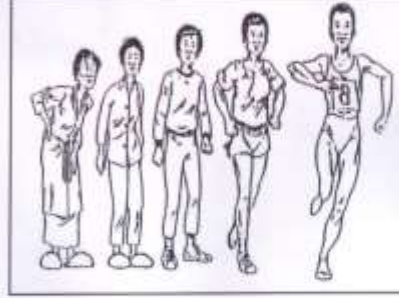


**SİĞARA İÇENLER SİĞARAYI
BERAKMAK İSTİYORLAR MI?**

*Sigara içenlerin %67'si
sigarayı bırakmak istiyor.
Günde 18 adetten daha az
sigara içenlerin sigara
bırakma istekleri az
bulunmaktadır.*









GÜNLÜK YAŞAMDAKİ AKTİF OLMAYAN VE AKTİF OLAN YAKLAŞIMLAR

Aktif Olmayan

- Arasız ve yavaş hareketlerin kullanılması,
- Telefonla konuşmak
- İnsan yaprak
- İndirge veya tutuklu olmak
- Masa başında oturmak
- TV için uzaktan kumanda kullanmak

Aktif Olan

- Arasız hareketler
- Yürüyüşte ya da koşu sırasında yürümek
- Tanışık yürüyüşten gitmek
- Erken kalkmak ve ev içinde yürümek
- Yeni şeyler için zaman ayırmak
- Uzaktan kumanda kullanmamak





YANLIŞ BESLENME

- Bütün kanserlerin % 35'inden azını oluşturur
- **YÜKSEK YAĞ VE PROTEİN, DÜŞÜK LİFİÇEREN GIDALAR**
 - KALIN BARSAK
 - MIDE
 - RAHİN
 - PANCREAS
 - PROSTAT

KANSERLERİ RİSKİ ↑

KANSER OLUŞMASINDA FAKTÖRLER

- Fazla Tüketim (Tuz, Şeker, Yağ, Et)
- Yetersiz Tüketim (Mineraller) Vitaminler, Posa, Bitkisel maddeler
- Besinlere bulaşan zararlı maddeler
- Kötü alışkanlıklar (Sigara, Alkol)
- Yanlış pişirme usulleri (Kızartmalar, yanık gıdalar)

BESİNLERDEKİ KANSER YAPICI ÖZELLİKLER

- Doğal kansinojenler (Mantar zehirleri, Otlar)
- Kızartma ve yanma ile ortaya çıkan maddeler
- Besinlere ilave edilen zararlı maddeler .
(Tatlandırıcılar, Boyalar, konserve,)

KANSER OLUŞUMUNDA

- Erkeklerde kolon kanseri riski bel çapı ile orantılıdır
- Bel çevresi
- 94cm (Erkek)
- 80cm (Kadın) Geçmemelidir

Fizik aktivitesi fazla olan toplumlarda kolon Ca daha az.

- Kalın barsak kanseri dünyada en çok ABD ve kuzey Avrupa gibi gelişmiş, zengin ülkelerde görülür.
- Bu ülkelerde et, yağ ve şeker çok fazla tüketilir. Taze meyve ve sebzeye, salata az yenir.
- Etler genellikle yağda kızartılır.
- Maalesef, ülkemizde barsak kanseri artmaktadır.

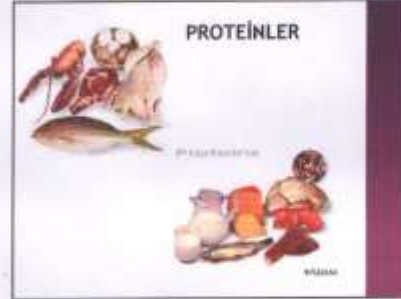


- Kadınlarda göbek çevresi yağ fazlalığı ile meme kanseri oluşması kolaylaşır.
- Bu ilişki bilimsel olarak kanıtlanmıştır.

BESİN ÖÇELERİ

1. Proteinler
2. Yağlar
3. Karbonhidratlar
4. Mineraller
5. Vitaminler
6. Su







Etnek ve tahıllar

Etnek ve bulğık, etek gırek, nekere, petek
bulğık ve tahıllar

Bakteriyel etekler:

Bakteriyel etekler
Açık eteklerde petekler
Açık eteklerde petekler

Bakteriyel etekler:

4-6 petek
3-4 petek, etek,
2/3 petek bulğık, petek ve tahıllar

**ALKOL
VE
KANSER**

- Alkol bağımlılık yapar.
- Aşırı alkol kullanımı önemli bir sosyal ve tıbbi sorundur.
- Alkolün zarar verici miktarının sınırı yoktur.
- Alkol miktarı arttıkça vücuda zararları artar.



Alkoliklerde kalp-damar hastalıklarından sonra en sık ölüm nedeni kanserdir.

Alkol kullananlara göre kansere yakalanma olasılıkları oldukça yüksektir (özellikle gırtlak, yemek borusu, mide ve pankreas kanserleri).

GÜNEŞ IŞIĞI VE KANSER



• Güneşten gelen yoğun **ultraviyole** ışınlar cilt kanserlerine neden olabilmektedir.



• Ayrıca cilt kanserinin nedenleri arasında genetik sebepler ve alınan radyasyon tedavileri de sayılabilir.

• Deri kanserinden korunmak için yapılması gereken zararlı güneş ışınlarından korunmaktır.





3.10.2014



21

«Günümüzde doğal olarak ya da teknolojik gelişmeler sonucu üretilen bir çok cihaz radyasyon yaymaktadır.»



RADYASYON

İYİLE RADYASYON YAYAN CİHAZLARDAN BAZILARI



Cep telefonu ve tüm elektrikli aletlerin yaydığı

RADYASYONDAN KORUNUN!



HAVA KİRLİLİĞİ

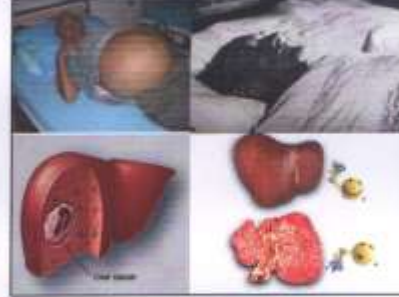






**HEPATİT B SİROZ İLE ORTAK ÇIKARILAN
KÖTÜ SONUÇLAR HELEDİR!**

Siroz
Karaciğer kanseri
Karaciğer yetersizliği
Fulminan hepatit denilen çok kısa sürede
(1 ay gibi...) karaciğer yetersizliğine
götüren ölümcül bir hastalık tipi



« Hepatit B aşılama kansere karşı geliştirilmiş ilk
aşılardan biri olarak bilinmektedir.



**KANSER TARAMA
TESTLERİ**



Serviks kanseri dünya genelinde;
kadınlarda görülme sıklığı açısından ikinci,
kanserin neden olduğu ölümlerde ise
üçüncü sırayı almaktadır.



Türkiye'de ise en sık
görülen jinekolojik kanserdir.



**JİNEKOLOJİK MUAYENE
VE
PAP SMEAR**

» Jinekolojik muayene ile genital organların durumu ve jinekolojik problemler değerlendirilir.



» Jinekolojik muayenenin 25 yaşından sonra yılda bir kez yapılması tavsiye edilmektedir.

» Test için ideal dönem adet bitiminden sonraki 7-10 günlük dönemdir.



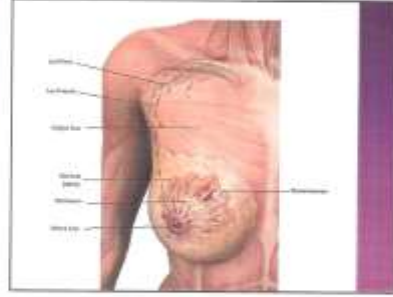
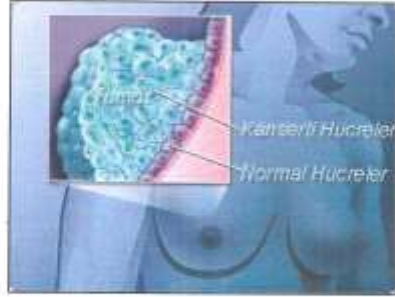
 Meme kanseri kadınlar arasında en sık görülen kanserdir.

» Kadınlarda ortaya çıkan kanserlerin %32'si, kansere bağlı ölümlerin %18'i meme kanserine bağlıdır.



➤ Her 11 dakikada 1 kadın meme kanseri nedeni ile hayatını kaybetmektedir.





YAŞ GRUBU	YÖNTEM	UYGULAMA SIKLIĞI
20-39 yaş kadınlar	KKMM Klinik muayene	Her ay 3 yılda bir
40-49 yaş kadınlar	KKMM Klinik muayene Mamografi	Her ay Her yıl 1 kontrol mamografi
50 yaş ve üzeri kadınlar	KKMM Klinik muayene Mamografi	Her ay Her yıl 1-2 yılda bir



😊 Kendi kendine meme muayenesi nde (KKMM) amaç, anormal dokuyu tanımlamak ve tedaviyi hızlandırmaktır.

😊 KKMM; memenin tüm dokularının elle muayenesi ve gözlenmesidir.

😊 KKMM yapan bir kadın, kısa süre içinde kendi meme dokusunu tanır.




➤ Kolaydır,
➤ Herkes tarafından uygulanabilir,
➤ Maliyeti yoktur,
➤ Herhangi bir malzeme gerektirmez,
➤ Bir sağlık kuruluşuna gitmeyi gerektirmez.

ÇÜNKÜ YAPAN SİZSİNİZ !!!

**MEME KANSERİNİN
ERKEN TANISINDA
EN ETKİLİ ARAÇ :**



KENDİ ELLERİNİZDİR.

😊 5 DAKİKA

Her iki memenin incelenmesi ve dokunulması toplam ;

😊 10 DAKİKA

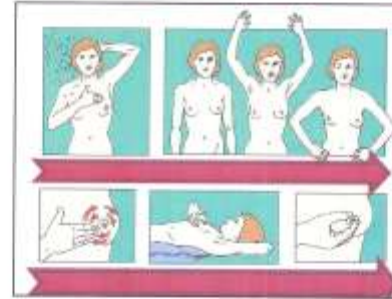
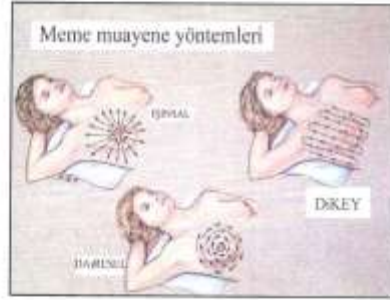
1. GÖZLE DEĞERLENDİRME

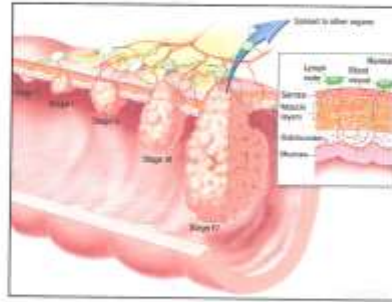
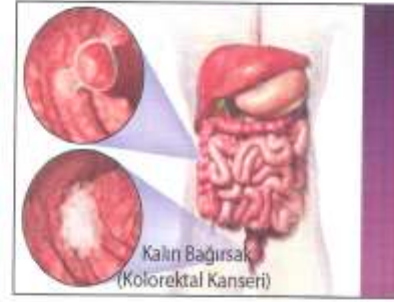
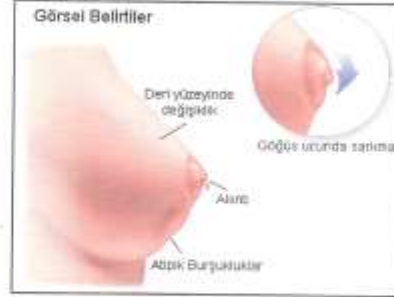
2. ELLE MUAYENE

A-AYAKTA

B-YATARAK

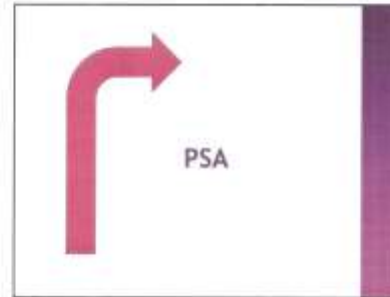








- 1- Gaytada gizli kan (GGK):
50 yaşından sonra yıllık
- 2- Sigmoidoskopi :
50 yaşından sonra 5 yılda bir kez
- 3- Baryumlu kolon grafisi:
50 yaşından sonra yıllık
- 4- Kolonoskopi:
50 yaşından sonra 10 yılda 1 kez



- 50 yaşın üzerinde olmak
- 40 yaşın üzerinde olmak ve ailenizde prostat kanseri tanısı konmuş akrabanızın olması
- Yapılan rutin prostat testlerinde anormal bir bulgunun saptanması
- Bir takım prostat klinik göstergelerinin olması

Sağlığınız için;

PSA ölçümünüz normalden
yüksek değilse belirli aralıklar
ile PSA ölçümlerinizi
yaptırmamız gerekir.



KENDİ KENDİNE
TESTİS MUAYENESİ



TESTİS KANSERLERİ 20-40 YAŞ ERKEKLERDE
EN SIK GÖRÜLEN KANSER
TİPLERİNDİR.

Belirtileri:

- Herhangi bir testiste kitle veya şişkinlik
- Skrotumda ağrılı şişkinlik
- Karnada veya kasıklarda ağrı
- Skrotumda sırt şişkinliği
- Testislerin birinde veya skrotumda ağrı



Kendi Kendine
Testis Muayenesi



3.10.2014



EK - 4

**SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE KANSER RİSKİ ANKET
FORMU**

Kanserli hastaların yakınlarına yönelik olarak kanserden korunma ve erken teşhis programı adı altında yürüttüğüm proje kapsamındaki anket sorularına samimiyetle yanıt vereceğiniz inancındayım. Destek ve katılımınız için teşekkür ederim.

**Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi
Özlem AYDEMİR**

Yaşınız

Cinsiyetiniz (İlgili seçeneği işaretleyiniz.)

1. Erkek

2. Kadın

Boyunuz

Kilonuz

Beden kitle indeksiniz(Araştırmacı tarafından hesaplanacaktır)

Medeni durumunuz (İlgili seçeneği işaretleyiniz.)

1. Evli

2. Bekar

Eğitim Durumunuz (İlgili seçeneği işaretleyiniz.)

1. Okur-yazar
2. İlköğretim
3. Lise
4. Önlisans
5. Lisans
6. Lisansüstü

Kanser hastası yakınınızın tanısı nedir? (İlgili seçeneği işaretleyiniz.)

1. Akciğer kanseri
2. Mide kanseri
3. Pankreas kanseri
4. Kolon (bağırsak) kanseri
5. Meme kanseri
6. Serviks veya endometrium (rahim ağzı veya rahim) kanseri
7. Yumuşak doku veya kemik sarkomu
8. Beyin tümörü
9. Larenks kanseri
10. Prostat kanseri
11. Mesane kanseri
12. Testis kanseri
13. Cilt kanseri
14. Yemek borusu (Özefagus) kanseri
15. Diğer (Belirtiniz).....

Kanser hastası yakınınızla akrabalık dereceniz nedir? (İlgili seçeneği işaretleyiniz.)

1. Annem
2. Babam
3. Kardeşim
4. Çocuğum
5. Eşim
6. Amcam
7. Halam
8. Dayım
9. Teyzem

Uzman bir hekim tarafından tanısı konulmuş sürekli bir hastalığınız var mı?

1. Evet
2. Hayır

Cevabınız evet ise hastalığın ne olduğunu belirtiniz (.....)

Sizce aşağıdaki etkenler kansere neden olur mu?

	Bilmiyorum	Evet	Hayır
Radyoaktif maddeler			
Sigara ve egsoz dumanı			
Elektrikli aletler			

Havadaki kirli gazlar			
Yiyecek katkı maddeleri			
Böcek ve tarım ilaçları			
Nükleer santraller			
Sigara kullanımı			
Alkol kullanımı			
Zayıf olmak			
Şişman olmak			
Et ve et ürünlerini fazla tüketmek			
Günde 3 ana 3 ara öğün şeklinde beslenmek			
Günde 5 porsiyon sebze veya meyve tüketmemek			
Hayvansal yağlardan zengin beslenmek			
Önlem almadan güneş altında kalmak veya güneşlenmek			
Hareketsiz yaşam tarzı			
Birinci derecede akrabalarda kanser olması			
Posalı yiyeceklerden fakir beslenmek			
Cep telefonu kullanımı			

Sigara kullanımınız

1. Hiç içmedim
2. Bıraktım
3. İçiyorum yıl.....adet/gün

Eğer sigara içiyorsanız bırakmayla ilgili düşünceniz nedir?

1. Sigarayı bırakmayı düşünmüyorum.
2. Sigarayı azaltmayı düşünüyorum.
3. Gelecek 6 ay içerisinde bırakmayı düşünüyorum.
4. Gelecek 1 ay içerisinde bırakmayı düşünüyorum.

Alkol kullanımınız

1. Hiç içmedim
2. Bıraktım
3. İçiyorum yıl....kadeh/gün

Eğer alkol kullanıyorsanız bırakmayla ilgili düşünceniz nedir?

1. Alkolü bırakmayı düşünmüyorum.
2. Alkolü azaltmayı düşünüyorum.
3. Gelecek 6 ay içerisinde bırakmayı düşünüyorum.
4. Gelecek 1 ay içerisinde bırakmayı düşünüyorum.

Egzersiz yapma durumunuzla ilgili aşağıdaki seçeneklerden size uygun olanı işaretleyiniz.

1. Haftada en az 3 kez 30 dk. egzersiz yapıyorum.
2. Düzenli olmasa da egzersiz yapıyorum.
3. Rutin işlerim dışında fiziksel aktivitede bulunmuyorum.
4. Egzersiz yapmak istiyorum fakat yapamıyorum.

Eğer düzenli egzersiz yapmıyorsanız gelecekte yapı yapmama ile ilgili düşünceniz nedir?

1. Egzersiz yapmayı düşünmüyorum.
2. Gelecek 6 ay içerisinde düzenli egzersiz yapmayı düşünüyorum.
3. Gelecek 1 ay içerisinde düzenli egzersiz yapmayı düşünüyorum.

Günde kaç ana öğün ve kaç ara öğün şeklinde besleniyor musunuz?

1. ana öğün
2. ara öğün

Günde kaç porsiyon sebze ve meyve tüketiyorsunuz?

1. porsiyon sebze
2. porsiyon meyve

Posalı yiyecekleri ne sıklıkta ve ne kadar tüketiyorsunuz?(tam tahıllı ekmekler, kuru baklagiller, sebze ve meyveler gibi..)

1. porsiyon/gün
2. porsiyon/hafta
3. porsiyon/ay

Beslenmenizde hangi tür yağları tüketiyorsunuz?

1. Margarin
2. Tereyağı
3. Hayvansal yağ(iç yağ gibi)

4. Mısır yağı
5. Ayçiçek yağı
6. Fındık yağı
7. Zeytin yağı
8. Diğer.....

Eğer beslenmenizde margarin, tereyağı ve iç yağı gibi hayvansal yağlar varsa bunların tüketimiyle ilgili gelecekteki planınız nedir?

1. Bu yağları kullanmaya devam edeceğim.
2. Bu yağları azaltmaya başlayacağım.
3. Gelecek 6 ay içerisinde bu yağları tamamen beslenmemden çıkaracağım.
4. Gelecek 1 ay içerisinde bu yağları tamamen beslenmemden çıkaracağım.

Direk güneş ışığından korunmak için hangi önlemleri alırsınız belirtiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1. Hiçbir önlem almam
2. 11-15 saatleri arasında güneşe çıkmam
3. Güneş ışığından koruyacak giysiler giyerim (şapka, gözlük, uzun kollu ve açık renkli giysiler gibi)
4. Koruyucu güneş kremleri kullanırım
5. Diğer.....

Aşağıdaki kanserojen maddelerden kendinizi koruyup korumadığınızı belirtiniz.

Radyoaktif maddeler	1. Evet	2. Hayır
Sigara ve egsoz dumanı	1. Evet	2. Hayır
Elektrikli aletler	1. Evet	2. Hayır

Havadaki kirli gazlar	1. Evet	2. Hayır
Nükleer santraller	1. Evet	2. Hayır

Yiyecek katkı maddeleri	1. Evet	2. Hayır
-------------------------	---------	----------

Böcek ve tarım ilaçları	1. Evet	2. Hayır
-------------------------	---------	----------

Diğer.....

Cep telefonu kullanırken aşağıdakilerin hangisi/hangilerine dikkat edersiniz?
(Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz).

1. Cep telefonu kullanmıyorum
2. Telefonu kulaklıkla kullanırım.
3. Telefonu üzerimde taşımam.
4. Uyurken telefonumu başucumda bulundurmam.
5. Cep telefonu ile uzun süre konuşmam.
6. Cep telefonu ile konuşurken hiçbir önlem almam

Daha önce hepatit B aşısı oldunuz mu?

1. Evet
2. Hayır

Eğer hepatit B aşısı yaptırmadıysanız yaptırıp yaptırmama ile ilgili düşünceniz nedir?

1. Hepatit B aşısı olmayı düşünmüyorum.
2. Gelecek 6 ay içerisinde hepatit B aşısı olmayı düşünüyorum.
3. Gelecek 1 ay içerisinde hepatit B aşısı olmayı düşünüyorum.

Sizce aşağıdaki testler kanserin erken tanısı için yaptırılmalı mıdır?

	Bilmiyorum	Evet	Hayır
20 yaşından sonra her aya kendi kendine meme muayenesi yapılması			
40 yaşından sonra her yıl mamografi çektilmesi			
Kadınların her yıl pap smear testi yaptırması			
40 yaşından sonra her yıl kanda PSA testinin yaptırılması			
20 yaşından sonra her ay kendi kendine testis muayenesi yapılması			
50 yaşından sonra her yıl gaitada gizli kan, kolonoskopi, sigmoidoskopi yaptırması			

50yaşının üzerindeyseniz her yıl dışkıda gizli kan batırıyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

Eğer dışkıda gizli kan baktırmıyorsanız baktırıp baktırmama ile ilgili düşünceniz nedir?

1. Dışkıda gizli kan baktırmayı düşünmüyorum.
2. Gelecek 6 ay içerisinde dışkıda gizli kan baktırmayı düşünüyorum.
3. Gelecek 1 ay içerisinde dışkıda gizli kan baktırmayı düşünüyorum.

50 yaşının altındaysanız gelecekte dışkıda gizli kan baktırmayı düşünüyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır
3. Bilmiyorum/Kararsızım

- Sadece kadınlar cevaplandıracaktır. –

Her ay kendi kendine meme muayenesi yapıyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

Eğer yapmıyorsanız gelecekte kendi kendine meme muayenesi yapıp yapmama ile ilgili düşünceniz nedir?

1. Kendi kendine meme muayenesi yapmayı düşünmüyorum
2. Gelecek 6 ay içerisinde kendi kendine meme muayenesi yapmayı düşünüyorum
3. Gelecek 1 ay içerisinde kendi kendine meme muayenesi yapmayı düşünüyorum

Her yıl pap smear testi yaptırıyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

Eğer pap smear testi yaptırmıyorsanız yaptırıp yaptırmama ile ilgili düşünceniz nedir?

1. Pap smear testi yaptırmayı düşünmüyorum.
2. Gelecek 6 ay içerisinde pap smear testi yaptırmayı düşünüyorum
3. Gelecek 1 ay içerisinde pap smear testi yaptırmayı düşünüyorum

40 yaşının üzerindeyseniz her yıl mamografi çektiriyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

Eğer mamografi çektirmiyorsanız çektirip çektirmeme ile ilgili düşünceniz nedir?

1. Mamografi çektirmeyi düşünmüyorum.
2. Gelecek 6 ay içerisinde mamografi çektirmeyi düşünüyorum.
3. Gelecek 1 ay içerisinde mamografi çektirmeyi düşünüyorum.

40 yaşının altındaysanız gelecekte mamografi çektirmeyi düşünüyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır
3. Bilmiyorum/Kararsızım

- Sadece erkekler cevaplandıracaktır. -

Her ay kendi kendine testis muayenesi yapıyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

Eğer yapmıyorsanız gelecekte kendi kendine testis muayenesi yapıp yapmama ile ilgili düşünceniz nedir?

1. Kendi kendine testis muayenesi yapmayı düşünmüyorum
2. Gelecek 6 ay içerisinde kendi kendine testis muayenesi yapmayı düşünüyorum
3. Gelecek 1 ay içerisinde kendi kendine testis muayenesi yapmayı düşünüyorum

50 yaşının üzerindeyseniz her yıl kanda PSA testi yaptırıyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

Eğer kanda PSA testi yaptırmıyorsanız yaptırıp yaptırmama ile ilgili düşünceniz nedir?

1. Kanda PSA testi yaptırmayı düşünmüyorum.
2. Gelecek 6 ay içerisinde kanda PSA testi yaptırmayı düşünüyorum.
3. Gelecek 1 ay içerisinde kanda PSA testi yaptırmayı düşünüyorum.

50 yaşının altındaysanız gelecekte kanda PSA testi yaptırmayı düşünüyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır
3. Bilmiyorum/Kararsızım



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
REKTÖRLÜĞÜ



Sayı : B.30.2 KOU 0.00.00.00 - 213 - 3307
Konu : Özlem AYDEMİR'in
Tez çalışması

Tarih:
12 AĞUSTOS 2011

MARMARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ'NE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı'na)

İLGİ : (a) Marmara Üniversitesi Rektörlüğü'nün 27.7.2011 gün ve 13870 sayılı yazısı
(b) Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği'nin
11.8.2011 gün ve 3873 sayılı yazısı

İlgi (a) ile bildirilen; Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği
Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Özlem AYDEMİR'in, tez çalışmasını Üniversitemiz
Araştırma ve Uygulama Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'nde yapması uygun
değerlendirilmektedir.

Bilgi ve gereğini arz ve rica ederim.

(Handwritten signature)
Prof. Dr. Hasret ÇOMAK

Rektör Yardımcısı

T.C.
MARMARA ÜNİ. REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı
Tarih: 15-08-2011
Sayı: 3706
Gönderen: Behre Hn.

T.C. MARMARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ	
Tarih:	12-08-2011
Sayı:	32.00-23423
Bürosu:	Öğrenci İşleri

DAĞITIM :

Gereği :

Marmara Üniversitesi Rektörlüğü'ne
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı'na)

Bilgi :

Araştırma ve Uygulama Hastanesi
Başhekimliğine

Öğr. İşl. Daire Başk.
12.08.2011
M.B.



KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



ARAŞTIRMA ONAY FORMU

BASVURU BİLGİLERİ	PROJE NO : 2011/91	KAEEK 9/8
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ VE SEVİYESİ	Yüksek Lisans Tezi
	ARAŞTIRMANIN ADI	Hastane temelli kanserden korunma ve erken teşhis programının kanser hastası yakınlarının bilgi, tutum ve davranışlarına etkisi
	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI KURUMU	Özlem Aydemir Yrd. Doç. Dr. Hasibe Kadioğlu
	ARAŞTIRMANIN YERİ	KOU Tıp Fak. Onkoloji BD
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	+
	GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU	+
	AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	+
	ARAŞTIRMANIN BÜTÇESİ	-

KARAR BİLGİLERİ	Etik değerlendirme amacıyla başvuru projesi 11.07.2011 tarihinde Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nda KAEEK çalışması esasları dikkate alınarak incelenmiş ve araştırma etiğine uygun tasarlanmış olmasından dolayı onaylanmasına karar verilmiştir.
------------------------	--

ÇALIŞMA ESASLARI	ETİK KURUL BİLGİLERİ Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420), Helsinki Bildirgesi (2008), İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu (1995/2009), İnsan Denekleri İçeren Biyomedikal Araştırmaların Uluslararası Rehber Kuralları (CIOMS, 2002), Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (10 Mart 2011/6212), Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi (4 Nisan 1997), Ek Madde -10 (6 Nisan 2011, 6225)
-------------------------	---

ÜYELER					
Unvanı / Adı Soyadı	Uzmanlık	Kurumu	Cins.	İlişki *	İmza
Prof. Dr. Nerrin ERSOY Başkan	Deontoloji	KOU TF Tıp Tarihi ve Etik AD.	K	☐ E ☐ H	Katılmadı
Prof. Dr. Cilek URAL Başkan Yard.	Kardiyoloji	KOU TF Kardiyoloji AD.	K	☐ E ☐ H	W. Çelik
Prof. Dr. B. Faruk ERDEN Üye	Farmakoloji	KOU TF Farmakoloji AD.	E	☐ E ☐ H	
Prof. Dr. Yeşim GURBÜZ Üye	Patoloji	KOU TF Patoloji AD.	K	☐ E ☐ H	
Doç. Dr. Gökcan TÜRKER Üye	Pediyatri	KOU TF Çocuk Sağlığı ve Hast. AD.	K	☐ E ☐ H	
Doç. Dr. Eray ÇALIŞKAN Üye	Kadın Doğum	KOU TF Kadın Hast. ve Doğum AD.	E	☐ E ☐ H	
Doç. Dr. Firuzan Y. AKAR Raportör	Eczacı	KOU TF Farmakoloji AD.	K	☐ E ☐ H	
Doç. Dr. Hale MARAL KIR Üye	Biokimya	KOU TF Biokimya AD.	K	☐ E ☐ H	
Yard. Doç. Dr. Ayşe KARSON Üye	Fizyoloji	KOU TF Fizyoloji AD.	K	☐ E ☐ H	
Dr. Sabri MEDİŞOĞLU Üye	Pratisyen Hekim	Kocaeli İl Sağlık Müd. Yard.	E	☐ E ☐ H	Katılmadı
Dr. Mujde İLGÜN Üye	Halk Sağlığı	İzmit Sağlık Grup Başkanlığı	K	☐ E ☐ H	
Av. Ersayın İŞİK Üye	Avukat	Kocaeli Barosu	E	☐ E ☐ H	Katılmadı
Jale Gülizar ÇORAKÇI Üye	Hasta Hakları Savunucusu	Sivil Toplum Örgütünden Emekli Öğretmen	K	☐ E ☐ H	Katılmadı

* Araştırma ile İlişki ** Toplantıda Bulunma



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Klinik Araştırmalar
Ön Değerlendirme Komisyonu

PROJENİN ADI: Hastane’ de Uygulanan “Kanserden Korunma ve Erken Teşhis Programının” Kanser Hastası Yakınlarının Bilgi, Tutum ve Davranışlarına Etkisi
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ: Yrd. Doç. Dr. Hasibe KADIOĞLU
PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR: Özlem AYDEMİR
ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI: 23.09.2011 – 4

Sayın Yrd. Doç. Dr. Hasibe KADIOĞLU

97 protokol nolu “Hastane’ de Uygulanan “Kanserden Korunma ve Erken Teşhis Programının” Kanser Hastası Yakınlarının Bilgi, Tutum ve Davranışlarına Etkisi” isimli projeniz Enstitümüzün ön değerlendirme komisyonunda incelenmiş ve araştırmanın Komisyonumuzun ön değerlendirme kriterlerine uygunluğuna karar verilmiştir.

Prof. Dr. Gülden Z. OMURTAG
Komisyon Başkanı

Doç. Dr. Ebru IŞIK ALTURFAN
Komisyon Başkan Yardımcısı

Prof. Dr. Bahar GÜRSOY

Prof. Dr. Gal AYANOĞLU DÖLGER

Prof. Dr. Can İKİZLER

Prof. Dr. Refika ERSU

Doç. Dr. Oğuzhan DEYNELİ

Doç. Dr. Asım CİNGİ

Yrd. Doç. Dr. Murat ÇEKİN

Yrd. Doç. Dr. Mustafa TAŞDEMİR

Öğr. Gör. Dr. Tolga GÜVEN

Marmara Üniversitesi Haydarpaşa Kampüsü
34688 Üsküdar İSTANBUL

0 (216) 414 44 23
0 (216) 414 44 23/12 (Faks)

saglikagenci@marmara.edu.tr
http://saglik.marmara.edu.tr

Kimlik bilgilerinin gizli tutulacağına dair güvence araştırmacı Özlem Aydemir tarafından, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, araştırmacı Özlem Aydemir 0555 5634305 ten arayabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti kabul ediyorum. İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün Adı / Soyadı:

Tarih:

İmzası:

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı:

Tarih ve imzası:

11. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	ÖZLEM	Soyadı	AYDEMİR DEDE
Doğum Yeri	KIZILTEPE	Doğum Tarihi	08.01.1984
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	11252835388
E-mail	oz.gs@hotmail.com	Tel	05555634305

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Marmara Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	2014
Lisans	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	2008
Lise	Şehit Osman Altinkuyu Anadolu Lisesi	2002

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre
1.	Servis Hemşiresi	Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi	2010-Halen
2.	Reanimasyon Yoğun Bakım Hemşiresi	Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2009-2010
3.	Cerrahi Yoğun Bakım Hem.	Florence Nightingale Hastanesi	2008-2009

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	İyi	Orta	İyi

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Ms Office	İyi

ÖZLEM AYDEMİR DEDE	MARMARA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ	YÜKSEK LİSANS TEZİ	İSTANBUL 2014
---------------------------	--	---------------------------	----------------------