

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İZMİR METROPOLÜ, ANA ÇOCUK SAĞLIĞI VE AİLE
PLANLAMASI MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN EBE VE
HEMŞİRELERİN JİNEKOLOJİK KANSERLERİN ERKEN
TANISI VE KORUNMASI KONUSUNDAKİ BİLGİ
DÜZEYLERİ VE UYGULAMALARININ İNCELENMESİ

49764

Hemşirelik Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

YÜKSEK HEMŞİRE: NURSEN DEMİREL BOLSOY

Danışman Öğretim Üyesi
Yard. Doç. Dr. Ahsen ŞİRİN

İZMİR-1996

ÖNSÖZ

Tezimin her aşamasında yol gösterici ve destekleyici yardımlarını esirgemeyen danışman hocam Sayın Yard. Doç. Dr. Ahsen ŞİRLİN'e, verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde katkıda bulunan Ege Üniversitesi Bilgisayar Mühendisliği'nde Uzman Timur KÖSE'ye, araştırmaya katılmayı kabul eden tüm ebe ve hemşirelere, araştırmanın yazımını gerçekleştiren Nazan TUNA'ya, araştırmanın tüm aşamalarında desteğini esirgemeyen değerli eşim Gürcan BOLSOY'a teşekkür ederim.

Yük.Hemşire: Nursen Demirel BOLSOY

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖNSÖZ	II
İÇİNDEKİLER	III
TABLolar DİZİNİ	VI
BÖLÜM I	
GİRİŞ	1
1.1.Araştırmanın Amacı	2
1.2.Konu ile İlgili Genel Bilgiler	4
1.2.1.Kanser	4
1.2.2.Genital Organ Tümörleri	6
1.2.2.1.Genital Organların Sık Görülen Selim Tümörleri	6
1.2.2.2.Genital Organların Kötü Huylu Tümörleri	8
A-Vulva Kanseri	8
B-Vaginanın Habis Tümörleri	11
C-Uterusun Habis Tümörleri	12
D-Tubaların Habis Tümörleri	21
E-Over Tümörleri	22
1.2.3.Jinekolojik Kanselerde Hemşirenin Rolü	27
BÖLÜM II	
GEREÇ VE YÖNTEM	29
2.1.Araştırmanın Tipi	29
2.2.Araştırmanın Yeri	29
2.3.Araştırmanın Evreni	30
2.4.Araştırmanın Örnekleme	30
2.5.Verilerin Toplanması	31

Sayfa No

2.5.1. Veri Toplama Aracı	31
2.5.2. Veri Toplama Aracının Uygulanması	32
2.5.3. Verilerin Değerlendirilmesi	32
2.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	32
2.7. Araştırmanın Süresi ve Olanaklar	33
BÖLÜM III	
BULGULAR	34
3.1. Araştırma Kapsamına Giren Ebe ve Hemşirelerin Sosyo- Demografik Özelliklerinin Dağılımı	34
3.2. Ebe ve Hemşirelerin Düşünce ve Tutumlarına Göre Dağılımı	41
3.3. Ebe ve Hemşirelerin Bilgi Puan Ortalamalarının, Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı	48
BÖLÜM IV	
TARTIŞMA VE SONUÇ	56
4.1. Tartışma	56
4.1.1 Araştırma Kapsamına Giren Ebe ve Hemşirelerin Sosyo Demografik Özelliklerinin İncelenmesi	56
4.1.2. Araştırma Kapsamına Giren Ebe ve Hemşirelerin Düşünce ve Tutumlarının İncelenmesi	57
4.1.3. Araştırma Kapsamına Giren Ebe ve Hemşirelerin Bilgi Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi	60
4.2. Sonuç	64
4.2.1. Öneriler	66
ÖZET	67
SUMMARY	69

Sayfa No

KAYNAKLAR	71
EKLER	
Ek I.Anket Formu	74
Ek II.Bilgi Sorularına Yönelik Doğru Yanıt Listesi	81
Ek III.Bilgi Sorularına Verilen Yanıtları Değerlendirme Formu	84
ÖZGEÇMİŞ	86



TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
1.Serviks Kanserinin Tedavi Şekilleri	16
2.Korpus Kanserinin Tedavi Şekilleri	21
3.Over Kanserinin Tedavi Şekilleri	25
4.Jinekolojik Kanserlerde Risk Faktörleri	26
5.İzmir İli Merkezde Bulunan A.Ç.S. ve A.P. Merkezleri	29
6.Ebe ve Hemşirelerin Çalıştıkları Merkezlere Göre Dağılımı	34
7.Ebe ve Hemşirelerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	35
8.Ebe ve Hemşirelerin Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı	36
9.Ebe ve Hemşirelerin Ünvanlarına Göre Dağılımı	36
10.Ebe ve Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre Dağılımı	37
11.Ebe ve Hemşirelerin Meslekteki Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı	37
12.Ebe ve Hemşirelerin A.Ç.S. ve A.P. Merkezlerinde Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı	38
13.Ebe ve Hemşirelerin A.Ç.S. ve A.P. Merkezlerinde Çalışabilmek İçin Hizmet İçi Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımı	39
14.Ebe ve Hemşirelerin Okul Eğitimleri Sırasında ve Mezuniyet Sonrasında Jinekolojik Kanserin Erken Belirtileri ve Korunması Hakkında Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımı	40
15.Ebe ve Hemşirelerin "A.Ç.S. ve A.P. Merkezlerindeki Görevleriniz Ana Hatları İle Nelerdir?" Sorusuna Verdikleri Cevaplara Göre Dağılımı	41
16.Ebe ve Hemşirelerin "Kanser Sözcüğünü Duyunca Aklınıza İlk Gelen Nedir?" Sorusuna Verdikleri Cevaplara Göre Dağılımı	42
17.Ebe ve Hemşirelerin Daha Önce Kansere İlgili Bölümlerde Çalışma Durumlarına ve Çalıştıkları Bölümlere Göre Dağılımları	43

18.Ebe ve Hemşirelerin Jinekolojik Muayeneye Karar verip Yapabilme, Pap-Smear Alabilme ve Kanser şüphesi ile Hasta Sevk Etme Durumlarına Göre Dağılımları	44
19. Ebe ve Hemşirelerin Jinekolojik Kanserin Erken Tanısı ve Korunmasına Yönelik Hasta/Sağlam Kişilerle Çalışma Yapma Durumlarına Göre Dağılımı	45
20.Jinekolojik Kanserin Erken Tanısı ve Korunmasına Yönelik Hasta/Sağlam Kişilerle Çalışma Yapan Ebe ve Hemşirelerin Yaptıkları Çalışmalara Göre Dağılımı	45
21.Ebe ve Hemşirelerin Jinekolojik Kanserin Erken Tanısı ve Korunmasına Yönelik Çalışma Yapmamalarının Nedenlerine Göre Dağılımı	46
22.Jinekolojik Kanserden Korunma ve Erken Tanısı İçin Birincil Sorumlu Sağlık Görevlisi Konusunda, Ebe ve Hemşirelerin Düşüncelere Göre Dağılımı	47
23.Ebe ve Hemşirelerin Aldıkları Bilgi Puanlarına Göre Dağılımı	48
24.Ebe ve Hemşirelerin Çalıştığı Kurumlara Göre, Jinekolojik Kanserin Erken Tanısı ve Korunması Konusundaki Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı	49
25.Ebe ve Hemşirelerin Yaş Gruplarına Göre Jinekolojik Kanserin Erken Tanısı ve Korunması Konusundaki Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı	50
26.Ebe ve Hemşirelerin Eğitim Düzeylerine Göre Jinekolojik Kanserin Erken Tanısı ve Korunması Konusundaki Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı	51
27.Sağlık Meslek Lisesi ve Açık Öğretim Fakóltesi; Önlisans Programı Mezunlarının Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	52

28.Ebe ve Hemşirelerin Meslekteki Çalışma Sürelerine Göre Jinekolojik Kanserin Erken Tanısı ve Korunması Konusundaki Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı	52
29.Ebe ve Hemşirelerin A.Ç.S. ve A.P. Merkezlerinde Çalışma Sürelerine Göre Jinekolojik Kanserin Erken Tanısı ve Korunması Konusundaki Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı	53
30.A.Ç.S. ve A.P. Merkezlerinde Çalışabilmek İçin Hizmet İçi Eğitim Alanların ve Almayanların Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı	54
31.Ebe ve Hemşirelerin Okul Eğitimi Sırasında Jinekolojik Kanserin Erken Tanısı ve Korunması Konusunda Eğitim Alanların ve Almayanların Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı	54
32.Ebe ve Hemşirelerin Mezuniyet Sonrasında Jinekolojik Kanserin Erken Tanısı ve Korunması Konusunda Eğitim Alanların ve Almayanların Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı	55

BÖLÜM I

GİRİŞ

Günümüzde, dünyanın birçok bölgesinde kanser; sağlık sorunu, erken ölüm ve ekonomik kayıplara yol açma yönünden kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer almaktadır. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü'nün 1989 yılı verilerine göre ülkemizde de ölüm nedenleri arasında ikinci sıradadır. Ayrıca kadın sağlığı açısından da genital organ kanserleri, meme kanserinden sonra gelmekte ve her dört kadından biri genital organlarına ait bir kanser yüzünden ölmektedir. Kadının üreme organlarını genç yaştan itibaren tehdit eden en önemli hastalıklardan biri olan kanser, bilinen ve beklenen her türlü etkilerinin yanı sıra kadının, kadınlık rolü, cinsel fonksiyonları ve doğurganlığını tehdit etmektedir. Bunlar kadının bedensel imgesi ve benlik saygısını zedelemektedir. Bu nedenle genital organ kanserleri; kadın sağlığı yönünden en önemli halk sağlığı sorunları içinde ele alınmaktadır (4,7,16,18,22).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1991 yılında 1100000 kişide kanser geliştiği ve bunlardan 514000 vakanın ölümle sonuçlanacağı tahmin edilmiştir. Kanser olan her altı kişiden ikisinin kurtulabileceği ve dördünün öleceği fakat bu dördünden birinin erken teşhis yoluyla iyileşebileceği bildirilmiştir (10). Kanser gelişmesinde bireysel genetik yapının temel rolü oynadığı biliniyorsa da tüm kanserlerin %70-80'inde çevresel faktörler olduğu öne sürülmektedir (24). Çoğu otoriteler şayet kişiler yaşamları boyunca daha sağlıklı yaşam biçimine sahip olurlarsa tüm kanserlerin büyük bir yüzdesinin önlenebileceği fikrinde birleşmektedirler.

Toplumda en fazla korku ve anksiyete uyandıran kanser hastalığı, hasta ve ailesini psikolojik olarak olumsuz yönde etkilemektedir. Genital

organ kanserlerinin tanı ve tedavisinde, halkın kanser hakkındaki olumsuz düşüncelerinin değişmesinde eğitimin önemi büyüktür.

Bu konuda ebe ve hemşirelere büyük görev ve sorumluluklar düşmektedir (7).

Sağlığın korunması, hastalıklara karşı savaşı ve bu savaşı hastalıklar ortaya çıkmadan önce başlatmakla mümkündür. Herhangi bir hastalığa karşı yapılacak bir mücadelede herşeyden önce, hastalıkların belirlenmesi ve ortaya çıkarılması gerekir. Konu kanser açısından ele alınacak olursa mücadelede ilk adım, kanserli hastaların tespiti olmalıdır. Daha sonra da, kanserle ilgili faktörlerin ortaya çıkarılmasına çalışılır (23).

"2000 Yılında Herkese Sağlık" hedefine hizmet edecek sağlık sistemine bakıldığında, bireyin hastalıklardan korunması olgusu ön plana çıkmaktadır. Bu sistem içinde ebe ve hemşirelerin de daha çok koruyucu sağlık hizmetleri içinde rol alması gerekmektedir (20,23).

1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Teşhis ve tedavideki önemli gelişmelere rağmen kadınlardaki habis tümörler halen çok önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl onbinlerce kadına endometrial, ovarian ve servikal kanser teşhisi konmaktadır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kanser hala ikinci ölüm nedeni olmaya devam etmektedir.

Sigara alışkanlığı, yaş, sosyo - ekonomik durum, cinsel hayat, cinsel hayatın paylaşıldığı kişi sayısı, çocuk doğumu, belirli mikrobik enfeksiyonlar ve kullanılan doğum kontrol yöntemleri gibi bir çok risk faktörleri, kadınların çeşitli kanser hastalıklarında rol oynayan risk faktörleridir (10,15).

ACS'nin (American Canser Society) 2000 yılı hedefi, kanserden ölümlerin %50'nin altına düşürülmesidir. Ulaşılacak istenen diğer hedef, kanserin erken teşhisi ve kanserden korunulması için artan çalışmaları organize etmektir (4,8,9,10,27).

Sağlık bakım giderlerindeki hızlı artış ve yaygın hastalıklarda kullanılan etkili terapilerdeki nisbi yavaş ilerleme kanseri önleme ve tarama çalışmalarında artan bir ilgiye sebep olmuştur (27).

Sağlığın gelişmesi için, kaliteli birincil bakımı sağlamada hemşirelere çok ihtiyaç olduğu ortadadır. Fakat kanserden korunma ve erken teşhis alanında hemşirelerin potansiyel yardımı olduğundan daha az önemsenmektedir. Hemşireler, hem kanserden korunma yollarının eğitimi, hem de kişilerle ilişki kurarak pratik kanser taramasını yapabilir ve yapabilmelidir. Bununla beraber, günümüzde halen hemşirelerin kanseri önleme ve teşhis bilgilerinin ne olduğu ve ne derece uygulayabildikleri bilinmemektedir. Kanser konusunda yeterli bilgiye sahip olsalar bile, bu alandaki eğitim ve ayırıcı tanıdan sorumlu olduklarına inanıp inanmadıkları da bilinmemektedir (2,5,8,27).

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki hemşireler bu konuda örnek olmakta, eğitime ve jinekolojik muayenelere kadar yayılan bir çok rollerde görev almaktadırlar. Kanser tanıma ve teşhis rolüne hemşireleri hazırlamak için bir çok sürekli eğitim programları A.B.D.'nin her yerinde uygulamaya konulmuştur. 1976'da başlayan ilk sürekli eğitim programlarından biri M.D Anderson Hastanesi'nde ve Texax'daki Tümör Enstitüsü'nde başlatılmıştır (10).

Ülkemizde bu çalışmaların çok daha yeni ve yetersiz olduğu hissedilmektedir. Bu düşünceden yola çıkarak kadın genital organ

kanserlerinde potansiyel gruba hizmet veren Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (A.Ç.S. ve A.P.) merkezlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin bu konudaki durumlarının değerlendirilmesi düşünülmüştür.

Araştırmada aşağıdaki sorulara cevap aranması amaçlanmıştır.

-A.Ç.S. ve A.P. merkezlerinde çalışan ebe ve hemşireler, kadın genital organ kanserlerinin risk faktörlerini ve erken belirtilerini biliyorlar mı?

-A.Ç.S. ve A.P. merkezlerinde çalışan ebe ve hemşireler, jinekolojik kanser taramasına yönelik uygulamaları yapabiliyorlar mı ve bu konuda eğitim almışlar mı?

1.2. KONU İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

1.2.1. KANSER

Kanser vakalarının hepsi yada büyük çoğunluğu hücre büyümesi ve mitozu kontrol eden genlerin "mutasyonu" ile ortaya çıkar (13). Fizyolojik işlevi olmayan yeni bir doku gelişir. Mutan genlere "onkogen" adı verilir (12,13,26).

Mutasyonla, hücre bölünmesi kontrolden çıkar, kanser hücreleri çevre dokulardaki hücrelerde daha hızlı çoğalmaya başlarlar.

Bölünen hücreler, normal olan hücrelere göre daha az farklılaşırlar, normal olan hücrelerin bazı özelliklerini korumakla birlikte fonksiyonlarını kaybederler.

Kanser hücreleri çevre dokulardaki hücrelerden daha hızlı çoğaldıkları için kitle oluştururlar ve çevre dokuların içine girmeye başlarlar. Buna "infiltrasyon" denir (26).

Kanser hücreleri birbirlerine normal hücrelerden çok daha az tutunur, bu nedenle kolaylıkla dokularda dolaşarak kan ve lenf dolaşımına girip,

bütün vücuda taşınarak yeni kanser odakları yaratırlar. Buna da "metastaz" adı verilmektedir (13,26).

Kanser hücreleri sonsuz olarak çoğaldıklarından sayıları günden güne katlanarak artar. Böylece vücut için gerekli olan bütün besinleri kullanırlar. Sonuçta normal doku hücreleri besinsizlikten yavaş yavaş ölürler (13).

Anormal yapıdaki hücrelerin tekrar tekrar bölünmesi ile oluşan kitleye "tümör" adı verilir. Tüm tümörler kanser değildir. İki çeşit tümör vardır:

1. İyi Huylu Tümörler (Selim Tümörler): Genellikle etrafa yayılmalarını engelleyen bir kapsül ile çevrilidirler. Çevre dokulara infiltrasyon göstermezler ve uzak organlara metastaz yapmazlar (Örnek olarak kistler verilebilir.) (7,26).

2. Kötü Huylu Tümörler (Habis Tümörler): Bunlar infiltrasyon ve metastaz yapabilen tümörlerdir (7,26).

Vücutta çok çeşitli dokular olduğu için, çok çeşitli kanser türleri vardır. Ayrıca bazı dokularda da birden fazla hücre çeşidi vardır ve bu nedenle aynı dokuda farklı tip kanserler gelişebilmektedir. Bir hücreyi kanser hücresine dönüştüren nedenler arasında; genetik yatkınlık, kimyasal maddeler, fiziksel iritanlar, x ve gama ışınları ve virüsler yer almaktadır (13,22,26).

Kanser oluşumu için muhtemelen çeşitli basamaklar ve faktörler gerekmektedir (25,26).

-Başlangıç Süresi: Karsinogen adı verilen madde ve etkenler hücre çekirdeğindeki kromozomu etkiler. Bu dönemde sadece moleküler ve biyokimyasal düzeyde değişimler olur. Kanser bu dönemde tanımlanamaz.

-Sessiz Evre: Bu evrede kanserleşmiş doku yavaş yavaş çoğalmaya başlar. Görünürde kanser yoktur ve bu evre yıllar boyu sürebilir.

-İlerleme Evresi: Kendisi karsinojen olmayan bir faktör, kanser hücresi veya hücrelerini etkiler ve büyüme hızlanır. Bu faktöre "yardımcı karsinojen" (kokarsinojen) adı verilir. Tütün içilince ortaya çıkan dumanda hem karsinojen, hem de kokarsinojen olan kimyasal maddeler bulunmaktadır.

1.2.2. GENİTAL ORGAN TÜMÖRLERİ

Kadın genital organları, üstlendikleri üreme fonksiyonu ile, sürekli yapısal değişmelere (proliferasyon, involüsyon) sahne olmaktadır. Özellikle cinsel olgunluk döneminde, klimakterium ve seniumda, dokularda cereyan eden çok aşırı gelişme ve gerileme dengesizlikleri çok çeşitli tümörlerin ortaya çıkmasına uygun, huzursuz bir ortam yaratmaktadır. Bu durum selim (benign) ve habis (malign) tümörlerin niçin daha çok genital organları seçtiğini açıklamaktadır (2).

Genital organ tümörleri, kaynaklandığı hücre tipine göre, epitel yağ ve bağ dokusu, kas tabakası, kan ve lenf damarlarından kaynaklanmaktadır. Selim tümörlerin habisleşme potansiyelleri vardır (2,7,12).

1.2.2.1. GENİTAL ORGANLARIN SIK GÖRÜLEN SELİM TÜMÖRLERİ

1- Vulva'nın Selim Tümörleri: Vulvada çeşitli kistler (dermoid, hymenal, bartholin bezi kistleri), lipom, myom, papillom, sivri kandilom (Kandiloma Akuminata) gibi selim tümörler sık görülmekte, yürüme, oturma, koitus zorluklarına neden olmaktadır. Çoğunun etyolojisinde; virüs ve tahriş bulunan selim tümörlerden şikayete yol açanlar cerrahi olarak çıkartılır (2,7,11).

2- Vagina'nın Selim Tümörleri: Vaginada tümör oluşumu oldukça seyrektr. Ancak polipler, papillomlar, kistler (endometriozis, inclusion, gartner kanal kist), myom, fibrom, kandidoma en sık görülenlerdir (2,7).

3- Serviks Uteri'nin Selim Tümörleri: Servikste en sık görülen selim tümörler arasında, endoserviks, mukozanın hiperplazisiyle ve genellikle saplı olarak gelişen polipler sayılabilir. Akıntı, kanama, koitus güçlüklerine yol açan serviks polipleri, sapı etrafında döndürölerek çıkartılmak suretiyle tedavi edilirler.

4- Korpus Uteri'nin Selim Tümörleri: Korpus uterinin en sık görülen selim tümörleri, polipler ve myomlardır.

Myoma Uteri: Myometriumun düz kas liflerinden gelişen myomlar, genital organların en sık görülen tümörleridir. 35 yaşını geçmiş kadınların yaklaşık %17-20'sinde görölmektedir (7). Etyolojisinde, östrojen hormonu ve kalıtım özelliklerinin rol oynadığı düşünölmektedir (2,7,11).

Myomlar, myometrium içindeki yerlerine ve gelişme doğrultularına göre adlandırılırlar (2,7,11). Bunlar;

-Intramural Myomlar: Myometrium içinde lokalize olurlar.

-Subseröz Myomlar: Uterusun dış tabakası olan seroza altında büyürler.

-Submüköz Myomlar: Kavum uteri içine büyürler.

-Intra-ligamenter Myomlar: Uterusun yan duvarlarından gelişir ve ligamentum latum yaprakları arasına doğru büyürler.

Küçük myomlar semptomsuzdur. Myom büyüdükçe, ağrı, kanama, kompresyon (bası), şikayetleri gelişir. Myomların tanısında, anamnez, bimanuel muayene, histerosalpingografi, ultrasonografi, laparoskopi ve röntgen gibi yöntemler kullanılabilir (2,7).

Myomların tedavisi, myomun çıkartılması; myomektomi veya uterusun çıkartılması; histerektomi ile yapılır (2,7,11).

1.2.2.2. GENİTAL ORGANLARIN KÖTÜ HUYLU TÜMÖRLERİ

Her dört kadından biri genital organ kanserlerinden ölmektedir. Kanser ölümlerinin sağlık istatistiklerinde ilk sırayı alması, kanserle mücadeleyi bir numaralı halk sağlığı sorunu haline getirmiştir. En etkili, erken tanı ve tedavi yöntemleri ilk olarak genital organ kanserleri alanında geliştirilmiştir (2).

Günümüzde, meme kanserlerinden sonra ikinci sırayı alan genital organ kanserlerinde, klinik kanser ortaya çıkmadan önce uzun bir süreç geçtiği ve kanser öncü lezyonlarının uzun yıllar sonra kansere dönüştüğü anlaşılmıştır. Genital kansere karşı olan savaş; koruma, erken tanı ve tedavi olarak üç ana unsur üzerinde toplanmaktadır. Kanseri, öncü lezyonlar devresinde yakalamak ve tedavi etmek başarıyı arttırmakta ve masrafı azaltmaktadır (2,7,12).

A- VULVA KANSERİ

Vulva kanseri, kadın genital organ kanserlerinin %3-5'inin oluşturmaktadır (14). En çok 60-70 yaş arası kadınlarda görülmektedir (18). %30-40'ı vulva derisinin kanser öncü lezyonlarından (distrofi, displazi) sonra, %60-70'i de öncü bir lezyon olmadan gelişmektedir (7). Evlenmemiş ve doğurmamış kadınlarda daha sık görülür. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon hastalıklarının, spesifik ve nonspesifik vulva iltihaplarının kanser gelişmesi için uygun bir ortam hazırlayacağı ileri sürülmektedir (2,12).

Kanser Öncü Lezyonları:

1. Vulva Distrofileri: Vulva derisinde beyaz lezyonlardır. %1 malignite kazanırlar (18).

2. Vulva Displazileri: Dış genital organlar ödemli, şiş, yer yer kızamık ve beyaz renklidir. %10-30 malign değişim olur (18).

3. Vulvada İntraepitelial Neoplazi (Carsinoma İn situ): Lezyon %50 oranında tek odaktan, papül, makül olarak başlar. Koyu renkli, pembe pullu olabilir. Hastalarda şiddetli kaşınma (puritis), disparoni (ağrılı cinsel ilişki) şikayetleri vardır (2,7,18).

Displazi ilerledikçe, vulvanın yağ dokusu ve elastik liflerinin ortadan kalkması sonucu vulva derisi buruşur, çekilip büzüşür. Daha sonraki evrede ise labialar ve klitoris tamamen silinir, önde vagina girişini oluşturan küçük bir delik kalır (7).

Belirtileri: Vulvada kaşınma, ağrı, pis kokulu akıntı, kanama, miksiyon ve koitusta ağrı, güçlüktür. Teşhis gözle muayene ve biyopsi ile konur (3,7,19).

Vakaların çoğunda;

1. Hasta doktora gelmeden 2-12 ay önceden semptomların var olup hastaların tedavisinde gecikildiği,

2. Vulva lezyonlarının 12 ay veya daha uzun süre ile biyopsi veya ayırıcı tanı yapılmaksızın yada danışılmaksızın tıbbi yolla tedavi edildiği görülmektedir (14).

Vulva kanseri genelde yavaş ilerler, tembel seyirlidir ve oldukça geç metastaz yapar. Bu nedenle sağlık çalışanlarının ve hastaların eğitimi ile, ciddi şekilde ilerlemiş vakaların önlenmesi için bir fırsat mevcuttur. Vulvanın şüpheli bir lezyonunda mutlaka biyopsi yapılmalıdır. Ülserler, şişlikler,

pigmente bölgeler, hasta yanma ve kaşıntıdan yakınmasa bile biyopsi kapsamına girer (14).

Vulva kanserinde yayılma; lenf dolaşımı, komşuluk ve metastaz ile olur. Sağaltımda vulvektomi yapılır. Zayıf ve yaşlı hastalar için lokal vulvektomi uygulanır. Radikal vulvektomi ile üretra, vagina ve anüsün bir parçası çıkarılabilir. Radyoterapi ve kemoterapi uygulanır (2,7,14,18).

Yıllık jinekolojik muayenenin yanında, her ay kadının kendi kendini muayene etmesi de erken tanı yönünden önerilir.

Sağlıklı bir vulva için; bir kadın aşağıdaki genel kurallara uymalıdır (20).

-Miksiyon ve defekasyondan sonra tuvalet kağıdı ile el değmeden yıkama ve silme hareketi önden arkaya doğru olmalıdır.

-Çamaşırlar deri ile temas ettiğinden hafif deterjan veya sabunla yıkanıp, iyice durulanmalıdır.

-Beyaz, parfümsüz tuvalet kağıdı ve hijyenik bağlar kullanılmalıdır.

-Çamaşırlar için fazla beyazlatıcı ve yumuşatıcı kullanmaktan kaçınılmalıdır.

-Sıkı çamaşır ve giyeceklerden-korseden kaçınılmalıdır.

-Külot %100 pamukludan olmalıdır. (Kuruluğu ve ventilasyonu sağlaması açısından.)

-Gece uyurken külot çıkarılmalıdır.

-Banyoda vulva dikkatlice temizlenmelidir. Çünkü yağlı ifrazat, vulva katları arasına birikmeye eğilimlidir.

-Beyaz sabun tercih edilmeli, tıbbi bir gereklilik olmadıkça antibakteriyel sabun kullanmaktan kaçınılmalıdır.

-Klorlu suda, havuzda veya denizde yüzdükten sonra mutlaka duş alınmalıdır.

-Mayo ve bornozlar kuru tutulmalı ve kuru giyilmelidir.

-Fazla vaginal duştan kaçınılmalıdır.

Vulvanın Kendi Kendine Muayenesi:

Vulva muayenesi, iyi ışıklandırılmış bir odada ayda bir kez yapılmalıdır. Bu muayene kolayca öğrenilir ve kadının 3 dakikasını alır. Bu muayene için iyi bir ışık ve aynaya gereksinim vardır (20).

1. Yatağa dizler fleksiyon ve bacaklar açık olarak oturulur.

2. Vulvada;

Klitoris ve çevresi,

Labia major ve minorlar,

Vaginal ve üretral açıklıklar,

Vagina ve anüs arası ve anüs çevresi simetri, renk değişikliği, nodül veya lezyon yönünden muayene edilir.

Palpasyon:

Vulva dokusu genellikle yumuşak, hafif nemli ve dokunulduğunda hassas değildir.

1. Parmaklar ile vulva bölgesi palpe edilir.

2. Vaginal açıklıktan başparmak sokulur, işaret parmağı ile aradaki doku palpe edilir. Bu bölgedeki anormallikler, nodül, ülser, ben, aşırı renk değişikliği, akıntı ve koku doktora rapor edilmelidir (20).

B- VAGİNA'NIN HABİS TÜMÖRLERİ

Vaginanın primer kanserleri nadir görülür ve jinekolojik kanserlerin %1-2'sini oluşturur. %75'ini epidermoid, geriye kalanlar ise adenokarsinom,

melanom veya sarkomlardır (18). Vaginal kanserler, çoğunlukla serviks ve vulva kanserlerinden sekonder olarak gelişirler. Sıklıkla 35-70 yaş arası kadınlarda görülürler (2,12).

Öncü lezyonları, vaginanın displazileri ve karsinoma in situ'dan, kırmızı plaklar ve beyaz renkli (lökoplaki) lekeler görülür. Tanı; muayene, schiller testi, froti (smear), biyopsi ile konur. Sağaltımda doku çıkartılabilir (19).

C- UTERUS'UN HABİS TÜMÖRLERİ

Jinekolojik kanserlerin %75'ini uterus kanserleri oluşturur. İki ayrı grupta incelenir (3,18).

I. Kollum (Serviks) Kanserleri

II. Korpus Kanserleri

I. KOLLUM KANSERLERİ (Carcinoma Colli Uteri):

Jinekolojik kanserlerin en sık görülen türüdür. Günümüzde kadınlarda, meme kanserinden sonra ikinci en sık kanser nedeni olarak önemini korumaktadır. Son yıllarda; servikal neoplazi insidansında önemli bir artış olmasına rağmen, invazif servikal karsinom insidansında da önemli bir azalma olmuştur. Bunun nedeni erken tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesidir. Pap testinin yaygın kullanımı ile proneoplastik lezyonlar, displazi ve karsinoma in situ (CIS) olgularına daha sık tanı konmaktadır. Bu lezyonlar iyi tedavi edildikleri takdirde hiçbir zaman invazif lezyona dönüşmezler (2,7,10,12,14,22).

Epidemiyolojisi: Eski yayınlarda servikal neoplazi gelişmesi ile ilgili olarak, sosyo-ekonomik durum, sünnet, cinsel birleşme sıklığı ve çocuk sayısı gibi faktörler sıralanmaktadır (2,5).

Son yıllarda kolum kanseri oluşmasını kolaylaştıran durumlar şöyle sıralanmaktadır.

1. Koital aktivitenin erken başlaması,
2. Multipl seksüel eş,
3. Multipl seksüel partneri bulunan kişilerle eşleşmek (Yüksek riskli erkek eş),
4. Sigara kullanımı,
5. İmmunosüpresyon (ilaçlar, kemoterapi, alkol).

Seksüel yolla bulaşan viruslar, herpes simplex (HSV₂) ve human papilloma virus (HPV) gibi potansiyel etken ajanlar olarak değerlendirilmektedir. Bu enfeksiyonlarla ilgili veriler virusların servikte bir displaziye neden olacak proseslerin başlangıcında gerekli olduğu ancak tek başına yeterli değişken olmadığı yönündedir (12,14,28).

Semptomlar: Multipar, 45-55 yaşlar arasında olan, evli, ilk çocuğunu erken yaşta, genellikle 20 yaşından önce doğurmuş kişilerde serviks kanseri daha sık görülür (14). Serviks kanserinin belirtileri şöyle sıralanabilir (2,5,7,14).

Erken dönem belirtileri:

- Düzensiz ve sızıntı şeklinde kirli bir vaginal kanama,
 - Siklus dışı ara kanaması,
 - Cinsel ilişki, lavaj, defekasyon ve vaginal muayene esnasında kanama,
 - Sarı, kirli, pis kokulu, et suyu görünümünde akıntı,
 - Menapozdan sonra kanama,
 - Menstruasyonun uzaması ve kanamanın artması,
- Geç dönemde ise:

-Pelvis içi künt ağrılar başlar,

-Primer tümörün geç belirtileri veya rekürens vakalarda görülen belirtiler; disüri, hematüri, rektal kanama, bir veya iki ekstremitede ödem (lenfatik veya venöz obstrüksiyona bağlı),

-Preterminal belirtiler; masif hemoraji ve üremi,

-Tümör kitlesindeki enfeksiyon sonucu sepsis ve peritonitis görülür.

Son dönemde kaşeksi ve anemi yerleşir.

Koruma: Prekanserojen lezyonların riskinin azaltılmasında bir çok faktörler öne sürülmektedir. Kondom ve diyafram gibi bariyer tip kontraseptifler prekanserojen riskini azalttığı ve lezyonun gerilemesini kolaylaştırdığı görülmektedir. Erkeklerde vazektomi ve kadınlar tarafından günlük A vit, betacarotone ve C vit alınmasının, destekleyici olduğu literatüre geçmiştir (5,10).

Erken Tanı: Düzenli pelvik muayene ve Pap smear, servikal kanserin erken tanısı için en iyi metotlardır ve tüm yaştaki kadınlara bu tetkiklerin önemi öğretilmelidir. En ufak bir şüphede derhal Pap smear ve pelvik muayene tavsiye edilir. Amerikan Kanser Birliği (ACS); seks yaşamı aktif veya aktif olmayan, 18 yaşından itibaren tüm kadınların yıllık Pap smear ve pelvik muayenelerinin yapılmasını önermektedir. ACS araştırmaları; yıllık Pap smear yaptıran Amerikalı kadınların yalnızca %30 olduğunu göstermektedir. Türkiye için örnek oluşturacak araştırmalara rastlanmamıştır (7,10).

Servikste ki lezyonun histolojisi ve invazyonunu kesin olarak belirlemek için FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) tarafından önerilen prosedür şöyle özetlenebilir.

-Serviks ve vagenin inspeksiyonu,

- Kolposkopi,
- Biyopsi,
- Endoservical küretaj,
- Konizasyon,
- Histereskopi.

Tedavi: Tedaviyi hastanın yaşı, klinik evresi ve genel sağlık durumu belirler. Birincil seçenekler cerrahi ve radyoterapidir. Kemoterapi, radyasyona hassas kişilerde radyoterapiye ilaveten veya kontrolde lokal rekürens uzak metastaz gösterenlerde kullanılır (7,18,28).

Kollum kanserinin cerrahi tedavisi ya abdominal yoldan radikal abdominal histerektomi (Wertheim operasyonu) ya da vaginal radikal histerektomi şeklinde yapılmaktadır (2,6,7,28).

<u>Kanserin Evresi</u>	<u>Yayılma Alanı</u>	<u>Tedavi Yöntemi</u>	<u>5 Yıllık Yaşama Oranı</u>
0. Evre	Karsinoma İn situ, kanser hücre içindedir.	Laser, Konizasyon.	%100
1. Evre	Kanser kesinlikle por-siyo sınırları içindedir.	Konizasyon, Wertheim, (Radikal histerektomi).	%81
2. Evre	Stromaya infiltrasyon yeni başlamıştır. Kanser serviks sınırını geçmiş, vagina üst kısımlarına ve parametriumuna atlamıştır.	Wertheim ameliyatı, Radyoterapi.	%60
3. Evre	Kanser pelvis duvarına ve vagina alt kısımlarına yayılmıştır.	Radyoterapi	%30
4. Evre	Kanser küçük pelvis sınırlarını aşmış mesane ve rektuma ulaşmış uzak metastazlar yapmıştır.	Radyoterapi, Radikal pelvis eksent-rasyon ameliyatı.	Çok Zayıf

Tablo: 1 Serviks Kanserinin Tedavi Şekilleri (Coşkun, A., Karanısaoğlu, H., Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 1992.)

II. KORPUS KANSERİ:

Genital organ kanserlerinin %20'sini oluşturan korpus kanserleri, son yıllarda kolum kanserine göre artış eğilimi göstermektedir (2,7). Bunun nedenleri şöyle sıralanabilir.

-Prekanseröz servikal lezyonların erken tanı ve tedavilerinin artması ve bu yüzden invazif serviks kanseri insidansının azalması,

-Genel olarak kanser tarama metotlarının yaygınlaşması,

-Ortalama yaşam süresinin uzaması ve endometrium kanseri risk grubunun artması,

-Progestinle dengelenmemiş östrojen kullanımındaki artış,

-Çevresel ve endokrinolojik faktörler.

En sık görüldüğü yaşlar 58-65'dir. Başka bir deyişle genellikle postmenapozal dönemde ve serviks kanserine göre 10 yıl ileri yaşlarda görülür. Hastaların %20-25'i premenapozal dönemde, %4-5'i ise 40 yaş altındadır (14). Ancak son zamanlarda gençlerde daha çok endometrium kanseri bildirilmektedir.

1991 yılında, Amerika'da 33000 kadının teşhisinin endometrial kanser ve 5500 kadının bu hastalıktan öleceği tahmin edilmiştir (10). 1970'lerden sonra menapozal semptomlar için östrojen tedavisinin kullanılmasının hastalığı arttırdığı görülmüştür.

Risk Faktörleri: Korpus kanserinin risk faktörler şunlardır (5,10,12,14,17,18).

-Obesite,

-Nulliparite,

-Geç menapoz yaşı (52 ↑),

Bu özelliklere sahip kadınlar diğerlerine göre 5 kat daha yüksek riske sahiptir.

-Erken menarj,

-İnfertilite,

-Virgo olmak,

-Radyasyona maruz kalmak,

-Diabetes Mellitus ve

-Hipertansiyon endometrial kanser ile ilişkili risk faktörleridir.

-İster dış kaynaklı (ör; hormonal yerine koyma tedavisi), ister iç kaynaklı (ör; östrojen salgılayan tümörler) olsun progesteronla karşılanmayan östrojen, endometrium kanseri insidansındaki artışla bağlantılıdır (2-10 kat).

Risk faktörlerinin risk oranları şöyle şematize edilebilir (17).

<u>Risk Faktörleri</u>	<u>Risk Oranı</u>
-Obesite	1.8-2.4
-Nulliparite	2-3
-Geç Menapoz (52 yaş üstü)	2.4
-Hipertansiyon	1.5
-Diabetes Mellitus	2.8
-PCO Sendromu	?
-Radyasyon Etkisi	8
-Over Neoplazmları	5
-Exojen Östrojen Tedavisi	3-8
-Vücudun diğer dokularında kanser bulunması	?

Endometrium kanseri için tarama testi gereken hasta grubu şunlardır

(14);

- Exojen östrojen almakta olan postmenapozal kadınlar,
- Özellikle ailede endometrium, over veya meme kanseri öyküsü bulunan postmenapozal kadınlar,
- 52 yaşın üzerinde menapoza giren kadınlar,
- Polikistik over sendromu (PCO) gibi anovulatuvar siklusu bulunan premenapozal kadınlar.

Su hastalarda endometrium kanserinin varlığı ciddi şekilde araştırılmalıdır (14).

- Tüm postmenapozal kanamalı hastalar,
- Pyometrası olan postmenapozal kadınlar,
- Pap smearda endometrial hücre saptanan asemptomatik postmenapozal kadınlar,
- Giderek artan şiddette intermestrüel kanaması bulunan premenapozal kadınlar,
- Öyküsünde anovulasyonu bulunan anormal uterin kanamalı premenapozal kadınlar.

Tanı: Endometrium kanseri tanısında sitolojinin değeri serviks kanserine göre daha azdır. Endometrium kanseri şüphesi bulunan vakalar hastaneye yatırılmalı, anestezi altında pelvik muayeneyi takiben fraksiyone küretaj yapılmalıdır. Kanaması minimal olanlarda histereskopi ve histereskop altında biyopsi tercih edilirse de ana tanı yöntemi fraksiyone küretajdır (14,28).

Erken tanı için Amerikan Kanser Birliği (ACS) endometrial kanserin risk faktörlerini taşıyan kadınların menapozda endometrial doku muayenesinin gerekliliği üzerinde durmaktadır. Bu sebeple yıllık sukşın küretajı, menapozal kadınlar veya menapoz sonrası uzun bir süre progesteronsuz östrojen tedavisi gören kadınlar için tavsiye etmektedir (10).

Histopatolojik tanı konulduktan sonra ilk yapılacak iş kanserin evresinin tespiti olmalıdır. Tanı aldıklarında vakaların ortalama %75'i evre I 'dedirler (14).

Korunma: Östrojeni yerine koyma tedavisi alan hastalarda siklik bir progestasyonel ajanın (her aylık siklusun ilk 12 gününde 5-10 mg verilen

medroksiprogesteron gibi) tedaviye eklenmesi endometrial hiperplazi ve karsinoma riskini dramatik biçimde azaltmaktadır. Vücut ağırlığına dikkat edilmeli ve yağdan fakir diyet alınmalıdır (6,27).

Tedavi: Endometrium kanserinin ana tedavisi total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo-ooforektomidir. Herhangi bir kontrendikasyon olmadıkça her endometrium kanserinde bu tedavi uygulanmalıdır. İlave olarak hastaların çoğunda lenf nodlarının sterilize edilmesi ve vaginal kubbedeki reküransların önlenmesi için radyoterapi gereklidir. Erken teşhis ve tedavi edilen vakalarda prognoz genellikle iyidir. Bu nedenle kanser öncü lezyonlar devresinde erken tanı ve tedavisinin önemi büyüktür (7,14,17).

<u>Kanserin Evresi</u>	<u>Yayılma Alanı</u>	<u>Tedavi</u>	<u>5 Yıllık Yaşama Oranı</u>
0. Evre	Kanser hücre içindedir(Karsinoma İn situ).	Total abdominal histerektomi (TAH) +iki taraflı tuba ve overlerin çıkarılması (BSO) Tümörleri küçültmek için pre-operatif radyoterapi uygulanır.	%80
1. Evre	Kanser yalnız korpus uteri içindedir. Kavum uteri uzunluğu 8 cm' den fazladır.	0. evre ile aynı tedavi uygulanır.	%80
2. Evre	Kanser servikse doğru ilerlemiştir.	Wertheim histerektomi, radyoterapi uygulanır.	%50
3. Evre	Kanser uterus dışına atlamış ve küçük pelvise yayılmıştır.	Radyoterapi (içten ve dıştan ışınlama)	Çok zayıf %25
4. Evre	Kanser mesane ve rektuma atlar, uzak metastazlar yapmıştır.	Radyoterapi, Hormonal tedavi (Progesteron)	Çok zayıf %10

Tablo:2 Korpus Kanserinin Tedavi Şekilleri (Coşkun, A., Karanisaoğlu, H., Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 1992.)

D- TUBALAR'IN HABİS TÜMÖRLERİ

Tubaların habis tümörleri, çok seyrek olarak görülmektedir. Kadın genital sisteminin en nadir malignitelerinden biridir. Bütün jinekolojik kanserler içinde görülme oranı %1 veya daha az olarak değerlendirilir (19).

Tubalarda görülen tümörler daha çok komşu organlardan metastatik tümörler olduğu sanılmaktadır (7,12,14,28).

E- OVER TÜMÖRLERİ

Overler sürekli yapısal ve fonksiyonel değişmeler geçirdiklerinden, kadın yaşamının çeşitli evrelerinde kist, selim ve habis tümörlerin gelişmesi için uygun bir ortam oluştururlar. Jinekolojik onkolojide belki de üzerinde en çok çalışılan neoplaziler over kaynaklı tümörlerdir. Bunun nedeni ise insidansı giderek artan over tümörlerinin yıllar boyu geliştirilen tedavi şemalarına rağmen mortalite istatistiklerinde diğer genital tümörlerin önündeki yerini korumasıdır (7,10,12,14).

a) Over Kistleri: Overlerde görülen fizyolojik kistler arasında çeşitli büyüklüklerde olan, genellikle kendiliklerinden gerileyen folikül, korpus luteum ve teka lutein kistleri sayılabilir. Overlerde bulunan endometriozis odaklarından gelişen kistler, çukolata ya da katran kistleri adını alırlar. Siklus değişikliklerine bağlı olarak overdeki endometrium odaklarından menstrüasyon kanaması görülür. Kan dışı akamayacağı için kist kanla dolar, sonunda delinip açılır ve endometrium dokusu pelvise yayılır. Endometriozis, kadınlarda infertiliteye ve dismenoreye neden olmaktadır. Polikistik overde amenore, hirsutismus ve bilateral ovariyal kistler olarak tarif edilir (3,7,13).

b) Selim Over Tümörleri: Klinik olarak selim over tümörlerinin habis over tümörlerinden kesin ayırımını sağlayan kriter yoktur. Alt karın bölgesinde rahatsızlık hissi, pelvik ağrı ve dispareni görülebilir. Selim tümör rüptüre olduğunda hemoperitoneum, peritoneal iritasyon olabilir. Nadiren torsiyon görülebilir. Tüm habis over tümörlerinin selim formlarda geliştiği söylenemezse de, bir kısım selim tümörlerin habisleştiği bilinmektedir. Bu

nedenle adneksial büyümeler aksi ispatlanıncaya kadar habis olarak düşünölmelidir. Selim tümörlerin en yaygın olanları, over embriyonel katmanlarından kaynaklanan teratom ve hormon salgılayan (özellikle östrojen ve androjen) tümörlerdir. Hormon salgılayan tümörler, adet düzensizliklerine, vaktinden önce adet görölmesine ve kadınsı veya erkeksi özelliklerin gelişmesine neden olmaktadırlar. Tümör ameliyatla çıkarıldıktan sonra istenmeyen belirtiler kendiliğinden geriler (7,12,14).

c) Over Kanseri: Yaklaşık 70 kadından bir tanesi yaşamı süresince over kanserine yakalanmaktadır. Her yaşta görölmesine karşın 40 yaşından sonra dramatik bir şekilde artmaktadır ve hastaların büyük çoğunluğuna altıncı on yılı içerisinde tanı konulmaktadır. Hastalık daha çok asemptomatik olduğı için geç tanı konur ve hastaların %60'ı ilk üç yıl içerisinde kaybedilir (12). Avrupalı ve Kuzey Amerikalı beyaz kadınlarda daha çok görölmemektedir (10).

Etyolojisi: Over kanserinin etyolojisi bilinmemektedir. Ovulasyon sıklığının azaldığı kadınlarda insidansın düşük olması (oral kontraseptif kullananlar, multiparite), epitelial over karsinomunun gelişmesiyle ovulatuvar epitelial travma arasında bir bağlantı olduğunu öne süren "sürekli ovulasyon" kuramının ortaya atılmasına neden olmuştur (6,12).

Semptomlar: Semptomlar karakteristik değildir Görölabilenler şunlardır (2,5,7,14,18).

-Karın çevresinde büyüme,

-Bası belirtileri, konstipasyon, dispepsi, pollaküri gibi bası yaptığı organların belirtileri,

-Karın ve belde sancı,

-Siklus anomalileri,

-Hormonal sapma,

-Kaşeksi, yüzde değişik görünüm.

Tanı: Narkoz altında, bimanuel muayene ile yapılır. Radyoterapi ve ultrasonografi ile konur. Douglas ponksiyonu, laparoskopi, asit varsa ponksiyon ve sitolojik inceleme ile kesinleşir (5,7,18).

Erken tanı için yüksek riske sahip kadınlar, belirtiler yönünden izlenmeli ve yıllık muayene olmalıdır. Over kanseri tanısı konan kadınların %60-70'i 3. veya 4. safhada olmaktadır. Graber; over kanserlerinin erken sinyalleri ile ilgili raporlarında, postmenapozal palpabl over sendromundan söz etmiştir. Premenapozal kadında normal büyüklükte bir over gibi yorumlanan palpasyon, postmenapozal kadında over tümörü belirtisi olabilir. CA 125 baktırılması ve ultrasonografi kontrolleri tanı koydurucu olabilir.

Risk Faktörleri: Over kanserinde risk faktörleri şunlardır (5,10).

-Yüksek riskli kadınlar; çocuğu olmayanlar ve az çocukla, geç çocuk sahibi olmuş kadınlar,

-Meme kanseri hikayesi olanlar,

-Over kanseri hikayesi olan akrabası olanlar,

-Yüksek sosyo-ekonomik statüde olanlar,

-Bir çok spontan abortus geçirenler.

Korunma: Gebelik varmış gibi hormonal denge yaratmada kullanılan kontraseptiflerin epitel over kanseri riskini azalttığı bulunmuştur. Bunun yanında galaktose içeren diyet, genital hijyen yardımcı olabilir. Birinci derece yakınlarında over kanseri olanlar çocukluk çağından itibaren sıkı kontrol altına alınmalıdır (5,10).

Tedavi: Total abdominal histerektomi, salpingo-ooferektomi'dir. Hastalığın II. evresinde ameliyata ek olarak ışın tedavisi, III. evrede ise

kemoterapi yapılır. Tedavide başarılı olmak ve dolayısıyla hastanın yaşam süresini uzatmak için gereken anahtar erken tanıdır (12,14,18).

<u>Kanser</u> <u>Evresi</u>	<u>Yayılma Alanı</u>	<u>Tedavi</u>	<u>5 Yıllık</u> <u>Yaşama Oranı</u>
1. Evre	Tümör, over sınırları içindedir.	Total abdominal his terektomi (TAH).	%60-70
1.a Tümör	Bir overdedir.	+ iki taraflı salpingo ooferektomi (BSO)	
1.b Tümör	Her iki overdedir, asit yok.	postoperatif ışın tedavisi + kemoterapi	
1.c Tümör	Bir veya iki taraflı asit var.		
2. Evre	Tümör bir veya iki overdedir ve pelvik organlara yayılma vardır.	Cerrahi (TAH)+(BSO), Kemoterapi, Pelvis ışınlanması.	%40-50
3. Evre	Periton içinde yayılma ve metastazlar vardır.	Geniş cerrahi rezeksiyon, kemoterapi ve radyoterapi.	
4. Evre	Uzak metastaz (kara- ciğer, akciğer).	Pelvisin ışınlanması, Kemoterapi.	Çok zayıf

Tablo:3 Over Kanserinin Tedavi Şekilleri (Coşkun, A., Karanisaoglu, H., Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 1992.)

<u>Faktör</u>	<u>Serviks</u>	<u>Endometrium</u>	<u>Over</u>
Evlilik ve seks	Erken yaşta koitusu başlamak Çok veya yüksek riskli erkek eş riski artırır.	Hiç evlenmemiş olmak riski artırır.	Hiç evlenmemiş olmak riski artırır.
Doğum kontrol yöntemleri	Bariyer metotlar koruyucu, oral kontraseptifler risk olabilir.	Progesteronla desteklenmiş oral kontraseptifler koruyucudur.	Oral kontraseptifler koruyucudur.
Doğurganlık	Doğum sayısının artması riski artırır.	Doğum sayısının artması riski azaltır.	Doğum sayısının artması riski azaltır.
Menapoz yaşı	Belli bir bağlantısı yok.	Geç menopoz riski artırır.	Erken menopoz riski artırılabilir.
Menapozal hormonlar	Belli bir bağlantısı yok.	Menapoz tedavisinde östrojen verilmesi, riski büyük oranda artırır.	Menapoz tedavisinde östrojen verilmesi ile risk kısmen artar.
Aile öyküsü	Düşük oranda genetik yatkınlık söz konusu	Düşük oranda genetik yatkınlık söz konusu	Birinci derece akrabalarında over kanseri görülmesi yüksek risktir.
Vücut ölçüleri ve diyet	Karotene, C vit, folik asit potansiyel koruyucudur.	Şişmanlık yüksek risktir, hayvansal yağların alımı riski artırır.	Süt oranı yüksek şekerli gıdaların alımı riski artırılabilir.
Sigara alışkanlığı	Riski artırır.	Etkisi yoktur.	Çelişkili veriler vardır.
Diğer etkenler	Tazyikli su ile vajinal duş riski artırılabilir.	Östrojen üreten over tümörleri ve karaciğer rahatsızlıkları.	Vagina ile temas eden yabancı maddeler (örn; talk pudrası) riski artırılabilir.

Tablo: 4 Jinekolojik Kanserlerde Risk Faktörleri (Berek, J.S., Hacker, N.F., Practical Gynecologic Oncology. 2.bs. "Ed" Charles Mitchell, Williams and Wilkind, U.S.A, 1994.)

1.2.3. JİNEKOLOJİK KANSERLERDE HEMŞİRENİN ROLÜ

Hemşireler kanserin önlenmesi, tanısı ve sağaltımında önemli sorumluluklar üstlenmişlerdir. Eğer jinekolojik kanser vakasının azaltılması gerekiyorsa, bu kanserden birincil ve ikincil korunma konusunda daha çok hemşirelerin aktif rol almaları için eğitilmeleri gerekmektedir.

-Birincil görev, kanser konusunda kadınları uyanık tutmak, kanseri önleme ve kanserojenik ajanlar hakkında bilgi vermek, düzenli sağlık kontrolü gerekliliğine inandırmak,

-Erken tanı ve kanser sağaltımını erken başlatmak,

-En az yılda bir kez periyodik jinekolojik muayeneyi ve pap-smear yaptırmaya teşvik etmek,

-Kanser öncü lezyonlar hakkında eğitim yapmak,

-Kitle taramalarına katılmak,

-Toplumdaki erken tanı programlarını bilmek ve kişilerin katılımı için motive etmek,

-Ulaşılması güç kadınlara ulaşmak için etkili eğitim metotlarının bulunması konusunda hemşirelik araştırmaları yapmak, ulaşılması güç kadınlar arasında yüksek risk grubu, fakir, yaşlı ve çok genç bayanlar bulunmaktadır.

-Tanı periyodu sırasında anksiyete, endişe ve rahatsızlıklarını minimize etmek,

-Tanıdan sonra kadının ruhsal sıkıntılarına yardımcı olmak ve terapi için hazırlamak.

Hemşirenin koruyucu ve tanıya yardımcı olan bu görevlerinin yanında daha sonraki tedavi aşamalarında da değişik fonksiyonları vardır. Bunlar hastanın ve tedavinin durumuna göre değişir. Fakat sağlıklı bir toplum için

esas olan hastalıklardan korunma ve tedavi şansını arttırmak için erken tanıdır (7,10,18). Tedavi tabloları incelenecek olursa; erken tanı sayesinde iyileşme yüzdelerinin ne kadar yüksek olduğu ve kanserin ilk aşamalarında tedavi edilen hastaların ne kadar yüksek yaşama şansına sahip oldukları dikkat çekicidir.



BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, erken tanı ve korunmanın çok önemli olduğu çağımızda en ölümcül hastalıklardan biri olan jinekolojik kanserler hakkında, hizmeti götürecek olan ebe ve hemşirelerin bilgilerini, uygulamalarını ve tutumlarını saptamak amacı ile tanımlayıcı, kısmen analitik ve kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır.

2.2. ARAŞTIRMANIN YERİ

Araştırma, İzmir ili merkezde bulunan Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezlerinde yürütülmüştür. İzmir ili merkezde bulunan Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezleri aşağıda verilmiştir.

Tablo 5: İzmir İli Merkezde Bulunan A.Ç.S. ve A.P Merkezleri

A.Ç.S ve A.P Merkezinin İsimleri ve Bölgeleri	Çalışan ebe ve hemşire sayısı
1.No'lu A.Ç.S. ve A.P Merkezi (Konak)	14
2.No'lu A.Ç.S. ve A.P Merkezi (Eşrefpaşa)	11
3.No'lu A.Ç.S. ve A.P Merkezi (Balçova)	14
4.No'lu A.Ç.S. ve A.P Merkezi (Şirinyer)	18
5.No'lu A.Ç.S. ve A.P Merkezi (Karabağlar)	14

Devamı var

Tablo 5

6.No'lu A.Ç.S. ve A.P Merkezi (Karşıyaka)	12
7.No'lu A.Ç.S. ve A.P Merkezi (Altındağ)	15
8.No'lu A.Ç.S. ve A.P Merkezi (Çamdibi)	15
9.No'lu A.Ç.S. ve A.P Merkezi (Bornova)	20
10.No'lu A.Ç.S. ve A.P Merkezi (Buca)	14
11.No'lu A.Ç.S. ve A.P Merkezi (Bayraklı)	12
12.No'lu A.Ç.S. ve A.P Merkezi (Gültepe)	8
13.No'lu A.Ç.S. ve A.P Merkezi (Göztepe)	10
14.No'lu A.Ç.S. ve A.P Merkezi (Zübeyde Hanım Karşıyaka)	15
16.No'lu A.Ç.S. ve A.P Merkezi (Zafertepe)	8
17.No'lu A.Ç.S. ve A.P Merkezi (Salih Omurtak Mah Limontepe)	7
TOPLAM	207

2.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini; İzmir ili merkezde bulunan Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezlerinde çalışan tüm ebe ve hemşireler (N=207) oluşturmaktadır. Ancak çeşitli nedenlerden (yıllık izin, aşı izni, rapor, geçici görev, vs.) 144 ebe ve hemşireye ulaşılabilmektedir.

2.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

İzmir ili merkezde bulunan Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin ulaşılabilen tümü araştırmaya dahil edildiğinden örnekleme gidilmemiştir.

2.5. VERİLERİN TOPLANMASI

2.5.1. Veri Toplama Aracı

Jinekolojik kanserlerden korunma ve erken teşhis ancak bilinçli bir yaklaşımla mümkündür. Sağlıklı bireyin eğitimi ve risk gruplarının tespiti bu konudaki ilk basamaktır. Aile planlaması ve çocuk sağlığı için, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezine müracaat eden kadınlarla temas halinde olan ebe ve hemşireler, şayet yeterli bilgi donanımına sahip olurlarsa ve bilgilerini doğru şekilde uygulâr ve eğitime aktarırlarsa büyük başarılar elde edilecektir.

Bu araştırmada ebe ve hemşirelerin jinekolojik kanserlerden korunma ve erken teşhisine ilişkin bilgi düzeylerinin incelenmesi, bu hastalıklara yönelik düşünce ve tutumlarının değerlendirilmesini amaçlayan konularda yapılan araştırmalardan ve literatür taramalarından elde edilen bilgilere dayanılarak bir anket formu hazırlanmıştır. Araştırma kapsamına alınmayacak olan ebe ve hemşirelerden oluşan 10 kişilik bir gruba ön deneme uygulanmış, gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra anket formuna son şekli verilmiştir.

Anket formu araştırma kapsamına giren ebe ve hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini, teorik bilgilerini, düşüncelerini ve yaptıkları uygulamaları öğrenmeye yönelik 30 sorudan oluşmaktadır (EK I).

Bilgi soruları; açığıçlu olan 19. ve 20. sorularda, doğru (2 puan), kısmen doğru (1 puan), yanlış veya yanıtız (0 puan) olarak, diğér sorularda doğru (1 puan), yanlış veya yanıtız (0 puan) olarak değérlendirilmiştir. Değérlendirme 12 puan üzerinden yapılmıştır (EK III).

2.5.2. Veri Toplama Aracının Uygulanması

Anket formu her A.Ç.S. ve A.P. merkezine randevu alınan gün ve saatte gidilerek araştırmacı tarafından doldurtulmuştur. Ebe ve hemşirelerin birbirlerinden etkilenmemeleri için bir toplantı salonunda toplanılarak kısa bir açıklama yapılmış ve anketleri aynı anda doldurmalarına özen gösterilmiştir.

2.5.3. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucu elde edilen veriler, araştırmacı tarafından veri kodlama formlarına geçirildikten sonra min-max ve tutarlılık kontrolleri yapıldıktan sonra Ege Üniversitesi Bilgisayar Bölümü'nde bilgisayarla istatistiki analizleri yapılmıştır.

Bilgilerin dökümü sayı ve yüzde dağılımı yapıldıktan sonra, Kruskal Wallis parametrik olmayan (Nonparametrik) tek yönlü varyans analizi ve Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

2.6. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Araştırmada, aşağıda belirtilen bağımlı ve bağımsız değişkenlerin dağılım ve ilişkileri incelenmiştir.

Bağımlı Değişkenler: Ebe ve hemşirelerin jinekolojik kanserlerden korunma ve erken tanı hakkındaki bilgi düzeyi ve tutumları.

Bağımsız Değişkenler: Ebe ve hemşirelerin;

- Çalıştıkları Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezi,
- Yaş grubu,
- Eğitim düzeyi,
- Ebelik ve hemşirelik mesleğindeki memuriyet süresi,
- Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezinde çalışma süresi,

-Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezinde çalışabilmek için hizmet içi eğitim almış olma durumu,

-Okul eğitimi sırasında jinekolojik kanserlerin erken tanısı ve korunmasına yönelik bilgi almış olma durumu,

-Mezuniyet sonrasında jinekolojik kanserlerin erken tanısı ve korunmasına yönelik bilgi almış olma durumu.

2.7. ARAŞTIRMANIN SÜRESİ VE OLANAKLAR

Araştırma Nisan 1996 tarihine kadar planlanmış ve gerekli hazırlıklar yapılmıştır. Araştırma verileri 27.05.1996 - 05.07.1996 tarihleri arasında toplanıp değerlendirme çalışmaları yapılmıştır. Araştırma sonuçları, Ekim 1996 tarihinde Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne yüksek lisans tezi olarak sunulmuştur.

BÖLÜM III

BULGULAR

3.1. ARAŞTIRMA KAPSAMINA GİREN EBE VE HEMŞİRELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN DAĞILIMI

Tablo 6: Ebe ve Hemşirelerin Çalıştıkları Merkezlere Göre Dağılımı

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri	Sayı	%
1.No'lu A.Ç.S. ve A.P. Merkezi (Konak)	8	5.58
2.No'lu A.Ç.S. ve A.P. Merkezi (Eşrefpaşa)	7	4.86
3.No'lu A.Ç.S. ve A.P. Merkezi (Balçova)	11	7.64
4.No'lu A.Ç.S. ve A.P. Merkezi (Şirinyer)	15	10.42
5.No'lu A.Ç.S. ve A.P. Merkezi (Karabağlar)	10	6.94
6.No'lu A.Ç.S. ve A.P. Merkezi (Karşıyaka)	8	5.56
7.No'lu A.Ç.S. ve A.P. Merkezi (Altındağ)	10	6.94
8.No'lu A.Ç.S. ve A.P. Merkezi (Çamdibi)	9	6.25
9.No'lu A.Ç.S. ve A.P. Merkezi (Bornova)	14	9.72
10.No'lu A.Ç.S. ve A.P. Merkezi (Buca)	7	4.86
11.No'lu A.Ç.S. ve A.P. Merkezi (Bayraklı)	9	6.25
12.No'lu A.Ç.S. ve A.P. Merkezi (Gültepe)	5	3.47
13.No'lu A.Ç.S. ve A.P. Merkezi (Göztepe)	6	4.17
14.No'lu A.Ç.S. ve A.P. Merkezi (Zübeyde Hanım Karşıyaka)	10	6.94
16.No'lu A.Ç.S. ve A.P. Merkezi (Zafertepe)	8	5.56

Devamı var

Tablo 6

17.No'lu A.Ç.S. ve A.P. Merkezi (Salih Omurtak Mah Limontepe)	7	4.86
TOPLAM	144	100.00

Tablo 6'da görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan 16 Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezinde 144 ebe ve hemşire çalışma kapsamına girmiştir. 4.No'lu A.Ç.S. ve A.P. merkezi (Şirinyer) %10.42 ile en çok, 12.No'lu A.Ç.S. ve A.P. merkezi (Gültepe) %3.42 ile en az ebe ve hemşire sayılarına sahiptirler.

Tablo 7: Ebe ve Hemşirelerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş Grupları	Sayı	%
24 yaş ve ↓	13	9.03
25-27 yaş	22	15.28
28-30 yaş	16	11.11
31-33 yaş	19	13.19
34-36 yaş	19	13.19
37-39 yaş	21	14.59
40-42 yaş	16	11.11
43-45 yaş	9	6.25
46 yaş ve ↑	9	6.25
TOPLAM	144	100.00

Tablo 7'de görüldüğü gibi ebe ve hemşirelerin %15.28'i 25-27 yaş grubunda, %14.59'u 37-39 yaş grubunda olup, tüm ebe ve hemşireler için yaş ortalaması $\bar{x} = 31.26$ 'dır. Ebe ve hemşirelerin %9.03'ü 24 yaşın altında ve %6.25'i 46 yaşın üstündedir.

Tablo 8: Ebe ve Hemşirelerin Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı

Eğitim Düzeyi	Sayı	%
Sağlık Okulu	3	2.08
Sağlık Meslek Lisesi	72	50.00
Açık Öğretim Fakültesi;Önlisans Programı	63	43.75
Meslek Yüksek Okulu;Önlisans Programı	3	2.08
Hemşirelik Yüksek Okulu	2	1.39
Yanıtsız	1	0.70
TOPLAM	144	100.00

Ebe ve hemşirelerin eğitim düzeyleri incelendiğinde; %50.00'sinin Sağlık Meslek Lisesi ve %43.75'inin Açık Öğretim Fakültesi; Önlisans programı olarak büyük çoğunluğu oluşturduğu görülmektedir. Sağlık Okulu mezunu %2.08, Meslek Yüksek Okulu; Önlisans programı %2.08 ve Hemşirelik Yüksek Okulu mezunları %1.39 oranındadır (Tablo 8).

Tablo 9: Ebe ve Hemşirelerin Ünvanlarına Göre Dağılımı

Ünvanlar	Sayı	%
Hemşire	86	59.72
Ebe	58	40.28
TOPLAM	144	100.00

Ebe ve hemşirelerin %59.72'si hemşire, %40.28'i ebedir (Tablo 9).

Tablo 10: Ebe ve Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

<u>Medeni Durum</u>	<u>Sayı</u>	<u>%</u>
Bekar	5	3.47
Evli	131	90.97
Dul	3	2.08
Boşanmış	4	2.78
Eşinden ayrı yaşıyor	1	0.70
Diğer	—	—
TOPLAM	144	100.00

Ebe ve hemşirelerin %90.97 oranındaki büyük çoğunluğu evli, %3.47'si bekar, %2.08'i dul, %2.78'i boşanmış ve %0.70'i eşinden ayrı yaşamaktadır (Tablo 10).

Tablo 11: Ebe ve Hemşirelerin Meslekteki Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı

<u>Çalışma Süreleri</u>	<u>Sayı</u>	<u>%</u>
3 yıl ve daha az	5	3.47
4-6 yıl	14	9.72
7-9 yıl	21	14.58
10-12 yıl	18	12.50
13-15 yıl	27	18.75
16-18 yıl	21	14.58
19-21 yıl	14	9.72
22-24 yıl	13	9.03

Devamı var

Tablo 11

25-27 yıl	8	5.56
28 yıl ve daha üstü	3	2.09
TOPLAM	144	100.00

Ebe ve hemşirelerin %18.75'inin 13-15 yıl, %3.47'sinin 3 yıl ve daha az, %2.09'unun 28 yıl ve daha fazla çalışma sürelerinin olduğu görülmektedir (Tablo 11).

Tablo 12: Ebe ve Hemşirelerin Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Merkezlerinde Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı

Çalışma Süreleri	Sayı	%
1 yıldan daha az	23	15.97
1-3 yıl	33	22.92
4-6 yıl	47	32.64
7-9 yıl	12	8.34
10-12 yıl	9	6.25
13-15 yıl	9	6.25
16-18 yıl	5	3.47
19-21 yıl	3	2.08
22 yıl ve daha üstü	3	2.08
TOPLAM	144	100.00

Ebe ve hemşirelerin Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezlerindeki çalışma yılları incelendiğinde; %32.64'ünün 4-6 yıl, %15.97'sinin 1 yıldan az ve %2.08'inin 22 yıl ve daha fazla çalıştıkları görülmektedir (Tablo 12).

Tablo 13: Ebe ve Hemşirelerin Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Merkezlerinde Çalışabilmek İçin Hizmet İçi Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımı

Hizmet İçi Eğitim Durumları	Sayı	%
Hizmet içi eğitim alanlar	59	40.97
Hizmet içi eğitim almayanlar	83	57.64
Yanıtsız	2	1.39
TOPLAM	144	100.00

Ebe ve hemşirelerin Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezlerinde çalışabilmek için hizmet içi eğitim alma durumları incelendiğinde; %40.97'sinin hizmet içi eğitim aldıkları fakat %57.64 olan büyük grubun hizmet içi eğitim almadıklarını ifade ettikleri görülmüştür (Tablo 13).

Tablo 14: Ebe ve Hemşirelerin Okul Eğitimleri Sırasında ve Mezuniyet Sonrasında Jinekolojik Kanserlerin Erken Belirtileri ve Korunması Hakkında Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımı

<u>Jinekolojik Kanserler Hakkında</u>			<u>TOPLAM</u>	
<u>Eğitim Alma Durumları</u>	<u>Sayı</u>	<u>%</u>	<u>Sayı</u>	<u>%</u>
*Okul Eğitimi Sırasında			144	100.00
—Eğitim alan	77	53.47		
—Eğitim almayan	62	43.06		
—Yanıtsız	5	3.47		
*Mezuniyet Sonrasında			144	100.00
—Eğitim alan	38	26.39		
—Eğitim almayan	104	72.22		
—Yanıtsız	2	1.39		

Ebe ve hemşirelerin okul eğitimleri sırasında ve mezuniyet sonrasında jinekolojik kanserlerin erken belirtileri ve korunması hakkında eğitim alma durumları incelendiğinde; okul eğitimi sırasında; %53.47'sinin eğitim aldığı, %43.06'sinin eğitim almadığı, mezuniyet sonrasında ise; %26.39'unun eğitim aldığı ve %72.22'sinin eğitim almadığı görülmektedir. Okul eğitimi sırasında eğitim alanların fazla olmasına karşın mezuniyet sonrası daha büyük bir farkla eğitim almayanların çoğunlukta olduğu görülmüştür (Tablo 14).

3.2. EBE VE HEMŞİRELERİN DÜŞÜNCE VE TUTUMLARINA GÖRE DAĞILIMI

Tablo 15: Ebe ve Hemşirelerin "Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerindeki Görevleriniz Ana Hatları İle Nelerdir?" Sorusuna Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımları

Görevlerin Ana Hatlarına Yönelik Yanıtlar	Sayı	%
0-6 yaş çocuk izleme ve aşılama	85	21.20
Aile planlaması çalışmaları	67	16.71
Gebe ve loğusa izleme	65	16.21
İzlenen grupların eğitimi ve ev ziyaretleri	61	15.21
Poliklinik çalışmaları	36	8.98
15-49 yaş kadın sağlığı	33	8.23
Koruyucu sağlık hizmetleri	26	6.48
Diğer (Diş sağlığı, lab. tetkikleri, jinekolojik muayene, beslenme eğitimi)	28	6.98
TOPLAM	401*	100.00

*Birden fazla cevap verildiğinden n katlanmıştır.

Tablo 15 incelendiğinde ebe ve hemşirelerin "Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezlerindeki görevleriniz ana hatları ile nelerdir?" sorusuna verdikleri yanıtlar önem sırasına göre yazılmıştır. İlk sırayı %21.20 ile 0-6 yaş çocuk izleme ve aşılama, ikinci sırayı %16.71 ile aile planlaması çalışmaları ve bunu takip eden sırayla %16.21 ile gebe ve loğusa izleme, %15.21 ile izlenen grupların eğitimi ve ev ziyaretleri, %8.98 ile poliklinik çalışmaları, %8.23 ile 15-49 yaş kadın sağlığı, %6.48 ile koruyucu sağlık hizmetleri ve %6.98 ile diğer hizmetler oluşturmaktadır.

Tablo 16: Ebe ve Hemşirelerin "Kanser Sözcüğünü Duyunca Aklınıza İlk Gelen Nedir?" Sorusuna Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımları

Kanser Sözcüğünün Akla İlk Getirdiği	Sayı	%
Erken teşhisin ve tedavinin önemli olduğu bir hastalık	29	20.14
Ölüm	23	15.97
Korkunç bir hastalık (Korku ve moral bozukluğu)	16	11.11
Anormal hücre çoğalması	16	11.11
Ölümcül bir hastalık	14	9.72
Tedavisi olmayan bir hastalık	11	7.64
Tedavisi zor olan bir hastalık	7	4.86
Habis tümör	4	2.78
Diğer (Korku ve stres, illet bir hastalık, dinmeyen ağrılar, ve kapanmayan yaralar, yengeç, araştırılmakta olan bir hastalık)	17	11.81
Yanıtsız	7	4.86
TOPLAM	144	100.00

Tablo 16'da ebe ve hemşirelerin "Kanser sözcüğünü duyunca aklınıza ilk gelen nedir?" sorusuna verdikleri yanıtlar görülmektedir. Ebe ve hemşirelerin sadece %20.14'ü erken tanı ve tedaviden söz etmiştir. Hemen ikinci sırada %15.97'lik bir oran ile ölüm akla gelmiştir. Daha sonra sırasıyla %11.11'i korkunç bir hastalık, %11.11'i anormal hücre çoğalması, %9.72'si ölümcül bir hastalık, %7.64'ü tedavisi olmayan bir hastalık, %4.86'sı tedavisi zor olan bir hastalık şeklinde yanıtlar alınmıştır. %2.78'i habis tümör demiş ve %4.86'sı bu soruyu yanıtlamak istememiştir.

Tablo 17: Ebe ve Hemşirelerin Daha Önce Kanserle İlgili Bölümlerde Çalışma Durumlarına ve Çalıştıkları Bölümlere Göre Dağılımları

<u>Kanserle İlgili Bölümde Çalışma/</u>			<u>TOPLAM</u>	
<u>Çalışılan Kanserle İlgili Bölümler</u>	<u>Sayı</u>	<u>%</u>	<u>Sayı</u>	<u>%</u>
Yanıtsız	6	4.17		
*Kanserle İlgili Bölümde			144	100.00
–Çalışan	8	5.55		
–Çalışmayan	130	90.28		
*Çalışılan Kanserle İlgili Bölümler			144	100.00
–Yanıtsız	3	37.50		
–Göğüs Hastalıkları Has.,Yoğun Bakım	2	25.00		
–Çocuk Hastanesi, Hematoloji,Onkoloji	2	25.00		
–Devlet Hast., Kadın Hast / Doğum	1	12.50		
Serv.				

Ebe ve hemşirelerin daha önce kanserle ilgili bölümlerde çalışma durumlarına incelendiğinde; %90.28 oranında büyük çoğunluğun çalışmadıkları ve %5.55'inin çalıştıkları görülmüştür. Kanserle ilgili bölümlerde çalıştıklarını ifade edenlerin %37.50'si nerede çalıştıklarını yanıtlamamışlardır (Tablo 17).

Tablo 18: Ebe ve Hemşirelerin Jinekolojik Muayeneye Karar Verip Yapabilme, Pap-Smear Alabilme ve Kanser Şüphesi İle Hasta Sevk Etme Durumlarına Göre Dağılımı

<u>Jinekolojik Muayene/Pap-Smear</u>			<u>TOPLAM</u>	
<u>Kanser Şüphesi İle Sevk Etme</u>	<u>Sayı</u>	<u>%</u>	<u>Sayı</u>	<u>%</u>
*Jinekolojik Muayene			144	100.00
—Yapabilen	38	26.39		
—Yapamayan	105	72.91		
—Yanıtsız	1	0.70		
*Pap-Smear			144	100.00
—Almasını Bilen	29	20.14		
—Almasını Bilmeyen	113	78.47		
—Yanıtsız	2	1.39		
*Kanser Şüphesi İle			144	100.00
—Hasta sevk eden	23	15.97		
—Hasta sevk etmeyen	118	81.95		
—Yanıtsız	3	2.08		

Tablo 18 incelendiğinde ebe ve hemşirelerin sadece %26.39'unun jinekolojik muayene yapabildikleri görülmektedir. Pap-smear almasını bilen ebe ve hemşire oranı ise %20.14'dür ve pap-smear almasını bilmeyenler %78.47 ile çoğunluğu oluşturmaktadır. Kanser şüphesi ile hasta sevk eden ebe ve hemşirelerin oranı %15.97, sevk etmeyenler %81.95'dir.

Tablo 19: Ebe ve Hemşirelerin Jinekolojik Kanserlerin Erken Tanısı ve Korunmasına Yönelik Hasta/Sağlam Kişilerle Çalışma Yapma Durumlarına Göre Dağılımı

<u>Çalışma Yapma Durumu</u>	<u>Sayı</u>	<u>%</u>
Çalışma yapan	72	50.00
Çalışma yapmayan	72	50.00
TOPLAM	144	100.00

Tablo 19 incelendiğinde, ebe ve hemşirelerin %50.00'sinin jinekolojik kanserlerin erken tanısı ve korunmasına yönelik hasta/sağlam kişilerle çalışma yaptıkları, %50.00'sinin ise çalışma yapmadıkları görülmektedir.

Tablo 20: Jinekolojik Kanserlerin Erken Tanısı ve Korunmasına Yönelik Hasta/Sağlam Kişilerle Çalışma Yapan Ebe ve Hemşirelerin Yaptıkları Çalışmalara Göre Dağılımı

<u>Çalışma Yaşamında Jinekolojik Kansere İlişkin Çalışma</u>	<u>Sayı</u>	<u>%</u>
–Risk gruplarını saptama	6	6.19
–Risk gruplarını kontrol için yönlendirme	9	9.28
–Hasta/sağlam kişilere jinekolojik kansere neden olan faktörler hakkında bilgi verme	36	37.11
–Hasta/sağlam kişilere kendi kendine muayene teknikleri ve erken belirtileri öğretme	46	47.42
TOPLAM	97*	100.00

*Yalnızca çalışma yapanlar alındığı için denek sayısı azalmıştır. Fakat bir kişi birden fazla yanıt verdiği için çalışma yapanların sayısında fazlalık görülmektedir.

Jinekolojik kanserlerin erken tanısı ve korunmasına yönelik hasta/sağlam kişilerle çalışma yapan ebe ve hemşirelerin yaptıkları çalışmalara göre dağılımı incelendiğinde; sadece %6.19'unun risk gruplarını saptadığını ve %9.28'inin risk gruplarını kontrol için yönlendirdiğini ifade ettikleri görülmektedir. Hasta/sağlam kişilere jinekolojik kansere neden olan faktörler hakkında bilgi veren ebe ve hemşire oranı %37.11, hasta/sağlam kişilere kendi kendine muayene tekniklerini ve erken belirtileri öğreten ebe ve hemşire oranı %47.42'dir (Tablo 20).

Tablo 21: Ebe ve Hemşirelerin Jinekolojik Kanserin Erken Tanısı ve Korunmasına Yönelik Çalışma Yapmamalarının Nedenlerine Göre Dağılımı

<u>Çalışma Yapmama Nedenleri</u>	<u>Sayı</u>	<u>%</u>
–Çalışma ortamı konuyla ilgili olmadığı için	43	47.78
–Eğitimi yetersiz olduğu için	22	24.44
–Böyle bir işle görevlendirilmediği için	15	16.67
–Diğer (Hiç aklına gelmeyen, koşulları yeterli değil, ilgi alanı dışında, zaman yetersizliği)	10	11.11
TOPLAM	90*	100.00

*Çalışma yapanların soruya cevap vermesi gerekmediğinden denek sayısı azalmıştır.

Tablo 21'de ebe ve hemşirelerin, jinekolojik kanserin erken tanısı ve korunmasına yönelik çalışma yapmamalarının nedenlerine göre dağılımları görülmektedir. Çoğunluğu oluşturan %47.78 oranındaki grup çalışma ortamının konuyla ilgili olmadığını belirtmişlerdir. %24.44'ü bu konudaki eğitimlerinin yetersiz olduğunu, %16.67'si böyle bir işle görevlendirilmediğini

belirtmişlerdir. %11.11'i ise "hiç aklıma gelmedi, koşullar yeterli değil, ilgi alanım dışında, zaman yetersizliği" gibi nedenler sıralamışlardır.

Tablo 22: Jinekolojik Kanserlerden Korunma ve Erken Tanısı İçin Birincil Sorumlu Sağlık Görevlisi Konusunda, Ebe ve Hemşirelerin Düşüncelerine Göre Dağılımı

Sağlık Görevlisi	Sayı	%
—Pratisyen Hekimler	3	2.08
—Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları	35	24.31
—Halk sağlığı alanında ebe ve hemşireler (sağlık Ocağı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri dahil)	95	65.97
—Kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde çalışan ebe ve hemşireler	—	—
—Onkoloji kliniğinde çalışan ebe ve hemşireler	2	1.39
—Yanıtsız	9	6.25
TOPLAM	144	100.00

Tablo 22'de jinekolojik kanserlerden korunma ve erken tanısı için birincil sorumlu sağlık görevlisi konusundaki, ebe ve hemşirelerin düşüncelerine göre dağılımları görülmektedir. %65.97 oranındaki büyük çoğunluğun halk sağlığı alanında çalışan ebe ve hemşireler demesi dikkat çekicidir. Bu yanıt Tablo 17'deki yanıtlarla çelişmektedir. %24.31'i kadın hastalıkları ve doğum uzmanları, %2.08'i pratisyen hekimler, %1.39'u da onkoloji kliniğinde çalışan ebe ve hemşireler yanıtını vermiştir.

3.3 EBE VE HEMŞİRELERİN BİLGİ PUAN ORTALAMALARININ SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE DAĞILIMI

Tablo 23: Ebe ve Hemşirelerin Aldıkları Bilgi Puanlarına Göre Dağılımı

Puan	Sayı	%
0	7	4.86
1	7	4.86
2	18	12.50
3	24	16.67
4	28	19.44
5	27	18.75
6	11	7.64
7	12	8.33
8	7	4.86
9	2	1.39
10	1	0.69
11	—	—
12	—	—
TOPLAM	144	100.00

Ebe ve hemşirelerin aldıkları bilgi puanlarına göre dağılımları Tablo 23'de gösterilmiştir. "12" puan üzerinden yapılan değerlendirmede "12" ve "11" puan alan olmamıştır. "10" puan alma oranı %0.69'dur. %4.86 oranında "0" puan alınmıştır. En çok alınan puanlar %19.44 oranı ile "4" ve %18.75 ile "5" puandır (Tablo 23).

Tablo 24: Ebe ve Hemşirelerin Çalıştığı Kurumlara Göre Jinekolojik Kanserin Erken Tanısı ve Korunması Konusundaki Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri	n	Median	Z değeri
1.No'lu A.Ç.S. ve A.P. Merkezi (Konak)	8	5.0	0.58
2.No'lu A.Ç.S. ve A.P. Merkezi (Eşrefpaşa)	7	4.0	0.13
3.No'lu A.Ç.S. ve A.P. Merkezi (Balçova)	11	4.0	0.03
4.No'lu A.Ç.S. ve A.P. Merkezi (Şirinyer)	15	4.0	0.01
5.No'lu A.Ç.S. ve A.P. Merkezi (Karabağlar)	10	3.0	-1.66
6.No'lu A.Ç.S. ve A.P. Merkezi (Karşıyaka)	8	6.0	1.63
7.No'lu A.Ç.S. ve A.P. Merkezi (Altındağ)	10	4.0	-0.60
8.No'lu A.Ç.S. ve A.P. Merkezi (Çamdibi)	9	4.0	0.61
9.No'lu A.Ç.S. ve A.P. Merkezi (Bornova)	14	4.0	0.49
10.No'lu A.Ç.S. ve A.P. Merkezi (Buca)	7	3.0	-1.59
11.No'lu A.Ç.S. ve A.P. Merkezi (Bayraklı)	9	4.0	-0.06
12.No'lu A.Ç.S. ve A.P. Merkezi (Gültepe)	5	2.0	-1.05
13.No'lu A.Ç.S. ve A.P. Merkezi (Göztepe)	6	6.0	1.99
14.No'lu A.Ç.S. ve A.P. Merkezi (Zübeyde Hanım Karşıyaka)	10	2.0	-1.67
16.No'lu A.Ç.S. ve A.P. Merkezi (Zafertepe)	8	5.0	0.98
17.No'lu A.Ç.S. ve A.P. Merkezi (Salih Omurtak Mah. Limontepe)	7	4.0	0.40

Ebe ve hemşirelerin genel bilgi puan ortalamalarının çalıştıkları merkezlere göre dağılımı incelendiğinde onaltı bölgedeki A.Ç.S. ve A.P. merkezlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin tüm örnekte saptanan jinekolojik kanserin erken tanısı ve korunmasına ilişkin bilgi puan ortalamaları arasında

Kruskal Wallis parametrik olmayan (nonparametrik) tek yönlü varyans analizi sonucu $\alpha=0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark bulunamamıştır ($H=17.61$, $P>0.05$),(Tablo 24).

Tablo 25: Ebe ve Hemşirelerin Yaş Gruplarına Göre Jinekolojik Kanserin Erken Tanısı ve Korunması Konusundaki Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı

Yaş Grupları	n	Median	Z değeri
24 yaş ve ↓	13	4.0	0.10
25-27 yaş	22	4.0	0.31
28-30 yaş	16	4.0	-0.56
31-33 yaş	19	4.0	0.30
34-36 yaş	19	5.0	1.57
37-39 yaş	21	3.0	-1.19
40-42 yaş	16	4.0	0.42
43-45 yaş	9	5.0	0.11
46 yaş ve ↑	9	3.0	-1.40

Ebe ve hemşirelerin yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 25'de gösterilmiştir. Dokuz ayrı yaş grubunda incelenen deneklerin tüm örnekte saptanan jinekolojik kanserin erken tanısı ve korunmasına ilişkin bilgi puan ortalamaları arasında Kruskal Wallis nonparametrik tek yönlü varyans analizi sonucu $\alpha=0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark bulunamamıştır ($H=5.952$, $P>0.05$),(Tablo 25).

Tablo 26: Ebe ve Hemşirelerin Eğitim Düzeylerine Göre Jinekolojik Kanserin Erken Tanısı ve Korunması Konusundaki Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı

Eğitim Düzeyleri	n*	Median	Z değeri
Sağlık Okulu	3	2.0	-2.23
Sağlık Meslek Lisesi	72	4.0	-0.63
Açık Öğretim Fakültesi;Önlisans Programı	63	4.0	0.66
Meslek Yüksek Okulu;Önlisans Programı	3	4.0	0.23
Hemşirelik Yüksek Okulu	2	8.0	2.32

* (n=143 kişi)

Ebe ve hemşirelerin eğitim düzeylerine göre genel bilgi puan ortalamalarının dağılımı Tablo 26'da gösterilmiştir. Sağlık Okulu, Sağlık Meslek Lisesi, Açık Öğretim Fakültesi;Önlisans Programı, Meslek Yüksek Okulu;Önlisans Programı ve Hemşirelik Yüksek Okulu mezunu deneklerin tüm örnekte saptanan jinekolojik kanserin erken tanısı ve korunmasına ilişkin bilgi puan ortalamaları arasında Kruskal Wallis nonparametrik tek yönlü varyans analizi sonucu $\alpha=0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark bulunmuştur ($H=10.90$, $P<0.05$),(Tablo 26).

Tablo 27: Sağlık Meslek Lisesi ve Açık Öğretim Fakültesi;Önlisans Programı Mezunlarının Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Sağlık Meslek Lisesi	Açık Öğretim Fakültesi; Önlisans Programı
n	72	63
Median	4.0	4.0

Sağlık Meslek Lisesi ve Açık Öğretim Fakültesi;Önlisans Programı mezunları arasında Mann-Whitney U testine göre $\alpha=0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark bulunamamıştır ($U=0.4956$, $P>0.05$),(Tablo 27).

Tablo 28: Ebe ve Hemşirelerin Meslekteki Çalışma Sürelerine Göre Jinekolojik Kanserin Erken Tanısı ve Korunması Konusundaki Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı

Çalışma Süreleri	n	Median	Z değeri
3 yıl ve daha az	5	4.0	0.16
4-6 yıl	14	4.0	0.36
7-9 yıl	21	4.0	0.11
10-12 yıl	18	3.5	-0.79
13-15 yıl	27	4.0	-0.27
16-18 yıl	21	4.0	0.52
19-21 yıl	14	4.0	-0.23
22-24 yıl	13	5.0	0.97
25-27 yıl	8	3.5	-0.34
28 yıl ve daha fazla	3	1.0	-0.94

Tablo 28'de ebe ve hemşirelerin meslekteki çalışma yıllarına göre genel bilgi puan ortalamalarının dağılımı gösterilmiştir. On ayrı grupta

incelenen deneklerin tüm örnekte saptanan jinekolojik kanserin erken tanısı ve korunmasına ilişkin bilgi puan ortalamaları arasında Kruskal Wallis nonparametrik tek yönlü varyans analizi sonucu $\alpha=0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark bulunamamıştır ($H=2.943$, $P>0.05$),(Tablo 28).

Tablo 29: Ebe ve Hemşirelerin Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerinde Çalışma Sürelerine Göre Jinekolojik Kanserin Erken Tanısı ve Korunması Konusundaki Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı

A.C.S ve A.P. Merkezlerinde Çalışma Süreleri	n	Median	Z değeri
1yıldan daha az	23	5.0	2.26
1-3 yıl	33	4.0	0.32
4-6 yıl	47	4.0	-1.74
7-9 yıl	12	3.0	-1.03
10-12 yıl	9	3.0	-0.85
13-15 yıl	9	5.0	1.31
16-18 yıl	5	4.0	-0.74
19-21 yıl	3	3.0	-0.90
22 yıl ve daha fazla	3	7.0	1.01

Tablo 29'da ebe ve hemşirelerin Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezlerindeki çalışma sürelerine göre dağılımı gösterilmiştir. Dokuz ayrı grupta incelenen deneklerin tüm örnekte saptanan jinekolojik kanserin erken tanısı ve korunmasına ilişkin bilgi puan ortalamaları arasında Kruskal Wallis nonparametrik tek yönlü varyans analizi sonucu $\alpha=0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark bulunamamıştır ($H=13.94$, $P>0.05$).

Tablo 30: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerinde Çalışabilmek İçin Hizmet İçi Eğitim Alanların ve Almayanların Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Hizmet İçi Eğitim Alan	Hizmet İçi Eğitim Almayan
n*	59	83
Median	4.0	4.0

* (n=142 kişi)

Ebe ve hemşirelerin bilgi puan ortalamaları Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezlerinde çalışabilmek için hizmet içi eğitim alanlarla almayanlar arasındaki fark Mann-Whitney U testi analizine göre $\alpha=0.05$ önem düzeyinde anlamlı olarak bulunamamıştır ($U=0.2397$, $P>0.05$), (Tablo 30).

Tablo 31: Ebe ve Hemşirelerin Okul Eğitimleri Sırasında Jinekolojik Kanserin Erken Tanısı ve Korunması Konusunda Eğitim Alanların ve Almayanların Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Okul Eğitimi Sırasında Eğitim Alan	Okul Eğitimi Sırasında Eğitim Almayan
n*	77	62
Median	4.0	3.5

* (n=139 kişi)

Ebe ve hemşirelerin okul eğitimleri sırasında jinekolojik kanserin erken tanısı ve korunması konusunda eğitim alan ve almayanlar arasındaki bilgi puan ortalamaları farkı Mann-Whitney U testi analizine göre $\alpha=0.05$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($U=0.0320$, $P<0.05$), (Tablo 31).

Tablo 32: Ebe ve Hemşirelerin Mezuniyet Sonrasında Jinekolojik Kanserin Erken Tanısı ve Korunması Konusunda Eğitim Alanların ve Almayanların Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Mezuniyet Sonrasında Eğitim Alan	Mezuniyet Sonrasında Eğitim Almayan
n*	38	104
Median	5.0	4.0

* (n=142 kişi)

Ebe ve hemşirelerin mezuniyet sonrasında jinekolojik kanserin erken tanısı ve korunması konusunda eğitim alan ve almayanlar arasındaki bilgi puan ortalamaları farkı Mann-Whitney U testi analizi ile $\alpha=0.05$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur (U=0.0038, P<0.05), (Tablo 32).

BÖLÜM IV

TARTIŞMA VE SONUÇ

4.1. TARTIŞMA

4.1.1. Araştırma Kapsamına Giren Ebe ve Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin İncelenmesi

Araştırma kapsamına İzmir metropolü içerisinde yer alan 16 Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi alınmıştır. Yapılan araştırmanın sonuçlarına göre 4.No'lu A.Ç.S. ve A.P. Merkezi (Şirinyer) %10.42 ile en çok, 12.No'lu A.Ç.S. ve A.P. Merkezi (Gültepe) %3.42 ile en az ebe ve hemşire sayılarına sahiptirler (Tablo 6).

Ebe ve hemşirelerin %15.28'i 25-27 yaş grubunda, %14.59'u 37-39 yaş grubundadır. Eğitim düzeylerine göre dağılımda ise %50.00'si Sağlık Meslek Lisesi, %43.75'i Açık Öğretim Fakültesi; Önlisans Programı mezunu olduğu, geriye kalan azınlığın Sağlık Okulu, Meslek Yüksek Okulu; Önlisans Programı ve Hemşirelik Yüksek Okulu mezunu oldukları saptanmıştır (Tablo 7-8).

Araştırmaya katılan ebe ve hemşireler ünvan olarak incelendiğinde %59.72'sinin hemşire, %40.28'inin ebe olduğu ve %90.97'sinin evli olduğu saptanmıştır (Tablo 9-10).

Ebe ve hemşirelerin meslekte çalışma süreleri incelendiğinde; %18.75'inin 13-15 yıl, %3.47'sinin 3 yıl ve daha az, %2.09'unun 28 yıl ve daha fazla çalışma yılına sahip oldukları saptanmıştır. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezinde çalışma sürelerine bakıldığında ise

%32.64'ünün 4-6 yıl, %15.97'sinin 1 yıldan az ve %2.08'inin 22 yıl ve daha fazla çalıştığı saptanmıştır (Tablo 11-12).

Ebe ve hemşirelerin Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezinde çalışabilmek için hizmet içi eğitim alma durumlarına bakıldığında; %40.97'sinin hizmet içi eğitim aldığı, %57.64'ünün hizmet içi eğitim almadığı saptanmıştır (Tablo 13).

Ebe ve hemşirelerin okul eğitimleri sırasında ve mezuniyet sonrasında jinekolojik kanserin erken belirtileri ve korunmasına yönelik eğitim alma durumları incelendiğinde; okul eğitimi sırasında %53.47 oranında ve mezuniyet sonrasında eğitim alanların daha da azalarak %26.39 oranında olduğu bulunmuştur. Bu konudaki yetersiz bilgilendirmenin uygulamayı olumsuz etkileyeceği söylenebilir (Tablo 14).

4.1.2. Araştırma Kapsamına Giren Ebe ve Hemşirelerin Düşünce ve Tutumlarının İncelenmesi

Araştırma kapsamına giren ebe ve hemşirelere görevleri sorulduğunda, %21.20'si 0-6 yaş çocuk izleme ve aşılama, %16.71'i aile planlaması çalışmaları, %16.21'i gebe ve loğusa izleme, %15.21'i izlenen grupların eğitimi ve ev ziyaretleri, %8.98'i poliklinik çalışmaları, %8.23'ü 15-49 yaş kadın sağlığı ve %6.48'i koruyucu sağlık hizmetleri yanıtlarını vermişlerdir. Tüm çalışmalarında, çalıştıkları merkezlerde veya ziyaret ettikleri evlerde, sürekli olarak hasta/sağlam kadınla karşı karşıya bulundukları ve hizmet verdikleri grubun sağlığını korumak ve yükseltmek için görevlendirildikleri anlaşılmaktadır. Bu nedenle ebe ve hemşirelerin jinekolojik kanserin erken tanısı ve korunma yollarının öğretilmesi konusunda birincil sorumluluk alması gerektiği savunulabilir (Tablo 15).

Warren ve Pohl'un araştırmalarında da hemşirelerin bilinen ACS (American Cancer Society) raporuna hekimlerden daha fazla uydukları ve hemşirelerin birincil bakım çalışmalarından dolayı kanser taraması yapmak için en mükemmel pozisyona sahip oldukları söylenmiştir (27).

Kanser sözcüğünün araştırma kapsamına giren ebe ve hemşirelere ilk anımsattığı kelimelere bakıldığında; %20.14'ünün erken teşhis ve tedaviden söz ettiğı saptansa da, ölüm (%15.97), korkunç bir hastalık (%11.11), anormal hücre çoğalması (%11.11), ölümcül bir hastalık (%9.21), tedavisi olmayan bir hastalık (%7.64), tedavisi zor bir hastalık (%4.86) gibi sağık profesyonelliğinden uzak, duygusal yanıtların çoğunlukta olduğu görülmektedir. Kelimelerin mesleksen bir ağırışımdan çok duygusal ağırışımlar yaptığı söylenebilir. Ebe ve hemşirelerin büyük bir çoğunluğu (%90.28) daha önce kanserle ilgili bir bölümde çalışmadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 16-17).

Araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%72.91) jinekolojik muayene yapmadığı, daha büyük çoğunluğunda (%78.47) pap-smear almasını bilmediğı bulunmuştur. Daha önce kanser şüphesi ile hasta sevk ettiğini belirtenlerin oranı ise yalnızca %15.97'dir (Tablo 18).

Bu sonuçlar ebe ve hemşirelerin jinekolojik muayene ve pap-smear alma konularındaki eğıtim gereksinimlerini göstermektedir. A.B.D'nin her yerinde hemşirelerin kanseri tanınması ve erken tanısına yönelik kurslar dzenlediğı literatüre geçmiştir. 1976'da başlayan ilk sürekli eğıtim programlarından biri M.D. Anderson Hastanesi'nde ve Texax'daki Tümör Enstitüsü'nde başlatılmıştır (10).

Jinekolojik kanserlerin erken tanısı ve korunmasına yönelik hasta/sağlam kişilerle çalışma yaptığını belirten ebe ve hemşire oranı %50.00'dir. Geriye kalan %50.00'si çalışma yapmadıklarını belirtmişlerdir. Çalışma yapanların yalnızca %6.19'unun risk gruplarını saptadığı ve %9.28'inin risk gruplarını kontrol için yönlendirdiği belirlenmiştir. Hasta/sağlam kişilere jinekolojik kansere neden olan faktörler hakkında bilgi verme oranı %37.11 ve hasta/sağlam kişilere kendi kendine muayene tekniklerini ve erken belirtileri öğretme oranı %47.42'dir (Tablo 19-20).

Araştırma sonuçları ülkemiz açısından önemli olabilir. Risk gruplarının saptanmaması ve risk gruplarının kontrol için yönlendirilmemesi potansiyel tehlikenin sürekli olarak artması anlamına gelir. Gillatt, 1984'te İrlanda'da 32 Sağlık Merkezi'nin bulunduğu ve bu merkezlerin her birinin kendi kendine meme muayenesini öğretme ve servikal smear alma konusunda eğitilmiş halk sağlığı hemşirelerinin çalıştığı bir servikal smear test kliniğine sahip olduğunu yazmıştır. Fillandiya'da her belediyenin özel eğitilmiş halk sağlığı hemşirelerinin pap-smear aldıkları en az bir ana ve çocuk sağlığı kliniğine sahip olduğu yayınlanmıştır. Güney Afrika'da özel olarak eğitilmiş hemşireler, 12 yıl içerisinde 48.426 smear almışlar ve 370 genital bozukluğu incelemişlerdir. Bu hastaların yaklaşık %60'ında lezyonların ya çok erken yayılma devresinde, ya da in-situ devresinde olduğu görülmüş ve bu nedenle kolaylıkla tedavi edilebilir safhada teşhis edildikleri literatüre geçmiştir (10).

Ebe ve hemşirelerin, jinekolojik kanserin erken tanısı ve korunmasına yönelik çalışma yapmama nedenleri incelendiğinde; bilgi, zaman ve koşulların yetersizliği olduğu literatüre uyum göstermektedir. Fakat "çalışma ortamım konuyla ilgili olmadığını için" (%47.78) ve "böyle bir işle görevlendirilmedim için" (%16.67) yanıtları bir sonraki tablo ile (Tablo 22)

uyum göstermemektedir. Çünkü, burada, jinekolojik kanserden korunma ve erken tanı için birincil sorumlu sağlık görevlisi olarak büyük çoğunluk (%65.97) kendilerini, yani halk sağlığı alanında çalışan ebe ve hemşireleri göstermiştir. İkinci sırada (%24.31) kadın hastalıkları ve doğum uzmanları yanıtlarını vermişlerdir (Tablo 22).

Bu çelişkinin nedeninin, çoğunluğun sorumluluğu kabul etmemesine karşın; kendisini bilgi olarak yetersiz hissetmesinden, çalışma ortamında jinekolojik kanserin erken tanısı ve korunmasına yönelik planlı bir görevlendirme, gerekli malzeme temini ve doğru bir denetim olmamasından kaynaklandığı düşünülebilir.

4.1.3. Araştırma Kapsamına Giren Ebe ve Hemşirelerin Bilgi Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi

Bulguların bu bölümünde ebe ve hemşirelerin bilgi puanları ile buna etki edebileceği düşünülen bazı sosyo-demografik özellikler, çalışılan Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezi, yaş grupları, eğitim düzeyleri, meslekte çalışma süreleri, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezinde çalışma süreleri, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezinde çalışabilmek için hizmet içi eğitim alma durumları, okul eğitimleri sırasında ve mezuniyet sonrasındaki konu ile ilgili eğitim durumları irdelenmiştir.

Araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin aldıkları bilgi puanları incelendiğinde; "12" tam puan üzerinden yapılan değerlendirmede "12" ve "11" puan alanın olmadığı, "10" puan alanın da %0.69 oranında olduğu görülmektedir. %4.86 oranında "0" puan alınmıştır. Puanlamanın tepe noktası "4" puan olarak saptanmıştır (Tablo 23).

Bilgi puanlarının düşüklüğü; ebe ve hemşirelerin konu ile ilgili bilgi gereksinimlerinin olduğunu göstermektedir. Entrekin ve Mc Millan'ın, 1993'te New York'ta yayınlanan çalışmalarında da hemşirelerin bilgi düzeyleri meme kanseri hariç, tüm kanser türleri hakkında çok zayıf bulduklarını belirtmişler ve kanserden korunma ve erken tanı konusunda eğitimin gerekliliğini vurgulamışlardır (8).

Ebe ve hemşirelerin çalıştıkları kurumlara göre bilgi puan ortalamaları incelenmiş; 6.No'lu Ana ocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi (Karşıyaka) ve 13.No'lu Ana ocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi'nde (Göztepe) alışanların medianları (6.0) en yüksek, 12 No'lu Ana ocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi (Göltepe) ve 14.No'lu Ana ocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi'nde (Zübeyde Hanım Karşıyaka) alışanların medianları (2.0) en düşük düzeyde bulunmuştur (Tablo 24).

Yapılan istatistiksel değerlendirmede çalışılan değişik bölgelerdeki Ana ocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezlerinin bilgi puan ortalamasına etkili bir değişken olmadığı belirlenmiştir. Araştırma kapsamına giren tüm Ana ocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezlerinde bilgilenme gereksinmesi bulunduğu söylenebilir.

Ebe ve hemşirelerin yaş gruplarına göre bilgi puan ortalamalarına bakıldığında 37-39 yaş grubu ve 46 yaş ve üstündeki grubun medianları (3.0), 34-36 ve 43-45 yaş grubundakilerin medianları (5.0) bulunmuştur (Tablo 25).

Yapılan istatistiksel değerlendirmede yaş değişkeninin, ebe ve hemşirelerin bilgi puanı üzerine etkili olmadığı belirlenmiştir. Bilgi puanında yaşa paralel bir yükselme veya düşme izlenmemiştir.

Ebe ve hemşirelerin eğitim düzeylerine göre bilgi puan ortalamalarına bakıldığında ise anlamlı bir fark görülmüştür ($P < 0.05$). Sağlık Okulu mezunlarının medianları (2.0), Sağlık Meslek Lisesi mezunlarının medianları (4.0), Açık ğretim Fakültesi; nlisans Programı mezunlarının medianları (4.0), Meslek Yüksek Okulu; nlisans Programı mezunlarının medianları (4.0) ve Hemşirelik Yüksek Okulu mezunlarının medianları (8.0) bulunmuştur (Tablo 26). Sağlık Okulu mezunlarının medianlarının çok düşük, Hemşirelik Yüksek Okulu mezunlarının medianlarının çok yüksek ve diğer üç eğitim grubundan mezun olanların medianlarının aynı bulunması dikkat çekicidir. Fakat bazı gruptaki örnekleme sayısının çok az olması aralarında yapılan ikili analizlerin güvenilirliğini etkileyeceği düşünülerek, yalnızca örnekleme sayıları yeterli olan Sağlık Meslek Lisesi mezunları ile Açık ğretim Fakültesi; nlisans Programı mezunları arasında yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda anlamlı bir fark bulunamamıştır ($P > 0.05$), (Tablo 27). Bu sonuçlara bakılarak yine de ebe ve hemşirelerin eğitim düzeyleri yükseldikçe jinekolojik kanserin erken tanı ve korunmasına yönelik bilgi puanlarının arttığı söylenebilir.

Ebe ve hemşirelerin meslekte çalışma sürelerine göre bilgi puan ortalamalarına bakıldığında; 28 yıl ve daha fazla çalışanların medianları (1.0) en düşük, 22-24 yıl arasında çalışanların medianları (5.0) en yüksek bulunmuştur (Tablo 28).

Yapılan istatistiksel analizde meslekte çalışma yılının bilgi puan ortalamasına etkili bir değişken olmadığı belirlenmiştir. Çalışma yılının artması ile tecrübe ve bilginin artmasının beklenmesine karşın çalışma yılına paralel bilgi puanı yükselmesi gözlenmemiştir.

Ebe ve hemşirelerin Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezlerinde çalışma sürelerine göre bilgi puan ortalamalarına bakıldığında; 1 yıl ve daha az çalışanların medianları (5.0), 22 yıl ve daha fazla çalışanların medianları (7.0), arada kalan yıllarda çalışanların medianları ise (3.0) ve (4.0) dolaylarında seyretmiştir. Çalışma yıllarına paralel bilgi puan artışı veya azalması gözlenmemiştir. Yapılan istatistiksel analizde de Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezlerinde çalışma süresinin bilgi puanı üzerine etkili bir değişken olmadığı belirlenmiştir (Tablo 29).

Ebe ve hemşirelerin Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezlerinde çalışabilmek için hizmet içi eğitim alma durumlarına göre bilgi puan ortalamaları arasında yapılan istatistiksel analizde anlamlı bir fark bulunamamıştır ($U=0.2397$), (Tablo 30). Bu sonuçlardan yola çıkarak, hizmet içi eğitimlerinin yetersiz olduğu veya hizmet içi eğitim konularının jinekolojik kanserin erken tanısı ve korunması konusunu içermediği düşünölebilir.

Ebe ve hemşirelerin okul eğitimi sırasında jinekolojik kanserin erken tanısı ve korunmasına yönelik eğitim alma durumlarına göre bilgi puan ortalamaları incelendiğinde; eğitim almış olanlarla eğitim almamış olanlar arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede $\alpha=0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark bulunmuştur ($U=0.0320$), (Tablo 31).

Ebe ve hemşirelerin mezuniyet sonrasına jinekolojik kanserin erken tanısı ve korunmasına yönelik eğitim alma durumlarına göre bilgi puan ortalamaları incelendiğinde; eğitim almış olanlarla eğitim almamış olanlar arasında yapılan istatistiksel analizde $\alpha=0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark bulunmuştur ($U=0.0038$), (Tablo 32).

Bu sonuçlara dayanarak ebe ve hemşirelerin jinekolojik kanserin erken tanısı ve korunmasına yönelik bilgilerini artırmak için okul eğitimleri sırasında veya mezuniyet sonrasındaki eğitim programlarında bu konuya özel olarak yer verilmesinin başarıyı artıracığı söylenebilir.

4.2. SONUÇ

İzmir metropolü içerisinde yer alan 16 Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi'nde yapılan çalışmada jinekolojik kanserlerin erken tanısı ve korunmasına yönelik bilgi düzeyleri, düşünce ve tutumları incelenmeye çalışılmıştır. Bu araştırma bulgularına göre;

-Araştırma kapsamına giren ebe ve hemşirelerin çalışma ortamlarında sürekli olarak hasta/sağlam kadınla karşı karşıya oldukları ve görevlerini kadın sağlığını yükseltmek olarak algıladıkları saptanmıştır (Tablo 15).

-Ebe ve hemşirelerin "kanser" sözcüğünü algılamaları mesleki yaklaşımından çok duygusal yanıtlar olmuştur (Tablo 16).

-Araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%72.91) jinekolojik muayene yapmadığı, daha büyük çoğunluğunun (%78.47) pap-smear almasını bilmediği ve çok az kişinin (%15.97) kanser şüphesi ile hasta sevk ettiğini saptanmıştır (Tablo 18).

-Ebe ve hemşirelerin çoğunluğu (%65.97), jinekolojik kanserlerin erken tanısı ve korunması için birincil sorumlu sağlık çalışanı olarak halk sağlığı alanında çalışan ebe ve hemşireleri göstermelerine karşın %50.00'sinin konu ile ilgili herhangi bir çalışma yapmadığı tespit edilmiştir. Çalışma yapmama nedenleri; %47.78'i çalışma ortamının konu ile ilgili olmadığı, %24.44'ü eğitimin yetersiz olduğu, %16.67'si böyle bir işle görevlendirilmediğini ve %11.11'i de hiç aklına gelmediği, koşulların yeterli

olmadığı, ilgi alanının dışında olduğu ve zamanın yetersiz olduğu şeklinde sıralamışlardır (Tablo 19-21-22).

-Ebe ve hemşirelerin bilgileri "12" tam puan üzerinden değerlendirilmiş ve "12" puan alan olmamıştır. En çok alınan puanlar "4" ve "5" olmuştur (Tablo 23).

-Ebe ve hemşirelerin çalıştıkları Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezlerinin bilgi puanlarına etkili olmadığı saptanmıştır (Tablo 24).

-Ebe ve hemşirelerin yaşları; bilgi puanları üzerine etkili bir değişken olmamıştır (Tablo 25).

-Eğitim düzeyinin ebe ve hemşirelerin bilgi puanları üzerine etkili bir değişken olduğu saptanmış, eğitim düzeyleri yükseldikçe bilgi puanlarının arttığı görülmüştür. Fakat "n" sayılarının yüksek olduğu Sağlık Meslek Lisesi ve Açık Öğretim Fakültesi; Önlisans Programı mezunları arasında bilgi puanları bakımından anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 26-27).

-Ebe ve hemşirelerin meslekteki çalışma sürelerinin ve Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezlerinde çalışma sürelerinin bilgi puanlarına etkili bir değişken olmadığı görülmüştür (Tablo 28-29).

-Ebe ve hemşirelerin Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezlerinde çalışabilmek için aldıkları hizmet içi eğitimin bilgi puanlarına etkili olmamasına rağmen, okul eğitimleri sırasında ve mezuniyet sonrasında jinekolojik kanserin erken tanısı ve korunma yollarına yönelik eğitim almış olmalarının bilgi puanlarını etkilediği saptanmıştır (Tablo 30-31-32).

4.2.1.ÖNERİLER

Bu çalışmadan elde edilen veriler ışığında;

-Jinekolojik kanserin erken teşhisi ve korunma yollarını öğretme konusunda ebe ve hemşirelere daha iyi bir temel vermek için ebelik ve hemşirelik dalında eğitim yapan yüksek okullara gereksinim olduğu,

-Var olan ebe ve hemşire eğitim müfredatlarının, jinekolojik kanserlerin erken teşhisi ve korunma yollarına yönelik içeriği bakımından bir kez daha gözden geçirilmesi gerektiği,

-Mezun olmuş ebe ve hemşireler için konu ile ilgili hizmet içi eğitim programlarına ve erken teşhise yönelik uygulamaları öğretmek açısından özel kurslara gereksinim olduğu,

-Ebe ve hemşirelerin çalıştığı kuruluşlar tarafından kanseri önleme ve erken teşhisin ebe ve hemşirelerin işinin bir parçası olduğunu kapsayan politikalar belirlenmesi, sorumlulukların ve yetkilerin açıklanması, uygun denetimlerin yapılması,

-Ebe ve hemşirelere gerekli malzeme ve ekip çalışmasının sağlanması, kanseri önleme ve erken teşhis çalışmalarında artan bir katılım ve bu konudaki tutum değişikliğini de beraberinde getirebileceği şeklinde özetlenebilir.

Bu çalışmadan elde edilen veriler ışığında araştırmanın genişletilerek ülke çapında yapılması ebe ve hemşirelerin bilgi, tutum ve düşüncelerini belirlemek açısından çok daha yararlı olacaktır. Böyle bir çalışmaya ileriye yönelik hemşirelik eğitimi ve uygulamalarını planlamak açısından da yararlı olabilir.

ÖZET

Araştırma, erken tanı ve korunmanın çok önemli olduğu çağımızda en ölümcül hastalıklardan biri olan jinekolojik kanserler hakkında, hizmeti götürecek olan ebe ve hemşirelerin bilgilerini, uygulamalarını ve tutumlarını saptamak amacı ile planlanmıştır. Tanımlayıcı, kısmen analitik, kesitsel bir çalışma olarak yapılmıştır.

Araştırma, 27.05.1996 - 05.07.1996 tarihleri arasında İzmir metropolünde bulunan 16 Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi'nde yürütülmüştür. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi'nde çalışan ebe ve hemşirelerin tümü (N=207) araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Bu evrenden ulaşılabilen 144 ebe ve hemşirenin tümü araştırmanın örnekleimidir. Ebe ve hemşirelere 30 sorudan oluşan anket formları uygulanmıştır. Anketler, ebe ve hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini, jinekolojik kanserin erken belirtileri ve korunma ile ilgili bilgi sorularını, ebe ve hemşirelerin uygulamalarını ve tutumlarını içeren sorulardan oluşmuştur.

Araştırmada veriler, sayı ve yüzdelik hesapları, Kruskal Wallis parametrik olmayan tek yönlü varyans analizi ve Mann-Whitney U testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Araştırmadan elde edilen bulgular değerlendirildiğinde, ebe ve hemşirelerin aldıkları bilgi puanlarının düşük olduğu, bilgi puanlarını etkileyen etmenlerin eğitim düzeyleri, mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrasında jinekolojik kanserin erken teşhisi ve korunmasına yönelik eğitim alma durumları olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin, kendilerini jinekolojik kanserin erken teşhisi ve korunması konusunda birincil sorumlu sağlık görevlisi görmelerine karşın, uygulamalarının yeterli olmadığı tespit edilmiştir. Bu konuda çalışma

yapmama nedenleri arasında öncelikle; eğitim yetersizliği, görevlendirme eksikliği, çalışma ortamlarındaki konuya yönelik organizasyon ve malzeme eksikliğini belirtmişlerdir.



SUMMARY

This research has been planned to discover the knowledge, the practices, and the beliefs of the midwives and nurses who are supposed to aid gynecological cancers which are believed to be the most deathly diseases in today's world, where early detection and prevention are of prime importance. The research has been outlined as a describing, partially analytic, and sectional one.

The research has been carried out in sixteen Mother and Child Health Care and Family Planning Centers (M.C.H.C. and F.P.C.) in the metropolitan city of Izmir between the dates 27th, 1996 and July 5th, 1996. All the midwives and nurses (N=207) working in M.C.H.C. and F.P.C. form the scope of this research. 144 midwives and nurses out of 207 were involved in it as test subjects.

A 30-question questionnaire was applied to each of the test subjects. The questionnaires included questions about the socio-demographic characteristics, and the beliefs and practices of the midwives and nurses, and also the knowledge concerning the early symptoms of gynecological cancers and the prevention of them.

Percentage, non-parametric single-direction variance analysis, and Mann-Whitney U test were used in the evaluation of the data of the research.

When the data was processed it was found out that the knowledge score of the midwives and nurses was quite low due to their level of education, and their chances of getting enough learning, either before and after graduation, about early detection and prevention of gynecological cancers.

Although the midwives and nurses tested in this research regard themselves as being initially responsible for early detection and prevention of gynecological cancers, their practices have been proved to be inadequate. Among their excuses of not performing accordingly were:

- a. not having adequate education,
- b. lack of charging,
- c. improper organization in the work-place,
- d. not having sufficient equipments.



KAYNAKÇA

1. Akdemir, N., "Kanserin Erken Tanısında Hemşirenin Rolü ve Erken Tanının Eğitim Programındaki Yeri," **II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri**. İzmir, 1990, ss:596-600.
2. Arısan, K., **Kadın Hastalıkları**. 3.bs. Çellüt Matbaacılık Sanayi ve Ticaret A.Ş, İstanbul, 1991,ss:584-819.
3. Ash, S. R., **Cancer Nursing**. 12(6):319, 1986.
4. Bedük, T., Şen, S., "Hemşirelerin Kanserin Erken Tanısında Kendi Kendilerine Yapılan Muayenelere İlişkin Uygulamaları ve Muayeneleri Yapmama Nedenleri," **III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı**. Sivas, 1992, ss:448-455.
5. Berek, J.S., Hacker, N.F., **Practical Gynecologic Oncology**. 2.bs. "Ed" Charles Mitchell, Williams and Wilkind, U.S.A, 1994, ss:187-194.
6. Blesch, K.S., Prohaska, T.R., "Cervical Canser Screening İn Older Women," **Cancer Nursing**. 14(3), 1991, P:141-147.
7. Coşkun, A., Karanisoğlu, H., **Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği**. Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 1992, ss:532-553.
8. Entrekin, N.A., McMillan, S.C., "Nurses Know, Beliefs and Practices Related to Cancer Prevention and Detection," **Cancer Nursing**. 16(6), 1993, P:431-439.
9. Fighting Cancer in America Achieving the "year 2000 goal", **Cancer Nursing**. 12(6), 1993, P:359-368,.
10. Frank-Strombory, M., Rohan, K., "Nursing's Involvement in the Pramary and Secondary Prevention of Cancer," **Cancer Nursing**. 15(2), 1992, P:79-108.

11. Garrey, M.M., Govan, A.D.T., Hodge, C.H., **Callender, Resimli Jinekoloji.** "çev" Aykut Kazancıgil, Güven Kitabevi, Ankara, 1980.
12. Gornel, V., Munro, M.G., Rowe, T.C., **Jinekoloji.** "çev" N. Erkut Attar, Atlas Kitapçılık Tic. Ltd. Şti., Ankara, 1995, ss:53-96.
13. Guyton, A.C. **Tıbbi Fizyoloji.** "çev" N.Gökhan, H.Çavuşoğlu, cilt:I, 7.bs. NobelTıp Kitabevi, İstanbul, 1986, ss:52-55.
14. Güner, H., **Jinekolojik Onkoloji.** Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, 1994, ss:53-64, 97-155, 177-207.
15. Herbst, A.L., Berek, J.S., "Impact of Contraception on Gynecologic Cancers," **Ams Obstet Gynecol.** 168(6), part 2, June 1993.
16. İnanc, N., "Kadın Sağlığı Sorunları; Kadında iç genital organ kanserleri," **Türk Hemşireler Dergisi.** Cilt:36, Sayı:2, 1986, ss:51-52.
17. Sagol, S., "Postmenapozal Dönemdeki Kadınlarda, İnsülinin ve Ovarial Androjenlerin Endometrium Karsinomu Etiopatogenezindeki Rolü," (**Uzmanlık Tezi**). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İzmir, 1992.
18. Şirin, A., "Genital Organ Kanserleri," **Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi.** Cilt:2, Sayı:3, İzmir, 1990, ss:85-102.
19. Sümbüloğlu, V., Sümbüloğlu, K., **Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri.** Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, 1988.
20. Taşkın, L., "Genital Sistem Kanserlerinde Risk Faktörleri," **II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri.** İzmir, 1990, ss:601-608.
21. T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Ölüm İstatistikleri, 1990, ss:526.
22. T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Türkiye İstatistik Cep Yıllığı, 1990, ss:15.

23. Uluslararası Kanserle Savaş Birliği, Klinik Onkoloji. 2.bs. **Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Yayını.** Ankara, 1978, ss:25-28.

24. Uluslararası Kanserle Savaş Birliği, 4.bs. **T.C. Sağlık Bakanlığı, Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Ortak Yayını.** Ankara, 1990, ss:15-22.

25. Uluslararası Kanserle Savaş Birliği, Klinik Onkoloji. "ed" D.K.Hossfeld, C.D. Sherman, R.R. Love, F.X. Boch "çev" D. Fırat, F. Sarıalioğlu, A. Kars, 5.bs. **T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı ile Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Ortak Yayını.** Ankara, 1992, ss:20-30, 59-60, 84-85.

26. Uluslararası Kanserle Savaş Birliği, Okullarda Kanser Eğitimi. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, **Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Ortak Yayını.** Ankara, 1992, ss:7-10.

27. Warren, B., Pohl, J.M., "Cancer Screening Practices of Nurse Practitioners," **Cancer Nursing.** 13(3), 1990, P:143-151.

28. William, W., Beck, Jr., **Kadın Doğum.**"çev ed" Uçar Asena, Saray Kitabevi, İzmir, 1992, ss:343-355.

EK (1)

İZMİR METROPOLÜ, ANA ÇOCUK SAĞLIĞI VE AİLE PLANLAMASI MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN EBE VE HEMŞİRELERİN JİNEKOLOJİK KANSERLERİN ERKEN TEŞHİS VE KORUNMASI KONUSUNDA BİLGİ DÜZEYLERİ VE UYGULAMALARININ İNCELENMESİNE YÖNELİK SORU KAĞIDI

Bu soru kağıdındaki sorulara alınacak yanıtlarla Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin jinekolojik kanserlerin erken teşhis ve korunmasına yönelik bilgilerinin ve uygulamalarının belirlenmesine çalışılacaktır. Soru kağıtlarında isim belirtilmeyecek ve alınan yanıtlar araştırmacıda kalacak, hiç kimseye verilmeyecektir. Bu sorulara vereceğiniz yanıtlar jinekolojik kanserlerin erken teşhisi ve korunmasına yönelik ihtiyaçların belirlenmesi ve ileriye yönelik yapılacak çalışmalar açısından önem taşımaktadır.

İçtenlikle yanıtlamanıza teşekkür ederim.

Kolon-Kod

Soru Kağıdı No:

1-Çalıştığınız kurumun ismini yazınız.

2- Kaç yaşındasınız?.....

3- Eğitim durumunuz nedir?

a)Sağlık Okulu

b)Sağlık Meslek Lisesi

c)Açık Öğretim Fakültesi;Önlisans Programı

- d) Meslek Yüksek Okulu; Önlisans Programı
- e) Hemşirelik Yüksek Okulu

4- Mesleki ünvanınız nedir?

- a) Hemşire
- b) Ebe

5- Medeni durumunuz nedir?

- a) Bekar
- b) Evli
- c) Dul
- d) Boşanmış
- e) Eşinden ayrı yaşıyor
- f) Diğer

6- Ebe veya hemşire olarak kaç yıldır çalışıyorsunuz?

.....

7- Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezinde kaç yıldır çalışıyorsunuz?

.....

8- Bu merkezde çalışabilmek için bir hizmet içi eğitim aldınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

9- Bu merkezdeki görevleriniz ana hatları ile nelerdir?

.....
.....

10-"Kanser" sözcüğünü duyunca ilk aklınıza gelen nedir?

.....

11- Daha önce kanserle ilgili bir bölümde çalıştınız mı?

a)Evet b)Hayır (Soru 13'e geçiniz.)

12- Kanserle ilgili nerelerde çalıştınız?

.....

13- Okul eğitiminiz sırasında jinekolojik kanserlerin erken belirtileri ve korunması hakkında eğitim aldınız mı?

a)Evet b)Hayır

14- Mezuniyet sonrasında jinekolojik kanserlerin erken belirtileri ve korunması hakkında eğitim aldınız mı?

a)Evet b)Hayır

15- Hekim yardımı olmaksızın jinekolojik muayeneye karar verip yapabilir misiniz?

a)Evet b)Hayır

16- Pap-Smear almasını biliyor musunuz?

a)Evet b)Hayır

17- Yaptığınız muayenelerde hiç kanser şüphesi ile sevk ettiğiniz hasta oldu mu?

a)Evet b)Hayır

18- Jinekolojik kanserlerin erken teşhisi ve korunmasına yönelik hasta/sağlam kişilerle hangi alanlarda çalışma yaptınız?

- a)Risk gruplarını saptama
- b)Risk gruplarını kontrol için yönlendirme
- c)Hasta/sağlam kişilere jinekolojik kansere neden olan faktörler hakkında bilgi verme
- d)Hasta/sağlam kişilere kendi kendine muayene tekniklerini ve erken belirtilerini öğretme
- e)Çalışma yapmadım

19- Jinekolojik kanserlerin erken teşhisi ve korunmasına yönelik çalışma yapmamanızın nedenleri nelerdir?

.....

.....

20- Jinekolojik kanserlerden korunma ve erken teşhisi için birincil sorumlu olan sağlık görevlisi sizce aşağıdakilerden hangisidir?

- a)Pratisyen hekimler
- b)Kadın hastalıkları ve doğum uzmanları
- c)Halk sağlığı alanında çalışan ebe ve hemşireler
(Sağlık ocağı ve Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezleri dahil)
- d)Kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde çalışan ebe ve hemşireler
- e)Onkoloji kliniğinde çalışan ebe ve hemşireler

Kolon-Kod

21- Şişman, diabetik, hipertansif bir kadında menapoz öncesi veya menapoz sonrası, kanama ve bol miktarda kanlı su gibi akıntı şikayetleri varsa hangi hastalıktan şüphelenirsiniz?

.....

22- Pis kokulu akıntı, koitusta kanama ve defekasyondakanama şikayetleri olan bir kadın size müracaat ettiğindeaklınızda ilk gelen hastalık hangisi olur?

.....

23- Hangi kadınlar over kanseri için risk grubu sayılmaz?

- a)Yüksek sosyo-ekonomik statüdekiler
- b)Ailede over kanseri hikayesi olanlar
- c)Bir çok spontan abortus geçirenler
- d)Uzun süre oral kontraseptif kullananlar

24- Hangi grup kadın endometrium kanseri yönünden yüksek risk grubu sayılmaz?

- a)Şişmanlar (Obesite)
- b)Doğurmamış veya az doğurmuşlar (İnfertilite-Nulliparite)
- c)Erken yaşta menapoza girenler
- d)Diabetes Mellitus ve Hipertansiyonu olanlar
- e)Ailede korpus kanseri öyküsü olanlar

25-Aşağıdaki gruplardan hangisi serviks kanseri risk grubuna girmez?

- a)Sosyo-ekonomik düzeyi düşük olanlar
- b)Cinsel ilişkiye erken yaşta başlayanlar ve birden çok kişi ile cinsel ilişkiye girenler

c)Sigara kullananlar

d)Hiç evlenmemiş ve doğurmamışlar

e)Herpes simplex tip II ve human papilloma virus

enfeksiyonları geçirenler

26- Serviks kanserinin erken tanısı için hangi yöntem kullanılır?

.....

27- Vulvanın kendi kendine muayenesi hangi sıklıkta yapılır?

a)Haftada bir

b)Ayda bir

c)Altı ayda bir

d)Yılda bir

28-Oral kontraseptif kullanmak konusunda aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

a)Endometrium kanseri riskini azaltır.

b)Over kanseri riskini azaltır.

c)Serviks kanseri riskini azaltır.

d)Hiçbiri.

29- Serviks kanseri riski yüksek bir kadına hangi aile planlaması yöntemini önerirsiniz?

a)Oral kontraseptif

b)Kondom

c)RIA

d)Tüpligasyon

30-Jinekolojik kanserin erken teşhisi için; jinekolojik muayene, pap-smear ve menapoz sonrası endometrium doku incelemesi hangi sıklıkla yapılmalıdır?

- a)Altı ayda bir
- b)Yılda bir
- c)Üç yılda bir
- d)Şikayeti olmadığı sürece gerekli değildir.



(EK II)

BİLGİ SORULARINA YÖNELİK DOĞRU YANIT LİSTESİ

21- Şişman, diabetik, hipertansif bir kadında menapoz öncesi veya menapoz sonrası, kanama ve bol miktarda, kanlı su gibi akıntı şikayetleri varsa hangi hastalıklardan şüphelenirsiniz?

-Endometrial kanser

22- Pis kokulu akıntı, koitusta kanama ve defekasyonda kanama şikayetleri olan bir kadın size müracaat ettiğinde aklınıza ilk gelen hastalık hangisi olur?

-Serviks kanseri

23- Hangi kadınlar over kanseri için risk grubu sayılmaz?

- a)Yüksek sosyo-ekonomik statüdekiler
- b)Ailede over kanseri hikayesi olanlar
- c)Bir çok spontan abortus geçirenler
- xd)Uzun süre oral kontraseptif kullananlar

24- Hangi grup kadın endometrium kanseri yönünden yüksek risk grubu sayılmaz?

- a)Şişmanlar (Obesite)
- b)Doğurmamış veya az doğurmuşlar (İnfertilite-Nulliparite)
- xc)Erken yaşta menapoza girenler
- d)Diabetes Mellitus ve Hipertansiyonu olanlar
- e)Ailede korpus kanseri öyküsü olanlar

25- Aşağıdaki gruplardan hangisi serviks kanseri risk grubuna girmez?

- a)Sosyo-ekonomik durumu düşük olanlar
- b)Cinsel ilişkiye erken yaşta başlayanlar ve birden çok kişi ile cinsel ilişkiye girenler

c)Sigara kullananlar

xd)Hiç evlenmemiş ve doğurmamışlar

e)Herpes simplex tip II ve human papilloma virus enfeksiyonları geçirenler

26- Serviks kanserinin erken tanısı için hangi yöntem kullanılır?

-Pap-smear

27- Vulvanın kendi kendine muayenesi hangi sıklıkta yapılır?

a)Haftada bir

xb)Ayda bir

c)Altı ayda bir

d)Yılda bir

28-Oral kontraseptif kullanmak konusunda aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

a)Endometrium kanseri riskini azaltır.

b)Over kanseri riskini azaltır.

xc)Serviks kanseri riskini azaltır.

d)Hiçbiri.

29- Serviks kanseri riski yüksek bir kadına hangi aile planlaması yöntemini önerirsiniz?

a)Oral kontraseptif

xb)Kondom (Prezervatif)

c)RIA (Rahim içi araç)

d)Tüpligasyon

30- Jinekolojik kanserin erken teşhisi için; jinekolojik muayene, pap-smear ve menapoz sonrası endometrium doku incelemesi hangi sıklıkla yapılmalıdır?

a)Altı ayda bir

xb)Yılda bir

c)Üç yılda bir

d)Şikayeti olmadığı sürece gerekli değildir.



(EK III)

BİLGİ SORULARINA VERİLEN YANITLARI DEĞERLENDİRME FORMU

21- Şişman, diabetik, hipertansif bir kadında menapoz öncesi veya menapoz sonrası, kanama ve bol miktarda kanlı su gibi akıntı şikayetleri varsa hangi hastalıklardan şüphelenirsiniz?

- | | | |
|-------------------------|--|----------|
| 1- Doğru | Tam yanıt verenler | (2 puan) |
| 2-Kısmen doğru | Kısmen yanıt verenler | (1 puan) |
| 3- Yanıtsız veya Yanlış | Yanıt vermeyenler veya Yanlış yanıt verenler | (0 puan) |

22- Pis kokulu akıntı, koitusta kanama ve defekasyonda kanama şikayetleri olan bir kadın size müracaat ettiğinde aklınıza ilk gelen hastalık hangisi olur?

- | | | |
|-------------------------|--|----------|
| 1- Doğru | Tam yanıt verenler | (2 puan) |
| 2-Kısmen doğru | Kısmen yanıt verenler | (1 puan) |
| 3- Yanıtsız veya Yanlış | Yanıt vermeyenler veya Yanlış yanıt verenler | (0 puan) |

23- Hangi kadınlar over kanseri için risk grubu sayılmaz?

- | | | |
|-----------|--------------------------------|----------|
| 1- Doğru | d şikkını işaretleyenler | (1 puan) |
| 2- Yanlış | a,b,c şıklarını işaretleyenler | (0 puan) |

24- Hangi grup kadın endometrium kanseri yönünden yüksek risk grubu sayılmaz?

- | | | |
|-----------|----------------------------------|----------|
| 1- Doğru | c şikkını işaretleyenler | (1 puan) |
| 2- Yanlış | a,b,d,e şıklarını işaretleyenler | (0 puan) |

25- Aşağıdaki gruplardan hangisi serviks kanseri risk grubuna girmez?

- | | | |
|----------|--------------------------|----------|
| 1- Doğru | d şikkını işaretleyenler | (1 puan) |
|----------|--------------------------|----------|

2- Yanlış a,b,c,e şıkları nı şaretleyenler (0 puan)

26- Serviks kanserinin erken tanısı için hangi yöntem kullanılır?

1- Doğru Tam yanıt verenler (1 puan)

2- Yanıtsız veya Yanlış Yanıt vermeyenler veya Yanlış yanıt verenler (0 puan)

27- Vulvanın kendi kendine muayenesi hangi sıklıkta yapılır?

1- Doğru b şikkını şaretleyenler (1 puan)

2- Yanlış a,c,d şıklarını şaretleyenler (0 puan)

28- Oral kontraseptif kullanmak konusunda aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

1- Doğru c şikkını şaretleyenler (1 puan)

2- Yanlış a,b,d şıklarını şaretleyenler (0 puan)

29- Serviks kanseri riski yüksek bir kadına hangi aile planlaması yöntemini önerirsiniz?

1- Doğru b şikkını şaretleyenler (1 puan)

2- Yanlış a,c,d şıklarını şaretleyenler (0 puan)

30- Jinekolojik kanserin erken teşhisi için; jinekolojik muayene, pap-smear ve menapoz sonrası endometrium doku incelemesi hangi sıklıkla yapılmalıdır?

1- Doğru b şikkını şaretleyenler (1 puan)

2- Yanlış a,c,d şıklarını şaretleyenler (0 puan)

ÖZGEÇMİŞ

1966 yılında Antalya'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini Antalya'da tamamladı. 1985 yılında Antalya Sağlık Meslek Lisesi'ni bitirdi ve aynı yıl Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'nda öğrenimine başladı. 1988 yılında İzmir Atatürk Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde hemşire olarak çalışmaya başladı. 1989 yılında lisans eğitimini bitirdi ve Eylül 1992 tarihinde Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün açmış olduğu yüksek lisans sınavını kazanarak Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı'nda eğitime devam etti. Halen İzmir Atatürk Devlet Hastanesi'nde başhemşire yardımcısı olarak çalışmaktadır.

Yük. Hemşire: Nursen Demirel BOLSOY