

T.C.
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

KIRSAL ALANDA YAŞAYAN KADIN VE ERKEKLERİN
KOLOREKTAL KANSER TARAMASINA YÖNELİK SAĞLIK
İNANÇLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

TEZİ HAZIRLAYAN
Kudret KAÇAN

Tez Danışmanı
Dr. Öğretim Üyesi Ayşegül ÖZCAN

Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Ağustos - 2021
NEVŞEHİR

T.C.
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

KIRSAL ALANDA YAŞAYAN KADIN VE ERKEKLERİN
KOLOREKTAL KANSER TARAMASINA YÖNELİK SAĞLIK
İNANÇLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

TEZİ HAZIRLAYAN
Kudret KAÇAN

Tez Danışmanı
Dr. Öğretim Üyesi Ayşegül ÖZCAN
Prof. Dr. Semra KOCAÖZ

Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Ağustos - 2021
NEVŞEHİR

TEZ BİLDİRİM SAYFASI

Tez yazım kurallarına uygun olarak bu çalışmada yer alan bütün bilgilerin bilimsel ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu ve bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.

Kudret KAÇAN



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışmam süresince değerli bilgilerini benimle paylaşmaktan kaçınmayan, tezimin her aşamasında her konuda rahatlıkla ulaşıp danıştığım, ilgisini ve desteğini benden esirgemeyen, yardım ve desteğini mesafelere rağmen her daim hissettiren zorlandığım zamanlar da benden umudunu kesmeyen ve her daim beni motive eden, samimiyeti ve anlayışı için çok değerli hocam sayın Dr. Öğretim Üyesi Ayşegül ÖZCAN'a

Yine bu süreçte bende emeğini esirgemeyen çok değerli Sayın Hocam Prof. Dr. Nimet KARATAŞ'a

Bilgi ve tecrübelerini deneyimlediğim değerli ikinci tez danışmanım Prof. Dr. Semra KOCAÖZ'e

Lisans ve Yüksek lisans eğitimim boyunca beni motive eden, samimiyetiyle ve güler yüzüyle her zaman yanımda olan çok değerli hocam Dr. Öğretim Üyesi Şenay ŞERMET KAYA'ya ,

Yüksek Lisans eğitimim boyunca ve tezimin veri toplama aşamasında bana her türlü desteği sunan çok değerli hocam sayın Dr. Öğretim Üyesi Aynur KIZILIRMAK'a

Tez sürecinde benden desteğini esirgemeyen, her zaman rahatlıkla ulaşabildiğim değerli hocam Uzman Hemşire Gamze Gülsüm KILIÇLI'ya

Çalışmamın istatistik kısmında verdiği destekten dolayı özellikle Ömer KAPLAN'a, çalışmamın veri toplama aşamasında benden desteğini esirgemeyen Zehra YILDIZ, Merve Ceren KEÇECİ, Fatma SEZER, Busenur SEZER, Niyazi AKTAŞ

Araştırma için desteğini esirgemeyen Derinkuyu Kaymakamlığına ve araştırmaya katılmayı kabul edip, katkıda bulunan tüm kadın ve erkelere,

Beni bugünlere getiren ve bana her zaman inanıp hayatımı kolaylaştıran sevgili anneme, babama ve kardeşlerime teşekkür ediyorum.

KIRSAL ALANDA YAŞAYAN KADIN VE ERKEKLERİN KOLOREKTAL KANSER TARAMASINA YÖNELİK SAĞLIK İNANÇLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

(Yüksek Lisans Tezi)

Kudret KAÇAN

NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ

FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

AĞUSTOS 2021

ÖZET

Araştırma kırsal alanda yaşayan kadın ve erkeklerin kolorektal kanser taramasına yönelik sağlık inançları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Nevşehir ili Derinkuyu ilçe merkezinde yaşayan 50-70 yaş arasında olan, araştırmayı kabul eden 451 kişi oluşturmuştur. Araştırmada veriler Kişisel Bilgi Formu, Kolorektal Kanser Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ve Harvard Kanser Risk İndeksi kullanılarak toplanmış, IBM SPSS Statistics 23 paket programında analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesi Bağımsız Örneklem T Testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Tukey çoklu karşılaştırma testi, Ki Kare Fisher's Exact Testleri ve İki Durumlu Lojistik Regresyon Modeli kullanılmıştır.

Katılımcıların Sağlık İnanç modeli alt boyut ölçek puan ortalaması; Güven Yarar Algısı 43.88 ± 6.28 (22.00-55.00), Duyarlılık Algısı 14.16 ± 5.32 (6.00-30.00), Engel Algısı 17.16 ± 4.77 (6.00-30.00) ve Sağlık Motivasyon algısı 16.07 ± 2.75 (10.00-25.00) olarak saptanmıştır. Araştırmada erkek katılımcıların kolorektal Kanser taramalarına katılım oranları anlamlı derecede daha fazla bulunmuştur ($p < 0.05$). Katılımcıların duyarlılık algısı orta ve düşük düzeyde olup, kolorektal kanser taraması yaptıran kişilerin güven yarar algısı, duyarlılık algısı, ciddiyet algısı, sağlık motivasyon algısı puan ortalamaları daha yüksek, engel algısı puan ortalaması daha düşük bulunmuştur ($p < 0.05$). Kanser ortalama riskin üzerinde olan katılımcıların engel algısı anlamlı derecede daha fazla, sağlık motivasyon algısı anlamlı derecede daha az

bulunmuştur. Bu nedenle sağlık profesyonelleri ile kanserde erken tanı ve taramalara ilişkin eğitimlerin, farkındalıkların artırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: *Kolorektal Kanser, Sağlık İnanç Modeli, Yaşam Tarzı Değişiklikleri*

Tez Danışmanı: **Dr.Öğretim Üyesi Ayşegül ÖZCAN**



**HEALTH BELIEFS AND AFFECTING FACTORS FOR COLORECTAL
CANCER SCREENING OF RURAL WOMEN AND MEN**

(Master Thesis)

Kudret KACAN

NEVSEHIR HACI BEKTAŞ VELİ UNIVERSITY

INSTITUTE OF SCIENCES

AUGUST 2021

ABSTRACT

The research was conducted in a descriptive and relationship-seeking type in order to determine the health beliefs of women and men living in rural areas towards colorectal cancer screening and the factors affecting it. The sample of the study consisted of 451 people aged between 50-70 years living in Derinkuyu town center of Nevşehir province and accepted the research. In the study, data were collected using Personal Information Form, Colorectal Cancer Health Belief Model Scale and Harvard Cancer Risk Index, and analyzed in IBM SPSS Statistics 23 package program. Independent Sample T-Test, One-Way Analysis of Variance (ANOVA), Tukey multiple comparison test, Chi-Square Fisher's Exact Tests and Two-state Logistic Regression Model were used to evaluate the data.

Participants' Health Belief Model sub-dimension scale mean score; Perception of Confidence Benefit 43.88 ± 6.28 (22.00-55.00), Perception of Sensitivity 14.16 ± 5.32 (6.00-30.00), Perception of Obstacles 17.16 ± 4.77 (6.00-30.00), and Perception of Health Motivation 16.07 ± 2.75 (10.00-25.00). In the study, participation rates of male participants in colorectal cancer screening were found to be significantly higher ($p < 0.05$). The sensitivity perception of the participants was medium and low, and the mean score of trust, benefit perception, sensitivity perception, seriousness perception, health motivation perception of people who had colorectal cancer screening was found to be higher, and the mean of obstacle perception was lower ($p < 0.05$). It was found that the perception of disability was significantly higher and the perception of health motivation was significantly lower in the participants who were above the average risk

of cancer. For this reason, it is recommended to increase education and awareness on early diagnosis and screening in cancer with health professionals.

Keywords: *Colorectal Cancer, Health Belief Model, Lifestyle Changes*

Thesis Advisor: Dr. Ayşegül ÖZCAN



İÇİNDEKİLER

KABUL ONAY SAYFASI.....	
TEZ BİLDİRİM SAYFASI	i
TEŞEKKÜR.....	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT.....	v
KISALTMALAR LİSTESİ.....	x

1. BÖLÜM

1.GİRİŞ	1
1.1.Problem Tanımı ve Önemi	1

2. BÖLÜM

GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kanser	4
2.2. Kolorektal Kanserler	4
2.2.1. Kolorektal Kanser Epidemiyolojisi.....	4
2.2.2.Kolorektal Kanser Etiyolojisi.....	5
2.2.3. Kolorektal Kanser Risk Düzeyinin Belirlenmesi.....	5
2.2.3.1.Değiştirilemeyen Risk Faktörleri	5
2.2.3.2.Değiştirilebilen Risk Faktörleri.....	7
2.2.4. Kolorektal Kanser Gelişimi –Belirtileri.....	9
2.2.5. Kolorektal Kanserde Korunma Erken Tanı ve Tarama.....	10
2.3. Kolorektal Kanserde Tarama Yöntemleri	10
1.Rektal Muayene	10
2.4. Dünyada ve Türkiye’ de Kolorektal Kanser Taraması Uygulamaları	11
2.5. Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli (KKKYSİM)	12
2.5.1. Algılanan Duyarlılık	13
2.5.2. Algılanan Ciddiyet	13
2.5.3. Algılanan Yarar	13
2.5.4. Algılanan Engel.....	14
2.5.5. Özyeterlilik / Sağlık Motivasyonu	14
2.6. Kolorektal Kanserde Sağlık İnanç Modeli ve Erken Tanısına Yönelik Yapılan Çalışmalar	14
2.7.Kolorektal Kanserden Korunmada, Erken Tanı Ve Tarama Programlarında Hemşirenin Rollerini	15

3. BÖLÜM

MATERYAL VE METOT	17
3.1.Araştırmanın Türü.....	17
3.2.Araştırmanın Yeri ve Özellikleri.....	17
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	17
3.3.1. Evren	17
3.3.2. Örneklem.....	17
3.4.Araştırmaya Alınma Kriterleri	18
3.5. Verilerin Toplanması	18
3.5.1.Anket Formu (Ek-1).....	18
3.5.2.Kolorektal Kansere Sağlık İnanç Modeli Ölçeği(KKSİM) (Ek-2).....	18
3.5.3. Kolorektal (Bağırsak) Kanseri Risk Seviyesinin Belirlenmesi (Ek-3)	20
3.6. Ön Uygulama	20
3.7.Uygulama	21
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	21
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	21

4. BÖLÜM

BULGULAR.....	23
4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	23
4.2. Katılımcıların Sağlık İnanç Modeline İlişkin Bulgular.....	28

5. BÖLÜM

TARTIŞMA	40
----------------	----

6. BÖLÜM

SONUÇ ve ÖNERİLER.....	48
KAYNAKLAR	51
EKLER.....	64
ÖZGEÇMİŞ	73

TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.2. Katılımcıların KRK' dan Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Ölçeği İçin Tanımlayıcı İstatistikler	20
Tablo 4.1 Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	23
Tablo 4.1.1. Katılımcıların Cinsiyete Göre Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı	23
Tablo 4.1. 2. Katılımcıların Kronik Hastalığı Varlığı ve Sağlık Davranışlarına İlişkin Bazı Özelliklerin Dağılımı.....	24
Tablo 4.1. 3. Kadın ve Erkeklerin KRK Erken Tanı ve Taramalarına Yönelik Bilme Durumlarına Göre Dağılımı	26
Tablo 4.2.1. Katılımcıların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	28
Tablo 4.2.2. Katılımcıların Kronik Hastalık Ve Kolorektal Kanserde Semptom Yaşama Durumlarına Göre Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Dağılımı.....	31
Tablo 4.2.3. Katılımcıların Bazı Sağlık Alışkanlıklarına Göre Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Dağılımı.....	32
Tablo 4.2.4. Katılımcıların Gelecekte KRK Bilme Durumları ile Taramalara Katılmayı Düşünme Durumlarına Göre Sağlık İnanç Ölçeği Farklılıklarının İncelenmesi	34
Tablo 4.3. Katılımcıların Risk İndeksine Göre Dağılımları.....	37
Tablo 4.3.1. Cinsiyete ve Eğitim Durumuna Göre Risk İndeksi Farklılıklarının İncelenmesi	37
Tablo 4.3.2. Risk İndeksine Göre Sağlık İnanç Ölçeği Farklılıklarının İncelenmesi	38

KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

KRK: Kolorektal Kanser

ABD: Amerikan Birleşik Devleti

FAP: Familyal Adenomatöz Polipozis

HNPCC: Herediter Non-Polipozis Kolorektal Kanser

GGK: Gaitada Gizli Kan

GGGKT: Guanik Tabanlı Gaitada Gizli Kan Testi

İGGKT: İmmünokimyasal Gaitada Gizli Kan Testi

BTK: Bilgisayarlı Tomografi ve Kolonografi

ÇKBE: Çift Kontrastlı Baryum Enema

KETEM: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri

TSM: Toplum Sağlığı Merkezi

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

SİM: Sağlık İnanç Modeli

KKKYSİM: Kolorektal Kanserde Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

1.GİRİŞ

1.1.Problem Tanımı ve Önemi

Dünyada meydana gelen 57 milyon ölümün 36 milyonu; kardiyovasküler hastalıklar, kronik akciğer, kanserler ve diyabet hastalıkları neden olmaktadır[1]. Kanserler hem dünyada hem de ülkemizde ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2008 yılında 12.7 milyon olan kanser vakası insidansının 2030 yılında 21.4 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir[2,3]. Kolorektal kanserler (KRK) en çok ölüme neden olan kanserlerden biri olup, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) kanser ölümleri içinde üçüncü sırada yer almaktadır. GLOBOCAN 2018 verilerine göre, dünyada kanser vakalarının yaklaşık % 11'ini kolorektal kanserlerin oluşturduğu belirtilmektedir (4). Türkiye de kolorektal kanser (KRK) kadınlarda tüm kanserlerin %8, erkeklerde ise %9.9 oranında hem erkeklerde hem kadınlarda üçüncü sırada görülmektedir [5]. Kolorektal kanser sıklığı farklı coğrafyalarda yaşayan toplumlara göre değişiklik göstermektedir. Görülme sıklığındaki farklılıklar; tarama uygulamalarından, genetik yatkınlıktan, beslenme ve çevresel faktörlerden kaynaklanmaktadır[6-7-8]. Tarama programlarıyla kolorektal kanser erken evrede teşhis edildiğinde, mortalitesi ve morbiditesi daha düşük olan cerrahi müdahaleler ile büyük ölçüde tedavi edilebilmektedir[9,10]. Amerikan Kanser Topluluğu tarafından KRK erken evrede teşhis edildiği takdirde, bireylerin hayatta kalma şansının %90 arttığı bildirilmiştir[11]. Bu nedenle DSÖ de KRK'in erken tanınması için 50 yaşından sonra erkek ve kadınların tarama programına katılmalarının gerekliliğini vurgulamaktadır[12]. Bu taramalar ile Avrupa Birliği'nde her yıl meydana gelen kolorektal kanser kaynaklı her dört ölümden birinin önlenebileceği tahmin edilmektedir[12,13].

Kolorektal kanserde tarama programlarına katılım ABD'de (2010) %80.0, Finlandiya'da (2009) %71.0 ve İtalya'da (2008) %48.0, Tayvan'da %26.4, Asya-Pasifik ülkesinde %27 oranındadır[1,14,21]. ABD'de kolorektal kanser vakalarının %30.0-40.0'ı erken evrede saptanırken, bu oran ülkemizde çok düşük seviyededir. Türkiye'de kolon ve rektum kanserleri sıklıkla ileri evrelerde tanı almaktadır[15,16]. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'nda yapılan epidemiyolojik bir çalışmada, hastaların %46.9'unun ileri evrede tanı aldığı,

%77.2'sinin kolorektal kanserle ilgili tarama programına katılmadığı saptanmıştır[17]. Türkiye'de kolorektal taramaların kapsayıcılık oranları %20.0-30.0 arasında seyretmektedir. Oysaki etkili tarama programlarında kapsayıcılık oranının en az %70.0 olması gerektiği vurgulanmaktadır[18].

Kanser erken tanı ve tarama programına katılım davranışlarını açıklayan birçok model geliştirilmiştir. Bunlar arasında yer alan Sağlık İnanç Modeli (SIM), olumlu sağlık davranışlarının gerçekleşmesinde bireysel motivasyonun etkisini açıklamaktadır. Sağlık İnanç Modelinde inanç ve davranışlarla ilgili alt boyutları; güven yarar algısı, duyarlılık, ciddiyet/önemseme, motivasyon ve engel algılarıdır[19]. Lin ve ark.(2020)nin yaptığı bir çalışmada, kolorektal kanser tarama programlarına katılım sağlamada sağlık inançlarının olumlu etkisi olduğu bildirilmiştir[14]. Gholampour ve ark.(2018)nin yaptıkları bir çalışmada Sağlık İnanç Modeline dayalı KRK erken taramasına yönelik yapılan eğitimin katılımcıların yarar algılarını arttırdığı, engel algılarının azaldığını göstermiştir[20-21]. ABD de yapılan bir çalışmada duyarlılık algısı yüksek olan bireylerin KRK taramalarına daha fazla katılım gösterdikleri [19], Jacobs'un (2002) çalışmasında birinci derece yakınlarında kolorektal kanser olan bireylerin engel ve ciddiyet algısının KRK taramalara katılımında etkili olduğunu bildirmişlerdir [22]. Wong ve ark.(2013) da çalışmalarında KRK tarama çeşitlerinden kolonoskopiye yaptırmada engel algılarının yüksek olduğu, bunun nedenlerini kolonoskopinin ağrılı, utanç verici bir işlem olarak görmeleri vb. olarak belirtmişlerdir [23]. Türkiye'de yapılan çalışmalarda; Baysal ve ark. çalışmasında güven, yarar, duyarlılık ve engel algısının [18], Yılmaz ve ark. nin çalışmasında düşük ciddiyet ve yüksek engel algısının [24], Öztaş ve ark. (2018) çalışmasında da sağlık motivasyonu düşüklüğünün KRK taramalara erken katılımında etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır[25]. Literatüre bakıldığında dünyada ve ülkemizde yapılan çalışmalar sağlık inançlarının KRK taramalarına katılımında etkili olduğu bulunmuştur.

Toplumun kolorektal kanser taramalarına ilişkin farkındalığın artırılması ile taramalara katılım sağlanabilmekte ve kanserin topluma getirdiği yük azaltılabilmektedir. Sağlıklı İnsan 2020 hedefleri (Healthy People 2020) arasında özellikle "kolorektal kanser taramasına katılan yetişkin oranının ve kolorektal kanser taraması konusunda bilgilendirilen yetişkin oranının artırılması istenmektedir[26]. Bu hedeflere ulaşmada tüm sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Özellikle halk sağlığı hemşireliğinin 6283 sayılı Hemşirelik Yasa ve 27515 sayılı Hemşirelik

Yönetmenliği'ne göre; sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve korunmasında “topluma yönelik tarama programlarına katılımı sağlaması” çerçevesinde toplumu bilinçlendirme, savunuculuk, liderlik, eğitim ve danışmanlık gibi önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır[26-27]. Araştırmamızda TÜİK'den alınan verilere göre yaşlı nüfusunun ikinci sırada olan Derinkuyu ilçesi alınmıştır[28-29]. Bireylerin KRK'in erken taramalarına yönelik sağlık inançlarının ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi yapılacak olan hemşirelik müdahalelerinin belirlenmesi açısından önemlidir. Bu nedenle, çalışma kırsal alanda yaşayan kadın ve erkeklerin kolorektal kanser taramasına yönelik sağlık inançları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Soruları;

1. Kırsal alanda yaşayan kadınların ve erkeklerin sağlık inanç düzeyleri nedir?
2. Sağlık inançları etkileyen faktörler nelerdir?
3. Bireylerin sağlık inançları ile tarama programlarına katılım durumları arasında ilişki var mıdır?

2. BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

Kanser; çok hücreli organizmalarda hücrelerin aşırı çoğalması, farklılaşması ve yaşam süresi üzerindeki kontrol sistemlerinin ortadan kalkması sonucu, kontrolsüz büyüme ve bölünmesine[30,31], vücutta yayılarak normal doku ve organların işlevlerinin bozulmasına neden olan somatik hücrelerin genetik bir hastalığıdır[32]. Kanser; görülme hızının ve mortalitenin yüksek olması sebebiyle önemli bir halk sağlığı sorunudur.

2.2. Kolorektal Kanserler

Kolorektal kanser, kolon veya rektumda başlayan, kalın bağırsağın en iç tabakası olan mukuza tabakasında ortaya çıkan kontrolsüz bölünme ve anormal hücrelerin sağ kalımı sonucu ortaya çıkan hastalıktır[4,33].

2.2.1. Kolorektal Kanser Epidemiyolojisi

Kolorektal kanser(KRK), dünyada ve Türkiye’de tüm kanserler içerisinde görülme sıklığı bakımından ve en yaygın ölüm nedeni olarak önemli morbidite ve mortalite nedenidir[33]. Kolorektal kanser insidansının 2035 yılında% 80 oranında artması, yaklaşık 2,4 milyon vakaya ulaşması ve dünya genelinde 1,3 milyon ölüme neden olması beklenmektedir[34,35]. Kolorektal Kanserin gelişimi coğrafyaya, yaşa, cinsiyete, genetik faktörler ve sosyo-ekonomik duruma göre değişiklik göstermektedir[35]. Global Burden of Cancer Study (GLOBOCAN) 2018 verilerine göre; Dünya' da en çok tanı konulan kanserler akciğer (% 11,6), meme (% 11,6) ve kolorektal (% 10,2) iken; kanserden ölümlerin ise en çok akciğer (% 18,4) ve kolorektumdan (% 9,2) gerçekleştiği belirtilmiştir. Dünya da kolorektal kanser insidansının en yüksek olduğu ülke Avusturalya/Yenizellenda en düşük insidansın ise Afrika ülkeleri ve Güney-orta Asya olduğu belirtilmiştir[36]. World Health Organization (WHO) KRK insidansının en yüksek olduğu birinci bölge Avrupa, ikinci sırada da Amerika yer almaktadır. KRK görülme sıklığı bakımından gelişmekte ve geri kalmış ülkelerde daha az, gelişmiş ülkelerde daha yüksek olduğu belirtilmektedir.[37]. Kolorektal kanserden ölüm oranlarına bakıldığında ise ABD’de her iki cinsiyette de kansere bağlı ölümlerde üçüncü sıradadır [38]. Amerikan Kanser Derneği’nin 2019’da

ABD'deki kolorektal kanser vakalarının sayısı ile ilgili tahminleri şöyle, 101,420 yeni kolon kanseri vakası, 44.180 yeni rektal kanser vaka meydana geldiği görülmüştür.[38]. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın 2010-2014 yılları arasında kanser istatistikleri verilerine göre; erkeklerde (% 9.3) ve kadınlarda (% 8.0) tüm kanserler içerisinde KRK görülme sıklığı açısından üçüncü sırada yer almaktadır[39-40].

2.2.2.Kolorektal Kanser Etiyolojisi

Kolorektal kanser (KRK) gelişiminde kolon polipleri, yaş, ailesel kolorektal kanser sendromları, inflamatuvar barsak hastalıkları, beslenme, sigara ve alkol kullanımı, obezite ve genetik faktörler gibi birden fazla etken önemli rol oynamaktadır[41-42]. Kolorektal kanser için yaş en önemli değiştiremeyen risk faktörüdür. Kolorektal kanser 40 yaşın altında daha az görülürken, 40-50 yaştan sonra görülme sıklığı artar. Yukarıda saydığımız risk faktörleri KRK görülme sıklığını artırmaktadır[18]. Kolorektal kanser gelişiminde etkili olan bu risk faktörlerinin doğru olarak belirlenmesi, tarama ve takip programlarının hedeflenen toplumlarda başarıya ulaşabilmesi için önem taşımaktadır[40].

2.2.3. Kolorektal Kanser Risk Düzeyinin Belirlenmesi

Değiştirilebilen risk faktörleri ve değiştirilemeyen risk faktörleri olarak ikiye ayrılıyor.

2.2.3.1.Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

Genetik Faktörler

Kolorektal kanser vakalarının çoğunluğu genetik temelli olsa da, çoğunluğunu ailesel kanserden çok sporadik vakalar oluşturmaktadır [43]. Kolorektal kanserlerin büyük bir bölümü FAP (Familial adenomatous polyposis), otozomal dominant geçiş gösteren Ailevi kolon polipozisi herediter yassı adenom sendromu (Hereditary flat adenoma syndrome) ve polipozisle birlikte olmayan herediter kolon kanseri sendromu (Lynch sendromu, Hereditary nonpolyposis colorectal cancer- HNPCC) hariç genetik bozukluklar değildir. FAP otozomal dominant geçiş özelliği gösteren, hastaların büyük bir çoğunluğunda (%80) özellikle 40 yaşından sonra kolorektal kanser oluşum riskini artırmaktadır. HNPCC sendromu da benzer bir şekilde otozomal dominant geçiş özelliği göstermekte ve genellikle 50 yaşından önce özellikle sağ kolonda ortaya çıkan kolon kanseri varlığında düşünülmelidir[44]. FAP tüm kolorektal kanserlerin %5'inden daha az bir kısmını oluşturmaktadır [45]. Birinci derece yakınlarında (anne,

baba ve kardeşler) kolorektal kanser bulunan kişilerde kolorektal kanser riskinin 2-4 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir[46,47-48].

İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı

Ülseratif kolit, Crohn hastalığı veya adenomatöz polip öyküsü bulunan hastalarda kolorektal kanser gelişme riski yüksektir[48]. Crohn hastalığı olan kişilerde kanserleşme oranı %3-8, hastalık başladıktan 10 yıl sonra %10'a, 25 yıl sonra %30'lara yükselmektedir[49]. Crohn hastalığının en önemli komplikasyonu kolon kanseridir. Gelişmiş toplumlarda kolon kanseri gelişme riski, Crohn hastalığı sonucunda 2-3 kat daha yüksek, ülseratif kolitte ise daha düşüktür[50]. Amerikan Gastroenteroloji Derneği Crohn hastalarında tanıdan 8 yıl sonra KRK taramasına başlayarak, 1-3 yıl aralıklarla kolon kanseri taramalarına katılmayı önermektedir [51,52]. Ülseratif kolitte kronik enflamasyonun, mukozayı kanserleşmeye eğilimli hale getirdiği düşünülmektedir. Ülseratif kolit hastalığının tutulumu kolorektal kanserin oluşum riski ile ilişkilidir[51].

Yaş

Kolorektal kanserler için yaş değiştirilemeyen önemli risk faktörlerindedir. Yapılan çalışmalar sonucunda kolorektal kanser insidansı 40 yaşın altında nadir olarak görülürken 50 yaşın üstünde belirgin olarak arttığı görülmüştür[53]. Hastaların büyük bir kısmı 50 yaşından sonra tanı alır. Gelişmiş ülkelerde meydana gelen kolorektal kanser vakalarının %90'ı 50 yaş ve üzerindeki kişilerdir. Ortalama tanı yaş 60'lı yaşlardır. KRK'lerin 60-79 yaş aralığında görülme sıklığı 40 yaşından genç hastalara göre 50 kat daha yüksektir. Amerika Birleşik Devletleri'nde kolorektal kanser 20-49 yaş aralığında kadın ve erkeklerde en sık tanı alan 10 kanserden biri olduğu belirtilmektedir[54,55]. Türkiye kanser istatistikleri verilerine göre Ulusal Tarama Programında yer alan kolorektal kanserin yaşa özel hızı 50-75 yaş aralığında arttığı görülmektedir[40].

Cinsiyet

Dünya çapında ve birleşik devletlerde erkeklerde, kadınlara oranla daha fazla bir artış görülmüştür ancak menopoz döneminde kadınlarda belirgin bir artış görülmektedir[40]. Kadınlarda bulunan östrojen hormonunun kolon kanserine karşı koruyucu olduğu yapılan araştırmalar sonucunda belirlenmiştir.[55] Postmenopozal dönemde kadınlarda östrojen seviyesi düşmesi sonucunda mikrosatellit instabilitesi

(MSİ) olan proksimal kolon kanserinde artış meydana gelmektedir[56]. Kolorektal kanser cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Kadınlarda sağ kolon kanserleri daha sık görülürken, erkeklerde rektumda daha sık görülmektedir[57].

2.2.3.2.Değiştirilebilen Risk Faktörleri

Fiziksel Aktivite Yetersizliği

Fiziksel aktivite koruyucu etkiye sahip ve yetersizliğinde ise KRK riskini artıran önemli davranışsal bir risk faktörüdür[58]. Fiziksel olarak daha aktif kişilerde KRK görülme olasılığı %50 azalmaktadır[59]. Hareketsiz yaşam sürdüren kişilerde rektal kanserden çok kolon kanseri ile ilişkilidir[59,60]. Fiziksel hareketsizlik ve aşırı vücut ağırlığı, kolorektal kanserlerin yaklaşık dörtte üçünü oluşturduğu bildirilmektedir[55]. Literatürde, fiziksel aktivitedeki artışın, kolorektal kanser oluşumunu engellediği yönünde araştırma bulguları vardır[61]. Lee ve ark. 2012 yılında fiziksel aktivite eksikliğinin önlenebilecek hastalıklardan koroner kalp hastalık yükünün % 6, tip 2 diyabet % 7, meme kanseri% 10, kolon kanserinde ise % 10 gelişiminden sorumlu olduğu saptanmıştır[62]. Sedanter yaşamın KRK riskini artırdığını gösteren 2014 yılında yapılan başka bir çalışmada kişilerin %51,1 fiziksel aktivite yapmadığı ve KRK riskini artırdığı saptanmıştır. Çalışmada fiziksel aktivite yapanların kolon ve kolorektal kanser riskini azalttığı saptanmıştır[12]. Yılmaz ve ark. 2015 yılında yaptıkları çalışmada egzersiz yapanların yapmayanlara oranla erken taramalara daha çok katıldığı, kolon kanseri taramalarına katılımında egzersiz yapanların yapmayanlara göre 0.10 kat daha fazla GGK testi yaptırdığı belirtilmiştir[63].

Obezite

Obezite kolorektal kanser gelişme riskiyle doğrudan ilişkilidir. Literatürde bel çevresi, bel-kalça oranı ve kolorektal kanser arasında bağlantı olduğu belirtilmiştir[64]. Yapılan bir çalışmada orta yaş döneminde abdominal yağlanma ve kilo artışı özellikle kolorektal kanser dâhil birçok kanser riskinde artışa neden olduğu belirtilmiştir. Erkeklerde BKİ'nin artması rektum kanseri ile malign melanom arasında pozitif ilişkilerin olduğu bildirilmiştir. BKİ 'nde her 5 kg/m² artış erkeklerde kolon kanser riskinde %24, rektal kanserde %9 artış, kadınlarda ise %9 kolon kanseri riskinde artış olduğu gösterilmiştir[65]. Yapılan başka bir prospektif çalışmaya göre kadınlar arasında obezite ve KRK incelenmiş, obez kadınların normal kiloda ki kadınlara göre KRK görülme riski 1.5 kat yüksek olduğu belirtilmiştir[66].

Diyet

KRK gelişiminde diyet ve çevresel faktörler etkilidir. Gelişmiş toplumlarda hayvansal yağlar ve kırmızı etten zengin, kalori bakımından zengin diyetle beslenen KRK daha sık görülmektedir. Kırmızı etin pişirilme süresinde KRK da etkilidir. Yüksek sıcaklıkta pişirilen et ve işlenmiş et tüketiminin fazla olduğu toplumlarda hem adenom hem de KRK riskini artırdığı, özellikle sol kolon tümörüyle ilişkili olduğu belirtilmektedir[67,68]. Etin pişirildikten sonra yanması ile ortaya çıkan polisiklik aromatik hidrokarbonların ve pişirmeyle ilgili diğer mutajenlerin (mutasyon meydana getiren dış etkenler) ortaya çıkmasıyla KRK riskini artmasına neden olduğu düşünülmektedir. Besinlerde doymuş yağların fazla olması, KRK gelişime riskini arttırmaktadır[69]. KRK' den korunmada sebze ve meyveden zengin diyetsel lif önemlidir. Dünya Kanser Araştırması Vakfı/Amerikan Kanser Araştırması Enstitüsü diyet lifi, tüketiminin KRK' ya karşı koruyuculuğu olduğunu bildirmektedir. Diyetle yüksek lifli gıdaların tüketilmesi fekal içeriği seyrelterek geçiş hızını artırır[70]. Yapılan bir çalışmaya göre Finlandiya'da da yüksek oranda lif tüketildiği, Danimarka da ise liften fakir yiyecekler tüketildiği için Danimarka da KRK oranının daha yüksek olduğu belirtilmiştir[71]. Kalsiyum ve D vitamini alımı KRK gelişme riskini azaltmaktadır. Kolon kanseri riski (özellikle distal kolon) ve polip nüksü, yüksek kalsiyum tüketimiyle azaldığı belirtilmiştir[70].

Diyabet

Yapılan epidemiyolojik çalışmalar sonucunda KRK'nın tip 2 diyabetli bireylerde diyabetik olmayan bireylere oranla daha fazla görüldüğü belirlenmiştir[72,73,74,75]. Tip2 diyabetin erken evrelerinde ortaya çıkan insülin direnci ve hiperinsülinemiye bağlı olarak yükselmiş insülin tip2 diyabet ve KRK ilişkisini açıklamaktadır. insülin kolon epitel hücrelerinin önemli bir büyüme faktörü olup, hücre çoğalmasını ve büyümesini artırır[76,77]. 2018 yılında yapılan prospektif kohort çalışmasında tip2 diyabet ile KRK arasındaki pozitif ilişki olup, erkeklerde daha yüksek, kadınlarda ise orta derece olduğu gözlenmiştir[78].

Sigara ve Alkol Kullanımı

Sigara kullanımı başta KRK olmak üzere birçok kanser ve kronik hastalıkların gelişiminde rol oynadığı düşünülen değiştirilebilir başlıca risk faktörlerinden

birisidir[79]. Araştırmalar KKK ölümlerinin %12 sinin sigaradan kaynaklandığını göstermektedir[80,81]. Tütünde bulunan kanserojenler kolon ve rektumda bilinen öncü lezyonları olan adenomatoz poliplerin oluşumu ve çoğalması için önemli risk faktörüdür[82]. Ayrıca kanıtlar erken yaşta sigara ve uzun süreli sigara kullanımının KKK insidansının erken yaşta artırdığını göstermektedir[83,84].

Aspirin ve Non-steroid Antiinflamatur İlaç

Yapılan epidemiyolojik çalışma sonucunda aspirin ve diğer non-steroid antienflamatur ilaçların (NSAI) düzenli ve uzun süreli kullanımının KKK da adenomların oluşumunu, nüksünün azaltılmasını sağladığı ve KKK riskini düşürdüğünü göstermektedir[85]. Aspirinin kanserin, özellikle CRC'nin önlenmesinde etkinliğini destekleyen epidemiyolojik çalışmaya göre, 10 kohort ve vaka-kontrol çalışmasının yakın tarihli bir analizi, aspirin kullanımının CRC insidansında % 29'luk bir azalma ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Kuzey Danimarka'dan yapılan bir araştırma, 5 yıldan fazla bir süre boyunca düşük doz aspirin reçetelerini art arda dolduranlarda CRC riskinde %27 azalma olduğu saptanmıştır[86].

2.2.4. Kolorektal Kanseri Gelişimi –Belirtileri

Kolorektal kanserler; kolon mukozasında bulunan epitel hücrelerinden oluşur. Kolorektal karsinom patogenezinde besinlerle alınan kimyasallar faktörler, bakteriler ve bunların ürettiği gibi toksik ve karsinojenik olan faktörlerin kolon mukozasında kalıcı hasarlar meydana getirmesi, genetik ve somatik mutasyonlarla mukozada meydana gelen hasarın kalıcı hale gelmesi sonucunda karsinogenezis başladığı belirtilmiştir[42,87].

KKK' da klinik bulguları tümörün evresine göre değişkenlik gösterdiği ve genellikle ileri yaşlarda daha sık görülmektedir[24]. Normal bağırsak mukozasında adenom oluşumu ve bu adenomun kanserleşmesi çok uzun yıllar almaktadır. Eğer adenom kanserleşmeden erken tespit edilirse ve kanserleşmeden tedavi edilirse KKK'nın önlenebilir bir hastalık olduğu belirtilmiştir[88].

KKK tümörleri bağırsak içine doğru ilerlerken belirti vermez. KKK'nın birçok belirtisi bulunmaktadır. Bunlar; yorgunluk, Gaz, kramplar, şişkinlik benzeri abdominal rahatsızlıklar, diyare (ishal), bulantı veya kusma, konstipasyon (kabızlık), bağırsakların tam boşalmaması hissi, anoreksi, , gaita ile mukus gelmesi, tıkanma bulguları, gözle görülür rektal kanama, rektal ağrı ve defekasyon sonrası

rahatlayamama (tenesmustur), nedeni olmayan kilo kaybı gibi belirtiler görülmektedir[89].

2.2.5. Kolorektal Kanserde Korunma Erken Tanı ve Tarama

KRK önlenabilir bir hastalık olduğundan dolayı tarama testleri asemptomatik bireylerdeki lokalize ve yüzeysel kanserlerin erken evrede saptayıp cerrahi tedavi şansını artırdığı ve bu sayede KRK mortalitesini düşürdüğü belirtilmektedir[90].

Yapılan çalışmalar hem birincil hem de ikincil korunma önlemleri (erken tanı ve tarama) ile hastalığın pronozunu belirlemede, KRK insidansını ve mortalitesini azaltmada etkili olduğu belirtilmiştir. KRK erken tanılama yöntemleri; ortaya çıkacak tedavi maliyetlerini azaltma ve ülke ekonomisine katkı sağlamaktadır[91,92]. KRK’ da tarama yöntemleri GGKT, sigmoidoskopi, görüntüleme yöntemleri ve kolonoskopidir. GGKT yılda bir defa ve en sık kullanılan yöntemdir[92,93]. Türkiye’de kolorektal kanserlerin erken tanısı için 2009 yılında yürürlüğe giren, gerçekleştirilebilir toplum tabanlı hedefler (tüm erkek ve kadınlarda 50 -70 yaş) “Kolorektal Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları” belirlenmiştir[94]. Dünya Kanser Bildirgesi (2015) 2025 yılında gerçekleştirilecek hedefler arasında; toplumsal tarama ve erken tanı programlarının yaygınlaştırılacağını, kanserin erken belirti ve bulguları konusunda toplum ve sağlık çalışanlarının bilinçlendirileceğine yer verilmektedir [95]. Bu önerilere rağmen Batı toplumlarına göre Türkiye de 50 yaş ve üzeri bireylerin kolorektal kanser taramasına katılma oranlarının düşük olduğu bildirilmektedir[18].

2.3. Kolorektal Kanserde Tarama Yöntemleri

- 1.Rektal Muayene
- 2.Gaitada Gizli Kan Testleri (GGKT)
- 3.Fekal DNA Testi
- 4.Kolonoskopi
- 5.Flexible Sigmoidoskopi
- 6.Çift Kontrastlı Baryum Enema (ÇKBE)
- 7.Bilgisayarlı Tomografi ile Kolonografi (BTK)

2.4. Dünyada ve Türkiye' de Kolorektal Kanser Taraması Uygulamaları

KRK görülme sıklığı dünya da belirgin değişiklik göstermektedir[1]. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) KRK ve diğer kanser türlerinin önlenmesi amacıyla önlenebilir risk faktörlerine karşı eylem planı oluşturmuşlardır. Birincil koruma kapsamında olan bu eylem planlarının (tütünle global mücadele, obeziteyle mücadele vb.) yanı sıra erken tanı ve tarama programlarının uygulanmasını önermektedir. Bu sayede kanser tarama oranları %70'lere çıkması sağlandığında, ortaya çıkabilecek yeni kanser olguları, ileri evrede tanı alan kanser vakaları, kolorektal kanser ve diğer kanserlere bağlı ölümlerin azalacağı düşünülmektedir[1,96,97].

ABD Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı Önerisi (NCCN-National Comprehensive Cancer Network) 2010 yılında KRK tarama programı düzenlemiştir[1,96,98]. Bu programda gösterilen öneriler içinde ulaşılabilir olması, on yılda bir kolonoskopi, 5 yılda bir sigmoidoskopi, her yıl GGKT önerileri arasındadır. Çift Kontrast Baryumlu Enema (ÇKBE)'nin yalnızca kolonoskopi uygulanmadığı ya da Bilgisayar Tomografi ile kolonografi (BTK) ve GGKT ile tarama düşünülmediği durumlarda yapılması önerilmiştir[1,2,92,98].

Avrupa Birliği üye devletlerinden birçoğu 2007 yılı sonlarında ulusal toplum tarama programlarını uygulamaya başlamışlardır. Toplum tabanlı programlar belirli ülkelerde yürütülmektedir. Bunlar Finlandiya, Polonya, Fransa, İtalya ve Birleşik Krallık ülkeleridir. Toplum tabanlı olmayan tarama programlarını da Avusturya, Bulgaristan, Çek Cumhuriyeti, Almanya, Yunanistan, Letonya ve Slovak Cumhuriyeti gibi ülkelerde uygulanmıştır. Macaristan, Kıbrıs, Portekiz, Romanya ve Slovenya ülke genelinde toplum tabanlı programı planlayan veya uygulayan ülkeler arasındadır[99].

Türkiye'de GGK(iki yılda bir) ve kolonoskopi(10 yılda bir) kolorektal kanser erken kanser taramaları ücretsiz bir şekilde, 50-70 yaş arasında erkek ve kadınlara uygulanacaktır. Aile hekimlerinin kayıtları esas alınarak davet yöntemiyle yapılmaktadır. Yüksek riskli vakalarda 40 yaşından itibaren taramaya alınmalıdırlar[94,95]. Taramanın yürütüldüğü merkezler Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri(KETEM), Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) ve Aile Sağlığı Merkezleridir(ASM). GGK kitleri; Sağlık Müdürlükleri tarafından ücretsiz dağıtılmaktadır. Yapıldıktan sonra ASM'lere teslim edilir[100].

2.5. Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli (KKKYSİM)

Halk sağlığı felsefesinde önemli olan bireylerin hastalıkları erken dönemde taramalarla yakalamak, sağlığını korumak ve geliştirmektir. Sağlıklı olmayı etkileyen birçok faktör vardır. Bu faktörlerden bazıları kişiye ait özelliklerdir; bu özellikler içerisinde genetik etmenler olduğu gibi bireyin inanç, bilgi, tutum ve davranışları da yer almaktadır. Bireylerin inanç, tutum ve davranışlarının nedenini açıklayan modellerden birisi de Sağlık İnanç Modeli (SİM)dir [54]. Sağlık İnanç Modeli, bireyin inanç ve tutumları arasındaki ilişkiyi ve bireysel karar verme düzeyinde sağlık davranışlarına bireysel motivasyonun etkisini açıklar. SİM kişilerin sağlıklarına ilişkin eylemleri gerçekleştirmeye veya gerçekleştirilmeye nelerin motive ettiğini ve özellikle sağlık davranışlarının sergilenmesinde etkili olan durumları tanımlamaktadır. [54]

Amerika'da 1950'li yıllarda, halk sağlığı araştırmacıları sağlık eğitiminin etkinliğini artırıcı psikososyal bir model oluşturmayı planlamışlardır. Araştırmacılar yaş, cinsiyet gibi sosyo demografik faktörlerin koruyucu sağlık davranışları üzerinde etkili olduğunu; sağlık hizmetlerinin ücretsiz yapılmasına rağmen ekonomik durumları düşük olan bireylerin hizmeti daha az kullandıkları belirlenmiştir. Bu sonuçlar koruyucu sağlık davranışı göstermenin başka faktörlerinde etkilediğini ortaya çıkarmıştır. Bu durumun nedenini açıklamak için Hochbaum, Kegeles, Leventhal ve Rosenstock tarafından SİM geliştirilmiştir. SİM bireylerin hastalıktan korunma ve erken tanı programlarına katılma davranışlarını göstermesinde etkili olan faktörleri açıklamayı hedeflemiştir[101,102]. Ve bu ölçek Victorya Champion tarafından 1984 yılında "meme kanseri taramalarında sağlık inanç modeli" olarak geliştirilmiştir[103]. Champion sağlık inanç modelininin maddelerinde bir ya da birkaç kelime değişikliği yapılarak diğer kanser türlerinde de kullanılabileceğini önermiştir. Jacobs meme kanserine uyarlanmış olan Sağlık İnanç modelinin (SİM) birkaç sorusunda değişiklikler yapıp, meme kanseri ifadesi yerine kolorektal kanser kullanarak kolorektal kanser sağlık inanç modelini oluşturmuştur[101].

SİM;

- Bireyin hastalıklardan korunmak için uygulayacağı davranışın nasıl şekillendiği ve nelerden etkilendiğinin belirlenmesinde,

- Bireyin sağlık inançları ve sağlık davranışları arasındaki ilişkinin açıklanmasında,
- Sağlık davranışları konusunda bireysel kararlar verilirken, bireysel motivasyonun bu kararları etkileme düzeyinin belirlenmesinde,
- Genel olarak sağlık davranışlarının uygulanmasında etkili olan durumların tanımlanmasında kullanılan bir modeldir.

Sağlık İnanç modelinin koruyucu sağlık davranışları üzerinde etkin olduğu ileri sürülen dört kavram; duyarlılık, ciddiyet, yarar ve engel algısıdır. Becker ve Rosenstock tarafından 1988 yılında ölçeğe sağlık motivasyonu ve öz etkililik (güven) kavramlarını ekleyerek modelin bugünkü halini alması sağlanmıştır [101,102,104]. Sağlık inanç model'inin bileşenleri;

2.5.1. Algılanan Duyarlılık

Bireyin sağlığını tehdit eden sorunla ilgili algısıdır. Birey sağlığı ile ilgili bu tehdidi algılar ve bu tehdide karşı bir reaksiyon geliştirir. Bireyin bu konudaki duyarlılığı artıkça davranışı gösterme olasılığı da artar. Örneğin; ülseratif kolit tanısı alan kişinin kolon kanseri riski nedeniyle düzenli doktora kontrole gitmesi[105,106,107].

2.5.2. Algılanan Ciddiyet

Bireyin sağlığını tehdit eden sorunla ilgili kişide meydana gelen anksiyetedir. Tedavi istenmediğinde meydana gelebilecek olan ölüm, ağrı, sosyal kayıplar gibi olası sonuçları değerlendirmeleri içermektedir. Örneğin; ülseratif kolit nedeniyle kolon kanseri riski taşıyan kişinin kolon kanserine bağlı operasyonlardan korkmasıyla kolostomi açılmasından tedirgin olması. Duyarlılık ve ciddiyetin birlikte ele alınması, algılanan tehdit olarak belirtilmektedir[105,106,107,108].

2.5.3. Algılanan Yarar

Bireyin sağlığına yönelik oluşabilecek tehditlere karşı göstereceği koruyucu sağlık davranışlarının sağlığı için yarar sağlayacağını düşünmesidir. Koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesi sonucu hastalığa yakalanma riskini azaltacaktır. Algılanan yarar kişinin sağlık davranışlarını gerçekleştirmeye hazır olup olmadığını belirler. Algılanan yarar artıkça hastalığa yakalanma olasılığı azalmaktadır. Örneğin; kişinin kolon kanserinin önemini farkında olarak GGK testini yaptırması [105,106,107,108].

2.5.4. Algılanan Engel

Bireyin sağlık algılarındaki engellerden dolayı yeni davranışları sergilemede ve bu duruma uyum sağlamada algılanan engellerdir. Örneğin ağrı hissetme, utanma, sosyal ve psikolojik nedenlerden dolayı kişinin koruyucu sağlık davranışlarını sergilememesi ile ilişkili algılanan engellerdir. Kişilerin engel algısı yarar algısından daha yüksek olursa koruyucu sağlık davranışlarını gerçekleştiremez. Örneğin; kişinin KRK taramalarını yaptırmaktan utanması ve bu nedenle erken tanı ve taramalara katılmaması [105,106,107,108].

2.5.5. Özyeterlilik / Sağlık Motivasyonu

Öz yeterlilik, Albert Bandura tarafından sağlık inanç modeline sonradan eklenmiştir. Beklenen davranışın gerçekleştirilmesinde kişinin kendine olan inancı, kararlılığı ve iradesini içermektedir. Bireyin davranışının değiştirilmesinde ve değiştirilen davranışın devamının sağlanmasında öz yeterlilik önemli rol oynamaktadır. Bir diğer anlamda özyeterlilik, bireyin sağlıklı olmak için sergilediği inanç ve davranışlarıdır. Koruyucu sağlık davranışlarının sergilenmesinde ve sürdürülmesinde istekli olma durumu olarak da ifade edilir. [90, 91, 93, 94].

2.6. Kolorektal Kanserde Sağlık İnanç Modeli ve Erken Tanısına Yönelik Yapılan Çalışmalar

Birleşik Krallık'ta 16-74 yaş arası bireylerin kolorektal kanserin erken teşhisi ile ilgili bilgi, tutum ve davranışsal niyetlerinin değerlendirildiği çalışmada, taramalara katılımdaki engellerin en çok “düşük eğitim seviyesi” ve “taramalarla ilgili bilgilerinin olmaması” olarak belirtilmiştir. Tarama davranışlarına katılım kadınların erkeklere oranla daha düşük düzeyde olduğu bulunmuştur [109]. Jones ve ark. (2007) nın çalışmasında birinci derece akrabalarında kolorektal kanser olan bireylerin KRK taramalara katılımdaki engelleri, sağlık çalışanlarının test hakkında bilgi vermeden işlemi önermeleri ve testin gerekli olduğunu bilmeme olarak bildirmişlerdir [110]. Amerikan Kızılderilileri ile yapılan bir çalışmada, taramalarla ilgili bilgi eksikliği ve kadınların korku, utanç duyanların taramalara katılım oranlarının daha düşük olduğu bulunmuştur [111].

Türkiye’de yapılan çalışmalara bakıldığında, Açıkgöz ve ark. (2011)nın kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışlarının belirlendiği çalışmada, kadınların yalnızca %9.9’u kolonoskopi

yaptırdığı, KRK erken taramaları konusunda yeterli bilgiye sahip olmayanların taramalara daha az katılım sağladıkları saptanmıştır [10]. Yılmaz ve ark. (2015) da çalışmasında, 50 yaş ve üzeri katılımcıların sadece %10.7'sinin son 10 yıl içinde gaitada gizli kan testi , %9.2'sinin de kolonoskopi yaptırdığı ve kadınların erkeklere göre yaklaşık 5 kat daha fazla GGK testi yaptırdığı görülmüştür. [63]. 50 yaşın üzerinde KRK taramalarına katılımının belirlendiği bir çalışmada, katılımcıların % 11.9'u daha önce KRK taraması yaptırmıştır [112]. Baysal ve ark. yaptığı çalışmada, katılımcıların hayatında en az bir kez GGK testi yaptırma oranı % 20.6 olarak belirlenmiş, bunun nedeni olarak taramalar hakkında yeterince bilgi sahibi olmadıklarını belirtmişlerdir. Baysal ve ark. (2020) sosyo-demografik özelliklerden cinsiyet, ailede bağırsak kanseri öyküsü olanlarda, sağlık inançlarından güven-yarar algısı ve duyarlılık algısı önemli bulunmuştur [113].

2.7.Kolorektal Kanserden Korunmada, Erken Tanı Ve Tarama Programlarında Hemşirenin Rollerini

Sağlığın korunmasında, sürdürülmesinde, hastalıkların erken evrede saptanmasında hemşireler önemli role sahiptir[114] Kolorektal kanser risk faktörlerini ve korunma yöntemleri fazla bilinmemektedir. Risk faktörlerini ve korunma yöntemlerini sağlık profesyonellerinden öğrenilip desteklenebileceği belirtilmektedir. Toplumda bireyler risklerin farkında olmadan devam ediyorlar bu konuda sağlık profesyonelleri farkındalığın oluşturulmasına yönelik çalışmaları, risk değerlendirilmesi yapmaları, kılavuzlara uygun önerilerle danışmanlık programları düzenlemeleri ve hastalığı erken evrede saptayarak tedaviye yönlendirmeleri ile KRK'nın önlenilebileceği vurgulanmaktadır. Bu konuda halk sağlığı hemşireleri KRK danışmanlığı yapıp KRK'nın erken dönemde kontrol altına alınabileceği vurgulanmaktadır[60,114].

DSÖ kolorektal kanserden korunma ve erken teşhis amacıyla birincil korunma ve ikincil korunma programlarının uygulanmasını önermektedir. Birincil/primer ve ikincil korunmanın amacı; korunma, değiştirilebilen ve değiştirilemeyen risk faktörlerinin ortadan kaldırılması ya da bu risk faktörlerinin etkisinin azaltılmasına dayanan uygulamalar birincil korunmayı, kanserin erken dönemde belirlenerek etkin tedavi yollarının uygulanması için yapılan çalışmalara ikincil korunma adı verilmektedir[10,103].

Kolorektal Kanserde Birincil Korunmada

- Sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazandırılmasında danışmanlık rollerinin sağlanması,
- Kolorektal kanserine neden olabilecek risk faktörlerinin belirlenmesi, bu risk faktörlerine yönelik sağlık eğitimlerin planlanması ve uygulanması,
- Kolorektal kanser ile yaşam alışkanlıklarından beslenme ve fiziksel aktivite ilişkisine yönelik araştırma sonuçlarına yönelik sağlık eğitimlerinin planlanması ve uygulanması,
- Kolorektal kansere yönelik erken tanı ve taramaya yönelik farkındalık eğitim programlarının düzenlenmesi ve sürekliliğinin sağlanması,
- Özellikle Kolorektal kanserlerden korunmaya yönelik primer korunma yöntemleri ile ilgili araştırmaların planlanması ve sonuçlarının uygulamaya geçirebilmesi, bu konuda güncel literatürü takip edebilmede hemşirelerin önemli rol ve sorumlukları vardır[104]

3. BÖLÜM

MATERYAL VE METOT

3.1.Araştırmanın Türü

Bu araştırma, kırsal alanda yaşayan kadın ve erkeklerin kolorektal kanser taramasına yönelik sağlık inançları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Araştırma, Nevşehir ili, Derinkuyu ilçe merkezinde yapılmıştır. Nevşehir İl Sağlık Müdürlüğünden edinen bilgilere göre Derinkuyu İlçesi'nin 50-70 yaş arası nüfus bakımından ilin 2. sıradaki ilçesi olduğu ve ile uzak olması nedeniyle seçilmiştir (28,29). Nevşehir Derinkuyu ilçesine bağlı 3 tane ASM mevcuttur. Bunlar; Derinkuyu ASM(6 doktor), Suvermez ASM(1 doktor) ve Yazıhüyük ASM(1 doktor)'dir.

Bu ilçe, Nevşehir'e 30 km uzaklıktadır. 2017 yılında ilçe nüfusu 10.853'tür. TÜİK 2017 yılı verilerine göre Derinkuyu ilçe merkezinde 50–70 yaş arası 1880 kişinin yaşadığı belirtilmektedir (TÜİK 2017). İlçe ekonomisi genelde tarıma dayalıdır. Bölgenin ekonomik açıdan en önemli tarım ürünü patatestir. Türkiye'nin ihtiyaç duyduğu patatesin %10'luk bölümünü tek başına karşılayabilmektedir (29).

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Evren

Araştırmanın evrenini, Nevşehir ili Derinkuyu ilçe merkezinde yaşayan 50-70 yaş arasında olan 1880 kişi oluşturmaktadır.

3.3.2. Örneklem

Örneklem, evreni belli olan örneklem genişliği formülü esas alınarak hesaplanmıştır. Türkiye'de asemptomatik bireylerde yapılan bir çalışmada KRK taramalarına katılım oranı (%8.8) dikkate alınmıştır (30). Örneklem büyüklüğü; $n = N t^2 p q / d^2 (N-1) + t^2$

p q formülüne göre %95 güven aralığı, %5 kabul edilebilir hata payı ile örneklem büyüklüğü 321 olarak hesaplanmıştır. Araştırma Ocak-Nisan 2019 tarihleri arasında Aile Sağlığı Merkezine başvuran gönüllü ve araştırmaya alınma kriterlerine uyan 451 kişi ile tamamlanmıştır.

3.4.Araştırmaya Alınma Kriterleri

Çalışmaya

- 50-70 yaş arasında olan,
- İletişim problemi olmayan,
- Çalışmaya katılmayı gönüllü kabul eden kadın ve erkekler alınmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırma verilerinin toplanmasında katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini yansıtan Kişisel Bilgi Formu[Ek-1], Kolorektal Kansere Sağlık İnanç Modeli Ölçeği[Ek-2] ve Harvard Kansere Risk İndeksinde[Ek-3] kullanılmıştır. Veriler Ocak-Nisan 2019 tarihleri arasında Aile Sağlığı Merkezine başvuran kadın ve erkeklerden çalışmaya katılmayı kabul eden kişilerle anket formu yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur.

3.5.1.Anket Formu (Ek-1)

Konu ile ilgili literatür incelenerek[2,6,8,10,12] hazırlanan Kişisel Bilgi Formu toplam 21 sorudan oluşmaktadır. Bu form ile bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sağlık güvencesi, mesleği, gelir durumu, kronik rahatsızlığı, alkol ve sigara kullanma durumu, BKİ (Beden Kitle İndeksi) ve Kolorektal kanser hastalığına ilişkin özellikleri içeren toplam 21 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2.Kolorektal Kansere Sağlık İnanç Modeli Ölçeği(KKSİM) (Ek-2)

Champion tarafından meme kanserine uyarlanmış sağlık inanç modeli ölçeği Jacobs (2002) tarafından ölçeğin birkaç sorusu değiştirilerek ve “meme kanseri” kelimesi yerine “kolon kanseri” kelimesini kullanarak “Kolorektal Kansere Sağlık İnanç Modeli” ölçeği oluşturulmuştur [101]. Jacobs (2002) tarafından geliştirilen ve Özsoy ve arkadaşları (2007) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılan bu ölçekte; bireyin hastalığa karşı duyarlılığını, hastalığın nedenleri ve korunmada neler yapılması gerekliliği konusundaki bilgisini ve hastalığın önemi ile ilgili algısını ölçmeye olanak

sağlayan 33 soru yer almaktadır [54]. Ölçeğin güven-yarar algısı alt boyutu Cronbach Alpha değeri 0.88, duyarlılık algısı alt boyutu Cronbach Alpha değeri 0.76, sağlık motivasyonu algısı alt boyutu Cronbach Alpha değeri 0.54, engel algısı alt boyutu Cronbach Alpha değeri 0.60, ciddiyet algısı alt boyutu Cronbach Alpha değeri 0.58 olarak bulunmuştur [54]. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.836, güven-yarar algısı alt boyutu Cronbach Alpha değeri 0.85, duyarlılık algısı alt boyutu Cronbach Alpha değeri 0.90, sağlık motivasyonu algısı alt boyutu Cronbach Alpha değeri 0.60, engel algısı alt boyutu Cronbach Alpha değeri 0.77, ciddiyet algısı alt boyutu değeri 0.81 olarak hesaplanmıştır.

Ölçeğin 5 alt boyutu (Duyarlılık, Ciddiyet, Engel, Sağlık Motivasyonu, Güven-Yarar) bulunmakta ve beşli likert yapısındadır. Ölçeğin alt boyutları birbirinden bağımsız olarak değerlendirilmektedir, toplam puan yoktur. Her bir madde için cevaplama seçenekleri; “Tamamen Katılıyorum” 5 puan, “Katılıyorum” 4 puan, “Orta Derecede Katılıyorum” 3 puan, “Katılmıyorum” 2 puan, “Kesinlikle Katılmıyorum” 1 puan olarak belirlenmiştir. Ölçekte ters puanlama yoktur (12). Ölçeğin ilk 11 maddesi güven yarar algısını oluşturmaktadır. Bu alt boyutta puan artıkça güven-yarar algısı artmaktadır. En düşük puan 11, en yüksek puan 55’dir. Sonraki 6 maddesini duyarlılık algısı oluşturmaktadır. Puan artıkça duyarlılık artmaktadır. En düşük puan 6, en yüksek puan 30’dur. Engel algısı alt boyutu sonraki 6 maddeden oluşmaktadır. En düşük puan 6, en yüksek puan 30’dur. Puan artıkça engel algısı artmaktadır. Sağlık motivasyonu algısı alt boyut sonraki 5 oluşmaktadır en düşük puan 5, en yüksek puan 25’dir. Puan artıkça sağlık motivasyonunu artırır, Ciddiyet algısı alt boyut sonraki 5 soruyu oluşturmaktadır, en düşük puan 5, en yüksek puan 25’dir. Puan artıkça ciddiyet algısı artmaktadır. Güven yarar algısı, duyarlılık algısı, ciddiyet algısı ve sağlık motivasyonu algısı puanının artması kişilerin olumlu sağlık davranışlarını yerine getirme ve sağlığı geliştirmeye yönelik inançlarında da artış olduğunu gösterir. Ancak engel algısı puanının artması kişilerin koruyucu sağlık davranışlarını yerine getirirken karşılaşıacağı engellerin de arttığını göstermektedir[101].

Bu çalışma da katılımcıların Güven Yarar Algısı puanlarının ortalaması 43.88 ± 6.28 (22.00-55.00) olarak max değere yakın bir değer saptanmıştır. Güven yarar algısı puanının yüksek olması taramalara katılımı olumlu yönde etkilemektedir. Duyarlılık Algısı ortalaması 14.16 ± 5.32 (6.00-30.00) ortalama değer saptanmıştır. Duyarlılık algısının orta ve düşük düzeyde olması KRK taramaları için olumsuz bir durumdur.

Engel Algısı ortalaması 17.16 ± 4.77 (6.00-30.00) ile orta düzeyin üstündedir. Engel algısında puan artıkça kişilerin KRK taramalarına katılımını engelleyen koruyucu sağlık davranışlarında azalma olabileceği belirlenmiştir. Sağlık Motivasyon algısı ortalaması 16.07 ± 2.75 (10.00-25.00) orta düzeyin üstünde saptanmıştır. Puan artıkça sağlık motivasyonu da artmaktadır. Ciddiyet Algısı ortalaması 18.52 ± 4.01 (5.00-25.00) ile orta düzeyin üstünde belirlenmiştir. Puan artıkça ciddiye algısı artmaktadır.(Tablo 4.2)

Tablo 4.2 Katılımcıların KRK’ dan Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Ölçeği İçin Tanımlayıcı İstatistikler

	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Güven-Yarar Algısı	43.88	6.28	22.00	55.00
Duyarlılık Algısı	14.16	5.32	6.00	30.00
Engel Algısı	17.16	4.77	6.00	30.00
Sağlık Motivasyon Algısı	16.07	2.75	10.00	25.00
Ciddiyet Algısı	18.52	4.01	5.00	25.00

3.5.3. Kolorektal (Bağırsak) Kanseri Risk Seviyesinin Belirlenmesi (Ek-3)

Bireylerin bazı kronik hastalıklarında, birçok kanser türünde risk düzeyini belirlemek amacıyla Kim ve ark. tarafından Harvard Kanser Risk İndeksi oluşturulmuştur[115]. Kolorektal kanser risk düzeyi soru formunda bireylerin kanser risk seviyelerinin belirlenmesi için Harvard Kanser Risk İndeksi'nde yer alan toplam 19 soru bulunmaktadır (Ek 3). İnteraktif, web ortamına adapte edilen Harvard Kanser Risk İndeksinde sadece kolorektal kanser bölümü kullanılmıştır. İnternet ortamında, ulaşılabilir olan Harvard Kanser Risk İndeksinin (www.yourdis.easrisk.wustl.edu) kullanılması için mail yoluyla izin alınmıştır (Ek-9). Bu indekste KRK bölümü için risk düzeylerini sorgulayan sorular mevcuttur. Burada hem KRK risk düzeyi belirlenmekte hem de KRK taramalarına katılım sorgulanmaktadır[116].

3.6. Ön Uygulama

Hazırlanan veri toplama formunun etkinliğini değerlendirmek amacıyla 20 kişiye ön uygulama yapıldı. Ön uygulamaya alınan kişiler çalışma kapsamına alınmadı. Ön uygulama sonrası ankete son hali verilerek uygulamaya hazır hale getirilmiştir.

3.7.Uygulama

Araştırmanın verileri Ocak-Nisan 2019 tarihleri arasında anket formu ile toplanmıştır. Veriler aile sağlığına gelen katılımcılardan yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Bir kişi ile yapılan görüşme yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik yönü Nevşehir İli Derinkuyu İlçesinde veriler toplanmadan önce Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi etik kurulundan etik izin[Ek-4] Nevşehir İl Sağlık Müdürlüğü'nden[Ek-5] ve Derinkuyu ilçesi kaymakamlığından[Ek-6] yazılı izin, Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli için gerekli izinler[Ek-7] ve Harvard Kanseri Risk İndeksi için Harvard Public of Health'den [Ek-8] izin alınarak çalışma yapıldı. Araştırmaya katılan kadın ve erkeklerden; araştırmanın amacı, süresi ve konusu ile ilgili açıklama yapılmış, veri toplama aracı incelenmiştir. Bilgilendirilmiş gönüllü onamları alınmıştır.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma verileri 451 kişiden oluşmaktadır. Analizler IBM SPSS Statistics 23 paket programı üzerinden yapılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler (örneğin medeni durum) için sıklıklar (sayı, yüzde), sayısal değişkenler (örneğin "Engel Algısı" alt boyutu skorları) için ise tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, minimum, maksimum) verilmiştir.

Sayısal değişkenlerin normallik varsayımları çarpıklık, basıklık katsayıları ile incelenmiş ve bu katsayıların ± 2 aralığında oldukları görülmüştür. Bu nedenle çalışmada parametrik olan istatistiksel yöntemlerden yararlanılmıştır.

İki bağımsız grup (örneğin medeni durum) arasındaki farklılıklar Bağımsız Örneklem T Testi ile incelenmiştir. İki'den fazla bağımsız grup (örneğin eğitim düzeyi) arasındaki farklılıklara ise Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile bakılmıştır. Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucunda farklılık çıkması durumunda ise farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için Tukey çoklu karşılaştırma testinden yararlanılmıştır. İki bağımsız kategorik değişken (örneğin cinsiyet ile risk indeksi grupları) arasındaki ilişkiler Ki Kare ile kontrol edilmiştir. Ki Kare analizinin beklenen değer varsayımı sağlanmadığı durumlarda Fisher's Exact Test sonuçları kullanılmıştır. İki durumlu kategorik bir bağımlı değişken üzerinde diğer değişkenlerin etkisini

incelemek amacıyla İki Durumlu Lojistik Regresyon Modeli kurulmuştur. Çalışmada istatistiksel olarak anlamlılık 0,05 üzerinden test edilmiştir.



4.BÖLÜM

BULGULAR

Nevşehir’de Derinkuyu ilçe merkezinde kırsal alanda yaşayan kadın ve erkeklerin kolorektal kanser taramasına yönelik sağlık inançları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacı ile yapılan çalışmadan elde edilen bulgular üç başlık altında ele alınmıştır.

4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1.1. Katılımcıların Cinsiyete Göre Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı

	Erkek (n=217)		Kadın (n=234)		Toplam (n=451)	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Yaş						
50-60	129	59.4	142	60.7	271	60.1
61-70	88	40.6	92	39.3	180	39.9
Medeni Durum						
Bekar	4	1.8	1	0.4	5	1.1
Evli	200	92.2	170	72.6	370	82.0
Boşanmış/Dul	13	6.0	63	26.9	76	16.9
Eğitim Durumu						
Okuryazar Değil	20	9.2	111	47.4	131	29.0
Okuryazar/İlkokul	120	55.3	108	46.2	228	50.6
Ortaokul	29	13.4	8	3.4	37	8.2
Lise	40	18.4	6	2.6	46	10.2
Üniversite	8	3.7	1	0.4	9	2.0
Sağlık Güvencesi						
Var	189	87.1	192	82.1	381	84.5
Yok	28	12.9	42	17.9	70	15.5
Gelir Durumu						
Gelir Giderden Az	97	44.7	159	67.9	256	56.8
Gelir Gidere Denk	106	48.8	73	31.2	179	39.7
Gelir Giderden Fazla	14	6.5	2	0.9	16	3.5
Meslek						
İşçi/Memur/Serbest Meslek	70	32.3	14	6.0	84	18.6
Emekli	16	7.4	5	2.1	21	4.7
Ev Hanımı	0	0	208	88.9	208	46.1

Çalışmıyor	75	34.6	4	1.7	79	17.5
Çiftçi	56	25.8	3	1.3	59	13.1
Tarımla Uğraşma						
Uğraşıyorum	87	40.1	30	12.8	117	25.9
Uğraşmıyorum	130	59.9	204	87.2	334	74.1

Tablo 4.1.1. de çalışmaya katılan kişilerin % 60.1'i 50-60 yaş grubunda, %82'si evli, % 84.5'inin sağlık güvencesi olup, %45.4'ünün sağlık güvencesi Bağkur' dur. Katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında, erkeklerin %9.2'si, kadınların yaklaşık yarısına yakınının (%47.4) okuryazar olduğu, erkeklerin %18.4'ü, kadınlarında yalnızca %2.6'sı lise mezunudur. Araştırmaya katılanların %56.8' inin geliri giderinden az, % 46.1'i ev hanımı, % 17.5'inin herhangi bir işte çalışmadığı saptanmıştır. Katılımcıların tarımla uğraşma durumuna bakıldığında ise %74.1'i tarımla uğraşmadığı bulunmuştur.

Tablo 4.1.2 Katılımcıların Kronik Hastalığı Varlığı ve Sağlık Davranışlarına İlişkin Bazı Özelliklerin Dağılımı

	(n=451)	Sayı	Yüzde
Kronik Hastalık Durumu			
Var		250	55.4
Yok		201	44.6
Kronik Hastalık Çeşidi			
Hipertansiyon		107	42.8
Diabetes Mellitus (DM)		74	29.6
KOAH(Akciğer Hast.)		14	5.6
Koroner Arter Hastalığı(Kalp-Damar Hast.)		34	13.6
Diğer		21	8.4
Sigara Kullanma			
Hiç İçmedim		296	65.6
İçip Bıraktım		52	11.5
Halen İçiyorum		103	22.8
Alkol Kullanma			
Hiç İçmedim		369	81.8
İçip Bıraktım		44	9.8
Halen İçiyorum		38	8.4
Düzenli Yürüyüş			
Evet		128	28.4
Hayır		323	71.6

Şimdiye Kadar Kanser Tanısı Alma Durumu		
Aldım	21	4.7
Almadım	430	95.3
Ailede Kanser Tanısı Var Olma Durumu		
Var	151	33.5
Yok	300	66.5
Varsa Yakınlığı		
Birinci Derece Yakın (Anne, Baba, Çocuk, Kardeş)	130	86.1
İkinci Derece Yakın (Dede, Nine, Torun)	6	4.0
Üçüncü Derece Yakın (Amca, Hala, Teyze)	15	9.9
Bilinen Bağırsak Hastalığı Var Olma Durumu		
Var	99	22.0
Yok	352	78.0
Bağırsak Hastalığının Çeşidi		
Hemoroid	23	23.2
Kolesistektomi	2	2.0
Kabızlık-İshal Atakları-Karın Ağrısı	66	66.7
Dışkıda Anormal Kanama	2	2.0
Diğer	6	6.1
Düzenli Sağlık Kontrolü yaptırma		
Yaptırdım	107	23.7
Yaptırmadım	344	76.3
BKI		
Zayıf	5	1.1
Normal Kilolu	126	27.9
Fazla Kilolu	147	32.6
I.Derece Obez	114	25.3
II.Derece Obez	40	8.9
III.Derece Morbid Obez	19	4.2

Tablo 4.1.2 incelendiğinde çalışmaya katılan kişilerin % 55.4'ünün kronik hastalığı olduğu, kronik hastalığı olanların % 42.8'inin hipertansiyon ve % 29.6'sının Diyabetüs mellütüs tanısı almıştır. Katılımcıların % 65.6'sı sigara, % 81.8'i alkol kullanmadıklarını, %71.6'sı düzenli yürüyüş yapmadıklarını, %76.3'ü düzenli sağlık kontrolü yaptırmadıklarını belirtmişlerdir. Beden kitle indekslerine bakıldığında; %32.6'sının fazla kilolu iken, %27.9'unun normal kilolu ve %25.3'ünün ise I.derece obez oldukları saptanmıştır.

Katılımcıların kanser tanısı alma durumlarına bakıldığında; çalışmaya katılan kişilerin %95.3'ünün şimdiye kadar kanser tanısı almadıklarını, %33.5'inin ailesinde kanser öyküsü olduğunu, ailesinde kanser öyküsü olanların %86.1'inde 1.derece yakınında kanser tanısı olduğu saptanmıştır. Katılımcıların bağırsak hastalığı geçirme durumlarına bakıldığında %78'inin bilinen bağırsak hastalığı olmadığı, bağırsak hastalığı olanların % 66.7'sinde kabızlık-ishal atakları-karın ağrısı var iken, %23.2'sinde hemoroid olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.1.3. Kadın ve Erkeklerin KRK Erken Tanı ve Taramalarına Yönelik Bilme Durumlarına Göre Dağılımı

	Erkek		Kadın		Ki Kare	p	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Kolorektal (Bağırsak) Kanseri Duyma						1.845	0.174
Duydum	179	82.5	181	77.4			
Duymadım	38	17.5	53	22.6			
Size Kolorektal (Bağırsak) Kanseri Erken Teşhis Etme Durumu						3.923	0.068
Edilir	189	87.1	189	80.8			
Edilmez	28	12.9	45	19.2			
Size Göre Kolorektal (Bağırsak) Kanseri Önlenibilme Durumu						1.665	0.197
Önlenilebilir	181	83.4	184	78.6			
Önlenilemez	36	16.6	50	21.4			
Kolorektal (Bağırsak) Kanseri Taraması Yaptırma Durumu						1.241	0.265
Yaptırdım	42	19.4	36	15.4			
Yaptırmadım	175	80.6	198	84.6			
Yapılan Tarama Testleri						0.626 ^a	1.000
Fleksibl Sigmoidoskopi (Son 5 Yıl İçinde)	1	2.4	1	2.8			
Kolonoskopi (Son 10 Yıl İçinde)	16	38.1	13	36.1			
Çift Kontraslı Kolon Grafisi/ Sanal Kolonoskopi (Son 5 Yıl İçinde)	2	4.8	1	2.8			
GGK (Son 1 Yılda)	23	54.8	21	58.3			
Test Yaptırmama Nedenleri						15.629 ^a	0.008*
Testin Yapılışından Rahatsız Olma	16	9.2	13	6.6			
Sonucun Olumsuz Olmasından Korkma	39	22.4	71	35.9			
Nereye Gideceğimi Bilmeme	13	7.5	22	11.1			
Duymama	49	28.2	56	28.3			
Gerek Duymadım	42	24.1	27	13.6			

Diğer	15	8.6	9	4.5		
KETEM'i Daha Önce Duyma					20.252	0.000*
Duydum	112	51.6	72	30.8		
Duymadım	105	48.4	162	69.2		

KETEM'i Kimden Duydunuz					6.407	0.093
Sağlık Personelinden	47	42.0	26	36.1		
TV	47	42.0	26	36.1		
Ketem Birimine Gittim	10	8.9	16	22.2		
Diğer	8	7.1	4	5.6		
Kolorektal Kanseri Tarama Yön. Hakkında Bilgi Sahibi Olmak İsteme					0.183	0.669
İsteyen	167	77.0	184	78.6		
İstemeyen	50	23.0	50	21.4		
Gelecekte Bağırsak Kanseri Taramasına Katılma Durumu					0.063	0.803.
Katılmak isteyen	159	73.3	169	72.2		
Katılmak istemeyen	58	26.7	65	27.8		
Gelecekte Bağırsak Kanseri Taramasına Katılmama Nedeni					5.589	0.133
Korkma-Psikolojik-Bozulma-Sonucunu Öğrenmek İstemeyen	36	62.1	29	44.6		
Sağlıklıyım-Gerek Yok	10	17.2	10	15.4		
Kaderde Varsa Ölürüz-Zamanım Yok	7	12.1	14	21.5		
Diğer	5	8.6	12	18.5		

a: Fisher's Exact *: $p < 0,05$ (İstatistiksel olarak anlamlı)

Tablo 4.1.3. bakıldığında kadın ve erkeklerin KRK erken tanı ve taramalarına yönelik bilme durumlarına göre dağılımı verilmiştir. Tabloya bakıldığında kolorektal kanseri duyanların % 82.5'i erkek, %77.4'ü kadın; kolorektal kanser erken taraması yaptıranların %15.4'ünü kadın, %19.4'ünü erkekler oluşturmaktadır. Erken tarama testlerinden GGK yaptıranlar; erkeklerde %54.8, kadınlarda %58.3'tür. Diğer tarama kolonoskopi yaptıranların %38.1'i erkekler, %36.1'ini kadınlar oluşturmaktadır.

Kolorektal kanserin erken teşhis edilebilir ve önlenbilir olup olmadıkları sorulduğunda; erkeklerin % 87.1 ve kadınların %80.8'i kanserin erken teşhis edilebilir olduğu; erkeklerin %83.4 kadınların %78.6 oranında kanserin önlenbilir olduğunu belirtmişlerdir. Tabloda cinsiyet ile kolorektal (bağırsak) kanser taraması yaptırmama nedeni ve KETEM'i daha önce duyma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p < 0.05$). Buna göre kolorektal (bağırsak) kanser taraması

yaptırmama nedenlerinden “Sonucun Olumsuz Olmasından Korkma” kadınların oranı (%35.9) erkeklerden (%22.4) anlamlı derecede daha fazla iken; “Gerek Duymama” ise erkeklerin oranı kadınlardan anlamlı derecede daha fazladır (%24.1 ;%13.6). Araştırmada KETEM’i daha önce duyanların erkeklerin oranı (%51.6) kadınlardan (%30.8) anlamlı derecede fazladır (p<0.05).

4.2. Katılımcıların Sağlık İnanç Modeline İlişkin Bulgular

Tablo 4.2 Katılımcıların KRK’ dan Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Ölçeği İçin Tanımlayıcı İstatistikler

	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Güven-Yarar Algısı	43.88	6.28	22.00	55.00
Duyarlılık Algısı	14.16	5.32	6.00	30.00
Engel Algısı	17.16	4.77	6.00	30.00
Sağlık Motivasyon Algısı	16.07	2.75	10.00	25.00
Ciddiyet Algısı	18.52	4.01	5.00	25.00

t:Bağımsız Örneklem T Testi *: $p<0,05$ (İstatistiksel olarak anlamlı)

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) *: $p<0,05$ (İstatistiksel olarak anlamlı) Fark:Tukey

Bu çalışma da katılımcıların Güven Yarar Algısı puanlarının ortalaması 43.88 ± 6.28 (22.00-55.00) yüksek, Duyarlılık Algısı ortalaması 14.16 ± 5.32 (6.00-30.00) ortalama değerinin biraz altında, Engel Algısı ortalaması 17.16 ± 4.77 (6.00-30.00) orta düzeyin üstünde, Sağlık Motivasyon algısı ortalaması 16.07 ± 2.75 (10.00-25.00) orta düzeyin üstünde, Ciddiyet Algısı ortalaması 18.52 ± 4.01 (5.00-25.00) ile orta düzeyin üstünde belirlenmiştir.(Tablo 4.2)

Tablo 4.2.1. Katılımcıların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Güven Yarar Algısı X±SS	Duyarlılık Algısı X±SS	Engel Algısı X±SS	Sağlık Motivasyon Algısı X±SS	Ciddiyet Algısı X±SS
Yaş					
50-60 Yaş	44.66±5.84	14.21±5.22	17.29±4.96	16.12±2.91	18.73±3.82
61-70 Yaş	42.71±6.73	14.09±5.48	16.96±4.48	15.99±2.50	18.21±4.27
	t=-3.278 p=0.001*	t=-0.237 p=0.813	t=-0.724 p=0.470	t=-0.488 p=0.626	t=-1.353 p=0.177
Cinsiyet					
Erkek	44.72±5.46	14.27±5.14	16.18±4.60	16.69±2.73	18.43±3.90
Kadın	43.10±6.88	14.06±5.50	18.06±4.76	15.49±2.65	18.60±4.11
	t=-2.782 p=0.006*	t=-0.422 p=0.673	t=4.281 p=0.000*	t=-4.750 p=0.000*	t=0.460 p=0.646

Medeni Durum					
Evli	44.21±5.87	14.18±5.31	17.15±4.86	16.29±2.79	18.65±3.93
Boşanmış/Dul	42.47±7.86	14.00±5.36	17.05±4.32	15.14±2.34	17.84±4.46
	t=-1.824 p=0.071	t=0.266 p=0.790	t=-0.164 p=0.870	t=-3.355 p=0.001*	t=-1.459 p=0.148
Eğitim Durumu					
1.Okuryazar Değil	42.60±6.90	14.24±4.99	17.82±4.22	15.17±2.55	18.80±4.14
2.Okuryazar/İlkokul	44.16±6.22	14.22±5.67	17.33±5.17	16.35±2.75	18.38±4.09
3.Ortaokul	44.35±5.54	12.41±4.19	16.62±4.40	16.32±2.45	18.03±3.80
4.Lise	45.43±5.13	14.43±4.79	15.13±4.03	17.09±2.76	18.91±3.60
	F=2.963 p=0.032* Fark:1-4	F=1.406 p=0.240	F=3.912 p=0.009* Fark:4.1.2	F=8.164 p=0.000* Fark:1-2.4	F=0.630 p=0.596
Sosyal Güvence					
Var	43.94±6.29	14.28±5.31	17.21±4.90	16.12±2.71	18.45±3.95
Yok	43.54±6.26	13.54±5.38	16.86±3.99	15.77±3.00	18.91±4.32
	t=-0.492 p=0.623	t=-1.059 p=0.290	t=-0.655 p=0.514	t=-0.975 p=0.330	t=0.897 p=0.370
Gelir Durumu					
Gelir Giderden Az	43.23±6.23	14.13±5.19	17.22±4.58	15.84±2.81	18.86±4.14
Gelir Gidere Denk	44.61±6.43	14.40±5.53	17.22±5.16	16.39±2.65	18.11±3.80
	t=2.242 p=0.025*	t=0.519 p=0.604	t=0.010 p=0.992	t=2.038 p=0.042*	t=-1.921 p=0.055
Meslek					
1.İşçi/Memur/Serbest Meslek	44.33±4.13	14.10±4.69	16.08±4.40	15.87±2.75	18.26±3.35
2.Ev Hanımı	43.28±6.81	14.31±5.66	18.57±4.74	15.59±2.61	18.64±4.19
3.Çalışmıyor	44.27±7.03	13.41±5.63	15.83±5.25	16.56±2.46	18.27±4.27
4.Çiftçi	44.86±6.10	14.14±4.69	15.12±3.34	17.22±3.10	18.8*±4.17
	F=1.355 p=0.256	F=0.095 p=0.963	F=9.308 p=0.000* Fark:2-1.4	F=8.328 p=0.000* Fark:4-1.2 2-3	F=0.323 p=0.809
Tarımla Uğraşma Durumu					
Uğraşan	44.32±5.96	15.20±5.15	16.50±4.85	16.48±2.96	18.96±3.95
Uğraşmayan	43.73±6.39	13.8±5.34	17.39±4.73	15.92±2.67	18.37±4.03
	t=-0.868 p=0.386	t=-2.458 p=0.014*	t=1.741 p=0.082	t=-1.887 p=0.060	t=-1.376 p=0.170

t:Bağımsız Örneklem T Testi *: $p < 0,05$ (İstatistiksel olarak anlamlı)

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) *: $p < 0,05$ (İstatistiksel olarak anlamlı) Fark:Tukey

Tablo 4.2.1. incelendiğinde yaş grupları arasında güven yarar algısı puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$). Buna göre 61-70 yaş grubundaki kişilerin Güven Yarar Algısı puan ortalaması (42.71 ± 6.73), 50-60 yaş grubundaki kişilerin Güven Yarar Algısından (44.66 ± 5.84) istatistiksel anlamlı derecede daha azdır.

Cinsiyetler arasında Güven Yarar Algısı, Engel Algısı, Sağlık Motivasyon Algısı puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$). Buna göre kadınların Güven Yarar Algısı (43.10 ± 6.88) ve Sağlık Motivasyon Algısı puan (15.49 ± 2.65) ortalaması, erkeklerin güven yarar algısı (44.72 ± 5.46) ve sağlık motivasyon puanından (16.69 ± 2.73) anlamlı derecede daha az iken, Engel Algısı puanı

ise kadınların (18.06±4.76) ile erkeklerden(16.18±4.60) anlamlı derecede daha fazladır.

Medeni durumlar arasında Sağlık Motivasyon Algısı puan bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Medeni durumu boşanmış/dul (15.14±2.34) olan kişilerin Sağlık Motivasyon Algısı puan ortalaması evli (16.29±2.79) olan kişilerden anlamlı derecede daha azdır. .

Çalışmada okuryazar olmayan katılımcıların güven yarar algı puanları (42.6±6.90) lise mezununa (45.43±5.13) göre anlamlı derecede daha az ($p<0.05$) , engel algısı puanları lise mezunu olan katılımcıların okuryazar olmayan (17.82±4.22) ve okuryazar/ilkokul mezununa (17.33±5.17) göre daha az, Sağlık Motivasyon Algısı puanmları okuryazar/ilkokul (16.35±2.75) ve lise(17.09±2.76) olan kişilerden anlamlı derecede daha az saptanmıştır. Eğitim durumu ile güven yarar, engel ve sağlık motivasyon algı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$).

Sağlık güvencesi olma durumları arasında Sağlık İnanç Ölçeği alt boyutları puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Gelir düzeyleri arasında Güven Yarar Algısı ve Sağlık Motivasyon Algısı puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre geliri giderden az olan kişilerin Güven Yarar Algısı (43.23±6.3) ve Sağlık Motivasyon Algısı (15.84±2.81) puan ortalamaları, geliri gidere denk olan kişilerin Güven Yarar Algısı (44.61±6.43), Sağlık Motivasyon Algısından (16.39±2.65) anlamlı derecede daha azdır. Gelir durumu artıkça güven yarar algısı ve sağlık motivasyonun arttığı saptanmıştır.

Meslekler arasında Engel Algısı ve Sağlık Motivasyon Algısı skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre mesleği ev hanımı (18.57±4.74) olan kişilerin Engel Algısı skorları mesleği işçi/memur/serbest meslek(16.08±4.40) ve çiftçi(15.12±3.34) olan kişilerden anlamlı derecede daha fazladır. Mesleği çiftçi(17.22±3.10) olan kişilerin Sağlık Motivasyon Algısı skorları mesleği işçi/memur/serbest meslek(15.87±2.75) ve ev hanımı(15.59±2.61) olan kişilerden anlamlı derecede daha fazladır. Ev hanımı olan katılımcıların Sağlık Motivasyon Algısı puan ortalaması çalışmayan kişilerden anlamlı derecede daha azdır ($p<0.05$). Buna göre ev hanımlarının sağlık motivasyonlarının diğer mesleklere göre daha düşük, engel algılarının daha fazla olduğu saptanmıştır.

Tarımla uğraşma durumları arasında Duyarlılık Algısı skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre tarımla uğraşmayan(13.80 ± 5.34) kişilerin Duyarlılık Algısı puanları tarımla uğraşan(15.20 ± 5.15) kişilerden anlamlı derecede daha azdır.

Tablo 4.2.2. Katılımcıların Kronik Hastalık Ve Kolorektal Kanserde Semptom Yaşama Durumlarına Göre Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Dağılımı

	Güven Yarar Algısı X±SS	Duyarlılık Algısı X±SS	Engel Algısı X±SS	Sağlık Motivasyon Algısı X±SS	Ciddiyet Algısı X±SS
Kronik Hastalık					
Evet	43.63±6.89	14.23±5.26	16.89±4.52	16±2.68	18.42±4.03
Hayır	44.19±5.43	14.07±5.41	17.49±5.05	16.15±2.85	18.64±3.99
	t=0.959 p=0.333	t=-0.312 p=0.755	t=1.327 p=0.185	t=0.606 p=0.545	t=0.560 p=0.576
Ailede Kanser					
Evet	43.63±6.68	15.25±5.95	17.03±5.24	15.95±2.88	19.07±4.27
Hayır	44.01±6.07	13.61±4.9	17.22±4.53	16.13±2.69	18.24±3.85
	t=0.607 p=0.544	t=-2.923 p=0.004*	t=0.406 p=0.685	t=0.653 p=0.140	t=-2.089 p=0.037*
Bilinen Bağırsak Hastalığı Olma Durumu					
Evet	44.21±6.95	16.11±5.01	17.38±4.92	16.06±2.83	18.85±4.17
Hayır	43.79±6.09	13.61±5.28	17.09±4.73	16.07±2.74	18.43±3.96
	t=-0.591 p=0.555	t=-4.201 p=0.000*	t=-0.539 p=0.590	t=0.024 p=0.981	t=-0.926 p=0.355
Semptom Yaşama Durumu					
Var	44.35±6.06	14.66±5.18	16.89±4.75	16.39±2.85	18.95±3.92
Yok	43.33±6.5	13.57±5.43	17.47±4.78	15.68±2.58	18.01±4.06
	t=-1.732 p=0.084	t=-2.164 p=0.031*	t=1.289 p=0.189	t=-2.721 p=0.007*	t=-2.487 p=0.013*
Doktora Başvurma Durumları					
Evet	45.88±5.97	16.26±5.69	15.74±4.31	16.55±3.12	19.43±3.73
Hayır	43.59±6.28	13.85±5.2	17.36±4.81	15.99±2.69	18.38±4.04
	t=-2.611 p=0.009*	t=-3.249 p=0.001*	t=2.431 p=0.015*	t=-1.439 p=0.151	t=-1.861 p=0.063

t:Bağımsız Örneklem T Testi *: $p<0,05$ (İstatistiksel olarak anlamlı)

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) *: $p<0,05$ (İstatistiksel olarak anlamlı) Fark:Tukey

Tablo 4.2.2. incelendiğinde Kronik hastalık olma durumları arasında Sağlık İnanç Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır($p>0.05$). Ailede kanser öyküsü olma durumları arasında Duyarlılık Algısı, Ciddiyet Algısı puan bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık

bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre ailede kanser öyküsü olan kişilerin Duyarlılık Algısı (15.25 ± 5.95) ve Ciddiyet Algısı puan ortalamaları (19.07 ± 4.27) ailede kanser öyküsü olmayan kişilerin Duyarlılık Algısı (13.61 ± 4.90), Ciddiyet Algısından (19.07 ± 4.27) anlamlı derecede daha fazla olduğu saptanmıştır. Bilinen bağırsak hastalığı olma durumları arasında Duyarlılık Algısı puan bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre bilinen bağırsak hastalığı olan (16.11 ± 5.01) kişilerin Duyarlılık Algısı puan ortalaması bilinen bağırsak hastalığı olmayan (13.61 ± 5.28) kişilerden anlamlı derecede daha fazla olduğu yani bağırsak hastalığı olan kişilerin duyarlılık algısı puanı daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Semptom yaşama durumları arasında Duyarlılık Algısı, Sağlık Motivasyon Algısı ve Ciddiyet Algısı puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre semptom yaşayan kişilerin Duyarlılık Algısı (14.66 ± 5.18), Sağlık Motivasyon Algısı (16.39 ± 2.85) ve Ciddiyet Algısı (18.95 ± 3.9) puan ortalamaları, semptom yaşamayanların duyarlılık algısı (13.57 ± 5.43), Sağlık Motivasyon Algısı (15.68 ± 2.58) ve Ciddiyet Algısından (18.01 ± 4.06) daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Doktora başvurma durumları arasında Güven Yarar Algısı, Duyarlılık Algısı ve Engel Algısı puan bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre doktora başvuran kişilerin Güven Yarar Algısı (45.88 ± 5.97) ve Duyarlılık Algısı (16.26 ± 5.69), doktora başvurmayan kişilerin Güven Yarar Algısı (43.59 ± 6.28) ve Duyarlılık Algısından (13.85 ± 5.20) anlamlı derecede daha fazla olduğu saptanmıştır. Doktora başvuran kişilerin Engel Algısı puan ortalamasının (15.74 ± 4.31), doktora başvurmayan (17.36 ± 4.81) kişilerden anlamlı derecede daha az olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2.3. Katılımcıların Bazı Sağlık Alışkanlıklarına Göre Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Dağılımı

	Güven Yarar Algısı X±SS	Duyarlılık Algısı X±SS	Engel Algısı X±SS	Sağlık Motivasyon Algısı X±SS	Ciddiyet Algısı X±SS
Sigara İçme					
1. Hiç İçmedim	43.32±6.63	14.3±5.27	17.77±4.9	15.77±2.65	18.79±3.91
2. İçip Bıraktım	46.19±4.96	13.58±5.27	16.79±4.5	16.67±3.18	17.75±3.96

3.Halen İçiyorum	44.33±5.53	14.06±5.51	15.56±4.15	16.62±2.72	18.14±4.26
	F=5.051 p=0.007* Fark:1-2	F=0.433 p=0.649	F=8.659 p=0.000* Fark:1-3	F=5.200 p=0.006* Fark:1-3	F=2.098 p=0.124
Alkol Alma Durumu					
1.Hiç İçmedim	43.7±6.5	13.94±5.35	17.4±4.93	15.83±2.67	18.59±4.06
2.İçip Bıraktım	44.66±4.87	15.45±5.01	16.34±3.69	17.8±2.66	18.14±3.83
3.Halen İçiyorum	44.79±5.49	14.82±5.31	15.74±4.02	16.32±2.98	18.32±3.79
	F=0.894 p=0.410	F=1.912 p=0.149	F=2.821 p=0.061	F=10.568 p=0.000* Fark: 2-1.3	F=0.299 p=0.742
Düzenli Yürüyüş Yapma					
Evet	45.27±5.83	14.45±5.84	16.55±5.41	17.73±2.81	18.26±4.49
Hayır	43.33±6.38	14.05±5.11	17.39±4.48	15.41±2.44	18.62±3.81
	t=-2.987 p=0.003*	t=-0.671 p=0.503	t=1.686 p=0.092	t=-8.751 p=0.000*	t=0.870 p=0.385
Düzenli Sağlık Kontrolü					
Evet	45.09±5.63	14.56±6.05	17.24±5.19	17.15±2.66	18.57±4.15
Hayır	43.51±6.43	14.04±5.08	17.13±4.64	15.73±2.7	18.5±3.97
	t=-2.295 p=0.022*	t=-0.810 p=0.419	t=-0.218 p=0.828	t=-4.770 p=0.000*	t=-0.151 p=0.880
BKİ					
1.Normal Kilolu	43.55±5.89	13.56±5.05	16.79±4.68	16.11±2.59	17.96±4.45
2.Fazla Kilolu	43.84±5.61	14.63±5.13	17.59±5.05	16.39±3	18.91±3.55
3.I.Derece Obez	44.29±7	13.88±5.86	16.5±4.16	15.61±2.57	18.41±3.95
4.II.Derece Obez	43.48±7.01	15.53±5.03	18.43±5.5	16.18±2.99	19.15±4.14
	F=0.337 p=0.799	F=1.909 p=0.127	F=2.316 p=0.075	F=1.767 p=0.153	F=1.655 p=0.176

t:Bağımsız Örneklem T Testi *:p<0,05 (İstatistiksel olarak anlamlı)

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) *:p<0,05 (İstatistiksel olarak anlamlı) Fark:Tukey

Tablo 4.2.3. incelendiğinde Sigara içme durumları arasında Güven Yarar Algısı, Engel Algısı, Sağlık Motivasyon Algısı puan bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre hiç sigara içmemiş kişilerin Güven Yarar Algısı puan ortalaması (43.32 ± 6.63) daha önce sigara içip bırakan (46.19 ± 4.96) kişilerden anlamlı derecede daha azdır. Hiç sigara içmemiş kişilerin Engel Algısı puan ortalaması (17.77 ± 4.90) halen sigara içen (15.56 ± 5.51) kişilerden anlamlı derecede daha fazladır. Hiç sigara içmemiş kişilerin Sağlık Motivasyon Algısı puan ortalaması (15.77 ± 2.65) halen sigara içen kişilerden (16.62 ± 2.72) anlamlı derecede daha azdır. Buna göre hiç sigara içmeyenlerin engel algıları daha düşük, sigara içip bırakanların güven yarar algıları ve sağlık motivasyon algıları daha yüksek saptanmıştır.

Alkol içme durumları arasında Sağlık Motivasyon Algısı puan bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre daha önce alkol içip bırakan kişilerin Sağlık Motivasyon Algısı puan ortalaması(17.80 ± 2.66) halen alkol içen(16.32 ± 2.98) ve hiç alkol içmeyen(15.83 ± 2.67) kişilerden anlamlı derecede daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Düzenli yürüyüş yapma durumları arasında Güven Yarar Algısı, Sağlık Motivasyon Algısı puan bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre düzenli yürüyüş yapmayan kişilerin Güven Yarar Algısı puan ortalaması (43.33 ± 6.38), Sağlık Motivasyon Algısı puan ortalaması(15.41 ± 2.44), düzenli yürüyüş yapan kişilerin Güven Yarar Algısı puan ortalaması (45.7 ± 5.83), Sağlık Motivasyon Algısı puan ortalaması (17.73 ± 2.81) anlamlı derecede daha azdır.

Sağlık durumları arasında Engel Algısı, Sağlık Motivasyon Algısı puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre sağlık durumu çok iyi/iyi olan kişilerin(16.56 ± 2.81) Sağlık Motivasyon Algısı puan ortalamaları sağlık durumu kötü/çok kötü olan kişilerden (15.02 ± 2.97) anlamlı derecede daha fazladır. Sağlık durumu çok iyi/iyi olan kişilerin Engel Algısı puan ortalamaları (18.00 ± 5.37) sağlık durumu orta olan kişilerden (16.59 ± 4.35) anlamlı derecede daha fazladır. Yani sağlık durumunu çok iyi algılayan kişilerin sağlık algıları daha iyi, engel algıları daha düşük belirlenmiştir.

Düzenli olarak sağlık kontrolüne gitme durumları arasında Güven Yarar Algısı ve Sağlık Motivasyon Algısı puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre düzenli olarak sağlık kontrolüne gitmeyen kişilerin Güven Yarar Algısı (43.51 ± 6.43) ve Sağlık Motivasyon Algısı puan ortalamaları (15.73 ± 2.70) düzenli olarak sağlık kontrolüne giden kişilerin Güven Yarar Algısı (45.09 ± 5.63), Sağlık Motivasyon Algısı (17.15 ± 2.66) anlamlı derecede daha azdır.

BKİ grupları arasında Sağlık İnanç Ölçeği alt boyutları puan bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.2.4. Katılımcıların Gelecekte KRK Bilme Durumları ile Taramalara Katılmayı Düşünme Durumlarına Göre Sağlık İnanç Ölçeği Farklılıklarının İncelenmesi

	Güven Yarar Algısı X±SS	Duyarlılık Algısı X±SS	Engel Algısı X±SS	Sağlık Motivasyon Algısı X±SS	Ciddiyet Algısı X±SS
KRK Duyma Durumu					
Duyan	44.18±6.19	14.21±5.62	16.98±4.89	16.08±2.76	18.53±4.09
Duymayan	42.69±6.54	13.96±3.92	17.86±4.24	16.01±2.75	18.48±3.7
	t=-2.030 p= 0.043*	t=-0.509 p=0.611	t=1.573 p=0.116	t=-0.215 p=0.830	t=-0.094 p=0.925
KRK Erken Teşhis Edileceğini Düşünme					
Düşünen	44.84±5.79	14.28±5.32	16.84±4.49	16.19±2.79	18.53±4.05
Düşünmeyen	38.92±6.4	13.58±5.3	18.81±5.8	15.44±2.48	18.47±3.82
	t=-7.860 p= 0.000*	t=-1.029 p=0.304	t=2.752 p= 0.007*	t=-2.137 p= 0.033*	t=-0.123 p=0.902
KRK Önlenebilir Olduğunu Düşünme					
Önlenebilir	44.88±5.74	14.16±5.31	16.66±4.3	16.12±2.78	18.5±4.04
Önlenemez	39.64±6.72	14.16±5.41	19.24±5.98	15.86±2.66	18.6±3.92
	t=-6.685 p= 0.000*	t=0.002 p=0.999	t=3.779 p= 0.000*	t=-0.771 p=0.441	t=0.220 p=0.826
Taramalara Katılma Durumu					
Katılan	47.08±5.15	15.59±5.6	15.77±4.43	17.05±3.19	19.95±3.19
Katılmayan	43.21±6.3	13.86±5.22	17.45±4.8	15.86±2.61	18.22±4.1
	t=-5.074 p= 0.000*	t=-2.623 p= 0.009*	t=2.843 p= 0.005*	t=-3.087 p= 0.003*	t=-4.122 p= 0.000*
KETEM Duyma					
Duyan	44.3±5.96	14.48±5.34	16.32±4.71	16.38±2.82	18.73±3.74
Duymayan	43.59±6.48	13.94±5.31	17.73±4.74	15.85±2.69	18.37±4.19
	t=-1.185 p=0.237	t=-1.066 p=0.287	t=3.113 p= 0.002*	t=-1.981 p= 0.048*	t=-0.944 p=0.345
KRK Tarama Yöntemleri Hakkında Bilgi					
Olan	44.07±5.87	14.39±5.03	17.27±4.79	16.15±2.72	18.75±3.86
Olmayan	43.21±7.53	13.36±6.19	16.75±4.69	15.77±2.85	17.72±4.42
	t=-1.214 p=0.237	t=-1.528 p=0.129	t=-0.963 p=0.963	t=-1.221 p=0.223	t=-2.103 p= 0.037*
KRK Taramalarına Katılmayı Düşünme					
Düşünen	44.57±5.71	14.71±5.16	17.29±5.01	16.23±2.75	18.76±3.85
Düşünmeyen	42.05±7.3	12.71±5.49	16.8±4.08	15.63±2.73	17.88±4.35
	t=-3.453 p= 0.001*	t=-3.602 p= 0.000*	t=-0.955 p=0.340	t=-2.049 p= 0.041*	t=-2.086 p= 0.038*

t:Bağımsız Örneklem T Testi *: $p<0,05$ (İstatistiksel olarak anlamlı)

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) *: $p<0,05$ (İstatistiksel olarak anlamlı) Fark:Tukey

Tablo 4.2.4. incelendiğinde Kolorektal (bağırsak) kanserini duyma durumları arasında Güven Yarar Algısı puan bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre kolorektal (bağırsak) kanserini duyan kişilerin arasında Güven Yarar Algısı puan ortalamaları (44.18±6.19) kolorektal (bağırsak) kanserini duymayan kişilerden (42.69±6.54) anlamlı derecede daha fazla olduğu saptanmıştır.

Kolorektal (bağırsak) kanserinin erken teşhis edilebileceğini düşünme durumları arasında Güven Yarar Algısı, Engel Algısı puan bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre kolorektal (bağırsak) kanserinin

erken teşhis edilebileceğini düşünenlerin Güven Yarar Algısı puan ortalamaları (44.84±5.79) kolorektal (bağırsak) kanserinin erken teşhis edilebileceğini düşünmeyenlerden (38.92±6.40) anlamlı derecede daha fazla iken, Engel Algısı puanları ise kolorektal kanserin erken teşhis edilebileceğini (16.84±4.49) düşünenler, erken teşhis edilebileceğini düşünmeyenlerden (18.81±5.80) anlamlı derecede daha az olduğu saptanmıştır.

Kolorektal (bağırsak) kanserinin önlenbilir olduğunu düşünme durumları arasında Güven Yarar Algısı ve Engel Algısı puan bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre kolorektal (bağırsak) kanserinin önlenbilir olduğunu düşünenlerin Güven Yarar Algısı puan ortalamaları (44.88±5.74) düşünmeyenlerden (39.64±6.72) anlamlı derecede daha fazla olduğu; engel algısı puan ortalamaları (16.66±4.30) kolorektal (bağırsak) kanserinin önlenbilir olduğunu düşünmeyenlerden (19.24±5.98) anlamlı derecede daha az olduğu saptanmıştır.

Şimdiye kadar kolorektal (bağırsak) kanser taraması yaptıran durumları arasında Güven Yarar Algısı, Duyarlılık Algısı, Engel Algısı, Sağlık Motivasyon Algısı ve Ciddiyet Algısı puan bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre kolorektal (bağırsak) kanser taraması yaptıran kişilerin Güven Yarar Algısı (47.08±5.15), Duyarlılık Algısı (15.59±5.60), Sağlık Motivasyon Algısı (17.05±3.19) ve Ciddiyet Algısı puan ortalamaları (19.95±3.19) kolorektal (bağırsak) kanser taraması yaptırmayan kişilerin Güven Yarar Algısı (43.21±6.30), Duyarlılık Algısı (13.86±5.22), Ciddiyet Algısı (18.22±4.10) anlamlı derecede daha fazla olduğu, Engel Algısı puan ortalamaları kolorektal (bağırsak) kanser taraması yaptıran kişiler (15.77±4.43), yaptırmayan kişilerden (17.45±4.80) anlamlı derecede daha az olduğu saptanmıştır.

KETEM'i daha önce duyma durumları arasında Engel Algısı ve Sağlık Motivasyon Algısı puan bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre KETEM'i daha önce duyan kişilerin Engel Algısı puan ortalamaları (16.32±4.71) KETEM'i daha önce duymayan kişilerden (17.73±4.74) anlamlı derecede daha az olduğu, KETEM'i daha önce duyan kişilerin Sağlık Motivasyon Algısı puan ortalamaları (16.38±2.82) KETEM'i daha önce duymayan kişilerden (15.85±2.69) anlamlı derecede daha fazla olduğu saptanmıştır.

Kolorektal (bağırsak) kanser tarama yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmak isteme durumları arasında Ciddiyet Algısı puan bakımından istatistiksel olarak anlamlı

farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre kolorektal (bağırsak) kanseri tarama yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmak istemeyen kişilerin (17.72 ± 4.42) ciddiye algısı puan ortalmaları kolorektal (bağırsak) kanseri tarama yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmak isteyen kişilerden (18.75 ± 3.86) anlamlı derecede daha az olduğu saptanmıştır.

Gelecekte kolorektal (bağırsak) kanser taramasına katılmayı düşünme durumları arasında Güven Yarar Algısı, Duyarlılık Algısı, Sağlık Motivasyon Algısı ve Ciddiyet Algısı puan bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre gelecekte kolorektal (bağırsak) kanseri taramasına katılmayı düşünen kişilerin Güven Yarar Algısı (44.57 ± 5.71), Duyarlılık Algısı (14.71 ± 5.16), Sağlık Motivasyon Algısı (16.23 ± 2.75) ve Ciddiyet Algısı puan (18.76 ± 3.85) ortalmaları gelecekte kolorektal (bağırsak) kanseri taramasına katılmayı düşünmeyen kişilerin Güven Yarar Algısı (42.05 ± 7.30), Duyarlılık Algısı (1.71 ± 5.49), Sağlık Motivasyon Algısı (15.63 ± 2.73) ve Ciddiyet Algısı (17.88 ± 4.35) puan ortalamalarından anlamlı derecede daha fazla olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.3. Katılımcıların Risk İndeksine Göre Dağılımları

	Sayı	Yüzde
Ortalama Riskin Çok Altında	26	5.8
Ortalama Riskin Altında	65	14.4
Ortalama Risk	31	6.9
Ortalama Riskin Üstünde	208	46.1
Ortalama Riskin Çok Üstünde	121	26.8

Araştırmamızda çalışmaya katılan kişilerin %5.8'i ortalama riskin çok altında iken %14.4'ü ortalama riskin altında, %6.9'u ortalama risk, %46.1'i ortalama riskin üstünde ve %26.8'i ise ortalama riskin çok üstünde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.3.1. Cinsiyete ve Eğitim Durumuna Göre Risk İndeksi Farklılıklarının İncelenmesi

	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	t	p	
Risk İndeksi	Erkek	217	4,45	-5,099	0,000*	
	Kadın	234	5,00			0,96
Risk İndeksi	1.Okuryazar Değil	131	5,08	5,910	0,001* Fark: 1-2,3,4	
	2.Okuryazar/İlkokul	228	4,65			1,19
	3.Ortaokul	37	4,46			1,17

	4.Lise	46	4,48	1,47		
Risk İndeksi	Evli	370	4,68	1,21	-3,079	0,003*
	Boşanmış/Dul	76	5,05	0,91		

t:Bağımsız Örneklem T Testi *:p<0,05 (İstatistiksel olarak anlamlı)

Tablo 4.3.1. incelendiğinde cinsiyetler ve Risk İndeksi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Buna göre kadınların Risk İndeksi erkeklerden anlamlı derecede daha fazladır. Eğitim düzeyleri ve Risk İndeksi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Buna göre eğitim durumu okuryazar değil olan kişilerin Risk İndeksi puanı eğitim durumu okuryazar/ilkokul, ortaokul ve lise olan kişilerden anlamlı derecede daha düşüktür. Medeni durumlar ve Risk İndeksi arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Buna göre medeni durumu boşanmış/dul olan kişilerin Risk İndeksi, evli olan kişilerden anlamlı derecede daha fazladır

Tablo 4.3.2. Risk İndeksine Göre Sağlık İnanç Ölçeği Farklılıklarının İncelenmesi

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Güven Yarar Algısı	1)Ortalama Riskin Altında	91	44.37	5.41	0.484	0.616
	2)Ortalama Risk	31	44.32	5.43		
	3)Ortalama Riskin Üzerinde	329	43.71	6.58		
Duyarlılık Algısı	1)Ortalama Riskin Altında	91	14.33	4.98	0.122	0.885
	2)Ortalama Risk	31	14.45	6.46		
	3)Ortalama Riskin Üzerinde	329	14.09	5.31		
Engel Algısı	1)Ortalama Riskin Altında	91	16.14	4.61	3.597	0.028* Fark: 1-3
	2)Ortalama Risk	31	16.26	5.05		
	3)Ortalama Riskin Üzerinde	329	17.52	4.75		
Sağlık Motivasyon Algısı	1)Ortalama Riskin Altında	91	17.07	2.86	11.522	0.000* Fark: 3-1.2
	2)Ortalama Risk	31	17.06	2.38		
	3)Ortalama Riskin Üzerinde	329	15.70	2.67		
Ciddiyet Algısı	1)Ortalama Riskin Altında	91	17.78	4.08	1.943	0.145
	2)Ortalama Risk	31	18.68	3.05		
	3)Ortalama Riskin Üzerinde	329	18.71	4.06		

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) *:p<0,05 (İstatistiksel olarak anlamlı) Fark:Tukey

Tablo 4.3.2. incelendiğinde uygulanan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucunda risk grupları arasında Engel Algısı ve Sağlık Motivasyon algısı alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre ortalama riskin üzerinde olan katılımcıların engel algısı alt boyut puan ortalamaları riskin altındaki gruba göre anlamlı derecede daha fazladır. Ortalama riskin üzerindeki grubun sağlık motivasyon algısı alt boyutu puan ortalamaları riskin altındaki ve ortalama risk gruplarının sağlık motivasyon algısı alt boyutu puanlarından anlamlı derecede daha azdır. Buna göre kanser riski ortalamasının üzerinde olan katılımcıların engel algıları daha yüksek, sağlık motivasyon algıları daha düşük bulunmuştur.



5.BÖLÜM

TARTIŞMA

Dünya Sağlık Örgütü kanserden korunma ve erken teşhis amacıyla birincil ve ikincil korunma programlarının uygulanmasını önermektedir [104]. Türkiye’de kolorektal kanserleri erken evrede yakalamak için Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu tarafından Kolorektal Kanser Tarama Programı geliştirilmiştir. Ancak ülkemizde KRK taramalarına katılım oranı düşüktür. Hemşirelerin kanser erken tanı ve taramalarda, kolorektal kanser risk etmenleri, belirtileri konusunda toplumda kanser farkındalığı artırmada ve sağlık bilinci oluşmasında önemli rol ve fonksiyonları vardır [1,103,104]. Bu bölümde kırsal alanda yaşayan kadın ve erkeklerin kolorektal kanser taramasına yönelik sağlık inançları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla elden edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırmamızda KRK taramalarına katılım oranlarının erkek katılımcıların %19.4, kadınlara %15.4 göre anlamlı derecede daha fazla olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Uluslararası literatürde KRK taramasına katılım oranı; Filipinlerde % 69.0, Avustralya da % 49.0, Japonya da % 38.0, Çin’de %17.5, On dört Asya-Pasifik ülkesinde yapılan bir çalışmada %27, Hindistan da ise % 1.5 olarak bildirilmiştir[117,118,119]. Türkiye’de yapılan çalışmalarda KRK taramalarına katılım oranları; Meydanlıoğlu ve ark.(2021) %16.5, Yılmaz ve ark. %19.2, Pirinçi ve ark.(2015) % 20.5 [19], Baysal ve ark (2020) %20.6, Taşkın ve Kalkımın (2014) ark. %22.8 [12,19,24,113,120] olarak bildirmiştir. Bu araştırma sonuçları çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Babaoğlu ve ark (2021) çalışmasında %33.8, Sancaktar ve ark.(2021) nın çalışmasında %33.3 kolorektal kanser taramalarına katılım oranı çalışma bulgumuzdan daha yüksek iken[121,122], Ilgaz ve ark.(2015)nın yaptığı çalışmada %7 [30] oranı ile daha düşük bulunmuştur. Ayrıca ülkemizde kolorektal kanser taramalarına katılım oranı gelişmiş ülkelerden daha düşük olduğu görülmektedir. Araştırmamız sonuçlarına göre bölgemizde kolorektal kanser taramalarına katılımının artırılmasına ihtiyaç vardır. Bunun yanı sıra araştırmamızda erkeklerin KRK taramalarına katılım oranlarının daha fazla olması, kadınların “*KRK Test Sonucunun Olumsuz Olmasından Korkma*” anlamlı derecede daha fazla iken, KETEM’i daha önce duyan erkeklerin oranının daha yüksek olmasından kaynaklanabilir.

Araştırmalara bakıldığında kanser ve kanser taraması hakkındaki sağlık inançlarının tarama davranışının önemli yordayıcıları olduğunu göstermiştir[33,34]. Sağlık inanç modeli ile bireylerin hastalıktan korunma ve erken tanı programlarına katılma davranışlarını göstermesinde etkili olan faktörleri açıklamayı hedeflemiştir. Sağlık inanç modelinde güven yarar, ciddiyet, duyarlılık algısı ve sağlık motivasyonu arttığında kanser taramalara katılımının arttırabileceğini, engel algısı puanı arttığında ise kanser taramalarına katılımının azaltabileceğini göstermektedir [101,102]. Araştırmada Güven Yarar Algısı puan ortalaması 43.88±6.28 (min-max,22.00-55.00) olarak yüksek puana yakın değer, Duyarlılık Algısı puan ortalaması 14.16 ±5.32 (min-max, 6.00-30.00) orta düzey, Engel Algısı puan ortalaması 17.16±4.77 (min-max, 6.00-30.00) ortalamanın üstünde, Sağlık Motivasyon algısının puan ortalaması 16.07±2.75 (min-max, 10.00-25.00) ortalamanın biraz üstünde, ciddiyet Algısı puan ortalaması 18.52±4.01(min-max, 5.00-25.00) olarak orta düzeyin üstünde belirlenmiştir.(Tablo 4.2) Literatürde kolorektal kanser taramalarına katılımda duyarlılık ve engel algısı puanlarının daha yüksek olduğu [63,123,124], ciddiyet algısı puan ortalamalarının daha düşük olduğu [63,123] ve güven-yarar, sağlık motivasyon ve engel algı puan ortalamalarının araştırmamızla benzerlik gösteren çalışmalar mevcuttur[8,18,49]. Sağlık inanç modeli ile kolorektal kanser taramalarıyla ilgili yapılan sistematik bir derlemede güven yarar ve duyarlılık algısı daha yüksek olan bireylerin kolorektal kanser taramalara niyetinin olduğunu, otuz çalışmanın sadece dördünde ciddiyet algısı ile kanser taramalara katılım inancı ile ters orantılı olduğu bildirilmiştir[125]. Tayvan'da Ulusal Meme Kanseri Tarama Programında sağlık bilgisi ile mamografi yaptırmada arasındaki ilişki de engel algısının aracılık rolü oynadığını belirtmiştir[126]. Araştırmalarda sağlık inanç modeli bileşenlerinin değişiklik göstermesinin nedeni örneklem grubunun sosyo kültürel farklılıklarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca literatür yaş, cinsiyet, sağlık okuryazarlığı gibi sosyodemografik faktörlerin sağlık davranışları üzerinde etkili olabileceği belirtilmiştir[125,127].

Türkiye Kanser İstatistikleri verilerine göre Ulusal Tarama Programında yer alan kolorektal kanserin yaşa özel hızı 50-75 yaş aralığındadır[40]. Araştırmada 61-70 yaş grubundaki kişilerin güven yarar algısı puan ortalamaları 50-60 yaş grubundaki kişilerden anlamlı derecede daha azdır (p<0.05). Literatüre bakıldığında ise Taştan ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada 65 yaş üstü bireylerin sağlık inanç modeli

ciddiyet alt boyut puan ortalaması 65 yaş altı bireylere oranla daha yüksek bulunmuştur[115]. Varlow ve ark' nın yaptıkları çalışmada da yaş ve sağlık inanç modeli ciddiyet alt boyut puanları arasında anlamlı farklılık olduğu, yaş ilerledikçe güven yarar algısı puanlarının anlamlı derecede azaldığı saptanmıştır. [128]. Araştırmamızda da yaş ilerledikçe bireylerin güven yarar algısı azalmaktadır. Bunun nedeni yaşlanma birlikte kanser erken taramalara katılımımda güvenirliliğin azaldığı söylenebilir.

Son zamanlarda yapılan çalışmalarda kadınların kolorektal kanser insidansı daha düşük, erkeklerde ise insidansın daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bunun nedeni menopoz dönemindeki kadınlarda hormon replasman tedavisinin kolorektal kanseri önleyici olduğu düşünülmektedir[129]. Araştırmamızda kadınların Güven Yarar Algısı, Sağlık Motivasyon Algısı puan ortalamaları erkeklerden anlamlı derecede daha az iken, Engel Algısı puan ortalamaları anlamlı derecede daha fazla bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.2.1). Wong ve ark. nın çalışmasında KKK taramalarına katılım sağlık inanç modeli engel algısı alt boyutu ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık olduğu, erkeklerin engel algılarının daha düşük olduğu saptanmıştır [130]. Kadınların taramalara katılımındaki engeller arasında “hasta olduklarını öğrenme korkusu, kanser olduklarını öğrenmek istememeleri ve tarama testinin maliyeti” gibi algıları daha yüksek saptanmıştır[130]. Kang çalışmasında özel sigortası olan ve düzenli sağlık kontrollerine giden erkeklerin kolorektal kanser erken tarama yaptırmaya olasılığı daha yüksek bulunmuştur[131]. Bu sonuçlar araştırma sonuçlarımızla benzerlik gösterirken, Almadi ve ark.' nın yaptığı çalışmada bireylerin KKK taramalarına katılım sağlık inanç modeli ile cinsiyetin ilişkili olmadığı saptanmıştır[132]. Sağlık inanç modeli ile meme kanseri taramalarına bakıldığında, kadınlarda duyarlılık algısı ve güven yarar algısının daha yüksek, engel algılarının daha düşük olması ile ilişkilendirilmiştir[127]. Kolorektal kanser taramaları için cinsiyetin SİM üzerinde etkisinin araştırıldığı başka çalışmalara ihtiyaç olduğunu belirtmiştir[127]. Araştırmamızda kadınların sağlık motivasyonları daha düşük, engel algıları daha fazla olmasının nedeni; kadınların eğitim düzeyinin düşük olması, bilgi eksikliği ve bölgenin kültürel faktörlerinden kaynaklanabilir. Aynı zamanda araştırmada bu bulgumuzu destekleyen ev hanımlarının sağlık motivasyonlarının daha düşük, engel algılarının daha fazla olması neden olabilir.

Araştırmamızda medeni durum ile Sağlık Motivasyon Algısı alt boyut puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Boşanmış/dul olan kişilerin Sağlık Motivasyon Algısı puanları evli olan kişilerden anlamlı derecede daha az, evli olan kişilerin sağlık motivasyonları daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$ Tablo 4.2.1). Gram ve ark. çalışmasında (2021) evli kişilerin kolorektal kanser taramalara daha çok katılım sağladığı saptanmıştır [133]. Menon ve ark. (2003)'nın çalışmasında medeni durum ile sağlık inanç modeli alt boyutlarından güven yarar algısı alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir [134]. Araştırmamız bu sonuçlarla benzerlik göstermektedir. Bunun yanı sıra Almadi ve ark.(2015) çalışmasında medeni durum ile KKK taramalarına katılım ya olan istekleri arasında anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır [132]. Araştırmamızda evli kişilerin çocuklarının olması daha düzenli bir hayatlarının olması, kanser erken taramalara katılımında sağlık motivasyonlarını yükseltebileceği söylenebilir.

Araştırmamızda eğitim seviyesi yüksek olanların güven yarar algısı, sağlık motivasyonu puanları anlamlı derecede daha yüksekken, engel algısı puanları daha düşük bulunmuştur [$p<0,05$; Tablo 4.2.1.]. Taştan ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi yüksek olanların güven yarar algısı puanlarının daha yüksek olduğu, engel algısı puanlarının daha düşük olduğu bildirilmiştir [115]. İran'da yapılan bir çalışmada katılımcıların eğitim seviyesinin artması kolorektal kanser taramalarına katılımının olumlu yönde etkileyebileceğini göstermektedir [135]. Ayrıca eğitimin KKK taramalarına katılımı olumlu yönde etkilediği literatürdeki çalışmalarla paralellik göstermektedir [63,109,115,135]. Tam tersi olarak Almadi ve ark 2015 yılında yaptığı çalışmada eğitim seviyesi ile kolorektal kanser sağlık inanç modeli arasında anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır[132]. Araştırmamızda eğitim düzeyinin kolorektal kanser erken taramasına yönelik olumlu sağlık inancının olduğunu göstermektedir.

Literatürde yüksek gelirin sağlığı koruma davranışlarından kanser taramalara katılımın olasılığını arttırdığı belirtilmiştir [130,136,137,138]. Bu çalışmada geliri giderden az olan kişilerin Güven Yarar Algısı ve Sağlık Motivasyon Algısı puanları geliri gidere denk olan kişilerden anlamlı derecede daha azdır [Tablo 4.2.1, $p<0,05$]. Omran ve İsmail'in 2010 yılında Ürdün'de yaptıkları çalışmada gelir durumunun duyarlılık, ciddiyet, güven yarar algısı, engel ve sağlık motivasyonu algısı ile anlamlı farklılık olduğu belirtilmiştir[138]. Wong ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada gelir durumunun

KRK taramasına katılımını etkilediği ve taramalara katılımın önündeki engel olarak belirtilmiştir[130]. Araştırmamızda düşük gelir durumunun kanser erken taramalara ilişkin olumsuz sağlık inançlarının olduğu söylenebilir. Bunun nedeni kanser erken tarama testlerinin ücretli olduğunu düşünmelerinden kaynaklanabilir.

Araştırmamızda hiç sigara kullanmayan ve içip bırakan kişilerin sigara kullananlara göre güven Yarar Algısı, sağlık Motivasyon algısı daha yüksek, engel algıları daha düşük; alkol içip bırakan kişilerin ise sağlık Motivasyon Algısı daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.2.1). Lin P. ve ark. Tayvan'da yaptıkları araştırmada sigara içmeyen kişilerde güven yarar algısı ve ciddiyet algısı puanları daha yüksek bulunmuştur[14]. Bernardo ve ark. araştırmasında sigara kullanan kişilerin kolorektal kanser taramalara katılımını olumsuz etkilediğini belirtmiştir[137]. Yılmaz ve ark. (2015), Koç ve Esin'in (2014) yaptıkları çalışmada sağlık inanç modeli alt boyutları ile sigara içme arasında anlamlı farklılık olmadığı belirtilmiştir[63,124]. Literatürdeki bu farklılığın nedeni örneklemin yapıldığı bölge, kültür ve sağlık algılarının etkileyebileceği düşünülmektedir. Sigara ve alkol kullananların kanser önleme ve erken tarama testlerine katılmalarına ve daha olumlu sağlık davranışları geliştirmelerine ihtiyaç olduğu söylenebilir.

Fiziksel olarak daha aktif kişilerde KRK görülme olasılığı %50 azaldığı belirlenmiştir[59]. Araştırmamızda düzenli egzersiz yapan kişilerin yapmayanlara göre kolorektal kanser erken tarama sağlık inançlarının Güven Yarar Algısı, Sağlık Motivasyon Algı puanları anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.1; $p<0.05$). Literatüre bakıldığında; egzersiz yapmanın kolorektal kanser taramalarına ilişkin sağlık inançlarını olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir[63,115]. Lin ve ark. araştırmasında ciddiyet algısı, güven yarar algısı, motivasyon algısı, sigara kullanmama ve önerilen miktarda meyve ve sebze tüketmenin KRK taramalara katılımını etkilediği, bu faktörlerin CRC taramasıyla ilgili olumlu sağlık davranışlarındaki oranın %35.0'ini açıklamıştır[14]. Araştırma sonucumuz literatüre benzer olarak egzersizin olumlu sağlık davranışı göstermesinde etkili olabilir.

Kolorektal kanser genetik geçişli bir hastalık olup, literatürde ailesinde kanser kanser öyküsü olanların taramalara daha çok katılım sağladığı belirtilmiştir [139]. Araştırmamızda da ailede kanser öyküsü olan kişilerin Duyarlılık Algısı ve Ciddiyet Algısı puanları anlamlı derecede daha fazla bulunmuştur ($p<0.05$; Tablo 4.2.1). Koç ve Esin'in çalışmasında birinci derece yakınlarında KRK olan bireylerin duyarlılık

algısı daha yüksek [124]. Omran ve Ismailin çalışmasında ailede kanser öyküsü ile KRK sağlık inanç modelinin duyarlılık algısı, ciddiyet algısı, güven yarar algısı ve engel algısı puanları arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir[138]. Erdoğan ve ark. (2020) çalışmasında ise ailelerinde meme kanseri tanısı alan kişilerin duyarlılık, ciddiyet, sağlık motivasyon algıları daha yüksek, engel algıları daha düşük bulunmuştur[140]. Tfaly ve ark. çalışmasında (2019) ailesinde kolorektal kanser tanısı alan bireylerin KRK taramalarına katılım oranının üç kat daha fazla olduğu bildirilmiştir[141]. Literatürdeki bu çalışmalar araştırma sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir. Courtney ve ark. yaptıkları çalışmada birinci derece akrabalarında en fazla kolorektal kanser tanısı alan kişilerin kanser taramalarına katılmaması sonucu çalışmamızdan farklılık göstermektedir[142].

Araştırmada semptom yaşamayan kişilerin Duyarlılık Algısı, Sağlık Motivasyon Algısı ve Ciddiyet Algısı puan semptom yaşayan kişilerden anlamlı derecede daha azdır. ($p<0.05$; Tablo 4.2.2). Sung ve arkadaşlarının (2008) Sağlık İnanç Modeline dayalı KRK taramasını etkileyen faktörlere yönelik yaptıkları çalışmada, semptom yaşayan kişilerin KRK taramalarına katılımının daha fazla olduğu belirtilmiştir[143]. Sağlık İnanç Modeli ile yapılan sistematik bir derlemede kolorektal kanser taramalarına ilişkin engelleri; katılımcıların tarama testlerinden habersiz olmaları, kolorektal kansere ilişkin semptomlarının olmadığı belirtilmiştir[144]. Çalışmalar araştırmamızla benzerlik göstermektedir. Semptom yaşayan kişiler KRK' yı daha ciddiye aldıkları ve var olan semptomlara yönelik hastalık meydana gelme konusunda daha duyarlı oldukları söylenebilir. Bu bulguyu araştırmamızda katılımcıların %22'sinde "bilinen bağırsak hastalığı" olduğu, bu hastalığa sahip olanların duyarlılıkları anlamlı derecede daha yüksek olması desteklemektedir.

Araştırmada kolorektal (bağırsak) kanser taraması yaptıran kişilerin yaptırmayanlara göre güven Yarar Algısı, Duyarlılık Algısı, Sağlık Motivasyon Algısı ve Ciddiyet Algısı puanları anlamlı derecede daha fazla, engel algısı puanları anlamlı derecede daha azdır. (Tablo 4.2.2. $p<0,05$]). Literatürde kolonoskopi yaptıran kişilerin güven yarar algısı daha yüksek ve engel algıları daha düşük[145]; KRK taraması yaptıranların engel algıları daha düşük ve ciddiyet algıları daha yüksek olduğu belirtilmiştir[146]. KRK taramalarına katılan kişilerin koruyucu sağlık davranışını yerine getirmeye olan inançları hastalığı ciddiye almaları ve bu konuda daha duyarlı oldukları söylenebilir. Almadı'nın yaptığı çalışmada katılımcıların(%60.8) KRK

düşüncesinin onları korkuttuğunu, % 27.6'sı KRK olduklarını öğrenmek istemedikleri belirtilmiştir [132]. Yapılan sistematik bir çalışmada, krk taramasına katılımda “kanser korkusu” ve “kaderci tutumun ” genellikle engel oluşturduğunu ortaya çıkarmıştır [147]. Bu tutum, muhtemelen, diğer kanser türlerinin yanı sıra KRK'nin ilerlemesinin önlenemez olduğuna dair yanlış bir inançtan kaynaklanabilir. Araştırmamızda kolorektal (bağırsak) kanserinin önlenemez olmadığını düşünenlerin Güven Yarar Algısı puan ortalamaları (44.88±5.74) anlamlı derecede daha düşük, engel algıları daha yüksek olması da bu sonucu desteklemektedir.

Literatürde kanser erken taramalarla ilgili bilgi sahibi olma [148], önemini farkında olma [149,150] kanser erken tanı ve taramalara katılımı etkileyen faktörlerdendir[115]. Araştırmada kolorektal (bağırsak) kanseri tarama yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmak isteyen kişilerin ciddiyet algıları anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,05), [Tablo 4.2.2]. Yapılan bir çalışmada kolorektal kanser taramaları hakkında bilgi sahibi olma ile modelin alt boyutlarından duyarlılık algısı alt boyutu, ciddiyet algısı alt boyutu ve engel alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu belirtilmiştir[138]. Araştırmamızda da kolorektal (bağırsak) kanseri duyan kişilerin Güven Yarar Algısı puanları anlamlı derecede daha fazla, KETEMİ duymayanların Engel Algıları daha yüksek, Sağlık Motivasyon Algıları anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. (Tablo 4.2.2; p<0.05). Fassa’da yapılan çalışmada KRK taramalarını duyanların kanser taramalara katılımlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir [20]. KRK taramalarını duyan kişilerin taramalara katılarak koruyucu sağlık davranışlarını yerine getirmeye olan inançlarının daha fazla olduğu söylenebilir. Ayrıca araştırmamızda KRK tarama yöntemleriyle ilgili bilgi almak isteyen kişilerin ciddiyet alt boyutu puanının daha yüksek olması önemli bir bulgudur. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde KRK erken taramaları hakkında farkındalığın artırılması kanseri ciddiye almalarına dolayısıyla taramalara katılımda olumlu etkisi olabileceği söylenebilir. Bu durumu araştırmamızda gelecekte kolorektal (bağırsak) kanseri taramasına katılmayı düşünen kişilerin Yarar, Duyarlılık, Sağlık Motivasyon ve Ciddiyet Algılarının daha yüksek olması destekliyor.

Çalışmamızda katılımcıların kanser risk indeksinin % 46.1'inin ortalama riskin üstünde ve %26.8'inin ise ortalama riskin çok üstünde olduğu saptanmıştır (Tablo.4.3). Erkeklerde, evli olmayan ve okur yazar olmayan kişilerin kanser riskli grupta olma oranı anlamlı derecede daha fazla olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3.1.)

Ayrıca kanser riski ortalamasının üzerinde olan katılımcıların Engel Algıları daha yüksek, Sağlık Motivasyon Algıları daha düşük bulunmuştur. ($p<0.05$) Çin’ de toplum temelli yapılan krk tarama programında hem risk değerlendirmesi hem de GGK testi pozitif olan katılımcıların kolonoskopi geçirme olasılığı daha yüksek bulunmuştur [151]. Lübnanda yapılan bir çalışmada katılımcıların sadece %17. 2'si kanser risk faktörlerinin farkında olup, yarıya yakını (%43) gelecekte tarama yaptırmaya istekli bulunmuştur[152]. Araştırmamızda hem risk indeksinin yüksek olanların engel algılarının daha yüksek ve motivasyonlarının daha düşük olması önemli bir bulgudur. Bunun yanısıra erkek(%26.7) ve kadın katılımcıların(%27.8) yakın oranlarda gelecekte taramalara katılmak istememesi, bu kişilerin yarar, duyarlılık, sağlık motivasyon ve ciddiyet algılarının daha düşük olması; kırsal alanda kansere yönelik bilgi ve farkındalığa ihtiyaç olduğunu gösteren önemli bir sonuç olarak karşımız çıkmaktadır.

6.BÖLÜM

SONUÇ ve ÖNERİLER

Kırsal alanda yaşayan kadın ve erkeklerin kolorektal kanser taramasına yönelik sağlık inançları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesini amaçlayan araştırmanın sonuçlarına göre;

- Araştırmaya katılan kişilerin % 60.1'i 50-60 yaş grubunda, %55.4'ünün kronik hastalığı olduğu ve bu kişilerin %42.8'inin kronik hastalığının hipertansiyon olduğu, Bireylerin %71.6'sının düzenli yürüyüş yapmadığı, %32.6'sının BKİ grubu fazla kilolu ve % 25.3'ünün ise I.derece obez olduğu,
- Araştırmada erkeklerde “dışkılama alışkanlığının bozulması (kabızlık, ishal)” olanların oranı % 54.8, iken aynı oranın kadınlarda %36.8 olduğu ve erkeklerde “dışkıda kan/müküs görülmesi” olanların oranı %13.8 iken aynı oranın kadınlarda %9.4 olduğu,
- Duyarlılık algısının orta düzeyde, Güven Yarar Algısı puan ortalaması yüksek puana yakın değer, Engel, Ciddiyet ve Sağlık Motivasyon algı puan ortalamaları ortalamanın biraz üstünde (Tablo 4.2 ; $p<0.05$),
- Yaş grupları arasında 61-70 yaş grubundaki kişilerin sağlık inanç modeli Güven Yarar Algısı puanları 50-60 yaş grubundaki kişilerden anlamlı derecede daha az bulunduğu ($p<0.05$), kadınların erkeklere göre Güven Yarar Algısı ve Sağlık Motivasyon Algısı puanları anlamlı derecede daha az, Engel Algı puanı ise anlamlı derecede daha fazla ($p<0.05$),
- Eğitim düzeyi lise olanların, okuryazar/ilkokul olanlara göre güven yarar algısı ve sağlık motivasyon algısı puan ortalaması daha yüksek, engel algısı puan ortalaması daha düşük ($p<0.05$), geliri gidere denk olanların, geliri giderden az olanlara göre Güven Yarar Algısı ve Sağlık Motivasyon Algısı puan ortalamaları daha yüksek. ($p<0.05$),Boşanmış/dul olan kişilerin Sağlık Motivasyon algı puanları evli olan kişilerden anlamlı derecede daha az olduğu ($p<0,05$),
- Ailede kanser öyküsü olanların Duyarlılık Algısı, Ciddiyet Algısı puan ortalamaları daha yüksek ($p<0.05$),

- Düzenli yürüyüş yapmayan kişilerin Güven Yarar Algısı ve Sağlık Motivasyon Algısı puanları yapanlara göre anlamlı derecede daha az ($p<0.05$), sigara içip bırakanların, hiç içmemiş ve içenlere göre güven yarar algısı puan ortalaması daha yüksek, alkol içip bırakanların ise sağlık motivasyon algısı puan ortalaması içip bırakanlara ve halen içenlere göre daha yüksek bulunduğu ($p<0.05$),
- Kolorektal (bağırsak) kanserini duyan kişilerin arasında Güven Yarar Algısı puan kolorektal (bağırsak) kanserini duymayan kişilerden anlamlı derecede daha fazla olduğu, KETEM'i daha önce duyan kişilerin Engel Algısı puanları anlamlı derecede daha az olduğu ($p<0.05$) ve sağlık motivasyon algı puanları ise anlamlı derecede daha fazla olduğu ($p<0.05$;Tablo4.2.4.)
- Araştırmada kolorektal (bağırsak) kanseri tarama yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmak isteyen kişilerin ciddiyet Algısı puanları anlamlı derecede daha fazla olduğu, gelecekte kolorektal (bağırsak) kanseri taramasına katılmayı düşünen kişilerin Güven Yarar, Duyarlılık, Sağlık Motivasyon ve Ciddiyet Algıları gelecekte taramalara katılmayı düşünmeyenlere göre daha yüksek olduğu ($p<0.05$;Tablo4.2.4.),
- Kolorektal (bağırsak) kanser taraması yaptıran kişilerin yaptırmayanlara göre güven Yarar Algısı, Duyarlılık Algısı, Sağlık Motivasyon Algısı ve Ciddiyet Algısı puanları anlamlı derecede daha fazla, engel algısı puanları anlamlı derecede daha az,
- Erkeklerde kanser riskli grupta olanların oranı kadınlardan anlamlı derecede daha fazla bulunduğu, bekar/boşanmış/dullarda riskli grupta olanların oranı evlilerden anlamlı derecede daha fazla bulunduğu, Okur yazar olmayanlarda riskli grupta olanların oranı eğitim durumu okuryazar/ilkokul, ortaokul ve lise olanlardan anlamlı derecede daha fazla olduğu,($p<0.05$; Tablo4.3.1)
- Ortalama riskin üzerinde olan katılımcıların engel algısı alt boyut puan ortalamaları riskin altındaki gruba göre anlamlı derecede daha fazla, sağlık motivasyon algısı alt boyutu puan ortalamaları riskin altındaki ve ortalama risk gruplarına göre anlamlı derecede daha az saptanmıştır, ($p<0.05$; Tablo4.3.2)

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Araştırmaya katılan bireylerin duyarlılık algısının orta ve düşük düzeyde olması, Engel, Ciddiyet ve Sağlık Motivasyon algı puan ortalamaları ortalamanın biraz üstünde olması KRK den korunma davranışı gösterme olasılığını da azaltabilir. Bu nedenle sağlık profesyonelleri ile kanserde erken tanı ve taramalara ilişkin olumlu algılarının oluşturulması,
- İleri yaşta, eğitim düzeyi okuryazar/ilkokul olan, geliri giderden az olan, evlenmeyen, ailede kanser öyküsü olan, düzenli yürüyüş yapmayan kadınlar başta olmak üzere KRK kanser farkındalıkların duyarlılık algısının artırılmasına, engel algılarının azalmasına yönelik krk kanserde erken tanı ve taramalara ilişkin eğitimlerin yapılması,
- Evli ve okuryazar olmayan erkekler başta olmak üzere krk kanserini risk faktörleri, krk belirtileri, taramalara ilişkin yanlış inançları, kültürel uygulamalarının belirlenmesi,
- Alkol ve sigara kullanan, ailesinde kanser öyküsü olan, semptom yaşayanlara risk danışmanlığı yapılması,
- Taramalara ilişkin ilişkin yanlış inançları, kültürel uygulamalarının belirlenmesi, bu programların maliyetle ilgili engel algısının ortadan kaldırılması ve sağlık inançlarının yükseltilebilmesi için testlerin ücretsiz olduğu bilgisinin halk arasında yaygınlaştırılması gerektiği,
- Yaşam tarzı davranış değişikliği ile önlenbilir hastalıklardan olan kolorektal kanser ile ilgili deneysel araştırmaların planlanarak bilime katkı sağlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu “Ulusal Kanser Kontrol Eylem Planı 2013-2018”
https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/Ulusal_Kanser_Kontrol_Plani_2013_2018.pdf.
2. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu “Türkiye Kanser İstatistikleri”
<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri/yillar/1026-2015-y%C4%B1%C4%B1-t%C3%BCrkiye-kanser-istatistikleri.html>.
3. Erdem, S.S. ve ark., “Bir üniversite hastanesinde 2013 yılındaki kanser tanılarının 65 yaş üstü ve altı dağılımı”, *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*; 17(3): 105-110,2015.
4. Rawla, P., Sunkara, T., Barsouk, A., “Epidemiology of colorectal cancer: incidence, mortality, survival, and risk factors” , *Prz Gastroenterol.*, 14 (2), 89-103. doi:10.5114/pg.2018.81072, 2019.
5. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu “2016 Türkiye İstatistik Kurumu”
https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Trkiye_Kanser_statistikleri_2016.pdf
6. Mayir, B., Ensari, C. Ö., Durhan, A., & Çöpelci, Y., “Kolorektal kanser tarama amaçlı yapılan gaytada gizli kan testi pozitif saptanan hastalarda kolonoskopi bulguları” , *Turkish Journal of Colorectal Disease.*, 28 (1), 27, 2018.
7. Özkan, Ö.F. ve ark., “Bir eğitim ve araştırma hastanesinde kolorektal kanser hastalarının demografik dağılımı ve hastalık özellikleri”, *Pam Tıp Derg*, 5(3), s. 132-135, 2012.
8. Öztaş, B. ve ark., “Kolorektal Kanser Tanısı ile Opere Edilmiş Hastaların Birinci Derece Akrabalarının Kanser Risk Alguları ve Sağlık İnançlarının Belirlenmesi” , *Turk J Colorectal Dis.*, 28 , 80-87, 2018.
9. Gürsoy, Ş. ve ark., “Kayseri ve yöresinde kolon kanserlerinin özellikleri”, *Akademik gastroenteroloji dergisi*, 2 , s. 60-63, 2003.
10. Açıkgöz, A., Çehreli, R., Ellidokuz, H., “Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları”, 19. Ulusal Kanser Kongresi, s. 152-153, Antalya, 2011.
11. Al Abdouli, L., Dalmook, H., Akram, A. M., Carrick, F. R., & Abdul, R. M., “Colorectal Cancer Risk Awareness and Screening Uptake among Adults in the United Arab”, *Emirates Asian Pacific journal of cancer prevention APJCP*, 19(8), 2343, 2018.

12. Kaklım, A. ve ark., “Yaşlı bireylerin kolorektal kanserin riskleri ve erken tanısına yönelik bilgi düzeylerinin ve bu kanserle ilişkili risklerinin incelenmesi”, *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, Cilt 5 , Sayı 3 , 2014.
13. Segnan, J., Patnick, L., Karsa, V., Keskinliç, B. ve ark., “Kolorektal Kanser Taraması ve Teşhisinde Avrupa Birliği Kalite Rehberi”, Çeviri Editörleri, Avrupa Birliği, 2010.
14. Lin, I. P., Chung, D. T., Lee, L. Y., Hsu, H. J., Chen, S. C., “Health Belief, Behavior Intention, and Health Behaviors Related to Colorectal Cancer Screening in Taiwan” , *International journal of environmental research and public health.*, 17(12), 4246, 2020.
15. Karahasanoğlu, T., “Kolorektal Kanserler: Tanı ve Cerrahi Tedavi”, *Gastrointestinal Sistem Hastalıkları Sempozyumu*, s. 271-279, İstanbul, 2001.
16. Küçüköner, M. ve ark., “Kolorektal kanserler: Tek merkez 12 yıllık sonuçları” *Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi* , *Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi* . , Vol. 4 Sayı 2, p208-212. 5p, 2013.
17. Karaca, H., Berk, V., İnanç, M., Dikilitaş, M., Özkan, M., “Erciyes üniversitesi tıp fakültesi tıbbi onkoloji bilim dalına 2006–2009 Yılları arasında başvuran kanser hastalarının epidemiyolojik değerlendirilmesi” , *Journal of Health Sciences.*, 20(1), 1-8, 2011.
18. Baysal, H. Y., Türkoğlu, N., “Birinci basamağa başvuran bireylerin kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inançlarının ve kolorektal kanser ile ilgili bilgi düzeylerinin belirlenmesi”, *International Journal of Human Sciences.*, (V:10)1, P:1238-1250, 2013.
19. Pirinççi, S. ve ark., “Üçüncü basamak sağlık merkezine başvuranlarda kolorektal kanser tarama programı farkındalık çalışması”, *TAF Prev Med Bull.*, 14(3), 209-214, 2015.
20. Gholampour, Y., Jaderipour, A., Jeihooni, A. K., Kashfi, S. M., & Harsini, P. A., “The effect of educational intervention based on health belief model and social support on the rate of participation of individuals in performing fecal occult blood test for colorectal cancer screening”, *Asian Pacific journal of cancer prevention APJCP.*, 19(10), 2018.
21. Gemalmaz, A., Akçan, A., Üner, B. A., Dişçigil, G., Aydın, M., Şahin, N. Ş., ... & Demirağ, S., “Aydın merkez ilçede kolorektal kanser taramasına ilişkin bilgi, tutum ve engeller” , *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi.*, 19(1), 37-48, 2015.

22. Brenner A. T., Ko, K. L., Janz, N., Gupta, S., “Inadomi J. Race/Ethnicity and Primary Language: Health Beliefs about Colorectal Cancer Screening in a Diverse, Low-Income Population” , *J Health Care Poor Underserved.*, 26(3), 824-838, doi:10.1353/hpu.2015.0075, 2015.
23. Wong, K. R., Wong, M. L., Chan, Y. H., Feng, Z., Wai, C. T., Yeoh, K. G., “Gender differences in predictors of colorectal cancer screening uptake: a national cross sectional study based on the health belief model” , *BMC Public Health.*, 13, 1-12, 2013.
24. Güver, Y. *Erkek Tarım İşçilerinin Kolorektal Kansere Hakkındaki Bilgi Düzeyleri, Sağlık İnanç Düzeyleri Ve Kansere Riskinin Belirlenmesi.* (2021).
25. Öztaş, B., İyigün, E., Taştan, S., Can, M. F., “Kolorektal Kansere Tanısı ile Opere Edilmiş Hastaların Birinci Derece Akrabalarının Kansere Risk Algıları ve Sağlık İnançlarının Belirlenmesi” , *Turkish Journal of Colorectal Disease.*, 28(2), 80, 2018.
26. “Clinical Preventive Services”<https://www.healthypeople.gov/2020/leading-health-indicators/2020-lhi-topics/Clinical-Preventive-Services/data?source=govdelivery&tab=data#c16>
27. Hemşirelik yönetmeliği “2010 Hemşirelik yönetmeliği”
<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.13830&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=hem%C5%9Firelik%20y>
28. “Nevşehir Bölge Müdürlüğü “2017–2018 Türkiye İstatistik Kurumu”
<http://www.tuik.gov.tr/Start.do;jsessionid=vhq2br2TJYZ5Y9IFhtpy67nYTLRpnSyRSMh3FLvCgYvzdGtQGzd1!-1703904793>
29. T.C İçişleri Bakanlığı “ Derinkuyu ilçe kaymakamlığı”
<http://www.derinkuyu.gov.tr/ana-sayfa>
30. Ilgaz, A., “Tarımda çalışan bireylerin, KKR risk düzeyleri, KKR taramalarına katılım oranları ve taramaya katılmayı etkileyen faktörlerin belirlenmesi”, *Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.*, Antalya, 2015.
31. Çetin, E., “İç Hastalıkları Cilt 1-2” *Nobel Basım Yayın*, 1/2008.
32. American Cancer Society “What Is Colorectal Cancer”
<https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/about/what-is-colorectal-cancer.html>

33. Haggard, Fatima A., and Robin P. Boushey., "Colorectal cancer epidemiology: incidence, mortality, survival, and risk factors." *Clinics in colon and rectal surgery.*, 22.4 , 191, 2009.
34. Potter J. D., Hunter, D., "Colorectal Cancer: Epidemiology" In: Potter JD, Lindor NM, editors. *Genetics of Colorectal Cancer*. 1st ed., LLC USA, Springer, 5-25, 2009.
35. Douaiher, J., Ravipati, A., Grams, B., Chowdhury, S., Alatisse, O., Are, C., "Colorectal cancer-global burden, trends, and geographical variations" , *J Surg Oncol.*, 115(5), 619-30, 2017.
36. "WHO Colorectal cancer Source: Globocan 2018"
https://geo.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/10_8_9-Colorectum-fact-sheet.pdf
37. "WHO Cancer mortality and morbidity"
http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/cancer_text/en/. 18 Haziran 2017.
38. "American Cancer Society. Cancer Facts & Figures" 2013.http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/a_cspc-036845.pdf . 1 Temmuz 2017.
39. "American Cancer Society"
https://cancerstatisticscenter.cancer.org/?_ga=2.191673069.617501570.1560187395-1941641771.1557591603#!/
40. "TÜRKİYE KANSER İSTATİSTİKLERİ"
https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/2014-RAPOR_uzuuun.pdf
41. Nussbaum, R. L., Mcinnes, R. R., Willard, H. F., "Thompson and Thompson Genetics in Medicine" , Güneş Kitabevi , 2005.
42. Bresalier, R. S., Kim, Y. S., " Malignant neoplasms of the large intestine. Sleisenger & Fordtran's gastrointestinal and liver disease: pathophysiology, diagnosis, management." 7th ed. Philadelphia: Saunders., 2215-2261 , 2002.
43. Wei EK, Giovannucci E, Wu K., "Comparison of risk factors for colon and rectal cancer. *International Journal of Cancer*" , 108(3),433-442, 2004.
44. drahmetdobrucali.com/kalin-barsak-kanseri-kolon-kanseri-kolorektal-kanser/
45. Leon M, Sassatelli R, Benatti P, Roncucci L., "Identification of hereditary nonpolyposis colorectal cancer in the general population. The 6year experience of a population-based registry. *Cancer*" , 71(11), 3493-3501, 1993.
46. Michell RJ, Ferrington SM, Dunlop MG and H Campbell, "Mismatch repair genes hMLH1 and hMSH2 and colorectal cancer. *Am J Epidemiol*" , 156, 885-902, 2002.

47. Young PE, Womeldorph CM., “*Colonoscopy for colorectal cancer screening. J Cancer*”, 4(3), 217-226, 2013.
48. Winawer SJ, Zauber AG, Gerdes H., “*Risk of colorectal cancer in the families of patients with adenomatous polyps. National Polyp Study Workgroup. N Engl J Med*”, 334, 82, 1996.
49. Nar, Ş., “*Kolorektal Kanserli Hastaların Birinci Derece Akrabalarının Hastalıkla İlgili İnançları*”, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010.
50. Gillen CD, Andrew HA, Prior P, Allan RN., “*Crohn’s Disease and colorectal cancer. Gut*”, 35(5), 651-5, 1994.
51. Nuako KW, Ahlquist DA, Mahoney DW, Schaid DJ, Siems DM, Lindor NM., “*Familial predisposition for colorectal cancer in chronic ulcerative colitis: a case–control study. Gastroenterology*”, 115(5), 1079-83, 1998.
52. Santos, S.C.D.d., Barbosa, L.E.R., “*Crohn’s disease: risk factor for colorectal cancer. Journal of Coloproctology*”, 37(1), 55-62, 2017.
53. Siegel, R., ve ark., “*Cancer statistics, 2019. CA: A Cancer Journal for Clin*”, 61(4), 212-236, 2019.
54. Özsoy S, Ardahan M, Özmen D., “*Reliability and Validity of the Colorectal Cancer Screening Belief Scale in Turkey. Cancer Nursing*”, 30(2), 139-145, 2007.
55. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü “*Fiziksel Aktivite Beslenme ve Sağlıklı Yaşam*”
<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/241>.
56. Kim, S.E., ve ark., “*Sex- and gender-specific disparities in colorectal cancer risk. World J Gastroenterol*”, 21(17), 5167-75, 2015.
57. Kim KE., “*Early Detection and Prevention of Colorectal Cancer. SLACK Incorporated*”, 3-20, 2009.
58. Scolhefield, JH., Eng, C. , “*Kolorektal Kanser Tanı ve Klinik Yönetimi*” Çeviri Editörü, Alabaz Ö., Ankara, 2016.
59. Chan AT, Giovannucci EL. “*Primary prevention of colorectal cancer. Gastroenterology*”, 138(6), 2029-2043, 2010.
60. Koç Ş., Kolorektal Kanseri Önleme: Kolorektal Kanser Risk Danışmanlığı, *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 25(1), 69-77, 2017.

61. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı, “Türkiye Kanser Kontrol Programı”, Ankara, 2015. kanser.gov.tr/Dosya/tarama/kolorektal.pdf. [25.07.2017].
62. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, “*Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. Lancet*”, 380(9838), 219-229, 1016/S0140-6736(12), 61031-9, 2012.
63. Yılmaz, M., Dereli, F., & Yelten, G., “*Elli Yaş ve Üzerindeki Bireylerin Bazı Sosyodemografik Özellikleri, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık İnançlarının Kolon Kanserine İlişkin Tarama Davranışlarına Etkisi*”, 2016.
64. Shaw E, Farris MS, Stone CR, “*Effects of physical activity on colorectal cancer risk among family history and body mass index subgroups: a systematic review and meta-analysis. BMC Cancer*”, 18(1), 12885-017-3970-65, 2018.
65. Renehan AG, Tyson M, Egger M, Heller RF, Zwahlen M., “*Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. Lancet*”, Feb 16:371(9612), 569-78, 2008.
66. Martinez ME, Giovannucci E, Spiegelman D, Hunter DJ, Willett WC, Colditz GA., “*Leisure-time physical activity, body size, and colon cancer in women. Nurses' Health Study Research Group. / Natl Cancer Inst*”, 89, 948-55, 1997.
67. Gordon PH., “*Malignant Neoplasms of the Colon. In: Gordon PH, Nivatvongs S (Eds.) Principles and Practice of Surgery for the Colon, Rectum, and Anus*”, 3, 489-643, 2007.
68. Keighley MRB, Williams NS., “*Colorectal Cancer: Epidemiology, Aetiology, Pathology, Staging, Clinical Features, Diagnosis and Screening. In: Keighley MRB, Williams NS (Eds.) Surgery of the Anus, Rectum & Colon*”, 2, 998-1061, 1999.
69. Cross AJ, Ferrucci LM, Risch A, Graubard BI, Ward MB, Park Y, “*A large prospective study of meat consumption and colorectal cancer risk: an investigation of potential mechanisms underlying this association. Cancer Res*”, 5, 70, 2406-14, 2010.
70. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Colorectal Cancer, 2011.
71. MacLennan, R., O. M. Jensen, J. Mosbech, and H. Vuori., “*Diet, transit time, stool weight, and colon cancer in two Scandinavian populations. Am. J. Clin. Nutr.*”, 31, S239-S242, 1978.
72. Campbell, P. T., “*Prospective study reveals associations between colorectal cancer and type 2 diabetes mellitus or insulin use in men. Gastroenterology*”, 139, 1138–1146, 2010.

73. Cavicchia, P. P., “Racial disparities in colorectal cancer incidence by type 2 diabetes mellitus status. *Cancer Causes Control*”, 24, 277–285, 2013.
74. Flood, A., Strayer, L., Schairer, C. & Schatzkin, A., “Diabetes and risk of incident colorectal cancer in a prospective cohort of women. *Cancer Causes Control*”, 21, 1277–1284, 2010.
75. He, J., “The association of diabetes with colorectal cancer risk: the multiethnic cohort. *Br. J. Cancer*”, 103, 120–126, 2010.
76. Tabak, A. G., “Trajectories of glycaemia, insulin sensitivity, and insulin secretion before diagnosis of type 2 diabetes: an analysis from the Whitehall II study. *Lancet*”, 373, 2215–2221, 2009.
77. Giovannucci, E., “Insulin and colon cancer. *Cancer Causes Control*”, 6, 164–179, 1995.
78. Yanan Ma, Wanshui Yang ve ark “Type 2 diabetes and risk of colorectal cancer in two large U.S. prospective cohorts, *British Journal of Cancer* volume”, 119, 1436–1442, 2018.
79. World Cancer Research Fund and American Institute for Cancer Research Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: A Global Perspective. Washington, DC, American Institute for Cancer Research, 2007.
80. National Institutes of Health What You Need To Know About Cancer of the Colon and Rectum. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services & National Institutes of Health; 2006.
81. Zisman A L., Nickolov A., Brand R E, Gorchow A, Roy H K., “Associations between the age at diagnosis and location of colorectal cancer and the use of alcohol and tobacco: implications for screening”, *Arch Intern Med.* 166(6), s.629-634,2006.
82. Botteri E., Iodice S., Raimondi S., Maisonneuve P., Lowenfels A B., “Cigarette smoking and adenomatous polyps: a meta-analysis. *Gastroenterology*”, 134(2), s.388-395, 2008.
83. Tsong W H., Koh W P., Yuan J M, Wang R., Sun C L., Yu M C., “Cigarettes and alcohol in relation to colorectal cancer: the Singapore Chinese Health Study”, *Br J Cancer*, 96(5), s.821-827, 2007.
84. Wang Y., “A pooled analysis of alcohol intake and colorectal cancer”, *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 8(5), s.6878-6889, 2015.

85. Ruder EH., Laiyemo AO., Graubard BI., Hollenbeck AR., Schatzkin A., Cross AJ., “Non-steroidal anti-inflammatory drugs and colorectal cancer risk in a large, prospective cohort”, *Am J Gastroenterol*, 106(7), s.1340-1350, 2011.
86. Drew DA., Cao Y., Chan AT., “Aspirin and colorectal cancer: the promise of precision chemoprevention”, *Nat Rev Cancer*, 16(3), s.173-186, 2016.
87. Kuzu I., Kuzu MA., “Kolorektal Kanser Patolojisi Histopatolojik Rapor, Evreleme ve Prognostik Faktörler”, İçinde: Baykan A, Zorluoğlu A, Geçim E, Terzi C (editörler). Kolon ve Rektum Kanseri, Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği, İstanbul, 2010:117-144.
88. Demirbaş S., “Kolorektal Kanser Karşımıza Nasıl Çıkar? Semptomları, Süresi ve Yerleşim Yeri Hakkında Bilgiler, Kolon ve Rektum Kanseri içinde Editör: Baykan A., Zorluoğlu A., Geçim E., Terzi C. 39-68.2010
89. Çınar S., Demir Korkmaz F., 2014. Bağırsak ve rektum hastalıkları. In: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Karadakovan A, Eti Aslan F, 4. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitap Evi, p:681- 90.
90. İnternet: American cancer society “<https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/detection-diagnosis-staging/signs-and-symptoms.html>”.
91. Can G, 2014. Kolorektal kanser. In: Onkoloji, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, p. 36
92. Rawl MS., Champion VL., Scott LL., Zhou H., Monahan P., Ding Y. et al., “A randomized trial of two print interventions to increase colon cancer screening among first-degree relatives”, *Patient Educ Couns*, s.71, 215-227, 2008.
93. Jones RM., Devers KJ., Kuzel AJ., Woolf SH., “Patient-reported barriers to colorectal cancer screening: A mixed-methods analysis”, *Am J Prev Med*, 38, s.508-16, 2010.
94. T.C. Sağlık Bakanlığı, Kolorektal Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları, <http://kanser.gov.tr/dosya/tarama/kolorektal.pdf> adresinden 15.10.2020 tarihinde erişilmiştir.
95. UICC. Dünya kanser bildirgesi, <http://www.dunyakansergunu.org/icerik.php?id=118>. 10.07.2015 tarihinde erişilmiştir.
96. Rex DK., Johnson DA., Anderson JC., Schoenfeld PS., Burke CA., Inadomi JM., “American College of Gastroenterology guidelines for colorectal cancer screening”, *American journal of gastroenterology*, 104(3), s.739–750, 2009.

97. Gatto NM., Frucht H., Sundararajan V., “Risk of perforation after colonoscopy and sigmoidoscopy: a population-based study”, *Journal of the National Cancer Institute*, 95(3), s.230–236, 2003.
98. Brenner H., “Protection from colorectal cancer after colonoscopy: a population-based, case-control study”, *Annals of internal medicine*, 154(1), s.22–30, 2011.
99. Aydın M.S., “Kolorektal Kanser Tanısı Alan Hastaların Koruyucu Hekimlik Açısından Durumları ve Tanı Sürecinin Değerlendirilmesi”, *Ankara Üniversitesi Tıpta Uzmanlık Tezi*, s.1-58, Ankara, 2011.
100. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı Değerlendirme Raporları, KRK taramaları, http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/kolorektal_kanser_tarama_programi.pdf 12 Haziran 2020 tarihinde erişilmiştir.
101. Jacobs A.L., “Health Beliefs of First-Degree Relatives of Individuals With Colorectal Cancer and Participation In Health Maintenance Visits: A PopulationBased Survey”, *Cancer Nursing*, 25(4), s.251-265, 2002.
102. Nahcivan NÖ., Seçginli S., “Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: Bir rehber olarak sağlık inanç modelinin kullanımı”, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7, s.33- 38, 2003.
103. Gözüm, S., Çapık C., “Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Bir Rehber: Sağlık İnanç Modeli”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(3), s.230-237, 2014.
104. Çürük GN., Kaçmaz HY., “Kolorektal Kanserden Korunma ve Hemşirenin Sorumlulukları”, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), s.224-233, 2017.
105. Çenesiz E., Atak N., “Türkiye’de Sağlık İnanç Modeli ile Yapılmış Araştırmaların Değerlendirilmesi”, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), s.427-434, 2007.
106. Janz NK., Champion VL., Strecher VJ., “The Health Belief Model. Eds: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. Health Behavior and Health Education. 3rd edition. San Fransisco: Jossey- Boss; p. 45-66 2002
107. Aydoğdu N.G., Bahar Z., “Yoksul Kadınlarda Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli Kullanımının Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışlarındaki Değişime Etkisi”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(1), s.34-40, 2011.

108. Abraham C., Sheeran P., “Sağlık İnanç Modeli”, S. Ayers, A. Baum, C. McManus, S. Newman, K. Wallston, J. Weinman, vd. (Eds.), Cambridge Psikoloji, Sağlık ve Tıp El Kitabı (s. 97-102). Cambridge: Cambridge Üniversitesi Yayınları. 2007. doi: 10,1017 / CBO9780511543579.022
109. McCaffery K., Wardle., Waller., “Birleşik Krallık'ta Kolorektal Kanserin Erken Teşhisi ile İlgili Bilgi, Tutumlar ve Davranışsal Niyetler”, *Koruyucu Hekimlik Dergisi* , 36(5), s.525-535, 2003.
110. Jones R., Latinovic R., Charlton J., Gullifor MC., “Birinci Basamakta Kanserin Erken Teşhisinde Alarm Semptomları: Genel Uygulama Araştırma Veritabanını Kullanan Kohort Çalışması, *Bmj* , 334(7602), s.1040, 2007.
111. Hodge F., Maliski S., Itty T., Martinez F., “Colorectal Cancer Screening: The Role Of Perceived Susceptibility, Risk And Cultural Illness Beliefs Among American Indians”, *Journal of Cultural Diversity*, 21, s.48-55, 2014.
112. Şahin S., Y İyigün., Açikel C., “Kolorektal Kansere Cerrahisi Uygulanan Hastaların Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi”, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 14(5), s.401-405, 2015.
113. BAYSAL Y., (2019). *Birinci basamağa başvuran bireylerin kolorektal kansere yönelik sağlık inançlarının gaitada gizli kan testi yaptırma durumlarına etkisi* (Doctoral dissertation).2019
114. Kanbur A., Capık C., “ Servikal Kanserden Korunma, Erken Tanı-Tarama Yöntemleri ve Ebe/Hemşirenin Rolü”, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 18, s.61-72, 2011.
115. Tastan S., Andsoy I, İyigün, E., “Evaluation of the Knowledge, Behavior and Health Beliefs of Individuals Over 50 Regarding Colorectal Cancer Screening”, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14(9), s.5157-5163, 2013.
116. Hardward risk indeksi
117. Bayçelebi G., Aydın F., Gökosmanoğlu F., Tat TS., Varım C., “Trabzon’da Kansere Tarama Testleri Farkındalığı”, *Journal of Human Rhythm*, 1(3), s.90-94, 2015.
118. Steinwachs D., Allen JD., Barlow WE., “National Institutes of Health State of the Science Conference Statement: Enhancing Use and Quality of Colorectal Cancer Screening”, *Annals of Internal Medicine*, 152, s.663-7, 2010.

119. Taş F., Kocaöz S., Çirpan R., “The Effect of Knowledge and Health Beliefs About Colorectal Cancer on Screening Behaviour”, *Journal of Clinical Nursing*, 28(23-24), s.4471-4477, 2019.
120. Meydanlıoğlu A., Arıkan F., Akcan A., Tardu A., “Antalya’da Yaşayan 50-70 Yaş Grubu Erkeklerin Kanserin Risk Faktörleri, Belirtileri Ve Erken Tanısına Yönelik Farkındalıklarının Belirlenmesi”, *Bozok Tıp Dergisi*, 11(1), s.56-62, 2021.
121. Babaoğlu Ab., Büyüközmen E., “İzmir’de Toplumda Kansere Tarama Testleri Farkındalığı ve Tedavinin Kansere Tarama Testlerine Katılımını Etkileyen Faktörler”, *Batı Karadeniz Tıp Dergisi*, 5 (2), s.173-181, 2021
122. Sancaktar E., Tuncer Ö., “Erişkin Kişilerin Kolorektal Kansere Risk Faktörleri ve Erken Tanı Yöntemleri Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi”, *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 25(2), s.53-58, 2021.
123. Türk S., “Kolon Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Tutumların “Sağlık İnanç Modeline” Temellendirilerek İncelenmesi”, *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Manisa, 2015.
124. Koç S., Esin M.N., “Screening Behaviors, Health Beliefs, and Related Factors First-Degree Relatives Of Colorectal Cancer Patients With Ongoing Treatment In Turkey”, *Cancer Nursing*, 37(6), s.51-60, 2014.
125. Lau J., Lim TZ., Jianlin Wong G., Tan KK., “The Health Belief Model And Colorectal Cancer Screening In The General Population: A Systematic Review, *Prev Med Rep*, 2020. .
126. Hsieh HM., Chang WC., Shen CT., Liu Y., Chen FM., Kang YT., “Mediation Effect of Health Beliefs in the Relationship Between Health Knowledge and Uptake of Mammography in a National Breast Cancer Screening Program in Taiwan”, *J Cancer Educ*, 2021.
127. VL Şampiyonu ., PO Monahan., JK Springston., KRussell ., TW Zollinger ., RM Saywell JR., “Afrika Kökenli Amerikalı Kadınlarda Mamografi Ve Meme Kanseri İnançlarının Ölçülmesi”, *J. Sağlık Psikolojisi*, 13(6), s. 827 – 837, 2008.
128. Varlow M., Stacey I., Dunlop S., Young J., Kite J., Dossaix A., “McAulay Self-Reported Participation and Beliefs About Bowel Cancer Screening In New South Wales”, *Australia. Health Promotion Journal of Australia*, 25, s.97–103, 2014.
129. Kim HM., Kim HS., “Gender-Specific Colorectal Cancer: Epidemiologic Difference and Role of Estrogen”, *Korean J Gastroenterol*, Apr;63(4):201-8

130. Wong KR., Wong ML., Chan YH., Feng Z., Wai CT., Yeoh KG., “Gender Differences İn Predictors Of Colorectal Cancer Screening Uptake: A National Cross Sectional Study Based On The Health Belief Model”, *BMC Public Health*, 13, s.1-12, 2013.
131. Y Kang ., H Son., “Kolorektal kanser taraması ile ilişkili faktörlerde cinsiyet farklılıkları: Kore'de ulusal bir kesitsel çalışma”, *Asya Pak. J. Halk Sağlığı* , 29(6), s. 495 – 505, 2017.
132. Almadi MA., Mosli MH., Bohlega MS., “Effect of Public Knowledge, Attitudes, and Behavior on Willingness to Undergo Colorectal Cancer Screening Using the Health Belief Model”, *Saudi J Gastroenterol*, 21(2), s.71-77, 2015.
133. Mie Agermose Gram., Christina Therkildsen., Rebecca B Clarke., Klaus K Andersen., Lina S Mørch., Anne Julie Tybjerg., “Medeni Durumun Ve Eş Uyumunun Kolorektal Kanser Taramasına Katılım Üzerindeki Etkisi”, *Avrupa Halk Sağlığı Dergisi* , 2, s.340-346, 2021.
134. Menon U., Champion VL., Larkin GN., Zollinger TW., Gerde PM., Vernon SW., “Beliefs Associated with Fecal Occult Blood Test and Colonoscopy Use at A Worksite Colon Cancer Screening Program”, *J Occup Environ Med* ,45, s891–98, 2003.
135. Bidouei F., Abdolhosseini S., Jafarzadeh N., Izanloo A., Ghaffarzadehgan K., Abdolhosseini A., “Knowledge And Perception Toward Colorectal Cancer Screening İn East Of Iran”, *Int J Health Policy Manag* , 3(1), s.11–15, 2014.
136. Savijärvi S., Seppä K., Malila N, Pitkaniemi J., Heikkinen S., “Trends of Colorectal Cancer İncidence by Education and Socioeconomic Status in Finland”, *Acta Oncol*, 58(11), s.1557-1563, 2019.
137. Bernardo BM., Gross AL., Young G., Baltic R., Reisinger S., Blot WJ., Paskett ED
Front Oncol, “Predictors of Colorectal Cancer Screening in Two Underserved U.S. Populations: A Parallel Analysis”, 8, s.230, 2018.
138. Omran S., Ismail A.A., “Knowledge and Beliefs of Jordanians Toward Colorectal Cancer Screening, Cancer Nursing”, 33(2), s.141-148, 2010.
139. Pesola F., Eloranta S., Martling A., Saraste D., Smedby KE., “Family History of Colorectal Cancer and Curvival: a Swedish Population-Based Study”, *J Intern Med*, 287(6), s.723-733, 2020.

140. Erdoğan E., Tuzcu A., “Comparison of mammography behaviors, health beliefs, and fear levels of women with and without familial breast cancer history”, *Women Health*, 60(7), s.776-791, 2020



EKLER

Anket No: EK -1:

ANKET FORMU

1. Yaş:.....

2. Cinsiyet : 1. Erkek 2. Kadın

3. Medeni Durum: 1. Bekar 2. Evli 3. Dul 4. Boşanmış

4. Eğitim Durumu:

1. Okuryazar 2. Okuryazar 3. İlkokul değil 4. Ortaokul 5. Lise 6. Üniversite

5. Sağlık güvenceniz var mı?

1. Var 2. Yok

6. Varsa sağlık güvenceniz nedir?

1. Emekli Sandığı 4. Yeşil kart

2. SSK 5. Özel Sağlık Sigortası

3. Bağkur

7. Gelir Durumu:

1. Gelir giderden az 2. Gelir gidere denk 3. Gelir giderden fazla

8. Çalışıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır (Hayır ise 10. soruya geçin)

9.Çalışıyorsanız işiniz/Mesleğiniz nedir?.....

1. İşçi 2.Memur 3.Serbest Meslek 4.Emekli 5.Ev Hanımı 6. Diğer.....

10.Kronik hastalığınız var mı ?

1. Evet 2. Hayır

11- Alkol kullanma alışkanlığınız var mı?

() Evet () Hayır

12- Sigara kullanıyor musunuz?

() Evet () Hayır

13- Beden Kitle İndeksi (BKİ):

KOLOREKTAL KANSERE İLİŞKİN SORULAR

1.Daha önce bağırsak kanseri (kolorektal kanser) tanısı aldınız mı?

1. Evet 2. Hayır

2 Ailenizde bağırsak kanseri (kolorektal kanser) tanısı alan var mı? Varsa yakınlığınız?

1. Var..... (1. Derece Yakın 2. Derece Yakın 3. Derece Yakın)
2. Yok

3..Kolorektal kanser(Bağırsak kanseri) duydunuz mu?

- 1.()Evet 2.()Hayır

4..Kolorektal(bağırsak) kanseri belirtilerini biliyor musunuz? Evet ise hangi belirtiler olduğunda doktora gitmeyi düşünürsünüz

1. Evet
2. Hayır

5-Sizce kolorektal kanser(bağırsak kanseri) erken teşhis edilebilir mi?

- 1.()Evet 2.()Hayır

6.Evet ise Bağırsak kanseri (kolorektal kanser) erken tanı testleri hakkında bilgiyi nereden aldınız?

1. Televizyon 3. Sağlık elemanlarından (doktor, hemşire...)
2. İnternet 4. Çevremdekilerden (arkadaş, akraba, komşu...)
5. Diğer.....

7- Kolorektal kanser taraması yaptırdınız mı? Evet ise hangi testleri yaptırdınız?

- 1.()Evet.....
2.()Hayır

8.Cevabınız hayır ise, kolorektal kanser taraması yaptırmayı düşünüyor musunuz?

- 1.Evet() 2.()Hayır

9. Kolorektal kanser (Bağırsak kanseri) erken tanısı için hangi testlerin yapıldığını biliyor musunuz? Evet ise belirtiniz.

1. Evet (.....)
2. Hayır

EK -2

KOLOREKTAL KANSERDEN KORUNMAYA YÖNELİK SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA: Aşağıda kolon kanseri konusundaki tutumları içeren ifadeler bulunmaktadır. Sorularda yanlış ya da doğru denecek cevap yoktur. En iyi cevap sizin kendi fikrinizdir. Bu nedenle her ifadeyi okuyup, size uygun gelen cevabı işaretleyiniz. Hiçbir soruyu mümkün olduğunca boş bırakmamaya özen gösteriniz. Desteğiniz için teşekkür ederiz.

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Orta	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1- Sağlık sorunlarımı erken saptamak isterim.					
2- Sağlığımı sürdürme benim için son derece önemlidir.					
3- Gerekirse, bağırsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırma konusunda kendime güvenirim.					
4-Bağırsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırmak, kanseri erken dönemde yakalama fırsatı verir.					
5- Sağlıklı olmak için yeni bilgiler araştırırım.					
6- Bağırsak kanseri olursam, düzenli kontrolleri sürdürebilirim.					
7- Sağlıklı olmak için yapılacakların önemini biliyorum.					
8-Bağırsak alışkanlığında ki (boşaltımındaki) normal ve anormal değişiklikleri fark edebilirim.					
9-Bağırsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırırsam, bağırsak kanserinden ölme olasılığım azalır.					
10-Bağırsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırırsam, bağırsak kanseri geliştiğinde					

büyük ve biçimsiz ameliyat (kolostomi) olma olasılığım azalacak.					
11- Düzenli kontrol yaptırırsam, bağırsak kanserini erken saptarım.					
12- Gelecekte büyük olasılıkla bağırsak kanseri olacağım.					
13- Gelecekte bağırsak kanseri olacağımı hissediyorum.					
14- Gelecek on yıl içinde bağırsak kanseri olma olasılığım var.					
15- Bağırsak kanseri olma olasılığım yüksek.					
16- Benim bağırsak kanseri olma olasılığım herkesten daha yüksek.					
17- Bağırsak kanseri olursam eşimle ilişkilerim bozulur.					
18- Bağırsak kanseri hakkında konuşmaktan rahatsız olurum.					
19-Bağırsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırsaydım, bağırsak kanseri hakkında fazla endişelenmeyecektim.					
20-Bağırsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırma beni utandırır.					
21- Bağırsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırma bağırsak kanseri hakkında beni endişelendirir.					
22-Bağırsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırma çok zaman alır					
23- Bağırsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırmak hoş değildir.					
24- Dengeli beslenirim.					
25- Haftada en az üç kez egzersiz (spor) yaparım.					
26- Bağırsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırma ileride kansere dönüşebilecek oluşumların (polip, kronik kabızlık vs.) erken tanısında bana yardımcı olur.					
27-Hasta olmasam da düzenli kontrollerimi yaptırıyorum.					

28- Bağırsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırma çok pahalıya mal olur.					
29- Bağırsak kanseri olma düşüncesi beni korkutur.					
30-Bağırsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol (check-up) yaptırsaydım, kendimi iyi hissedecektim.					
31- Bağırsak kanseri olabileceğimi düşündüğümde kalbim daha hızlı çarpar.					
32- Bağırsak kanseri olursam, tüm yaşamım değişecektir.					
33- Bağırsak kanseri olursam, 5 yıldan fazla yaşayamam.					

EK-3

HARVARD KANSER RİSK İNDEKSİNE GÖRE RİSK DEĞERLENDİRME FORMU

1.	Yaş
2.	Cinsiyet	<input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek
3.	Boy ve kilo	<input type="checkbox"/>cm <input type="checkbox"/>kg
4.	Herhangi bir kanser hastalığınız var mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
5.	10 yıl ve daha uzun süredir bağırsak hastalığınız var mı (Crohn hastalığı, ülseratif kolit)?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
6.	Kardeşlerinizde ya da anne babanızda bağırsak kanseri olan var mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bilmiyorum
7.	Alkol kullanıyor musunuz? Bir günde kaç bardak alkol tüketirsiniz?	<input type="checkbox"/> Kullanmıyorum <input type="checkbox"/> 1 bardak <input type="checkbox"/> 2 bardak <input type="checkbox"/> 3 bardak ve daha fazla
(8. ve 9. sorular kadınlar içindir.)		
8.	Doğum kontrol haptı kullandınız mı? Kullandıysanız kaç yıl kullandınız?	<input type="checkbox"/> Kullanmadım <input type="checkbox"/> 5 yıldan az süre kullandım <input type="checkbox"/> 5 yıl ve daha fazla kullandım
9.	Postmenapozal hap kullandınız mı? Kullandıysanız kaç yıl kullandınız?	<input type="checkbox"/> Kullanmadım <input type="checkbox"/> 5 yıldan az süre kullandım <input type="checkbox"/> 5 yıl ve daha fazla kullandım
10.	15 yıl ve daha fazla süredir her gün aspirin kullandınız mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
11.	Bir haftada 3 ve daha fazla porsiyon kırmızı et yiyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
12.	Süt ve süt ürünleri tüketiyor musunuz? Günde kaç porsiyon? (1 porsiyon=1 bardak süt ya da 1 kase yoğurt, 1,5 dilim peynir)	<input type="checkbox"/> 1 porsiyondan az <input type="checkbox"/> 1-2 porsiyon <input type="checkbox"/> 3 porsiyon ve daha fazla
13.	Kalsiyum takviyesi alıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
14.	Bir haftada 4 ve daha fazla gün multivitamin alıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
14. soruya cevabınız hayır ise 15. soruyu cevaplayınız		
15.	Vitamin D takviyesi ya da kalsiyum+vitamin D takviyesi alıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
16.	Bir günde en az 30 dakika ya da haftada en az 3 saat yürüyor musunuz (ya da başka bir spor yapıyor musunuz)?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
17.	Son 10 yıl içinde hiç kolonoskopi yaptırdınız mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bilmiyorum
18.	Son bir yıl içinde dışkıda gizli kan testi yaptırdınız mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bilmiyorum
19.	Son 5 yıl içinde flexible sigmoidoskopi, çift kontrast baryum enema gibi bağırsak kanseri ile ilgili test yaptırdınız mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bilmiyorum