



**BİRİNCİ BASAMAĞA BAŞVURAN BİREYLERİN
KOLOREKTAL KANSERE YÖNELİK SAĞLIK
İNANÇLARININ GAITADA GİZLİ KAN TESTİ
YAPTIRMA DURUMLARINA ETKİSİ**

Zeynep GENÇ

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Hasret YALÇINÖZ BAYSAL

Yüksek Lisans Tezi - 2019

**T.C.
ATATÜRKÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BİRİNCİ BASAMAĞA BAŞVURAN BİREYLERİN
KOLOREKTAL KANSERE YÖNELİK SAĞLIK
İNANÇLARININ GAİTADA GİZLİ KAN TESTİ
YAPTIRMA DURUMLARINA ETKİSİ**

Zeynep GENÇ

**Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Hasret YALÇINÖZ BAYSAL**

**ERZURUM
2019**

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**BİRİNCİ BASAMAĞA BAŞVURAN BİREYLERİN KOLOREKTAL
KANSERE YÖNELİK SAĞLIK İNANÇLARININ GAİTADA GİZLİ
KAN TESTİ YAPTIRMA DURUMLARINA ETKİSİ**

Zeynep GENÇ

Tez Savunma Tarihi : 15.03.2019

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Hasret YALÇINÖZ BAYSAL
(Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Cantürk ÇAPIK (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Berivan BAKAN
(Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi)

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri üyeleri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Duygu ARIKAN
Enstitü Müdürü

Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM-2019

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VIII
TABLolar DİZİNİ	IX
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Kolorektal Kanserin Tanımı ve Epidemiyolojisi	4
2.2. Kolorektal Kanserlerin Etiyoloji ve Risk Faktörleri.....	5
2.2.1.Herediter Risk Faktörleri	5
2.2.2. Çevre ve Diyetle İlişkili Faktörler	6
2.2.3. Yaş	6
2.2.4. Cinsiyet	6
2.2.5. Irk/ Etnik	7
2.2.6. Coğrafi farklılıklar	7
2.2.7. Genetik yatkınlık.....	7
2.2.8. Ailesel Öykü	7
2.2.9. Kişisel Sağlık Öyküsü.....	8
2.2.10. Obezite	9
2.2.11.Diyabet.....	9
2.2.12. Fiziksel Aktivite.....	10
2.2.13. Diyet.....	10
2.2.14. Sigara Kullanımı	11

2.2.15. Alkol Tüketimi.....	11
2.2.16. İlaçlar ve Destekler	11
2.3. Kolorektal Kanser Belirtileri ve Gelişimi	12
2.4. Kolorektal Kanser Tanısı ve Tedavisi	13
2.4.1. Rektal Muayene	15
2.4.2. Gaitada Gizli Kan Testi	15
2.4.3. Fleksible Sigmoidoskopi.....	15
2.4.4. Kolonoskopi.....	16
2.5. Dünyada Tarama Yöntemleri.....	16
2.6. Türkiye’de Tarama Yöntemleri	17
2.7. Halk Sağlığı Hemşiresinin Taramalardaki Rolü	18
2.8. Sağlık İnanç Modeli.....	19
2.8.1. Algılanan Duyarlılık	20
2.8.2. Algılanan Ciddiyet.....	20
2.8.3. Algılanan Yarar.....	20
2.8.4. Algılanan Engel	21
2.8.5. Özyeterlilik	21
2.8.6. Sağlık Motivasyonu	21
2.9. Kolorektal Kanserden Korunma	21
3. MATERYAL VE METOT.....	23
3.1. Araştırmanın Tipi.....	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	23
3.4. Veri Toplama Araçları	23
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu.....	23

3.4.2. Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği	24
3.5. Verilerin Toplanması	25
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	25
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	26
3.8. Etik İlkeler	26
4. BULGULAR.....	27
5. TARTIŞMA.....	40
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	53
KAYNAKLAR	55
EKLER	70
EK-1 ÖZGEÇMİŞ	70
EK-2 ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU.....	71
EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU	72
EK-4. KURUM İZİNLERİ	74
EK-5. GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRİLMESİ ONAY FORMU	75
EK-6. KİŞİSEL BİLGİ FORMU	76
EK-7. KOLOREKTAL KANSERDEN KORUNMAYA YÖNELİK SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ.....	78

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde, değerli bilgilerini benimle paylaşan, kullandığı her kelimenin hayatıma kattığı önemi asla unutmayacağım saygıdeğer danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Hasret YALÇINÖZ BAYSAL hocama en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

Tez çalışmam boyunca değerli bilgileriyle bizleri donatan Atatürk Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalındaki hocalarıma, lisans eğitimi boyunca bizleri aydınlatan İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakóltesi hocalarıma, çalışmam boyunca beni hep motive eden ve desteklerini hiç esirgemeyen aileme ve eşime sonsuz teşekkür ederim.

Zeynep Genç

ÖZET

Birinci Basamağa Başvuran Bireylerin Kolorektal Kansere Yönelik Sağlık

İnançlarının Gaitada Gizli Kan Testi Yaptırma Durumlarına Etkisi

Amaç: Kolorektal Kanserler ülkemizde en sık görülen on kanser türünden birisi olup tarama oranları oldukça düşüktür. Kolorektal kanserden korunmada taramalara katılımın arttırılması ve bireylerin sağlık inançlarının bilinerek, yarar, risk ve engel algılarının değiştirilmesinde hemşireler büyük rol üstlenmektedir. Bu araştırma bireylerin bu konudaki sağlık inançlarının Gaitada Gizli Kan Testi yaptırma durumlarına etkisinin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Bu araştırma kesitsel türde olup evrenini Erzurum il merkezinde bulunan Kavakkapı Aile Sağlığı Merkezi'ne bağlı 50-70 yaş arası bireyler oluşturmuştur. Örneklemine evreni belli olmayan gruptan örneklem hesaplama formülü ile hesaplanan 384 kişi oluşturmuştur. Araştırmanın verileri kişisel bilgi formu ve Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için etik kurul ve kurum izinleri alınmış ve katılımcıların gönüllülüklerine dikkat edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların hayatında en az bir kez gaitada gizli kan testi yaptırma oranı % 20.6 olarak bulunmuştur. Katılımcıların % 60.9'u gaitada gizli kan testi yaptırmayı düşünmektedir. Araştırmada gizli kan testi yaptıranların güven-yarar, ve duyarlılık algıları daha yüksek olup engel algıları daha düşük çıkmıştır ($p<0.05$). Katılımcıların gaitada gizli kan testi yaptırma durumu üzerinde; sosyo-demografik özelliklerden kadın cinsiyet ($OR=0.36$), ailesinde bağırsak kanseri öyküsü varlığı ($OR=5.30$) etkili bulunurken, sağlık inançlarından güven-yarar algısı ($OR=1.11$) ve duyarlılık algısı ($OR=1.09$) önemli bulunmuştur.

Sonuç: Sonuç olarak kolorektal kanser taramalarına katılmada sağlık inançlarının etkili olduğu bulunmuştur. Hemşireler birinci basamakta Sağlık İnanç Modeli'ne göre eğitimler vererek toplum farkındalığını artırabilir böylece tarama oranları yükseltilebilir. Hemşireler bu eğitimler sırasında bireylerin sağlık inançlarını da dikkate almalıdırlar.

Anahtar Sözcükler: Gaitada gizli kan testi, kolorektal kanser, sağlık inançları.

ABSTRACT

Effect Of Colorectal Cancer-Related Health Beliefs Of The Individuals Who Attend Primary Care On Fecal Occult Blood Test

Aim: Colorectal cancers are one of the ten most common cancer types in Turkey and their screening rates are rather low. Regarding protection from cancer, nurses play a significant role in increasing the participation to the screenings, recognizing the health beliefs of individuals, and changing the benefit, risk and barrier perceptions. This study was carried out to determine the effect of health beliefs of individuals on Fecal Occult Blood Test.

Materials and Methods: The population of cross-sectional study consisted of individuals aged 50 -70, who were registered to the Kavakkapı Family Health Center located in the city center of Erzurum. The sample consisted of 384 people calculated by the sample calculation formula from the unclear group. The data of the study were collected using personal information form and Champion's Health Belief Model. The ethics committee approval and institutional permissions were obtained to conduct the study and special attention was paid to the volunteerism of the participants.

Results: 20.6% of the participants had the fecal occult blood test rate. 60.9% of the participants have the intention to take the fecal occult blood test. It was revealed in the study that those having occult blood test had higher susceptibility and benefit, whereas their perceived barriers were lower ($p<0.05$). On the status of participants in the fecal occult blood test; female gender ($OR=0.36$), the presence of a family history of bowel cancer ($OR=5.30$) were found to be effective in sociodemographic characteristics, confidence-benefit perception ($OR=1.11$) and susceptibility perception ($OR=1.09$) were found to be significant in health beliefs.

Conclusion: Consequently, it was found that health beliefs were effective in participating in the colorectal cancer screenings. Nurses can increase community awareness by giving trainings at primary level so that screening rates can be increased. During these trainings, individuals should also take into account their health beliefs.

Keywords: Colorectal cancer, fecal occult blood test, health beliefs.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ANOVA	: Tek Yönlü Varyans Analizi
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
FAP	: Familial Adenomatöz Poliposis
GGK	: Gaitada Gizli Kan Testi
HNPCC	: Herediter Nonpoliposis Kolorektal Kanser
KETEM	: Kanser Erken Teşhis ve Tanı Merkezi
KRK	: Kolorektal Kanser
SİM	: Sağlık İnanç Modeli
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 4.1. Araştırmaya Katılanların GGK Testi Yaptırma Niyetlerine Göre KRK'dan

Korunmaya Yönelik SİM Ölçeği Puanları 30

Şekil 4.2. Araştırmaya Katılanların GGK Testi Yaptırma Durumlarına Göre KRK'dan

Korunmaya Yönelik SİM Ölçeği Puan Ortalamaları..... 31



TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.1. KRK Tarama Programları Dünya Örnekleri.....	17
Tablo 4.1. Araştırmaya Katılanların Sosyo-Demografik Özellikleri ile ilgili Bulgular (n=384)	27
Tablo 4.2. Araştırmaya Katılanların GGK Testi Yaptırma Durumları ile ilgili Bulgular (n=384)	28
Tablo 4.3. Araştırmaya Katılanların KRK'dan Korunmaya Yönelik SİM Ölçeği Puanları	29
Tablo 4.4. Araştırmaya Katılanların GGK Testi Yaptırma Niyetlerine Göre KRK'dan Korunmaya Yönelik SİM Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	29
Tablo 4.5. Araştırmaya Katılanların GGK Testi Yaptırma Durumlarına Göre KRK'dan Korunmaya Yönelik SİM Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	31
Tablo 4.7. Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerinin GGK Testi Yaptırma Durumunu Yordamasına İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	33
Tablo 4.8. Araştırmaya Katılanların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	34

1. GİRİŞ

Günümüzde sürekli gelişen teknolojiye, kanserden korunma ve tedavi ile ilgili araştırmalar yapılmasına rağmen kanser, ölüm oranı yüksek olan hastalıklar arasında yer almaktadır.¹ Kanser dünyada meydana gelen ölümlerin ikinci nedenidir.² Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2018 yılında dünyada kanser kaynaklı 9.6 milyon ölüm olduğu düşünülmektedir.¹ Kanserinin neden olduğu ölümlerin %70'i düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir.¹

Kanserinin neden olduğu ölümler arasında 1.76 milyon ölümle akciğer kanseri birinci sırada, 862 bin ölümle kolorektal kanser (KRK) ikinci sırada yer almaktadır.¹ Avrupa'da her yıl ortalama 435 bin kişiye KRK tanısı konulmakta, bu hastaların yarısından fazlası hayatını kaybetmektedir.³

Gelişmiş ve gelişmekte olan birçok ülkede, bulunulan coğrafyaya göre insidans farklılıkları gösteren KRK, ciddi oranlarda mortalite ve morbiditeye neden olurken, ülkemizde en sık görülen on kanser türünden birisidir.⁴⁻⁶ 2014 yılı verilerine göre Kolorektal kanserler hem kadınlarda hem de erkeklerde üçüncü sırada yer almaktadır.⁷

Yirmi birinci yüzyılda kanser konusunda en önemli kontrol stratejisinin korunma ve erken teşhis olduğu bilinmektedir.⁸ Tüm kanser vakaları gerekli tedbirlerin alınması ile önlenir.¹ Başlıca risk faktörleri; yüksek beden kitle indeksi (BKİ), düşük meyve sebze tüketimi, fiziksel aktivite eksikliği, tütün ve alkol kullanımı olarak sıralanabilir.^{1,9}

KRK risk faktörü ise tam olarak bilinmemekle beraber; 50 yaş ve üzerinde olmak, kolon veya rektumun iç duvarında polip varlığı, ailede KRK öyküsü bulunması, ülseratif kolit veya Chron hastalığı, genetik bozukluklar, sigara ve alkol kullanımı, kırmızı etten zengin beslenme ve obezite olarak sıralanabilir.⁹⁻¹²

KRK taramalarında kullanılan yöntemler Gaitada Gizli Kan Testleri (GGK), Fekal DNA Testi, Sigmoidoskopi, Kolonoskopi, Bilgisayarlı Tomografi ve Kolonografi ve Kapsül Endoskopiden oluşmaktadır.³

KRK, sık olarak rastlanmasına ve ciddi boyutta sağlık sorunu oluşturmaya rağmen, yavaş ilerlemektedir. Bu durum tanı ve tedaviye zaman tanımaktadır.¹³ KRK taramasının amacı, KRK'yı erken evrede tespit ederek hastalık insidansını ve mortalitesini azaltmaktır.^{14,15} Erken evrede tespit edilen KRK'nın tedavi maliyetini düşürmesi bu sayede ülke ekonomisine yüksek oranda katkı sağlayacağı bilinen bir gerçektir.⁸ Sayılan tarama yöntemlerinden ülkemizin altyapısı ve olanakları ve bölgesel farklılıklara rağmen her bölgede uygulanabilir olması göz önüne alındığında en ideal yöntem, iki yılda bir uygulanacak olan GGK ve 10 yılda bir yapılacak olan kolonoskopi yöntemleridir.^{7,8} GGK ile tarama programı Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM), Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) ve aile hekimlerinin entegrasyonu ile birlikte yürütülmektedir.⁷ Birinci basamakta basit ve uygulanabilir olması nedeniyle kolaylıkla uygulanabilir bir yöntemdir. Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Daire Başkanlığı'nca hazırlanan ve tutanak karşılığı dağıtılan kitler demonstrasyon eğitimi sonrası bireylere dağıtılmaktadır. Bireylerin evde veya o an bulunduğu birimde kitleri kullanması ve bireyin sadece kit içerisindeki test kasetini teslim etmesi beklenmektedir.⁵

İnsan sağlığı, sağlık tutumu ve sağlık inançları ile yakından ilişkilidir. Bu etkilenme nedeniyle kuramcılar çeşitli modeller geliştirmişlerdir. Bu modellerden birisi de Sağlık İnanç Modeli'dir (SİM). Model bazı bireylerin sağlığını korumak adına olumlu davranışlar sergilerken, bazı bireylerin sağlığını koruma ve sürdürmedeki isteklerinin yetersiz olduğu düşüncesinden yola çıkılarak 1950 yılında geliştirilmiştir.¹⁶

Model algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yarar/motivasyon, sağlık motivasyonu ve algılanan engeller olmak üzere beş öğeden oluşmaktadır.

Yalçınöz Baysal ve Türkoğlu'nun¹⁷ aynı ilde yürüttüğü bir çalışmada, çalışmaya katılan bireylerin %90'ının KRK hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı, katılımcıların sadece %8.8'inin taramalara katıldığı ve katılım oranlarının düşük olmasında bireylerin sağlık inançlarının yetersiz olduğu saptanmıştır. Nar'ın¹⁸ çalışmasında ise KRK'lı hastaların birinci derece akrabalarının %74'ünün KRK'dan korunmaya yönelik herhangi bir tarama yaptırmadığı saptanmıştır. Hodge ve ark.¹⁹ tarafından nitel ve nicel veri toplama yöntemleri kullanılarak, Amerikan Kızılderilileri ile yapılan çalışmada kadınların ve eğitim düzeyi düşük olanların KRK taramalarına katılma oranının düşük olduğu, taramaya katılmadaki engeller arasında bilgi eksikliği ifade edilmektedir. Ayrıca kadınların kişisel engelleri arasında korku ve utanç saptanmıştır.

KRK tarama programları batı toplumlarında yaygın olarak kullanılmasına rağmen Türkiye'de taramaya katılım oranı düşüktür. KRK ile ilgili bilgi eksikliğinin olması, yanlış inanç ve tutumlar bireylerin sağlık inançlarının incelenmesini öngörmektedir. KRK'nın önlenmesinde bireylerin farkındalık sahibi olması ve KRK hakkındaki sağlık inançlarının bilinerek, risk, engel ve yarar gibi sağlık algılarının değiştirilmesinde hemşireler büyük rol üstlenmektedir.^{17, 20}

Bu rolü yerine getirmek için de halk sağlığı hemşirelerinin tarama oranları ve sağlık inançları ile ilgili bilgi sahibi olması gereklidir. Bu görüşten hareketle bireylerin sağlık inançlarının onların GGK testi yaptırmalarına etkisi incelenmek istenmektedir.

Bu araştırma bireylerin sağlık inançlarının GGK testi yaptırma durumlarına etkisinin incelenmesi amacı ile yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kolorektal Kanserin Tanımı ve Epidemiyolojisi

Kanser, son on yıl içerisinde ekonomik olarak gelişmiş ülkelerde ölüm nedeninin başında ve gelişmekte olan ülkelerde ikinci sırada gelmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde kanser yükündeki artış, popülasyondaki büyüme ve yaşlanma, tütün içiciliğindeki artış, fiziksel inaktivite ve batılaşmış diyet gibi olumsuz hayat tarzı ile ilgili faktörlerden kaynaklanabilmektedir.^{21,22} Kansere bağlı ölümler, gelişmekte olan ülkelerde daha fazla olup, bu durum muhtemelen kanserin geç evrelerde tanınmasından ve hastaların sınırlı sayıda standart tedaviye ulaşabilmesinden kaynaklanmaktadır.²² En yüksek ölüm oranları her iki cinsiyet için Avrupa'nın orta ve batısında en yüksek (erkek için 20.1/100.000 kadın için 12.2/100.000) ve Orta Afrika'da (erkek için 3.5/100.000, kadın için 2.7/100.000) en düşük hesaplanmıştır.²¹

KRK önemli bir sağlık sorunudur. Kolon ve rektum kanserleri olarak tanımlanmaktadır. Kolon ve rektum bağırsağın parçaları olup KRK'lar kolonun en iç tabakası olan mukozada görülmektedir.^{21,23}

KRK Amerika Birleşik Devletleri, Avrupa ülkeleri ve Batı ülkelerinde önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir.^{22,24} DSÖ'ye göre KRK üçüncü en yaygın kanserdir ve kansere bağlı ölümlerde ikinci sıradadır.¹ Görülme sıklığı açısından dünyada Batı Avrupa, Avustralya ve Kuzey Amerika yüksek risk grubuna girerken; Asya, Afrika ve Güney Amerika'nın Arjantin dışındaki ülkeleri düşük risk grubuna dahil edilmektedir.^{25,26} Avrupa ülkeleri bazında ise risk grubu olarak Batı Avrupa yüksek risk grubuna dahil edilirken, Güney Avrupa düşük risk grubunda bulunmaktadır.^{24,26,27,28} Bu farklılıklar yaşam tarzındaki değişikliklere, çevresel faktörlere ve altta yatan genetik yatkınlığa dayandırılabilir. KRK gelişimi ülkelere göre farklılık göstermekle birlikte

kentsel yörelerin kırsal kesime göre daha yüksek oranda risk taşıdığı ifade edilmektedir.^{21,24}

KRK insidansı erkeklerde kadınlara göre daha yüksektir.²¹ KRK, kansere bağlı ölüm nedenleri arasında dördüncü en sık nedendir ve dünya çapında tüm kanser ölümlerinin %8'inden sorumludur.²² Ülkemizde KRK, görülme sıklığı açısından hem kadınlarda hem erkeklerde görülen ilk beş kanser içerisinde yer almaktadır.²⁹

2.2. Kolorektal Kanserlerin Etiyoloji ve Risk Faktörleri

KRK iyi huylu adenomatöz poliplerin genellikle 10 yıl süren bir süreçte kanserleşmesi sonucu oluşur. 5 mm'den küçük poliplerin invaziv malignite riski genellikle yokken, 1 cm'den büyük olan adenomlarda 10 yılda malignite gelişme oranı %15'tir.¹⁴ Bireyler mutant genlerle doğduklarında adenom oluşumu ve adenomların karsinoma dönüşümü daha hızlı olur. Familial Adenomatöz Polipozis (FAP) ve Herediter Nonpolipozis Kolorektal Kanser (HNPCC) bu kanserlere örnek olarak verilebilir.³⁰

Adenomların sayısı ve büyüklüğü, aynı zamanda adenomların yapısal villöz komponentlerinin fazla olması kanser morbiditesini artırır. Adenomlar tubuloz, tubulo-villöz ve villöz olarak gruplandığında kanserleşme riski tubuloz adenomlarda %5, tubulo-villöz adenomlarda %22, villöz adenomlarda ise %40 dolaylarındadır.¹⁴ KRK'nın etiyolojisinde etkili olan faktörler oldukça geniş olup bu faktörlere aşağıda yer verilmiştir.

2.2.1.Herediter Risk Faktörleri

KRK'ların herediter (kalıtsal) formunda bireyler mutant genleriyle doğar. FAP ve HNPCC en çok bilinen herediter KRK tipleridir. Doğuştan olabildiği gibi bazı durumlarda çevresel etkenler nedeniyle doğumdan sonra da gelişebilir. Sporadik ve somatik mutasyon olarak tanımlanırlar. KRK'ların büyük çoğunluğu somatik mutasyon

sonrası gelişen adenomlardan kaynaklanır.³¹⁻³³ KRK gelişim sürecini, normal mukozadan adenom ve adenomdan karsinom olmak üzere iki basamaktan oluşmaktadır.^{33,34}

2.2.2. Çevre ve Diyetle İlişkili Faktörler

Doymuş ya da çoklu doymamış yağdan zengin, liften fakir beslenme, KRK gelişimini arttıran faktörlerdendir. Alkol, sigara, şekerli gıda ağırlıklı beslenmek, sık yemek yemek ve işlenmiş et ürünlerini fazla tüketiyor olmak da KRK oluşumunu arttırıcı yönde etki ettiği bilinen bir gerçektir.²³ Obez ve sedanter yaşamın diğer bütün kanserlerde olduğu gibi KRK gelişimini de arttırıcı yönde etkisi olduğu bilinmektedir.²³ Kalsiyum, selenyum, A, C, E vitaminleri ve karotenoidlerin (renk pigmentleri) kullanımının KRK oluşum riskini azalttığı bilinmektedir.²³

2.2.3. Yaş

KRK insidansının ve ölüm oranlarının yaşla birlikte arttığı bilinen bir gerçektir. Bu nedenle yaş, KRK morbidite ve mortalitesini etkileyen önemli bir risk faktörüdür. Yeni KRK olgularının %90'dan fazlası ve KRK'ya bağlı ölümler, 50 yaşın üzerindeki insanlarda meydana gelmektedir. 1980-90 yıllarını düşünecek olursak KRK insidans oranları 50 yaş ve üzerindeki bireylerde 1980'lerin ortasından itibaren azalma eğilimi gösterirken, 50 yaşından genç insanlarda KRK görülme oranları 1990 yılının başlarından itibaren sürekli bir artma eğilimi göstermiştir.³⁵

2.2.4. Cinsiyet

Dünya çapında ve birleşik devletlerde erkekler kadınlara göre daha yüksek risktedir. Fakat cinsiyete göre KRK insidansı ve ölüm oranları göz önünde bulundurulursa, hormonal değişiklikler, taramadaki farklılıklar, çevresel risk faktörleri ve cinsiyete özgü genetik ve moleküler etkileşimlere bağlı olarak farklı sonuçlar saptanabilir.³⁶ KRK riski erkeklerde bayanlardan %60 daha yüksektir ve inflamatuvar

barsak hastalığı tanısından 40 yıl sonra kümülatif KRK görülme sıklığı erkekler için %8.3 iken kadınlarda bu oran %3.5'tir.³⁷

2.2.5. Irk/ Etnik

KRK'ların büyük çoğunluğu ırk / etnik gruplar ile anlamlı çeşitlilik göstermektedir. Birleşik devletlerde Afrikan-Amerikalılar en yüksek insidans ve mortalite oranlarına sahipken, onları İspanyol ırkından olmayan beyazlar takip etmektedir. KRK ile ilişkili ölüm oranları zamanla tüm ırk/ etnik gruplar için azalmıştır fakat bu azalma Amerika beyazlarının içerisinde Afrikan-Amerikalılarına göre daha fazla olmuştur.^{38(s.7-8-9)}

2.2.6. Coğrafi farklılıklar

KRK oranları küresel olarak ve Birleşik Devletler eyaletleri arasında değişiklik göstermektedir. Gelişmiş ülkeler, gelişmekte olan ülkelere daha yüksek KRK insidansına sahiptir; en yüksek oranlar Avusturalya ve Kanada'da, en düşük oranlar ise Orta Afrika'da görülmektedir. İnsidans oranları son zamanlarda nispeten düşük ekonomik gelirden yüksek ekonomik gelir düzeyine geçiş gösteren Japonya, Singapur ve bazı batı Avrupa ülkelerinde, hızlı bir artış göstermektedir.^{39,40}

2.2.7. Genetik yatkınlık

KRK olgularının %5'i genetik yatkınlığa dayandırılmaktadır. Bazı genetik duyarlılık sendromlarının KRK oluşumuna neden olduğu düşünülmektedir. KRK oluşumuna neden olan en yaygın genetik duyarlılık sendromu, Lynch sendromu olarak bilinmektedir.^{38(s.9)}

2.2.8. Ailesel Öykü

Genetik yatkınlık sendromlarına bağlı artmış ailesel risk olmasa bile, ailesel öykü KRK için önemli bir risk faktörüdür. Ailesel risk olasılıkla genetik ve çevresel nedenlerin etkileşimi ile oluşmaktadır.⁴¹ Birinci derece akrabalarından (anne, baba,

kardeş ve çocuk) birinde KRK teşhis edilen bireylerde, hastalık insidansı normal popülasyona göre iki kat artmaktadır.^{42,43} Ayrıca bireyin birinci derece akrabalarından ikisi etkilendiğinde veya KRK tanısı alan aile üyelerinden biri 60 yaş altında olduğunda, KRK insidansının arttığı bilinmektedir.^{42,43}

Büyük adenoma sahip (>1cm) veya histolojik olarak ilerlemiş adenoma sahip aile öyküsü olan bireyler, KRK aile öyküsüne sahip olanlar ile aynı riski taşımaktadır.⁴³ Bir ya da iki küçük (<1cm) adenoma sahip olanların ise artmış risk taşıdığı düşünülmemektedir.⁴⁴

2.2.9. Kişisel Sağlık Öyküsü

Daha önceden var olan adenom, KRK öyküsü veya inflamatuvar barsak hastalıkları anlamlı olarak KRK riskini arttırmaktadır.^{45,46} Büyük (>1 cm) adenomatöz polip, villoz veya tübülovilloz polip öyküsü ile özellikle çok sayıda polip öyküsü olan hastalar, artmış KRK riski taşımaktadır.^{45,46} Daha önceden KRK nedeni ile rezeksiyon (bir organın ya da vücut kısmının bir bölümünün veya tamamının çıkarılması) öyküsü olan hastalar arasında, %1.5-3 olasılıkla takip eden ameliyat sonrası 5 yıl boyunca tümör gelişebilmektedir.⁴⁷

İnflamatuvar barsak hastalığı öyküsü olan hastalarda (özellikle ülseratif kolitli hastalar) hayat boyu artmış KRK riski vardır. Soderlund ve ark.'ın⁴⁸ İsveç'te yaptığı nüfus tabanlı bir çalışmada inflamatuvar barsak hastalarındaki toplam KRK insidansı 100.000'de 95 olgu olarak bulunmuştur. Ülseratif kolit ile ilişkili KRK riski, hastalığın aktivitesi, süresi ve kolonik tutulumun genişliğine bağlı olmaktadır.^{49,50} Tanı anındaki yaş ve hastalığın genişliği, artmış KRK riski için ayrıca prediktif (öngörüselsel) bir faktör olarak bilinmektedir.⁵¹

2.2.10. Obezite

Tüm dünyada ve özellikle de Birleşik Devletler’de obezite oranları giderek artmakta ve büyük bir endişe oluşturmaktadır. Obezite KRK dahil birçok kanser tipi ile ilişkili olabilmektedir.⁵²

Gioannucci ve ark.’ın⁵³ yaptığı büyük bir prospektif kohort çalışmasında artmış BKİ, artan riski ile ilişkilendirilmekte bunun yanı sıra abdominal adipozite de KRK riski ile ilişkilendirmektedir. Benzer şekilde, Martinez ve ark.’ın⁵⁴ yaptığı prospektif bir çalışmada kadınlar arasında obezite ve KRK riski incelenmiş, normal kilodaki kadınlar ile kıyaslandığında obez kadınlarda KRK’nın 1.5 kat daha fazla geliştiği görülmüştür. Renehan ve ark.’ın⁵² yirmi dokuz çalışmayı incelediği bir araştırmada, BKİ’nde her 5 kg /m² artış erkeklerde kolon kanser riskinde %24, rektal kanserde %9 artış, kadınlarda ise %9 kolon kanseri riskinde artış ile ilişkilendirilmiştir. Obezite ayrıca KRK ölüm riskini de artırmaktadır.⁵⁵

2.2.11.Diyabet

Diyabet ve artmış KRK riski arasındaki ilişki giderek güçlenmektedir.⁵⁶⁻⁵⁹ Diyabetli bireyler ve diyabetli olmayan bireyler düşünüldüğünde, sigara içiciliği, obezite, fiziksel aktivite ve diğer risk faktörleri kontrol altına alındıktan sonra kolon ve rektum kanser riskinin diyabetli bireylerde daha fazla olduğu bilinmektedir.^{38(s:13)}

İnsülinin kolonik mukoza hücreleri için önemli bir büyüme faktörü olduğu ve kolonik tümör hücrelerini uyardığı bilinmektedir. Bu durum daha sonra KRK riski ve insülin benzeri büyüme faktörü (IGF1), insülin bağlayıcı proiein-3 (IGFBP-3) ve C-peptid gibi insülin belirteçleri arasındaki ilişkinin kanıtı ile desteklenmiştir.^{60,61} Tip-2 diyabet, artmış mortalite oranları ile de ilişkili olup; tip 2 diyabetli KRK hastalarının diyabet olmayan hastalara oranla daha yüksek ölüm riski taşıdığı belirtilmektedir.⁶²

2.2.12. Fiziksel Aktivite

Fiziksel inaktivite kolon kanseri riskini arttıran önemli risk faktörlerinden biridir. Fiziksel aktivite ile azalmış KRK riski arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır.^{38(s.14)} Yapılan çalışmalarda, fiziksel aktivite ve kolon kanseri arasında hem erkek hem de kadın cinsiyette ters ilişki olduğu bulunmuştur. Düzenli serbest zaman ve iş ile alakalı fiziksel aktivitede bulunmanın ise KRK'dan korunma ile ilişkili olduğu bulunmuştur.^{38(s.15)}

2.2.13. Diyet

Kırmızı et ya da işlenmiş et tüketimi birçok çalışmada artmış KRK riski ile ilişkili bulunmuştur. Bir meta-analizde kırmızı ve işlenmiş etlerin en yüksek ve en düşük alımı karşılaştırılarak KRK riskinde %22 artış bulunmuştur.⁶³ Ayrıca doza yanıt şeklinde bir ilişki tespit edilmiş: tüketimde her 100 g/gün artışta, KRK riskinin %14 arttığı ve kolon ve rektal kanserde de benzer olduğu belirlenmiştir.⁶³ Kırmızı et ve KRK arasındaki ilişkinin pişirme süreciyle alakalı olduğu öne sürülmüştür. Mangalda olduğu gibi etlerin yüksek ısıda pişirilmesinin hem adenom hem de KRK riskini artırdığı bulunmuş; KRK riskini arttıran sebep olarak et yanması ile ortaya çıkan polisiklik aromatik hidrokarbonların ve pişirmeyle ilgili diğer mutajenlerin (mutasyon meydana getiren dış etkenler) ortaya çıkmasıyla gerçekleştiği düşünülmektedir.⁶⁴

Dünya Kanser Araştırması Vakfı/Amerikan Kanser Araştırması Enstitüsü diyet lifi, özellikle kahvaltılık gevrekler ve tam tahıl içeren besinlerin tüketiminin KRK'ya karşı koruyuculuğu olduğunu bildirmektedir.^{39,65} Diyetle yüksek lifli gıdaların alınması lifin, fekal içeriği dilue ederek, geçiş zamanını azaltması ve hacmini artırmasından dolayı KRK riskini azalttığı düşünülmektedir.³⁹

Diyetle ya da ek olarak alınan kalsiyum birkaç geniş kohort çalışmasında KRK riski için koruyucu etki ile ilişkili bulunmuştur ve en yüksek ve en düşük düzeyde

kalsiyum alımı karşılaştırıldığında riskte %24-35 azalma gösterilmiştir.⁶⁶⁻⁶⁸ Aune ve ark.'ın⁶⁹ yaptığı araştırmada on dokuz kohort çalışmasının, süt ve diğer süt ürünlerinin daha yüksek düzeyde alınmasının, kolon kanseri riskini azalttığı gösterilmiştir.

2.2.14. Sigara Kullanımı

Sigara içimi önlenabilir bir risk faktörüdür ve KRK dahil birçok kanser tipi ile ilişkilidir.⁷⁰ Botter ve ark.'ın⁷¹ yaptığı yüzden fazla çalışmayı içeren geniş bir araştırmada sigara içmeyen bireyler ile içen bireyler karşılaştırıldığında, sigara içenlerde KRK gelişme riski %18 daha fazla bulunmuştur. KRK nedenli ölüm oranı düşünüldüğünde sigara içen bireylerde bu oranın daha fazla olduğu, rektal kanser ve kolon kanseri insidans ve mortalite oranları düşünüldüğünde ise sigara içen bireylerin rektal kansere yakalanma oranlarının daha fazla olduğu bilinmektedir.^{71,72}

KRK'nın öncüleri olan kolon polipleri de sigara içimi ile ilişkilendirilmiştir. Sigara içiminin daha ileri adenomatöz polip riski üzerindeki etkisinin güçlü olduğu, ayrıca sigara içiminin, adenomların hem oluşumuna hem de oluşan adenomların agresif olmasına etkisi olduğu düşünülmektedir.⁷²

2.2.15. Alkol Tüketimi

Alkol tüketimi KRK riskini arttırıcı yönde etki göstermektedir. Fedirko ve ark.'ın⁷³ yaptığı çalışmada, alkol alınması ve KRK arasındaki ilişki incelenmiştir. 27 kohort ve 34 vaka-kontrollü çalışma incelendiğinde; içmeyenler, ara sıra (günde 2-3 kadeh) içenler ve ağır içiciler karşılaştırılmıştır. Araştırmanın sonucunda ise ara sıra içenlerde KRK riskinin %21 artmış olduğu, ağır içicilerde ise %52 artmış olduğu bulunmuştur.

2.2.16. İlaçlar ve Destekler

Kullanılan bazı ilaçların ve alınan bazı hormonal desteklerin KRK ile ilişkili olduğu belirlenmiştir.^{38(s.18)} Post-menapozal hormon tedavisinin, KRK'ya karşı

koruyucu etkisi olduğu bilinmektedir. Ancak, uzun dönem kullanımındaki yan etkileri nedeniyle KRK tedavisi için hormon tedavisi kullanılması önerilmemektedir.^{38(s.18)}

Kardiyovasküler hastalıklarda kullanılan statinler ve osteoporozda kullanılan bifosfonatlar gibi diğer hastalıkları tedavi etmek için kullanılan belirli ilaçlar da KRK'ya karşı koruyucu olabilmektedir.⁷⁴⁻⁷⁶ Ayrıca bireylerin düşük D vitamini düzeyleri, artmış KRK riski ile ilişkilendirilmiştir.⁷⁶

2.3. Kolorektal Kanser Belirtileri ve Gelişimi

Kolorektal kanserde bulgu ve belirtiler, tümörün evresine göre değişir. Bu belirtilerden bazıları aşağıda belirtilmiştir.

- Bağırsak boşaltımındaki değişiklikler
- Diyare (ishal), konstipasyon (kabızlık), bağırsakların tam boşalmaması hissi
- Dışkıda parlak ya da koyu kırmızı kan görülmesi
- Normalde olduğundan daha ince gaita çıkışı
- Gaz, kramplar, şişkinlik benzeri abdominal rahatsızlıklar
- Nedeni olmayan kilo kaybı
- Uzun süreli hissedilen yorgunluk
- Bulantı ve kusma

KRK tümörleri bağırsak içine doğru büyürken bulgu vermez. Bağırsak tıkanması durumunda oluşan, hastanın gazını ve dışkısını çıkaramaması gibi belirtiler verebilir. Anatomik olarak sağ taraftaki bağırsak çapının soldan daha geniş olması ve geçişle ilgili belirtilerin daha geç olması klinik açıdan önemli bir durumdur. Kalın bağırsağın sağ tarafındaki tümör varlığında gözlenen belirtiler, dışkılama esnasında fark edilmeyen kan kaybı ve bu kanama sonucunda kansızlık, halsizlik, nefes almada zorluk, hızlı yorulma, dışkılama alışkanlarında değişikliklerdir. Diğer belirtiler; ishal atakları, kabızlık, karında şişkinlik, karın ağrısı ve kilo kaybıdır. Kalın bağırsak tümörleri genellikle kalın

bağırsağın sol tarafına yerleşir. Kalın bağırsağın sol tarafı anatomik olarak dar olduğu için sol taraf tümörlerinde bağırsak tıkanıklıkları daha sık gözlemlenir. Rektumda gözlenen tümörler sıklıkla dışkıda kan belirtisiyle bulgu verir. Hemoroidde de dışkıda kan görülebildiğinden hemoroidli bireylerin daha özenli incelenmesi gerektiği dikkat edilmesi gereken durumlardan birisidir.⁵⁹ Bağırsak boşaltımında değişiklik, gaita çapının incilmesi, sert dışkılama, bağırsağın tam boşalmaması ve şişkinlik gözlenen bulgulardandır.⁷⁷

Bağırsağın tam tıkanması, geç dönem bulgularındandır. Bunun yanı sıra büyük damarın duvarının yıkılması ile oluşan ciddi kanamalar, tümörün bağırsak duvarını delmesi sonucu kalın bağırsaktaki zararlı mikroorganizmaların karın zarına yayılması ve karın boşluğunda sıvı birikmesi şeklindedir. Bu belirtilerden herhangi birine sahip kişilerin, gerekli tarama yöntemlerini yaptırması gerekmektedir.⁷⁷

2.4. Kolorektal Kanser Tanısı ve Tedavisi

Tarama programları, risk altında olan bir toplumun çeşitli testler veya fizik muayene yöntemleriyle, hastalık ortaya çıkmadan önce tanı konulmasını sağlayan halk sağlığı hizmetidir.⁷⁸

Dünya Sağlık Örgütü, hastalıkların taranması için birtakım ölçütlerin karşılanması gerektiğini ifade etmektedir. Bunlar:

- Toplum için önemli bir sağlık sorunu taranmalıdır.
- Taranacak hastalık erken dönemde tanılanabilen bir hastalık olmalıdır.
- Hastalıkla ilgili yeterli bilgi sahibi olunmalıdır.
- Tarama sonucu hastaların iyileştirilmesi için uygulanabilecek bir tedavi yöntemi olmalıdır.
- Hastalıkların teşhisi ve tedavisi için gerekli personel, ekipman gibi olanaklar yeterli olmalıdır.

- Tarama için kullanılacak olan testler toplum tarafından kabul edilebilir olmalıdır. Ayrıca testler geniş kitlelerde kullanılacağı için kolay uygulanabilir olmalıdır.
- Testlerin seçicilik ve hassasiyeti maksimum oranda olmalıdır.
- Tarama sürekli bir işlem olarak uygulanmalıdır.⁷⁹

Erken tanı amacıyla tarama yapılırken tüm nüfusun sistematik olarak alınıp taranmasının programı zorlaştıracığı düşünülecek olursa, risk altındaki gruplar seçilerek tarama yapıldığında sağlanacak başarının daha da artacağı söylenebilir. Kanseri taramasının asıl amacı ise, kanserin iyileşme şansının en yüksek olduğu dönemde belirlenerek gerekli önlemlerin alınmasıdır.⁸⁰ İnvaziv KRK önlenabilir bir hastalık olarak bilinmektedir. Bu nedenle erken tanı için geniş tarama programlarının önemi dikkat çekmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde tarama önerilerinin tam olarak uygulanması mortalite oranlarını yarı yarıya düşürmüştür. Ayrıca son 10 yılda tarama testlerini uygulamada devamlılık sağlayan ülkelerde uygulanan yeni tedavi yöntemlerinin metastatik (yayılım gösteren) hastalık ile başvuran hasta sayısını azalttığı ifade edilmektedir.⁸¹

KRK birinci basamak sağlık hizmetlerinde önlenabilir kanserler içinde bulunmaktadır. Aile hikayesi ve diğer risk faktörleri gibi etkin bireysel risk değerlendirmesi, seçiciliği ve duyarlılığı yüksek tarama programlarıyla (GGK, sigmoidoskopi, kolonoskopi vb.) erken dönemde tanı konabilen ve tedavi olasılığı yüksek bir hastalıktır. Hastalığın yavaş gelişimi nedeniyle bireylerin birinci basamakta yıllık periyodik muayene ve tarama programları ile hastalığı yakalama şansları yüksektir.⁸² KRK taramasında kullanılan testler şunlardır:

2.4.1. Rektal Muayene

KRK'ların %10-30'unun parmak mesafesinde olduğu düşünüldüğünde rektal muayenenin önemi ortaya çıkmaktadır.²³

2.4.2. Gaitada Gizli Kan Testi

GGK'nın, bağırsakta meydana gelen gizli kanamaların tespitinde kullanılan ve uygulanan bu test ile KRK'nın erken evrede teşhis edilip uygun tedavinin başlanmasıyla mortalite oranını azalttığı bilinmektedir.^{83,84}

Guaiac Bazlı GGK: Uzun yıllardır KRK'nın teşhisinde kullanılan bu yöntem, gaitadaki hemoglobini yıkarak peroksidaz enziminin ortaya çıkmasını sağlar. Kolondaki kanamalarda, üst gastrointestinal sistem kanamalarına göre daha hassas bir testtir. Fakat yine de test öncesi dışkıda hemoglobin rastlanmaması için diyet kısıtlamasına gidilmesi önerilerek, testin yalancı pozitiflik oranı en aza indirilmektedir.^{38(s.29)}

Gaita İmmünokimyasal Test: Guaiac bazlı GGK'da peroksidaz reaksiyonuna bağlı olması nedeniyle yalancı pozitif sonuçlara yol açması farklı testlerin geliştirilmesini sağlamıştır. Bu testlerden birisi insan hemoglobinine karşı antikorlar geliştirilerek üretilmiş olan Gaita İmmünokimyasal Test'tir. Sadece insan hemoglobinine duyarlı olan bu test gaitaya bir tampon yerleştirilerek gaitadaki hemoglobinin mililitre cinsinden ölçümünü sağlamaktadır.^{38(s.32)}

2.4.3. Fleksible Sigmoidoskopi

Rektum ve sigmoid kolondaki kanser ve adenomların %75 oranında tespit ettiği bilinen bir yöntemdir. Tek başına uygulanan Fleksible Sigmoidoskopi yöntemi ile kolondaki adenomların alınması KRK nedeniyle meydana gelen mortalite oranını önemli ölçüde azaltmaktadır.^{38(s.35)} Fleksible Sigmoidoskopi yönteminin GGK'ya göre mortaliteyi yüksek oranda azalttığı bilinmektedir. Fakat erken evrede yapılan Fleksible Sigmoidoskopi'de etkinliğin azaldığı bilinmektedir. En doğru sonuçlar, GGK ile birlikte

yürütülen Fleksible Sigmoidoskopi testi sonuçlarının birlikte değerlendirilmesi ile ortaya çıkmaktadır.³⁸

2.4.4. Kolonoskopi

Kolonoskopi, kalın bağırsağın görüntülenmesinde en doğru sonuç veren bir yöntemdir. Ayrıca adenomların çıkarılmasında kullanılan bu yöntem KRK'ya karşı koruyucu en etkili yöntem olarak tanımlanmaktadır. Yanlış pozitif sonuç mümkün değildir, spesifitesi (özellik) %100, sensitivitesi (duyarlılık) ise %100'e yakındır. Bu nedenle ideal bir tarama testi olarak değerlendirilir.⁸⁵

2.5. Dünyada Tarama Yöntemleri

Avrupa Birliği üye devletlerinden birçoğu 2007 yılı sonlarında ulusal toplum tarama programlarını uygulamaya başlamışlardır. Toplum tabanlı programlarının yalnızca Finlandiya, Fransa, İtalya, Polonya ve Birleşik Krallık ülkelerinde yürütülmekte olduğu bilinmektedir. Ayrıca Avusturya, Bulgaristan, Çek Cumhuriyeti, Almanya, Yunanistan, Letonya ve Slovak Cumhuriyeti toplum tabanlı olmayan programlar uygulamışlardır.⁸⁶

Macaristan, Kıbrıs, Portekiz, Romanya ve Slovenya ülke genelinde toplum tabanlı programı planlayan veya uygulayan ülkeler arasındadır. Bu on yedi ülkeden sadece onunun GGK testini kabul ettiği, altısının gerek GGK testi gerekse endoskopi, bir tanesinin de sadece kolonoskopi kullandığı bilinmektedir. Sonrasında, on üye devlet KRK tarama programlarını kurup uygulamaya başlamışlardır. Bu ülkeler Çek Cumhuriyeti, Fransa, İrlanda, Litvanya, Portekiz, Slovak Cumhuriyeti, Slovenya, İspanya, İsveç ve Birleşik Krallık'tır. Bunlara ek olarak Danimarka ve Hollanda KRK tarama programını uygulama stratejileri geliştirmektedir.⁸⁶ Avrupa Birliği tarama politikası toplum tabanlı tarama için sadece GGK testini kullanmaktadır.⁸⁶ Gaitada gizli kan testi, toplum taraması için uygunluğu kanıtlanmış bir testtir.⁸⁷

Tablo 2.1'de KRK tarama programları dünya örnekleri sunulmuştur.⁸⁸

Tablo 2.1.KRK Tarama Programları Dünya Örnekleri

Ülke	Modalite Test	Yaş Grubu	Tarama Hız
Kanada	İki Yılda Bir GGK	50-74	% 18 (2008)
İsrail	Yıllık GGK	50-74	% 14 (2008)
Japonya	Yıllık GGK	≥ 40 yıl	% 17 (2002)
Kore	Yıllık GGK	≥ 50 yıl	% 21 (2008)
Avustralya	İki Yılda Bir GGK	55 veya 65. doğum günü.	% 38 (2010)
Hırvatistan	İki Yılda Bir GGK	50-74	% 20 (2010)
İngiltere	İki Yılda Bir GGK	50-75	% 54 (2007)
Finlandiya	İki Yılda Bir GGK	60-69	% 71 (2009)
Fransa	İki Yılda Bir GGK	50-74	% 34 (2011)
İtalya	İki Yılda Bir GGK veya FS	50-69	% 48 (2008)
İskoçya	İki Yılda Bir GGK	50-74	% 54 (2010)
İspanya	İki Yılda Bir GGK	50-69	%34 (2007)
Çek Cumhuriyeti	Yıllık GGK veya CS	> 55	% 20 (2008)
Almanya	Yıllık GGK	50-74	19% KS%34(2009)
Letonya	Yıllık GGK		% 8 (2010)
ABD	Yıllık GGK	51-75	% 80 (2010)

2.6. Türkiye’de Tarama Yöntemleri

Ülkemiz şartları göz önüne alındığında gerçekleştirilebilir hedef 50 ve 70 yaşları arasındaki bireylere uygulanacak olan toplum tabanlı taramadır. Aile Sağlığı Merkezleri’ne kayıtlı olan bireyler taramaya dahil edilerek tarama yapılmalıdır.⁷¹

GGK ile tarama iki senede bir, kolonoskopi ile tarama ise on senede bir uygulanmalıdır. Son iki GGK testi sonucu negatif olan bireylerde tarama programı sonlandırılmalıdır. Yüksek riskli (adenomatöz polip, ülseratif kolit, Chrohn hastalığı, kalıtsal polipozis veya polipozis dışı sendrom öyküsü olan bireyler) bireylerde taramalar 40 yaş ile beraber başlatılmalıdır.⁷¹

Ulusal toplum tabanlı KRK tarama programları ASM, Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM), veya KETEM tarafından yürütülmektedir. Tarama için gereken

GGK kitleri; Sağlık Müdürlükleri tarafından temin edilmekte ve gerekli birimlere aktarılmaktadır. Ücretsiz dağıtılan GGK Testi kitleri birey tarafından bireyin evinde veya ASM’de uygulanmasının ardından kit içindeki kaset, kasetin verildiği birime getirilerek sonuçlar değerlendirilmektedir.⁷¹

GGK Testinin değerlendirilmesi hususunda, negatif çıkan test sonucu normal sonuçtur ve birey iki yıl sonra tekrar GGK testi yaptırılması hakkında bilgilendirilir. Testin pozitif çıkması anormal sonuçtur, birey kolonoskopi yapılması için ikinci basamağa yönlendirilir. Testin belirsiz çıkması durumunda iki kez daha GGK Testi yapılması önerilmektedir. GGK Testi her defasında negatif çıkan bireyler, on yılda bir kolonoskopi yaptırılması için ikinci basamağa yönlendirilir.⁷¹

2.7. Halk Sağlığı Hemşiresinin Taramalardaki Rolü

Hemşireler sağlığın korunmasında ve sürdürülmesinde önemli bir role sahiptir. Riskli bireylerin hastalık hakkında bilgi sahibi olmaları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanmaları için girişimler planlamalı ve uygulamasını yapmalıdır. Riskli bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandıklarında taşıdıkları hastalık risklerinin minimal seviyede tutabilecekleri hakkında eğitim verilmelidir. KRK’nın erken tanılabilen bir kanser olduğu düşünülecek olursa hemşireler eğitimler düzenleyerek toplumun bilinçli hale gelmesini sağlamalıdır. Hemşireler bireyleri tarama programlarına katılımı konusunda cesaretlendirmelidir.⁸⁹⁻⁹¹

Bu kapsamda hemşireler;

- Bireylerin risk değerlendirmesinin yapılmasının ardından bireyleri, uygulanması gereken KRK tarama testleri hakkında bilgilendirmeli ve taramaya katılması konusunda desteklemelidir.
- Özellikle risk altındaki gruba KRK erken tanı ve tarama programları hakkında sağlık eğitimleri planlamalı ve uygulamalıdır.

- KRK tanı ve taramaları hakkındaki güncel bilgileri takip etmelidir.
- KRK’da sekonder korunma yöntemleri ile ilgili araştırmalar yapmalı ve sonuçları uygulamalı olarak dökümanite etmelidir.^{92,93}

Çağdaş halk sağlığı felsefesine göre bireyler, hastalanmadan önce kendisine zarar veren davranışlardan uzak durmalı, sağlığını geliştirecek davranışlar geliştirmelidir. Hemşireler bu kapsamda bireylere olumlu sağlık davranışı kazandırırken çeşitli modellerden faydalanır, bu modellerden bir tanesi de SİM’dir.⁹⁴

2.8. Sağlık İnanç Modeli

SİM, hastalıklardan korunmak ve tarama programlarına katılım oranlarının yetersizlik nedenlerini açıklamak amacıyla 1950 yılının başlarında Rosentock ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir.¹⁶ SİM ile bireylerin bir hastalığa yakalanmaması ya da hayatını sağlıklı bir birey olarak devam ettirebilmesi amaçlanmıştır.¹⁶ Bu model, sağlığı sürdürebilmenin birey açısından değeri ve bireyin uygulayacağı bir davranışın bir hastalığı önleme, sağlığı iyileştirme veya sürdürmeye yönelik olumlu etkisinin beklentisi üzerine temellenmiştir.¹⁶ Bu model sağlık davranışlarının belli inançlardan etkilenecek oluşturulduğunu savunur. Bireyin sağlığa ilişkin davranışları yapmaya neyin motive ettiğini veya sağlık davranışlarını yapmamaya neyin engel olduğunu araştırır.¹⁶ Problem olarak görülen bu engeller tespit edildiğinde, kişiye en uygun sağlık eğitimi ve en iyi sonuç verecek tedavi yöntemi belirlenebilecektir.⁹⁴

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.⁹⁵

Bu modelde sağlığı korumada etkin olan dört kavram bulunmaktadır. Bunlar; algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yarar ve algılanan engel kavramlarıdır. 1988 yılında sağlık motivasyonu ve özetkililik kavramları da modele eklenerek modelin bugünkü hali oluşturulmuştur.⁹⁶

2.8.1. Algılanan Duyarlılık

Bireyin sağlığını tehdit eden bir durum varlığındaki algısıdır. Tanının kabulünü ve hastalığa yakalanma ihtimalini kapsamaktadır.^{16,97}

2.8.2. Algılanan Ciddiyet

Sağlığı tehdit eden bir durumun bireyde oluşturduğu anksiyete ve bu durumun sağlıkta meydana getireceği zararlı sonuçların bireyde oluşturacağı algıdır. Tedavi reddedildiğinde meydana gelecek olan ölüm, sakatlık, ağrı, sosyal kayıplar gibi sonuçları ile ilgili değerlendirmeleri içermektedir. Duyarlılık ve ciddiyetin birlikte ele alınması, algılanan tehdit olarak adlandırılmaktadır.^{16,97}

2.8.3. Algılanan Yarar

Koruyucu sağlık davranışının bireyin sağlığındaki olumlu yönlerinin birey tarafından algılanmasıdır. Gerçekleştirilecek sağlık davranışı sonucunda, hastalığa yakalanma riskinin azalacağı düşüncesidir. Kişinin, koruyucu sağlık davranışını gerçekleştirmesi ile yarar sağlayacağını düşünmesidir. Başka bir anlatımla yarar algısı, hastalığa yakalanma olasılığının azalacağı ile ilgili algıdır.^{16,97}

2.8.4. Algılanan Engel

Koruyucu sağlık davranışının gerçekleştirilmesini zorlaştıran olumsuz koşulların birey tarafından algısıdır. Önerilen koruyucu sağlık davranışının gerçekleştirilmesini zorlaştırdığı düşünölen engeller ya da davranışın olası olumsuz yönlerini içermektedir. Kişi, sağlık davranışının gerçekleştirildikten sonraki dönemde meydana gelecek olumlu ve olumsuz sonuçlarını tartar. Algılanan duyarlılık, ciddiye ve yarar, algılanan engellerin etkisinden fazla olursa, davranış gerçekleştirilir. Başka bir ifadeye engel algısı, sağlıkla ilgili koruyucu bir davranışın gerçekleştirilmesini engelleyen etmenlerle ilgili algıya denilmektedir.^{16,97} Koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesini engelleyen en önemli değişken, algılanan engel ile algılanan yarar arasındaki farkın algılanan engeller yönünden fazla olmasıdır.⁹⁵

2.8.5. Özyeterlilik

Sağlık davranışının gerçekleştirilmesindeki bireysel yeterliliği ifade eder. Albert Bandura'nın Sosyal Bilişsel Kuramı'nın bileşenlerinden birisidir. Beklenen sonuçlara ulaşmak için sağlık davranışının gerçekleştirilmesi hususunda bireyin kendine olan inancını, kararlılığını ve iradesini ifade eder. Davranış değişikliğinin başlatılması ve davranışın sürdürölmesinde öz yeterlilik bileşeni önemli bir role sahiptir.¹⁶

2.8.6. Sağlık Motivasyonu

Sağlık davranışının gerçekleştirilmesi ve sürdürölmesinde bireyin niyet ve istek durumunu ifade eder.^{95,99-104}

2.9. Kolorektal Kanserden Korunma

Kanserden korunma yöntemlerinin üç basamak altında incelendiği bilinmektedir. Primer koruma yöntemleri, risk azaltacak girişimler ve yaşam biçimi değişikliklerini içerir.¹⁰⁵ Örneğin fiziksel egzersiz, fazla kilolardan kurtulmak, sigara ve alkol kullanmamak, yüksek lif ve düşük yağlı gıdaları tüketmek bunlardan bazılarıdır.¹⁰⁶

İkincil koruma ise kanseri oluşturan lezyonların erken evrede tanılanmasını sağlayan erken tanı ve tarama yöntemleridir.^{106,107} KRK taramasının amacı, kolonda bulunan polipleri erken evrede saptayarak hastalık insidans ve mortalitesini azaltmaktır.¹⁰⁸

Üçüncül Koruma, sıklıkla bir kanser türünden tedavi edilerek, metastaz veya ikincil bir primer kanser gelişme riski olan hastaların, belirlenen hastalığın tedavisini, hastalıkla ilişkili komplikasyonların önlenmesini ve tedavi edilmesini içerir. Aynı zamanda tersiyer koruma adjuvan tedaviler, cerrahi girişim ve palyatif bakım gibi birçok yön içeren tedavileri hasta bakımının yaşam kalitesi ve çoğunlukla kanser kontrolü sağlamak için kullanılan bir yöntemdir.¹⁰⁵

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma kesitsel türdedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 22.06.2017-15.03.2019 tarihleri arasında Erzurum il merkezinde bulunan Kavakkapı Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılmıştır. Bu ASM, ulaşım kolaylığı, ekonomik durumun orta düzeyde olması ve planlanan diğer ASM'lerden izin alınamaması sebebiyle seçilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Kavakkapı Aile Sağlığı Merkezi'ne bağlı 50-70 yaş aralığındaki bireyler oluşturmaktadır. Bu ASM'ye bağlı araştırma kriterlerine uygun 50-70 yaş arası nüfusla ilgili veri sağlanamamıştır. Bu nedenle örneklem büyüklüğünü saptamak için evreni belli olmayan grupta örneklem hesaplama formülünden yararlanarak en az 384 kişi belirlenmiştir. Örneklem hacmine ulaşmak için araştırma kriterlerine uygun bu ASM'ye başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler çalışmaya alınmıştır.

Örnekleme dahil edilme kriteri: Araştırmaya 50-70 yaş olan, aktif olarak KRK tedavisi görmeyen ve iletişim problemi olmayan bireyler dahil edilmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri Kişisel Bilgi Formu ve KRK'dan korunmaya yönelik SİM ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür^{17,18,80} doğrultusunda hazırlanan kişisel bilgi formu; bireylerin cinsiyeti, yaşı, boyu, kilosu, sigara ve alkol kullanım durumu gaitada gizli kan yaptırma durumlarını sorgulayan toplam 18 sorudan oluşmaktadır (EK-6).

3.4.2. Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli

Ölçeği

SİM, bireylerin davranışlarını etkileyen, tutum ve inançlarını açıklayan psikososyal modellerden biridir. Kolon kanserine yönelik Özsoy ve ark.⁹⁶ tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılan Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nde 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. Ölçeğin 5 alt boyutu (Duyarlılık, Ciddiyet, Engel, Sağlık Motivasyonu, Güven-Yarar) bulunmaktadır ve 5 dereceli Likert tipi bir ölçektir. 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.⁹⁶

Ölçeğin alt boyutları şunlardır:

Güven-yarar algısı: Bu alt boyut ölçeğin ilk 11 maddesini içerir. Bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 11, en yüksek puan 55'tir. Puan arttıkça güven-yarar algısı artmaktadır.⁹⁶

Duyarlılık algısı: Bu alt boyut 6 maddeden oluşmaktadır. 12, 13, 14, 15, 16 ve 17. maddeleri içerir. Bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 6, en yüksek puan 30'dur. Puan arttıkça duyarlılık artmaktadır.⁹⁶

Engel algısı: Bu alt boyut, 18, 19, 20, 21, 22 ve 23. maddeleri içeren 6 maddeden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 6, en yüksek puan 30'dur. Puan arttıkça engel algısı azalmaktadır.⁹⁶

Sağlık motivasyonu algısı: Bu alt boyut 5 maddeden oluşmaktadır. 24, 25, 26, 27 ve 28. maddeleri içerir. Bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 5, en yüksek puan 25'tir. Puan arttıkça sağlık motivasyonu algısı artmaktadır.⁹⁶

Ciddiyet algısı: Bu alt boyut, 29, 30, 31, 32 ve 33. maddelerden oluşan toplam 5 madde içerir. Bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 5, en yüksek puan 25'tir. Puan arttıkça ciddiyet algısı artmaktadır.⁹⁶

Özsoy ve ark.⁹⁶ tarafından ölçeğin Cronbach Alpha katsayıları güven-yarar algısı alt boyutu için 0.88, duyarlılık algısı alt boyutu için 0.76, sağlık motivasyonu algısı alt boyutu için 0.54, engel algısı alt boyutu için 0.60, ciddiyet algısı alt boyutu için 0.58 bulunmuştur. Bu çalışma için hesaplanan Cronbach Alpha katsayıları güven-yarar algısı alt boyutu için 0.82, duyarlılık algısı alt boyutu için 0.81, sağlık motivasyonu algısı alt boyutu için 0.44, engel algısı alt boyutu için 0.84, ciddiyet algısı alt boyutu için 0.70'tir. Sağlık motivasyonu alt boyutunun 0.44 çıkması nedeniyle bu çalışmada incelenmemiştir (EK-7).

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmacı tarafından Ağustos 2017-Kasım 2017 tarihleri arasında Kavakkapı Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran bireylerden araştırmanın amacı açıklanarak ve gönüllülükleri dikkate alınarak aile sağlığı merkezinin izni dahilinde anketler dağıtılarak yeterli sürenin (20-25 dakika) sonunda toplanmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizi SPSS 20.0 istatistik paket programında yapılmıştır. Verilerin analizinde kullanılan analizler şunlardır: Frekans, yüzde, t testi, Mann Whitney U testi, varyans analizi (ANOVA), Kruskal Wallis H testi, lojistik regresyon analizi, LSD Post Hoc testi, cronbach alfa katsayısıdır. İstatistiksel önemlilik düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek bir ASM’de yapılmış olması ve sağlık motivasyonu algısının değerlendirilememiş olması bu araştırmanın sınırlılığıdır.

3.8. Etik İlkeler

Araştırmanın yapılabilmesi için Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakóltesi etik kurulundan etik kurul izni ve araştırmanın yapılacağı kurumdan resmi izinler alınmıştır (EK-3, EK 4). Araştırmaya katılım gönüllölük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılan kişilerin zarar görmemesi gözetilmiştir.



4. BULGULAR

Araştırmaya katılanların sosyo-demografik özellikleri ile ilgili dağılımları Tablo 4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Araştırmaya Katılanların Sosyo-Demografik Özellikleri ile ilgili Bulgular (n=384)

		S	%
Cinsiyet	Erkek	138	35.9
	Kadın	246	64.1
BKİ	Normal (18.5-24.9)	56	14.6
	Kilolu (25-29.9)	207	53.9
	Obez (30 ve üzeri)	121	31.5
Medeni Durum	Bekar	87	22.7
	Evli	297	77.3
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	99	25.8
	Okuryazar	82	21.4
	İlkokul	141	36.7
	Ortaokul	25	6.5
	Lise	34	8.9
	Üniversite	3	0.8
Sağlık güvencesi	Var	344	89.6
	Yok	40	10.4
Gelir durumu	Gelir giderden az	117	30.5
	Gelir gidere denk	236	61.5
	Gelir giderden fazla	31	8.0
Sigara kullanma	Evet	84	21.9
	Hayır	300	78.1
Alkol kullanma	Evet	5	1.3
	Hayır	379	98.7
Günlük yürüyüş yapma süresi	Yarım saatten az	274	71.4
	Yarım saatten fazla	110	28.6
Bağırsak kanseri tanısı alma durumu	Evet	5	1.3
	Hayır	379	98.7
Ailede bağırsak kanseri tanısı alma durumu	Evet	19	5.0
	Hayır	364	95.0
Yakınlık derecesi	Anne-baba-kardeş	6	31.5
	Dede-nine-torun	4	21.0
	Amca-dayı-teyze	9	47.3
		Min-Max	$\bar{X} \pm Ss$
Yaş ortalaması		50-70	59.64±6.51
BKİ ortalaması		19.49-45.79	28.57±3.81

Tablo incelendiğinde araştırmaya katılanların %64.1'i kadın, %53.9'u kilolu, %77.3'ü evli, % 36.7'si ilkokul mezunu, %89.6'sının sağlık güvencesi var, %61.5'inin geliri giderine denk, %78.1'i sigara kullanmıyor, %98.7'si alkol kullanmıyor, %71.4'ü günde yarım saatten az yürüyüş yapıyor, %1.3'ü bağırsak kanseri tanısı almış, %5'inin ailesinde bağırsak kanseri tanısı alan var, %47.3'ünün amca-dayı-teyze bağırsak kanseri tanısı almış, araştırmaya katılanların yaş ortalamasının 59.64 ± 6.51 ve BKİ ortalamasının 28.57 ± 3.81 olduğu görülmektedir (Tablo 4.1).

Araştırmaya katılanların GGK testi yaptırma durumları ile ilgili dağılımları Tablo 4.2'de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Araştırmaya Katılanların GGK Testi Yaptırma Durumları ile ilgili Bulgular (n=384)

		S	%
Daha önce GGK yaptırma durumu	Evet	79	20.6
	Hayır	305	79.4
GGK testini yaptırma nedeni	Şikayetleri başladığı için	1	1.2
	Genel kontrol amacıyla	32	40.5
	Ailede barsak kanserli birey olduğu için	7	8.8
	Doktor istemiyle	39	49.3
GGK testini yaptırmama nedeni	Rahatsız olacağımı düşündüm için	23	7.5
	Olumsuz sonuç çıkacağını düşündüğüm için	10	3.3
	Yaptırmakla ilgili bilgi sahibi olmadığım için	176	57.7
	Diğer	96	31.5
Gelecekte GGK testi yaptırmayı düşünme durumu	Evet	234	60.9
	Hayır	150	39.0

Tablo incelendiğinde araştırmaya katılanların %20.6'sı daha önce GGK testi yaptırmış, %49.3'ü doktor istediği için GGK testi yaptırmış, %57.7'si yaptırmakla ilgili bilgi sahibi olmadığı için GGK testi yaptırmamış %60.9'unun GGK testi yaptırmayı düşünüyor olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılanların KRK'dan korunmaya yönelik SİM ölçeği puanları ile ilgili değerler Tablo 4.3'te sunulmuştur.

Tablo 4.3. Araştırmaya Katılanların KRK'dan Korunmaya Yönelik SİM Ölçeği Puanları

	N	Minimum	Maximum	$\bar{X}$	Ss
Güven Yarar Algısı Boyutu	384	15	55	43.60	7.07
Duyarlılık Boyutu	384	6	24	11.00	3.72
Engel Algısı Boyutu	384	6	30	20.75	5.83
Ciddiyet Algısı Boyutu	384	5	25	16.41	4.01

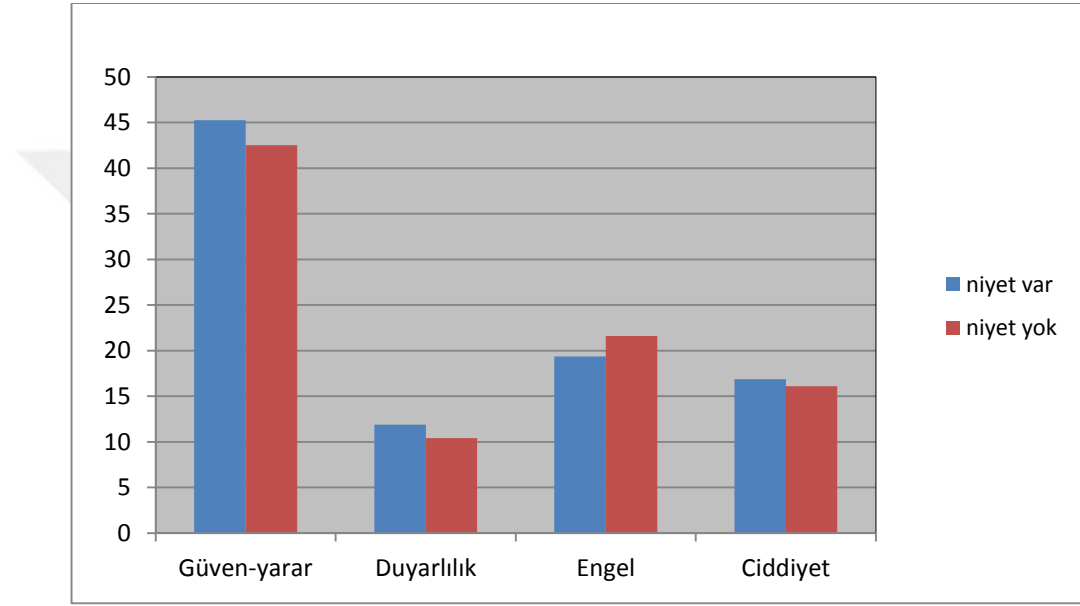
Tablo incelendiğinde güven yarar algısı boyutu puan ortalamasının 43.60 ± 7.07 , duyarlılık boyutu puan ortalamasının 11.00 ± 3.72 , engel algısı boyutu puan ortalamasının 20.75 ± 5.83 , ciddiyet algısı boyutu puan ortalamasının 16.41 ± 4.01 olduğu görülmektedir (Tablo 4.3).

Araştırmaya katılanların GGK testi yaptırma niyetlerine göre KRK'dan korunmaya yönelik SİM ölçeği puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.4'te verilmiştir.

Tablo 4.4. Araştırmaya Katılanların GGK Testi Yaptırma Niyetlerine Göre KRK'dan Korunmaya Yönelik SİM Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Gaitada gizli kan testi						
	yaptırma niyeti	N	$\bar{X}$	Ss	t	p
Güven Yarar Algısı Boyutu	Evet	234	45.26	6.69	-3.756	.000
	Hayır	150	42.53	7.14		
Duyarlılık Boyutu	Evet	234	11.89	4.18	-3.829	.000
	Hayır	150	10.42	3.28		
Engel Algısı Boyutu	Evet	234	21.63	5.83	3.775	.000
	Hayır	150	19.37	5.58		
Ciddiyet Algısı Boyutu	Evet	234	16.89	4.12	-1.903	.058
	Hayır	150	16.09	3.91		

Tablo incelendiğinde, araştırmaya katılanların GGK testi yaptıрма niyetlerine göre KRK'dan korunmaya yönelik SİM ölçeğinin güven yarar algısı boyutu, duyarlılık algısı boyutu ve engel algısı boyutu açısından fark olduğu ($p<0.05$) bulunmuştur. Buna göre GGK testi yaptırmak isteyenlerin istemeyenlere göre ölçeğin güven yarar, duyarlılık ve engel algısı alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4).



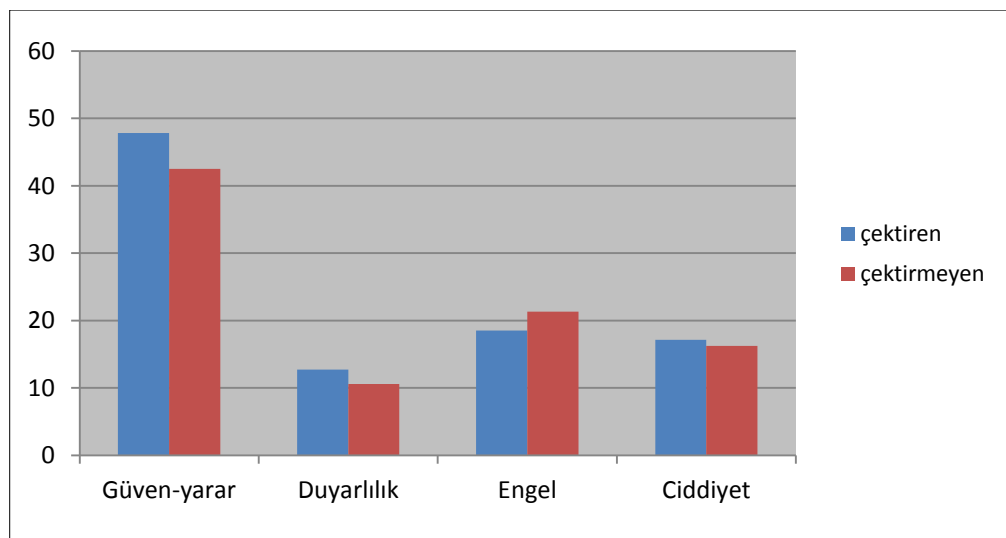
Şekil 4.1. Araştırmaya Katılanların GGK Testi Yaptırma Niyetlerine Göre KRK'dan Korunmaya Yönelik SİM Ölçeği Puanları

Araştırmaya katılanların GGK testi yaptıрма durumlarına göre KRK'dan Korunmaya Yönelik SİM Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.5'te sunulmuştur.

Tablo 4.5. Araştırmaya Katılanların GGK Testi Yaptırma Durumlarına Göre KRK'dan Korunmaya Yönelik SİM Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

		GGK testi				
	yaptırma durumu	N	$\bar{X}$	Ss	t	p
Güven Yarar Algısı Boyutu	Evet	79	47.81	5.08	6.208	.000
	Hayır	305	42.52	7.11		
Duyarlılık Algısı Boyutu	Evet	79	12.70	4.24	4.682	.000
	Hayır	305	10.56	3.45		
Engel Algısı Boyutu	Evet	79	21.33	5.79	-3.906	.000
	Hayır	305	18.50	5.48		
Ciddiyet Algısı Boyutu	Evet	79	17.12	4.08	1.782	.076
	Hayır	305	16.22	3.98		

Tablo incelendiğinde, araştırmaya katılanların GGK testi yaptırma durumlarına göre KRK'dan korunmaya yönelik SİM ölçeğinin ciddiyet algısı boyutu puanları açısından fark anlamsız ($p>0.05$) iken tablodaki diğer alt boyutlar açısından fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). GGK testi yaptıranların yaptırmayanlara göre güven yarar algısı, duyarlılık algısı ve engel algısı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.5).



Şekil 4.2. Araştırmaya Katılanların GGK Testi Yaptırma Durumlarına Göre KRK'dan Korunmaya Yönelik SİM Ölçeği Puan Ortalamaları

Araştırmaya katılanların sosyo-demografik özelliklerinin GGK testi yaptırma niyetlerini yordama gücünü anlamak amacıyla önemli fark çıkan ($p<0.05$) değişkenlere lojistik regresyon analizi uygulanmıştır (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerinin Gaitada GGK Testi Yaptırma Niyetini Yordamasına İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	B	Standart Hata	Wald	df	p	Exp(B)
Cinsiyet (kadın)	-.708	.282	6.321	1	.012	.493
Ailede bağırsak kanseri (var)	1.753	0.779	5.067	1	.024	5.770
Güven Yarar Algısı	.044	.023	3.677	1	.055	1.045
Duyarlılık Algısı	.102	.038	7.081	1	.008	1.108
Engel Algısı	-.075	.024	9.911	1	.002	.928
Sabit	-3.954	1.150	11.828	1	.001	.019

Tablo incelendiğinde cinsiyetin, ailede kanser öyküsü varlığının, ölçek alt boyutlarından duyarlılık ve engel algısı değişkenlerinin gaitada gizli kan testi yaptırma niyeti üzerinde önemli olduğu görülmektedir (Tablo 4.6).

Kadınların erkeklere göre 0.49 kat ($OR=0.49$) daha fazla gaitada gizli kan testi yaptırma niyetinde oldukları ve ailede bağırsak kanseri öyküsü olanların olmayanlara oranla 5.77 kat ($OR=5.77$) daha fazla gaitada gizli kan testi yaptırma niyetinde oldukları saptanmıştır. Sağlık inançlarından duyarlılığı yüksek olanların düşük olanlara oranla 1.10 kat ($OR=1.10$) daha fazla gaitada gizli kan testi yaptırma niyetinde oldukları söylenebilir. Engel algısı düşük olanların yüksek olanlara oranla 0.92 ($OR=0.92$) kat daha fazla gaitada gizli kan testi yaptırma niyetinde oldukları söylenebilir.

Araştırmaya katılanların sosyo-demografik özelliklerinin gaitada gizli kan testi yaptırma durumlarını yordama gücünü anlamak amacıyla sadece önemli fark çıkan ($p<0.05$) değişkenlere lojistik regresyon analizi uygulanmıştır (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerinin GGK Testi Yaptırma Durumunu Yordamasına İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	B	Standart Hata	Wald	df	p	Exp(B)
Cinsiyet (kadın)	-1.000	.380	6.945	1	.008	.368
Sağlık güvencesi	1.266	.841	2.265	1	.132	3.547
Yürüyüş yapma	-0.379	0.354	1.149	1	.284	0.684
Bağırsak kanseri	2.466	1.278	3.720	1	.054	11.774
Ailede bağırsak kanseri (var)	1.669	0.622	7.209	1	.007	5.306
Güven Yarar Algısı Boyutu	.112	.031	12.774	1	.000	1.119
Duyarlılık Boyutu	.086	.040	4.575	1	.032	1.090
Engel Algısı Boyutu	-.045	.027	2.782	1	.095	0.956
Sabit	-9.013	1.774	25.816	1	.000	.000

Tablo incelendiğinde lojistik regresyon analizi sonucunda cinsiyet, ailede bağırsak kanseri öyküsü ve ölçek alt boyutlarından sadece güven-yarar algısı, duyarlılık algısı alt boyutu değişkenlerinin gaitada gizli kan testi yaptırma durumu üzerinde önemli olduğu belirlenirken diğer değişkenlerin gaitada gizli kan testi yaptırma durumu üzerinde etkilerinin önemli olmadığı görülmektedir (Tablo 4.7).

Kadınların erkeklere oranla 0.36 kat (OR=0.36) ve ailesinde bağırsak kanseri öyküsü olanların olmayanlara oranla 5.30 kat (OR=5.30) daha fazla gaitada gizli kan testi yaptırdıkları saptanmıştır. Sağlık inançlarından güven yarar algısı yüksek olanların düşük olanlara oranla 1.11 kat (OR=1.11), duyarlılığı yüksek olanların düşük olanlara oranla 1.09 kat (OR=1.09) daha fazla gaitada gizli kan testi yaptırdıkları söylenebilir.

Araştırmaya katılanların tanıtıcı özelliklerine göre KRK'dan Korunmaya Yönelik SİM ölçeği puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.8'de verilmiştir.

Tablo 4.8. Araştırmaya Katılanların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

		Güven Yarar Algısı Boyutu	Duyarlılık Boyutu	Engel Algısı Boyutu	Ciddiyet Algısı Boyutu
		$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$
Cinsiyet	Erkek	41.94±6.63	10.76±3.91	22.44±5.43	16.47±4.16
	Kadın	44.58±6.58	11.15±3.61	19.84±5.82	16.35±3.92
	TEST	t=-3.457	t=-0.987	t=-4.297	t=-0.262
		p=0.001	p=0.324	p=0.000	p=0.794
BKİ	Normal	44.39±6.63	10.48±3.68	19.94±6.01	16.64±4.42
	Kilolu	43.32±7.24	11.01±3.69	21.05±5.88	16.32±4.08
	Obez	43.70±6.98	11.21±3.75	20.73±5.61	16.42±3.71
	TEST	F=0.516	F=0.751	F=0.812	F=0.138
		p=0.597	p=0.473	p=0.445	p=0.871
Medeni Durum	Bekar	42.24±6.40	10.79±3.87	20.48±5.39	15.89±4.06
	Evli	44.01±7.21	11.06±3.68	20.82±5.96	16.56±3.99
	TEST	t=-2.060	t=-0.603	t=-0.485	t=-1.362
		p=0.040	p=0.547	p=0.547	p=0.174

Tablo 4. 8. (Devamı)

		Güven Yarar Algısı Boyutu	Duyarlılık Boyutu	Engel Algısı Boyutu	Ciddiyet Algısı Boyutu
		$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	41.96±6.82	10.19±3.56	21.63±5.86	16.30±3.52
	Okuryazar	44.41±6.72	10.61±3.12	21.64±5.72	16.75±3.97
	İlkokul	43.97±6.85	11.42±3.70	20.34±5.83	16.34±4.39
	Ortaokul	43.92±6.75	11.48±4.21	20.88±4.27	16.44±3.22
	Lise	44.58±9.17	11.82±4.37	18.08±6.25	15.88±4.33
	Üniversite	46.00±6.00	15.66±7.09	15.33±2.30	20.00±4.35
	TEST	KW=12.130 p=0.033	KW=11.286 p=0.046	KW=14.597 p=0.012	KW=3.027 p=0.696
	FARK	2>1, 3>1	6>1-2-3	1-2-3>5	-
Sağlık güvencesi	Var	43.84±7.03	11.26±3.77	20.52±5.84	16.50±4.05
	Yok	41.60±7.13	8.77±2.27	22.72±5.43	15.57±3.53
	TEST	t=1.905 p=0.058	t=4.079 p=0.000	t=-2.274 p=0.024	t=1.394 p=0.164
	FARK	3>1	-	2-3>1	-
Gelir durumu	Gelir giderden az	42.55±7.07	10.62±3.48	17.03±6.21	15.89±3.95
	Gelir gidere denk	43.77±6.83	11.04±3.82	21.02±5.68	16.65±3.95
	Gelir giderden fazla	46.32±8.18	12.12±3.73	21.17±5.72	16.51±4.60
	TEST	F=3.697 p=0.026	F=2.047 p=0.131	F=7.092 p=0.001	F=1.399 p=0.248
	FARK	3>1	-	2-3>1	-
Sigara kullanma	Evet	43.45±6.87	11.14±4.31	20.14±5.62	15.78±4.31
	Hayır	43.65±7.13	10.96±3.55	20.92±5.89	16.58±3.91
	TEST	t=-0.230 p=0.818	t=0.383 p=0.702	t=-1.079 p=0.281	t=-1.620 p=0.106

Tablo 4.8. (Devamı)

		Güven Yarar Algısı Boyutu	Duyarlılık Boyutu	Engel Algısı Boyutu	Ciddiyet Algısı Boyutu
		$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$
Alkol kullanma	Evet	44.12±6.99	8.62±4.30	18.62±5.65	17.50±2.56
	Hayır	43.60±7.09	11.05±3.70	20.81±5.83	16.38±4.04
	TEST	U=1464.000 p=0.907	U=761.000 p=0.017	U=1155.500 p=0.265	U=1255.000 p=0.458
Günlük yürüyüş yapma süresi	Yarım saatten az	43.21±7.04	10.66±3.56	18.70±5.42	16.27±3.84
	Yarım saatten fazla	44.59±7.06	11.86±3.99	21.57±5.79	16.75±4.41
	TEST	t=-1.728 p=0.085	t=-2.887 p=0.085	t=4.469 p=0.000	t=-1.062 p=0.318
Bağırsak kanseri tanısı alma durumu	Evet	45.80±2.94	14.40±5.94	17.40±1.67	17.80±3.56
	Hayır	43.58±7.11	10.95±3.68	20.81±5.85	16.38±4.02
	TEST	U=780.500 p=0.583	U=618.000 p=0.182	U=562.500 p=0.119	U=799.000 p=0.551
Ailede bağırsak kanseri tanısı alma durumu	Evet	45.15±4.86	14.26±5.97	19.94±6.14	16.94±4.83
	Hayır	43.51±7.16	10.84±3.87	20.85±5.80	13.37±3.97
	TEST	U=3096.500 p=0.474	U=2278.000 p=0.013	U=3107.500 p=0.490	U=2904.000 p=0.259
Yakınlık derecesi	Anne-baba-kardeş	46.42±4.07	17.14±6.98	22.14±5.52	18.28±4.30
	Dede-nine-torun	48.20±4.20	9.00±3.93	15.00±6.55	14.20±4.76
	Amca-dayı-teyze	42.40±4.71	13.50±4.19	20.50±6.22	17.40±4.81
	TEST	KW=5.645 p=0.059	KW=5.652 p=0.059	KW=2.771 p=0.250	KW=2.443 p=0.295

Araştırmaya katılanların cinsiyetlerine göre, güven yarar algısı boyutu ve engel algısı boyutu puanları açısından fark anlamlı ($p<0.05$) iken, duyarlılık algısı boyutu ve ciddiyet algısı boyutu açısından aralarındaki fark anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur. Bu bulgular, araştırmaya katılan kadınların güven yarar algısı boyutu puanları erkeklerden daha yüksek iken engel algısı boyutu puanları açısından erkeklerden daha düşük olduğunu göstermektedir (Tablo 4.8).

Araştırmaya katılanların BKİ'ye göre, KRK'dan Korunmaya Yönelik SİM Ölçeğinin tüm alt boyut puanları açısından aralarındaki fark anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların medeni durumlarına göre, güven yarar algısı boyutu puanları açısından fark anlamlı ($p<0.05$) iken diğer alt boyutlar açısından aralarındaki fark anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur. Evli olanların bekarlara göre güven yarar algısı boyutu puanları daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların eğitim durumlarına göre, güven yarar algısı boyutu, duyarlılık algısı boyutu ve engel algısı boyutu puanları açısından aralarındaki fark anlamlı iken ($p<0.05$) ciddiyet alt boyutu puan ortalaması açısından aralarındaki fark anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur. Hangi eğitim durumundaki kişiler arasında fark olduğunu anlamak amacıyla LSD Post Hoc testi uygulanmıştır. Test sonucu, eğitim durumu okuryazar olanların eğitim durumu okuryazar olmayanlara göre ve ilkokul mezunu olanların okuryazar olmayanlara göre güven yarar algısı boyutu puanları daha yüksektir. Eğitim durumu üniversite ve üzeri olanların okuryazar olmayan, okuryazar ve ilkokul olanlara göre, duyarlılık algısı boyutu puanları daha yüksektir. Eğitim durumu okuryazar olmayan, okuryazar ve ilkokul olanların, eğitim durumu lise olanlara göre engel algısı boyutu puanları daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların sağlık güvencesine göre, duyarlılık algısı boyutu ve engel algısı boyutu puanları açısından aralarındaki fark anlamlı ($p<0.05$) diğer alt boyutlar açısından

aralarındaki fark anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur. Sağlık güvencesi olanların duyarlılık algısı boyutu puanı daha yüksek iken engel algısı boyutu puanları daha düşük bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların gelir durumlarına göre, güven yarar algısı boyutu ve engel algısı boyutu puanları açısından aralarındaki fark anlamlı ($p>0.05$) iken diğer alt boyutlar açısından aralarındaki fark anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur. Hangi gelir durumundaki kişiler arasında fark olduğunu anlamak amacıyla LSD Post Hoc testi uygulanmıştır. Bu test sonucu, geliri giderinden fazla olanların, geliri giderinden az ve denk olanlara göre güven yarar algısı boyutu puanı daha yüksektir. Geliri giderinden fazla olanların, geliri giderinden az olanlara göre engel algısı boyutu puanları daha yüksektir.

Araştırmaya katılanların sigara kullanma durumlarına göre, KRK'dan Korunmaya Yönelik SİM Ölçeğinin tüm alt boyut puanları açısından aralarındaki fark anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların alkol kullanma durumlarına göre, duyarlılık algısı boyutu puanları açısından aralarındaki fark anlamlı ($p<0.05$) iken diğer ölçek alt boyut puanları açısından aralarındaki fark anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur. Alkol kullanmayanların duyarlılık algısı puanları daha yüksektir.

Araştırmaya katılanların günde ne kadar yürüyüş yaptığına göre, engel algısı boyutu puanları açısından aralarındaki fark anlamlı ($p<0.05$) iken diğer alt boyut puanları açısından aralarındaki fark anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur. Bu bulgular günde yarım saatten fazla yürüyüş yapanların, diğerlerine göre engel algısı boyutu puanlarının daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılanların kendilerinin bağırsak kanseri tanısı alma durumlarına göre, KRK'dan Korunmaya Yönelik SİM Ölçeğinin tüm alt boyut puanları açısından aralarındaki fark anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların ailesinde bağırsak kanseri tanısı alanların olma durumlarına göre, duyarlılık algısı boyutu puanları açısından aralarındaki fark anlamlı ($p<0.05$) iken diğer alt boyut puanları açısından aralarındaki fark anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur. Bu bulgular, ailesinde bağırsak kanseri tanısı alanların, almayanlara göre duyarlılıklarının daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılanların ailesinde bağırsak kanseri tanısı alanların yakınlık derecesine göre, tüm alt boyut puanları açısından aralarındaki fark anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur.



5. TARTIŞMA

Bu bölümde, bireylerin GGK testi yaptıırma davranışlarının sağıık inançlarına etkisinin incelenmesi amacı ile yapılan araştırmadan elde edilen bulgular, yapılan diğier araştırmalar ve literatür doğırltusunda tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin GGK testi yaptıırma durumları ile ilgili bulgular incelenmiştir (Tablo 4.2).

Çalışmamızda KRK'dan korunmak amacıyla GGK testi yaptıırarak tarama programına katılan bireylerin oranı %20.6 olarak belirlenmiştir. KRK çeşitli tarama yöntemleri ile erken evrede tanılanabilen kanserler arasında yer almaktadır. Ülkemizde Ulusal Tarama Standartları geliştirilmiş olmasına ve bu konuda çalışmalar yürütölmesine rağmen tarama programlarına katılan bireylerin oranı istenilen düzeyde değildir. Aynı bölgede 2013 yılında yapılan başka bir çalışmada tarama yaptııran bireylerin oranı %8.8 olarak saptanmıştır.¹⁷ Ülkemizde 2011 yılında Vaizoğlu ve ark.'ın¹⁰⁹ yaptığı çalışmada, çalışmaya katılan bireylerin %10'undan daha azının KRK ile ilgili tarama programlarına katıldığı saptanmıştır. Güvenç ve ark.'ın¹¹⁰ 2012 yılında kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada GGK testi yaptıırma oranını %12 olarak bulmuştur. Bu oranlar günümüzde geçmiş yıllara göre tarama oranlarında bir artış olduğunu göstermektedir. Yurtdışında yapılan çalışmalar incelendiğinde ise; 2012 yılında Salimzadeh ve ark.'ın¹¹¹ 50 yaş üzeri bireylerle İran'da yaptığı bir çalışmada çalışmaya katılan bireylerin sadece %11'inin daha önce KRK tarama programına katıldığı tespit edilmiştir. İran'da yapılan bir başka çalışmada katılımcıların %95.8'inin KRK tarama programlarına hiç katılmadığı belirlenmiştir.¹¹² Buna karşın Amerika Birleşik Devletleri, İngiltere, İtalya gibi gelişmiş ölkelerde tarama oranlarının daha yüksek (%48-%80) olduğu bilinmektedir.⁸⁸ Bu doğırltuda Türkiye'de geçmiş yıllara göre KRK

taramalarında bir artış olduğu ancak bunun henüz gelişmiş ülkeler seviyesinde olmadığı söylenebilir.

Araştırmaya katılan bireylerin %57.7'si gaita gizli kan testini yaptırmakla ilgili bilgi sahibi olmadığı için testi yaptırmadığını bildirmiştir. Baran'ın¹¹³ 2014 yılında yaptığı çalışmada araştırmaya katılan bireylerin %85.7'sinin KRK tarama yöntemleri konusunda bilgi sahibi olmadığı saptanmıştır. Yalçınöz Baysal ve Türkoğlu'nun¹⁷ yaptığı çalışmada katılımcıların %89.7'sinin KRK tarama yöntemlerini bilmediği, %94.1'inin taramaya katılma yaşını bilmediği saptanmıştır. Nar'ın¹⁸ çalışmasında ise araştırmaya katılan bireylerin %62'sinin KRK'dan korunmak için alınacak önlemler hakkında bilgi sahibi olmadığı bulunmuştur. İran halkının %90'ından fazlasının KRK risk faktörleri, semptomları ve tarama testleri hakkında bilgi sahibi olmadığı belirlenmiştir.¹¹³ Çalışma sonuçları ile paralel olarak bizim çalışma bulgumuz da bireylerin KRK ile ilgili bilgi düzeylerinin düşük olduğunu göstermiştir. Bu durumda bilgi eksikliğinin KRK taramalarına katılmayı olumsuz yönde etkilediği söylenebilir.

Araştırmaya katılan bireylerin %48.1'i doktor istediği için GGK testi yaptırdığını ifade etmiştir. Benzer şekilde Türk ve Özmen'in⁸⁰ çalışmasında da bireylerin %83.3'ünün doktor istediği için test yaptırdığı bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin %60.9'u gelecekte GGK testi yaptırmayı düşündüğünü yani niyetlerinin olduğunu belirtmişlerdir. Baran'ın¹¹³ çalışmasında ise çalışmamızın aksine katılımcıların çoğunluğunun (%93.4'ünün) tarama testi yaptırmayı düşünmediği saptanmıştır. Almadi ve ark.'ın¹¹⁴ çalışmasında katılımcıların %70.7'sinin KRK taraması yaptırmaya niyetinin olduğu belirlenmiştir. Planlanmış Davranış Teorisine göre bireyin belirli bir davranışa yönelik niyeti ne kadar güçlü ise, davranışın gerçekleştirilme olasılığı da o kadar fazladır.¹¹⁵ Bu doğrultuda bizim çalışmamızda

bireylerin çoğunluğunun gelecekte GGK testi yaptırmaya niyetlerinin olması, gelecekte davranışa dönüştürmeleri açısından umut vericidir.

Çalışmamıza katılan bireylerin KRK'dan korunmaya yönelik SİM ölçeği puanları incelenmiştir (Tablo 4.3). İnceleme sonucunda güven yarar algısı boyutu puanı 43.60 ± 7.07 olarak saptanmıştır. Yarar algısı bireyin koruyucu sağlık davranışını gerçekleştirmesi ile yarar sağlayacağını düşünmesi yani GGK testi yaptırırsa hastalığa yakalanma riskinin azalacağını düşünmesidir. Nar'ın¹⁸ çalışmasında güven yarar algısı puanı 48.9 ± 5.10 olarak bulunmuştur. Yalçınöz Baysal ve Türkoğlu'nun¹⁷ çalışmasında 42.38 ± 9.02 olarak saptanmıştır. Yılmaz ve ark.'ın¹¹⁶ çalışmasında ise 17.48 ± 6.54 olarak bulunmuştur. Türk ve Özmen'in⁸⁰ çalışmasında ise 22.13 ± 5.51 olarak bulunmuştur. Bu alt boyuttan elde edilebilecek minimum ve maksimum değerler 11-55 puan arasındadır. Puanların artması güven yarar algısının arttığını göstermektedir. Çalışmamızdan elde edilen değer, ortalamanın üzerinde olup araştırmaya katılan bireylerin GGK testinin yararına inandıklarını göstermesi açısından sevindiricidir.

Çalışmamıza katılan bireylerin duyarlılık algısı alt boyutu puan ortalaması 11.00 ± 3.72 olarak bulunmuştur. Duyarlılık algısı bireylerin hastalığa yakalanabilme riskini algılaması durumudur. Bireyin kendisinin KRK'ya yakalanabileceği ihtimalini hissetmesidir. Nar'ın¹⁸ çalışmasında duyarlılık algısı alt boyutu puan ortalaması 15.10 ± 4.30 olarak, Yalçınöz Baysal ve Türkoğlu'nun¹⁷ çalışmasında 12.69 ± 4.35 olarak, Yılmaz ve ark.'ın¹¹⁶ çalışmasında 26.39 ± 3.85 olarak ve Türk ve Özmen'in⁸⁰ çalışmasında 22.72 ± 3.64 olarak saptanmıştır. Çalışmalar arasındaki farklılıkların çalışmaların yapıldığı bölge, örneklem sayısı ve örneklemin özelliklerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bu alt boyuttan alınabilecek değerler 6-30 puan arasındadır. Puanların artması duyarlılık algısının arttığını göstermektedir.

Çalışmamızdan elde edilen değer ortalamasının altında olup, araştırmaya katılan bireylerin KRK'ya yakalanabilecekleri ihtimalini düşük gördüklerini söyleyebiliriz.

Çalışmamıza katılan bireylerin engel algısı alt boyutu puan ortalaması 20.75 ± 5.83 olarak saptanmıştır. Engel algısı koruyucu sağlık davranışının gerçekleştirilmesini zorlaştıran faktörlerin birey tarafından algılanmasıdır. Nar'¹⁸ çalışmasında engel algısı puan ortalaması 15.20 ± 3.80 olarak, Yalçınöz Baysal ve Türkoğlu'nun¹⁷ çalışmasında 15.69 ± 4.30 olarak, Yılmaz ve ark.'¹¹⁶ çalışmasında 22.36 ± 4.93 olarak ve Türk ve Özmen'in⁸⁰ çalışmasında 19.30 ± 3.87 olarak saptanmıştır. Çalışmalar arasındaki farklılıkların çalışmaların yapıldığı bölge, örneklem sayısı ve örneklemin özelliklerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bu alt boyuttan alınabilecek değerler 6-30 puan arasındadır. Puan arttıkça engel algısı azalmaktadır. Çalışmamızdan elde edilen değer ortalamasının üstünde olup, araştırmaya katılan bireylerin GGK testi için engellerinin azaldığını göstermesi açısından sevindiricidir.

Çalışmamıza katılan bireylerin ciddiye algısı alt boyutu puan ortalaması 16.41 ± 4.01 olarak saptanmıştır. Ciddiyet algısı sağlığı tehdit eden bir durumun bireyde oluşturduğu anksiyetedir ve bireyler tarafından bu durumun ne kadar önemsendiği ile ilgilidir. Nar'¹⁸ çalışmasında ciddiye algısı alt boyutu puan ortalaması 16.50 ± 4.30 olarak, Yalçınöz Baysal ve Türkoğlu'nun¹⁷ çalışmasında 16.52 ± 4.00 olarak, Yılmaz ve ark.'¹¹⁶ yaptığı çalışmada 13.87 ± 0.58 olarak ve Türk ve Özmen'in⁸⁰ çalışmasında 12.77 ± 3.48 olarak saptanmıştır. Bu alt boyuttan alınabilecek değerler 5-25 puan arasındadır. Puanların artması ciddiye algısının arttığı anlamına gelmektedir. Bizim çalışmamızda elde edilen değer ortalamasının üzerinde olup diğer çalışmalarla da benzerlik göstermektedir. Bireylerin ciddiye algısının yüksek olması GGK testini yaptırmada önemli bir faktördür. Bu nedenle taramalara katılımın artırılması için ciddiye algısının artırılması gerekir.

Çalışmamıza katılan bireylerin GGK testi yaptıрма niyetlerine göre KRK'dan korunmaya yönelik SİM ölçeği puanlarının karşılaştırılması incelenmiştir (Tablo 4.4).

Çalışmamıza katılan bireylerden GGK testi yaptıрма niyeti ile güven yarar algısı boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olup ($p<0.05$) GGK testi yaptırmaya niyeti olanların puan ortalaması (45.26 ± 6.69), GGK testi yaptıрма niyetinde olmayanlardan (42.53 ± 7.14) daha yüksek bulunmuştur. GGK yaptıрма niyeti başka herhangi bir çalışmada incelenmemiş olup Yalçınöz Baysal ve Gözüm'ün¹¹⁷ kadınların meme kanseri ve mamografiye ilişkin sağlık inançlarının mamografi çekirtme niyetine etkisini incelediği çalışmasında mamografi çekirtmeye niyeti olan bireylerin güven yarar algısı boyutu puan ortalaması 19.42 ± 1.61 olarak, niyeti olmayanların ise 18.83 ± 2.32 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızla benzer şekilde bu çalışmada da koruyucu davranışlara niyeti olanların güven yarar algısı puanları daha yüksek çıkmıştır.

Çalışmamıza katılan bireylerin GGK testi yaptıрма niyeti ile sağlık inançlarından duyarlılık algısı alt boyutu arasındaki fark önemli ($p<0.05$) olup gelecekte GGK testi yaptırmaya niyeti olanların duyarlılık algısı puanı (11.89 ± 4.18), niyeti olmayanlardan (10.42 ± 3.28) daha yüksek bulunmuştur. Yalçınöz Baysal ve Gözüm'ün¹¹⁷ çalışmasında mamografi çekirtme niyetinde olan bireylerin duyarlılık algısı boyutu puan ortalaması (8.64 ± 2.52) mamografi çekirtme niyetinde olmayanlardan (5.74 ± 1.75) daha yüksek olarak saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan bireylerin GGK testi yaptıрма niyeti ile sağlık inançlarından engel algısı puan ortalaması arasındaki fark önemli ($p<0.05$) olup gelecekte GGK testi yaptırmaya niyeti olanların engel algısı puanı (21.63 ± 5.83), niyeti olmayanlardan (19.37 ± 5.58) daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç niyeti olanların GGK testini yaptırmak için engelleri daha az algıladığı anlamına gelmektedir. Benzer şekilde

Yalçınöz Baysal ve Gözüm'ün¹¹⁷ çalışmasında mamografi çekirme niyetinde olan bireylerin engel algısı boyutu puan ortalaması (29.05 ± 4.08), mamografi çekirme niyetinde olmayan bireylerin engel algısı boyutu puan ortalamasından (31.06 ± 5.31) daha düşük saptanmıştır.

Araştırmaya katılanların GGK testi yaptıрма durumlarına göre KRK'dan Korunmaya Yönelik SİM Ölçeğinin ciddiye algısı boyutu puanları açısından fark anlamsız ($p > 0.05$) iken diğer alt boyutlar açısından fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.5).

GGK testi yaptıranların güven yarar algısı puan ortalaması ve duyarlılık algısı puan ortalaması, GGK testi yaptırmayanlardan daha yüksek, engel algısı puan ortalamaları ise daha düşük bulunmuştur ($p < 0.05$).

Rawl ve ark.'ın¹¹⁸ çalışmasında yarar algısının yüksek olması ve engel algısının düşük olması durumunun, kolonoskopi yaptırmada önemli bir şekilde etkili olduğu bulunmuştur. Jacops'un¹¹⁹ çalışmasında engel (OR: 2.39) ve ciddiye algısının (OR:0.41) KRK taramalarına katılımda önemli faktörler olduğu bulunmuştur. SİM'e göre duyarlılık, ve yarar algısının yüksek, engel algısının düşük olması bireylerin koruyucu davranışı sergilemesini sağlamaktadır. Çalışma bulgumuz yapılan diğer çalışmalar ve literatürle uyumlu bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların sosyo-demografik özelliklerinin ve sağlık inançlarının GGK testi yaptıрма niyetlerini yordama gücünü anlamak amacıyla sadece önemli fark çıkan ($p < 0.05$) değişkenlere lojistik regresyon analizi uygulanmıştır (Tablo 4.6). Lojistik regresyon analizine göre GGK testi yaptıрма niyetini; kadın cinsiyet 0.49 (OR=0.49) kat, ailede kanser öyküsü varlığı 5.77 (OR=5.77) kat, güven yarar algısı 1.04 (OR=1.04) kat, ve duyarlılık algısı 1.10 (OR=1.10) kat artırmakta, engel algısı ise 0.92 (OR=0.92) kat azaltmaktadır. Benzer şekilde Yalçınöz Baysal ve Gözüm'ün¹¹⁷ sağlık

inançlarının mamografi çekirme niyetine etkisini incelediği çalışmada, mamografi çekirme niyetini sağlık inançlarından yarar algısı (OR=1.21), duyarlılık algısı (OR=1.95) arttırırken engel algısının (OR=0.90) ise azalttığı saptanmıştır. Salz ve ark.'ın¹²⁰ KRK'dan sağ kalan bireyler üzerinde yaptığı çalışmada kolonoskopi yaptıрма niyetini; KRK olma ihtimaline sahip olma algısı yani duyarlılık (OR=2.00), yarar (OR=1.08) ve engel algılarının (OR= 0.51) etkilediği saptanmıştır.

Çalışmamızda GGK testi yaptıрма niyetini, kadın cinsiyete sahip olmanın 0.49 kat (OR=0.49) arttırdığı saptanmıştır. Bu durum kadınların KRK tanısı almaktan daha fazla korkması ve bu nedenle gelecekte erkeklere göre GGK testi yaptırmayı daha fazla istemelerinden kaynaklanabilir. Ayrıca çalışmamızda kadınların erkeklere göre güven yarar algılarının daha yüksek, engel algılarının ise daha düşük olması (Tablo 4.8), niyetlerini olumlu yönde etkilemiş olabilir. GGK testi yaptıрма niyetini inceleyen çalışma yok denecek kadar azdır. Almadi ve ark.'ın¹¹⁴ çalışmada GGK testi yaptıрма niyeti ile bireylerin cinsiyetinin ilişkili olmadığını bunun yanı sıra bireylerin eğitim durumu, medeni durum ve gelir durumu gibi özelliklerinin de ilişkili olmadığını bulmuştur.

Çalışmamızda ailede KRK öyküsü bulunma durumu ile GGK testi yaptıрма niyeti arasındaki fark önemli ($p<0.05$) bulunmuş olup ailesinde kanser öyküsü olma durumu, GGK testi yaptıрма niyetini 5.77 (OR=5.77) kat arttırmıştır. Çalışmamızdaki ailede KRK öyküsü bulunma durumu ile niyet arasındaki bu ilişki aynı zamanda davranış arasında da bulunmuştur (Tablo 4.7). GGK testi yaptıрма davranışını ailesinde kanser öyküsü olanlar 5.30 kat arttırmıştır (OR=5.30). Ailesinde kanser öyküsü olan bireyler bu hastalığa karşı kendilerini risk altında hissetmiş ve hastalığı daha fazla ciddiye almış olabilir. Bu nedenle de ailesinde kanser öyküsü olmayan bireylere göre GGK testi yaptırmaya daha fazla niyet etmiş ve bunu davranışa dönüştürmüş olabilir. Nitekim He

ve arkadaşlarının¹²¹ çalışmasında da ailesinde KRK öyküsü olan bireylerin tarama testi yaptırmaya olasılığı daha yüksek bulunmuştur. Bunun aksine Nar'ın¹⁸ SİM'i temel alarak KRK'lı hastaların birinci derece akrabaları üzerinde yaptığı çalışmada, KRK açısından genetik riski bulunan bireylerin tarama davranışlarının ve sağlık inançlarının yetersiz olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılanların sosyo-demografik özelliklerinin ve sağlık inançlarının GGK testi yaptırmaya davranışını yordama gücünü anlamak amacıyla sadece önemli fark çıkan ($p<0.05$) değişkenlere lojistik regresyon analizi uygulanmıştır (Tablo 4.7). Analiz sonucunda GGK testi yaptırmaya davranışını, kadın cinsiyet ($OR=0.36$) ve ailede kanser öyküsü varlığının ($OR=5.30$) arttırdığı, ölçek alt boyutlarından ise güven yarar algısı ($OR=1.11$) ve duyarlılık algısının ($OR=1.09$) davranışı arttırdığı saptanmıştır. Engel algısının ise aslında GGK testi yaptırmaya davranışı üzerinde önemli olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir.

Rawl ve ark.'ın¹¹⁸ çalışmasında, yarar algısının yüksek ve engel algısının düşük olmasının kolonoskopi yaptırmada önemli bir faktör olduğu bulunmuştur. Jacops'un¹¹⁹ çalışmasında engel ($OR=2.39$) ve ciddiyet algısı ($OR=0.41$), taramalara katılımda önemli bulunmuştur. Bu çalışmaların aksine bizim çalışmamızda engel algısının önemli bulunmaması, bireylerin hastalığı bir tehdit olarak görmemiş olmalarından kaynaklanabilir. Araştırmaya katılan bireylerin sağlık inançlarından sadece hastalığa yakalanma olasılığının (duyarlılık algısı) fazla olması ve GGK testi yaptırmaya bu hastalıktan korunmada ve erken teşhiste fayda sağlayacağı düşüncesi (yarar algısı) daha fazla etkili olmuştur.

Yapılan lojistik regresyon analizinde kadınların 0.37 kat ($OR=0.37$) daha fazla GGK testi yaptırdıkları söylenebilir. Benzer şekilde Yılmaz ve ark.'ın¹¹⁶ yaptığı çalışmada da kadınların GGK testi yaptırmaya oranının erkeklerle oranla 5.2 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Farklı şekilde Hodge ve arkadaşları¹⁹ tarafından yapılan çalışmada

kadınların KRK taramalarına daha az katıldıkları saptanmıştır. Cinsiyet ile ilgili çalışmalar arasındaki bu farklılığın örneklem grubunun sahip olduğu eğitim düzeyi, bölgenin kültürü gibi faktörlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda ailesinde KRK kanser öyküsü (OR=5.30) bulunmasının, GGK testi yaptırmaya davranışı üzerinde daha fazla etkili olduğu hatta sağlık inançlarından bile daha etkili faktörler olduğu saptanmıştır. Ailesinde kanser öyküsü olan bireyler bu hastalığa karşı kendilerini daha duyarlı hissetmiş ve hastalığı daha fazla ciddiye almış olabilir. Bu nedenle de ailesinde kanser öyküsü olmayan bireylere göre GGK testi yaptırmaya daha fazla niyet etmiş ve bunu davranışa dönüştürmüş olabilir.

Sağlık güvencesinin GGK testi yaptırmaya davranışı üzerinde etkili bir faktör olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.7). Pirinççi ve ark.'ın¹²² yaptığı bir çalışmada sağlık güvencesi ile KRK taramalarının bilinirliği arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. He ve ark.'ın¹²¹ çalışmasında sağlık sigortasının yokluğu, KRK taramasının azalmasıyla ilişkili bulunmuştur. Guessous ve ark.'ın¹²³ çalışmasında sağlık sigortasının olmaması KRK taramalarına katılmada bir engel olarak görülmüştür. Yapılan birçok çalışmada sağlık sigortasının KRK taramaları üzerinde etkisi saptanırken bizim çalışmamızda etkili bulunmamıştır. Bu durumun, GGK'nın ASM'ye başvuran tüm bireylere ücretsiz uygulanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda yarım saatten fazla yürüyüş yapmanın GGK testi yaptırmaya davranışı üzerinde etkili bir faktör olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.7). Yılmaz ve ark.'ın¹¹⁶ çalışmasında ise egzersiz yapmanın GGK testi yaptırmaya üzerine anlamlı etkisi olduğu bulunmuştur. Literatürde de fiziksel aktivitede bulunmanın KRK'dan korunmada etkili olduğu belirtilmektedir.²⁰ Aslında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimseyen bireylerin tarama davranışlarında da olumlu tutum içinde olmaları beklenirken bizim çalışmamızda farklı şekilde ilişki saptanmamıştır.

Tüm bunlardan hareketle kadın cinsiyet, ailesinde bağırsak kanseri öyküsü olma ve güven yarar algısı ile duyarlılık algısının yüksek olmasının GGK testine katılımda etkili faktörler olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılanların tanıtıcı özelliklerine göre KRK'dan korunmaya yönelik SİM ölçeği puanlarının karşılaştırılması incelenmiştir (Tablo 4.8).

Araştırmaya katılan kadınların güven yarar algısı puanları, erkeklerden daha yüksek, engel algısı puanları erkeklerden daha düşük saptanmıştır ($p<0.05$). Nar'ın¹⁸ yaptığı çalışmada cinsiyetle SİM ölçeği alt boyutları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Türk ve Özmen'in⁸⁰ çalışmasında cinsiyet ve SİM ölçeği alt boyutları arasından sadece güven-yarar alt boyutu arasında anlamlı fark bulunmuş araştırmaya katılan bireylerden erkeklerin güven yarar algısı alt boyutu puanı daha yüksek bulunmuştur. Literatürde de tarama davranışlarının kendisinin sağlığı için yararını algılayan (yarar algısı), bu taramaları yaptırmaktan alıkoyan nedenlerin farkında olan ve bu engellerin üstesinden gelebilen bireylerin (engel algısı) GGK testini yaptırmayı beklenmektedir.¹²⁴ Nitekim çalışmamızda kadınların erkeklere oranla daha fazla GGK testi yaptırmayı da bu bulguyu destekler niteliktedir.

Araştırmamıza katılan bireylerin beden kitle indeksleri ile SİM ölçeği alt boyutları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Yılmaz ve arkadaşlarının¹¹⁶ yaptığı çalışmada BKİ'nin sağlık inançları ile ilişkili olmadığı saptanmıştır.

Araştırmamızda evli olanların bekarlara göre güven yarar algısı boyutu puanları daha yüksek bulunmuştur. Türk ve Özmen'in⁸⁰ çalışmasında medeni durum ve SİM ölçeği alt boyutları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çalışmamızla benzer şekilde Guessous ve ark.'ın¹²³ çalışmasında evli olmak ya da bir partnerle yaşamak KRK taramalarına katılmada kolaylaştırıcı bir faktör olarak saptanmıştır. Evli olan

bireylerin genel olarak daha düzenli bir hayatlarının olması sebebiyle sağlık düzeylerinin daha iyi olması, taramaların yararını daha fazla algılamalarında etkili olmuş olabilir.

Araştırmamıza katılan bireylerin eğitim durumu ile SİM ölçeği alt boyutları incelendiğinde; güven yarar algısı, duyarlılık algısı ile engel algısı alt boyutu arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Nar'¹⁸ çalışmasında eğitim durumu ile tüm alt boyutlar arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Çalışmamızda okuryazar olanların olmayanlara göre ve ilkokul mezunu olanların okuryazar olmayanlara göre güven yarar algısı puanları daha yüksek bulunmuştur. Üniversite mezunu olanların diğerlerine göre duyarlılık alt boyutu puanları daha yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde Yılmaz ve ark.'¹¹⁶ çalışmasında eğitim düzeyi arttıkça duyarlılık algısının arttığı saptanmıştır ($p<0.05$). Üniversite mezunu olanların, okuryazar olmayan, okuryazar ve ilkokul mezunlarına göre engellerinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızdan farklı olarak Türk ve Özmen'⁸⁰ çalışmasında okuryazar olanların lise ve üzeri eğitim alanlardan daha yüksek engel algısı yaşadığı saptanmıştır. Taştan ve ark.'¹²⁵ yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bizim çalışmamızda yüksek eğitim düzeyine sahip olanların daha fazla engel algılamalarının nedeni bu bireylerin tarama sonuçlarından korkmuş olabilmelerinden kaynaklanabilir.

Araştırmamıza katılan bireylerin sağlık güvencesi durumu ile SİM ölçeği alt boyutları incelendiğinde duyarlılık algısı ve engel algısı alt boyutu arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Sağlık güvencesi olanların duyarlılık algısı puanları daha yüksek, engel algısı puanları ise daha düşük bulunmuştur. Nar'¹⁸ çalışmasında ise sağlık güvencesi ile SİM ölçeği alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sağlık güvencesinin olmaması taramalara katılmada bir engel olarak görülmektedir.¹²³

Çalışmamızda sağlık güvencesi olanların engelleri daha az algılamaları bu faktörün bireyler tarafından kolaylaştırıcı bir etken olarak görülmesinden kaynaklanmış olabilir.

Araştırmamıza katılan bireylerin gelir durumu ile SİM alt boyutları incelendiğinde güven yarar algısı ve engel algısı alt boyutu arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Gelirini giderinden fazla olarak tanımlayan bireylerin az olarak tanımlayanlara göre duyarlılık algısı puanları daha yüksek, engel algıları ise daha düşük bulunmuştur. Yapılan bazı çalışmalarda ise gelir durumu ile sağlık inançları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.^{80,116} Bizim çalışmamızda gelir durumu sağlık inançlarını etkileyen bir faktör olarak bulunmasına karşın GGK testi yaptırma davranışı üzerinde etkili bir faktör olarak bulunmamıştır.

Araştırmamıza katılan bireylerin sigara içme durumu ile SİM ölçeği alt boyutları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Benzer şekilde yapılan bazı çalışmalarda da sigaranın SİM ölçeği alt boyutları ile arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.^{18, 116}

Araştırmamızda alkol kullanma durumunun, sağlık inançlarından sadece duyarlılık algısı ile arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Alkol kullanmayan bireylerin duyarlılık algısı puanları daha yüksek çıkmıştır. Çalışmamızın aksine Yılmaz ve ark.'ın¹¹⁶ yaptığı çalışmada alkol kullanan bireylerin duyarlılık algısı ile arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. KRK konusunda duyarlı bireylerin alkol kullanmaması beklenen bir sonuçtur.

Araştırmamıza katılan bireylerin egzersiz yapma durumları yarım saatten az veya yarım saatten fazla yürüyüş yapanlar olarak SİM ölçeği alt boyutları ile karşılaştırıldığında engel algısı alt boyutu ile anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Yılmaz ve ark.'ın¹¹⁶ yaptığı çalışmada egzersiz yapma ile SİM ölçeği alt boyutları incelendiğinde güven yarar alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Araştırmamızda ailesinde bağırsak kanseri tanısı alan bireylerin, almayanlara göre sağlık inançlarından sadece duyarlılık algılarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Benzer şekilde Nar'¹⁸ çalışmasında bir yakınına KRK'dan kaybetmek duyarlılık algısını etkileyen bir değişken olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızın aksine Türk ve Özmen'in⁸⁰ çalışmasında, aile öyküsünde KRK tanısı olanlarda duyarlılık algısının düşük olduğu görülmüştür. Ailesinde kanser öyküsü olan bireyler bu hastalığa karşı kendilerini daha fazla risk altında hissetmiş ve hastalığı daha fazla ciddiye almış olabilir. Bu nedenle de ailesinde kanser öyküsü olmayan bireylere göre GGK yaptırmış olabilirler.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Birinci basamağa başvuran bireylerin KRK'ya yönelik sağlık inançlarının GGK testi yaptırma durumlarına etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın sonucunda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Araştırmaya katılan bireylerin yüzde 57.7'sinin bilgi eksikliğinden dolayı GGK yaptırmadığı belirlenmiştir.
- Araştırmaya katılan bireylerin sadece %20.6'sının GGK testi yaptırdığı saptanmıştır.
- Araştırmaya katılan bireylerin %60.9'unun gelecekte gaitada gizli kan testi yaptırmaya niyetlerinin olduğu saptanmıştır.
- Gaitada gizli kan testi yaptırma davranışını; kadın cinsiyetin 0.36 kat, ailesinde bağırsak kanseri öyküsü varlığının 5.30 kat, güven yarar algısının 1.11 kat ve duyarlılık algısının 1.09 kat arttırdığı tespit edilmiştir.
- Gaitada gizli kan testi yaptırma niyetini; kadın cinsiyetin 0.49 kat, ailede kanser öyküsü varlığının 5.77 kat, güven yarar algısının 1.04 kat ve duyarlılık algısının 1.10 kat artırdığı engel algısının ise 0.92 kat azalttığı tespit edilmiştir.
- Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sağlık güvencesi, gelir, alkol kullanma, günlük yürüyüş yapma süresi, ailede bağırsak kanseri tanısı alma durumu ve ailede bağırsak kanseri tanısı alan bireylerin yakınlık derecesi gibi özelliklerinin kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inançları üzerinde etkili olduğu saptanmıştır.

Araştırmadan elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir:

Birinci basamakta çalışan hemşirelerin planlayacağı eğitimlerle bireylerin KRK tarama yöntemleri ile ilgili bilgi eksikliklerinin giderilerek GGK testi yaptırılması konusundaki farkındalıkları arttırılmalıdır.

Yapılacak eğitimlerde hemşireler, bireylerin sağlık inançlarını dikkate almalıdır. Özellikle bireylerin GGK testi yaptırma davranışında etkili olan güven yarar algısı ve duyarlılık algıları arttırılmaya çalışılmalıdır.

GGK testi tarama programına katılan bireylerin oranı istendik düzeyde olmadığı için bölgemizde ve ülkemizde tarama programlarına daha fazla ağırlık verilmelidir. Sağlık personelleri, sağlık müdürlükleri ve Sağlık Bakanlığı bu konuya daha fazla eğilmelidir.

Hemşireler kitle iletişim araçları ile (radyo programları gibi) daha geniş kitleye ulaşarak bu konuda toplumda farkındalık oluşturulmalı, erken dönemde KRK'nın önlenabilir bir kanser olduğu geniş kitlelere duyurularak taramaya katılım oranları arttırılmalıdır.

Birinci basamakta çalışan hemşireler; bireylere KRK'dan korunmaya yönelik egzersiz, sigara ve alkol kullanımı gibi konulardan her fırsatta bahsetmeli, özellikle ailede KRK varlığı durumunda tarama programlarına katılımın aksatılmadan devamlılığın sağlanması konularına da dikkat çekmelidir.

KAYNAKLAR

1. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/ erişim tarihi 17 Nisan 2017
2. Siegel R, De Santis C, Jemal A. Colorectal cancer statistics. *CA Cancer J Clin.* 2014, 64:104-117.
3. Segnan ve ark. Kolorektal Kanser Taraması ve Teşhisinde Avrupa Birliği Kalite Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
4. <http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/kolorektal.pdf> erişim tarihi: 04 Haziran 2017
5. Tuncer M, Özgül N, Olcayto E, Gültekin M, Dede, İ. Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi. TC Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı.
6. Karahasanoğlu T. Kolorektal Kanserler: Tanı ve Cerrahi Tedavi. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Gastrointestinal Sistem Hastalıkları Sempozyumu. 2001, 272-279. İstanbul
7. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/324kal%C4%B1nba%C4%9F%C4%B1rsak-kanseri-kolorektal-kanser.html> 14 Mart 2019
8. Keskinlik B. ve ark. (Ed). (2016). Türkiye Kanser Kontrol Programı. Ankara
9. Boyle P, Langman JS. ABC of colorectal cancer. *Epidemiology. BMJ.* 2000, 321(7264): 805–808.
10. <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-turleri/45-kalin-bagirsak-kanseri.html> erişim tarihi 20 Nisan 2017
11. Akyüz S, Erkal İlhan, S. Kolorektal Kansere Bağlı Stoma Açılan ve Açılmayan Hastalarda Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Karşılaştırılması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2016.

12. Tozan-Beceren A, Omurtag GZ, Yeğen C, Şardaş S. Kolorektal kanser tanısı konmuş olgularda ve birinci derece yakınlarında DNA hasarının araştırılması. *MÜSBED*. 2011, 1:155-161.
13. Aksoy G, Güven E. Kolorektal Kanser Öncesi Beslenme Alışkanlığının İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2010.
14. Koç Ş, Esin M.N. Kolorektal Kanser Risk Danışmanlığının Riskli Bireylerin Birincil ve İkincil Koruma Davranışlarını Geliştirmeye Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2014.
15. Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. Eylül 2011, 25:145-154.
16. Abraham, C. ve Sheeran, P. Sağlık inanç 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
17. Baysal HY, 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*. 2013, 10:1238-1250.
18. Nar Ş, Esin M.N. Kolorektal Kanserli Hastaların Birinci Derece Akrabalarının Hastalıkla İlgili İnançları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2010.

19. 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*, 2014, 21, No. 2:48-55
20. Güven E. Kolorektal Kanseri Öncesi Beslenme Alışkanlığının İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2010.
21. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ijc.25516> Erişim Tarihi: 09 Ocak 2018.
22. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2011, Mar; 61: 69-90.
23. <http://www.turkcerrahi.com/wp-content/uploads/kolon-ve-rektum-kanseri.pdf> Erişim Tarihi:10.Ocak.2018
24. Center MM, Jemal A, Ward E. International trends in colorectal cancer incidence rates. *Cancer Epidemiol Biomark Prev*, 2009, Jun; 18: 1688-94.
25. Kohler BA, Ward E, McCarthy BJ, Schymura MJ, Ries LA, Ehemann C, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2007 featuring tumors of the brain and other nervous system. *J Natl Cancer Inst*, 2011, May 4; 103: 714-36.
26. Bray F, Ren JS, Masuyer E, Ferlay J. Global estimates of cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. *Int J Cancer*, 2013, Mar 1,132: 1133-45.
27. Troisi RJ, Freedman AN, Devesa SS. Incidence of colorectal carcinoma in the US: an update of trends by gender, race, age, subsite, and stage, 1975-1994. *Cancer*, 1999, Apr 15; 85: 1670-6.
28. Edwards BK, Ward E, Kohler BA, Ehemann C, Zauberg AG, Anderson RN, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2006, featuring

- colorectal cancer trends and impact of interventions (risk factors, screening, and treatment) to reduce future rates. *Cancer*, 2010, Feb 1,116: 544-73.
29. Howlader N, Noone AM, Krapcho M, Neyman N, Amonou R, Altekruse SF, et al. (eds). *SEER Cancer Statistics Review, 1975-2009 (Vintage2009 Populations)*. Bethesda, MD: National Cancer institute; 2012 Apr. Available at http://seer.cancer.gov/csr/1975_2009/vols09/. Based on November 2011 SEER data submission
 30. Polat S, Kara A. Kolorektal Kanser Hücrelerinde Melatonin ve Cisplatin Uygulamasının Otofaji ve Apoptoz Üzerine Etkilerinin Araştırılması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2015.
 31. Tantoğlu U. Hereditör Nonpolipozis Kolorektal Kanser, Ailesel Kolorektal Kanser ve Sporadik Kolorektal Kanser Hastalarının Soyağacı, Mismatch Repair Gen Mutasyonuna Bağlı Mikrosatellit İstabilite Oranlarının Karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Tezi, 2012.
 32. Kim EC, Lance P. Colorectal polyps and their relationship to cancer. *Gastroenterology clinics of North America* 1997; **26**: 1-17.
 33. Büyükdoğan M. Kolorektal Kanserde Genetik ve Etiyolojik Faktörler. *Selçuk Tıp Dergisi*, 2009, 25 :171-180.
 34. <http://gastro.uludag.edu.tr/eski-site/k0805.php> erişim tarihi: 13 Ocak 2018
 35. You YN, Xing Y, Feig BW, Chang GJ, Cormier JN. Young-onset colorectal cancer: is it time to pay attention? *Arch Intern Med*, 2012, Feb 13; 172(3): 287-9.
 36. Murphy G, Devesa SS, Cross AJ, Inskip PD, McGlynn KA, Cook MB. Sex disparities in colorectal cancer incidence by anatomic subsite, race and age. *Int J Cancer*, 2011, Apr 1; 128: 1668-75.

37. Soderlund S, Granath F, Brostrom O, Karlen P Lofberg R, Ekbom A, et al. Inflammatory bowel disease confers a lower risk of colorectal cancer to females than to males. *Gastroenterology*, 2010, May; 138: 1697-703.
38. Scolhefield, JH., Eng, C. *Kolorektal Kanser Tanı ve Klinik Yönetimi*. (Çeviri Editörü) Alabaz Ö. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2016.
39. World Cancer Research Fund and American Institute for Cancer Research. Colorectal cancer report 2010: *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Colorectal Cancer*, 2011.
40. Curado MP Edwards B, Shin HR, Storm H, Ferlay J, Heanue M, et al. *Cancer Incidence in Five Continents. [IX]*, 2007 Lyon, IARC Scientific Publications No. 160. IARC
41. Mucci LA, Wedren S, Tamimi RM, Trichopoulos D, Adami HO. The role of gene- environment interaction in the aetiology of human cancer: examples from cancers of the large bowel, lung and breast. *J Intern Med*, 2001, Jun; 249: 477-93.
42. Fuchs CS, Giovannucci EL, Colditz GA, Hunter DJ, Stampfer MJ, Rosner B, et al. Dietary fiber and the risk of colorectal cancer and adenoma in women. *N Engl J Med*, 1999, Jan 21, 340: 169-76.
43. Winawer SJ, Zauber AG, Gerdes H, O'Brien MJ, Gottlieb LS, Sternberg SS, et al. Risk of colorectal cancer in the families of patients with adenomatous polyps. National Polyp Study Workgroup. *N Engl J Med*, 1996, Jan 11, 334: 82-7.
44. Atkin WS, Morson BC, Cuzick J. Long-term risk of colorectal cancer after excision of rectosigmoid adenomas. *N Engl J Med*, 1992, Mar 5; 326: 658-62.
45. Ahsan H, Neugut AI, Garbowski GC, Jacobson JS, Forde KA, Treat MR, et al. Family history of colorectal adenomatous polyps and increased risk for colorectal cancer. *Ann Intern Med*, 1998, Jun 1; 128: 900-5.

46. Nakama H, Zhang B, Fukazawa K, Abdul Fattah AS. Family history of colorectal adenomatous polyps as a risk factor for colorectal cancer. *Eur J Cancer*, 2000, Oct; 36: 2111-4.
47. Mulder SA, Kranse R, Damhuis RA, Ouwendijk RJ, Kuipers EJ, van Leerdam ME. The incidence and risk factors of metachronous colorectal cancer: an indication for follow-up, *Ms Colon Rectum*, 2012, May; 55: 522-31.
48. Soderlund S, Brandt L, Lapidus A, Karlen P, Broström O, Lofberg R, et al. Decreasing time-trends of colorectal cancer in a large cohort of patients with inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*, 2009, May; 136: 1561-7
49. Jess T, Loftus EV Jr., Velayos FS, Harmsen WS, Zinsmeister AR, Smyrk TC, et al. Risk of intestinal cancer in inflammatory bowel disease: a population-based study from Olmsted County, Minnesota. *Gastroenterology*, 2006, Apr; 130: 1039-46.
50. Rutter MD, Saunders BP, Wilkinson KH, Rumbles S, Schofield G, Kamm MA, et al. Thirty-year analysis of a colonoscopic surveillance program for neoplasia in ulcerative colitis. *Gastroenterology*, 2006, Apr; 130: 1030-8.
51. Ekblom A, Helmick C, Zack M, Adami HO. Ulcerative colitis and colorectal cancer. A population-based study. *N Engl J Med*, 1990, Nov 1; 323: 1228-33.
52. 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*, 2008, Feb 16; 371(9612): 569-78.
53. Giovannucci E, Ascherio A, Rimm EB, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC. Physical activity, obesity, and risk for colon cancer and adenoma in men. *Ann Intern Med*, 1995, Mar 1; 122: 327-

54. 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*, 1997, Jul 2; 89: 948-55.
55. Calle EE, Rodriguez C, Walker-Thurmond K, Thun MJ. Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of US adults. *N Engl J Med*, 2003, Apr 24; 348: 1625-38.
56. He J, Strain DO, Kolonel LN, Henderson BE, Le ML, Haiman CA. The association of diabetes with colorectal cancer risk: the Multiethnic Cohort *Br J Cancer*, 2010, Jun 29; 103: 120-6.
57. Larsson SC, Orsini N, Wolk A. Diabetes mellitus and risk of colorectal cancer: a metaanalysis. / *Natl Cancer Inst*, 2005, Nov 16; 97: 1679-87
58. Yang YX, Hennessy S, Lewis JD. Type 2 diabetes mellitus and the risk of colorectal cancer. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2005, Jun; 3: 587-94.
59. Yuhara H, Steinmaus C, Cohen SE, Corley DA, Tei Y, Buffler PA. Is diabetes mellitus an independent risk factor for colon cancer and rectal cancer? *Am J Gastroenterol*, 2011, Nov; 106: 1911-21
60. Ma J, Poliak MN, Giovannucci E, Chan JM, Tao Y, Hennekens CH, et al. Prospective study of colorectal cancer risk in men and plasma levels of insulin-like growth factor (IGF)-I and IGF-binding protein-3. *J Natl Cancer Inst*, 1999, Apr 7-9; 91: 620-5.
61. Ma J, Giovannucci E, Poliak M, Leavitt A, Tao Y, Gaziano JM, et al. A prospective study of plasma C-peptide and colorectal cancer risk in men. / *Natl Cancer Inst*, 2003, Apr 7; 96: 54-53.

62. Dehal AN, Newton CC, Jacobs EJ, Patel AV, Gapstur SM, Campbell PT. Impact of diabetes mellitus and insulin use on survival after colorectal cancer diagnosis: the Cancer Prevention Study-II Nutrition Cohort. / *Clin Oncol*, 2012, Jan 1, 30: 53-9.
63. Chan DS, Lau R, Aune D, Vieira R, Greenwood DC, Kampman E, et al. Red and processed meat and colorectal cancer incidence: meta-analysis of prospective studies. *PLoS One*, 2011, 6: e20456.
64. Cross AJ, Ferrucci LM, Risch A, Graubard BI, Ward MB, Park Y, et al. A large prospective study of meat consumption and colorectal cancer risk: an investigation of potential mechanisms underlying this association. *Cancer Res*, 2010, Mar 15; 70: 2406-14.
65. Aune D, Chan DS, Lan R, Vieira R, Greenwood DC, Kampman E, et al. Dietary fibre, whole grains, and risk of colorectal cancer: systematic review and dose-response metaanalysis of prospective studies. *BMJ*, 2011, 343: d6617
66. Cho E, Smith-Warner SA, Spiegelman D, Beeson WL, van den Brandt PA, Colditz GA, et al. Dairy foods, calcium, and colorectal cancer: a pooled analysis of cohort studies. / *Natl Cancer Inst*, 2004, Jul 7- 96: 1015-22.
67. Park Y, Leitzmann MF, Subar AF, Hollenbeck A, Schatzkin A. Dairy food, calcium, and risk of cancer in the NIH-AARP Diet and Health Study. *Arch Intern Med*, 2009, Feb 23; 169: 391-401
68. Wu K, Willett WC, Fuchs CS, Colditz GA, Giovannucci EL. Calcium intake and risk of colon cancer in women and men. / *Natl Cancer Inst*, 2002, Mar 20; 94: 437-46.
69. Aune D, Lau R, Chan DS, Vieira R, Greenwood DC, Kampman E, et al. Dairy products and colorectal cancer risk: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Ann Oncol*, 2012, Jan; 23: 37-45.

70. American Cancer Society. *Cancer Facts and Figures 2012*. Atlanta: American Cancer Society; 2012.
71. Botteri E, Iodice S, Bagnard V, Raimondi S, Lowenfels AB, Maisonneuve P. Smoking and colorectal cancer: a meta-analysis. *JAMA*, 2008, Dec 17- 300: 2765-78.
72. Botteri E, Iodice S, Raimondi S, Maisonneuve P, Lowenfels AB. Cigarette smoking and adenomatous polyps: a meta-analysis. *Gastroenterology*, 2008, Feb; 134: 388-95.
73. Fedirko V, Tramacere I, Bagnardi V, Rota M, Scotti L, Islami F, et al. Alcohol drinking and colorectal cancer risk: an overall and dose-response meta-analysis of published studies. *Ann Oncol*, 2011, Sep; 22: 1958-72.
74. Poynter JN, Gruber SB, Higgins PD, Almog R, Bonner ID, Rennert HS, et al. Statins and the risk of colorectal cancer. *N Engl J Med*, 2005, May 26; 352(21): 2X84-92.
75. Rennert G, Pinchev M, Rennert HS, Gruber SB. Use of bisphosphonates and reduced risk of colorectal cancer. *J Clin Oncol*, 2011, Mar 20; 29: 1146-50.
76. Singh H, Nugent Z, Demers A, Mahmud S, Bernstein C. Exposure to bisphosphonates and risk of colorectal cancer: a population-based nested case-control study. *Cancer*, 2012, Mar 1; 118: 1236-43.
77. <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-turleri/45-kalin-bagirsak-kanseri.html> Erişim tarihi: 28 Ocak 2017
78. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetlerinde Okul Sağlığı Kitabı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2008.

79. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/raporlar/Ulusal_Kanser_Kontrol_Plani_2013_2018.pdfErişim tarihi: 27 Ocak 2019
80. Türk S. Özmen D. Kolon Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Tutumların ‘’Sağlık İnanç Modeline’’ Temellendirilerek İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Manisa: Celal Bayar Üniversitesi, 2015.
81. 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. Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği, İstanbul: 2010, sayfa 39-68
82. Turan E, Yalçın B, Yücel İ, Unal M. İlk Kez Tanı Konan Kolorektal Kanser Hastalarının Epidemiyolojik Özellikleri, *Türk Aile Hek Derg*, 2012, 16:169-177
83. Young GP, St John DJ, Winawer SJ, Rozen P. Choice of fecal occult blood tests for colorectal cancer screening: recommendations based on performance characteristics in population studies: WHO (World Health Organization) and OMED (World Organization for Digestive Endoscopy) report. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 2499-2507.
84. Nakama H, Yamatoto M, Kamijo N, Li T, Wei N, Fattah AS, Zhang B. Colonoscopic evaluation of immunochemical fecal occult blood test for detection of colorectal neoplasia. *Hepatogastroenterology*, 1999, 46: 228-31.
85. Rex DK, Cutler CS, Lemmel G et al. Colonoscopic miss rates of adenomas determined by back-to-back colonoscopies. *Gastroenterology*, 1997, 112: 24-8.
86. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdB/yayinlar/Kitaplar/Kolorektal_Kanser_Taramasi_ve_Teshisinde_Avrupa_Birligi_Kalite_Rehberi.Pdf Erişim Tarihi: 27 Ocak 2019

87. Utku ÖG, Ergül B, Oğuz D. Gaitada Gizli Kan Testi Pozitifliği Nedeni ile Kolonoskopi Yapılan Hastaların Kolonoskopik ve Psonuçlarının Değerlendirilmesi. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bölümü, 2018. DOI: 10.17941/agd.431639
88. https://www.iccpportal.org/system/files/plans/Ulusal_Kanser_Kontrol_Plani_2013_2018.pdf Erişim Tarihi: 27 Ocak 2019
89. Yarbrow CH, Wujcik D, Gobel B. Principles and Practice (7 nd ed), Sudbury, Jones and Barlett publ. *Cancer Nursing*, 2011, p 1931.
90. Kanbur A, Çapık C. Servikal kanserden korunma, erken tanı-tarama yöntemleri ve ebe/hemşirenin rolü. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2011, 18:61-72.
91. Varricchio CG. *A Cancer Source Book for Nurses* (7 nd ed), Sudbury, Jones and Barlett publ, 2014, p 583.
92. Mahon, S.M. Prevention and screening of gastrointestinal cancers. *Seminars in Oncology Nursing*, 2009, 25: 15-31.
93. Glaus A, Rieger PT. *Early Detection of Cancer. In: Nursing Patient With Cancer* (1 nd ed), Kearney N, Richardson A, China, Elsevier, 2006, p 167-194
94. Gözüml S, Çapık C. Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Bir Rehber; Sağlık İnancı Modeli. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2014, 7, 230-237
95. 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*. 2003; 7: 33- 38
96. Özsoy S, Ardahan M, Özmen D. Reliability and Validity of the Colorectal Cancer Screening Belief Scale in Turkey. *Cancer Nursing*, 2007, 30:139-145.

97. Çenesiz E, Atak N. Türkiye’de Sağlık İnanç Modeli ile Yapılmış Araştırmaların Değerlendirilmesi, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007, 6, S:427-434
98. Baltaş Z. *Sağlık Psikolojisi. Halk Sağlığında Davranış Bilimleri*. 2000; İstanbul, Remzi Kitapevi.
99. Champion V. Revised susceptibility, benefits, and barriers scale for mammography screening. *Research in Nursing and Health*. 1999, 22: 341–348
100. Karayurt Ö, Dramalı A. Adaptation of Champion's health belief model scale for Turkish women and evaluation of the selected variables associated with breast selfexamination. *Cancer Nursing*, 2007, 30, 69- 77
101. Sortet JP, Banks SR. Health beliefs of rural Appalachian women and the practice of breast self-examination. *Cancer Nursing*. 1997, 20: 231- 235
102. Gözüm S, Aydın İ. Validation evidence for Turkish adaptation of Champion's health belief model scales. *Cancer Nursing*. 2004; 27:491- 498
103. Champion VL. Instrument refinement for breast cancer screening behaviors. *Nursing Research*. 1993, 42: 139–143 abstrack accessed 13.01.2009
104. Gözüm S, Karayurt Ö. ve Aydın Ğ. Meme Kanseri Taramalarında Champion’un Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Türkçe Uyarlamalarına ilişkin Sonuçlar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2004, 1, 71-85.
105. Alberts D.S. ve Hess L.M. (Eds.). Introduction to Cancer Prevention. Fundamentals of Cancer Prevention. Second Edition, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, Tucson, Arizona, 2010, 1-12.
106. <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-turleri/45-kalin-bagirsak-kanseri.html> Erişim Tarihi 12 Şubat 2018

107. Patel SG, ve Ahnen D.J. Screening for colon polyps and cancer. İçinde A.B. Miller (Ed.), *Epidemiologic studies in cancer prevention and screening*. New York: Springer; 2013, 169-182.
108. Mahon SM. Prevention and screening of gastrointestinal cancers. *Seminars in Oncology Nursing*, 2009, 25: 15-31.
109. Vaizoğlu SA, Turhan T, Temel F, Bolat Ö, Baydar O, Bacanlı A, Asarcıklı F, Güler Ç. Birinci Basamakta 50 Yaş ve Üzeri Bireylerde Kolorektal Kansere İlişkili Olabilecek Bazı Faktörlerin ve Gaitada Gizli Kan Tetkikine Uyumun Değerlendirilmesi, *Turkish Journal of Geriatrics*, 2010, 13: 79-86
110. Güvenç G, Seven M, Kılıç A, Akyüz A, Akcan G. Breast, Cervical, And Colorectal Cancer Screening Status Of A Group Of Turkish Women, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2012, 13(9)
111. Salimzadeh H, Delavari A, Montazeri A, Mirzazadeh A. Knowledge and practice of Iranians toward colorectal cancer, and barriers to screening. *Int J Prev Med*. 2012, 3: 29-35.
112. Bidouei F, Abdolhosseini S, Jafarzadeh N, Izanloo A, Ghaffarzadehgan K, Abdolhosseini A, et al. Knowledge and perception toward colorectal cancer screening in east of Iran. *Int J Health Policy Manag* 2014, 3: 11–15. <https://dx.doi.org/10.15171/ijhpm.2014.48>
113. Karataş Baran G, Pınar G, Şahin S. Elli Yaş ve Üzeri Kadınların Kolorektal Kansere Yönelik Farkındalık Durumları ve Kolorektal Kansere Risk Faktörlerinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, 2014
114. Almadi MA, Mosli MH, Bohlega MS, AlEssa MA, AlDohan MS, Alabdallatif TA, AlSogri TY, Algahtani FA, Mandil A. Effect of Public Knowledge, Attitudes

- and Behavior an Willigness to Undergo Colorectal Cancer Screening Using the Health Belief Model. 2018, October 22. IP: 194.27.49.156
115. Ajzen I. “The Theory of Planned Behavior”, *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 1991, 50: 179-211.
116. Yılmaz M, Dereli F, Yelten G. Elli Yaş ve Üzerindeki Bireylerin Bazı Sosyodemografik Özellikleri, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık İnançlarının Kolon Kanseri İlişkin Tarama Davranışlarına Etkisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2016, 13: 226-234
117. Baysal HY, Gözüm S. Meme Kanseri ve Mamografiye İlişkin Sağlık İnançları ile Telefonla Hatırlatmanın Tekrar Mamografi Çektirmeye Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2008.
118. Rawl S, Champion VL, Menon U, Loehrer P, Vance GH & Skinner CS. Validation of scales to measure benefits of and barriers to colorectal cancer screening. *J Psychosoc Oncol*. 2001, 19(3/4) :47-63.
119. Jacobs L. Health beliefs of first-degree relatives of individuals with colorectal cancer and participation in health maintenance visits: a opulation-based survey. *Cancer Nursing*. 2002, 25: 251-265.
120. Salz T, Brewer NT, Sandler RS, Weiner BJ, Martin CF, Weinberger M. Associatio of Health Belief and Colonoscopy use Among Survivors of Colorectal Cancer. *J Cancer Surviv*. 2009, December; 3: 193–201. doi:10.1007/s11764-009-0095-0.
121. He E, Lew B-J, Egger S, Banks E, Ward RL, Beral V, Confell K. Factots associated with participation in colorectal cancer screening in Australia: Results

- from the 45 and up study cohort. 2018, Volume 106. January 2018. Pages 185-193.
122. Pirinççi S, Benli C, Okyay P. Üçüncü Basamak Sağlık Merkezine Başvuranlarda Kolorektal Kansere Tarama Programı Farkındalık Çalışması. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2015, 14 Issue 3.
123. Guessous I, Dash C, Lapin P, Doroshenk M, Smith RA, Klabunde CN, And for the National Colorectal Cancer Roundtable Screening Among the 65 Plus Task Group. *Preventive Medicine*, 2019, 50: 3-10
124. 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 _rst-degree relatives. *Patient Educ Couns* 2008; 71: 215-227. <https://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2008.01.013>.
125. Taştan S, Andsoy II, İyigün E, Evaluation of the Knowledge, Behavior and Health Beliefs of Individuals over 50 Regarding Colorectal Cancer Screening, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2012, 14.

EKLER

EK-1 ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı	: Zeynep Genç
Doğum tarihi	: 25.07.1992
Doğum yeri	: Tekkeköy
Medeni hali	: Bekar
Uyruğu	:T.C.
Adres	:Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, 25240 ERZURUM
Tel	: 0442 236 00 00
Faks	:0449 236 00 00
E-mail	zynphzlgnc@hotmail.com
Eğitim	
Lise	:Suluova Şehit Metehan Atmaca Anadolu Lisesi (2006)
Lisans	:İstanbul Üniversitesi F. N. Hemşirelik Fakültesi (2010)
Yüksek lisans	:Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı (2015-2019)
Doktora	:-
Yabancı Dil Bilgisi	
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
İlgi Alanları ve Hobiler	

EK-2 ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

EK-2 ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

Yüksek Lisans Tezi olarak *Dr. Öğr. Üyesi Hasret YALÇINÖZ BAYSAL* danışmanlığında sunulan “**Birinci Basamakta Bireylerin Kolorektal Kansere Yönelik Sağlık İnançları İle Gaitada Gizli Kan Testi Yaptırma Durumlarının Belirlenmesi**” başlıklı çalışmanın tarafımızdan bilimsel etik ilkelere uyularak yazıldığını, yararlanılan eserlerin kaynakçada gösterildiğini, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından belirlenmiş olan Turnitin Programı benzerlik oranlarının aşılmadığını ve aşağıdaki oranlarda olduğunu beyan ederiz.

Tez Bölümleri	Tezin Benzerlik Oranı (%)	Maksimum Oran (%)
Giriş	15	15
Genel Bilgiler	11	30
Materyal ve Metod	29	35
Bulgular	10	10
Tartışma	5	15

Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi halde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz. 25/ 02/ 2019

Öğrenci Adı-Soyadı

Zeynep Genç



Danışman Adı-Soyadı

Dr. Öğr. Üyesi Hasret Yalçınöz Baysal



* Tez ile ilgili YÖKTEZ’de yayınlamasına ilişkin bir engelleme var ise aşağıdaki alanı doldurunuz.

☐ Tezle ilgili patent başvurusu yapılması / patent alma sürecinin devam etmesi sebebiyle Enstitü Yönetim Kurulunun/.../.... tarih ve sayılı kararı ile teze erişim 2 (iki) yıl süreyle engellenmiştir.

☐ Enstitü Yönetim Kurulunun/.../.... tarih ve sayılı kararı ile teze erişim 6 (altı) ay süreyle engellenmiştir.

EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ ETİK KURUL RAPORU

Sayı:2017-6/3

Tarih: 22/06/2017

Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu Zeynep GENÇ, Hasret YALÇINÖZ BAYSAL isimli araştırmacılar tarafından yapılması planlanan “Birinci Basamakta Bireylerin Kolorektal Kansere Yönelik Sağlık İnançları İle Gaitada Gizli Kan Testi Yaptırma Durumlarının Belirlenmesi” başlıklı araştırmayı etik açıdan **uygun bulmuştur.**

Prof. Dr. Gülşen ERYILMAZ
Başkan

Prof. Dr. Duygu KIRKAN
Üye

Prof. Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU
Üye

Prof. Dr. Neziha KARABULUT
Üye

Prof. Dr. Reva BALCI AKPINAR
Üye



ATATURK UNIVERSITY
THE ETHICS COMMITTEE REPORT OF NURSING FACULTY

Number: 2017-6/3

Date : 22/06/2017

The titled “Determination of the Health Beliefs About Colorectal Cancer in the Primer Care of the Individual and the Status of Having A secret Blood Test in a Stool” application by the following researchers Zeynep GENÇ, Hasret YALÇINÖZ BAYSAL was found ethically suitable by The Ethics Committee of Nursing Faculty of Atatürk University.

Prof. Dr. Gülşen ERYILMAZ

Prof. Dr. Duygu ARIKAN

Prof. Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU

Prof. Dr. Neziha KARABULUT

Prof. Dr. Reva BALCI AKPINAR

EK-4. KURUM İZİNLERİ



T.C.
ERZURUM VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 44827528/604.02
Konu : Araştırma İzin Talebi (Yrd. Doç. Dr.
Hasret YALÇINÖZ BAYSAL)

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Personel Daire Başkanlığı)

İlgi : 22/11/2017 tarihli ve E.324416 sayılı yazınız.

Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Yrd. Doç. Dr. Hasret YALÇINÖZ BAYSAL sorumluluğunda yüksek lisans öğrencisi Zeynep GENÇ tarafından yapılmak istenen "Birinci Basamakta Bireylerin Kolorektal Kansere Yönelik Sağlık İnançları ile Gaitada Gizli Kan Testi Yaptırma Durumlarının Belirlenmesi" konulu araştırma için Müdürlüğümüzün görüşünün istenildiği anlaşılmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 07.04.2016 tarihli ve 29677 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanmış olan 6698 sayılı "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu"nu hükümlerine istinaden, kişisel bilgilerin şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılması denilmektedir. Bu sebeple araştırma kapsamında ulaşılmak istenen kişilere ait herhangi bir bilginin araştırmacıya verilemeyeceğinden araştırmacının katılımcılara kendi imkânları ile ulaşması gerekmektedir.

Bununla birlikte, aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda katılımcılardan onam alınması, aile sağlığı Merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde mesai saatleri ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir.

Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi uygun bulunmuştur. Tamamlanan araştırma raporu 2 nüsha olarak Müdürlüğümüze verilmesi gerekmekte olup, bir nüshası Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne gönderilecektir. İlgili kişiye durumun bildirilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim

e-imzalıdır.
Dr. Mahmut UÇAR
İl Sağlık Müdürü

Hastaneler Caddesi Halk Sağlığı Müdürlüğü A blok Yakutiye /ERZURUM

Bilgi için:Emine ŞAT CANCAN

Faks No:

Unvan:EBE

e-Posta:Emine.Sat@sağlik.gov.tr İnt.Adresi: Emine ŞAT CANCAN

Telefon No:444 34 76- Dahili : 2525

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 0dc3f786-3aa5-4755-afd9-062b78f83c8c kodu ile erişebilirsiniz.

EK-5. GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRİLMESİ ONAY FORMU

Değerli bireyler,

Günümüzde kolorektal kanser, en sık görülen kanserler arasındadır. Dünyada ve Türkiye’de sıklığı giderek artmakta olan bu kanser araştırmacıları bu konuda çalışmaya yönlendirmiştir.

Bazı yöntemlerle erken tanıya olanak sağlayan bir kanser türü olduğu için avantajlı olduğu düşünülen bir hastalıktır. Erken tanı yöntemlerinden birisi ve en az maliyetli olanı ise Gaitada Gizli Kan Testi ile taramadır. Çalışmaya katılacak olan bireylerin bu konuda duyarlılık kazanacağı veya duyarlılığının artacağı dolayısıyla çevresindeki bireylere de bu konuda farkındalık kazandıracağı görüşündeyiz.

Bu nedenle bireylerin sağlık inançlarının onların gaitada gizli kan testi yaptırmasındaki etkisini incelemek istiyoruz. Yüksek lisans tezi olarak planladığımız bu çalışmada araştırmaya katılmada gönüllülük esastır. Konuyla ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunuzda çalışmamıza katılmak isterseniz formu herhangi bir ücret ödemeksizin imzalayınız. Ayrıca bu formu doldurduğunuzda size bir ücret ödenmeyeceğini de bilgilerinize sunarız.

Bu araştırmada size toplamda 18 sorudan oluşan kişisel bilgi formu ve 33 sorudan oluşan kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inanç modeli ölçeği uygulanacaktır. 15-20 dakika sürecek olan bu anket formunda destek istediğinizde araştırmacı size yardımcı olacaktır. Vereceğiniz bilgilerin gizliliği korunacak olup bilimsel çalışma dışında kullanılmayacağını temin ederiz. Çalışmaya katılmama ya da kabul ettikten sona vazgeçme hakkına sahipsiniz.

İlginiz ve desteğiniz için teşekkür ederim.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Araştırmacının Adı- Soyadı: Zeynep Genç

İmzası:

Gönüllünün Adı- Soyadı:

İmzası:

EK-6. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

- 1 Yaşınız:.....
- 2 Cinsiyetiniz: 1.Erkek 2.Kadın
- 3 Kilonuz:.....
- 4 Boyunuz:.....
- 5 Medeni durumunuz:
1.Bekar 2.Evli 3.Dul 4.Boşanmış
- 6 Eğitim durumunuz:
1.Okuryazar değil 2.Okuryazar
3.İlkokul 4.Ortaokul
5.Lise 6.Üniversite
- 7 Sağlık güvenceniz: 1.Var 2.Yok
- 8 Gelir durumunuz:
1.Gelir giderden az
2.Gelir gidere denk
3.Gelir giderden fazla
- 9 Sigara kullanıyor musunuz? 1.Evet
2.Hayır
- 10 Alkol kullanıyor musunuz? 1.Evet 2.Hayır
- 11 Günde kaç dakika yürüyüş yapıyorsunuz?
1.Yarım saatten az
2.Yarım saatten fazla
12. Bağırsak kanseri tanısı aldınız mı? 1.Evet 2.Hayır
13. Ailenizde bağırsak kanseri tanısı alan var mı? 1.Evet
2.Hayır
14. Ailenizde bağırsak kanseri tanısı alan akrababanıza yakınlık dereceniz:
1.Anne-Baba-Kardeş-Evlat (1. Derece Yakın)
2.Dede-Nine-Torun (2. Derece Yakın)
3.Amca-Dayı-Hala-Teyze (3. Derece Yakın)
15. Daha önce Gaitada Gizli Kan Testi yaptırdınız mı?
1.Evet 2.Hayır
16. Yaptırdıysanız ne zaman yaptırdınız?

- 1.Şikayetler başladığında
- 2.Genel kontrol amacıyla
- 3.Ailede bağırsak kanseri tanısı alan birey olduğu için
- 4.Doktor istemiyle
- 5.Diğer

17. Yaptırmadıysanız neden yaptırmadınız?

- 1.Rahatsız olacağımı düşündüğüm için
- 2.Olumsuz sonuç çıkacağını düşündüğüm için
- 3.Yaptırmakla ilgili bilgi sahibi olmadığım için
- 4.Diğer

18. Yaptırmayı düşünüyor musunuz?

- 1.Evet
- 2.Hayır

EK-7. 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 derecede katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
FAKTÖR 1 (GÜVEN-YARAR-SAĞLIK MOTİVASYONU)					
1- Sağlık sorunlarımı erken saptamak isterim.					
2- Sağlığımı sürdürme benim için son derece önemlidir.					
3- Gerekirse, barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırma konusunda kendime güvenirim.					
4-Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırmak, kanseri erken dönemde yakalama fırsatı verir.					
5- Sağlıklı olmak için yeni bilgiler araştırırım.					
6- Barsak kanseri olursam, düzenli kontrolleri sürdürebilirim.					
7- Sağlıklı olmak için yapılacakların önemini biliyorum.					
8-Barsak alışkanlığımdaki (boşaltımındaki) normal ve anormal değişiklikleri fark edebilirim.					
9-Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırırsam, barsak kanserinden ölme olasılığım azalır.					
10-Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırırsam, barsak kanseri geliştiğinde büyük ve biçimsiz ameliyat (kolostomi) olma olasılığım azalacak.					
11- Düzenli kontrol yaptırırsam, barsak kanserini erken saptarım.					
FAKTÖR 2 (DUYARLILIK)					
12- Gelecekte büyük olasılıkla barsak kanseri olacağım.					
13- Gelecekte barsak kanseri olacağımı hissediyorum.					
14- Gelecek on yıl içinde barsak kanseri olma olasılığım var.					
15- Barsak kanseri olma olasılığım yüksek.					

16- Benim barsak kanseri olma olasılığım herkesten daha yüksek.					
17- Barsak kanseri olursam eşimle ilişkilerim bozulur.					
FAKTÖR 3 (ENGEL)					
18- Barsak kanseri hakkında konuşmaktan rahatsız olurum.					
19-Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırsaydım, barsak kanseri hakkında fazla endişelenmeyecektim.					
20-Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptıрма beni utandırır.					
21- Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptıрма barsak kanseri hakkında beni endişelendirir.					
22-Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptıрма çok zaman alır.					
23- Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırmak hoş değildir.					
FAKTÖR 4 (SAĞLIK MOTİVASYONU)					
24- Dengeli beslenirim.					
25- Haftada en az üç kez egzersiz (spor) yaparım.					
26- Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptıрма ileride kansere dönüşebilecek oluşumların (polip, kronik kabızlık vs.) erken tanısında bana yardımcı olur.					
27-Hasta olmasam da düzenli kontrollerimi yaptırırım.					
28- Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptıрма çok pahalıya mal olur.					
FAKTÖR 5 (CİDDİYET)					
29- Barsak kanseri olma düşüncesi beni korkutur.					
30-Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol (check-up) yaptırsaydım, kendimi iyi hissedecektim.					
31- Barsak kanseri olabileceğimi düşündüğümde kalbim daha hızlı çarpar.					
32- Barsak kanseri olursam, tüm yaşamım değişecektir.					
33- Barsak kanseri olursam, 5 yıldan fazla yaşayamam.					