

**T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**ADİYAMAN İLİ GÖLBAŞI İLÇESİNDE YAŞAYAN
BİREYLERDE KOLOREKTAL KANSER TARAMASI
TUTUMLARININ BELİRLENMESİ VE GAİTADA GİZLİ
KAN TARAMASI**

GÜNDEM YAKAN

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

GAZİANTEP

2018

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ADİYAMAN İLİ GÖLBAŞI İLÇESİNDE YAŞAYAN
BİREYLERDE KOLOREKTAL KANSER TARAMASI
TUTUMLARININ BELİRLENMESİ VE GAİTADA GİZLİ
KAN TARAMASI

GÜNDEM YAKAN

Hasan Kalyoncu Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin

Hemşirelik Anabilim Dalı'nın

Tezli Yüksek Lisans Programı İçin Öngördüğü

YÜKSEK LİSANS TEZİ

olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI:




Prof. Dr. Tülay ORTABAĞ

GAZİANTEP


2018

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisi **Gündem YAKAN** tarafından hazırlanan “**Adıyaman İli Gölbaşı İlçesinde Yaşayan Bireylerde Kolorektal Kanser Taraması Tutumlarının Belirlenmesi ve Gaitada Gizli Kan Taraması**” başlıklı tez, 17.07.2018 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

<u>Görevi</u>	<u>Unvanı Adı Sovadı Kurumu/Üniversitesi</u>	<u>İmzası:</u>
Tez Danışmanı	: Prof. Dr. Tülay ORTABAĞ Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBF	
Jüri Başkanı	: Prof. Dr. Nuran TOSUN Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBF	
Jüri Üyesi	: Dr. Öğr. Üyesi Serpil ÖZDEMİR Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane HF	

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun kararıyla onaylanmıştır.


Prof. Dr. Ayla YAVA
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerini aktaran, çalışma süresince tez danışmanlığımı üstlenerek bana yol gösteren, tez konumun belirlenmesinde, çalışmamın planlanması, yürütülmesi ve yazım aşamalarında göstermiş olduğu bilimsel katkı ve destekleri için danışmanım Sayın Hocam Prof. Dr. Tülay ORTABAĞ'a,

Tez çalışmam için gerekli izinleri ve destekleri veren Adıyaman Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne ve tezimin veri toplama aşamasında her türlü teknik ve manevi desteklerini esirgemeyen ve büyük emeği olan Gölbaşı 2 nolu Aile Sağlığı Merkezinde Aile Hekimi Ebesi olarak çalışan sevgili Nuran BALCI'ya,

Araştırmaya katılmayı kabul eden ve bana zaman ayıran tüm katılımcılara,

Tez çalışmam boyunca desteğini esirgemeyen, her zaman sabır ve hoşgörülle yanımda olan babama ve beni yetiştirip bu günlere getiren rahmetlik anneme,

Tüm kalbimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Gündem YAKAN

Gaziantep, 2018

ÖZET

Gündem YAKAN, Adıyaman İli Gölbaşı İlçesinde Yaşayan Bireylerde Kolorektal Kansere Taraması Tutumlarının Belirlenmesi ve Gaitada Gizli Kan Taraması, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik AD Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2018. Bu çalışmada Adıyaman ili Gölbaşı ilçesinde yaşayan bireylerde Gaitada Gizli Kan (GGK) testi ile Kolorektal Kansere (KRK) taraması ve bireylerin kansere taramasına yönelik tutumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmamızın örneklemini, Adıyaman ili Gölbaşı ilçesi 2 No'lu ASM'de Mart-Mayıs 2017 tarihleri arasında Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 50-70 yaş arasındaki 563 birey oluşturmaktadır. Çalışmada bireylerin sosyodemografik özelliklerini ve kolorektal kansere risk faktörlerini belirleyen anket formu ile Kolorektal Kansere Taraması Tutum İnanç Ölçeği yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmış, vücut kitle indeksini belirlemek için katılımcıların boy ve kilo oranları araştırmacı tarafından ölçülmüştür. Elde edilen verilere göre bireylerin yaş ortalaması 59.35 ± 6.15 ve % 52.6'sı kadın, % 88.6'sı evlidir. Kolorektal Kansere Taraması Tutum İnanç Ölçeği'nin alt boyutlarından alınan puan ortalamaları sırasıyla; önemseme - tutarlılık alt boyutu puan ortalaması (15.61 ± 2.10), sosyal etki alt boyutu puan ortalaması (14.94 ± 2.40), duyarlılık algısı alt boyutu puan ortalaması (10.18 ± 2.20), yanıt etkinliği alt boyutu puan ortalaması (7.90 ± 1.14) ve kansere endişesi alt boyutu puan ortalaması (6.82 ± 1.95) olarak bulunmuştur. Önemseme-tutarlılık algısı üzerinde etkili olan faktörler; evli olmak olarak belirlenmiştir ($p=0.000$). Duyarlılık algısı üzerinde etkili olan faktörler; cinsiyet ve eğitim durumu olarak belirlenmiştir ($p=0.000$). Yanıt etkinliği algısı üzerinde etkili olan faktörler; eğitim durumu olarak belirlenmiştir ($p=0.001$). Kansere endişesi algısı üzerinde etkili olan faktörler; cinsiyet ve çalışma durumu olarak belirlenmiştir ($p=0.000$), ($p<0.001$). Çalışma kapsamında 563 bireye immunokimyasal gaitada gizli kan (iGGK) testi yapılmış (%93.8) ve katılımcıların %7.1'inin ($n=40$) test sonucu pozitif bulunmuştur. iGGK test sonucu pozitif çıkan bireylerden bir kişiye kolonoskopi sonrası tübülovillöz adenom tanısı konmuştur. KRK, kansere bağlı ölümler arasında önemli bir yer tutmaktadır. Risk düzeyi yüksek olan bireyler öncelikli olmak üzere KRK taramalarına katılımı arttırmak için toplum tabanlı taramalar yapılmalıdır. Toplum Sağlığı Merkezleri, Aile Sağlığı Merkezleri ve Kansere Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri'nde çalışan hekim ve hemşirelerin KRK taramalarına katılımı arttırmak için toplumu bilgilendirmesi, tavsiye vermesi ve KRK risk faktörleri konusunda eğitim programları hazırlaması taramaları arttırmaya katkı sağlayacağı sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kolorektal Kansere, Kolorektal Kansere Taraması, Gaitada Gizli Kan Testi

ABSTRACT

Gündem YAKAN, Determination of Colorectal Cancer Screening Attitudes and Screening of Fecal Occult Blood in individuals in living Gölbaşı district in Adıyaman province, Hasan Kalyoncu Üniversty Institute of Health Science Department of Nursing Master Thesis, Gaziantep, 2018. In this study, it was aimed to determine of Colorectal Cancer (CRC) Screening Attitudes with of Fecal Occult Blood (FOBT) test among individuals aged between 50 and 70. 563 individuals aged between 50 and 70 who presented to Adıyaman province to Gölbaşı district 2'nd family health center, family physician policlinic between March and May 2017 constituted sample of study. The factors that have been taken into consideration throughout this research are as follows; the socio-demographics of individuals colorectal cancer risk faktors. These factors have been scaled and evaluated using a survey form and this scale was applied with face –to- face interview technique. A research specialist has been appointed in order to determine the Body Mass Index (BMI). According to the obtained data, the average age of the individuals is 59.35 ± 6.15 years 52.6% of them are female and 88.6% of them are married. The average of scores were taken from the sub-groups of Colorectal Cancer Screening Attitude and Belief Scale, have been found as (15.61 ± 2.10) the average of scores for the care-consistency sub- group, (14.94 ± 2.40) the average of scores for the social influence sub-group (10.18 ± 2.20) the average of scores for the sense of sensitivity sub- group, (7.90 ± 1.14) the average of scores for the response activity sub-group and (6.82 ± 1.95) the average of scores for the cancer worry sub-group respectively. Factors effect on care and sense of consistency have been identified as being married ($p=0.000$). Factors effect on sense of sensitivity have been identified as to being educational status and gender ($p=0.000$). Factors effect on response activity have been identified as being educational status ($p=0.001$). Factors effect on cancer worry have been identified as to being working status and gender ($p=0.000$), ($p<0.001$). Within the scope of the study, the immunochemical fecal occult blood test (iFOBT) was performed on 563 individuals (%93.8) and 7.1% of the participants ($n = 40$) were found to be positive for the test result. Tubulovillous adenoma were diagnosed after colonoscopy to a person from individuals who were positive for (iFOBT) test results. CRC has an important place among cancer-related deaths. Population –based screenings should be performed to increase participation in CRC screening principally on individualls with high risk level. It is concluded that physicians and nurses working in Community Health Center, Family Health Center, and Cancer Early Diagnosis, Screening and Training Centers should give informational advices to the community and prepare training programs on CRC risk factors to increase the participation in CRC screenings will contribute to increase the screenings.

Key Words: Colorectal Cancer, Colorectal Cancer Screening, Fecal Occult Blood Test.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

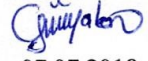
TEZ SAVUNMA TUTANAĞI	
TEŞEKKÜR	1
ÖZET	11
ABSTRACT	111
İÇİNDEKİLER	IV
TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI	VII
TABLolar DİZİNİ	VIII
ŞEKİLLER DİZİNİ	IX
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	X
1. GİRİŞ	
1.1 Konunun Önemi ve Problemin Tanımı.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. Kolon ve Rektum Anatomisi.....	4
2.2. Kolon ve Rektum Fizyolojisi.....	5
2.3. Kolorektal Kanser Epidemiyolojisi.....	5
2.4. Kolorektal Kanser Etiyolojisi.....	6
2.5. Kolorektal Kanser Risk Faktörleri.....	7
2.5.1. Genetik Risk Faktörleri.....	7
2.5.2. Çevresel Risk Faktörleri.....	7
2.6. Kolorektal Kanser Gelişim Süreci ve Klinik Özellikleri.....	9
2.7. Kolorektal Kanserde Erken Tanı ve Tarama Yöntemleri.....	10
2.8. Dünya’da ve Türkiye’de Kolorektal Kanser Tarama Oranları.....	17
2.9. Kolorektal Kanserden Korunma ve Hemşirenin Rolü.....	18
2.10. Kolorektal Kanserlerin Taranmasında Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Rolü.....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın Amacı.....	24
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	24
3.3. Araştırmanın Etik Yönü.....	24
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	25

3.5. Verilerin Toplanması.....	25
3.6. Veri Toplama Araçları.....	25
3.6.1. Sosyo- demografik Verileri Toplama Formu.....	25
3.6.2. KRK Risk Faktörleri Verilerinin Saptanması.....	26
3.6.3. Kolorektal Kanser Taraması Tutum İnanç (KKTTİ) Ölçeği.....	26
3.6.4. Gaitada Gizli Kan (GGK) Testi.....	28
3.7. Araştırmanın Uygulanması.....	28
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	29
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	29
4. BULGULAR	
4.1. Sosyo-demografik Özelliklere İlişkin Bulgular.....	30
4.2. KRK Risk Faktörlerine İlişkin Bulgular.....	31
4.3. Katılımcıların KKTTİ Ölçeğinin Alt Boyutlarından Aldığı Puanları Gösteren Bulgular.....	37
4.4. KKTTİ Ölçeğinin Alt Boyutları İle Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulgular.....	40
4.5. KKTTİ Ölçeğinin Alt Boyutları İle Katılımcıların KRK Risk Faktörleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulgular.....	43
4.6. Katılımcıların GGK Testi Dağılımlarına İlişkin Bulgular.....	45
4.7. GGK Testi İle KRK Risk Faktörlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	46
4.8. GGK Testi Pozitif Olan Kişilerin KRK Risk Faktörlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	47
4.9. GGK Testi Sonucuna Göre Katılımcıların KKTTİ Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımlarına İlişkin Bulgular.....	47
5. TARTIŞMA	
5.1. Sosyo-demografik Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	49
5.2. KRK Risk Faktörlerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	51
5.3. Katılımcıların KKTTİ Ölçeğinin Alt Boyutlarından Aldığı Puanlar ve Alt Boyutları Etkileyen Sosyo-demografik Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	59
5.4. KKTTİ Ölçeğinin Alt Boyutları İle Katılımcıların KRK Risk Faktörleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulguların Tartışılması.....	63
5.5. Katılımcıların GGK Testi Dağılımlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	65
5.6. Katılımcıların GGK Testi İle KRK Risk Faktörlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	65

5.7. GGK Testi Pozitif Olan Katılımcıların KKK Risk Faktörlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	66
5.8. KKTTİ Ölçeğinin Alt Boyutları İle Katılımcıların GGK Testi Sonuçları Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulguların Tartışılması.....	67
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	
6.1. Sonuçlar.....	69
6.2. Öneriler.....	70
7. KAYNAKLAR.....	72
EKLER.....	86
Ek 1. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı	
Ek 2. Etik Kurul Onay Formu	
Ek 3. Etik Kurul Kararı	
Ek 4. Halk Sağlığı Müdürlüğü İzin Belgesi	
Ek 5. Kolorekta Kanseri Taraması Tutum İnanç Ölçeği Kullanım İzni Yazısı	
Ek 6. Veri Toplama Formu	
Ek 7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	
Ek 8. Kolorektal Kanseri Bilgilendirme Broşürü	
Ek 9. İntihal Raporu	
Ek 10. Araştırmacının Özgeçmişi	

TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Adıyaman İli Gölbaşı İlçesinde Yaşayan Bireylerde Kolorektal Kansere Taraması Tutumlarının Belirlenmesi Ve Gaitada Gizli Kan Taraması” başlıklı çalışmanın tarafımda, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.



07.07.2018

Gündem YAKAN

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No.

Tablo 1. Katılımcıların Cinsiyet Değişkenine Göre Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı...	30
Tablo 2. Katılımcıların BKİ Değişimine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	31
Tablo 3. Katılımcıların Bireysel Alışkanlıklarının Dağılımı.....	32
Tablo 4. Katılımcıların Tıbbi Öyküsüne İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	33
Tablo 5. Katılımcıların Bağırsak Hastalığı Öyküsüne İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	34
Tablo 6. Katılımcıların Bağırsak Hastalığı İle İlgili Son Bir Yıldır Mevcut Olan Belirti- bulgularına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	35
Tablo 7. Katılımcıların Beslenme Özelliklerinin Dağılımı	36
Tablo 8. Katılımcıların Günlük Tüketilen Su Miktarı Dağılımı.....	37
Tablo 9. Katılımcıların KKTTİ Ölçeğinin Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Dağılımları...	37
Tablo 10. Katılımcıların KKTTİ Ölçeğinin Madde Ortalamalarına Göre Puan Dağılımları.....	38
Tablo 11. Katılımcıların Cinsiyet Değişkeni İle KKTTİ Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 12. Katılımcıların Medeni Durum Değişkeni İle KKTTİ Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 13. Katılımcıların Eğitim Durumu Değişkeni İle KKTTİ Ölçeği Alt boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 14. Katılımcıların Çalışma Durumu Değişkeni İle KKTTİ Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	43
Tablo 15. Katılımcıların Kronik Hastalık Değişkeni İle KKTTİ Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	43
Tablo 16. Katılımcıların Egzersiz Durumu Değişkeni İle KKTTİ Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	44
Tablo 17. Katılımcıların Bağırsak Kanseri Öykü Değişkeni İle KKTTİ Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	45
Tablo 18. Katılımcıların GGK Testi Dağılımları	45
Tablo 19. GGK Testinin Cinsiyete Göre Dağılımı	46
Tablo 20. GGK Testi Sonucuna Göre Katılımcıların KKTTİ Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	47

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No.

Şekil 1. Kolorektal Kanserin Kolonda Yerleşim Yerine Göre Dağılımı.....	4
Şekil 2. İmmunokimyasal Gaitada Gizli Kan Testi Uygulama Şeması.....	14
Şekil 3. Katılımcıların KKTTİ Ölçeği En Yüksek Üç Madde Ortalamalarına Göre Bar Grafiği Gösterimi.....	39
Şekil 4. Katılımcıların KKTTİ Ölçeği En Düşük Üç Madde Ortalamalarına Göre Bar Grafiği Gösterimi.....	39



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

Simgeler

n:	Sayı
%:	Yüzde
Min:	Minimum
Max:	Maximum
SS:	Standart Sapma

Kısaltmalar

KRK:	Kolorektal Kanser
GLOBOCAN:	Global Burden of Cancer Study
GGKT:	Gaitada Gizli Kan Testi
FAP:	Familial Adenomatous Polyposis (Ailesel Adenomatöz Polipozis)
HNPCC:	Hereditör Non Polipozis Kolorektal Kanser (Hereditör Non Polipozis Kolorektal Kanser- Lynch Sendromu)
ACS:	American Cancer Society-Amerikan Kanser Birliği
gGGK:	Guaiac tabanlı Gaitada Gizli Kan
iGGK:	İmmünokimyasal Gaitada Gizli Kan
ASM:	Aile Sağlığı Merkezi
KETEM:	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
TSM:	Toplum Sağlığı Merkezi
AH:	Aile Hekimi
AÇS:	Aile Sağlığı Çalışanı
KKTTİ:	Kolorektal Kanser Taraması Tutum İnanç
BKİ:	Beden Kitle İndeksi

1. GİRİŞ

1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı

Kanser, bir organizmadaki hücrelerin kontrolsüz bir şekilde bölünüp üremeleri ile ortaya çıkan, genetik ve çevresel koşulların etkisi altında olan kötü huylu tümör oluşumu olarak tanımlanmaktadır (1,2). Kanser, dünya genelinde giderek artan bir sağlık problemidir ve toplumlarda önemli bir sosyoekonomik yüke, bireylerde de maddi ve manevi kayıp ve zorluklara yol açmaktadır. 2014 yılında yayımlanan dünya kanser istatistiklerine göre; ölüm nedenleri arasında kanser ilk sırada yer almaktadır (3). Dünyada en sık görülen kanser türleri; Akciğer Kanseri 1.8 milyon (%13.0), Meme Kanseri 1.7 milyon (%11.9), Kolorektal Kanserler (KRK) 1.4 milyon (%9.7)'dir. Global Burden of Cancer Study (GLOBOCAN) 2012 verilerine göre; dünyada KRK, tüm kanserler arasında sıklık sırasına göre üçüncü sırada yer almaktadır (4). Yaşa bağlı olarak, kadınlarda insidans ve mortalite oranı sırasıyla 100.000'de 37.5 ve 14.1 iken, erkeklerde bu oranlar daha yüksek olup sırasıyla yüzbinde 52.2 ve 20.5 olarak saptanmıştır (5). Özellikle gelişmiş batı ülkelerinde KRK, kansere bağlı ölümler arasında önemli yer tutmaktadır. ABD, Kanada, İngiltere, Fransa, Almanya vb. ülkelerde KRK, kanser ölümlerinin ikinci nedenidir (3,6). Ülkemizde KRK, hem kadınlarda hem de erkeklerde kansere bağlı ölümler arasında üçüncü sırada yer almakta olup, erkeklerde yüz binde 22.8 ve kadınlarda ise yüz binde 13.8 sıklığında görülmektedir (7).

Kolorektal kanserlerin etiolojisinde; yaş, genetik ve çevresel faktörler önemli rol oynamaktadır. En yüksek risk artışı genetik temellidir (8). Genetik, KRK'lerin oluşmasında önemli bir yer tutar ve özellikle birinci ve ikinci derece akrabalarında KRK ve ülseratif kolit gibi kolon hastalıkları olanlar genel topluma göre yüksek risk altındadırlar (9). Çevresel risk faktörlerinde ise, günümüzde kolorektal kanserler için tanımlanan en önemli risk faktörü beslenme alışkanlığı ve fiziksel aktivitedir (10). KRK her yaşta görülebilmemesine rağmen en sık (%90) 50 yaşından sonra görülebilmektedir. Sporadik (seyrek görülen) KRK için yaş en büyük risk faktörüdür. KRK, 40 yaşın altında nadir görülürken, 40-50 yaştan sonra insidans artmaya başlamaktadır (11,12).

Kolorektal kanser tüm dünyada morbidite ve mortalite açısından önde gelen kanserlerden biridir. Kolorektal kanser mortalite ve morbiditesinin azaltılmasında bireyin risklerinin belirlenmesi ve buna uygun danışmanlık yapılması önemli bir yer tutmaktadır. Kolorektal kanser risk danışmanlığı bireye yönelik olarak hastalık hakkında farkındalık kazandırmak, bilgilendirmek, erken tanı testlerini yaptırmak, izlemek amacıyla sürdürülen bir uygulamadır. Kanser danışmanlığı birinci basamakta yeterli eğitim almış halk sağlığı hemşireleri, ikinci basamakta ise onkoloji hemşireleri tarafından yürütülmektedir. Danışmanlık programlarının etkin olarak uygulanmasıyla kolorektal kanserin önlenmesi ve kontrol altına alınmasına katkı sağlayabilir (13).

KRK, erken evrede teşhis edildiğinde büyük ölçüde tedavi edilebilir bir kanser türüdür (14). Erken tanıda amaç kanserden ölümleri azaltmak, tedavi şansını artırmak, sağkalım süresini uzatmaktır (15). KRK'ı erken evrede teşhis etmenin yolu ise hastalığı asemptomatik evrede tarama programları ile yakalamaktır. Kalın bağırsağın (kolon ve rektumun) polip ve kanserleri çoğu kez iyice büyüyene kadar belirti vermezler. Tarama programları ile henüz kansere dönüşmemiş (prealign) adenomatöz polipleri ve erken dönem lokalize kanserleri saptamak ve tedavi etmek mümkündür. Tarama programları, risk altında olan bir toplumun test ya da fizik muayene yöntemleriyle, hastalık belirtisinin görülmediği bir dönemde tanı konulmasını sağlayan halk sağlığı hizmetleridir (16). Tarama programlarında gaitada gizli kan testi, sigmoidoskopi, kolonoskopi ve görüntüleme yöntemleri kullanılmaktadır (17). Ülkemizde “Kolorektal Kanser Taraması Ulusal Standartları” 2009 yılında yayınlanmış ve Kolorektal Kanser Taramaları 2013 yılında başlamıştır (18).

KRK tarama programları batı toplumlarında yaygın olarak kullanılmasına karşın Türkiye’de taramaya katılma oranı düşüktür. Başarılı bir tarama programı için hekimlerin ve sağlık profesyonellerinin bu konudaki farkındalığı, riski belirlemesi, kılavuzlara uygun öneriler yapması, erken tanı koyması, en kısa sürede tedaviye yönlendirmesi ve hastanın takibini yapması çok önemlidir (19). KRK’ın önlenmesinde bireylerde farkındalığı arttırmak, KRK hakkındaki sağlık inançları ve taramaya ilişkin tutumları vb. bilişsel süreçleri etkileyen faktörleri belirleyerek; duyarlılık, risk ve yarar gibi sağlık algılarının değişmesine yardımcı olarak taramaya katılımları arttırmada hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir (20). Kanser tarama ve erken tanılama konusunda hekim ve hemşireler birbirini tamamlayıcı ve destekleyici konumdadırlar (21). Kanser olgularında

giderek artan insidans hekimlerin olduğu kadar hemşirelerin de konuya ilişkin geniş bilgi ve tecrübeye sahip olmalarının önemi üzerinde durmaktadır (22). Ancak konuyla ilgili yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde; hemşireler tarafından yapılan KKK'nın önlenmesinde; KKK risk faktörlerinin belirlenmesi, bireylerde farkındalığın arttırılması, KKK hakkındaki sağlık inançlarının bilinmesi, sağlık davranışlarının kazandırılması ve KKK tarama programlarına katılımın arttırılmasındaki etkinliğini gösteren çalışmalar sınırlıdır.

1.2. Araştırmanın Amacı

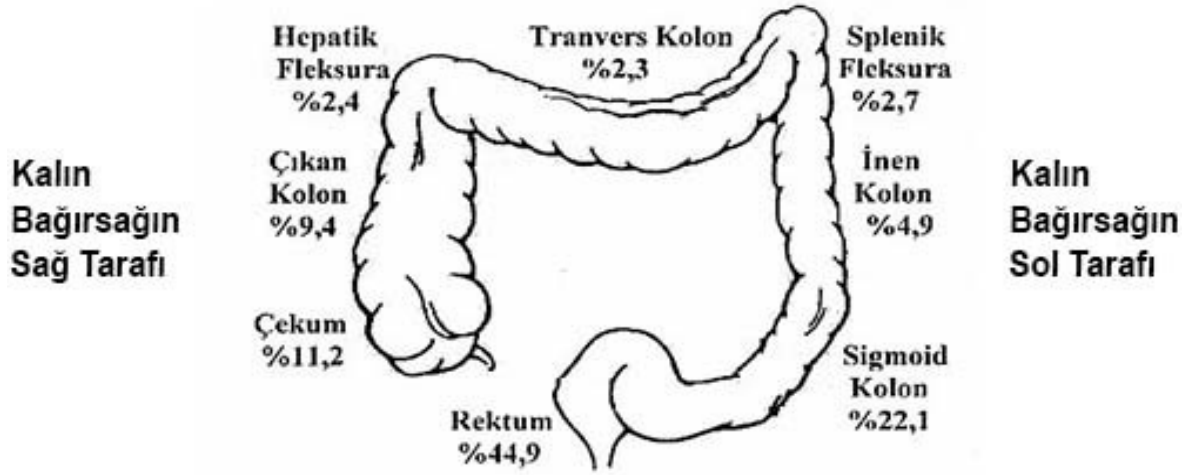
Bu kapsamda bu araştırma; Adıyaman ili Gölbaşı ilçesinde yaşayan bireylerde Gaitada Gizli Kan (GGK) testi ile Kolorektal Kanser (KRR) taraması ve bireylerin kanser taramasına yönelik tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır bununla birlikte kolorektal kanserlerde farkındalığı arttırmak bu konuda yapılacak olan çalışmalara katkı sağlamak amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kolon ve Rektum Anatomisi

Kalın bağırsak (şekil 1) ortalama 150 cm uzunluğu ve 2-8 cm arasında değişen çapı ile ileumun bitiminden başlayıp anüse kadar uzanır. Kolon ve rektum olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Gastrointestinal sistemin 1/5'ini oluşturur. Kalın bağırsaklar periton içinde ve retroperitoneal alanda karaciğer, dalak, mide, duodenum, ince bağırsaklar, böbrekler, üreterler ve mesane gibi organlarla komşuluk göstermektedir.

Kalın bağırsak, ince bağırsaktan sonra gelen sindirim sisteminin son bölümüdür. Kalın bağırsak ince bağırsaklardan daha geniştir ve ileum-çekum birleşme yerinde kalın bağırsak içeriğinin ince bağırsağa geçişini engelleyen ileoçekal valv olarak adlandırılan bir kapak bulunmaktadır. Kolon ve rektumun bölümleri ve bölümlere göre KRK lokalizasyonu Şekil 1'de gösterilmiştir.



Şekil 1. Kolorektal kanserin kolonda yerleşim yerine göre dağılımı (23).

Kalın bağırsak çekum, çıkan (sağ) kolon, transvers kolon, inen (sol) kolon, sigmoid kolon ve rektumdan oluşur. Kalın bağırsakta (kolon) ve kalın bağırsağın son kısmında (rektum) görülen kanserler genel olarak “kolorektal kanserler” olarak adlandırılırlar (24). KRK, gastrointestinal sistemin en çok rastlanan tümörleridir. KRK'ların yaklaşık 1/3'ü rektumda yerleşirken kalan 2/3'lük bölümü ise kolonun diğer kısımlarında ve özellikle sol (inen) kolonda yerleşim gösterir (25).

2.2. Kolon ve Rektum Fizyolojisi

Kalın bağırsakların başlıca görevi depolama, emilim, taşıma ve salgılamadır. Kalın bağırsaklar dışkı ve bazı gazları depolarlar. Sindirilemeyen besinler ince bağırsaktan geçerek birkaç saat içinde kalın bağırsağa ulaşır. Kalın bağırsağa geçen besinler sıvı hâldedir ve besinler kalın bağırsağın içinde ilerlerken suyu emilerek katılaşmaya başlar. Kalın bağırsağın en önemli görevi; suyun geri emilimini sağlamaktır. Bu emilim oldukça önemlidir ve günde yaklaşık 600-1000 ml ileum içeriği kolona geçer ve bunun %90'ı sudur. Ancak dışkı ile atılan su miktarı 180 ml düzeyindedir. Böylece su kaybı önlenir ve dışarıya atılması gereken maddelerin koyulaşması sağlanır. Normal dışkının %70'i su, %30'u ise katı maddeden oluşur. Ayrıca kolondan sodyum, klorür, sakkaroz ve laktoz da emilir. Sindirim sonucu emilmeyen atık maddeler kalın bağırsak vasıtasıyla rektuma iletilir ve dışkılama ihtiyacı oluşur. Dışkılama isteği ile makatı kontrol eden rektumdaki kaslar gevşer, karın içi basıncı artar ve atık maddeler (dışkı, feçes, gaita) rektuma itilir. Dışkının rektumdan dışarı atılmasına defekasyon denir. Kalın bağırsaktan günlük atılan dışkı miktarı 200-400 gramdır (26).

2.3. Kolorektal Kansere Epidemiyolojisi

KRK, dünyada yaygın görülen, önemli morbidite ve mortalite nedeni olan bir hastalıktır (27). Dünyadaki en yaygın üçüncü kanserdir ve batı ülkelerinde kansere bağlı mortalitenin önde gelen nedenidir. Dünyada her yıl yaklaşık bir milyon KRK tanısı konulurken, 500.000 hasta KRK nedeniyle kaybedilmektedir (28).

GLOBOCAN 2012 ve Dünya Kansere Raporu 2014 verilerine göre; Dünya'da tanı konulan kolon kanseri 1,4 milyon (%9.7) olarak belirtilmiştir. Kadın ve erkeklerde en sık görülen 3. kanser olmakla birlikte kanserden ölüm nedenleri sıralamasında erkeklerde akciğer kanserinden sonra, kadınlarda meme kanserinden sonra ikinci sırayı almaktadır (4). Türkiye'de ise kadınlarda 3. sırada, erkeklerde 4. sırada görülmekte olup, kanserden kaynaklanan ölümler arasında 3. sırada yer almaktadır (29).

Sağlık Bakanlığı'nın istatistiklerine göre kolorektal kanserler, ülkemizde en sık görülen ilk 5 kanser arasında yer almaktadır ve tüm kanserler içinde %7.6 oranında bulunmakta ve tüm kansere bağlı ölümlerin %7.4'ü kolorektal kansere bağlı ölümler olarak bildirilmektedir (30, 31).

Kolorektal kanser sıklığı ülkelere, yörelere ve topluluklara göre farklılıklar göstermektedir. Bu farklılığın diyete, çevresel maruziyete, fiziksel inaktiviteye ve genetik yatkınlığa bağlı olabileceği düşünülmektedir (32). Ayrıca, kolorektal kanser gelişimi açısından kentsel yörelerin kırsal kesime göre daha yüksek riske sahip olduğu ifade edilmektedir (33). En yüksek insidanslar Kuzey Amerika, Avustralya, Kuzey ve Batı Avrupa'da iken gelişmekte olan ülkelerde özellikle Asya ve Afrika'da düşük oranlarda vardır. Ancak sosyo-ekonomik gelişme ve değişen yaşam tarzlarıyla KRK Asya ülkelerinde de artmaktadır.

Kolorektal karsinomların yaklaşık %50'si rektum, sigmoid ve inen kolonda, %30'u çıkan kolonda, %10'u transvers kolonda ve %10'u çekumda yerleşim gösterir (34,35). Yaşın ilerlemesi ile kolon kanseri gelişme riski arasında doğru orantı vardır. Genel popülasyonda 40 yaşından sonra kolon kanser gelişme riski artmaya başlar ve her dekatta katlanarak artar. Kolon kanserinin %90'dan fazlası 50 yaşından sonra geliştiğinden, tarama programlarını başlatma yaşı buna göre belirlenmiştir. En sık hastalık görülme yaşı 60-65'tir ve ortalama tanı yaşı 62'dir (32,36). Erkeklerde görülme sıklığı kadınlara göre biraz daha fazla iken kadınlarda mortalite oranı daha yüksektir (37). Yaşam boyu KRK'ye yakalanma riski %2.4-%6 arasında değişmektedir. Bireyin sahip olduğu risk faktörleri ile bu oran yükselebilir (38,39).

2.4. Kolorektal Kanser Etiyolojisi

Kolorektal kanser (KRK) gelişiminde önemli rol oynayan birçok sayıda risk faktörü tanımlanmıştır. Bu risk faktörlerinin doğru olarak belirlenmesi ve bu risk faktörlerine ilişkin çalışmalar yapılması hedef popülasyonda tarama ve takip programlarının etkin bir şekilde uygulanabilmesi için önem taşımaktadır (33). Kolorektal kanser gelişiminde hem genetik faktörler hem de çevresel faktörler rol oynamaktadır. En yüksek risk artışı genetik temelli olsa da KRK'lerin çoğunluğunu ailesel kanserden çok sporadik vakalar oluşturur. Kolorektal karsinomların %15'i kalıtsal özellik göstermektedir ve %85'i sporadik tümörler olup bu tümörler çoğunlukla poliplerden köken alan ve kalıtımsal olmayan nedenler sonucunda ortaya çıkmaktadır (8, 40, 41).

2.5. Kolorektal Kanseri Risk Faktörleri

2.5.1. Genetik Risk Faktörleri

Ailede ailesel kolon kanseri öyküsü, ailede veya kişide adenom / KRK tanısı olması hastalığın taramalarında önemli role sahiptir. Birinci dereceden akrabalarının (anne, baba, kardeş) en az birinde KRK öyküsü bulunması halinde kişide genel popülasyona göre KRK gelişme yüzdesi 1.7 kat artış göstermektedir. İki'den fazla birinci derece akrabasında öykü bulunması ve tanı yaşının 55 yaşın altında olması durumunda, bu risk daha fazla artmaktadır (18). Genetik geçiş yolları ve bozuklukları ile bilinen kalıtsal kolorektal kanser riski ise yaklaşık %5 kadardır. Ailesel Adenomatöz Polipozis (FAP) ve Hereditör Non Polipozis Kolorektal Kanseri (HNPCC) en önemli kalıtsal kolorektal kanser tipleridir (42). FAP ve HNPCC otozomal dominant kalıtımla geçerler. FAP, kolorektal kanserlerin yaklaşık %1'ini oluşturmaktadır. HNPCC ise kolorektal kanserlerin %1-6'sını oluşturmaktadır (33,43).

2.5.2. Çevresel Risk Faktörleri

Kişisel Tıbbi Öykü

İnflamatuvar bağırsak hastalıklarında (Ülseratif kolit ve Crohn hastalığı) KRK insidansı artar (44). Ülseratif kolit; etyolojisi bilinmeyen kronik inflamatuvar bir hastalıktır (35). Kolon kanseri Crohn hastalığının önemli bir komplikasyonudur. Crohn hastalığında kolon kanseri gelişme riski; ülseratif kolitten daha düşüktür fakat normal popülasyondan 2-3 kat daha yüksektir. Kronik ülseratif koliti ve Crohn hastalığı olanlarda kolon kanser riski; hastalık süresi ve yaygınlığı ile orantılı olarak artmaktadır ve bu hastalıklarda ortalama %3-8 olan kanserleşme oranı, hastalığın başlangıcından 10 yıl sonra %10'a 25 yıl sonra %30'lara kadar yükselmektedir (22).

Adenomatöz poliplerde de kolorektal kanser riski artar (45). Adenomlar; bir yada daha fazla sayıda görülebilen, kolon kanser gelişiminin habercisi olabilen benign glandüler neoplazilerdir. Kolorektal poliplerin en sık izlenen tipidir (46,47). 50 yaş altında sık görülmezler 70 yaş ve üstünde görülme sıklıkları %53-63 arasındadır. Adenomlar boyutları, makroskopik görünüşleri (sesil, saplı, düz), yapısal oranları (tübüler, villöz, tubülovillöz) ve displazi dereceleri (hafif, orta, ağır) temel alınarak sınıflandırılmaktadır (48). Adenomlarda malignite riski; polip'in çapı, sayısı, histolojik tipi ve atipi derecesine

bağlıdır. Histolojik tiplerine göre villöz adenomda %15-%40, tubulovillöz adenomda %15-20, tubuler adenomda %5-8 oranında KRK gelişebilir (49). Villöz/tübülovillöz polip (özellikle de çok sayıdaysa) ve 1 cm'nin üzerinde adenomatöz polip KRK riskini artırırken çok sayıda izole ve 1 cm'nin altında tübüler adenomun risk artışı yapmadığı bilinmektedir (50). Kolonoskopide saptanan adenomların %60-75'i 1 cm'nin altındadır (51).

Yapılan çalışmalarda diyabet ile KRK arasında ilişki bulunmuştur (52,53). Toplam 2.593.935 gönüllüyü içeren 15 çalışmanın (6 vaka kontrollü ve 9 kohort) meta-analizinde KRK riskinin diyabeti olan hastalarda, diyabeti olmayanlara göre %30 daha fazla olduğu görülmüştür (52). Diyabetlilerde kolorektal kanser riski hiperinsülinemi nedeniyle artmıştır. Çünkü insülin kolonik mukozal hücreler için önemli bir büyüme faktörüdür ve kolonik tümör hücrelerini uyarır (54).

Yaş

Kolorektal kanserler için yaş önemli bir risk faktörüdür. İnsidans 50 yaşından sonra artmaktadır. KRK olgularının %5'i 40 yaş altında görülürken, olguların %90'ı 50 yaşından sonra görülmektedir. Bu nedenle tarama programları 50 yaşından itibaren başlamaktadır. En sık hastalık görülme yaşı 60-65 yaş arasındadır ve ortalama tanı yaşı 62'dir. Takip eden her 10 yılda risk ikiye katlanır (32, 33, 55).

Beslenme

Beslenmenin tüm yaygın kanserler arasında en çok KRK riski üzerinde etkisi vardır. Çünkü kolorektal mukoza, gıda bileşenleriyle doğrudan temas halindedir ve aynı zamanda beslenmeye bağlı metabolik ve fizyolojik değişikliklere maruz kalmaktadır (42). Doymamış hayvansal yağlar, yüksek doymuş bitkisel yağlar içeren düşük lifli ve yüksek kalorili beslenme, karbonhidrattan zengin diyet, A, C ve E vitaminlerinin az tüketimi ve hatalı beslenmeye bağlı koruyucu maddelerin eksikliği kolonik mukozada kanser gelişimini uyarabilen bazı değişikliklere sebep olur. Kolon mukoza epitel hücrelerinin rejenerasyon direncine ve mukus kalitesinin kaybına neden olur. KRK, yağ tüketimi çok olan toplumlarda daha fazla sıklıkta görülür bu nedenle KRK, batı tipi (yüksek kalorili, yağdan zengin) beslenme alışkanlığı olan ve sedanter yaşayan toplumlarda sık görülür (48,56).

Sebze meyve tüketimi az olan insanlar KRK açısından yüksek risk altındadır (57). E, C, D vitamini ve folattan eksik beslenme KRK riskini arttırabilir (58). Süt ve kalsiyum tüketimi KRK gelişme riskini azaltmaktadır (59). Yapılan birçok epidemiyolojik çalışmada uzun süreli kırmızı et ve işlenmiş et tüketiminin artması KRK insidansında artışla ilişkili bulunmuştur ve özellikle distal kolon kanser riskini arttırdığını göstermiştir. Pişirme teknikleri arasında barbekü gibi yüksek ısıda pişirme işleminde proteinlerden, poliaromatik hidrokarbonlar ve karsinojenler ortaya çıkmasıyla kolorektal kanser riski artmaktadır (60).

Obezite ve Sedanter Yaşam

Obez ve sedanter hayat sürdüren kişilerde, KRK ve diğer kanserlerin gelişme riski de artmaktadır (33). Obezitenin KRK gelişme riskini 1.5 kat artırdığı iki geniş prospektif kohort çalışmasında ortaya konulmuştur. Obezite aynı zamanda KRK mortalite oranında arttırmaktadır. Özellikle abdominal obezite kolon kanseri gelişiminde bir risk faktörüdür. Kolorektal kanserle en çok ilişkili davranışsal risk faktörlerinden biri fiziksel inaktivitedir. Fiziksel olarak daha aktif kişilerin KRK'ye yakalanma riski daha düşüktür. Hareketsiz yaşam, rektal kanserden çok kolon kanseri ile ilişkili bulunmuştur (13, 18, 22).

Sigara -Alkol Tüketimi

Sigara ve alkol tüketimi KRK riskini arttırır. Sigara içimi hem KRK için artmış riskle hem de KRK'den ölümlerle ilişkilendirilmiştir. Ayrıca adenomatöz polip ve yüksek riskli polip gelişimi için risk faktörüdür. Kolon ve rektumda saptanan büyük polipler uzun süreli sigara kullanımı ile ilişkilidir (39). Sigara içenlerde yaklaşık 2.5 kat yüksek adenom riski gözlenmektedir. KRK ölümlerinin %12'si sigara kullanımına bağlıdır. Sigaraya başlama yaşı, sigara kullanma süresi ve günlük tüketilen sigara miktarı KRK riskini arttırmaktadır. Alkol tüketimi KRK'nin hem erken yaşta görülme hem de sol kolonda görülme riskini arttırmaktadır. Sigara kullanımı ile birlikte alkol tüketimi KRK görülme riskini iki kat arttırmaktadır (61).

2.6. Kolorektal Kanser Gelişim Süreci ve Klinik Özellikleri

Gelişim Süreci:

KRK'nin büyük çoğunluğu adenom zemininden gelişir. Adenomlar displastik kalın bağırsak epitel ve destekleyici stroma içeren benign tümörlerdir. Normal bağırsak mukozasından adenom, adenomdan da kanser gelişme süreci oldukça değişkendir.

Adenomlar kolon mukozasını döşeyen epitel hücrelerinden köken alırlar ve epitel hücreleri besinlerle alınan kimyasallar, bakteriler ve bunların ürettiği kimyasal faktörler gibi toksik ve karsinogenik olabilen etkenlerle temas halindedirler. Bu faktörlerin ve bazı genetik faktörlerin etkisiyle epitel hücrelerinin yenilenme hızı artar ve hızla poliferasyon sürerken hücrelerde olgunlaşma yetersizlikleri, displastik hücreye dönüşüm gerçekleşir. Bu düzensiz poliferasyon muskularis mukozayı geçip submukozayı invaze ederek invaziv kansere dönüşür (48,62). Normal mukozadan adenomun oluşması yaklaşık olarak 10 yıldan daha uzun bir süre almaktadır ve adenomun kansere dönüşmesi yaklaşık 2-30 yıl arasındadır. Dolayısıyla adenomlar kanserleşmeden erken tespit edilir ve kanserleşmeden yok edilirse KKK önlenir (63).

Klinik Özellikleri:

Kolorektal kanser prognozu genel olarak yavaş seyirlidir. Kolorektal kanserlerin semptomları çeşitlilik göstermektedir ve farklı çalışmalarda KKK varlığını gösteren genellikle 10-15 adet belirti bildirilmiştir. Bunlar; abdominal ağrı, gaita özelliğinin değişmesi, anoreksi, diyare, kabızlık, yorgunluk, gaita ile mukus gelmesi, bulantı veya kusma, tıkanma bulguları, gözle görülür rektal kanama, rektal ağrı ve defekasyon sonrası rahatlayamama (tenesmustur). Literatürde ‘barsak alışkanlığında değişiklik’ olarak ifade edilen durum aslında ishal, kabızlık ve gaita özelliğinin değişmesi olarak anlaşılmalıdır (55, 64, 65).

Kolorektal karsinomlarda semptom ve bulgular tümörün lokalizasyonu, makroskopik yapısı, tümörün yayılım derecesi, kanama, perforasyon ve tıkanma gibi komplikasyonların oluşumuna göre değişir. Tümörden görülen kanamaya bağlı hematokezya ve anemi sık görülen semptomlardır (66). Kolorektal kanserli hastalarda en yaygın klinik bulgu dışkılama alışkanlığının değişmesi, kanlı dışkılama ve karın ağrısıdır. Bu bulgular daha çok tümörün lokalizasyonu ve büyüklüğü ile ilgili olup hastalarda ayrıca tenesmus, sık defekasyon ve konstipasyon şikayeti de olabilir (67).

2.7. Kolorektal Kanserde Erken Tanı ve Tarama Yöntemleri

Kolorektal Kanserde Erken Tanı

Bir toplumda kanserle mücadelede en önemli faktör, kanserin erken evrede yakalanabilmesidir. Kanser erken evrede yakalandığı toplumlarda, kanser mortalitesi

daha düşüktür (68). Kolorektal kanserler erken evrede teşhis edildiğinde büyük ölçüde tedavi edilebilir hastalıklardır. Kolon kanserlerinin %80'den fazlası kolon poliplerinden oluştuğu için tarama testleriyle kolonda polip veya erken evrede kanser tespit edilen hastaların uygun tedavi ile yaşamlarını sürdürmeleri mümkün olduğundan kolon kanserleri önlenabilir kanserler arasında sayılmaktadır (69). Kolorektal kanserlerde erken teşhis morbidite ve mortalitenin yanı sıra tedavi maliyetlerini de düşürecektir. Kolorektal kanseri erken evrede teşhis etmenin yolu ise hastalığı asemptomatik evrede tarama programları ile yakalamaktır (17).

Tarama; herhangi bir semptomu olmayan sağlıklı kişilerde basit test ve muayenelerinin yapılmasını içerir. Kanser taramasının asıl amacı, kanserin iyileşme şansının en yüksek olduğu dönemde yakalanabilmesidir. Tarama testleri; asemptomatik bireylerde bir hastalık saptamak üzerine tasarlanmışlardır. Ancak tarama için belirli koşullar sağlanmış olmalıdır. Taranan durum yaygın bir sağlık sorunu olmalı ve onaylanmış tarama testinin bu sorunu erken tespit edebileceği uzun bir latent periyodu içermelidir. Tarama testleri hem ekonomik açıdan makul olmalı hem de toplum için kar ve zarar oranları kabul edilebilir düzeyde olmalıdır. Sonuç olarak tespit edilen hastalığın da tedavi edilebilir olması gerekmektedir (22).

Günümüzde koruyucu sağlık hizmetlerinde, halk sağlığı uygulamalarında, bireyde semptom yokken hastalığı erken evrede saptamayı amaçlayan ve kolorektal kanserlerde tarama amacıyla kullanılanlabilecek yöntemler arasında; gaitada gizli kan testi, çift kontrastlı kolon grafisi, sigmoidoskopi ve kolonoskopi bulunmaktadır (70). Bu yöntemlerden en sık kullanılanı ise gaitada gizli kan testidir. Kolorektal kanser tarama testlerinin erken teşhise olanak sağladığı ve beklenen yaşam süresini uzattığı kanıtlanmıştır. Tarama testlerinin mortaliteyi düşürdüğü konusunda fikir birliği varken hangi tarama yönteminin en iyi olduğu konusunda görüş birliği sağlanamamıştır. KRK ulusal tarama standartlarına göre, toplum tabanlı kanser taramalarında 50-70 yaş arasındaki bireylere iki yılda bir gaitada gizli kan testi ve 10 yılda bir kolonoskopi önerilmektedir. Amerikan Kanser Birliği (ACS) yılda bir kez rektal muayene yapılmasını ve gaitada gizli kan testi bakılmasını, 10 yılda bir kolonoskopi, beş yılda bir flexible sigmoidoskopi ve çift baryum enema testi yapılmasını önermektedir (71).

Kolorektal Kanserde Tarama Yöntemleri

- **Gaitada Gizli Kan Testleri (GGKT)**

Gaitada gizli kan (GGK) aranması bağırsakta bulunan tümörden kaynaklanan gözle görülemeyecek miktardaki kanamanın ve dolayısıyla tümörün tespit edilmesi amacıyla uygulanır (69). Testin avantajları ucuz, kolay uygulanabilir ve non -invaziv olmasıdır (72). Gaitada Gizli Kan Testi; KRK'in asemptomatik evre saptanmasında oldukça yararlı bir test olduğu çeşitli çalışmalarla bildirilmiştir. Yüksek risk grubundaki kişilere yılda bir kez gaitada gizli kan testi (GGK) yapılması ile KRK mortalitesinde %31-57 oranında azalma olduğu gösterilmiştir. GGK'nın sensitivitesinin (duyarlılığının) %30-92, spesifitesinin (özgüllüğünün) %90-99 oranında olduğu literatürde bildirilmiştir. GGK'nın güvenilirliğini arttırmak için ardışık 3 kez gaita incelemesi yapılması gerektiği vurgulanmaktadır (73,74).

Gaitada gizli kan testinin (GGK) bazı dezavantajları vardır. GGK testi genelde kanama yapmayan poliplerin taranmasında iyi bir seçenek değildir. Testin yüksek dereceli poliplerden çok kansere karşı duyarlılığı daha fazladır. Herhangi bir örnekte pozitif bulgu saptanırsa kolonoskopi yapılmalıdır (17). Kolorektal kanserlerde ve poliplerde kanama aralıktır, negatif sonuç tanıyı dışlamaz. Üst üste üç dışkı örneği alınmalı ve bekletilmeden test yapılmalıdır, dışkının bekletilmesi zayıf pozitifliğin negatifleşmesine neden olur (72).

Gaitada gizli kan (GGK) aranması amacıyla değişik testler kullanılmakla birlikte bu testlerin kalın bağırsaktan kaynaklanan kanamaların saptanmasındaki duyarlılıkları birbirine yakındır (69). Bu testler; guaiac tabanlı GGK testi, fekal immünokimyasal test ve fekal DNA testleridir.

Guaiac Tabanlı Gaitada Gizli Kan Testi

Kimyasal yöntemlerden biri olan guaiac yöntemi oldukça yaygın kullanılan bir yöntem olmakla birlikte, yanlış pozitif ve yanlış negatiflik oranları da oldukça yüksektir. Guaiac tabanlı gaitada gizli kan (gGGK) testi, intakt hemoglobine ve aynı zamanda serbest hale gelmiş hem grubuna duyarlı olmanın yanı sıra, peroksidaz aktivitesine sahip bütün moleküllerden ve yiyeceklerden de etkilenir.

Birçok sebze ve meyvede bulunan peroksidaz enzimi bu yöntem ile interferans yaratması sebebiyle problem oluşturmakta ve test öncesi sıkı bir diyet kısıtlamasını

beraberinde getirmektedir. Bu nedenle testin uygulanmasından önceki birkaç gün boyunca kırmızı et, turp, şalgam, lahana, karnabahar, brokoli, elma, muz ve kantalup kavunu gibi peroksidaz özelliği olabilen ve bu nedenle de test sonucunun yalancı pozitif olmasına sebep olabilecek gıdalardan sakınılması gerekir. Demir tedavisi uygulanmakta olan hastalarda da test sonucu yalancı pozitif bulunur. Aynı zamanda bol narenciye tüketimi ve C vitamini alınmasında test sonucunun yalancı pozitif bulunmasına sebep olabilir (75,76). Bu testlerin pozitiflik oranları %15-25'ler seviyesindedir. Bu yüzden gGGK testleri, toplum tabanlı taramalarda yüksek ve gereksiz kolonoskopi ihtiyacı gerektirmesinden ötürü önerilmemektedirler (17).

Fekal İmmünokimyasal Test

Demir grubuna değil globin zincirinin antijenik özelliğine duyarlıdır. Sadece insan hemoglobini taradıkları için diğer GGK testlerine göre daha özgüdür. Bu testlerin pozitiflik oranları %5-7 arasında değişmektedir. İmmünokimyasal gaitada gizli kan (iGGK) testi diğer GGK testlerine göre daha pahalıdır, fakat yanlış pozitiflik oranı daha az olduğu için daha az kolonoskopi gerektirmesinden dolayı maliyet etkinliğinde diğerlerinin önüne geçmektedir. İmmünokimyasal metotların test öncesinde özel bir diyet uygulaması gerektirmemesi, KRK'ların erken teşhisini hedefleyen tarama çalışmaları açısından üstünlük sağlar. İmmünokimyasal yöntemin diyet kısıtlaması gerektirmeyen, uygulanabilirliği kolay, sensitivitesi yüksek bir test olarak giderek kullanımı yaygınlaşmaktadır (17,76).

GAİTADA GİZLİ KAN TESTİ (GGK)



Bağırsak kanseri taraması için; 50 yaş ve üstü bireyler ile bağırsak kanseri riski taşıyan kişilerde 2 yılda 1, tarama amaçlı gıatada (dışkıda) gizli kan testi yapılır. Dışkıda gizli kan testi, hekimin verdiği kit ile evde kendi kendine kolayca yapılabilmektedir.

- 1** Dışkınızı alıp peçete üzerine koyun.


- 2** Solüsyon içeren tüpün kapağını açın.


- 3** İçindeki örnek alma çubuğunu dışkının 6 farklı bölgesine batırarak çevirin.


- 4** Üzerinde dışkı bulunan örnek alma çubuğunu, solüsyon içeren numune tüpüne tekrar takın ve sıkıca kapatın.


- 5** 2 dakika boyunca örnek alma tüpünü aşağı ve yukarı iyice çalkalayın.


- 6** Test kasetini alüminyum poşetinden çıkarın ve düz bir yüzeye koyun.


- 7** Örnek alma tüpünü dik tutarak tüpün ucunu dikkatlice çevirerek açın.


- 8** Kasetteki yuvarlak alana, 3 damla dışkı örneğinizden damlatın. Damlattıktan sonra tüpün ucunu dikkatlice çevirerek kapatın.


- 9** 10 dakika bekleyin ve sonucu okuyun. 30 dakika sonra oluşan sonuçları dikkate almayın.

Kontrol Çizgisi → C
Test Çizgisi → T


 - C ve T kısımlarında pembe çizgi yoksa: GEÇERSİZ demektir.
 - Sadece T kısmında pembe çizgi varsa GEÇERSİZ demektir.
 - Çift pembe çizgi varsa, sonuç **POZİTİF: İleri tetkik için doktorunuza başvurun.**
 - Sadece C kısmında pembe çizgi varsa, sonuç **NEGATİF**: Sonucu doktorunuza kaydedtirin ve 2 yıl sonra tekrar kontrole gelin.

GGK testi 2 yılda bir yapılmalıdır.

Şekil 2. İmmüno kimyasal gaitada gizli kan testi uygulama şeması (77).

Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM)'nde ücretsiz dağıtılan GGK kiti kişi tarafından Şekil 2'deki uygulama Őemasında gōsterildięi gibi evinde ya da ASM' de vb. uygulandıktan sonra sadece kit içindeki test kaseti, kasetin verildiği merkeze 3 gün içerisinde geri getirilir.

GGK testinin negatif olması, sonucun normal olduğunu gōsterir ve test örneğinde kan bulunmadığı anlamına gelir. Normal sonuç, KRK olmadığını veya ileride asla olmayacağını garantilemez. Bu nedenle bireyler tarama programı kapsamında ise 2 yıl sonra tekrar KRK taraması yaptırması sōylenir.

GGK testinin pozitif olması, dışkıda kan bulunmuş olduğunu gōsterir ve anormal sonuç olarak değerlendirilir. Bu sonuç, kanser tanısı değildir, ancak kişinin kolonoskopi için uzman hekimlerce değerlendirilmesi gerektiğini gōsterir. Anormal sonucun nedeni kolorektal kanserden çok, poliplerdeki kanama olabilir. Hemoroid gibi başka hastalıklardan kaynaklanmış olması da mümkündür. Sonuç anormal çıkarsa, tedavi gerektiren bir sorun olup olmadığını belirlemek için kalın bağırsağın (kolonun) daha ayrıntılı bir Şekilde muayene edilmesi (kolonoskopi) gerekir. Bunun için birey ileri merkezlerdeki gastroenteroloji, genel cerrahi veya gastrointestinal cerrahi servislerine yōnlendirilir.

GGK testinin belirsiz olması, GGK testi için alınan örnekte, kan olup olmadığının net olarak gōrlememesidir ve bunun içinde tekrar test yaptırılması gerekir. Sonuç belirsiz çıkarsa, iki-üç gün ara ile en fazla iki kere daha GGK testi yaptırılmalıdır. Bu gereklidir, çünkü polipler ve kanserler sürekli kanama yapmazlar ve dışkıda kan olup olmadığının saptanması önemlidir. Her 100 kişiden yaklaşık dōrnde sonuç belirsiz çıkmaktadır. Daha sonra testi tekrarlayanların çoğunda normal sonuç alınmaktadır (78).

Fekal DNA Testi

Polip ya da kanserden dōklen hücrelerdeki mutasyonlu DNA'ları saptar (79). Kolorektal kanser ile ilişkili tüm genetik anormallikler DNA testine dahil edilemediği için yanlış negatifliği vardır. Tek bir testin KRK için duyarlılığı %62-100, yüksek derece adenom için %27-82, özgüllüğü de %82-100'dr. Ticari olarak satılan DNA gaita kitleri, DNA paneli içermektedir. Bu test pahalıdır ve tarama aralıkları tam belli değildir, řu andaki pratikte beş yıl arayla test tekrarlanmaktadır (17).

- **Çift Kontrastlı Kolon Grafisi**

Bir röntgen tetkikidir. Boza kıvamındaki Baryum sülfat rektal kateterle rektumdan kolona pompalanır. Sonrasında kolon hava ile doldurulur ve filmler çekilir. Baryum tüm kolonun iç yüzeyine sıvanır. Sedasyon gerekmez. Yaklaşık 30-45 dakika sürer. Tetkik öncesi, kolonoskopideki gibi diyet ve bir gece öncesi barsak temizliği yapılır. Tetkik sırasında ve sonrasında bir miktar kramp şeklinde karın ağrısına neden olabilir. Kolonun delinme riski kolonoskopiden daha azdır. İlaç birkaç gün kabızlığa ve gaitanın griye dönmesine neden olabilir (79). Sensitivitesi kolonoskopiden daha düşüktür. 1 cm'den küçük poliplerin %50-60, 1 cm'den büyük poliplerin %70-80, stage I-II adenokanserlerin %70-90'ında tanı koydurucudur (80).

- **Sigmoidoskopi**

Bu işlemde parmak kalınlığında esnek ışıklı bir tüp olan sigmoidoskopiyle rektumla beraber kalın bağırsağın yaklaşık son 60 cm lik kısmına bakılır. Tetkikten önce kolon temizliği yapılır. Birkaç gün öncesinden sulu gıda içeren bir diyetle başlanır ve kişi bir gece önce ishal yapıcı (müshil, laksatif) ilaçlar kullanır. İşlem yaklaşık 10-20 dk sürer. Sedasyon pek gerekli değildir. Sigmoidoskopun kendisi ve içeri verilen hava bağırsaklarda kramp tarzında hafif ağrılara neden olabilir (79). Sigmoidoskopi'deki en önemli komplikasyon perforasyondur. Sigmoidoskopideki perforasyon oranı %0.08'dir. Küçük adenomlar sigmoidoskopide alınabilirken, 1 cm'den büyük adenomlar sigmoidoskopi sonrası yapılan kolonoskopide alınırlar (17). Kolorektal kanserlerin %50'si saptanabilmektedir. Vakaların 1/3'ünde proksimal kolonda neoplastik lezyonlar görülür. Üç yılda bir rektosigmoidoskopi yapıldığında mortaliteyi %60 oranında azaltır (80).

- **Kolonoskopi**

Sigmoidoskopun daha uzunudur. Tüm kolon ve ileumun sonu değerlendirilir. Kolonik mukozanın direk görülmesi, biyopsi olanağı, polip ve lokal tümörlerin çıkarılmasına olanak sağlaması ile diğer testlere göre avantajlıdır. Kolonoskopi ile taramanın sigmoidoskopi ile taramaya göre riski daha fazladır. Perforasyon ve major kanama gibi major komplikasyonların oranı %0.1'dir (17, 79).

Kolonoskopi tüm kolon lezyonlarının %95'ini gösteren günümüzdeki en etkili tarama aracıdır. Tarama, tanı ve tedavi amaçlı kullanılır. Kolon mukozasını incelemede

altın standarttır. Bütün tarama algoritmalarının son noktasıdır. Kolonoskopi ile polipektomi yapılarak neoplasmların ortadan kaldırılması kolorektal kanser insidansı üzerine olumlu bir etki yapar (22).

2.8. Dünya’da ve Türkiye’de Kolorektal Kanser Tarama Oranları

Kanserin önlenmesi amacıyla Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kanserin önlenebilir ana risk faktörlerine karşı eylem planlarını hayata geçirmiştir. Birincil koruma kapsamında olan bu eylem planlarının (tütünle global mücadele, obeziteyle mücadele vb.) yanı sıra erken tanı ve tarama programlarının uygulanmasını önermektedir. Böylece kanser tarama oranları %70’lere ulaştığı zaman, yeni kanser vakaları, ileri evrede tanı alan kanser olguları ve meme kanseri, serviks kanseri ve kolorektal kanserlere bağlı ölümlerin azalacağı öngörülmektedir (7).

Ülke gerçekleri ile uyumlu bilimsel tarama standartlarının belirlenmesi önemlidir. İngiltere’de ulusal düzeyde KRK tarama programı, GGK testi ile 2006 yılında başlatılmıştır. Tarama yaptıran oranları birçok ülkede düşüktür. Çin’de yapılan bir çalışmada GGK testi ve kolonoskopi yaptıran oranları sırasıyla %17.5 ve %2.8 olarak bulunmuştur. Ondört Asya-Pasifik ülkesinde 50 yaş üstündeki bireylerde yapılan bir çalışmada KRK tarama testi yaptıran oranı %27 olarak bulunmuştur. Birleşik Amerika’da bu oranlar oldukça yüksektir ve tüm tarama oranları yaklaşık %55’tir.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından ilk kez 2009 yılında yürürlüğe giren “Kolorektal Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları” ülkemizin altyapısı ve olanakları gözönüne alındığında ideal yöntem iki yılda bir uygulanacak GGK testi ve 10 yılda bir yapılacak kolonoskopi ile taramadır (18).

Türkiye’de Kanser Önleme ve Taramaları 2014 Kısa Raporu’na göre; yeni kanser vakalarından 25 bin kadın ve erkek kolorektal kansere yakalanmıştır ve bu kolorektal kanserlerin üçte biri erken evredir.

Ülke genelinde 2013 yılında 520.971 GGK testi yapılmıştır. Kolorektal kanser tarama kapsamında; 2014 yılı içinde hedef grupta olan toplam 6 400 000 erkek ve kadının %22.4’üne ulaşılmıştır. 2014 yılında birinci basamakta yer alan KETEM’lere TSM ve ASM’ler de dahil edilerek birinci basamakta 800 bin kadın ile erkeğe kolorektal kanser taraması yapılmıştır ve 2014 yılında birinci basamakta yapılan tarama sayısı 2013 yılına

göre %800 artmıştır. 2014 yılında birinci basamak tarama hizmetleri ile büyük çoğunluğu erken evrede olan 234 vatandaşımıza kolorektal kanser teşhisi konmuştur (7).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) Kanser Daire Başkanlığının 2015 yılı verilerine göre; ülkemizin kolorektal kanser taramalarının kapsama oranı %20-30 arasındadır ve ülkemizde teşhis edilen olguların yarısından çoğu ileri evrededir. Kolorektal taramaların olumlu sonuçlarına ulaşmak için en az %70 oranında bir kapsama oranı sağlanmalıdır (18). 2016 yılında ise 1.708.025 kişi bağırsak kanseri tarama programlarına dâhil olmuş ve 2015 yılına göre artış ile tamamlanmıştır (7). Ancak ülkemizde KRK tarama yaptırma oranlarına ilişkin çalışmalar yetersiz olduğu gibi, aile hekimlerinin hizmet sunduğu bireylerin kanserlere ilişkin bilgi, tutum ve davranışları ile tarama yaptırmanın belirleyicileri ve önündeki engeller de yeterince araştırılmış değildir (81).

2.9. Kolorektal Kanserden Korunma ve Hemşirenin Rolü

Kolorektal Kanserden Korunma

Günümüzde artık kanserle savaşa, hastalığa yakalanmamak için alınan tedbirler daha ön planda düşünülmektedir. Bu da, kanser oluşturan etmenlerden mümkün olduğunca uzak durmak ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırmaktan geçer. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını; sağlıklı beslenmek, sağlıklı bir vücut ağırlığına sahip olmak, tütün ve alkol ürünlerinden uzak durmak, düzenli fiziksel aktivite, yeterli uyku ve stresle başetme oluşturur. Ayrıca ailesel kolon kanseri öyküsü varsa bununla ilgili risklerin araştırılması ve erken tanı için düzenli kontrol yaptırılması oldukça önemlidir (82).

- **Sağlıklı Vücut Ağırlığı**

Sağlıklı bir vücut ağırlığına sahip olmak için; aşırı vücut yağını azaltmak gerekir ki buda kalori alımını azaltmak ve fiziksel aktiviteyi arttırmaktan geçer. KRK'den korunma açısından fiziksel aktivite, besinlerin bağırsaktan daha çabuk hareket etmesini sağlayarak bağırsağın potansiyel karsinojenlere maruziyet süresinin azalmasına yardımcı olur (58). Düzenli fiziksel aktivite bireyleri kolorektal kanserden korur. Yapılan 52 çalışmanın meta-analizinde fiziksel olarak aktif olan bireylerin daha az aktif olan bireylere oranla %24 oranında daha düşük kolon kanseri riskine sahip olduğu bildirilmektedir (83).

- **Sağlıklı Beslenme ve Diyet**

Beslenme şeklimiz ve yediklerimiz kanser oluşumunu etkilemektedir. Beslenme, kanseri dengeleyen veya organize eden önemli nedenlerden biri olarak görülmektedir (84). Birçok çalışmada bağırsak kanseri olgularının %50'sininin temel nedeninin diyet ve yaşam şekli olması, alınacak önlemlerin önemini daha da belirgin hale getirmektedir. Bol miktarda posa bırakan baklagiller, sebze, meyve, süt ve sarımsak tüketilmesi, aşırı yağlı gıdaların kısıtlanması ve kırmızı et tüketiminin en fazla bir avuç büyüklüğüne dek kısıtlanması KKR riskini %40 azaltır. Yine sebze ve meyveden zengin ve posalı bir diyetin ise riski belirgin ölçüde azalttığı yönünde bilgiler mevcuttur. Posanın fazla alınması kabızlığı önleyerek bağırsakların düzenli olarak çalışmasını sağlamakta ve kolon-rektum kanserleri oluşumunu engelleyebilmektedir (85).

Probiyotikler, kolonik içerikteki prokarsinojenleri karsinojenlere çeviren enzimleri azaltmaktadır ve kolondaki mutajenleri bağlayarak gaita ile atılmasını sağlarlar. Probiyotikler, immun sistemi de güçlendirerek kanser gelişimine engel olmaktadır (84).

- **Tütün ve Alkol Ürünlerinden Uzak Durma**

Kolon, sigara ve alkol için primer hedef bir doku olmamakla beraber son yıllarda yapılan bazı çalışmalarda; sigara içimi ile adenomatöz polip ve kolorektal kanser arasında yakın bir ilişki olduğu vurgulanmıştır ve alkol kullananlarda ise kolorektal kanser riskinin 2-3 kat arttığı belirtilmektedir (85).

- **Antioksidanlar**

Yapılan çalışmalar da; A, C, E vitaminleri, kalsiyum, selenyum, karotenoid ve diğer bazı fitokimyasalları içeren antioksidanların KKR gelişim riskini azalttığı ifade edilmektedir (33,58).

Kolorektal Kanserden Korunmada Hemşirenin Rolü

Günümüzde tüm dünyada kanser insidansı ve kanser mortalitesi giderek artmaktadır. Kansere bağlı insidansı, mortaliteyi ve morbiditeyi azaltmak ve kanseri yayılmadan erken evrede yakalamak kanseri önlemenin amaçlarındandır. Dünya çapındaki kanser yükünün azaltılması için en iyi yaklaşım kanseri oluşmadan önce önlemektir (86). Günümüzde KKR potansiyel olarak önlenilebilir bir hastalık olarak ele alınmaktadır. KKR riskini taşıyan popülasyonda hastalık insidansını azaltmak için, kansere neden olabilecek

tüm risk faktörlerinin belirlenmesi ve bu faktörlerin ortadan kaldırılmasına yönelik yaşam biçimi değişikliklerinin yapılması gereklidir (36). Bu yaşam biçimi değişikliklerinin yapılmasında koruyucu sağlık hizmetlerinin verildiği birinci basamak sağlık kuruluşlarında (TSM, KETEM ve ASM) çalışan hemşirelere sağlık eğitimi ile önemli sorumluluklar düşmektedir. Birincil koruma çabaları kapsamında hemşireler topluma; sağlık danışmanlığı yapabilir, iyi sağlık alışkanlıkları kazandırabilir, sigara kullanımı ve sağlıksız beslenme gibi kötü alışkanlıkları azaltma ve bırakma konusunda yardımcı olabilirler. Kolon kanseri risk faktörleri, belirtileri, korunma, erken tanı ve tarama konularında yapılan eğitimlerle toplumda farkındalık arttırılabilir, birincil korunmaya yönelik davranış değişikliği oluşturulabilir (15). Birincil korunmada öncelikle hedeflenen tüm toplumun kanser konusunda bilinçlendirilmesidir. Birincil korunmanın temelini bireysel çabalar ve eğitim oluşturmaktadır (42).

Yaşamın nitelikli bir biçimde sürdürülmesinde etkin rol oynayan hemşirelerin hedefi, sağlıklı yaşamı geliştirmek ve bireyleri uzun vadeli sağlık için yararlı davranışları ve uygulamaları yapmaya teşvik etmektir.

2.10. Kolorektal Kanserlerin Taranmasında Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Rolü

Ulusal toplum tabanlı kolorektal kanser taramaları; Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) bünyesindeki, Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) tarafından yürütülür. Toplum tabanlı kolorektal kanser taramalarını Sağlık Bakanlığı adına; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Dairesi Başkanlığı koordine eder. İl düzeyinde koordinasyon ise Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser Birim sorumluları tarafından gerçekleştirilir. Kolorektal kanserlerin taranmasındaki temel amaç; ülke çapında oluşturulacak ulusal bir tarama programını hedef popülasyona uygulayarak, kolorektal patolojileri henüz premalign veya erken evrede iken tespit etmek, morbidite ve mortaliteyi düşürerek olası karmaşık ve pahalı tedavileri önlemektir (78).

Aile hekimliği açısından kolorektal kanserler birinci basamak hekimliğinde önlenabilir kanserler içinde öncelikli yere sahiptir. KRK, etkin bireysel risk değerlendirmesi (aile hikayesi ve diğer risk faktörleri vb.), seçiciliği ve duyarlılığı yüksek tarama programlarıyla (gaitada gizli kan, sigmoidoskopi, kolonoskopi vb.) erken dönemde

yakalanabilen ve tedavi şansı yüksek olan bir hastalıktır. Hastalığın yavaş gelişimi nedeniyle aile hekimlerinin kendilerine kayıtlı kişilerin yıllık periyodik fizik bakılarında yıllar içinde hastalığı yakalama şansları yüksektir. T.C. Sağlık Bakanlığı da dahil olmak üzere pek çok kurum kolorektal kanserin öncelikle birinci basamakta taranması gerektiği konusunda hem fikirdirler (87).

Başarılı bir tarama programı için aile hekimlerinin bu konudaki farkındalığı oluşturması, riski belirlemesi, kılavuzlara uygun öneriler yapması, erken tanı koyması, en kısa sürede tedaviye yönlendirmesi ve hastanın takibini yapması oldukça önemlidir (18). Koruyucu sağlık hizmetlerinin verildiği birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hemşireler, bu konuda geniş bilgi ve deneyime sahip olmalıdır. Aile sağlığı hemşireleri birlikte çalıştığı aile hekimine bağlı birey ve çevresi ile sürekli iletişim ve etkileşim halindedir. Bu etkileşim sırasında hemşire riskli grupları belirlemeli ve KRK taraması açısından toplumu bilgilendirmelidir. KRK morbidite ve mortalitesini azaltmak için sağlık eğitimleri ve KRK taramaları konusunda eğitim programları düzenlenmelidir (88).

Aile Sağlığı Çalışanları kendilerine kayıtlı hastalarına kanser taramalarını önermelerinin yanında, kolon kanserinin nedenleri, belirtileri, KRK'den korunma, erken tanı ve tarama konularında yapılan eğitimlerle toplumda bu kanserlere karşı farkındalığı artırılabilir, birincil korunmaya yönelik davranış değişikliği oluşturulabilirler. Klinik bulgusu olan ya da hiçbir bulgusu olmayan yüksek riskli grupta bulunan bireylerin hastalığın erken döneminde kliniklere başvurmaları sağlanabilir (15).

Toplum sağlığını geliştirme konusunda Aile Hekimleri (AH) ve Aile Sağlığı Çalışanları (AÇS) tarafından kanserde hem birincil koruma amaçlı kanserlerin önlenmesine yönelik, hem de ikincil koruma olan erken tanı ve taramalara yönelik çalışmalar planlanması gerekmektedir (89).

Kolorektal Kanser Taramalarına Katılım Neden Az ve Katılımı Sağlamak İçin Neler Yapılmalı?

1. Kolorektal kanserde, tarama programları batı toplumlarında yaygın olarak kullanılmasına karşın ülkemizde tarama programlarına gereken önem verilememiştir ve bu durum ülkemizdeki kolon kanseri tanısındaki gecikmelere neden olabilmektedir. Geç evrede yakalanan kolorektal kanserli hastaların ameliyat, kemoterapi, radyoterapi, hastanede kalış süreleri ve işlerinden geri kaldıkları dönemler dikkate alındığında, sağlık giderlerinin erken evrede yakalanan hastalara göre oldukça fazla olması kaçınılmazdır (90).

2. KRK, yüksek prevalans ve mortalite rakamlarınının çeşitli nedenleri arasında; kültürel etkenlere dayanan hoşnutsuzluklar, bağırsak faaliyetlerinden söz edememe, bilgisizlik, görsel ve yazılı basının konuya olan duyarsızlığı, doktora gitmeye çekinme, hastaların kendi sağlıklarına karşı ilgisizlikleri, sağlık politikaları düzenlenirken koruyucu hekimliğe gerekli önemin gösterilmemesi, alt yapı eksiklikleri, daha da önemlisi bu konunun birçok hekim tarafından da önemsenmemesi ve dolayısıyla halka tarama yönünde yeterince tavsiyede bulunmamaları gibi faktörler sıralanabilir (91).

3. Bireylerin engellerini, güdüleyici faktörlerini ve algılarını belirlemek önemlidir. Kolorektal kanser taramalarına katılımı etkili olan bireysel faktörler, sağlık inancı ve sağlık davranışları ile yakından ilişkilidir. Batı da yapılan birçok çalışma ile bireylerin taramalara katılımındaki tutum ve davranışları, inançları, engelleyici faktörleri belirlenirken Türkiye’de bu konu ile ilgili çalışmaların sınırlı olduğu görülmüştür (29).

Toplum katılımını sağlamak için;

1. Kolorektal kanser taramasının daha sık gündeme getirilmesi ve sağlık profesyonellerinin eğitimin bir parçası olarak daha sık vurgulanmasını sağlamak,
2. Bireylerin erken tanıya katılmalarını engelleyen sağlık inançlarını, güdüleyici faktörlerini ve algılarını belirleyerek, sağlık algılarını geliştiren programların hazırlanmasını sağlamak,
3. KRK yönünden riskli bölge ve gruplara kanser tarama hizmetlerinin sunulmasını sağlamak,

4. Orta ve yüksek risk grubundaki bireylere risk grubuna özel erken tanı ve tarama programlarının yapılmasını sağlamak,
5. Riskli bireyleri vaka yönetimi ile izlemeyi sağlamak,
6. Tarama programı kapsamında yer alan hedef grupları taramayı sağlamak,
7. Taramalar sonucunda şüpheli vakaları ileri tetkik ve tedavi yapacak tedavi merkezlerine sevk etmek ve sonraki süreçlerinin takibini sağlamak,
8. KRK şüphesi olan bireyler ile zamanında başvurmayan bireylerin takiplerini yapmak ve kanser tanısı alan hastalara sosyal, ruhsal ve tıbbi destek sağlamak (89,92).

Ülkemizde kolorektal patolojileri henüz malignite öncesi ya da erken malignite evresinde saptayarak, invaziv kanser sıklığını ve buna bağlı morbidite ve mortaliteyi düşürmek hedeflenmiştir. Bu hedefin gerçekleşmesi toplumda kanser farkındalığının ve bilincinin oluşturulması, halkın erken tanının önemi ve KRK tarama yöntemleri konusunda bilgilendirilmesi ile olasıdır. Bu konudaki temel görev, birinci basamak sağlık sisteminde çalışan aile hekimlerine ve aile sağlığı çalışanlarına düşmektedir (81).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Adıyaman ili Gölbaşı ilçesinde yaşayan bireylerde Gaitada Gizli Kan (GGK) testi ile Kolorektal Kanser (KRK) taraması ve bireylerin kanser taramasına yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte bir araştırma olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Adıyaman ili Gölbaşı ilçesi 2 No'lu ASM' ne kayıtlı 50-70 yaş arasındaki bireyler ile Mart- Mayıs 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Gölbaşı gölünün güneybatısına kurulmuş olan Gölbaşı ilçesi, 1958 yılında ilçe olmuştur. 2016 nüfus sayımı verilerine göre; 49.077 kişinin yaşadığı Gölbaşı, Adıyaman'ın dördüncü büyük ilçesidir ve ilçede yaşayan 50-70 yaş arasındaki kişi sayısı yaklaşık 8.570' dir. Gölbaşı ilçesine ait beş ASM'den biri olan 2 No'lu ASM'de, beş AH ve beş ASÇ görev yapmakta olup, kayıtlı yaklaşık 16.000 kişi sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır. Bunların arasında 50-70 yaş arasındaki kişi sayısı yaklaşık 2.500 kişidir. Günlük poliklinikte bakılan hasta sayısı ise yaklaşık 125-150'dir.

3.3. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulaması için Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünden etik onay alındı. Etik kurul onayı (Ek-3) alındıktan sonra Adıyaman Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden (Ek-4) yazılı izin alındı. Çalışmaya başlamadan önce çalışmada kullanılacak "Kolorektal Kanser Taraması Tutum İnanç Ölçeği"nin Türkçe formu için Şerife Koç'tan izin alınmıştır (Ek-5). Araştırmaya alınacak bireylere veri toplama formu (Ek-6) ile ilgili sözel bilgilendirme yapılmış ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Ek-7) ile onamları alınmıştır. Araştırmaya katılan tüm bireylere çalışmanın amacı, içeriği, çalışma kapsamında kendilerinden alınan bilgilerin gizli kalacağı, başka kişi, kurum ya da kuruluşlarla paylaşılmayacağı, çalışmadan istedikleri zaman ayrılacakları, çalışma kapsamında kendilerine bir ilaç ya da invazif girişim uygulanmayacağı açıklanmış ve çalışma ile ilgili merak ettikleri sorular yanıtlanmıştır. Çalışmaya katılan herkese anket uygulaması sonrasında Adıyaman Halk Sağlığı Müdürlüğü Kanser Şubesi'nden temin edilen Sağlık Bakanlığı'nın ücretsiz olarak dağıttığı KRK bilgilendirme broşürleri dağıtılmıştır (Ek-8).

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Adıyaman ili Gölbaşı ilçesi'ne bağlı 2 Nolu ASM'ye kayıtlı 50-70 yaş arasındaki bireyler (N=2500) oluşturmuştur. Veri toplama sürecinde, polikliniğe herhangi bir sağlık nedeni ile başvurmuş 600 kişiden, 37 kişi araştırmaya katılmayı reddettiği için çalışma, araştırmaya katılmayı kabul eden 563 (%93.8) kişinin verileriyle tamamlanmıştır (n=563). Böylece Sağlık Bakanlığı'nın 2014 yılı verilerine (7) göre KRK taramalarına katılım oranı %22.4 olarak hesaplandığında olabilecek örnek büyüklüğüne de ulaşılmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırma öncesinde oluşturulan taslak anket formu, hedef gruba benzer nitelikte ancak araştırma örneğine dahil edilmeyen 20 bireyle görüşülerek ön uygulama yapıldı. Araştırmacı tarafından veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı ve araştırmacı tarafından 563 katılımcıya gaitada gizli kan kiti verildi. Test sonuçları araştırmacı tarafından okunup analiz edildi. Birinci iGGK testinin sonucunda; 28 kişinin test sonucu pozitif, 12 kişininki ise belirsiz çıktı. Test sonucu belirsiz olan 12 kişiye tekrar iGGK testi yapıldı ve 12 kişininde ikinci iGGK testinin sonucu pozitif çıktı ve toplamda katılımcılardan 40 kişinin test sonucu pozitif çıktı.

3.6. Veri Toplama Araçları

Anket formu içerik olarak üç bölümden ve toplam 41 sorudan oluşmaktadır (Ek-6). Bu bölümlerde bireylerin sosyo-demografik özelliklerini, KRK risk faktörlerini sorgulayan sorular ve Kolorektal Kansere Taraması Tutum İnanç (KKTİ) Ölçeği soruları yer almaktadır.

3.6.1. Sosyo- demografik Verileri Toplama Formu

Birinci bölümde; sosyo-demografik özelliklere ilişkin sorular (8 soru) bulunmakta olup; bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, sağlık güvencesi, gelir düzeyi algısı ve sağlık durumu algısı sorgulandı.

3.6.2. KRK Risk Faktörleri Verilerinin Saptanması

İkinci bölümde; KRK risk faktörlerine yönelik sorular (17 soru) bulunmakta olup; bireylerin Beden Kitle İndeksi (BKİ), sigara-alkol kullanımı, kronik hastalık öyküsü, düzenli olarak sağlık kontrolü yaptırma, bağırsak hastalığının varlığı ve türü, bağırsak alışkanlığı, beslenme alışkanlığı, fiziksel aktivite, birinci ve ikinci derece yakınında KRK varlığını sorgulayan sorular bulunmaktadır. BKİ hesaplanırken World Health Organization (WHO)'nun sınıflaması (Zayıf <18.5 kg/m², Normal kilolu 18.5-24.9 kg/m², Fazla kilolu 25-29.9 kg/m², Obez 30-39.9 kg/m², Aşırı obez 40 ve üzeri kg/m²) esas alınmıştır (92).

3.6.3. Kolorektal Kansere Taraması Tutum İnanç (KKTİ) Ölçeği

Üçüncü bölümde; KKTİ Ölçeği'ne yönelik (16 madde) bulunmakta olup; ölçek bireyin KRK taraması ile ilgili psikososyal etkilerini (algılarını ve engellerini) belirlemek amacıyla Vernon ve ark. tarafından 1997 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin maddeleri; Sağlık İnanç Modeli (Health Belief Model), Gerekçeli Eylem Teorisi (Theory of Reasoned Action) ve Sosyal Bilişsel Teoriyi (Social Cognitive Theory) temel alan Koruyucu Sağlık Modeli (Preventive Health Model) kapsamında geliştirilmiştir. 1997 yılında geliştirilen ölçeğin ilk versiyonunda; önemseme ve tutarlılık, öz-yeterlilik, duyarlılık algısı, endişe ve niyet algısı olmak üzere beş alt boyut ve 21 madde yer almaktaydı (93). Üzerinde çalışmalar yapılan ölçek 2005 yılında yeniden yayınlanmıştır ve yayınlanan yeni versiyon; önemseme ve tutarlılık, duyarlılık algısı, yanıt etkinliği, kanser endişesi ve sosyal etki olmak üzere beş alt boyuttan oluşmakta ve ölçekte 16 madde yer almaktadır. Bu çalışmada da ölçeğin bu versiyonu kullanılmıştır.

Ölçeğin Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışması 2014 yılında Koç Ş. tarafından yapılmıştır (94). Bu çalışmada bu Türkçe form kullanılmıştır. Ölçeğin alt boyutları birbirinden bağımsız olarak değerlendirilmektedir, 5'li likert tarzındadır ve her bir madde için cevaplama seçenekleri; “kesinlikle katılmıyorum” (1 puan), “katılmıyorum” (2 puan), “bilmiyorum” (3 puan), “katılıyorum” (4 puan) ve “kesinlikle katılıyorum” (5 puan) olarak değerlendirilmektedir (95). Önemseme ve tutarlılık algısı (4-20 puan), duyarlılık algısı ve sosyal etki algı puanları (4-20 puan), yanıt etkinliği algısı ve kanser endişe algısı (2-10 puan) arasında puanlanmaktadır.

Ölçeğin alt boyutları:

Önemseme ve Tutarlılık: Bu alt boyut 4 maddeden (1., 3., 4., ve 6. maddeler) oluşmuştur. Ölçekte “6. madde” ters maddedir, ters çevrilerek değerlendirilmelidir. Bu alt boyut, KRK taramasının, birey için anlamlı/mantıklı ve önemli olup olmadığı, kişinin sağlığını korumaya yardım edip etmeyeceği ve tarama yaptırmaması durumunda kişinin sağlıklı kalıp kalmayacağına ilişkin sorular içermektedir. Bireyin tarama davranışını sergilemesi için öncelikle kanseri önemli ve ciddi bir hastalık olarak algılaması gerekmektedir. Kanseri önemseyen bir bireyin korunma davranışlarını sergilemesi ve kansere verdiği önemle korunmaya yönelik davranışlarının tutarlı olması beklenir. Ölçeğin en düşük puanı 4, en yüksek puanı 20’ dir. Bu alt boyuttan alınan puan arttıkça, bireyin kolorektal kanseri önemseydiği ve kolorektal kanserden korunmaya yönelik tutum ve davranışlarının arttığı anlamına gelmektedir (95,96).

Duyarlılık algısı: Bu alt boyut 4 madde (11., 12., 13., ve 15. maddeler) içermektedir. Ölçekte yer alan 12. madde ters maddedir, ters çevrilerek değerlendirilmelidir. Bu alt boyutta yer alan maddeler; bir bireyde kolorektal polip oluşması ya da bireyin KRK’ye yakalanma ihtimalinin çok yüksek olup olmadığı, kişinin aynı yaştaki diğer kişilerle karşılaştırıldığında KRK riskinin düşük olup olmadığı, kolorektal polip oluşma şansının ve KRK’ye yakalanma şansının yüksek olup olmadığına ilişkin ifadelerden oluşmaktadır. Ailesinde KRK öyküsü olan bireyin, KRK’ye yakalanmada kendini hastalık için riskli algılaması gerekmektedir. Kolorektal kansere yatkınlığını algılayan bir bireyin KRK erken tanı ve taramasını yaptırmaması beklenir. Ölçeğin en düşük puanı 4, en yüksek puanı 20’ dir. Bu alt boyuttan alınan puan arttıkça duyarlılık algısı artmaktadır yani birey kendini daha fazla riskli olarak görmektedir (95,96).

Yanıt Etkinliği: Bu alt boyut 2 madde (14., ve 16. maddeler) içermektedir. Kolorektal kanserin tedavi edilebilirliği ve önlenebilirliğine ilişkin ifadeleri içeren bu alt boyut hastalık tehdidini azaltmada, bir davranış uygulamanın etkili olacağına ilişkin inançlar olarak tanımlanmıştır. Ölçeğin en düşük puanı 2, en yüksek puanı 10’ dur. Yanıt etkinliği puanı, tarama davranışları ile doğru orantılıdır. Bu alt boyuttan alınan puan arttıkça yanıt etkinliği artmaktadır, yani bireyin tarama davranışını sergileme oranı artmaktadır (93,95).

Kanser Endişesi: Bu alt boyut 2 maddeden (5., ve 8. maddeler) oluşmaktadır. Ölçekte yer alan 5. ve 8. maddeler ters çevrilerek analiz edilmektedir. Bu alt boyutta yer alan maddeler; KRK taramasının polip ya da KRK olduğunu göstereceğine ve normal olmayan bir test sonucu almaya ilişkin endişeleri içeren bu iki maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin en düşük puanı 2, en yüksek puanı 10' dur. Bireyde kanser endişesinin yüksek olması tarama davranışını sergilemeyi engelleyen bir faktördür. Kanser endişesi puanı, tarama davranışları ile ters orantılıdır. Yani kanser endişesi arttıkça bireylerin tarama davranışını sergileme durumu azalmaktadır. Bireyin kanser endişesinin azalması ise tarama davranışını sergileyeceği anlamına gelmektedir (95,96,97).

Sosyal Etki: Bu alt boyut 4 maddeden (2., 7., 9., ve 10. maddeler) oluşmaktadır. Bir bireyin kendisi için önemli olan kişilerin (ailesi, arkadaşları, doktorlar ve sağlık profesyonelleri) KRK taramasına ilişkin olumlu tutumlarına uyma arzusu olarak tanımlanmaktadır. Yani bireyin hayatındaki kilit kişilerin fikirlerine uyma isteğidir. Bu alt boyuttan alınan puanın yüksek olması, bireyin taramaya ilişkin sosyal destek (sağlık personeli/aile önerisi) aldığı anlamına gelir. Yani sosyal etki puanı arttıkça taramaya katılımında artar (95,98,99).

3.6.4. Gaitada Gizli Kan (GGK) Testi

Anket formunu dolduran bireylere Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından kullanılan iGGK testi yapılmıştır. Bu test Adıyaman Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün bütçesi ile alınmıştır.

3.7. Araştırmanın Uygulanması

Veri toplama formu, anlaşılabilirliği ve uygularken algıda bir değişiklik olmaması amacıyla araştırma kriterlerine uygun 20 bireye ulaşılarak, ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında anlaşılmayan sorularda düzeltmeler yapılmıştır. Elde edilen veriler analize dahil edilmemiştir. Bu aşamada araştırmacının kendisi tarafından; araştırma kriterlerine uygun 563 kişiye veri toplama formunda yer alan sorular açıklanarak ve tıbbi terimler bireylerin anlayacağı şekilde ifade edilerek yüz yüze uygulanmıştır. Veri toplama süresi, araştırmaya katılmayı kabul eden her katılımcı için yaklaşık 15–20 dakika sürmüştür.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada elde edilen veriler lisanslı SPSS (24) istatistik paket programını kullanarak analiz edilmiştir. İstatistiksel analizde, kişilerin sosyodemografik değişkenlerinin değerlendirilmesinde sayı ve yzde dağılımı, ortalama standart sapma kullanılmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma Adıyaman ili Gölbaşı ilçesi 2 No'lu ASM'ye kayıtlı 50-70 yaş arasında olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler ile yapılmıştır. Bu çalışmanın yalnızca bir ASM'de yzrütölmüş olması, araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.



4. BULGULAR

Gaitada Gizli Kan (GGK) testi ile Kolorektal Kanser (KRK) taraması ve bireylerin kanser taramasına yönelik tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan ve 563 katılımcıya ait verilerle tamamlanan bu çalışmadan elde edilen bulgular aşağıdaki şekilde verilmiştir.

4.1. Sosyo-demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Birinci bölümde katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulguları yer almaktadır.

Tablo 1. Katılımcıların Cinsiyet Değişkenine Göre Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=563)

Özellikler	Cinsiyet			
	Kadın %52.6 (N=296) $\bar{x}\pm ss$		Erkek %47.4 (N=267) $\bar{x}\pm ss$	
Yaş \bar{x} :59.35 \pm 6.15,ortanca:59.00 (Min=50, Max=70) 50-59 yaş (n=289) 60-70 yaş (n=274)	\bar{x} :59.38 \pm 6.10		\bar{x} :59.32 \pm 6.23	
	Kadın (N=296)		Erkek (N=267)	
	Sayı	%	Sayı	%
Medeni durum				
Evli	248	83.8	251	94.0
Bekar	48	16.2	16	6.0
Eğitim durumu				
Okuryazar değil	150	50.7	11	4.1
Okuryazar	50	16.9	23	8.6
İlköğretim	88	29.7	177	66.3
Lise	8	2.7	56	21.0
Çalışma durumu				
Çalışıyor (n=288)	92	30.8	196	73.0
Çalışmıyor (n=275)	204	69.2	71	27.0
Sağlık Güvencesi				
Var	263	88.9	243	91.0
Yok	33	11.1	24	9.0
Gelir durumu algısı				
İyi	43	14.5	58	21.7
Orta	178	60.1	158	59.2
Kötü	66	22.3	46	17.2
Çok kötü	9	3.0	5	1.9
Sağlık durumu algısı				
Çok iyi	1	0.3	5	1.9
İyi	78	26.4	162	60.7
Orta	138	46.6	77	28.8
Kötü	67	22.6	23	8.6
Çok kötü	12	4.1	0	0.0

Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyet değişkenine göre sosyodemografik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; %51.3'ü 50-59 yaş arasında, %48.7'si 60-70 yaş arasında olup, katılımcıların yaş ortalaması 59.35±6.15'tir. Kadınların yaş ortalaması 59.38±6.10, erkeklerin yaş ortalaması 59.32±6.23'tür. Çalışmaya katılan kişilerin %52.6'sı kadın, %47.4'ü erkektir. Kadınların %83.8'i evli, erkeklerin ise %94.0'ü evlidir. Kadınların %50.7'sinin okur-yazar olmadığı, %29.7'sinin ilköğretim mezunu olduğu, erkeklerin ise %4.1'inin okur-yazar olmadığı, %66.3'ünün ilköğretim mezunu olduğu bulundu. Kadınların %30.8'i, erkeklerin %73.0'ü çalışmaktadır. Çalışma durumu değişkeni incelendiğinde %4.44'ünün memur, %0.90'ının özel sektörde çalıştığı, %3.20'sinin esnaf, %32.0'sinin çiftçi, %2.70'sinin işçi, %6.90'ının emekli, %48.80'inin çalışmadığı ve %1.07'sinin serbest meslek ve şoför olduğu bulundu. Kadınların %88.9'unun, erkeklerin %91.0'inin sağlık güvencesi vardır. Kadınların kendi algılarına göre belirttikleri gelir durumları ile ilgili bulgular; %60.1'inin gelir durumunun orta, erkeklerin kendi algılarına göre belirttikleri gelir durumları ile ilgili bulgular ise; %59.2'sinin gelir durumunun orta olduğu şeklindedir. Kadınların sağlık durumu algısı incelendiğinde %46.6'sı orta, erkeklerin sağlık durumu algısı incelendiğinde %60.7'si iyi olduklarını ifade etmişlerdir.

4.2. KRK Risk Faktörlerine İlişkin Bulgular

İkinci bölümde çalışmamıza katılan kişilerin KRK risk faktörlerine ilişkin bulguları yer almaktadır.

Tablo 2. Katılımcıların BKİ' ye İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (N= 563)

Beden Kitle İndeksi (BKİ)	Sayı	%
18.5-<24.9 (normal)	132	23.4
≥25.0-<29.9 (fazla kilolu)	222	39.4
≥30.0-<39.9 (obez)	209	37.1

Katılımcıların %23.4'ü normal, %39.4'ü fazla kilolu ve %37.1'i obezdir. Katılımcıların %2.7'si (n=15) son bir yılda kilo kaybettiğini, %97.3'ü (n=548) ise kilolarında bir değişim olmadığını ifade ettiler.

Tablo 3. Katılımcıların Bireysel Alışkanlıklarının Dağılımı (N=563)

Bireysel alışkanlıklar	Sayı	%
Sigara kullanımı		
Evet	117	20.8
Hayır	446	79.2
Alkol kullanımı		
Evet	29	5.2
Hayır	534	94.8
Düzenli egzersiz		
Evet	300	53.3
Hayır	263	46.7
Aktivite çeşidi		
Yürüyüş	128	42.7
Bahçe işleri	172	57.3
Aktivite sıklığı		
Haftada 1-2 gün	78	26.0
Haftada 3-4 gün	41	13.7
Haftada 5-6 gün	19	6.3
Her gün	162	54.0

Katılımcıların %79.2'si sigara kullanmamaktadır ve %94.8'i ise alkol kullanmamaktadır. Katılımcıların %53.3'ü düzenli egzersiz yapmaktadır ve bu kişilerin %42.7'si yürüyüş yapmakta ve %57.3'ü ise bahçe işleri ile uğraşmaktadır. Haftada 1-2 gün aktivite yapanların %26.0, haftada 3-4 gün aktivite yapanların %13.7, haftada 5-6 gün aktivite yapanların %6.3, her gün aktivite yapanların %54.0 olduğu belirlendi.

Tablo 4. Katılımcıların Tıbbi Öyküsüne İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (N=563)

Özellikler	Sayı	%
Kronik hastalık		
Var	316	56.1
Yok	247	43.9
Hastalık türü (N=316)*		
Hipertansiyon	203	33.8
Diyabet	121	20.2
Kardiyovasküler hastalıklar	83	13.8
Hiperlipidemi	54	9.0
KOAH	44	7.3
Psikiyatrik	33	5.5
Anemi	28	4.7
Diğer**	34	5.7
Düzenli sağlık kontrolü yaptırma		
Evet	198	35.2
Hayır	365	64.8
Ailede kanser öyküsü		
Birinci derece akraba	139	24.7
İkinci derece akraba	98	17.4
Hayır	326	57.9
Ailede kanserden ölümler		
Evet	215	90.71
Hayır	22	9.29

*Birden fazla cevap verilmiştir. Her bir cevabın birbirinden bağımsız olarak 'n' üzerinden yüzdesi hesaplanmıştır.

Tablo 4'de görüldüğü üzere katılımcıların %56.1'inin kronik hastalığının olduğu ve kronik hastalık türü incelendiğinde ise %33.8'i hipertansiyon, %20.2'si diyabet, %13.8'i kardiyovasküler hastalık olduğu görüldü.

Katılımcıların %64.8'i düzenli sağlık kontrolü yaptırmamıştır. Ailede kanser hastalığı öyküsü incelenmiş, birinci derece akrabalarında kanser hastalığı %24.7, ikinci derece akrabalarında %17.4 ve ailede kanser hastalığı öyküsü olmayan ise %57.9'dur. Kanser hastalığının %90.71'i ise ölümlerle sonuçlanmıştır.

Tablo 5. Katılımcıların Bağırsak Hastalığı Öyküsüne İlişkin Özelliklerinin Dağılımı
(N=563)

Bağırsak özellikleri	Sayı	%
Bağırsak hastalık öyküsü		
Evet	46	8.2
Hayır	466	82.8
Bilmiyorum	51	9.1
Mevcut Bağırsak hastalık türleri (n=46)		
Ülseratif kolit	15	32.6
Crohn hastalık	2	4.34
Spastik kolon	3	6.52
Polip adenom	3	6.52
Diğer*	23	50.0
Ailede bağırsak kanseri öyküsü		
Birinci derecede akraba	28	5.0
İkinci derecede akraba	12	2.1
Hayır	523	92.9
Ailede bağırsak kanseri ölümleri**		
Evet	33	82.5
Hayır	7	17.5

*Hemoroid (n=11), bağırsak yapışması (n=1), konstipasyon (n=3), bağırsak tıkanması (n=1), bağırsak tembelliği (n=3), bağırsak düğümlenmesi (n=1), kist ameliyatı (n=1), anal fistül (n=1), bağırsak sesleri (n=1)

**Ailede bağırsak kanseri öyküsü olan kişiler seçilmiştir.

Çalışmaya katılan katılımcıların %8.2'si kendilerinde bağırsak hastalığı olduğunu ifade etmişlerdir. Bağırsak hastalığı olanların %32.6'sı ülseratif kolit, %4.34'ü crohn hastalığı, %6.52'si spastik kolon, %6.52'si polip adenom ve %50.0'si hemoroid, bağırsak yapışması, konstipasyon, bağırsak tıkanması, bağırsak tembelliği, bağırsak düğümlenmesi, kist ameliyatı, anal fistül ve bağırsak sesleridir. Ailede bağırsak kanseri öyküsü değişkeni incelendiğinde, birinci derecede akrabalarının %5.0'inde, ikinci derecede akrabalarının %2.1'inde bağırsak kanseri öyküsü olup, %92.9'unda bağırsak kanseri öyküsü bulunmamaktadır. Bağırsak kanseri öyküsü bulunanların %82.5'inde ise bağırsak kanseri ölümle sonuçlanmıştır.

Tablo 6. Katılımcıların Bağırsak Hastalığı İle İlgili Son Bir Yıldır Mevcut Olan Belirti-bulgularına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (N=563)

Son bir yıldır mevcut olan belirti-bulgular	Sayı	%
Dışkılama alışkanlığının değişmesi (kabızlık/ishal)	326	57.9
Yorgunluk	149	26.5
İştahsızlık	73	13.0
Geçmeyen karın ağrısı/krampları	71	12.6
Bulantı-Kusma	62	11.0
Ele gelen kitle	46	8.2
Dışkılamada kan	38	6.7
Kötü kokulu gaz	38	6.7
Fıskırır tarzda dışkılama	30	5.3
Rektal akıntı veya dışkıyla gelen mukus	17	3.0
Kilo kaybı	15	2.7
Diğer*	6	1.1

*Ağrı (n=6)

Katılımcıların %57.9' unun dışkılama alışkanlığının değiştiği görüldü ve yorgunluk hissedilme oranı %26.5, iştahsızlık oranı %13.0, geçmeyen karın ağrısı/krampları oranı %12.6, bulantı-kusma görülme oranı %11.0, ele gelen kitle değişkeninin oranı %8.2, dışkılamada kan görülme oranı ve kötü kokulu gaz görülme oranı %6.7, fıskırır tarzda dışkılama oranının %5.3, rektal akıntı veya dışkıyla gelen mukusun görülme oranı %3.0, kilo kaybının görülme oranı %2.7 ve diğer belirtilerin görülme oranı %1.1'dir.

Tablo 7. Katılımcıların Beslenme Özelliklerinin Dağılımı (N=563)

Beslenme özellikleri	Sayı	%
Tahıllı gıdalar	562	99.8
Taze sebze meyve	560	99.5
Baklagil	548	97.3
Çay-Kahve	547	97.2
Kırmızı et	525	93.3
Beyaz et	518	92.0
Kuru yemiş	495	87.9
Hayvansal yağ	465	82.6
Acılı, baharatlı gıdalar	456	81.0
Salamura, konserve	366	65.0
Asitli içecek	276	49.0
Fastfood şeklinde hazır gıda	181	32.1
İşlenmiş et	168	29.8

Katılımcıların beslenme özellikleri incelenmiş, %99.8'inin tahıllı gıdalar, %99.5'inin taze sebze meyve, %97.3'ünün baklagil, %97.2'sinin çay-kahve, %93.3'ünün kırmızı et, %92.0'sinin beyaz et, %87.9'unun kuru yemiş, %82.6'sının hayvansal yağ, %81.0'inin acılı baharatlı gıdalar, %65.0'inin salamura, konserve, %49.0'unun asitli içecek, %32.1'inin fastfood şeklinde hazır gıdalar ve %29.8'inin işlenmiş et (sucuk, pastırma, sosis, salam) tükettiği belirlenmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların Günlük Tüketilen Su Miktarı Dağılımı (N=563)

Tüketilen su miktarı (gün)	Sayı	%
<3 bardak	63	11.2
3-5 bardak	246	43.7
6-10 bardak	118	21.0
≥10 bardak	136	24.2

Katılımcıların %11.2'sinin günlük 3 bardaktan az su tükettiği, %43.7'sinin günlük 3-5 bardak su tükettiği, %21.0'inin günlük 6-10 bardak su tükettiği, %24.2'sinin ise günlük 10 bardak ve üzeri su tükettiği bulundu.

4.3. Katılımcıların KKTTİ Ölçeğinin Alt Boyutlarından Aldığı Puanları Gösteren Bulgular

Bu bölümde katılımcıların KRK'ye ilişkin tutum ve inançları, Kolorektal Kansere Taraması Tutum İnanç (KKTTİ) Ölçeği ile belirlenmiştir.

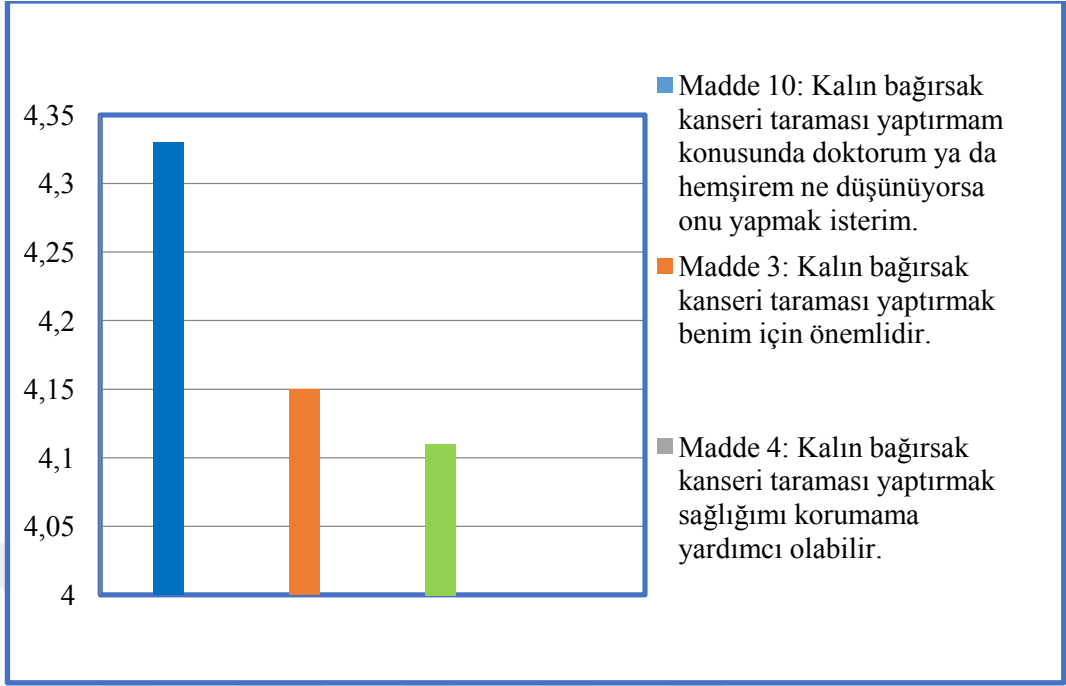
Tablo 9. Katılımcıların KKTTİ Ölçeğinin Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Dağılımları (N=563)

KKTTİ Ölçeğinin Alt Boyutları	Ortalama(\bar{x})	Standart sapma(ss)	Katılımcıların KKTTİ Ölçeğinden Aldıkları Min. ve Maks. Puanlar
Önemseme- Tutarlılık	15.61	2.10	7-20
Duyarlılık Algısı	10.18	2.20	4-16
Yanıt Etkinliği	7.90	1.14	4-10
Kanser Endişesi	6.82	1.95	2-10
Sosyal Etki	14.94	2.40	6-20

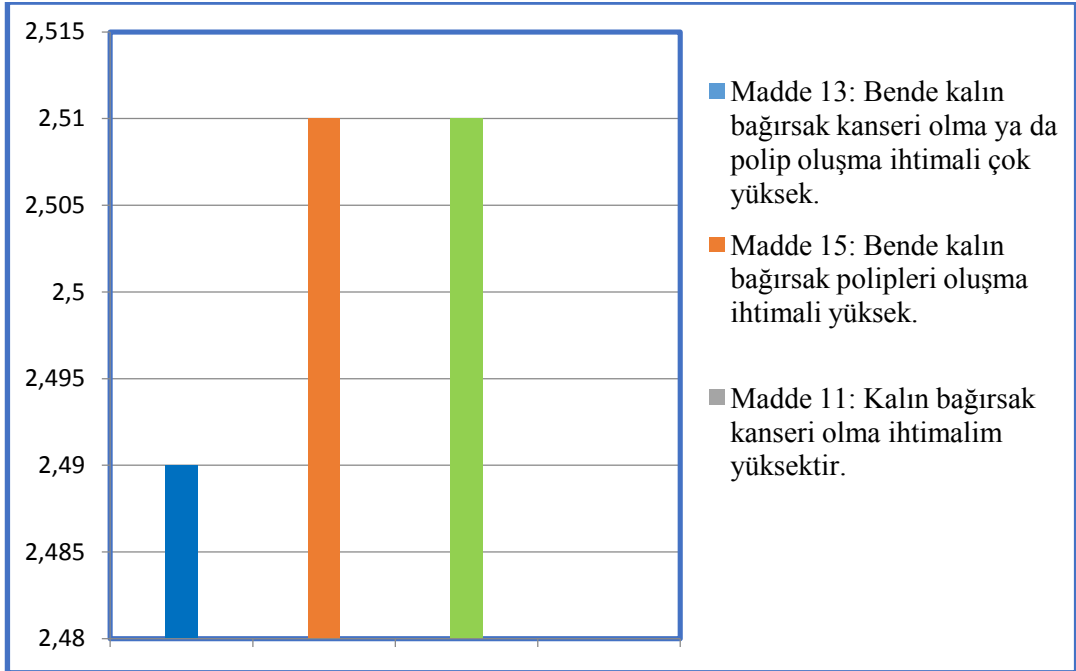
Katılımcıların KKTTİ Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları incelenmiş, önemseme ve tutarlılık alt boyutu puan ortalaması (15.61±2.10), duyarlılık algısı alt boyutu puan ortalaması (10.18±2.20), yanıt etkinliği alt boyutu puan ortalaması (7.90±1.14), kanser endişesi alt boyutu puan ortalaması (6.82±1.95), sosyal etki alt boyutu puan ortalaması (14.94±2.40) olarak bulunmuştur.

Tablo 10. Katılımcıların KKTTİ Ölçeğinin Madde Ortalamalarına Göre Puan Dağılımları
(N=563)

KKTTİ Ölçeğinin Alt Boyutları	Madde No	Kolorektal Kanser Taraması Tutum İnanç (KKTTİ) Ölçeği Maddeleri	\bar{x}	ss
Önemseme ve Tutarlılık	1	Kalın bağırsak kanseri taraması benim için uygundur.	3.97	0.75
	3	Kalın bağırsak kanseri taraması yaptırmak benim için önemlidir.	4.15	0.69
	4	Kalın bağırsak kanseri taraması yaptırmak sağlığımı korumama yardımcı olabilir.	4.11	0.69
	6	Kalın bağırsak kanseri taraması yaptırmam da aynı düzeyde sağlıklı kalırım.	3.38	0.83
Duyarlılık Algısı	11	Kalın bağırsak kanseri olma ihtimalim yüksektir.	2.51	0.77
	12	Kendimi benim yaşımdaki diğer insanlarla karşılaştırdığımda, kalın bağırsak kanseri olma ihtimalim daha düşük.	2.65	0.82
	13	Bende kalın bağırsak kanseri olma ya da polip oluşma ihtimali çok yüksek.	2.49	0.67
	15	Bende kalın bağırsak polipleri oluşma ihtimali yüksek.	2.51	0.68
Yanıt Etkinliği	14	Kalın bağırsak polipleri bulunup çıkarıldığında, kalın bağırsak kanseri önlenemez.	3.84	0.68
	16	Kalın bağırsak kanseri erken teşhis edildiğinde, tedavi edilebilir ve iyileştirilebilir.	4.04	0.70
Kanser Endişesi	5	Kalın bağırsak kanseri tarama testinden olumsuz bir sonuç almaktan korkuyorum.	3.42	1.12
	8	Kalın bağırsak kanseri taramasının kalın bağırsak kanseri ya da poliplerimin olduğunu göstereceğinden korkuyorum.	3.40	1.08
Sosyal Etki	2	Kalın bağırsak kanseri taraması yaptırmamla ilgili aile bireylerim ne düşünüyorsa onu yapmak isterim.	2.99	1.15
	7	Birinci derece akrabalarım kalın bağırsak kanseri taraması yaptırmam gerektiğini düşünüyorlar.	3.56	0.97
	9	Doktorum ya da hemşirem kalın bağırsak kanseri taraması yaptırmam gerektiğini düşünüyor.	4.08	1.12
	10	Kalın bağırsak kanseri taraması yaptırmam konusunda doktorum ya da hemşirem ne düşünüyorsa onu yapmak isterim.	4.33	0.69



Şekil 3. Katılımcıların KTTİ Ölçeği En Yüksek Üç Madde Ortalamalarına Göre Bar Grafiği Gösterimi (N=563)



Şekil 4. Katılımcıların KTTİ Ölçeği En Düşük Üç Madde Ortalamalarına Göre Bar Grafiği Gösterimi (N=563)

4.4. KKTİ Ölçeğinin Alt Boyutları İle Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulgular

Tablo 11. Katılımcıların Cinsiyet değişkeni ile KKTİ Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=563)

KKTİ Ölçeği Alt Boyutları	$\bar{X}\pm ss$	Test	p değeri
Önemseme - Tutarlılık Kadın Erkek	15.64±2.04 15.59±2.17	t= 0.304	p= 0.761
Duyarlılık Algısı Kadın Erkek	10.68±2.14 9.61±2.13	t= 5.924	p= 0.001
Yanıt Etkinliği Kadın Erkek	7.82±1.15 7.97±1.31	t= 1.471	p= 0.142
Kanser Endişesi Kadın Erkek	6.52±2.01 7.17±1.82	t= 3.961	p= 0.001
Sosyal Etki Kadın Erkek	14.99±2.39 14.90±2.41	t= 0.379	p= 0.705

Katılımcıların cinsiyetleri ile KKTİ Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kadınların önemseme, duyarlılık ve sosyal etki alt boyut puan ortalamalarının erkeklerden daha yüksek olduğu, erkeklerin yanıt etkinliği ve kanser endişesi alt boyut puan ortalamalarının kadınlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Önemseme - tutarlılık alt boyutu, yanıt etkinliği alt boyutu ve sosyal etki alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.761, p=0.142 ve p=0.705). Duyarlılık alt boyutu kadınlar lehine, kanser endişesi alt boyutu ise erkekler lehine anlamlı bulundu (p=0.001).

Tablo 12. Katılımcıların Medeni Durum Değişkeni İle KKTTİ Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=563)

KRK Alt Boyutları	$\bar{X}\pm ss$	Test	p değeri
Önemseme ve Tutarlılık Evli Bekar	15.74±2.07 14.58±2.09	t= 4.264	p= 0.000
Duyarlılık Algısı Evli Bekar	10.15±2.17 10.31±2.44	t= 0.541	p= 0.589
Yanıt Etkinliği Evli Bekar	7.91±1.15 7.71±1.08	t= 1.284	p= 0.200
Kanser Endişesi Evli Bekar	6.87±1.94 6.54±1.99	t= 1.215	p= 0.225
Sosyal Etki Evli Bekar	15.02±2.41 14.34±2.20	t= 2.142	p= 0.023

Katılımcıların medeni durumları ile KKTTİ Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; duyarlılık alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarda evli olanların puan ortalamaları bekarların puan ortalamalarından yüksek bulundu. Önemseme ve sosyal etki alt boyutları evliler lehine istatistiksel olarak anlamlı görüldü (p=0.000, p=0.023).

Tablo 13. Katılımcıların Eğitim Durumu Değişkeni İle KKTİ Ölçeği Alt boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=563)

KKTİ Alt Boyutları	N	$\bar{X}\pm ss$	Test p değeri
Önemseme			
Okur-yazar değil	161	15.38±2.04	F= 0.973
Okur-yazar	73	15.72±1.83	p= 0.405
İlköğretim	265	15.70±2.08	
Lise	64	15.75±2.60	
Duyarlılık			
Okur-yazar değil	161	10.87±1.87	F= 10.027
Okur-yazar	73	10.30±2.34	p= 0.001
İlköğretim	265	9.90±2.16	
Lise	64	9.38±2.50	
Yanıt etkinliği			
Okur-yazar değil	161	7.70±1.15	F= 6.263
Okur-yazar	73	7.80±1.05	p= 0.001
İlköğretim	265	7.91±1.13	
Lise	64	8.41±1.12	
Kanser endişesi			
Okur-yazar değil	161	6.70±2.00	F= 0.393
Okur-yazar	73	6.83±1.81	p= 0.758
İlköğretim	265	6.87±2.00	
Lise	64	6.97±1.84	
Sosyal etki			
Okur-yazar değil	161	14.97±2.35	F= 0.075
Okur-yazar	73	14.98±2.53	p= 0.973
İlköğretim	265	14.90±2.41	
Lise	64	15.05±2.32	

Katılımcıların eğitim durumları ile KKTİ ölçeği alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; lise mezunu olanların puan ortalamaları diğer eğitim düzeylerinin puan ortalamalarından daha yüksek bulundu. Duyarlılık ve yanıt etkinliği alt boyutları ile eğitim düzeyleri karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0.001). Duyarlılık alt boyutu için, farkın okur-yazar olmayan ve okur-yazar olan gruptan kaynaklandığı, yanıt etkinliği alt boyutu için farkın lise mezunu olan gruptan kaynaklandığı görülmüştür.

Tablo 14. Katılımcıların Çalışma Durumu Değişkeni İle KKTTİ Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=563)

KKTTİ Alt Boyutları	$\bar{x}\pm ss$	Test p değeri
Önemseme ve Tutarlılık		
Çalışanlar	15.73±2.00	t= 1.287
Çalışmayanlar	15.50±2.20	p= 0.199
Duyarlılık Algısı		
Çalışanlar	10.18±2.17	t= 0.603
Çalışmayanlar	10.30±2.23	p= 0.547
Yanıt Etkinliği		
Çalışanlar	7.85±1.08	t= 0.327
Çalışmayanlar	7.89±1.20	p= 0.744
Kanser Endişesi		
Çalışanlar	7.00±1.84	t= 2.492
Çalışmayanlar	6.58±2.07	p= 0.001
Sosyal Etki		
Çalışanlar	14.83±2.51	t= 0.809
Çalışmayanlar	15.00±2.38	p= 0.419

Katılımcıların çalışma durumları ile KKTTİ Ölçeği alt boyutları karşılaştırılmış ve kanser endişesi alt boyutu puan ortalaması ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0.001).

4.5. KKTTİ Ölçeğinin Alt Boyutları İle Katılımcıların KRK Risk Faktörleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulgular

Tablo 15. Katılımcıların Kronik Hastalık Değişkeni İle KKTTİ Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=563)

KKTTİ Alt Boyutları	$\bar{x}\pm ss$	Test p değeri
Önemseme ve Tutarlılık		
Kronik hastalığı olanlar	15.58±2.10	t= 0.556
Kronik hastalığı olmayanlar	15.68±2.10	p= 0.578
Duyarlılık Algısı		
Kronik hastalığı olanlar	10.44±2.14	t= 3.331
Kronik hastalığı olmayanlar	9.82±2.22	p= 0.001
Yanıt Etkinliği		
Kronik hastalığı olanlar	7.89±1.17	t= 0.056
Kronik hastalığı olmayanlar	7.90±1.12	p= 0.955
Kanser Endişesi		
Kronik hastalığı olanlar	6.92±1.91	t= 1.393
Kronik hastalığı olmayanlar	6.70±2.00	p= 0.164
Sosyal Etki		
Kronik hastalığı olanlar	14.92±2.45	t= 0.218
Kronik hastalığı olmayanlar	14.97±2.32	p= 0.828

Katılımcıların kronik hastalık durumları ile KKTİ Ölçeği alt boyutları karşılaştırılmış ve duyarlılık alt boyutu puan ortalaması ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.001$).

Tablo 16. Katılımcıların Egzersiz Durumu Değişkeni İle KKTİ Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=563)

KKTİ Alt Boyutları	$\bar{x}\pm ss$	Test p değeri
Önemseme ve Tutarlılık Egzersiz yapanlar Egzersiz yapmayanlar	15.70 \pm 2.30 15.51 \pm 1.85	t= 1.090 p= 0.276
Duyarlılık Algısı Egzersiz yapanlar Egzersiz yapmayanlar	10.04 \pm 2.40 10.31 \pm 1.95	t= 1.486 p= 0.138
Yanıt Etkinliği Egzersiz yapanlar Egzersiz yapmayanlar	7.88 \pm 1.20 7.90 \pm 1.08	t= 0.331 p= 0.744
Kanser Endişesi Egzersiz yapanlar Egzersiz yapmayanlar	6.98 \pm 2.00 6.65 \pm 1.88	t= 1.961 p= 0.001
Sosyal Etki Egzersiz yapanlar Egzersiz yapmayanlar	14.82 \pm 2.65 15.09 \pm 2.07	t= 1.268 p= 0.205

Katılımcıların egzersiz durumları ile KKTİ Ölçeği alt boyutları karşılaştırılmış ve kanser endişesi alt boyutu ile gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0.001$).

Tablo 17. Katılımcıların Bağırsak Kanseri Öykü Değişkeni İle KKTTİ Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=563)

KKTTİ Alt Boyutları	$\bar{x}\pm ss$	Test p değeri
Önemseme ve Tutarlılık <i>Ailede bağırsak kanseri öyküsü</i>		
Yok	15.59±2.09	F= 2.677
Birinci derece akraba	16.42±1.88	p= 0.070
İkinci derece akraba	15.00±2.80	
Duyarlılık Algısı <i>Ailede bağırsak kanseri öyküsü</i>		
Yok	10.12±2.17	F= 1.780
Birinci derece akraba	10.75±2.35	p= 0.170
İkinci derece akraba	10.91±3.27	
Yanıt Etkinliği <i>Ailede bağırsak kanseri öyküsü</i>		
Yok	7.90±1.12	F= 2.570
Birinci derece akraba	8.00±1.15	p= 0.077
İkinci derece akraba	7.17±1.74	
Kanser Endişesi <i>Ailede bağırsak kanseri öyküsü</i>		
Yok	6.88±1.90	F= 2.253
Birinci derece akraba	6.25±2.35	p= 0.106
İkinci derece akraba	6.09±2.68	
Sosyal Etki <i>Ailede bağırsak kanseri öyküsü</i>		
Yok	14.97±2.37	F= 5.125
Birinci derece akraba	15.50±2.78	p= 0.001
İkinci derece akraba	12.91±2.15	

Katılımcıların bağırsak kanseri öyküsü ile KKTTİ Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırılmış ve sosyal etki alt boyutu ile gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur (p=0.001). Farkın katılımcıların birinci derece akrabalarından kaynaklandığı görüldü.

4.6. Katılımcıların GGK Testi Dağılımlarına İlişkin Bulgular

Tablo 18. Katılımcıların GGK Testi Dağılımları (N=563)

Gaitada gizli kan testi sonucu	Sayı	%
Pozitif	40	7.1
Negatif	523	92.9

Çalışmaya katılan 563 bireye iGGK testi yapılmıştır. Birinci iGGK testinin sonucunda; 28 kişinin test sonucu pozitif, 12 kişininki ise belirsiz çıkmıştır. Test sonucu belirsiz olan 12 kişiye tekrardan iGGK testi yapılmış ve 12 kişininde ikinci iGGK testinin sonucu pozitif çıkmıştır ve toplamda katılımcılardan 40 kişinin test sonucu pozitif çıkmıştır. Buna göre katılımcıların %7.1'inin (n=40) test sonucu pozitif, %92.9'unun (n=523) ise test sonucu negatif bulunmuştur. GGK testi sonrası 40 kişi ileri tetkikler için ikinci basamak sağlık kuruluşuna yönlendirilmiş; bu kişilerden 12 kişiye ulaşılamamış, 15 kişi doktora gitmemiş, 13 kişiye endoskopi ve kolonoskopi önerilmiş bunlardan 2 kişi red etmiş, 10 kişinin endoskopi ve kolonoskopi sonucu normal çıkmış ve 1 erkek katılımcıya yapılan kolonoskopi sonucunda tübüllo villöz adenom tanısı konulmuştur ve hastaya polipektomi işlemi yapılmıştır.

Tablo 19. GGK Testinin Cinsiyete Göre Dağılımı (N=40)

Cinsiyet*	Sayı	%
Kadın	22	55.0
Erkek	18	45.0

*GGK testi pozitif olanlar alınmıştır.

GGK testi pozitif olanların %55.0'i kadın, %45.0'i erkektir.

4.7. GGK Testi İle KRK Risk Faktörlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

GGK testi ile son bir yıldır mevcut olan belirti-bulgular karşılaştırılmış, rektal akıntı veya dışkıyla gelen mukus dışındaki tüm belirti/bulgularda GGK test sonucu negatif olanların puan ortalamaları pozitif olanların puan ortalamalarından daha yüksek bulundu. Dışkılamada kan, kötü kokulu gaz ve kilo kaybı belirti/bulguları ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0.001$). Farkın GGK test sonucu negatif olan gruptan kaynaklandığı saptandı.

4.8. GGK Testi Pozitif Olan Kişilerin KRK Risk Faktörlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

GGK testi pozitif olan kişilerin bağırsak hastalığı ile ilgili son bir yıldır mevcut olan belirti-bulguları karşılaştırılmış, GGK testi pozitif olanların %67.5'inin dışkılama alışkanlığının değiştiği görüldü. GGK testi pozitif olanlarda fişkırr tarzda dışkılama oranının %10.0 olduğu, dışkılamada kan görülme oranı %15.0, rektal akıntı veya dışkıyla gelen mukusun görülme oranı %2.5, ele gelen kitle değişkeninin oranı ve kötü kokulu gaz görülme oranı %15.0, geçmeyen karın ağrısı/ krampları oranı ve iştahsızlık oranı %20.0, bulantı-kusma görülme oranı %15.0, yorgunluk hissedilme oranı %32.5, kilo kaybının görülme oranı %7.5 ve ağrı belirtisinin görülme oranı %2.5'tir.

4.9. GGK Testi Sonucuna Göre Katılımcıların KKTİ Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımlarına İlişkin Bulgular

Tablo 20. GGK Testi Sonucuna Göre Katılımcıların KKTİ Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımları (N=563)

KKTİ Alt Boyutları	N	$\bar{X}\pm ss$	Test p değeri
Önemseme			
GGK testi pozitif	40	15.25±2.00	t= 1.145
GGK testi negatif	523	15.64±2.11	p= 0.253
Duyarlılık			
GGK testi pozitif	40	10.10±1.89	t= 0.215
GGK testi negatif	523	10.18±2.22	p= 0.830
Yanıt etkinliği			
GGK testi pozitif	40	7.88±1.02	t= 0.095
GGK testi negatif	523	7.89±1.15	p= 0.924
Kanser endişesi			
GGK testi pozitif	40	6.95±1.78	t= 0.417
GGK testi negatif	523	6.82±1.97	p=0.677
Sosyal etki			
GGK testi pozitif	40	14.20±2.40	t= 2.048
GGK testi negatif	523	15.00±2.39	p= 0.041

Katılımcıların GGK testi sonucu ile KKTİ ölçeği alt boyutları karşılaştırılmış ve sosyal etki alt boyutu puan ortalaması ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0.041).

5. TARTIŞMA

Kolorektal kanser dünyada ve ülkemizde tüm kanserler arasında sıklık sırasına göre üçüncü sırada yer almakta olup, morbidite ve mortalite açısından önde gelen kanserlerden biridir. Kolorektal kansere yakalanma oranı ve kolorektal kanserden ölüm oranları tüm dünyada her geçen gün artmaktadır. Bu durum kolorektal kanserden korunma, kolorektal kanseri önleme stratejileri ve tarama programları oluşturulmasına önemin artmasını sağlamıştır. Türkiye’de kanseri gelişmeden önlemek ve erken evrede yakalayabilmek için koruma programlarına oldukça önem verilmektedir. Serviks ve meme kanseri ulusal tarama standartları geliştirildikten sonra kolorektal kanserler de tarama programları içine alınmıştır ve Sağlık Bakanlığı tarafından 2009 yılında Kolorektal Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları geliştirilmiştir (4,7,16).

KRK’yi erken evrede yakalamak hayati önem taşımaktadır. KRK’yi erken evrede teşhis etmenin yolu ise hastalığı asemptomatik evrede tarama programları ile yakalamaktır ve risk altındaki grubun bu programa katılması önemlidir. Taramanın kolorektal kanser morbidite ve mortalitesinde önemli olduğunu gösteren çalışmalar olmasına rağmen ülkemizde KRK taramalarına katılım oranı düşüktür (27).

Kolorektal kanserde aile hikayesi, artmış yaş ve genetik riskin dışında yaşam biçimi ile ilgili kanıtlanmış bazı risk faktörleri; beslenme alışkanlıkları, obezite, fiziksel inaktivite, alkol ve sigara kullanımı sayılabilir (33,100).

Ülkemizde KRK, hem kadınlarda hem de erkeklerde kansere bağlı ölümler arasında üçüncü sırada yer almaktadır (7). Bu sorunun önemi dikkate alınarak kolorektal kanseri önleme, erken tanı ve tedavi toplumun sağlığına büyük ölçüde katkıda bulunacaktır. Bu hedefin başarılması halk sağlığı eğitimine ve birincil sağlık bakım hizmetlerinde etkili toplum tabanlı tarama programlarına bağlıdır. Halk sağlığı alanında çalışan hekim ve hemşireler toplumu KRK’nin önemi, KRK risk faktörleri, KRK tarama programı ve yapılacak testler hakkında bilgilendirmeli ve tarama programlarına katılımı arttırmaya yönelik farkındalık eğitimleri düzenlemelidirler.

Bu çalışma; Adıyaman ili Gölbaşı ilçesinde yaşayan bireylerde Gaitada Gizli Kan (GGK) testi ile Kolorektal Kanseri (KRK) taraması ve bireylerin kanser taramasına yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla gerçekleştirildi. Araştırmadan elde edilen bulgular sekiz ana bölüm halinde tartışıldı.

5.1. Sosyo-demografik Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2. KRK Risk Faktörlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.3. Katılımcıların KKTTİ Ölçeğinin Alt Boyutlarından Aldığı Puanlar ve Alt Boyutları Etkileyen Sosyo-demografik Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması

5.4. KKTTİ Ölçeğinin Alt Boyutları İle Katılımcıların KRK Risk Faktörleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulguların Tartışılması

5.5. Katılımcıların GGK Testi Dağılımlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.6. Katılımcıların GGK Testi İle KRK Risk Faktörlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.7. GGK Testi Pozitif Olan Katılımcıların KRK Risk Faktörlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.8. KKTTİ Ölçeğinin Alt Boyutları İle Katılımcıların GGK Testi Sonuçları Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulguların Tartışılması

5.1. Sosyo-demografik Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyet değişkenine göre sosyodemografik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; %51.3'ü 50-59 yaş arasında, %48.7'si 60-70 yaş arasında olup, katılımcıların yaş ortalaması 59.35 ± 6.15 'tir. Kadınların yaş ortalaması 59.38 ± 6.10 , erkeklerin yaş ortalaması 59.32 ± 6.23 'tür. Araştırmaya katılan bireylerin %52.6'sı kadın (n=296), %47.4'ü (n=267) erkektir. Kadınların %83.8'i evli, erkeklerin %94.0'ü evli olup, kadınların %50.7'sinin erkeklerin ise %4.1'inin okur-yazar olmadığı ve kadınların %29.7'sinin, erkeklerin ise %66.3'ünün ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. Kadınların %30.8'i, erkeklerin %73.0'ü çalışmaktadır. Kadınların %88.9'unun, erkeklerin ise %91.0'inin sağlık güvencesinin olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların ifadelerine göre gelir durumlarına bakıldığında; kadınların %60.1'inin, erkeklerin ise %59.2'sinin gelir durumlarının orta düzeyde olduğu, sağlık durumlarının ise kadınlarda %46.6'sının orta düzeyde olduğu, erkeklerde ise %60.7'sinin iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Kolorektal kanserlerin %90'ı 50 yaşından sonra görülmektedir. Bu nedenle tarama programları 50 yaşından itibaren başlamaktadır (33). GGK testi ile kolorektal kanser taraması ve bireylerin kanser taramasına yönelik tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada; araştırmaya katılan bireylerin yaşı Kolorektal Kanser Tarama Programı Ulusal Standartlarında belirtilen yaş grubuna uygun olduğu gibi 50-70 yaş arasındadır ve yaş ortalaması 59.35 ± 6.15 'dir.

Çalışmaya katılan kadınların (%52.6) sayısı erkeklerin (%47.4) sayısına eşit oranlarda olduğu görülmektedir. Bu da çalışmamız açısından olumlu bir sonuçtur.

TNSA 2013 verilerine göre yaş ilerledikçe eğitim durumunun daha düşük seviyede olması beklendik bir durumdur (101). Türkiye’de 2012 yılında okuma yazma bilmeyen erkek nüfus oranı %1,4 iken, kadınlarda bu oran %7’dir (102). TNSA 2013 verilerine göre; 45-49 yaş grubunda okuryazarlık oranı %86.0’dır ve bu yaş grubundaki kadınların %22.0’ı hiç eğitim almamış ya da ilkokul bitirmemiştir ve %18.0’ı en az lise mezunudur (101). Sağlık Bakanlığı’nın araştırmasına göre; 65 ve üzeri yaş grubundaki kadınların sadece %2.0’ı lise ve üzeri eğitim görmüştür (103). Araştırmamızda da, okuma yazma bilmeyen erkek nüfus oranı %4.1 iken, kadınlarda bu oran %50.7’dir. Türkiye’de eğitimin yaygınlaşmasına bağlı olarak, genç kadınlar kendilerinden daha ileri yaştaki kadınlara göre daha eğitimidirler (101). Kadınlardaki okuryazarlık oranı sürekli artmasına rağmen henüz istenen noktaya varılamamıştır. Üretken ve kaliteli bir yaşamın ön koşulu olan eğitim, modern toplumların en önemli gereklerinden biridir.

Bir ülkenin gelişmiş olarak kabul edilmesinin en önemli göstergelerinden biri, o ülkedeki kadınların ekonomik ve sosyal hayata erkeklerle eşit oranda ve etkin bir şekilde katılıp katılmadığı, refaktan kendi payına düşeni ne oranda aldığıdır. 2011 yılı verilerine göre; kadın istihdamı oranı ABD’de %62.0, Japonya’da %60.3 ve Avrupa Birliği’nde ise %58.5’dir (104). Avrupa Birliği üyesi ve aday ülkeler arasında kadınların işgücüne katılma oranının en düşük olduğu ülke Türkiye’dir. 2011 yılında, Türkiye’de 15 ve daha yukarı yaştaki nüfus içerisinde işgücüne katılma oranı %47.5 olup, bu oran kadınlarda ise %25.9’dur (105). Araştırmamızda kadınların, %69.2’sinin çalışmadığı görülmüştür. Bu oranın yüksek olmasının sebebi, araştırma grubunun yaş ortalaması ve çalışmanın kırsal bölgede yapılmasından kaynaklanmaktadır (Kırsal bölgedeki iş imkanları kentsel bölgelere göre daha düşüktür).

Sağlık Bakanlığı’nın araştırmasına göre, hanede yaşayan bireylerin sosyal güvence ve sosyal yardım alma durumlarına bakıldığında, sağlık sigortası olan bireylerde 20-24 (%21.9) ve 15-19 (%18.7) yaş aralığında azalış olmakla birlikte, 50-54 yaş aralığından sonraki yaş aralıklarında, sağlık sigortası olanların oranı artmaktadır (103). Araştırmamızda da benzer şekilde, katılımcıların çoğunluğunun (%89.9) sağlık güvencesinin bulunduğu belirlenmiştir. Kişilerin sağlık güvencesine sahip olmaları, onların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırdığı düşünülmektedir.

TUİK 2012 verilerine göre maddi yoksunluk oranı %59.2 iken 2013 yılında %49.7 olarak belirlenmiştir (106). KSA (Kadın Sağlığı Araştırması) 2014 verilerine göre

ekonomik durum değerlendirmesi %70.2 oranında “orta” olarak belirlenmiştir (107). Çalışmamızda da katılımcıların ifadesine göre %59.7’sinin gelir durumunun orta düzeyde olduğu belirtilmiştir.

5.2. KRK Risk Faktörlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Kolon kanseri gelişiminde etkili olduğu düşünölen yaşam biçimi ile ilgili bazı risk faktörleri arasında; beslenme alışkanlıkları, obezite, fiziksel inaktivite, alkol ve sigara kullanımı sayılabilir (33,100).

Kanserli hastalarda malnütrisyon sık görölen bir durumdur. Yeni tanı konulmuş hastaların yaklaşık olarak yarısında, ileri evre kanser hastalarının ise %75.0’ dan fazlasında kilo kaybı ve iştahsızlık saptanmıştır (108). Çalışmamızda son bir yılda kilo değişimine bakıldığında; %97.3’ünün (n=548) kilosunda değişiklik olmadığı görölmüştür. Çalışmamızda kanser belirtilerinden olan belirgin kilo kaybı görölme oranı oldukça düşüktür (Tablo 2).

Fazla kilolu ve obez olan kişilerde, KRK ve diğer kanserlerin gelişme riski de artmaktadır. Fiziksel olarak daha aktif kişilerin KRK’ye yakalanma riski daha düşüktür. Obezitenin KRK gelişme riskini 1,5 kat arttırdığı iki geniş prospektifkohort çalışmasında ortaya konulmuştur (22,33). Dünyada sıklığı giderek artan obezite, ölkemizde de erişkinlerde belirgin bir şekilde artmıştır (101). Araştırmamızda katılımcıların %39.4’ü fazla kilolu (n=222), %37.1’i (n=209) obez olduğu görölmüştür (Tablo 2). Baysal ve ark. (2013) tarafından “birinci basamağa başvuran bireylerin kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inançlarının ve kolorektal kanser ile ilgili bilgi düzeylerinin belirlenmesi” konulu çalışmada katılımcıların % 52.6’sının kilolu olması araştırmamıza benzerlik göstermektedir (20). Birçok çalışmada belirtildiği gibi, bağırsak kanseri olgularının %50’sinde ana neden olarak diyet ve yaşam şekli belirlenmiştir (85).

Sigara içimi hem KRK için artmış riskle hem de KRK’den ölümlle ilişkilendirilmiştir. Ayrıca adenomatöz polip ve yüksek riskli polip gelişimi için risk faktörüdür. Sigara içenlerde yaklaşık 2,5 kat yüksek adenom riski gözlenmektedir. Sigara kullanımı ile birlikte alkol tüketimi KRK görölme riskini iki kat artırmaktadır (39,109,110). TÜİK verilerine göre Türkiye’de yetişkinlerin sigara kullanım oranı 2008 yılında %31.3 iken, 2012 yılında %27’ye düşmüştür. Bu oran erkeklerde %47.9’dan %41.4’e, kadınlarda ise %15.2’den, %13.1’e düşmüştür (111). Çalışmamızda katılımcıların

%79.2'si (n=446) sigara kullanmazken, %94.8'i (n=534) de alkol kullanmamaktadır (Tablo 3). Çalışmamıza benzer oranda sonuçlar elde eden Baysal ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada da katılımcıların % 83.8'inin sigara ve %97.1'inin alkol kullanmadığı belirlenmiştir (20). Sigara kullanım oranı çalışmamız ve diğer çalışmalarda düşük oranda bulunmuştur fakat yüksek oranda olduğu görülen araştırmalar da mevcuttur. Doğan ve ark. (2014) tarafından yapılan araştırmada ortalama sigara içme oranı %33.5 ile Türkiye ortalamasının üstünde olup, özellikle kadınlarda sigara kullanım oranı %67.6 ile oldukça yüksek saptanmıştır (112). Çalışmamızda sigara kullanım oranının düşük olmasının sebebinin, son zamanlarda kamu spotlarında sigaranın olumsuz etkilerine yer verilmesinden dolayı halkın farkındalık düzeyinin arttığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Düzenli fiziksel aktivite kolorektal kanserden korur. Fiziksel aktivite düzeyi azaldıkça kolorektal polip ve KRK oluşum riski artmaktadır. Yapılan 52 çalışmanın meta-analizinde fiziksel olarak aktif olan bireylerin daha az aktif olan bireylere oranla %24 oranında daha düşük kolon kanseri riskine sahip olduğu görülmüştür (83). Özellikle meme kanserinin ve kolon kanserinin fiziksel aktivite ile ilişkili olduğu kanıtlanmıştır. Fiziksel aktivitenin eksikliği ise kanserlerde risk etmenidir (15). Çalışmamızda katılımcıların %53.3'ü (n=300) düzenli egzersiz yapmaktadır (Tablo 3). Çalışmamızda katılımcıların çoğunluğunun fiziksel aktivite yapıyor olması, toplumun yaşam biçiminde fiziksel aktivitenin önemli bir yer tuttuğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %56.1'inde (n=316) kronik hastalık öyküsü mevcuttur ve yoğunlukla bulunan hastalık türü; %33.8 (n=203) HT ve %20.2 (n=121) DM' dir (Tablo 4). HT ülkemizde oldukça yaygın olan kronik bir hastalık türüdür. HT sıklığı, hem kadınlarda hem de erkeklerde yaşla birlikte artış göstermektedir. 54 yaş grubunda ise her üç kişiden birisinin yüksek tansiyonu bulunmaktadır (113). Türk Hipertansiyon Prevalans Araştırması'nda HT prevalansı kadınlarda %32.3, erkeklerde %30.9 olarak bulunmuştur (114). Baysal ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada da katılımcıların %61.8'inin kronik hastalığının olduğu belirlenmiştir (20). Çalışmamız ve diğer çalışmaların sonucuna göre ülkemizde kronik hastalıklar içinde HT'un önemli bir yer tuttuğu görülmektedir.

Diyabet sıklığı yaşla birlikte artış göstermektedir. Sağlık Bakanlığı'nın çalışmasında 55-64 yaş grubunda ve 65-74 yaş grubunda kadınlardaki diyabet sıklığı sırasıyla %29 ve %33 olarak saptanmış olup erkeklerden daha fazladır (erkeklerde sırasıyla

%25 ve % 27'dir) (113). Çalışmamızda diyabet sıklığı ise %20.2'dir. Diyabetli hastalarda kolon kanseri insidansında artış olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Toplam 2.593.935 gönüllüyü içeren 15 çalışmanın (6 vaka kontrollü ve 9 kohort) meta-analizinde KRK riskinin, diabetesmellituslu hastalarda diyabeti olmayanlara göre %30 daha fazla olduğu görülmüştür (52). Yuhara ve arkadaşlarının çalışmasında da diyabet'in, KRK risk artışıyla ilişkili olduğu sonucu ortaya çıkmıştır (115). Arslan ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada ise; diyabet'i olan ve olmayan hastalar karşılaştırılmış ve KRK görülme ihtimali açısından diyabetli hastaların 3 kat daha yüksek riske sahip oldukları ortaya çıkmıştır (116). Turan ve arkadaşlarının çalışmasında KRK'e eşlik eden hastalıklar HT, DM ve KOAH olarak bulunmuştur (87). Mentş ve arkadaşlarının çalışmasında ise KRK nedeniyle opere edilen hastaların 85'inde (%42.5) ek hastalıklar bulunmaktadır ve sık görülen hastalıklar arasında, HT ve DM bulunmaktadır (117).

Bireylerde hastalıkları önlemek, yaşam kalitesini arttırmak için koruyucu sağlık hizmetlerine ihtiyaç vardır. Hastalıkların önlenmesiyle sağlığın artırılması önemli bir sağlık hizmetidir. Çalışmamızda katılımcıların %64.8'i (n=365) genel sağlık kontrollerini her yıl düzenli olarak yaptırmadığı belirlenmiştir (Tablo 4). Kılıç ve ark. (2014) tarafından yapılan çalışmada ise bu oran daha düşüktür ve araştırmaya katılanların %22.1'inin iki yıl içinde genel sağlık kontrolü yaptırdığı görülmüştür (118). Ayrıca genel sağlık kontrolü sıklığı ile KRK bilgi puanının karşılaştırılması ile ilgili yapılan bir çalışmada; son doktor kontrolünü son bir yıl içinde yaptıranların %45.1'inin KRK ile ilgili bilgi puanı yüksekken, bir yıl ve daha fazla zamanda son doktor kontrolü yaptıranların hiçbirinin bilgi puanı yüksek seviyede değildir (119).

Kanser, dünya genelinde giderek artan bir sağlık problemidir ve toplumlarda önemli bir sosyoekonomik yüke, bireylerde de maddi ve manevi kayıp ve zorluklara yol açmaktadır. Yeni yayımlanan dünya kanser istatistiklerine göre; ölüm nedenleri arasında kanser ilk sırada yer almaktadır (3).

Araştırmamızda katılımcıların ailesinde, KRK dışında başka kanser türüne sahip akrabalarının olduğu belirlenmiştir. Birinci derece akrabasında (%24.7) ve ikinci derece akrabasında (%17.4) oranında KRK dışında başka kanser türleri belirlenmiştir ve katılımcıların ailelerinde %57.9 oranında da kanser öyküsü bulunmamaktadır. Ailede KRK dışında başka kanserlerden dolayı ölenlerin ise %90.71 oranında olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Baysal ve arkadaşlarının çalışmasında da katılımcıların %69.1'inin ailesinde

kanser öyküsünün olmadığı görülmüştür (20). KRK'in %6-10'unun ailesel eğilimi olan bireylerde görüldüğü ve KRK'i olan bireylerin yaklaşık 1/3'ünün birinci derece akrabalarında da kanser olduğu bilinmektedir. Turan ve arkadaşlarının çalışmasında KRK tanısı almış 66 olgunun (%53.7) birinci ya da ikinci dereceden akrabalarının en az birinde KRK ya da kolorektal dışı kanser öyküsü bulunduğu görülmüştür (87). Açıkgoz ve arkadaşlarının çalışmasında, ailesinde kanser öyküsü olanların %56.3'ünün birinci derece yakınının, %21.1'inin ikinci derece yakınının, %22.6'sının üçüncü derece yakınının kanser olduğu saptanmıştır (15).

Çalışmamızda katılımcıların %82.8'inde (n=466) bağırsakla ilgili hastalık öyküsü yokken, %8.2'i (n=46) oranında var olan bağırsak hastalığı öyküsünün %32.6'sını (n=15) ülseratif kolit, %6.52'si (n=3) spastik kolon, %6.52'si polip adenom (n=3), %4.34'ünü (n=2) crohn hastalığı ve %50.0'sini (n=23) diğer seçenekler oluşturmaktadır (Tablo 5). Kronik ülseratif koliti ve Crohn hastalığı olanlarda kolon kanser riski; hastalık süresi ve yaygınlığı ile orantılı olarak artmaktadır (22). KRK'in büyük çoğunluğu adenom zemininden gelişir ve Adenomatöz polipler, KRK'in öncül lezyonu kabul edilmektedir. Kişisel tıbbi öyküsünde polip bulunan kişilerde KRK riski yüksektir (120). Bu nedenle bağırsak hastalığı öyküsünün varlığı KRK riski için önemli bir bulgudur. Bireylerde bir veya daha fazla KRK semptomunun olması taramalara katılımı etkilemektedir (121). Jo ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre, KRK belirtileri bulunan bireyler KRK taramalarına daha fazla katılmıştır (121). Diğer bir çalışmada, KRK semptomlarını bilmek taramalara katılımı 1.6 kat artırmaktadır (122). Başka bir çalışmada, herhangi bir semptomun olmayışı KRK taramalarına katılımı negatif etkileyen en önemli faktördür (123).

Ailede, ailesel kolon kanseri öyküsünün varlığı KRK için önemli bir risk faktörüdür (18). Aile bireylerinde KRK olan kişilerde KRK riski yüksektir. İki veya daha fazla birinci derece yakınında KRK olanlarda KRK riski daha da yüksektir (124). İncelenen 24 çalışmanın (biri hariç hepsinde) analizinde birinci derece yakını kolorektal kanserden etkilenen bireylerde KRK riskinin arttığı saptanmıştır (125).

Araştırmamızda; katılımcıların %92.9'u ailelerinde bağırsak kanseri öyküsünün bulunmadığını fakat ailesinde bağırsak kanserinden dolayı ölenlerin ise %82.5 oranında olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 5). Turan ve arkadaşlarının KRK tanısı almış hastalarda yaptığı çalışmada, hastaların %13.8'inin en az bir birinci derece akrabasında KRK öyküsü olduğu saptanmıştır (89). Acar Vaizoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında

katılımcıların %17.5'inin ailesinde bağırsak hastalığı olduğu görülmüştür (126). Ait Ouakrim ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, aile öyküsünde KRK olan bireylerin (orta risk düzeyinde olan) taranmasının KRK mortalitesini azalttığı saptanmıştır (127). Ailede KRK öyküsü varlığının saptanması ve düzenli aralıklarla yapılacak taramalar ile KRK'in çok erken bir dönemde tanılanmasına ortam hazırlayabilir.

Araştırmamızda katılımcıların bağırsak hastalığı ile ilgili son bir yıldır mevcut olan belirti ve bulguları incelendiğinde; var olan en önemli bulgu %57.9 (n=326) "dışkılama alışkanlığındaki değişiklik'tir. Katılımcılarda yorgunluk hissedilme oranı %26.5'dir (n=149) (Tablo 6). Literatürde "bağırsak alışkanlığında değişiklik" olarak ifade edilen durum aslında ishal, kabızlık ve gaita özelliğinin değişmesi olarak anlaşılmalıdır. Diyare ve kabızlık çok değişkenli analizlerde kolorektal kanser ile ilişkilendirilmiştir ve yapılan çalışmalarda bağırsak alışkanlığındaki değişikliğin KRK varlığını gösteren belirtilerinden olduğu ifade edilmektedir (64). Bir çalışmada birinci basamağa başvuran hastaların klinik özelliklerinden barsak alışkanlığında değişiklik KRK riski ile ilişkili bulunmuştur (128). Turan ve arkadaşlarının KRK tanısı almış bireylerde yaptığı araştırmada, hastaları doktora getiren en önemli üç şikayetin sırasıyla dışkılar ken kan gelmesi (%62.6), kabızlık (%51.2) ve karın ağrısıdır (%47.2) (87). Diğer bir çalışmada ise kolorektal kanseri olan hastaların başvuru esnasında en sık karşılaşılan şikayetin karın ağrısı ve barsak alışkanlığında değişme olduğu görülmüştür (105). Dışkılama özelliğinin değişmesi kanserin erken belirtilerinden sayılmaktadır.

Sağlıklı bir yaşamın sürdürülmesinde bir başka deyişle yaşam kalitesinin artırılmasında beslenme alışkanlıkları önemli rol oynamaktadır. Beslenmenin tüm yaygın kanserler arasında en çok KRK riski üzerinde etkisi vardır (42). Çalışmamızda katılımcıların beslenme özellikleri incelendiğinde ise; %99.8'inin tahıllı gıdalar, %99.5'inin taze sebze meyve, %97.3'ünün baklagil, %97.2'sinin kafein içeren içecekler, %93.3'ünün kırmızı et, %92.0'sinin beyaz et, %87.9'unun kuru yemiş, %82.6'sının hayvansal yağ, %81.0'inin acılı baharatlı gıdalar, %65.0'inin salamura, konserve, %49.0'unun asitli içecek, %32.1'inin fastfood şeklinde hazır gıdalar ve %29.8'inin işlenmiş et (sucuk, pastırma, sosis, salam) tükettiği belirlenmiştir (Tablo 7).

Kepekli tahıl ürünleri tüketilmesi, posa alımını artırıp bağırsakların düzenli çalışmasını sağlayarak KRK oluşma riskini üçte bir oranında azaltılabileceğine dikkat çekilmektedir (129). Tahıl ürünleri ve kurubaklagil tüketiminin KRK gelişimi üzerinde

önleyici etkisi olduğu düşünülürken çalışmamızda en sık tüketilen besin tahıl ve kurubaklagil ağırlıklı besinlerdir ve bu olumlu bir sonuç olarak değerlendirilebilir. Türkiye beslenme ve sağlık araştırmasına göre; bireylerin %47.6'sının günlük yeşil yapraklı sebze tükettiği görülmüştür (103). Çevik ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada sebze ve meyveden zengin ve posalı bir diyetin KKK riskini belirgin azalttığı ve koruyucu olabileceğinden söz edilmektedir (85).

Yapılan birçok epidemiyolojik çalışmada uzun süreli kırmızı et ve işlenmiş et tüketiminin artması KKK insidansında artışla ilişkili bulunmuştur ve özellikle distal kolon kanser riskini arttırdığını göstermiştir (60). Çalışmamızda ise kırmızı et ve beyaz et tüketiminde oranlar birbirine yakın bulunmuştur ve işlenmiş et tüketimi ise bu oranların çok altında bulunmuştur. Diyetle alınan yağ oranı arttıkça kolon kanseri, rektum kanseri, meme kanseri, akciğer kanseri ve prostat kanseri riski de artmaktadır (130). Baysal ve arkadaşlarının çalışmasında da katılımcıların, %69.9'unun hayvansal yağ ve et ağırlıklı beslendiği görülmüştür (20). Çalışmamızda kırmızı et ve yağdan zengin besin tüketim sıklığının yüksek değerlerde olduğu görülmektedir.

Günlük su ihtiyacı vücudun kullandığı enerji miktarına bağlı olarak değişir. Yetişkinlerde enerji harcamasının her kalorisi başına 1-1.5 ml gereklidir. Her 1000 kalori için 1-1.5 litre veya günlük 2000 kalorilik diyetle yaklaşık 8 bardak su alınmalıdır (131). Çalışmamızda katılımcıların %43.7'sinin günlük 3-5 bardak, %24.2'sinin günlük 10 bardak ve üzeri su tükettiği tespit edilmiştir (Tablo 8). Güven ve arkadaşlarının çalışmasında kolorektal kanserli hastaların %48.6'sının günde 3-5 bardak sıvı tükettiği görülmüştür (132). Bir çalışmada da günde ortalama içilen su miktarı çalışmamızla yaklaşık miktardadır (5.4±3.0 su bardağı) (126). Sıvı tüketiminin kolon kanser riskini azalttığını gösteren çalışmalar vardır (130). Araştırmamıza katılan katılımcıların çoğunluğunun gerekli miktarda su tükettiği belirlenmiştir.

Katılımcıların KKTİ Ölçeğinin Madde Ortalamalarına Göre Puan Dağılımları

Katılımcıların KKTİ Ölçeğinin maddelerinden yanıtlama seçenekleri ortalamasına göre aldıkları en yüksek üç, en düşük üç maddenin puanları aşağıdaki gibi bulunmuştur (Tablo 10) , (Şekil 1.) ve (Şekil 2.).

En yüksek üç madde;

10. madde en yüksek madde puanını (4.33 ± 0.69) oluşturmaktadır. Sosyal etki alt boyutunda yer alan bu madde *“Kalın bağırsak kanseri taraması yaptırmam konusunda doktorum ya da hemşirem ne düşünüyorsa onu yapmak isterim”* sorusunu oluşturmaktadır. Bireylerin sosyal etki algısının yüksek olması taramaya katılımın yüksek olacağını ve kolorektal kanserden korunmak için uygulanan tarama davranışını benimseyeceklerini gösterir. KKTİ Ölçeğine göre sosyal etki puanı arttıkça taramaya katılım artar (96,99). Dolayısı ile bu durum sosyal etkileşimin önemini ortaya koymaktadır. Bu da KKK taramalarına katılımı teşvik edici bir faktör olabilir.

3. madde en yüksek ikinci madde puanını (4.15 ± 0.69) oluşturmaktadır. Önemseme ve tutarlılık alt boyutunda yer alan bu madde *“Kalın bağırsak kanseri taraması yaptırmak benim için önemlidir”* sorusunu oluşturmaktadır.

4. madde üçüncü en yüksek madde puanını (4.11 ± 0.69) oluşturmaktadır. Önemseme ve tutarlılık alt boyutunda yer alan bu madde *“Kalın bağırsak kanseri taraması yaptırmak sağlığımı korumama yardımcı olabilir”* sorusunu oluşturmaktadır.

Önemseme-tutarlılık algısının yüksek olması (3., ve 4. maddeler), katılımcıların kanseri önemli ve ciddi bir hastalık olarak algıladığı, bireylerin hastalıktan korunma davranışlarını sergilediği ve kanserden korunmaya yönelik davranışlarda tutarlı oldukları anlaşılmaktadır. KKTİ Ölçeğine göre tarama davranışları sergileyen bireylerin önemseme ve tutarlılık algısı düzeylerinin yüksek olması beklenir (96,97).

En düşük üç madde;

13. madde en düşük madde puanını (2.49 ± 0.67) oluşturmaktadır. Duyarlılık alt boyutunda yer alan bu madde **“Bende kalın bağırsak kanseri olma ya da polip oluşma ihtimali çok yüksek”** sorusunu oluşturmaktadır.

15. madde en düşük ikinci madde puanını (2.51 ± 0.68) oluşturmaktadır. Duyarlılık alt boyutunda yer alan bu madde **“Bende kalın bağırsak polipleri oluşma ihtimali yüksek”** sorusunu oluşturmaktadır.

11. madde en düşük üçüncü madde puanını (2.51 ± 0.77) oluşturmaktadır. Duyarlılık alt boyutunda yer alan bu madde **“Kalın bağırsak kanseri olma ihtimalim yüksektir”** sorusunu oluşturmaktadır.

Duyarlılık algısının düşük olması, katılımcıların KRK’ e yakalanma açısından kendilerini riskli olarak algılamadıklarını ortaya koymaktadır. Ancak sadece 50 yaş ve üstü olmak bile KRK için bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (33). Risk algısı, bireylerin koruyucu sağlık davranışlarını ne düzeyde gösterdiklerini etkileyebilmektedir (133). Bireylerdeki KRK risk algısını ve KRK taramalarına katılımı arttırmak için bireylerin; birinci basamakta çalışan aile hekimleri ve aile sağlığı hemşireleri tarafından bilgilendirilmesi ve bu konuyla ilgili farkındalık eğitimlerinin verilmesi gerekir.

Tarama davranışı sergileyen bireylerin duyarlılık algısı düzeylerinin yüksek olması beklenir. Aslında çalışmamızda katılımcılar taramaya yatkınlar ama “bende hiç polip olmaz”, “KRK olmaz” dedikleri için ve kendilerinde kanser riski görmedikleri için duyarlılık alt boyutundan alınan puanlar düşük çıkmıştır. Kendilerini hastalık için riskli olarak algılamayan bireylerin tarama davranışlarını düzenli olarak uygulamaları beklenmez. Bu nedenle bireylerin KRK tarama programlarına katılımını sağlamak, sağlık algılarını etkilemek ve farkındalıklarını arttırmak için sağlık eğitimine ihtiyacı olduğu düşünülmektedir.

5.3. Katılımcıların KKTİ Ölçeğinin Alt Boyutlarından Aldığı Puanlar ve Alt Boyutları Etkileyen Sosyo-demografik Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması

Önemseme- Tutarlılık alt boyutu puanları

Önemseme-Tutarlılık alt boyutu, bireyin tarama davranışını sergilemesi için öncelikle kanseri önemli ve ciddi bir hastalık olarak algılaması gerektiğini ifade etmektedir. Kanser önemli bir bireyin hastalıktan korunma davranışlarını sergilemesi ve kansere verdiği önemle korunmaya yönelik davranışlarının tutarlı olması beklenir. Önemseme ve tutarlılık alt boyutundan alınan puan (15.61 ± 2.10)'dür (Tablo 4.9).

Önemseme-Tutarlılık alt boyutu puanının yüksek olması, bireyin hastalıktan korunma davranışı göstermede; hastalığı önemseyen ve hastalıktan korunmaya yönelik tutarlı davranışlar sergilediğini ifade eder. Önemseme ve tutarlılık algısı yüksek olan bir bireye eğitim verilebilir ve bu eğitim sonrası olumlu davranış sergilemesi ve bu olumlu davranışı sürdürmesi olasılığı yüksektir.

Önemseme- Tutarlılık algısını etkileyen faktörler

Çalışmamızda Önemseme ve Tutarlılık alt boyutu puan ortalamasının, medeni durumdan etkilendiği ve aralarındaki ilişkinin anlamlı olduğu bulunmuştur. Çalışmada evli olanların önemseme ve tutarlılık alt boyutu puan ortalaması (15.74 ± 2.07) bekarlara (14.58 ± 2.09) göre yüksek bulunmuştur (Tablo 12).

Evli olan bireylerin önemseme ve tutarlılık alt boyutu puan ortalamalarının bekarlara göre yüksek olması, evli bireylerin kolorektal kanser hastalığını ve bu hastalığın sonuçlarını kendileri, aileleri ve sevdikleri için ciddi bir yaşamsal tehdit olarak algılamaları ile açıklanabilir (133). Çalışmamızdaki evli olan bireylerin; ailelerine karşı bir aidiyet hissinin ve sorumluluklarının olduğunu düşünmelerinden dolayı kolorektal kanseri önemseyen ve taramalara katılma davranışını sergiledikleri düşünülmektedir.

Halk sağlığı hemşireleri olarak toplumun KRK hakkındaki önemseme ve tutarlılık algılarını arttırmak için, KRK taramalarına ilişkin farkındalık eğitimlerinin düzenlenmesi sağlanmalıdır.

Duyarlılık Algısı alt boyutu puanları

Duyarlılık alt boyutu bireyin sağlık durumunda var olacak bir tehlikeyi algılaması olarak ifade edilmektedir. Duyarlılık algısının yüksek olması hastalığa yakalanmada

algılanan tehlikenin bireyi sağlık davranışına yönlendirmesi olarak açıklanabilir. Duyarlılık algısı yüksek bireylerin koruyucu davranışı ve tarama davranışlarını düzenli olarak uygulamaları beklenir. Duyarlılık algısı alt boyutundan alınan puan (10.18 ± 2.20) olarak bulunmuştur (Tablo 9).

Duyarlılık Algısını etkileyen faktörler

Çalışmamızda duyarlılık algısı alt boyutu puan ortalamasının, cinsiyet ve eğitim durumlarından etkilendiği ve aralarındaki ilişkinin anlamlı olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda kadınların duyarlılık alt boyutu puan ortalaması (10.68 ± 2.14) erkeklere (9.61 ± 2.13) göre yüksek bulunmuştur (Tablo 11). Bu durum kadınların kolorektal kanseri bir risk olarak algıladıkları ve hastalığa yakalanmada algıladıkları tehlikenin onları sağlık davranışına yönlendirdiği olarak açıklanabilir. Nar'ın 2010'da yaptığı çalışmada genel olarak "duyarlılık" puanı (15.1 ± 4.3) olarak bulunmuştur. Nar (2010)'ın çalışmasında duyarlılık algısının yüksek olmasının nedeni kolorektal kanser tanısı konmuş bireylerin birinci derece akrabalarının bu hastalığa karşı kendilerini daha yakın hissetmeleri olarak belirtilmiştir. Yapılan çalışmalarda algılanan duyarlılık KRK taramalarına katılımında etkili faktördür (88).

Çalışmamızda okur-yazar olmayanların (10.87 ± 1.87) ve okur-yazar olanların (10.30 ± 2.34) duyarlılık alt boyutu puan ortalaması, ilköğretim (9.90 ± 2.16) ve lise mezunu olanların (9.38 ± 2.50) duyarlılık alt boyutu puan ortalamasından yüksek bulunmuştur (Tablo 13). Çalışmamızın aksine Jacobs'un (2002) çalışmasında eğitim düzeyinin artması ile kolorektal kanserden korunmaya yönelik davranışların artacağı ve kolorektal kanser tarama programlarına katılımın artacağı belirtilmiştir (133). Kolorektal kanserli hastaların birinci derece akrabaları ile yapılan 10 çalışmayı inceleyen bir sistematik inceleme KRK taramasına katılımı etkileyen faktörleri değerlendirmektedir. Araştırmaların çoğunda eğitim seviyesinin artması ile taramaya katılımın artması arasında bir ilişki bulunmazken daha az olarak bazı çalışmalarda eğitim seviyesi taramaya katılımı etkileyen bir faktör olarak belirtilmiştir (99,134). Çalışmamızda da eğitim seviyesi azaldıkça taramaya katılma oranında bir artış bulunmaktadır.

Yanıt Etkinliği alt boyutu puanları

Kolorektal kanserin tedavi edilebilirliği ve önlenilebilirliğine ilişkin ifadeleri içeren bu alt boyut hastalık tehdidini azaltmada, bir davranış uygulamanın etkili olacağına ilişkin

inançlar olarak tanımlanmıştır. Yanıt etkinliği puanı, tarama davranışları ile doğru orantılıdır. Bu alt boyuttan alınan puan arttıkça yanıt etkinliği artmaktadır, yani yanıt etkinliği arttıkça tarama davranışını sergileme oranıda artmaktadır. Yanıt etkinliği alt boyutundan alınan puan (7.90 ± 1.14) olarak bulunmuştur (Tablo 9).

Yanıt Etkinliği algısını etkileyen faktörler

Çalışmamızda yanıt etkinliği alt boyutu puan ortalamalarının, eğitim durumundan etkilendiği ve aralarındaki ilişkinin anlamlı olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda lise mezunu olanların yanıt etkinliği alt boyutu puan ortalaması (8.41 ± 1.12) diğer eğitim düzeylerinin puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur (Tablo 13). Bu durum; eğitim seviyesinin yükselmesi ile sağlık bilgisinin artacağı, kolorektal kanserden korunmaya yönelik davranışların artacağı ve kolorektal kanser tarama programlarına katılımın artacağı şeklinde açıklanabilir. Mc Caffery ve arkadaşlarının çalışmasında KRK ile ilgili bilgi düzeyi, eğitim seviyesi düşük olanlarda düşük bulunmuştur (135). Jacobs'un (2002) yılında yaptığı çalışmada; ilkökul ve altı eğitim düzeyine sahip bireylerin engel puanlarının diğer eğitim gruplarına göre daha yüksek olması; eğitim düzeyinin artması ile kolorektal kanserden korunmaya yönelik davranışların artacağı ve kolorektal kanser tarama programlarına katılımın artacağı şeklinde belirlenmiştir (133).

Kanser Endişesi alt boyutu puanları

Kanser endişesi alt boyutu, tehdit edici durumun kişide yarattığı endişeler ve zararlı sonuçlarının algılanmasını ifade etmektedir. KRK taramasının polip ya da KRK olduğunu göstereceğine ve normal olmayan bir test sonucu almaya ilişkin endişeleri içermektedir. Bireyde kanser endişesinin yüksek olması tarama davranışını sergilemeyi engelleyen bir faktördür. Kanser endişesi puanı, tarama davranışları ile ters orantılıdır. Yani kanser endişesi arttıkça bireylerin tarama davranışını sergileme durumu azalmaktadır. Bireyin kanser endişesinin azalması ise tarama davranışını sergileyeceği anlamına gelmektedir. Kanser endişesi alt boyutundan alınan puan (6.82 ± 1.95)'dir (Tablo 9).

Kanser Endişesi algısını etkileyen faktörler

Çalışmamızda kanser endişesi alt boyutu puan ortalamalarının, cinsiyet ve çalışma durumlarından etkilendiği ve aralarındaki ilişkinin anlamlı olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda erkeklerin kanser endişesi alt boyutu puan ortalaması (7.17 ± 1.82) kadınlara (6.52 ± 2.01) göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 11). Bu durumda erkeklerdeki kişisel engellerin ve kanser olmaktan duydukları endişelerin daha fazla olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızın aksine; Hodge ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan çalışmada kadınların kanser endişeleri daha yüksek bulunmuştur ve dolayısıyla kolorektal kanser taramalarına daha az katıldıkları saptanmıştır. Bunun nedeni olarak eğitim düzeylerinin düşük olması, yalnız yaşamaları, bilgi eksikliği ve kişisel engelleri olaraktan korku ve utanç duymaları belirtilmiştir (103).

Halk sağlığı hemşireleri olarak; erkeklerin kanser endişelerini azaltmaya ve yok etmeye yönelik eğitimlerin düzenlenmesi, kolorektal kanserin önemi, kolorektal kanserden korunma ve tarama programlarına katılımı arttırmaya yönelik farkındalık eğitimlerinin düzenlenmesi sağlanılmalıdır.

Çalışanların kanser endişesi alt boyutu puan ortalaması (7.00 ± 1.84) çalışmayanlara (6.58 ± 2.07) göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 14). Çalışmamızın yapıldığı bölgede katılımcıların çoğunluğu çiftçilikle uğraşmaktadır ve çiftçilikle uğraşan bu kişiler bu hastalığı ve hastalığın sonuçlarını yaşamsal tehdit olarak algıladıkları düşünülmektedir. KRK taramasında test sonucunun, KRK olduğunu göstereceğine ve normal olmayan bir test sonucu almaya ilişkin endişeleri taşıdığı ve eğer anormal bir sonuç alırlarsa işlerinin yarım kalacağını ve bu işleri kimin yapacağı ile ilgili kaygı ve endişelerinden dolayı kanser endişelerinin fazla olduğu düşünülmektedir.

Sosyal Etki alt boyutu puanları

Bir bireyin kendisi için önemli olan kişilerin (ailesi, arkadaşları, doktorlar ve sağlık profesyonelleri) KRK taramasına ilişkin olumlu tutumlarına uyma arzusu olarak tanımlanmaktadır. Yani bireyin hayatındaki kilit kişilerin fikirlerine uyma isteğidir. Bu alt boyuttan alınan puanın yüksek olması, bireyin taramaya ilişkin sosyal destek (sağlık personeli/aile önerisi) aldığı anlamına gelir. Yani sosyal etki puanı arttıkça taramaya katılım artar. Sosyal etki alt boyutundan alınan puan (14.94 ± 2.40) olarak bulunmuştur (Tablo 9).

Sosyal Etki algısını etkileyen faktörler

Çalışmamızda sosyal etki alt boyutu puan ortalamasının, medeni durumdan etkilendiği ve aralarındaki ilişkinin anlamlı olduğu bulunmuştur. Çalışmada evli olan bireylerin sosyal etki alt boyutu puan ortalaması (15.02±2.41) bekarlara (14.34±2.20) göre yüksek bulunmuştur (Tablo 12). Çalışma kapsamındaki evli bireylerin, bu hastalığı ve bu hastalığın sonuçlarını kendileri, aileleri ve sevdikleri için ciddi bir yaşamsal tehdit olarak algılamaları ile açıklanabilir (133). Çalışma kapsamındaki evli bireylerin kendisi için önemli olan çevresindeki bireylerin KRK taramalarına katılımında teşvik edici bir faktör olduğu düşünülmektedir. Yapılan bir derlemede; aile, sağlık profesyonelleri ve bireyin sosyal çevresi KRK taramalarına katılımında önemli bir belirleyicidir (99,134).

Araştırma grubuna alınan bireylerin kolorektal kanser taraması tutum ve inanç ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar incelendiğinde; en yüksek alt ölçek puan ortalamasının önemseme –tutarlılık alt boyutu (15.61±2.10) olduğu, en düşük alt ölçek puan ortalamasının ise kanser endişesi (6.82±1.95) olduğu saptanmıştır. Diğer alt boyutların puan ortalaması; duyarlılık algısı alt boyutu puan ortalaması (10.18±2.20), yanıt etkinliği alt boyutu puan ortalaması (7.90±1.14) sosyal etki alt boyutu puan ortalaması (14.94±2.40)'dır (Tablo 9).

5.4. KKTİ Ölçeğinin Alt Boyutları İle Katılımcıların KRK Risk Faktörleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulguların Tartışılması

Duyarlılık Algısını etkileyen risk faktörleri

Katılımcıların kronik hastalık durumları ile KKTİ Ölçeği alt boyutları karşılaştırılmış duyarlılık alt boyutu puan ortalaması ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0.001$). (Tablo 15). Kronik hastalığı olanların duyarlılık algısı alt boyutu puan ortalaması (10.44±2.14) kronik hastalığı olmayanlara (9.82±2.22) göre daha yüksek olması, kronik hastalığı olan grubun kendilerini kolorektal kansere yakalanma açısından daha çok riskli olarak gördüklerini düşündürmektedir ve bu gruba verilecek bir eğitimin etkinliğinin daha yüksek olmasının bekleneceğini ve onları sağlık davranışına yönlendireceğini açıklamaktadır. Duyarlılık algısı yüksek bireylerin koruyucu davranışı ve tarama davranışlarını düzenli olarak uygulamaları beklenir (96,97). Christou ve Thomson'ın çalışmasında risk algısıyla KRK tarama niyeti arasında ilişki bulunmuş, risk

algısı yüksek olanların KRK tarama niyet oranının da yüksek olduğu görülmüştür (119). Yapılan çalışmalarda algılanan duyarlılık KRK taramalarına katılımında etkili faktördür (136,137,138).

Kanser Endişesi algısını etkileyen risk faktörleri

Katılımcıların egzersiz durumları ile KKTTİ Ölçeği alt boyutları karşılaştırılmış kanser endişesi alt boyutu ile gruplar arasında anlamlı farklılık bulundu ($p=0.001$). (Tablo 16). Egzersiz yapanların kanser endişesi alt boyutu puan ortalaması (6.98 ± 2.00) egzersiz yapmayanlara (6.65 ± 1.88) göre daha yüksektir. Kanser endişesi arttıkça bireylerin tarama davranışını sergileme durumu azalmaktadır. Bireyin kanser endişesinin azalması ise tarama davranışını sergileyeceği anlamına gelmektedir (96, 97, 98). Çalışmamızda da bu durumun aksine egzersiz yapanlarda kanser endişesinin fazla olması, kişilerin sağlıklarına önem verdikleri için kansere yakalanmaktan korktuklarını düşündürmektedir. Koruyucu davranışa sahip olan bu gruba verilecek eğitim ile bireylerin koruyucu davranışı sürdürmeleri, hastalık ve hastalıktan korunma bilgisini almaları, kendi engellerini ve endişelerini ortadan kaldırmalarını sağlayacaktır (139).

Sosyal Etki algısını etkileyen risk faktörleri

Katılımcıların ailelerinde bağırsak kanseri öykü durumu ile KKTTİ Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırılmış, sosyal etki alt boyutu ile gruplar arasında anlamlı fark bulundu ($p=0.001$). Farkın katılımcıların birinci derece akrabalarından kaynaklandığı görülmüştür (Tablo 17). Birinci derece akrabalarında bağırsak kanseri olanların, ailesinde başka kalın bağırsak kanseri olmayanlara göre sosyal etki alt boyutu puan ortalamasının (15.50 ± 2.78) daha yüksek olması, ailede kolorektal kanserli birey sayısının artmasının kolorektal kansere olan duyarlılığı arttırdığını göstermektedir. Bu durum kişilerin kendilerini kolorektal kansere yakalanma yönünden risk altında gördükleri ve kolorektal kansere yönelik erken tarama programlarının önemine inandıkları şeklinde açıklanabilir.

Ailede, ailesel kolon kanseri öyküsünün varlığı KRK için önemli bir risk faktörüdür (18). Risk düzeyi yüksek olan bireylerin KRK taramasına düzenli olarak katılması KRK mortalitesini azaltmaktadır (127). Townsend ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada risk düzeyi yüksek olan bireyler KRK taramalarına 2.7 kat daha fazla katılmaktadır (140). KRK' lı hastaların birinci derece akrabaları ile yapılan çalışmada, artmış riskli grupta "hekim önerisi"ni ve "aile etkisini" taramaya katılımı etkileyen en

önemli prediktörler olarak belirtmiştir. Özellikle ailedeki KRK' lı kişi sayısının artması veya etkilenen akrabaya yakınlık gibi faktörler taramaya katılımı etkilediği belirtilmiştir. Ayrıca psikososyal yapılarda, Koruyucu Sağlık Modeli (KSM) bileşenlerinden "sosyal etki" taramaya katılımı en çok ilişkili prediktör olarak belirtilmiştir (99,134). KRK taramalarında risk düzeyi yüksek olan bireylerin taramalara yönlendirilmesinde sağlık profesyonellerine önemli görevler düşmektedir. Birinci derece akrabaların örnek alındığı bir çalışmada ise orta ve yüksek risk düzeyinde olan bireylerin sağlık profesyonelleri tarafından aile öyküsünün sorgulanması KRK taramalarına katılımı 5 kat artırmaktadır (141).

5.5. Katılımcıların GGK Testi Dağılımlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan bireylerden 563 kişiye iGGK testi yapılmıştır. Birinci iGGK testinin sonucunda; 28 kişinin test sonucu pozitif, 12 kişininki ise belirsiz çıkmıştır. Test sonucu belirsiz olan 12 kişiye tekrardan iGGK testi yapılmış ve 12 kişinde ikinci iGGK testinin sonucu pozitif çıkmıştır ve toplamda katılımcılardan 40 kişinin test sonucu pozitif çıkmıştır. Buna göre katılımcıların %7.1'inin (n=40) test sonucu pozitif, %92.9'unun (n=523) test sonucu negatif bulunmuştur (Tablo 18). iGGK testi pozitif olanların %55.0'i (n=22) kadın, %45.0'i (n=18) erkektir (Tablo 19). Bunun sonucunda iGGK testi pozitif çıkan 40 kişi genel cerrahi ve gastroenteroloji polikliniklerine yönlendirilmiş ve bu kişiler aranarak doktora gidip gitmedikleri sorgulanmış; bu kişilerden 12 kişiye ulaşılamamış, 15 kişi doktora gitmemiş, 13 kişiye endoskopi ve kolonoskopi önerilmiş bunlardan 2 kişi red etmiş 10 kişinin endoskopi ve kolonoskopi sonucu normal çıkmış ve 1 erkek katılımcıya yapılan kolonoskopi sonucunda tübüllovilöz adenom tanısı konulmuştur ve hastaya polipektomi işlemi yapılmıştır.

Kolorektal kanser tarama testlerine katılımın hastalık morbidite ve mortalitesini azaltmada anlamlı etkiler sağladığı bilinmektedir. Ortalama risk düzeyindeki bir kişide yaşam boyu KRK görülme olasılığı %6, ailesinde KRK olan kişilerde ise KRK yakalanma riski 2 ile 8 kat artmaktadır. Prekanseroz lezyonların çıkarılması ile KRK insidansında %75-%90 azalma görülmektedir (142).

5.6. Katılımcıların GGK Testi İle KRK Risk Faktörlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda katılımcıların iGGK testi ile KRK risk faktörlerinden olan bağırsak hastalığı ile ilgili son bir yıldır mevcut olan belirti-bulgular karşılaştırılmış, rektal akıntı

veya dışkıyla gelen mukus dışındaki tüm belirti/bulgularda iGGK test sonucu negatif olanların puan ortalamaları pozitif olanların puan ortalamalarından daha yüksek bulundu. Dışkılamada kan, kötü kokulu gaz ve kilo kaybı belirti/bulguları ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p=0.001$). Farkın GGK test sonucu negatif olan gruptan kaynaklandığı saptandı.

iGGK testinin negatif olması, normal sonuçtur ve test örneğinde kan bulunmadığı anlamına gelir. Normal sonuç, kolorektal kanser olmadığını veya ileride asla olmayacağını garantilemez (18). GGK testinin bazı dezavantajları vardır. GGK testi genelde kanama yapmayan poliplerin taranmasında iyi bir seçenek değildir. Testin yüksek dereceli poliplerden çok kansere karşı duyarlılığı daha fazladır. Kolorektal kanserlerde ve poliplerde kanama aralıktır, negatif sonuç tanıyı ekarte ettirmez (72). Kişide bağırsakla ilgili belirti ve bulgular mevcut ise ve GGK sonucu negatif olsa dahi birey ileri merkezlerdeki gastroenteroloji, genel cerrahi veya gastrointestinal cerrahi servislerine yönlendirilir. Tarama programına katılan 50-70 yaş aralığındaki bireylerin tüm testleri negatif olsa dahi tedavi gerektiren bir sorun olup olmadığını belirlemek için kalın bağırsağın (kolonun) daha ayrıntılı bir şekilde muayene edilmesi (kolonoskopi) gerekir (18). Çalışmamızda da katılımcıların bağırsak hastalığı ile ilgili son bir yıldır mevcut olan belirti-bulgularında GGK test sonucu negatif olanların puan ortalamaları pozitif olanların puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur.

5.7. GGK Testi Pozitif Olan Katılımcıların KRK Risk Faktörlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

iGGK testi pozitif olan kişilerin bağırsak hastalığı ile ilgili son bir yıldır mevcut olan belirti-bulguları karşılaştırılmış, GGK testi pozitif olanların %67.5'inin dışkılama alışkanlığının değiştiği, fişkirir tarzda dışkılama oranının %10.0 olduğu, dışkılamada kan görülme oranı %15.0, rektal akıntı veya dışkıyla gelen mukusun görülme oranı %2.5, ele gelen kitle değişkeninin oranı ve kötü kokulu gaz görülme oranı %15.0, geçmeyen karın ağrısı/ krampları oranı ve iştahsızlık oranı %20.0, bulantı-kusma görülme oranı %15.0, yorgunluk hissedilme oranı %32.5, kilo kaybının görülme oranı %7.5 ve ağrı belirtisinin görülme oranı %2.5 olarak bulunmuştur.

Yapılan çalışmalarda bağırsak alışkanlığındaki değişikliklerin KRK varlığını gösteren belirtilerinden olduğu ifade edilmektedir. Diyare ve kabızlık çok değişkenli analizlerde kolorektal kanser ile ilişkilendirilmiştir (64) Gündeş ve ark. yapmış olduğu bir

çalışmada KRK' lı hastaların başvuru esnasında en sık karşılaşılan şikayetin karın ağrısı ve barsak alışkanlığında değişme olduğu görülmüştür (105). Bu çalışmalardan elde edilen sonuçlar çalışmamızla paralellik göstermektedir.

5.8. KKTTİ Ölçeğinin Alt Boyutları İle Katılımcıların GGK Testi Sonuçları Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulguların Tartışılması

Katılımcıların GGK testi sonucu ile KKTTİ ölçeği alt boyutları karşılaştırılmış ve sosyal etki alt boyutu puan ortalaması ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.041$). (Tablo 20).

Bir bireyin kendisi için önemli olan kişilerin (ailesi, arkadaşları, doktorlar ve sağlık profesyonelleri) yani hayatındaki kilit kişilerin KRK taramasına ilişkin olumlu tutumlarına uyması, bireyin taramaya ilişkin sosyal destek (sağlık personeli/aile önerisi) aldığı anlamına gelir. Sosyal etki alt boyutundan alınan puanın yüksek olması taramaya katılımı artırır. Çalışmamızda katılımcıların çoğunluğunun sosyal etki puanlarının yüksek olması katılımcıların taramaya ilişkin sosyal destek (sağlık personeli/aile önerisi) aldıklarını düşündürmektedir.

Bireylerin birinci basamakta aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı tarafından bilgilendirilmesi, GGK testinin pozitif olması durumunda hangi doktora başvuracağını ve hangi testleri yaptıracağını bilmesi gerekir. Christou and Thompson'ın yaptığı çalışmada, bireylerin KRK hakkında bilgisinin olması KRK taramalarına katılımı 8-9 kat arttırmaktadır (104). Koo ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise, doktor önerisi alan bireyler KRK taramalarına katılımı 5-8 kat arttırmaktadır (143). Christou and Thompson'ın Batı Avustralya'lı bireylerin KRK hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını incelediği çalışmada, KRK tarama testlerini duymayanın KRK taramalarına katılımı 3.3 kat artırdığı saptanmıştır (119). Yapılan diğer bir çalışmada, tarama testleri hakkında bilgi sahibi (1-3 kat) olan bireyler KRK taramalarına daha fazla katılmaktadır (143).

Çalışma kapsamına alınan bireylerin %93.8'i GGK testini yaptırmıştır. Yapılan araştırma sonuçları, KRK taramalarına katılımı arttırmada TSM ve ASM 'lerdeki hekim ve hemşirelerin KRK taramaları hakkında halka farkındalık eğitimi vermelerinin ve asemptomatik bireylerin taramalara ulaşımını sağlama ve yapılacak testler hakkında bilgi vermenin etkili olduğunun önemini ortaya koymaktadır. Literatürde yer alan çalışmalarda,

sağlık profesyonellerinin tavsiye vermesi KKK taramalarına katılımı artırmada önemli bir faktördür (121,144).

Araştırmaya alınan katılımcıların KKK taramalarına katılma durumları incelendiğinde, bireylerin KKK taramalarına katılma oranları yüksektir. Dünyada ve Türkiye'de ölüme neden olan kanserler arasında dördüncü sırada yer alan KKK'nın mortalitesini azaltmak için tarama oranlarının artırılması gerekir (145). Dünya'da yapılan çalışmalarda, asemptomatik bireylerin KKK taramalarına katılım oranları %6-50 arasında değişmektedir (121,122). Türkiye'de ise bu oran %8-23 arasındadır (146). Uluslar arası literatür ile karşılaştırıldığında Türkiye'de bireylerin KKK taramalarına katılma oranları daha düşüktür. Kolorektal kanser taramalarına katılımı engelleyen faktörlerin ortadan kaldırılması ve sağlık profesyonellerinin bireyleri taramalara yönlendirmesi gerekir.

Bireylere KKK'den korunmak için beslenmenin önemi (bol sebze meyve tüketmek, fazla yağlı yiyeceklerden uzak durmak, kızarmış yanmış ve ızgarada pişirilmiş etlerden uzak durmak) toplum eğitimlerinde anlatılmalıdır. Bireyler risk faktörleri, KKK belirtileri ve taramalara düzenli aralıklarla katılım konusunda bilinçlendirilmelidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Adıyaman ili Gölbaşı ilçesinde yaşayan bireylerde Gaitada Gizli Kan (GGK) testi ile Kolorektal Kanser (KRK) taraması ve bireylerin kanser taramasına yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada aşağıda belirtilen sonuçlar elde edilmiştir.

- Araştırma kapsamında yer alan katılımcıların, kolorektal kanser risk faktörlerinden; %39.4 oranında fazla kilolu ve %37.1 oranında obezitenin mevcut olduğu, %56.1'inin kronik hastalık öyküsü varlığı, %4.8 oranında düzenli sağlık kontrollerini yaptırmadığı, %90.71 oranında ailede kanserden ölümlerin olduğu, %82.5 oranında ailede bağırsak kanserinden ölümlerin olduğu, %57.9 oranında bağırsak hastalığı ile ilgili belirti ve bulgulardan olan dışkılama alışkanlığının değiştiği görülmüştür.
- Kolorektal kanser risk faktörlerinden; %79.2'sinin sigara ve %94.8'inin alkol kullanmadığı, %53.3'ü düzenli egzersiz yaptığı, %57.9'unun ailesinde kanser öyküsünün olmadığı, %82.8'inin bağırsak hastalığı öyküsünün olmadığı, %92.9'unun ailesinde bağırsak hastalığı öyküsünün olmadığı görülmüştür.

KKTTİ Ölçeği alt boyutlarından;

- Önemseme- Tutarlılık alt boyutu puan ortalamalarının, medeni durumdan etkilendiği ve aralarındaki ilişkinin anlamlı olduğu,
- Duyarlılık Algısı alt boyutu puan ortalamalarının, cinsiyet, eğitim durumu ve kronik hastalığı olma durumlarından etkilendiği ve aralarındaki ilişkinin anlamlı olduğu,
- Yanıt Etkinliği alt boyutu puan ortalamalarının, eğitim durumundan etkilendiği ve aralarındaki ilişkinin anlamlı olduğu,
- Kanser Endişesi alt boyutu puan ortalamalarının, cinsiyet, çalışma durumu ve egzersiz yapma durumlarından etkilendiği ve aralarındaki ilişkinin anlamlı olduğu,

- Sosyal Etki alt boyutu puan ortalamalarının, medeni durum, ailede kolorektal kanser öyküsü olma durumu ve GGK testi sonucu durumlarından etkilendiği ve aralarındaki ilişkinin anlamlı olduğu,
- Katılımcıların KKTİ Ölçeğinin maddelerinden yanıtama seçenekleri ortalamasına göre aldıkları en yüksek üç maddenin puanları; Sosyal Etki ve Önemseme-Tutarlılık alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının olduğu,
- Katılımcıların KKTİ Ölçeğinin maddelerinden yanıtama seçenekleri ortalamasına göre aldıkları en düşük üç maddenin puanları; Duyarlılık Algısı alt boyutu puan ortalamasının olduğu,
- Çalışma kapsamında 563 bireye iGGK testi yapılmıştır ve bu kişilerden 12 kişiye iGGK testi tekrardan yapılmıştır. Katılımcıların %7.1'inin (n=40) test sonucunun pozitif olduğu görülmüştür.
- GGK testi pozitif olanların %55.0'i (n=22) kadın, %45.0'i (n=18) erkektir.
- GGK testi sonrası 40 kişi ileri tetkikler için ikinci basamak sağlık kuruluşuna yönlendirilmiş; bu kişilerden 12 kişiye ulaşılamamış, 15 kişi doktora gitmemiş, 13 kişiye endoskopi ve kolonoskopi önerilmiş bunlardan 2 kişi red etmiş, 10 kişinin endoskopi ve kolonoskopi sonucu normal çıkmış ve 1 erkek katılımcıya yapılan kolonoskopi sonucunda tübüllovillöz adenom tanısı konulmuştur ve hastaya polipektomi işlemi yapılmıştır.

6.2. Öneriler

- Birinci basamakta hizmet veren Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı Çalışanlarının; kendi nüfuslarına kayıtlı 50-70 yaş arası bireyleri KKR'nin önemi, KKR risk faktörleri, KKR tarama programı ve yapılacak testler hakkında bilinçlendirmesi ve tarama programlarına katılımı arttırmaya yönelik farkındalık eğitimleri düzenlemesi,
- Sağlık Bakanlığının; aile hekimlerinin veri tabanında yer alan Mamografi ve HPV sistemleri gibi GGK sistemini de geliştirmesi,

- Ailesinde KKK öyküsü olan ve özellikle risk grubunda yer alan bireylere yönelik eğitim programlarının oluşturulması, taramaların yapılması ve kanser risk danışmanlığının uygulanması,
- Toplumun kolorektal kansere yol açan risk faktörleri, belirtileri, tarama yöntemleri ve kolorektal kanserden korunmaya yönelik bilgisinin artırılması gibi konularda daha ayrıntılı çalışmaların yapılması,
- Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda; erkeklerin, bekarların, eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin, çalışanların, kronik hastalığı olmayanların, egzersiz yapanların, ailelerinde ve 2. derece akrabalarında kolon kanseri öyküsü olmayanların taramalar ve eğitimler konusunda daha öncelikli ele alınması,
- KKTTİ Ölçeği'nin kullanılacağı başka çalışmaların yapılması önerilir.

7. KAYNAKLAR

1. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı. Kanser Nedir? <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-nedir/4-kanser-nedir.html> [01.06.2017].
2. Baykara O. (2016). Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi; 5(3):154-165.
3. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı. Türkiye Kanser İstatistikleri. http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2014-RAPOR._uzun.pdf [09.06.2017].
4. GLOBOCAN: 2012 Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence World wide rates: both sexes. http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx [12.06.2017].
5. Menteş B., Leventoğlu S. (2004). Kolorektal Kanserlerin Klinik Özellikleri, Kolorektal Özel Sayısı. Türkiye Klinikleri Journal of Surgery; 9(1):36-38.
6. Büyükdoğan M. (2009). Kolorektal kanserde genetik ve etyolojik faktörler. Selçuk Tıp Dergisi; 25 (3):171-180.
7. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı. Türkiye'de Kanser Önleme ve Taramaları Kısa Rapor (2014) <http://kanser.gov.tr/kanser/kansertaramalari/1444-kanser-taramalar%C4%B1-k%C4%B1sa-rapor-2014.html> [14.06.2017].
8. Wei E.K., Giovannucci E., Wu K., Rosner B., Fuchs C.S., Willett W.C., Colditz G.A. (2004). Comparison of risk factors for colon and rectal cancer. Int J Cancer. 108(3): 433-42.
9. Macrae F. Colorectal cancer: Epidemiology, risk factors and protective factors. <https://www.uptodate.com/contents/colorectal-cancer-epidemiology-risk-factors-and-protective-factors>. 2017.[20.06.2017].
10. Giovannucci E., Colditz G.A., Stampfer M.J. (1993). A meta-analysis of cholecystectomy and risk of colorectal cancer. Gastroenterology. 105(1):130-41.
11. Sahin S.Y., İyigün E., Açikel C. (2015). Determination of the information needs of patients having undergone colorectal cancer surgery. TAF Prey Med Bull 14(5):401-405.

12. David M., Eddy M.D. PhD. (1990). Screening for colorectal cancer. *Annals of Internal Medicine*. 113(5):373-384.
13. Koç Ş. (2017). Kolorektal Kanseri Önleme: Kolorektal Kanser Risk Danışmanlığı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*; 25(1): 69-77.
14. <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-taramalari/879-kolon-kanseri-tarama-program%C4%B1.html> [18.07.2017].
15. Açıkgöz A., Çehrelî R., Ellidokuz H. (2011). Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 25 (3):145-154.
16. Sağlık Bakanlığı (2008), Sağlık Hizmetlerinde Okul Sağlığı Kitabı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. <http://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/okulsagligi.pdf>. [19.07.2017].
17. www.thsk.gov.tr, Kolorektal Kanser Taramaları Değerlendirme Raporları [20.07.2017].
18. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Kanser Daire Başkanlığı. Türkiye Kanser Kontrol Programı. 1.baskı. Ankara, 2015. kanser.gov.tr/Dosya/tarama/kolorektal.pdf. [25.07.2017].
19. Eddy DM. (1990). Screening for colorectal cancer. *Ann Intern Med*. 113:373.
20. Baysal HY, Türkoğlu N. (2013). Birinci basamağa başvuran bireylerin kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inançlarının ve kolorektal kanser ile ilgili bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *International Journal of Human Sciences*. 10(1):1238-1250.
21. Gençtürk N. (2007). Meme Kanserinde Korunma. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 10(4):72-82.
22. Türk S. (2015). Kolon Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Tutumların “Sağlık İnanç Modeline” Temellendirilerek İncelenmesi. *Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa.
23. <http://www.kolonrektum.com/rektum-kanseri> [18.08.2017].
24. <http://www.acibadem.com.tr/hemoroidmerkezi/kolorektal-kanserler> [20.08.2017].

25. Çalışkan C., Güler N., Makay Ö., Fırat Ö., Yeniay L., Korkut M.A. (2009). Rektal Kanama ve Yandaş Kolorektal Hastalığın Kolorektal Kanselerde Prognoz Üzerine Olumlu Etkileri. Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi; 19:112-117.
26. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. Alanlar Ortak. Sindirim Sistemi. Ankara, 2012. http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Sindirim%20Sistemi.pdf [18.09.2017].
27. Soytürk M. (2013). Risk Temelli Tarama Önerileri ve Cerrahi Yaklaşımlar, Türkiye Klinikleri Medikal Onkoloji Dergisi Kolorektal Kanser Özel Sayı;(3):14-19.
28. Şahin A., Tunç N., Kılıç S., ve ark. (2017). Kolon polipleri sayı ve büyüklüğü malignite göstergesi olabilir mi? Endoscopy Gastrointestinal. 25(1):14-18.
29. Yılmaz M., Dereli F., Yelten G. (2016). Elli Yaş ve Üzerindeki Bireylerin Bazı Sosyodemografik Özellikleri, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık İnançlarının Kolon Kanserine İlişkin Tarama Davranışlarına Etkisi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi,13 (3): 226-234.
30. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kansere Daire Başkanlığı. Kalın Bağırsak Kanseri. <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-turleri/45-kalin-bagirsak-kanseri.html> [28.09.2017].
31. Okyay P. (2013). Kolorektal Kansere Epidemiyolojisi, Türkiye Klinikleri Medikal Onkoloji Dergisi Kolorektal Kansere Özel Sayı, 6(3): 1-5.
32. Gönen Ö. (2004). Kolorektal Kansere Epidemiyolojisi, Kolorektal Özel Sayısı. Türkiye Klinikleri Journal of Surgery; 9:57-65.
33. Ertürk S. (2010). Kolorektal Kansere: Epidemiyoloji, Etiyolojide Rol Oynayan Etkenler, Tarama ve Kemoprevansiyon. Bölüm 1. İçinde: Baykan A, Zorluoğlu A, Geçim E, Terzi C (editörler). Kolon ve Rektum Kansere, Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği, İstanbul. 15-30.
34. Rosai J. (2011). Gastrointestinaltract. Large Bowel. In: Rosai and Ackerman's Surgical Pathology, 10th ed. Philadelphia: Mosby, Vol I. 731-802.
35. Cooper H.S. (2015). Intestinal Neoplasms. In: Mills SE (eds). Sternberg's Diagnostic Surgical Pathology, 6th Ed. Wolters Kluwer Health. 1505-1576.

36. Kuşakçioğlu Ö. (2003). Kolorektal Kanser Hastalıkları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. 1-27.
37. Potter, J.D. (1997). Food and Cancer Prevention II: summary of the meeting. *Cancer Lett.* 114: 337-8.
38. Johnson C.M., Wei C., Ensor J.E., Smolenski D.J., Amos C.I., Levin B. ve ark. (2013). Meta-analyses of colorectal cancer risk factors. *Cancer Causes Control*, 24: 1207-1222.
39. Wilkes G.M. Colon, Rectal and Anal Cancers. Yarbro C.H., Wujcik D., Gobe, B.H. (Eds.). *Cancer Nursing Principles and Practice, Seventh Edition*, Jones and Bartlett Publishers, LLC., Sudbury, Massachusetts, 2011;1205-1257.
40. Hamilton S.R, Bosman F.T, Boffetta P. Et al. (2010). Carcinoma of The Colon Rectum. WHO Classification of Tumours of the Digestive System, 4th edition. 132-173.
41. Erdoğan Ö. (2011). Kolorektal Kanser ve Öncü Lezyonlarında Kras ve Braf Mutasyon Analizleri Yoluyla Tanısal Yaklaşım ve Hedefe Yönelik Tedavi Seçimi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Biyoteknoloji Enstitüsü, Ankara.
42. Baran G.K. (2014). 50 Yaş ve Üzeri Kadınların Kolorektal Kanserlere Yönelik Farkındalık Durumları ve Kolorektal Kanser Risk Faktörlerinin İncelenmesi. Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
43. Lagersstedt R.K., Liu T., Vandrovcova J., Halvarsson B., Clendenning M., Frebourg T. et al. (2007). Lynch syndrome (hereditary nonpolyposis colorectal cancer) diagnostics. *J Natl Cancer Inst.* 99 (4):291-299.
44. American Cancer Society (ACS) (2014a) Colorectal Cancer Prevention and Early Detection.
[http://www.cancer.org/cancer/colonandrectumcancer/moreinformation/colon and rectum cancer early detection/colorectal-cancer-early-detection acsrecommendations](http://www.cancer.org/cancer/colonandrectumcancer/moreinformation/colon-and-rectum-cancer-early-detection/colorectal-cancer-early-detection-acsrecommendations). [02.10.2017].
45. Spigelman A., Murray V., Phillips R. (1989). Cancer and the Peutz-Jeghers Syndrome. *Gut.* 30 (11):1588-1590.

46. Fenoglio- Presier C.M., Noffsinger A.E., Simmermann G.N., Lantz P.E., Listrom M.B., Rilke F.O. (1999). Carcinomas and other epithelial and neuro endocrine tumors of the large intestine. In: *Gastrointestinal pathology an atlas and text*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers. 909-1068.
47. Petras R.E., Frankel W. Large İntestine. In: Weidner N., Cote R.J., Suster S., Weiss L.M., (2009). *Modern surgical pathology*, 2nd ed. Philadelphia: Saunders, Vol I. 755-836.
48. Kodner I.J., Fry R.D., Fleshman J.W., Birnbaum E.H., Read T.E., (2004). *Principles of Surgery (Cerrahinin Ėlkeleri)*. Türkçe çeviri editörü; Geçim Ė.Ethem. 7th ed. Antıp. 1283-1394.
49. Cooper H.S. (2004). Sternberg's Diagnostic Surgical Pathology. In: Mills S.E. *Intestinal Neoplasms*. Vol 2, 4 thed: Lippincott Williams & Wilkins. 1543- 1601.
50. Atkin W.S., Morson B.C., Cuzick J. (1992). Long-term risk of colorectal cancer after excision of recto sigmoid adenomas. *N Engl J*. 326:658.
51. O'Brien M.J., Winawer S.J., Zauber A.G., et al. (1990). The National Polyp Study: Patient and polyp characteristics associated with high-graded dysplasia in colorectal adenomas. *Gastroenterology*. 98:371.
52. Larsson S.C., Orsini N., Wolk A. (2005). Diabetes mellitus and risk of colorectal cancer: a meta-analysis. *J Natl Cancer Inst*. 97:1679.
53. He J., Stram D.O., Kolonel L.N. (2010.) The association of diabetes with colorectal cancer risk: the Multiethnic Cohort. *British Journal of Cancer*. 103(1):120-126.
54. Giovannucci E. (1995). Insulin and colon cancer. *Cancer Causes Control*. 6:164.
55. Yıldız M.K. (2008). Evre I-III Kolon Kanserinde Prognostik Faktörlerin Araştırılması. Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Edirne.
56. Majerus E., Birnbaum E., Picus J. (2002). Colorectal Malignancies. Govindan R. Arquette MA(eds). *The Washington Manual of Oncology*, 1st ed. Philadelphia: Lippincott WW. 191-202.
57. Terry P., Giovannucci E., Michels K.B. et al. (2001). Fruit, vegetables, dietary fiber, and risk of colorectal cancer. *Journal of the National Cancer Institute*. 93(7):525-533.

58. Mahon S.M. (2009). Prevention and screening of gastrointestinal cancers. *Seminars in Oncology Nursing*. 25(1): 15-31.
59. Chan A.T., Giovannucci E.L. (2010). Primary prevention of colorectal cancer. *Gastroenterology*. 138(6):2029-2043
60. Cross A.J., Ferrucci L.M., Risch A. (2010). A large prospective study of meat consumption and colorectal cancer risk: an investigation of potential mechanisms underlying this association. *Cancer Res*. 70:2406.
61. Bazensky I., Shoobridge-Moran C. ve Yoder L.H. (2007). Colorectal Cancer: An overview of the epidemiology, risk factors, symptoms, and screening guidelines. *Medsurg Nursing*. 16(1): 46-51.
62. Kuzu I., Kuzu M.A. (2010). Kolorektal Kanser Patolojisi Histopatolojik Rapor, Evreleme ve Prognostik Faktörler. Bölüm 7. İçinde: Baykan A., Zorluoğlu A., Geçim E., Terzi C. (editörler). *Kolon ve Rektum Kanserleri, Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği, İstanbul*. 117-144.
63. Chen J.H., Lin H.H. (2009). Colorectal Cancer Screening, *Tzu Chi Medical Journal*. Volume:21 no:3 S:190-196, taiwan
64. Demirbaş S., (2010). Kolorektal Kanser Karşımıza Nasıl Çıkar? Semptomları, Süresi ve Yerleşim Yeri Hakkında Bilgiler, *Kolon ve Rektum Kanserleri içinde Editör: Baykan A., Zorluoğlu A., Geçim E., Terzi C.* 39-68.
65. Buyruk B.A. (2010). Cerrahi Tedavi Sonrası Adjuvan Kemoterapi Alan ve Almayan Evre II Kolon Kanserli Hastaların Klinik ve Patolojik Özelliklerinin ve Sağkalımlarının Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara.
66. Özdemir Ö.E. (2016). Kolorektal Adenokanser ve Prekanseroz Lezyonlarında Mikrosatellit İnstabilitesinin İmmunhistokimyasal ve Genetik Olarak Saptanması. Uzmanlık Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Aydın.
67. V.Rahman S.M., McKibben B., Hardy T.G. et al. (1990). Preoperative versus postoperative adjuvant radioterapy for surgically curable carcinoma of them rektum and distal sigmoid colon. *South Med J*. 83:774-777.

68. Tuncer M., Özgül N., Olcayto E.Ö., Gültekin M., Erdin B. (2009). T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserele Savaş Dairesi Başkanlığı. Ulusal Kanser Programı 2009-2015. Nisan-2009.
69. Dobrucalı A. (2003). Kalın Bağırsak Kanseri (Kolon kanseri, kolorektal kanser). <http://www.drahmetdobrucali.com/hastaliklar/kalin-barsak-kanseri-kolon-kanseri-kolorektal-kanser>. [12.10.2017].
70. Ersoy E., Saatçi E. (2017). Kanser taramaları: İhtilaflar. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 21 (3): 96-100.
71. Ilgaz A. (2015). Tarımda Çalışan Bireylerin Kolorektal Kanser (Krk) Risk Düzeyleri, Krk Taramalarına Katılım Oranları Ve Taramaya Katılmayı Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya.
72. Çelik İ. (2003). Kanserde Tarama Testleri: Kime ve Ne Zaman?, Türkiye Tıp Dergisi, 10(2): 71-78.
73. Trowbridge B., Burt R.W. (2002). Colorectal cancer screening. Surg Clin N Am. 82:943-957.
74. Remzi F.H., Öncel M. (2006). Kolon Kanserinde Tarama ve Takip, Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi, 17(1):50-57.
75. Altekin E., Solak A., Tuncel P. (2003). Gaitada Gizli Kan Testlerinde Guaiak ve İmmunokimyasal Yöntemlerin Karşılaştırılması. Türk Klinik Biyokimya Dergisi,3: 143-147.
76. www.gvntip.com/panel/r_dosya/gaitada_gizli_kan_arastirmasi.pdf. [13.11.2017].
77. <http://sehzadeler2noluasm.com/egitim.html>. [25.11.2017].
78. T.C. Sağlık Bakanlığı. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Kanser Dairesi Başkanlığı. Kolorektal Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/484-kolorektal-kanser-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html>. [04.12. 2017].
79. www.turkcerrahi.com/wp-content/uploads/kolon-ve-rektum-kanseri.pdf. [13.12.2017].

80. https://www.researchgate.net/publication/282798512_Kolorektal_Kanser_Taramasin_da_Yeni_Yontemler. [18.12.2017].
81. Şahin N.Ş., Başak O., Üner B.A., Aydın M., Akçan A., Gemalmaz A., Dişçigil G., Demirağ S., Başak O. (2015). Aydın merkez ilçede kolorektal kanser taramasına ilişkin bilgi, tutum ve engeller. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 19 (1): 37-48.
82. Güran Ş. (2005). Kanserden korunma. Gülhane Tıp Dergisi; 47: 324-326.
83. Wolin K.Y., Yan Y., Colditz G.A., Lee I.M. (2009). Physical activity and colon cancer prevention: a meta-analysis. Br J Cancer. 100:611-616.
84. Çevik B.A., Pirinççi E. (2017). Fırat Tıp Derg/FiratMed J; 22(1): 1-7.
85. Kadayıfçı A. (2003). Kolorektal kanserlerin epidemiyolojik ve klinik özellikleri. Akademik Gastroenteroloji Dergisi, 2 (2): 43-45.
86. Alberts D.S. ve Hess L.M. (Eds.). (2010). Introduction to Cancer Prevention. Fundamentals of Cancer Prevention. Second Edition, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, Tucson, Arizona.1-12.
87. Turan E., Yalçın B.M., Yücel İ., Unal M. (2012). İlk Kez Tanı Konan Kolorektal Kanser Hastalarının Epidemiyolojik Özellikleri, Türk Aile Hekimliği Dergisi,16(4):169-177.
88. Nar Ş. (2010). Kolorektal Kanserli Hastaların Birinci Derece Akrabalarının Hastalıkla İlgili İnançları. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
89. Fidaner C. (2007). Kanserde Erken Yakalama: Erken Tanı ve Taramalar. Türkiye’de Kanser Kontrolü içinde Ed: AM Tuncer, Sağlık Bakanlığı, Ankara. 319-32.
90. Altuğ E., Burhanoğlu S., Erkek A.B., Kuzu A. (2002). Kolo-Rektal Kanserlerin Erken Teşhisinde Kullanılan Tarama Testlerine Doktorların Yaklaşımı, Güncel Gastroloji 681): 25-28.
91. Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği (2015) Yayın tarihi:05 Şubat 2015 Sayı:29258 <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150205-5.html>. [19.12.2017].
92. WHO Expert Committee. (1995). Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry. WHO Technical Report Series no. 854. Geneva.

93. Vernon W.S., Myers E R. ve Tilley C.B. (1997).Development and validation of an instrument to measure factors related to colorectal cancer screening adherence. *Cancer Epidemiology, Biomarkers&Prevention*.6:825-832.
94. Koç Ş. (2014). Kolorektal Kanser Risk Danışmanlığının Riskli Bireylerin Birincil ve İkincil Koruma Davranışlarını Geliştirmeye Etkisi. Halk Sağlığı Hemşireliği Programı Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
95. Tiro A.J., Vernon W.S., Hyslop T. ve Myers R.E. (2005). Factorial Validity and Invariance of a Survey Measuring Psychosocial Correlates of Colorectal Cancer Screening among African Americans and Caucasians. *Cancer Epidemiology, Biomarkers&Prevention*.14: 2855-2861.
96. Myers R.E., Ross E., Jepson C., Wolf T., Balshem A., Millner L. ve ark. (1994). Modeling adherence to colorectal cancer screening. *Preventive Medicine*, 23: 142151.
97. Flight H.I., Wilson C.J., McGillivray J. ve Myers R.E. (2010). Cross-cultural Validation of the Preventive Health Model for Colorectal Cancer Screening: An Australian Study. *Health Education&Behavior*. 37:724-736.
98. Rees G., Martin P.R. ve Macrae F.A. (2008). Screening participation in individuals with a familyhistory of colorectalcancer: a review. *European Journal of Cancer Care*, 17: 221-232.
99. Ait Ouakrim D., Lockett T., Boussioutas A., Keogh L., Flander L.B., Hopper J.L. ve ark. (2013a).Screening participation predictors for people at familial risk of colorectal cancer: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*. 44(5): 496-506.
100. Türkçapar N, Özden A. (2005). Tümör Markırları ve Klinik Önemi. *Güncel Gastroenteroloji*. 9: 271-281.
101. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA_2013_ana_rapor.pdf . [20.12 2017].
102. TÜİK.İstatistiklerleKadın.2013. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16056> . [02.01.2018].

103. Hodge F., Maliski S., Itty T., Martinez F., (2014). Colorectal Cancer Screening: The Role Of Perceived Susceptibility, Risk And Cultural Illness Beliefs Among American Indians, *Journal of Cultural Diversity*, Vol. 21, No. 2:48-55
104. Türkiye Büyük Millet Meclisi Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu. Her Alandaki Kadın İstihdamının Artırılması Ve Çözüm Önerileri Komisyon Raporu. 2013. http://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/komisyon_raporu_2014_1.pdf [20.02.2018].
105. Gündeş E., Çakır M., Küçük kartallar T., Taşçı H.İ., Tekin A., (2014). Tekin Ş. Primer Kolorektal lenfoma deneyimlerimiz. *Haseki Tıp Bülteni*. 52:89-92.
106. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması. Beslenme Durumu ve Alışkanlıkların Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. 2010. http://www.sagem.gov.tr/TBSA_Beslenme_Yayini.pdf . [21.03. 2018].
107. TÜİK. Basın Odası Haberleri. 2013. http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2014_61_20141021.pdf [10.04. 2018].
108. Yılmaz B., Erdem D., Kemal Y. (2011). Kanser Hastalarında Beslenme. *İç Hastalıkları Dergisi*. 18:133-143.
109. Chao A, et al. (2000). Cigarette smoking and colorectal cancer mortality in the cancer prevention study II. *J Natl Cancer Inst*. 92: 1888- 1896.
110. Kahı C.J., Rex D.K. ve Imperiale T.F. (2008). Kolorektal Kanserlerde Tarama, Toplumsal İzlem ve Primer Korunma: Güncel Literatüre Bir Bakış. *Gastroenterology Türkçe Baskı*. 3(4): 193-217.
111. TÜİK. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması. 2012 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13142> [18.04.2018].
112. Doğan B., Akalın A.A., İlhan B., Oğuz A. (2014). Kronik hastalığı olmadan hastaneye kontrol amaçlı başvuranlarda sigara kullanım oranları. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2 (1):1-6.
113. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. 2013. http://thsk.saglik.gov.tr/Dosya/kronik_hastaliklar/tkh-final-raporu-tr.pdf [26.04.2018].

114. Satman I ve ark. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II) Sonuçları. http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf [28 Nisan 2018].
115. Yuhara H., Steinmaus C., Cohen S.E., Corley D.A., Tei Y., Buffler P.A. (2011). Is diabetes mellitus an independent risk factor for colon cancer and rectal cancer? *Am J Gastroenterol.* 106(11):1911-1921.
116. Arslan E., Özçelik F., Demirbaş Ş. (2013). Obezite ile ilişkili kanser türleri. *Anatol J Clin Investig.* 7(3):176-184.
117. Menteş B.B., Ege B., Üner A., Ünsal D., Yüksel O., Bostancı H., Oğuz M. (2007). Kolorektal kanserlerin tedavi sonuçları: tek merkezli, 200 vakalık seri. *Gazi Tıp Dergisi / Gazi Medical Journal.* 18(3):97-103.
118. Kılıç M., Koç A. (2014). İl merkezindeki birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranların tarama testleri yaptırma durumu ve etkileyen faktörlerin çok değişkenli analizi. *Nobel Med.* 10(1):36-42.
119. Christou A., Thompson S.C. (2012). Colorectal cancer screening knowledge, attitudes and behavioural intention among Indigenous Western Australians. *BMC Public Health.* 12:528.
120. Taskila T., Wilson S., Damery S., Roalfe A., Redman V., Ismail T., Hobbs R. (2009) Factors affecting attitudes toward colorectal cancer screening in the primary care population. *British Journal of Cancer.* 101(2):250-5.
121. Jo A.M., Maxwell A.E., Wong W.K., Bastani R. (2008) Colorectal Cancer Screening among Underserved Korean Americans in Los Angeles County. *Journal of Immigrant and Minority Health.* 10(2):119–126.
122. Gimeno-Garcia A.Z., Quintero E., Nicolas-Perez D., Jimenez-Sosa A. (2011) Public awareness of colorectal cancer and screening in a Spanish population. *Public Health.* 125(9):609-15.
123. Han M.A., Choi K.S., Jun J.K., Kim Y., Park E.C., Lee H.Y. (2011) Factors associated with the intention to have colorectal cancer screening in Korean Adults. *European Journal of Cancer Care.* 20(4):475-482.

124. Kara M., Tanoğlu A. (2013). Dünya çapında bir halk sağlığı problemi olan kolorektal karsinomda tarama stratejileri ve kolonoskopinin yeri. TAF Prev Med Bull. 12(6):743-750.
125. National Cancer Institute. Genetics of Colorectal Cancer: Health professional version. 2006. <http://www.cancer.gov/cancerinfo/pdq/genetics/colorectal>. [04.05.2018].
126. Acar Vaizoğlu S., Turhan T., Temel F., Bolat ., Baydar O., Bacanlı A., Asarcıklı F., Güler . (2010). Birinci basamakta 50 yaş ve üzeri bireylerde kolorektal kanser ile ilişkili olabilecek bazı faktörlerin ve gaitada gizli kan tetkikine uyumun değerlendirilmesi. Turkish Journal Of Geriatrics.13(2):79-86.
127. Ait Ouakrim D., Boussioutas A., Lockett T., Hopper J.L., Jenkins M.A. (2014) Cost-effectiveness of family history-based colorectal cancer screening in Australia. BMC Cancer, 14:261.
128. Giudice MED, Emily T., Vella E.T., Hey A., Simunovic M., Harris W., Lewitt C. (2014). Systematic review of clinical features of suspected colorectal cancer in primary care. Canadian Family Physician August. 60 (8):405-415
129. Temple N.J., Balay-Karperien A.L. (2002). Nutrition in cancer prevention: An integrated approach. Journal of the American Collage of Nutrition. 21(2):79-83.
130. zkan ., elik İ. (2009). Beslenme ve Kanser. [http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2009-03/html/2009-1-3-132-138](http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2009-03/html/2009-1-3-132-138.html).html. [15. 05. 2018].
131. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Optimal Beslenme. 2012.http://beslenme.gov.tr/content/files/arastirmalar/uyelik/beslenme_bilgi_serisi/Kitaplar/a_06_optimal_beslenme_32.pdf. [28.04.2018].
132. Gimeno-Garcia, A.Z.,Quintero, E., Nicolas-Perez, D., Hernandez, M. ve Jimenez-Sosa, A. (2011). Colorectal cancer screening in the first-degree relatives of colorectal cancer: participation, knowledge, and barriers against screening. European Journal of Gastroenterology&Hepatology. 23(12):1165-117.
133. Jacobs L.(2002). Health beliefs of first degree relatives of individuals with colorectal cancer and participation in health maintenance visits: a population-based survey. Cancer Nursing. 25(4):251-265.

134. Ait Ouakrim Lockett T., Boussioutas A., Hopper J.L. ve Jenkins M.A. (2013b). Screening participation for people at increased risk of colorectal cancer due to family history: A systematic review and meta-analysis. *Familial Cancer*. 12(3): 459-472.
135. Mc Caffery K., Wardle J., Waller J.,(2003). Knowledge, attitudes and behavioral intentions in relation to the early detection of colorectal cancer in the United Kingdom. *Preventive Medicine*. 36:525-535.
136. Karadağ Ç.Ö., Bilir N., Özcebe H. (2014). Ailede kanser öyküsü ve algılanan kanser riski, kanserden korunma davranışları ile ilişkili mi? *Fırat Tıp Derg/Firat Med J*.19(2):95-100.
137. Palmer C.R., Emmons K.M., Fletcher R.H., Lobb R., Miroshnik İ., Kemp A.J., Bauer M. (2007). Familial risk and colorectal cancer screening health beliefs and attitudes in an insured population. *Preventive Medicine*. 45(5):336-341.
138. Taouqi M., Ingrand I., Beauchant M., et al. (2010). Determinants of participation in colonoscopic screening by siblings of colorectal cancer patients in France. *BMC Cancer*. 10:355.
139. Gerçek S., Duran Ö., Yıldırım G., Karayel H., Demirli çakmak H.(2008). Kredi Yurtlar Kurumunda Kalan Kız Öğrencilerin Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi, Sağlık İnançları ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 4(3): 157-161.
140. Townsend J.S., Steele C.B., Richardson L.C., Stewart S.L. (2013). Health behaviors and cancer screening among Californians with a family history of cancer. *Genetics in Medicine*. 15(3): 212-21.
141. Courtney R.J., Paul C.L., Carey M.L., Sanson- Fisher R.W., Macrae F.A. et al. (2013). A population-based cross-sectional study of colorectal cancer screening practices of first degree relatives of colorectal cancer patients. *BMC Cancer*. 13:13.
142. Rawl S.M., Champion L.V., Scott L.L., Honghong Z., Monahan P., Ding Y. ve ark. (2008). A randomized trial of two print interventions to increase colon cancer screening among first-degree relatives. *Patient Education Counseling*. 71(2): 215227
143. Koo H.J., Leong R.W., Ching J., Yeoh K.G., Wu D.C., Murdani A., Cai Q., Chiu H.M., Chong V.H., Rerknimitr R., Goh K.L., Hilmi I., Byeon J.S., Niaz S.K., Siddique A., Wu K.C., et al. (2012). Knowledge of, attitudes toward, and barriers to

participation of colorectal cancer screening tests in the AsiaPacific region: a multicenter study. *Gastrointestinal Endoscopy*. 76(1):126-35.

144. Griffith K.A., Passmore S.R., Smith D., Wenzel J. (2012.) African Americans With a Family History of Colorectal Cancer: Barriers and Facilitators to Screening. *Oncology Nursing Forum*. 39(3):299-306.

145. Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) (2014a) Ölüm nedeni İstatistikleri. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18855>. [10.05.2018].

146. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı. (2014) Kanser tarama sayı ve oranları. <http://www2.tbmm.gov.tr/d24/7/7-40539sgc.pdf>. [21.05.2018].



Ek 1. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU TOPLANTI TUTANAĞI

Karar no : 2017/008

Karar tarihi : 07.03.2017

Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Enstitü Yönetim Kurulu 07.03.2017 tarihinde toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

1- Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı'na kayıtlı Tez dönemi öğrencileri tarafından Enstitü Yönetim Kurulu'na sunulan tez konuları görüşülmüş ve Tablo'da belirtilen şekilde kabulüne;

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONUSU
154101070 İmren ARPACI	Bir Vakıf Üniversitesindeki kız öğrencilerin premenstrual sendrom durumlarının incelenmesi
154101047 Esra KÖK	Kalp cerrahisi geçiren hastalarda postoperatif ağrı düzeyinin ve yönetim kalitesinin incelenmesi
154101038 Mustafa ŞEKER	Dikkat eksikliği ve hiperaktivite tanısı almış ilköğretimde okuyan çocuklarda okuldan tatile geçiş dönemindeki ev kazalarının incelenmesi
154101083 Gündem YAKAN	Adıyaman ili Gölbaşı ilçesinde yaşayan bireylerde kolorektal kanser taraması tutumlarının belirlenmesi ve gaitada gizli kan taraması
154101095 Kadir SEVİN	Ortopedik cerrahi geçiren hastalarda perioperatif hemşirelik bakım kalitesinin değerlendirilmesi

2- Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans Programı'na kayıtlı Tez dönemi öğrencileri tarafından Enstitü Yönetim Kurulu'na sunulan tez konuları görüşülmüş ve Tablo'da belirtilen şekilde kabulüne;

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONUSU
154103002 Burcu İdil YIĞIT	Radyoterapi tedavisi alan onkoloji hastalarında farklı tarama testleri ile beslenme durumunun belirlenmesi

3- Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Tezli Yüksek Lisans Programı'na kayıtlı Tez dönemi öğrencileri tarafından Enstitü Yönetim Kurulu'na sunulan tez konuları görüşülmüş ve Tablo'da belirtilen şekilde kabulüne;

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONUSU
154102017 Sedat YIĞIT	Kronik venöz yetmezlik tanılı hastalarda egzersiz eğitiminin yorgunluk ve uyku kalitesi üzerine etkisi
164102045 Yusuf Şinasi KIRMACI	Adeziv kapsüliti olan hastalarda solunum egzersizlerinin ağrı düzeyi, uyku ve yaşam kalitesi üzerine etkisi

Oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Ayşe YAVA
Başkan
(Enstitü Müdürü)

Yrd. Doç. Dr. Çiğdem KÖÇKAR
Üye
(Enstitü Müdür Yardımcısı)



Prof. Dr. Zeytin PELİN
Üye

Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR
Üye

Aylin Güliz
Hasan Sabrihanlı Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sekreteri

Doç. Dr. Tülay ÖRTABAĞ
Üye

ASLI GİBİDİR

Ek 2. Etik Kurul Onay Formu

**T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Yüksekokulu)**

07.02.2017

Sayın Gündem YAKAN

“...Adıyaman İli Gölbası İlçesinde Yaşayan Bireylerde Kolorektal Kansere Taraması Tutumlarının Belirlenmesi ve Gaitada Gizli Kan Taraması ...” konulu çalışmanız 07.02.2017 tarih ve 2017-01 nolu girişimsel olmayan araştırmalar etik kurul kararı uyarınca uygun bulunmuş olup;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Zerrin PELİN
Rektör Yardımcısı
Etik Kurul Başkanı

Ek 3. Etik Kurul Kararı

**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ YÜKSEKOKULU
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARARI**

Karar No : 2017/01
Karar Tarihi : 07.02.2017

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu aşağıdaki kararları almıştır.

Gündem YAKAN'ın "...Adıyaman İli Gölbaşı İlçesinde Yaşayan Bireylerde Kolorektal Kansere Taraması Tutumlarının Belirlenmesi ve Gaitada Gizli Kan Taraması ..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Gül MADEN'in "...Samsun E Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumu'ndaki Diyabetli Hükümlü/ Tutuklu ve Personelin, Diyabet Bakım Profilleri ile Metabolik Kontrol Değişkenlerinin İncelenmesi ..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Esra KÖK'ün "...Kalp Cerrahisi Geçiren Hastalarda Postoperatif Ağrı Düzeyinin ve Yönetim Kalitesinin İncelenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Ahmet MİÇOOĞULLARI "...Hasta Beklentilerini Yönetme Becerisi Ölçeğinin Geliştirilmesi: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Ceren DİNÇER'in "...Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Durumunu ve İçecek Tercihini Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

İrem AYHAN TURAL'ın "...Adolesanlarda Farklı İki Günde Belirlenen Besin Ögesi Alımları ile Sağlıklı Yeme İndeksi ve Diyet Kalite İndeksleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Öğr. Gör. Sezer AVCI'nın "...Genç Kuşak Hemşire Adaylarının Nasıl Bir Ortamda Çalışmayı İstedikleri Hakkındaki Bilgi ve Görüşleri..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Alev ÇELİK'in "...İnsülin Direnci Olan Yetişkin Kadınlarda Diyetteki İki Farklı Karbonhidrat Oranının Biyokimyasal ve Antropometrik Parametrelere Etkisi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

İlhami ÜLGER'in "...Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Duygu Yükleri ve Duygu Yönetim Becerilerinin İncelenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Prof. Dr. Yavuz YAKUT'un "... Farklı Tabanlık, Takviye, Kama ve Yükseklik Uygulamalarının Denge, Ağırılık Dağılımı ve Yürüme Parametreleri Üzerine Etkileri..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Sabiha İrem ÜNAL'ın "...Vücut Ağırlık Kaybı Programı Uygulanan Aşırı Kilolu ve Obez Kadınlarda Badem Tüketiminin Antropometrik Ölçümler ile Bazı Kan Parametreleri Üzerine Etkisinin Belirlenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Yrd. Doç. Dr. Feride YİĞİT'in "... Eşi Doğum Yapacak Baba Adaylarının Stres, Depresyon ve Anksiyete Durumlarının Belirlenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

İnci ARPACI'nın "... Diyabet Okullarının Hastalığın Kabulüne ve Özbakım Aktivitelerine Etkisi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

İmren ARPACI'nın "... Bir Vakıf Üniversitesindeki Kız Öğrencilerin Premenstrual Sendrom Durumlarının İncelenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir.

2017/01 Sayı ve 07.02.2017 Tarihli Girişimsel Olmayan Etik Kurul Kararı 2. Sayfasıdır.
(Gündem YAKAN)

Prof. Dr. Zerrin PELİN
Başkan

Prof. Dr. Yasemin BEYHAN
Üye

Prof. Dr. Yavuz YAKUT
Üye

Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR
Üye

Prof. Dr. Ayşe YAVA
Üye

Doç. Dr. Tülay ORTABAĞ
Üye

Yrd. Doç. Dr. Çiğdem KÖÇKAR
Üye

Güven HOS
T.C. Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Sekreteri



ASLİGİBİDİR

Ek 4. Kurum İzni

T.C.
ADİYAMAN VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

Sayı : 80330453/
Konu : Gündem YAKAN 'ın Yüksek Lisans
Tez Çalışması

ADİYAMAN HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ -
ADİYAMAN HALK SAĞLIĞI DESTEK HİZMETLERİ
ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
17/03/2017 15:38 - 87440804-020-219

00041606422

ARAŞTIRMA İZİN TALEPLERİ DEĞERLENDİRME KOMİSYON TUTANAĞI

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu Tezli Yüksek Lisan programı öğrencisi Hemşire Gündem YAKAN, Müdürlüğümüze vermiş olduğu 13/03/2017 tarihli dilekçesinde, 20/03/2017-18/05/2017 tarihleri arasında, İlimiz Gölbaşı İlçesinde Kolorektal Kansere Taraması Tutumlarının Belirlenmesi amacıyla, 50-70 yaş arası 600 (Altı yüz) kadın ve erkeğe Gaitada Gizli Kan (GGK) testi uygulayarak tez çalışması yapmak istemektedir.

Müdürlüğümüz Araştırma İzin Talepleri Değerlendirme Komisyonu tarafından, Gündem YAKAN'ın tez çalışmasıyla ilgili başvuru belgeleri incelenerek komisyonumuzca değerlendirilmiş olup, belirtmiş olduğu konu ve şartlarda tez çalışmasını yürütmesinde herhangi bir sakınca görülmediği kararına varılmıştır. 17/03/2017

Başkan
Dr. Yakup YILMAZ
Halk Sağlığı Müdürlüğü Yardımcısı

Üye
Nevzat BAYKAN
Aile Hekimliği Şube Müdürü

Üye
Mehmet YETİŞ
Toplum Sağlığı Hizmetleri Şube Müdürü

Üye
Mustafa DOĞRU
Destek Hizmetleri Şube Müdürü

Adıyaman Halk Sağlığı Müdürlüğü
Toplum Sağlığı Hizmetleri Şube Müdürlüğü
Siteler Mahallesi Kavi Caddesi 02200/Adıyaman
toplumsagligibirimi02@gmail.com

Bilgi için: Fatih ÖZEL
Sağlık Memuru
0 (416) 225 10 23 (118)
Fax: 0416 225 20 75

Ek 5. Kolorektal Kanser Taraması Tutum İnanç Ölçeği Kullanım İzni Yazısı

Gönderen: ŞERİFE KOÇ <serife.koc@istanbul.edu.tr>

Gönderildi: 20 Şubat 2017 Pazartesi 16:37

Kime: gündem yakan

Konu: Re: TEZ ÇALIŞMASI

Merhaba Gündem;

Mailinize birkaç gün gecikmeli yanıt verdiğim için üzgünüm.

Tez çalışmasından farklı olarak aynı ölçekle benim de gaitada gizli kan çalışmam vardı ancak doğum nedeniyle henüz analiz aşamasına geçemedim. Sizin çalışmanız bulguları yorumlamak ve tartışmak açısından zenginlik katacaktır. Ölçeği ve değerlendirme kriterlerini ekteki dosyada bulabilirsiniz.

Kolay gelsin.

Gönderen: gündem yakan <gundem.yakan@hotmail.com>

Gönderildi: 15 Şubat 2017 Çarşamba 12:45

Kime: serife.koc@istanbul.edu.tr

Konu: TEZ ÇALIŞMASI

Merhaba Şerife Hanım ben Hasan Kalyoncu Üniversitesinde Yüksek Lisans öğrencisiyim tez çalışmamda GGK (Gaitada Gizli Kan) çalışması yapmak istiyorum. Sizin 2014 Yılı " **Kolorektal Kanser Risk Danışmanlığının Riskli Bireylerin Birincil ve İkincil Koruma Davranışlarını Geliştirmeye Etkisi** " konulu Doktora tez çalışmanız için kullandığınız **Kolorektal Kanser Taraması Tutum ve İnanç Ölçeği**'ni kendi tezimde kullanmak istiyorum. Tutum ve İnanç Ölçeğini ve Değerlendirme Kriterlerini bana gönderebilir misiniz?

Ek 6. Veri Toplama Formu

ADIYAMAN İLİ GÖLBAŞI İLÇESİNDE YAŞAYAN BİREYLERDE KOLOREKTAL KANSER TARAMASI TUTUMLARININ BELİRLENMESİ VE GAİTADA GİZLİ KAN TARAMASI

ANKET FORMU

Sayın katılımcı; bu çalışma, 50-70 yaş arası kadın ve erkeklerin kolorektal kanser taraması tutumlarının belirlenmesi ve kolorektal kanser risk faktörlerinin incelenmesi amacıyla yapılmaktadır. Bu amaçla oluşturulan soru formunu eksiksiz doldurmanız çalışmanın doğruluğu yönünden önemli olacaktır. Elde edilen bilgiler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederim

1. BÖLÜM: SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1) Doğum Tarihi :.....

2) Cinsiyet: () Kadın () Erkek

3) Medeni durum: () Evli () Bekar

4) Eğitim durumu:

a) Okur yazar değil

b) Okur Yazar

c) İlköğretim mezunu

d) Lise mezunu

e) Üniversite mezunu

5. Çalışıyor musunuz?

() Emekli

() Hayır (Cevabınız “Hayır” ise 6. Soruya geçiniz.)

() Evet (Cevabınız “Evet” ise aşağıdaki şıklardan uygun olanı işaretleyiniz.)

() Memur

() Çiftçi

() Özel sektör

() Mevsimlik/ iş buldukça

() Esnaf

() Diğer:.....

6. Sağlık Güvenceniz var mı?

Evet Hayır

7. Aylık gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

İyi Orta Kötü

8. Genel olarak sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

Çok iyi İyi Orta Kötü Çok kötü

2. BÖLÜM: KOLOREKTAL KANSER RİSK FAKTÖRLERİ

9. Boy: cm Kilo: kg Bel Çevresi:....cm

10. Sigara içme durumu:

- Hayır, hiç kullanmadım (Cevabınız “Hayır” ise 10. Soruya geçiniz.)
 Evet kullanıyorum (..... hafta/ay/yıl), (.....adet/gün)
 Kullanıyordum, bıraktım (.....hafta/ay/yıl önce), (.....adet/gün)

11. Alkol kullanıyor musunuz?

- Hayır, hiç kullanmadım (Cevabınız “Hayır” ise 11. Soruya geçiniz.)
 Evet kullanıyorum (..... hafta/ay/yıl), (.....kadeh/ay)
 Kullanıyordum, bıraktım (.....hafta/ay/yıl önce), (.....kadeh/ay)

12. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

- Hayır (Cevabınız “Hayır” ise 12. Soruya geçiniz.)
 Evet(Cevabınız “Evet” ise aşağıdaki tablodan uygun olanı işaretleyiniz.)

Hastalık	Evet (+)/Hayır (-)
Kardiyovasküler Hastalıklar (Koroner Arter Hastalığı vb.)	
Diabetes Mellitus	
Hipertansiyon	
Hiperlipidemi	
Psikiyatrik Hastalıklar (Depresyon vb.)	
Anemi (Kansızlık)	
KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı)	
Diğer:.....	

13. Her yıl düzenli olarak genel sağlık kontrolleriniz için doktora muayene olur musunuz?

() Evet () Hayır

14. Bağırsak ile ilgili bir hastalığınız var mı?

() Evet () Hayır (Cevabınız “Hayır” ise 16. Soruya geçiniz.)

() Bilmiyorum (Cevabınız “Bilmiyorum” ise 16. Soruya geçiniz.)

15. Hastalığınız aşağıdakilerden hangisidir?

() Ülseratif Kolit () Crohn Hastalığı () Spastik Kolon () Polip –adenom

() Diğer:.....

16. Aşağıdaki belirti-bulgulardan son 1 yıldır sizde mevcut olanlar hangileridir? (Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz.)

	Belirtiler	Evet (+)/Hayır (-)
1	Dışkılama alışkanlığının değişmesi (kabızlık/ishal)	
2	Fışkırır tarzda dışkılama	
3	Dışkılamada kan	
4	Rektal akıntı veya dışkıyla gelen mukus	
5	Ele gelen kitle	
6	Kötü kokulu gaz	
7	Geçmeyen karın ağrısı/krampları	
8	İştahsızlık	
9	Bulantı-Kusma	
10	Yorgunluk	
11	Kilo kaybı (.....kg)	
12	Diğer (açıklayınız):.....	

17. Aşağıda beslenme durumunuzu değerlendiren sorular yer almaktadır.
Lütfen size en uygun seçeneği işaretleyiniz.

	Beslenme Türü	Her Zaman	Sık Sık	Arada Sırada	Hiçbir Zaman
1	Tahıllı (buğday, arpa, çavdar, yulaf, tam tahıllı ekmek ve bulgur gibi) gıdalar yerim.				
2	Kuru baklagil (fasulye, nohut, mercimek vb.) yerim.				
3	Kırmızı et yerim.				
4	Beyaz et yerim.				
5	Hayvansal yağ (tereyağı, iç yağı vb.) kızartma, ızgara yerim.				
6	İşlenmiş et (sucuk, salam, sosis, pastırma vb.) yerim.				
7	Fastfood şeklinde hazır gıdalar (hamburger, pizza, kebab, pide vb.) yerim.				
8	Acılı, baharatlı gıdalar yerim.				
9	Salamura, konserve vb. gıdalar yerim.				
10	Taze sebze meyve yerim.				
11	Kuru yemiş (kuru kayısı, kuru erik vb.) yerim.				
12	Asitli içecekler (kola, gazoz vb.) içerim.				
13	Kafein içeren içecekler (çay, kahve, kakao, meyveli soda, enerji içecekleri vb.) içerim.				

18. Günde kaç bardak su tüketirsiniz?

1. < 3 bardak 2. 3-5 bardak 3. 6-10 bardak 4. > 10 bardak

19. Düzenli olarak fiziksel aktivite / egzersiz / spor yapıyor musunuz?

() Evet () Hayır (Cevabınız “Hayır” ise 22. Soruya geçiniz.)

20. Hangi aktiviteyi/aktiviteleri yapıyorsunuz?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

Yürüyüş Koşu Bahçe işleri Yüzme Diğer:.....

21. Ne sıklıkta fiziksel aktivite / spor / egzersiz yapıyorsunuz?

Haftada 1-2 gün Haftada 5-6 gün Haftada 3-4 gün Her gün

22. Ailenizde kalın bağırsak kanseri olan akrabanız var mı?

Hayır, ailemde kalın bağırsak kanseri olan akrabam yok.

Evet, birinci derece akrabamda (anne, baba, kardeş) var.

Evet, ikinci derece akrabamda (amca, dayı, hala, teyze) var.

23. Ailenizde kalın bağırsak kanseri nedeniyle kaybettiğiniz akrabanız var mı?

Evet Hayır

24. Ailenizde kalın bağırsak kanseri dışında diğer kanser türlerine yakalanan akrabanız var mı?

Hayır, ailemde diğer kanser türlerine yakalanan akrabam yok.

Evet, birinci derece akrabamda (anne, baba, kardeş) diğer kanser türlerine yakalanan akrabam var.

Evet, ikinci derece akrabamda (amca, dayı, hala, teyze) diğer kanser türlerine yakalanan akrabam var.

25. Ailenizde kalın bağırsak kanseri dışında diğer kanser türleri nedeniyle kaybettiğiniz akrabanız var mı?

Evet Hayır

3. BÖLÜM: KOLOREKTAL KANSER TARAMASI TUTUM İNANÇ ÖLÇEĞİ

1. Kalın bağırsak kanseri taraması benim için uygundur.

Kesinlikle katılmıyorum Katılmıyorum Bilmiyorum Katılıyorum
 Kesinlikle katılıyorum

2. Kalın bağırsak kanseri taraması yaptırmamla ilgili aile bireylerim ne düşünüyorsa onu yapmak isterim.

- Kesinlikle katılmıyorum Katılmıyorum Bilmiyorum Katılıyorum
 Kesinlikle katılıyorum

3. Kalın bağırsak kanseri taraması yaptırmak benim için önemlidir.

- Kesinlikle katılmıyorum Katılmıyorum Bilmiyorum Katılıyorum
 Kesinlikle katılıyorum

4. Kalın bağırsak kanseri taraması yaptırmak sağlığıma korumama yardımcı olabilir.

- Kesinlikle katılmıyorum Katılmıyorum Bilmiyorum Katılıyorum
 Kesinlikle katılıyorum

5. Kalın bağırsak kanseri tarama testinden olumsuz bir sonuç almaktan korkuyorum.

- Kesinlikle katılmıyorum Katılmıyorum Bilmiyorum Katılıyorum
 Kesinlikle katılıyorum

6. Kalın bağırsak kanseri taraması yaptırmam da aynı düzeyde sağlıklı kalırım.

- Kesinlikle katılmıyorum Katılmıyorum Bilmiyorum Katılıyorum
 Kesinlikle katılıyorum

7. Birinci derece akrabalarım kalın bağırsak kanseri taraması yaptırmam gerektiğini düşünüyorlar.

- Kesinlikle katılmıyorum Katılmıyorum Bilmiyorum Katılıyorum
 Kesinlikle katılıyorum

8. Kalın bağırsak kanseri taramasının kalın bağırsak kanseri ya da poliplerimin olduğunu göstereceğinden korkuyorum.

- Kesinlikle katılmıyorum Katılmıyorum Bilmiyorum Katılıyorum
 Kesinlikle katılıyorum

9. Doktorum ya da hemşirem kalın bağırsak kanseri taraması yaptırmam gerektiğini düşünüyor.

- Kesinlikle katılmıyorum Katılmıyorum Bilmiyorum Katılıyorum
 Kesinlikle katılıyorum

10. Kalın bağırsak kanseri taraması yaptırmam konusunda doktorum ya da hemşirem ne düşünüyorsa onu yapmak isterim.

- Kesinlikle katılmıyorum Katılmıyorum Bilmiyorum Katılıyorum
 Kesinlikle katılıyorum

11. Kalın bağırsak kanseri olma ihtimalim yüksektir.

- Kesinlikle katılmıyorum Katılmıyorum Bilmiyorum Katılıyorum
 Kesinlikle katılıyorum

12. Kendimi benim yaşındaki diğer insanlarla karşılaştırdığımda, kalın bağırsak kanseri olma ihtimalim daha düşük.

- Kesinlikle katılmıyorum Katılmıyorum Bilmiyorum Katılıyorum
 Kesinlikle katılıyorum

13. Bende kalın bağırsak kanseri olma ya da polip oluşma ihtimali çok yüksek.

- Kesinlikle katılmıyorum Katılmıyorum Bilmiyorum Katılıyorum
 Kesinlikle katılıyorum

14. Kalın bağırsak polipleri bulunup çıkarıldığında, kalın bağırsak kanseri önlenabilir.

- Kesinlikle katılmıyorum Katılmıyorum Bilmiyorum Katılıyorum
 Kesinlikle katılıyorum

15. Bende kalın bağırsak polipleri oluşma ihtimali yüksek.

- Kesinlikle katılmıyorum Katılmıyorum Bilmiyorum Katılıyorum
 Kesinlikle katılıyorum

16. Kalın bağırsak kanseri erken teşhis edildiğinde, tedavi edilebilir ve iyileştirilebilir.

- Kesinlikle katılmıyorum Katılmıyorum Bilmiyorum Katılıyorum
 Kesinlikle katılıyorum

❖ Gaitada Gizli Kan (GGK) Testi, sonucu araştırmacı tarafından kayıt edilecektir.

GGK Testi 1 Sonuç:

GGK Testi 2 Sonuç:

Ek 7. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma“**Adıyaman İli Gölbaşı İlçesinde Yaşayan Bireylerde Kolorektal Kanser Taraması Tutumlarının Belirlenmesi ve Gaitada Gizli Kan Taraması**” amacıyla yapılmaktadır. Bu araştırma çerçevesinde araştırmacı tarafından size yöneltilen soruları cevaplamanız istenecek ve yanıtlarınız araştırmada kullanılmak üzere kaydedilecektir. Araştırma kapsamında vereceğiniz bilgiler gizli tutulacak ve hiçbir şekilde sizin isminiz belirtilerek açıklanmayacaktır. Bu bilgiler, farklı bir araştırma/uygulamada da kullanılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek, çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılmama ya da kabul ettikten sonra vazgeçme hakkına sahipsiniz. Veriler; konu ile ilişkili soruların yer aldığı soru formu, Kolorektal Kanser Taraması Tutum İnanç Ölçeği ve GGKT (Gaitada Gizli Kan Testi) ile toplanacaktır. Sorular yasal ve özlük haklarınıza saygı çerçevesinde hazırlanmıştır. Yardımlarınız için teşekkür ederim.

Yukarıda yazılı bulunan bilgilendirmeyi okudum ve bana araştırmacı tarafından sözel olarak da anlatıldı. Bana yapılan açıklamaları, katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, katılımcı olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında bilgilerimin korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Çalışma hakkında soru sorma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün

Adı, Soyadı:

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):/..../2017

Adresi (varsa telefon numarası):

Araştırmacının

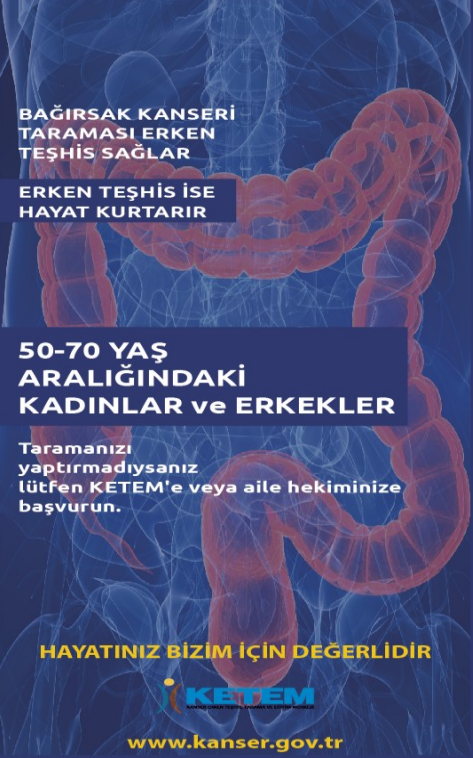
Adı, Soyadı: **Gündem YAKAN**

İmzası:

Tarih(gün/ay/yıl):/..../2017

Adresi (varsa telefon numarası):

Ek 8. Kolorektal Kanser Bilgilendirme Broşürü



**BAĞIRSAK KANSERİ
TARAMASI ERKEN
TEŞHİS SAĞLAR**

**ERKEN TEŞHİS İSE
HAYAT KURTARIR**


**50-70 YAŞ
ARALIĞINDAKİ
KADINLAR ve ERKEKLER**

Taramanızı yaptırmadıysanız lütfen KETEM'e veya aile hekiminize başvurun.


HAYATINIZ BİZİM İÇİN DEĞERLİDİR

KETEM
Kolonoskopi ve Endoskopi Merkezi

www.kanser.gov.tr



TC Sağlık Bakanlığı
Türkiye Halk Sağlığı
Kurumu
Kanser Daire
Başkanlığı



BAĞIRSAK KANSERİNE
karşı bilinçli olun,
taramanızı yaptırın,
sağlığınızı koruyun.

KOLOREKTAL KANSERLER

- Kalın bağırsağın kanseridir.
- Kalın bağırsağın (kolon ve rektum bölümü) polip ve kanserleri çoğu kez iyice büyüye kadar belirti vermezler.

Ancak tarama programları ile erken dönemde kanserleri saptamak ve tedavi etmek mümkündür.

UNUTMAYIN!

BAĞIRSAK KANSERLERİ ÖNLENEBİLİR, ERKEN TEŞHİS EDİLEBİLİR, TEDAVİ EDİLEBİLİR.



BELİRTİLERİ

- Bağırsak alışkanlığında değişiklikler olması (ishal veya kabızlık),
- Büyük abdestte kan görülmesi,
- Büyük abdest yapılamaması, gaz çıkarılamaması,
- Hızlı kilo kaybı ve yorguntuk hissi olmasıdır.

KOLOREKTAL KANSERE YAKALANMAMAK İÇİN;

- Sigara içilmemeli,
- Beslenmeye dikkat edilmeli;
 - Bol miktarda meyve, sebze tüketilmeli,
 - Fazla yağlı yiyecekler tercih edilmemeli,
 - Kızarmış, yanmış, izgarada pişirilmiş etlerin sık tüketiminden kaçınılmalı,
- Fiziksel olarak aktif olunmalı,
- Kilo almaktan kaçınılmalı,
- İçki tüketiminden kaçınılmalı



TARAMA İÇİN

- 50 - 70 YAŞ arasındaki bireylere iki yılda bir kez dışkıda kan tetikki yapılır
- 10 yılda bir ise kolonoskopi (özel bir atletle kalın bağırsağın incelenmesi) yapılır.

Ek 9. İntihal Raporu

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI İNTİHAL RAPORU FORMU

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Tarih: 20/06/2018

Tez Başlığı / Konusu: Adıyaman İli Gölbaşı İlçesinde Yaşayan Bireylerde Kolorektal Kansere Taraması Tutumlarının Belirlenmesi ve Gaitada Gizli Kan Taraması

Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 61 sayfalık kısmına ilişkin, 19/06/2018 tarihinde Enstitü Sekreterliği tarafından **TURNİTİN** adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı alıntılar dahil % 24 'dur. (Benzerlik oranı; alıntılar dahil %30'un üzerindeyse açıklama gerekmektedir).

Uygulanan filtrelemeler:

- Kaynakça hariç
 Alıntılar dahil
 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Açıklamalar

Hasan Kalyoncu Üniversitesi **TURNİTİN** adlı intihal tespit programı sonucunda; azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

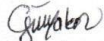
Adı Soyadı: Gündem YAKAN

Öğrenci No: 154101083

Anabilim Dalı: Hemşirelik

Programı: Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans

Statüsü: Y.Lisans Doktora


Tarih ve İmza
20.06.2018

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.

Prof. Dr. Tülay ORTABAĞ



Ek 10. Araştırmacının Özgeçmişi

ÖZGEÇMİŞ			
KİŞİSEL BİLGİLER			
Adı Soyadı	Gündem YAKAN		
Doğum Tarihi	26.12.1978		
Doğum Yeri	Merkez /ADİYAMAN		
Uyruğu	T.C		
Adres	Adıyaman İl Sağlık Müdürlüğü / Evde Sağlık Hizmetleri / Koordinasyon Birimi / Adıyaman		
Tel	5079245195		
E-mail	gundem.yakan@hotmail.com		
EĞİTİM DÜZEYİ			
	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezun Olduğu Yıl	
Yüksek Lisans	Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Devam	
Lisans	Yüzüncü Yıl Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2002	
Lise	Adıyaman Lisesi	1996	
İŞ DENEYİMİ			
Görevi	Kurum	Süre(Yıl-Yıl)	
1. Hemşire	Adıyaman İl Sağlık Müdürlüğü/ Evde Sağlık Hizmetleri/Koordinasyon Birimi	2017-	
2. Ücretli Öğretmen	Adıyaman Anadolu Sağlık Meslek Lisesi (Geçici görevlendirme ile)	2012	
3. Hemşire	Adıyaman Halk Sağlığı Müdürlüğü Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kansere Şubesi	2011-2017	
4. Hemşire	Adıyaman Merkez Toplum Sağlığı Merkezi	2010-2011	
5. Hemşire	Adıyaman Merkez 010 Nolu Aile Hekimliği	2006-2010	
6. Hemşire	Adıyaman Merkez Kömür Sağlık Ocağı	2004-2006	
7. Hemşire	Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Kliniği	2002-2003	
YABANCI DİL BİLGİSİ			
İngilizce	YÖKDİL Puanı: 65.00		
ALES Puanı	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
	71.167	71.034	64.376
ALINAN EĞİTİM, SERTİFİKA, KATILINAN KONGRE			
1. İlköğretim Sınıf Öğretmenliği Sertifikası (Pedagojik Formasyon), Van, 2002			
2. RİA (Rahim İçi Araç) Kursu, Adıyaman, 2005			
3. Bilingem Bilgisayar Kursu Bitirme Belgesi, Adıyaman, 2005			
4. Aile Sağlığı Elemanı Uyum Eğitimi Katılımcı Belgesi, Adıyaman, 2006			
5. Acil Obstetrik ve Yenidoğan Bakım Eğitimi Katılım Belgesi, Adıyaman, 2008			
6. Üreme ve Cinsel Sağlık Modüler Eğitimi Sertifikası (5 Modül), Adıyaman, 2011			

7. 13.Ulusal Hemşirelik Kongresi Kapsamında “Çatışma Yönetimi Kursu” Katılım Belgesi, Şanlıurfa, 2011
8. Yerel Kapasite Geliştirme Eğitimi, Adıyaman, 2013
9. 4. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi, Bilgisayarda SPSS ile Temel İstatistik Uygulamaları Kursu, Adıyaman, 2013
10. Etkin ve Hızlı Okuma Eğitimi Katılımcı Belgesi, Adıyaman, 2013
11. Temel Kanser Kayıtçılığı Eğitimi, Ankara, 2013
12. CANREG4 Eğitimi Katılımcı Belgesi, Ankara, 2014
13. SEER (Surveillance Epidemiology and End Results Program) Özet Evreleme Eğitimi Katılımcı Belgesi, Ankara, 2014
14. İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi Katılım Belgesi, Adıyaman, 2014
15. İlk yardımcı Sertifikası, Adıyaman, 2015
16. Ulusal Kanser Haftası Kayıtçılık ve Tarama Eğitimleri, Ankara, 2016
17. Evde Sağlıkta Kalite Eğitimi Katılım Belgesi, Adıyaman, 2018
GÖREV ALDIĞI PROJELER VE ARAŞTIRMALAR
1. Adıyaman’daki Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörlerinin Sıklığı ve Toplum İçindeki Dağılımı Araştırması.
BİLDİRİLER
. <u>Kayı. İ.</u> , Abeş. Ş, <u>Yakan. G.</u> , KUTLU. H.M, Bozlak. A, Teke. M. Prevalance of Smoking Behavior in a Tobacco Growing Southeastern Province in Turkey / Virginia Commonwealth University, USA / Amerika, Sözlü Bildiri.

