

**TC.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KOLON KANSERİNİN ERKEN TANISINA YÖNELİK
TUTUMLARIN “SAĞLIK İNANÇ MODELİNE”
TEMELLENDİRİLEREK İNCELENMESİ**

**HAZIRLAYAN
Seher TÜRK**

**HALK SAĞLIĞIHEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Dilek ÖZMEN**

**MANİSA
2015**

**TC.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KOLON KANSERİNİN ERKEN TANISINA YÖNELİK
TUTUMLARIN “SAĞLIK İNANÇ MODELİNE”
TEMELLENDİRİLEREK İNCELENMESİ**

**HAZIRLAYAN
Seher TÜRK**

**HALK SAĞLIĞIHEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Dilek ÖZMEN**

**MANİSA
2015**

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ.....	6
GRAFİK LİSTESİ	7
KISALTMALAR DİZİNİ.....	8
TEŞEKKÜR.....	9
1. GİRİŞ ve AMAÇ	10
1.1. Problemin Tanımı.....	13
1.2. Araştırmanın Amacı	14
1.3. Hipotezler	15
1.4. Varsayımlar	15
1.5. Araştırmanın Önemi.....	15
1.6. Sınırlılıklar	16
1.7. Tanımlar	16
2. GENEL BİLGİLER	18
2.1. Kolorektal Kanser	18
2.1.1. Kolorektal Kanser Epidemiyolojisi	18
2.1.2. Kolorektal Kanser Etiyolojisi	19
2.1.3. Kolorektal Kanser Belirtileri	23
2.1.4. Kolorektal Kanser Gelişimi.....	24
2.1.5. Kolorektal Kanserde Tanı.....	24
2.1.6. Kolorektal Kanserde Tedavi.....	28
2.2. Kolorektal Kanserden Korunma, Erken Tanı ve Tarama.....	28
2.2.1. Kolorektal Kanserde Erken Tanı ve Tarama	29
2.2.2. Kolorektal Kanserde Erken Tanı ve Tarama Yöntemleri.....	31
2.2.3. Dünyada ve Ülkemizde Kolorektal Kanser Taraması Uygulamaları	37
2.2.3.1. Amerika'da Kolorektal Kanser Tarama Stratejileri.....	38
2.2.3.2. Avrupa'da Kolorektal Kanser Taraması Konusundaki Konsey Tavsiyesi.....	39
2.2.3.3. Ülkemizde Kolorektal Kanser Tarama Ulusal Programı.....	39
2.2.4. Kolorektal Kanserden Korunma.....	40

2.2.5. Kolorektal Kanserden Korunmada Hemşirenin Rolü.....	42
2.2.6. Ulusal Kolorektal Kanser Tarama Programında Hemşirenin Rolü.....	45
2.2.7. Kolorektal Kanserden Korunma ve Erken Tanıda Sağlık İnançlarının Etkisi.....	46
2.2.7.1. Sağlık İnanç Modeli.....	50
2.2.7.2. Kolorektal Kanser Erken Tanısına Yönelik Tutumlar ile İlgili Yapılan Çalışmalar	56
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	58
3.1. Araştırmanın Tipi	58
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	58
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	59
3.4. Verilerin Toplanması	59
3.5. Veri Toplama Araçları	60
3.5.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	60
3.5.2. Kolorektal Kanser Sağlık İnanç Modeli Ölçeği	60
3.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi.....	61
3.7. Araştırmada Etik	62
3.8. Araştırmanın Süresi.....	62
4.BULGULAR.....	63
4.1. Araştırmaya Katılan Kişilerin Sosyodemografik Özellikleri.....	63
4.2. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kolorektal Kanser Erken Tanısına Yönelik Sağlık İnançları	66
4.3. KKSİM Ölçeğinin Alt Boyut Puanları İle Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişkiler	70
5- TARTIŞMA.....	75
5.1. Araştırma Kapsamındaki Kişilerin Sosyodemografik Bulgularının İncelenmesi	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
5.2. Araştırma Kapsamındaki Kişilerin KKSİM Ölçeği Puanlarının İncelenmesi	77
5.3. Araştırma Kapsamındaki Kişilerin Sağlık İnançlarını Etkileyen Faktörler ...	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
6- SONUÇ VE ÖNERİLER	79
7-KAYNAKLAR.....	81

8-FORMLAR.....	91
9-EKLER	96
10-ÖZGEÇMİŞ.....	97



TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	63
Tablo 2. Katılımcıların Kolorektal Kanseri Tanısı Alma Durumları.....	64
Tablo 3. Katılımcıların Kolorektal Kanseri Erken Tanı Testini Bilme Durumları.....	65
Tablo 4. Katılımcıların GGK Testi ile İlgili Durumları.....	65
Tablo 5. Katılımcıların GGK Testi Yaptırma ve Yaptırmama Nedenlerine Göre Dağılımı	66
Tablo 6. Katılımcıların KKSİM Alt Boyutları Puan Ortalamaları	67
Tablo 7. Katılımcıların KKSİM Ölçeğinin Madde Ortalamalarına Göre Puan Dağılımları.....	69
Tablo 8. Katılımcıların Yaşı ile KKSİM Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	70
Tablo 9. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre KKSİM Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	70
Tablo 10. Katılımcıların Medeni Durumuna Göre KKSİM Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	71
Tablo 12. Katılımcıların Eğitim Durumu ile KKSİM Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	72
Tablo 13. Katılımcıların Gelir Durumuna Göre KKSİM Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	73
Tablo 14. Katılımcıların Çalışma Durumu ile KKSİM Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Tablo 15. Katılımcıların GGK Testi Yaptırma Durumuna Göre KKSİM Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	73
Tablo 16. Katılımcıların Erken Tanı Testini Bilme Durumuna Göre KKSİM Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	74
Tablo 17. Katılımcıların Ailesinde Kolorektal Kanseri Olma Durumuna Göre KKSİM Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	75
Tablo 18. Katılımcıların Erken Tanı Testinin Ne Olduğunu Bilme Durumu ile KKSİM Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

GRAFİK Mİ / ŞEKİL Mİ LİSTESİ

Şekil.1. Adenomatöz Polipleri ve Kanseri Tespit Eden Testler	31
Şekil.2. Kolorektal Kansere Tarama Testlerinin Özellikleri	32
Şekil 3. Artmış ve Yüksek Riskli Kişilerde Kolorektal Kansere Erken Tanı ve Tarama Rehberi.....	37
Şekil 4. Kolorektal Kansere Sağlık İnanç Modeli	54



KISALTMALAR DİZİNİ

KRK: Kolorektal Kanser

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

FAP: Familial Adenomatous Polyposis

HNPCC: Hereditary Non-polyposis Colorectal Carcinoma

APC: Adenomatöz Polipozis Coli Geni

DM: Diabetes Mellitus

KKSİM: Kolorektal Kanser Sağlık İnanç Modeli

SİM: Sağlık İnanç Modeli

PET: Pozitron Emisyon Tomografisi

ÇKKG/ ÇKBG: Çift Kontras Kolon Grafisi/ Çift Kontras Baryumlu Grafi

TRUS: Transrektal Ultrasonografi

BT: Bilgisayarlı Tomografi

USG: Ultrasonografi

GGK: Gaitada Gizli Kan

CEA: Karsinoembriyonik antijen

gFOBT: Guaiac-Bazlı Dışkıda Gizli Kan Testi- Guaiac-Based Fecal Occult Blood Test

FIT: Dışkı İmmünokimyasal Testi -Fecal İmmunochemical Test

Sdna: Dışkı DNA Testi- Stool DNA

ACS: American Cancer Society- Amerikan Kanser Cemiyeti

MSTF: Multi-Society Task Force On Colorectal Cancer – ABD Dernekler Federasyonu
Görev Gücü

ACR: American College Of Radiology- Amerikan Radyoloji Okulu

USPSTF: Amerika Birleşik Devletleri Koruyucu Hizmetler Çalışma Kolu

ACG: American College Of Gastroenterology- Amerikan Gastroenteroloji Koleji

NCCN: American National Comprehensive Cancer Network- Amerikan Ulusal
Kapsamlı Kanser Ağı

NSAI: Nonsteroidal Antiinflamatuvar

TEŞEKKÜR



ÖZET

KOLON KANSERİNİN ERKEN TANISINA YÖNELİK TUTUMLARIN “SAĞLIK İNANÇ MODELİNE” TEMELLENDİRİLEREK İNCELENMESİ

SEHER TÜRK

Amaç: Bu çalışmada, bireylerin sağlık inançlarının kolorektal kanserin erken tanısına yönelik tutumlarına etkisini belirlemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma İzmir’in Bayraklı ilçesindeki 5 No’lu Alpaslan Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı ve herhangi bir sağlık problemi nedeniyle Aile Sağlığı Merkezine muayene için başvuran 50-70 yaş arasındaki bireyler ile Kasım 2013-Şubat 2014 tarihleri arasında yürütülmüştür. Veri toplama aracı olarak “Sosyodemografik Bilgi Formu” “Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği” kullanılmıştır. Araştırmanın verileri SPSS (Statistical Package for Social Science for Windows 15.0) programında değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizde sosyodemografik değişkenlerinin değerlendirilmesinde sayı ve yüzde dağılımı, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Diğer analizlerde parametrik (Student t Testi, One Way ANOVA) ve nonparametrik testler (Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis Testi) uygulanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılanların yaş ortalaması $58,84 \pm 5,79$, % 74’ü kadın, %54,3’i ilkokul mezunudur. Katılımcıların %74’ü kolorektal kanserin erken tanısına yönelik testi bilmediğini ve %94’ü gaitada gizli kan tetkiki yaptırmadığını bildirmiştir. Araştırmaya katılanların KKSİM ölçeği alt boyut puan ortalamaları güven-yarar alt boyutu $22,13 \pm 5,51$, duyarlılık alt boyutu $22,72 \pm 3,64$, engel alt boyutu $19,30 \pm 3,87$, sağlık motivasyonu alt boyutu $14,61 \pm 2,76$, ciddiyet alt boyutu $12,77 \pm 3,48$ ’dir. KKSİM ölçeği alt boyutlarından güven-yarar algısı ile cinsiyet ve GGK testi yaptırma durumu arasında; duyarlılık algısı ile GGK testi yaptırma, erken tanı testini bilme, ailede kolorektal kanser öyküsü olması arasında; engel algısı ile eğitim durumu arasında ciddiyet algısı ile çalışma durumu arasında (ÇIKAR) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Sonuç ve Öneriler: Araştırma sonucunda bireylerin kolorektal kanserin erken taramasına katılım oranlarının oldukça düşük olduğu; sağlık davranışlarının ve sağlık

inançlarının taramaya katılımında yetersiz olduğu saptanmıştır. Bireylerin erken tarama davranışlarına katılımını sağlayacak eğitim ve destek programları geliştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler:Kolorektal Kanser, Sağlık İnanç Modeli, Erken Tanı, Hemşirelik



ABSTRACT



SEHER, BAŞLIKLARDA : OLMAMALI HEPSİNİ KALDIRDIM SENDE

KONTROL EDER MİSİN?

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. PROBLEMİN TANIMI

Kanser, hücrelerin genetik değişmelerinin sonucu olarak ortaya çıkan kontrolsüz hücre çoğalmasıyla karakterize bir hastalık grubudur (29). Kanser her yaşıta görölmesine rağmen görölme sıklığı yaşıla birlikte artan bir hastalıktır. Nüfusun büyük bir kısmını yaşlıların oluşturduğu ölkelerde kanserin görölme sıklığı ve kanserden ölüm oranı yüksektir (19, 51).

Kanser, hem dünyada hem de ölkemizde kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci ölüm nedenidir. 2030 yılına gelindiğinde 27 milyon kanser vakası, kanserden kaynaklanan yıllık 17 milyon ölüm ve son beş yıl içinde kanser tanısı konmuş 75 milyon kişi rakamlarına ulaşılması beklenmektedir (6).

Kolorektal kanser, yaygın görölen, önemli morbidite ve mortalite nedeni olan bir hastalıktır. Kolorektal kanserler Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) kanser ölümleri içinde üçüncü sırada yer alırken, yeni tanılan kanserlerin de yaklaşık %10'unu oluşturmaktadır (26). GLOBOCAN 2012 ve Dünya Kanser Raporu 2014 verilerine göre Dünya'da tanı konulan kolon kanseri 1,4 milyon, (%9,7) olarak belirtilmiştir (30, 32).

Ölkemizde 2012 yılında ölüme sebep olan hastalıklar içerisinde %21,1 ile kanserler, ikinci sırada yer almaktadır. Kolorektal kanserler, tüm kanserler içinde %7,6 oranında bulunmakta ve tüm kansere bağlı ölümler içinde %7,4 mortaliteden sorumludurlar (17). Sağlık Bakanlığı'nın istatistiklerine göre kolorektal kanserler, ölkemizde en sık görölen ilk 5 kanser arasında olup insidansı yüz binde 17 olarak bildirilmektedir (17, 27).

Kanser, görölme sıklığı ve ölüm nedenleri arasında ön sıralarda yer almasından kaynaklı bir sağlık sorunu olması ile birlikte topluma getirdiğı sosyal ve ekonomik yük nedeni ile de bir toplum sorunu olarak görölebilmektedir (15). Özellikle ortaya çıkışının önlenemediğı, taramalarla ölümün yok edilemediğı ve erken tedavinin yaşam kalitesine çok şey katabildiğı kanserler de korunmanın önemi anlaşılmalıdır (33).

Bir toplumda kanserden ölümlerin azaltılabilmesi için kanserin erken evrede yakalanabilmesi gereklidir. Kanserın erken evrede yakalandığı toplumlarda, kanser mortalitesi daha düşüktür (6, 29). Kanserde erken teşhis ve taramanın yanında, nedenleri, risk etmenleri ve belirtileri hakkında toplumda farkındalığı artırarak bilinç oluşturmak ve davranış değişikliği yaratmak oldukça önemlidir (29, 52).

Günümüzde sağlık davranışları uygulamalarında sıklıkla kullanılan Sağlık İnanç Modeli, kişinin inanç ve davranışları arasındaki ilişkiyi ve bireysel karar verme düzeyinde sağlık davranışlarına bireysel motivasyonun etkisini açıklar. Bireylerin yeterli farkındalığa sahip olması ve kolorektal kanser hakkındaki sağlık inançlarının bilinmesi risk, engel ve yarar gibi sağlık algılarının değişmesine yardım ederek taramaya katılımı artırılabilir. Ayrıca toplumun kolorektal kanser konusundaki bilgi düzeyinin belirlenmesi ve bilgi düzeylerinin artırılması ile taramalara katılım sağlanabilir ve kanserin topluma getirdiği yük azaltılabilir (76).

Kolorektal kanser mortalite ve morbitidesindeki en yaygın faktörler; tarama testleri ve risk faktörleriyle ilgili yanlışlıklar, bilinç eksikliği, koruyucu sağlık uygulamalarıdır. Kolorektal kanser erken dönemde teşhis edildiğinde tedavi edilebilir bir hastalık olmasına rağmen ülkemizde kolonoskopi, flexible sigmoidoskopi ve fekal kan testi gibi taramaları yaptırma oranı, batı toplumlarına göre düşüktür. Baysal ve Türkoğlu'nun (2011), Erzurum'da, 136 bireyle yaptığı araştırmada, bireylerin %89,7'sinin erken tanılama yöntemlerini bilmediği, %91,2'sinin tarama yaptırmadığı bulunmuştur. Değertekin ve arkadaşlarının (1999) yaptığı başka bir çalışmada kolorektal kanser taramasına katılma oranının yüzde 40 olduğunu bildirilmiştir (76, 98). Ülkemizde şu anda kolorektal kanser taramaların kapsama oranı %20-30 arasındadır. Kolorektal kanser taramaların olumlu sonuçlarına ulaşmak için en az %70 oranında bir kapsama oranı sağlanmalıdır (25). Türkiye'de kadınlar ve erkekler arasında kolorektal kanser taramalarını yaptırma ve farkındalıkla ilgili çok az sayıda çalışma yapılmıştır (76).

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmada, bireylerin sağlık inançlarının kolorektal kanserin erken tanısına yönelik tutumlarına etkisini belirlemek amaçlanmıştır.

1.3. HİPOTEZLER

H₀: Kolorektal kanserin erken tanısına yönelik tutumlarda sağlık inançlarının etkisi yoktur.

H1: Kolorektal kanserin erken tanısına yönelik tutumlarda sağlık inançlarının etkisi vardır.

1.4. VARSAYIMLAR

Bu araştırmada, toplumun kolorektal kanser taraması hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı, kolorektal kanser taramasına katılımın düşük olduğu ve kolorektal kanser taraması hakkındaki olumsuz düşüncelerin davranışları etkilediğinden yola çıkılmıştır. Bu amaçla kullanılan veri toplama araçlarının ölçülmek istenen tarama tutumlarını doğru ölçtüğü varsayılmıştır.

Erken tanı hizmetlerinin ağırlıklı sunulduğu birinci basamak tedavi merkezleri erken tanıya yönlendirmede etkilidir. Araştırmanın verilerinin toplandığı örneklemin evreni temsil ettiği ve araştırmaya katılan bireylerin veri toplama araçlarına doğru ve objektif yanıtlar verdikleri varsayılmaktadır.

1.5. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Kanserde erken tanı, hastalık bulguları ortaya çıkmadan hastalığın erken dönemde saptanmasını sağlar. Erken tanıda amaç kanserden ölümleri azaltmak, tedavi şansını artırmak, sağ kalım süresini uzatmaktır. Erken tanı ve tarama programları ile kanser hücrelerine prekanseröz dönemde tanı konması hedeflenmektedir. Dünyada ve ülkemizde sık görülen ve erken tanı konulabilen kanserler arasında kolorektal kanserleri gelmektedir (29). Erken tanıyı destekleyecek tarama programları hakkındaki her türlü araştırma, kolorektal kanser mortalite ve morbiditesini düşürme açısından önem taşımaktadır.

Sağlıklı İnsan 2020 hedefleri (Healthy People 2020) arasında özellikle kolorektal kansere odaklanan çeşitli hedefler gösterilmektedir. Bunlar; C-5

“kolorektalkanserölüm oranlarını her 100.000'de 14,5'e düşürmek", C-9 "invaziv kolorektalkanseri azaltmak", C-16 "2008 yılındaki en son yönergeler dayanan, kolorektalkanser taramasına alınanyetişkin oranını arttırmak" ve C-18.3 "kolorektal kanser taraması konusundabilgilendirilen yetişkin oranını arttırmak" (104). Bu hedeflere ulaşmada tüm sağlık çalışanlarına özellikle halkın sağlığını koruma ve geliştirme alanında çalışanlara eğitim, araştırma, iletişim, rehberlik ve danışma, yol göstericilik ve savunuculuk rolleri gereği büyük sorumluluk düşmektedir.

Toplum sağlığını geliştirme konusunda çalışanlar tarafından kanserde hem birincil koruma amaçlı kanserlerin önlenmesine yönelik, hem de ikincil koruma olan erken tanı ve taramalara yönelik çalışmalar planlanması gerekmektedir (28). Kanserde erken teşhis ve taramanın yanında, nedenleri, risk etmenleri ve belirtileri hakkında toplumda kanser konusunda farkındalığı artırarak bilinç oluşturmak ve davranış değişikliği yaratmak oldukça önemlidir (29, 52).

Bireylerin yeterli farkındalığa sahip olması ve kolorektal kanser hakkındaki sağlık inançlarının bilinmesi risk, engel ve yarar gibi sağlık algılarının değişmesine yardım ederek taramaya katılımı arttırabilir. Ayrıca toplumun kolorektal kanser konusundaki bilgi düzeyinin belirlenmesi ve bilgi düzeylerinin arttırılması ile taramalara katılım sağlanabilir ve kanserin topluma getirdiği yük azaltılabilir (76).

1.6. SINIRLILIKLAR

Tek bir Aile Sağlığı Merkezindeki 50-70 yaş arasındaki bireyler ile yürütülmüş olması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

1.7. TANIMLAR

Adenom: Çeşitli yapı ve büyüklükteki neoplastik poliplerdir (3).

Dekat: 10 yıl

Familial Adenomatous Polyposis (FAP): Tüm mukoza yüzeyini kaplayan 500-2500 adet adenoma sahiptir. Bu tanının konması için en az 100 adet polip gereklidir. Otozomal dominant geçişlidir. Malignite %100'dür (3).

Hereditary Non-polyposis Colorectal Carcinoma (HNPCC=Lynch sendromu): Otozomal dominant geçiş gösteren herediter bir hastalıktır ve MMR genlerindeki mutasyona bağlı olarak gelişir (34).

Kolorektal kanser: Kolonun her bir bölümünde görülebilen kanserlerin genel adıdır. Bir dizi moleküler olay sonrası ortaya çıkan ve normal mukozadan tek bir kript epitelindeki değişikliklere, küçük iyi huylu tümörlerden (adenomatöz polipler) adenokarsinomlara kadar uzanan bir dizi morfolojik değişimle karakterize bir olgudur (37). Çalışmamızda kolon kanseri ve rektum kanserini kapsamak amacıyla kolorektal kanser terimi kullanılmıştır.

Pankolit: tüm kolonu tutan iltihaplı bağırsak hastalığıdır.

Polip: Bağırsak lümenine doğru çıkıntı oluşturan tümöral bir kitledir. Kolondaki bütün epitelyal poliplerin yaklaşık % 90'ını non-neoplastik polipler oluşturur. 60 yaşın üzerindeki kişilerin yarısından fazlasında bulunur. Çoğu, çapları 5 mm'den küçük, meme başı benzeri yarım küre şeklinde, düzgün çıkıntılar olarak izlenen hiperplastik poliptir (3).

Predispozan: Hastalık yapıcı etken.

Sporadik: Genlerdeki mutasyonun, çevresel faktörlerin etkisiyle, doğumdan sonra gelişmesidir (34).

Sporadik kolorektal kanser: Sporadik kolorektal kanser çoğunlukla poliplerden köken alan ve kalıtsal olmayan nedenler sonucunda ortaya çıkmaktadır (36, 37).

GLOBOCAN: Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (International Agency for Research on Cancer- IARC) ve Dünya Sağlık rgt Uzman Kanser Ajansı, dünya çapında 184 ülkede, 28 kanser türü için insidans, mortalite ve prevalans son verileri yayımlayarak en son tahminleri sağladığı ve küresel kanser yüküne kapsamlı bir bakış sunduğu projedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KOLOREKTAL KANSER

2.1.1. Kolorektal Kanser Epidemiyolojisi

Kolorektal kanser (KRK) yaygın görülen, önemli morbidite ve mortalite nedeni olan bir hastalıktır (20). Kolon ve rektumda görülen kanserler kolorektal kanserler (KRK) olarak tanımlanmaktadır. Kolorektal kanserler Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) kanser ölümleri içinde üçüncü sırada yer alırken, yeni tanılanan kanserlerin de yaklaşık %10'unu oluşturmaktadır (26). Sağlık Bakanlığı'nın istatistiklerine göre kolorektal kanserler, ülkemizde en sık görülen ilk 5 kanser arasında yer almakta, tüm kanserler içinde %7,6 oranında bulunmakta ve tüm kansere bağlı ölümlerin %7,4'ü kolorektal kansere bağlı ölümler olarak bildirilmektedir (17, 27). GLOBOCAN 2012 ve Dünya Kanser Raporu 2014 verilerine göre Dünya'da tanı konulan kolon kanseri 1,4 milyon (%9,7) olarak belirtilmiştir (30, 32).

Kolorektal kanser sıklığı ülkelere, yörelere ve topluluklara göre farklılıklar göstermektedir (24). En yüksek insidans Batı Avrupa, Avustralya ve Kuzey Amerika'dadır. Asya, Afrika ve Arjantin hariç Güney Amerika'da en düşük oranlarda görülür (23, 22). Avrupa ülkeleri arasında ise, Batı Avrupa'da risk daha yüksek iken Güney Avrupa ülkelerinde bu risk daha düşük olarak bulunmuştur(3, 16, 23, 34). İskoçya, dünyada kolorektal kanserin en yüksek görüldüğü ülkedir (23).

İnvazif KRK gelişme riski, yaşla birlikte artmaktadır ve olguların %90'ı 50 yaşından sonra ortaya çıkmaktadır. ABD'de KRK, 75 yaş üzerindeki bireylerde en sık rastlanan kanser tipidir. İngiltere'de bu oran yaklaşık 1/30000 kişide görülmesine rağmen ölümler diğer ülkelere göre daha fazla bildirilmiştir. Kırk yaşın üzerinde her dekat için risk oranı 2 kat artmaktadır (3, 16, 22). Nekropsi çalışmaları kolorektal kanser prevalansını özellikle asemptomatik 50-60 yaş arası nüfus için %1,6, 70 yaş üzeri nüfus içinde %3 olarak bildirmektedir (17).

Gelecek dönemde kolorektal kanser epidemiyolojisinde Dünyanın artan yaşlı nüfusuna bağlı değişiklikler beklenmektedir. Doğuştan Beklenen Yaşam Yılı 1990 ile 2011 yılları arasındaki on yıllık dönemde Dünya için 64'ten 70'e yükselmiştir. Bu durum, yaşla yakın ilişkisi olan kolorektal kanserlerin epidemiyolojik görünümünü de etkileyecektir. 2030 yılında 8,3 milyara yükselmesi beklenen Dünya nüfusunun artışı, yüksek gelir grubunda %4, düşük ve orta gelir grubundaki ülkelerde %30 olarak gerçekleşecektir. Ayrıca düşük ve orta gelir grubundaki ülkelerde 65 yaş ve üzerindeki nüfusun oranının da %5-10 arasında artış göstermesi beklenmektedir. Demografik bu etki, sağlıkta eşitsizlikleri arttıracaktır. 2030 itibarı ile kanser insidansındaki artış, düşük (%82) ve düşük-orta (%70) gelir ülkelerinde, üst orta (%58) ve yüksek (%40) gelir grup ülkelerine göre belirgin yüksek olacaktır. Sonuç olarak, kolorektal kanser mortalitesini azalttığı bilinen tarama ve izlemin gerçekleştirilmesinde kaynakları sınırlı bu ülkeleri zorluklar beklemektedir (17).

Görülme sıklığı kadın ve erkekler arasında benzerdir. Ancak insidans hızı erkeklerde kadınlara göre biraz daha yüksektir (17, 35).

Kişilerin dinleriyle ilgili bir araştırmada, Yahudilerin diğer dinlerdeki topluluklara göre daha yüksek kolorektal kanser insidansına sahip olduğu anlaşılmıştır (23). Bazı Yahudi ailelerinde bulunan kalıtsal Adenomatöz Polipozis Coli (APC) gen mutasyonu Kolorektal kanser riskini artırmaktadır (16).

Kolorektal kanser gelişimi açısından düşük risk grubuna giren bireylerde sağ yerleşimli kolon kanserlerinin, yüksek risk grubuna giren bireylerde ise sol yerleşimli kolon kanserlerinin gelişimine yatkınlığın daha fazla olduğu da ileri sürülmüştür (9, 23, 34). Vakaların 1/3'ü rektumda, 2/3'ü kolonda (özellikle sol kolon) lokalizedir ve çoğu adenokarsinomadır (13).

Ayrıca, kolorektal kanser gelişimi açısından kentsel yörelerin kırsal kesime göre daha yüksek riske sahip olduğu ifade edilmektedir (34).

2.1.2. Kolorektal Kanser Etiyolojisi

Kolorektal kanser (KRK) gelişiminde rol oynadığı düşünülen çok sayıda risk faktörü tanımlanmıştır. Kolorektal kanser gelişiminde etkili olduğu düşünülen risk

faktörlerinin doğru olarak belirlenmesi, hedef popülasyonda tarama ve takip programlarının başarıyla uygulanabilmesi için önem taşımaktadır (34).

Kolorektal kanser gelişiminde hem çevresel, hem de genetik faktörler rol oynamaktadır. Genetik yatkınlık, kanser gelişme riskini belirgin olarak artırmakla birlikte kolorektal karsinomların yaklaşık % 85'i sporadik tümörler olup, yalnızca % 15'i kalıtsal özellik göstermektedir. Sporadik kolorektal kanserler ise, çoğunlukla poliplerden köken alan ve kalıtımsal olmayan nedenler sonucunda ortaya çıkmaktadır (36, 37).

Kolorektal kanserin yaşam boyu görülme sıklığı ortalama %5'dir. Kişide var olan belli risk faktörleriyle bu oran yükselmektedir (3, 51). Kolorektal kanser risk faktörleri; yaş, kalıtsal faktörler (genetik ve aile öyküsü), predispozan hastalıklar (crohn, ülseratif kolit, polip..), ve sağlık davranışı ile ilgili (beslenme, sigara, alkol ve diğer) faktörlerdir (3, 16, 23, 24, 35, 39, 54).

1-Yaş: Kalıtsal olmayan kolorektal kanserler için yaş, en büyük risk faktörüdür (3). Kolorektal kanser riski 40 yaşından sonra artmaya başlar, 50-55 yaşlar arası hızla yükselir; takip eden her 10 yılda risk ikiye katlanır ve katlanarak yükselmeyi sürdürür (38). Kolorektal kanser olgularının %90'ı 50 yaşından sonra geliştiğinden tarama programlarını başlatma yaşı buna göre belirlenmektedir. KKK olgularının sadece %5'ine 40 yaş altında rastlanmaktadır (24, 34). En sık hastalık görülme yaşı 60-65'dir ve ortalama tanı yaşı 62' dir (24, 35).

2- Kalıtsal Risk Faktörleri:Kolorektalkanserli hastaların yaklaşık % 5 inin hastalık nedenigenetiksendromdur (26). FAP (Familial Adenomatous Polyposis) ve HNPCC (Hereditary Non-polyposis Colorectal Carcinoma) en çok tanınan herediter kolorektal kanser tipleridir. Familyal Adenomatöz polipozis (FAP) ve Herediter Nonpolipozis Kolorektal Kanser (HNPCC) otozomal dominant kalıtımla geçerler. HNPCC, FAP'a göre daha sık görülmesine rağmen tüm kolorektal kanserlerin yaklaşık %3-5'ini oluşturmaktadır. FAP, genetik bir pankolonik adenomatöz polipozistir. FAP, kolorektal kanserlerin yaklaşık %1'ini oluşturmaktadır (24, 34).

Ailesinde kolorektal kanser görülmeyen (ortalama riske sahip) bir şahısta, hayatı boyunca kolorektal kanser gelişme riski ortalama %5'dir. Birinci dereceden akrabalarının (anne, baba, kardeş) en az birinde kolorektal kanser bulunan bireylerde ise, kolorektal

kanser gelişme riski iki kat (%12) artmıştır. İki'den fazla birinci derece akrabasında kanser mevcutsa, bu risk üç kattan daha fazladır (%35) (34, 41).

3- Predispozan Hastalıklar: Kolorektal kanserlerin çok büyük bir bölümü (>%90), daha önce gelişmiş olan adenomlardan kaynaklanmaktadır. Kanser gelişme riski, adenomların sayısı ve büyüklüğü ile de doğrudan ilişkilidir. (34).

İnflamatuvar barsak hastalığı (Ülseratif kolit ve crohn) olanlarda kolon kanser riski hastalık süresi ile orantılı olarak artmakta, ortalama %3-8 olan kanserleşme oranı, hastalığın başlamasından 10 yıl sonra %10'a, 25 yıl sonra %30'lara yükselmektedir. Crohn'lu hastalarda kolon kanseri, genel toplumdan daha erken yaşta görülür (16). Kolon kanseri, Crohn hastalığının önemli bir komplikasyonudur. Crohn hastalığında kolon kanseri gelişme riski, normal populyasyondan 2-3 kat daha yüksek, ülseratif kolitten daha düşüktür (24). Ülseratif kolitte kronik enflamasyonun, mukozayı kanserleşmeye eğilimli hale getirdiği düşünülmektedir (34). Ayrıca hastalık tutulum yerinin uzunluğu, inflamasyon bulgularının şiddeti ve süresi ile risk doğrudan ilişkilidir (40).

4- Sağlık Davranışı İle İlgili Faktörler:

Diyet: Hayvansal yağ ve kırmızı etten zengin, fiberden fakir, yüksek kalorili diyetle beslenen gelişmiş toplumlarda kolorektal kanser daha sık görülmektedir. Gıdalarda doymuş ya da çoklu doymamış yağların fazla olması, kolorektal kanser gelişimini arttırmaktadır. Oysa oleik asitten zengin diyet (zeytinyağı, balık yağı vb.) ile beslenenlerde bu risk artmamaktadır (34, 38, 55).

Kolon kanseri sıklığının yüksek olduğu batı toplumlarında yağ miktarı total kalori alımının %40-45'ini oluştururken bu oran kolon kanserinin daha az sıklıkta görüldüğü toplumlarda %10-15'dir. Hayvansal yağın fazla miktarda tüketilmesi, kırmızı etin beyaz et ve balığa göre daha fazla tercih edilmesi kolon kanseri sıklığındaki artış ile birlikte (11, 16, 24).

Hayvansal protein içeren kırmızı et tüketimi kolorektal kansere yol açan bağımsız faktör olarak görülmektedir. Antioksidan ve vitamin kaynağı olan lifli sebzeler ve meyvelerin bol tüketimi ile kolon kanseri riskinin azaldığı görülmüştür (16).

Çok sayıda kaynak, uzun süreli kırmızı et ve işlenmiş et tüketiminin artmış kolorektal kanser riskiyle, özellikle de sol kolon tümörüyle ilişkili olduğunu göstermektedir. Pişirme teknikleri arasında barbekü gibi yüksek ısıda pişirme işleminde

proteinlerden, poliaromatik hidrokarbonlar ve karsinojenler ortaya çıkmasıyla kolorektal kanser riski artmaktadır (3, 52).

Sigara-Alkol Tüketimi: Sigara ve alkol tüketimi kolorektal kanser riskini artırır (3, 24, 35, 55). Alkol alımıyla hafif bir risk artışı gösterilirken, bu durum alkol tüketiminin 45 gr/gün üzerinde olduğunda artış gösterir (3).

Sigara içimi, hem kolorektal kanser için artmış riskle, hem kolorektal kanserden ölümle ilişkilendirilmiş, hem de adenomatöz polip ve yüksek riskli polip gelişimi için de risk faktörü olmuştur (3, 53). 20 yıldan fazla sigara kullanan erkeklerde kolorektal kanser sıklığında hafif bir artış bulunmuş, 35 yıl ve daha fazla süre sigara kullanan bireylerde ise risk artışı daha belirgindir (11).

Yaşam tarzı (Fiziksel aktivite): mekanizması tam olarak bilinmemesine rağmen sedanter yaşam tarzı kolorektal kanser için artmış risk ile birlikte (35, 54, 55). Hareketsiz yaşam, rektal kanserden çok kolon kanseri ile ilişkili bulunmuştur (54). İdeal vücut ağırlığını koruyan ve düzenli egzersiz yapanlarda kolon kanseri sıklığının azaldığı, fizik aktivite ile kolon kanseri gelişme riski arasında tersine bir ilişki olduğu görülmüştür (11).

Obezite: Özellikle abdominal obezite kolon kanseri gelişiminde bir risk faktörüdür (54). Artmış vücut kitle indeksi ve abdominal yağlanma kolon kanseri ve kanserden ölüm riskini arttırmaktadır (3, 16, 39).

5- Diğer Faktörler:

- Pelvik radyasyona maruz kalma rektal kanser oluşumunda kanıtlanmış bir risk faktörüdür. Özellikle prostat, serviks ve vajina kanserleri nedeniyle pelvik radyoterapi uygulanmış hastalarda rektum kanseri gelişme riski artmaktadır (11, 23, 24, 34, 35, 39).
- Ayrıca Diabetes Mellitus (DM)'un ve insülin direncinin kolorektal kanserde artmış riskle ilişkili olduğunu göstermektedir (3, 23, 24, 35).
- Kolesistektomi sonrasında safra asitlerinin artan enterohepatik sirkülasyonu ve kolon mukozasının safra tuzlarına daha fazla maruz kalması bu hastalardaki kolorektal kanser sıklığı artışından, özellikle sağ kolon kanserinden sorumlu tutulmuştur (3, 11, 24, 34, 35).
- Üreterosigmoidostomiden sonra sigmoid kolon kanseri görülme sıklığının normal topluma göre 100 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (3, 11, 23, 24, 34, 39).

- Meme, endometrium ve over karsinomu olan kadınlarda kolorektal kanser daha sık görülmektedir (11, 39).
- Koroner arter hastalığı da kolorektal kanser için bir risk faktörüdür. Bu ilişkide altta yatan neden açık olarak görülme de, hastalıkların ortak risk faktörlerini paylaşmaları risk artışının nedeni olabilir (3).
- Peptik ülser cerrahisi ve özellikle trunkal vagotomi ile kolorektal kanser arasında bir ilişkiden bahsedilmektedir (23).

2.1.3. Kolorektal Kanser Belirtileri

Kolorektal kanser prognozu genel olarak yavaş seyirlidir. Kolorektal kanserlerin semptomları çeşitlilik göstermektedir. Rektal kanama, barsak alışkanlığındaki değişiklikler ve karın ağrısı gibi sıklıkla ortaya çıkan semptomların araştırılması sonucu hastalara kolorektal kanser tanısı konulmaktadır (56).

Klinik bulgular genellikle primer tümörün yerleştiği lokalizasyona göre ortaya çıkmaktadır (24).

Sağ kolon daha geniştir ve dışkı daha sulu olduğundan kural olarak sağ kolon tümörlerinde tıkanma görülmez. Sağ kolon tümörlerinde barsak alışkanlığında herhangi bir değişiklik olmaması da tipiktir. Sağ kolon kanserli hastalarda çoğunlukla karın ağrısı, hazımsızlık, halsizlik, çabuk yorulma, defekasyonla birlikte genellikle fark edilmeyen kronik kan kaybı gibi yakınmalar olmaktadır (3, 11, 24, 39, 42, 56, 57).

Sol kolonda lümen daha dar, dışkı şekilli olduğundan sol kolon tümörlerinde ön planda dışkılama alışkanlığında ve dışkının yapısında değişiklikler vardır. Hastalar dışkı çapının incelendiğini, kalem kalınlığını aldığını ifade eder. Karın ağrısı, sol kolon lokalizasyonlu kanserlerde ve özellikle alt kadranlarda ortaya çıkmaktadır. Ağrılar kramp tarzında olup, barsak hareketleri ile birlikte artıp, azalabilir. Bu hastalarda sıklıkla barsak alışkanlıklarında değişiklik ve defekasyonla taze renkli kanama şikâyetleri ön plana çıkmaktadır. Diğer bulgularla beraber hastaların yaklaşık %50'sinde kilo kaybı tespit edildiği bildirilmiştir. İleri evre agresif kolon kanserlerinde nadiren septisemi sonucu ateş görülebilmektedir(3, 11, 16, 23, 24, 39, 42, 56).

2.1.4. Kolorektal Kanser Gelişimi

Normal mukozada adenom gelişimi yaklaşık olarak 10 yıldan daha uzun bir süre almaktadır ve adenomun kansere dönüşmesi yaklaşık 2-30 yıldır. Normal mukozadan adenom oluşması ve adenomun kanserleşmesi yani ilerlemesi yavaş olmaktadır. Dolayısıyla adenomlar saptanırsa ve bunlar kanserleşmeden yok edilebilirse kolorektal kanser önlenir (7, 16).

Kolorektal kanser erken saptandığında; bu hastalıktaki kişilerin %90'ından fazlası tanıdan itibaren 5 yıldan fazla yaşamaktadır. Ancak ne yazık ki kolorektal kanserlerin sadece %37'si metastaz yapmadan saptanabilmektedir (13, 16).

Erken dönemde (evre A: Kanser mukozada sınırlı) tanı konulduğunda beş yıl yaşam hızı kolon kanserinde %88, rektum kanserinde %80 iken, geç dönemde (evre C: Bölgesel lenf bezi tutulumu) tanı konulduğunda bu oran sırasıyla %12 ve %35'e düşmektedir. Semptom ve bulgular ortaya çıkmadan tanı konulması yaşamı düzeltmekte, mortaliteyi azaltabilmektedir (10).

Ülkemizde kolon kanserinin tanısındaki gecikmenin nedenleri; bilgisizlik, görsel ve yazılı basının konuya olan duyarsızlığı, doktora gitmeye çekinme, hastaların kendi sağlıklarına karşı ilgisizlikleri, sağlık politikaları düzenlenirken koruyucu hekimliğe gerekli önemin gösterilmemesi ve alt yapı eksiklikleri gibi faktörlerdir. Ülkemizde bazı batı toplumlarında sınır olan 50 yaş üzerindeki bireylere tarama testi yapılmadığı için hastalar hastalığın ileri evrelerinde hekime başvurmakta ve kolorektal kanserlerdeki ölüm oranı artmaktadır. 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 (63).

2.1.5. Kolorektal Kanserde Tanı

Anamnez ve fizik muayene ile birlikte laboratuvar tetkikleri, görüntüleme ve radyolojik yöntemler kolon kanseri tanısında kullanılan yöntemlerdir (16, 39).

Karın muayenesinde ve rektal tuşede kitle varlığı araştırılmalıdır. Ayrıntılı anorektal muayene yapılmalıdır (39). Dijital rektal muayene ile kolon kanserlerinin sadece %10'luk bir kısmı olan kolonun anüse yakın 10cm'lik son kısmında oluşan tümörler tespit edilebilir. Kolon kanserinde en seçkin teşhis yöntemi endoskopi olmakla birlikte radyolojik yöntemler de tanı ve evrelemede yardımcı olarak kullanılırlar (10, 11, 16).

Kolorektal kanserlerin büyük çoğunluğu adenomatöz polip zemininde geliştiğinden endoskopi hem karsinom tanısı konması, hem polipektomi imkanı vermesi, hem de takiben uygulanan izlem yoluyla hastalığın önlenmesinde önemli bir yere sahiptir (62).

Karsinoembriyonik antijen (CEA) ve Karbohidrat antijen (CA 19-9), kolorektal tümörlerde kullanılan tümör belirteçleridir (3, 24). Karsinoembriyonik antijen (CEA) kolon kanseri yanında karaciğer sirozu, ülseratif kolit, kronik pankreatit gibi vakalarda da patolojik değerler verebilmektedir. Bu nedenle tanıdaki yeri daha çok diğer bulgularla desteklendiğinde önem taşır (3).

Fleksibl sigmoidoskopi; kolonun 60 cm'lik son kısmının endoskopi ile incelenmesi işlemidir (11, 56). Kolorektal kanserlerin yaklaşık 2/3'ü 60 cm'lik sigmoidoskop ile ulaşılabilecek bölgededir (10, 39). Her 1000 sigmoidoskopide yaklaşık olarak 7 kolon kanseri ve 60 üzerinde de büyük polip (>2cm) saptanmaktadır. Sigmoidoskopide herhangi bir oluşum saptananlarda tüm kolonun incelenmesi gerekir (10, 11, 16, 59).

Kolonoskopi; kolon kanseri taramalarında ve teşhiste kullanılabilecek en etkin yöntemdir (11). Kolonoskopikaynağı bulunamayan kanamalarda, kolon grafisinde anormal bulgular saptandığında, sigmoidoskopide polip saptandığında, inflamatuvar barsak hastalıklarında ve daha önceden polip veya kolorektal kanseri bulunan hastalarda tanı amaçlı olarak yapılabilir (39). Kolonoskopi, kalın bağırsağın tümü ve ince bağırsağın son 15-20 cm'lik kısmının incelenmesine ve gerektiğinde örnek alınmasına veya görülen poliplerin çıkarılmasına (polipektomi) imkan sağlar. Kolonoskopi ve gerektiğinde polipektomi yapılmasıyla kolon kanseri görülme sıklığının %75-90'a varan bir oranda azaltılabileceği gösterilmiştir. Nispeten pahalı olması, çoğu merkezde yapılamaması, 1 gün kadar sürebilen bir barsak temizliğini gerektirmesi, işlem sırasında ağrı kesici ve sedatif ilaçların kullanılması başlıca dezavantajlarıdır. Kolonoskopide 5mm'den küçük

poliplerin %20'si, 5-10mm çapındakilerin %15'i ve 10mm den büyük poliplerin de %10 kadarı gözden kaçabilir (11).

Ayrıca standart kolonoskopinin tanısal değerini arttırmak için geliştirilen yüksek çözünürlüklü beyaz ışık kolonoskopisi, geniş açılı kolonoskopi, donanım başlıklı kolonoskopi, retroskopi metodu ve kapsül endoskopi gibi yöntemlerde mevcuttur (59).

Çift kontrastlı kolon grafisi; baryum rektumdan verildikten sonra kolon içerisine hava verilerek kolonun mukozal relyefini çıkarmak ve patolojileri ortaya koymak için yapılan bir tarama ve tanı testidir (11). Barsak mukozası baryumla sıvanır, rektal kataterle kolona hava verilir ve floroskopi altında çok sayıda grafi çekilir (67). Baryumlu çift kontrast kolon tetkiki, baryumla boyanmış tüm kolon mukozasının floroskopi altında gösterilmesidir. Çift kontrast kolon tetkiki, tüm kolonun muayenesini sağlayan, minimal invaziv, pahalı olmayan ve sedasyon gerektirmeyen bir tetkiktir (12).

En etkin primer başvurulması gereken radyolojik görüntüleme yöntemidir (57, 61). Bu yöntem 1 cm'den küçük poliplerin %50-80'ini, 1 cm'den büyük poliplerin %70-90'ını, stage I ve II adenokarsinomaların %70-90'ında tanı koydurucudur (13, 16). Tam ve detaylı kolon hazırlığı gerekmesi, hastanın test sırasında orta derecede de olsa abdominal bir rahatsızlık duyması ve biyopsi ya da polipektomi yapılamaması, duyarlılığı ortalama %85 olup kolon kanserlerinin %15 kadarının bu yöntemde gözden kaçabileceği bu tekniğin yetersizlikleridir (11, 56). Kolonoskopik incelemeye oranla daha az riskli ve hasta konforunu daha az etkileyen bir yöntem olmasına karşın uygulamasında radyasyon verildiği unutulmamalıdır (41).

BT kolonoskopi; iki boyutlu bilgisayarlı tomografi görüntüleri eşliğinde 3 boyutlu kolonun uzaysal görünümü elde edilmektedir. Böylece lezyonun dansitesi ve lokalizasyonu ortaya konularak kolon polipleri tespit edilebilir (56, 67). Bilgisayarlı tomografi ile yapılan kolon görüntülemesi (BT kolonoskopi veya virtual colonoscopy) hastalar tarafından iyi tahammül edilen, işlem sırasında ağrı kesici veya sedatif ilaç kullanılmasını gerektirmeyen, 10-15 dakikada tamamlanabilen bir yöntemdir. Bu yöntemde de kolonoskopide olduğu gibi işlem öncesinde ağız yoluyla barsak temizleyici ilaçların kullanılması ve işlem sırasında bağırsak içine hava verilmesi gerekir. Bu yöntemin kolon kanseri teşhisindeki duyarlılığının %85 civarında olduğu bildirilmektedir. Küçük polip ve tümörler bu yöntemde de gözden kaçabilirler (11).

Tetkikin tek dezavantajı barsak duvarı katmanlarında invazyon derinliğini ayırt edememesidir (57).

Bilgisayarlı tomografi; Abdominal BT, kolorektal kanserde yaygın olarak cerrahinin planlanmasında kullanılmaktadır. Kolorektal kanserler BT’de fokal duvar kalınlık artışı ve/veya lümen daralması olarak izlenir. Kolorektal tümör saptanan hastanın uzak metastazlarının tespiti, kitlenin komşu organlarla ilişkisi ve lenf nodlarının durumu hakkında bilgi vermektedir (42). Ayrıca obstrüksiyon, perforasyon, fistül gibi komplikasyonlar ile rekürrensin tanınmasında, anatomik ilişkinin değerlendirilmesinde, normal postoperatif anatominin görüntülenmesi ve terapi boyunca ya da sonrasında yeni lezyonların yokluğunun doğrulanmasında önemli rol alır (12).

Manyetik rezonans; Yumuşak dokunun görüntülenmesinde BT’ye göre daha üstün bir yöntem olması ve multiplanar inceleme olanağı sağlaması avantajlarıdır. Cerrahi girişim öncesi evrelendirmede ve karaciğer metastazının ortaya konulmasında tomografiye eşdeğerken, nükslerin saptanması açısından BT’den üstündür (57).

Pozitron Emisyon Tomografisi (PET); Pelvisteki nüks tümör ile fibröz dokuyu ayırt etmekte kullanılır. Temeli hastaya fluorodeoksiglukoz adlı substrat enjekte ederek doku metabolizmasındaki farklılığı ortaya koymaya dayanır. Kanserli hücrelerde hipermetabolizma olması nedeniyle kanser hücrelerinin bulunduğu yerde aktivite tutulumu olacaktır (57).

BT, MR ve PET (Pozitron emisyon tomografisi) kolon kanserinin teşhisinde ilk başvurulacak teşhis yöntemleri olmayıp hastalığın evrenlenmesinde ve yakın ve uzak metastaz varlığının gösterilmesinde kullanılırlar (11).

Kapsül endoskopi; bu test, bir kapsül etrafına yerleştirilen iki kameranın, kapsül yutulduktan sonra kolondan geçtiği görüntüleri verir. Bu testte bağırsağın çok iyi temizlenmesi gerekir. Herhangi bir bulgu durumunda biyopsi veya polip eksizyonu için kolonoskopi yapılması gerekebilir (3, 67).

Transrektal Ultrasonografi (TRUS); rektal kanserlerin evrenlenmesinde ve lokal rekürrenslerintespitinde, perirektal lenf nodlarının belirlenmesinde, kemik, pelvis ve levator ani gibi komşu yapılara invazyonu değerlendirmede önemli bir yertutmaktadır (23, 39, 61).

Ultrasonografi (USG); batin içi kitlelerin değerlendirilmesinde, karaciğer metastazlarının saptanmasında kullanılmaktadır (57).

2.1.6. Kolorektal Kanserde Tedavi

Kolorektal kanserlerin tedavisi öncelikle cerrahidir. Kemoterapi ve radyoterapi diğer tedavi yöntemleridir. Bazı durumlar dışında tedavide ana amaç primer tümörün bölgesel lenf bezleriyle birlikte geniş olarak çıkarılmasıdır (39, 41). Cerrahi tedavi tümörün lokalizasyonuna göre değişir:

Çekum ve çıkan kolon kanserleri: Sağ hemikolektomi

Transvers kolon kanserleri: Genişletilmiş sağ hemikolektomi veya transvers kolektomi

Splenik fleksura ve inen kolon kanserleri: Sol hemikolektomi

Sigmoid kolon kanseri: Sigmoid kolektomi veya sol hemikolektomi

Rektum kanseri: Low anterior rezeksiyon, abdominoperineal rezeksiyon, lokal eksizyon, fulgurasyon, laser fotokoagülasyon ve kolostomidir (39).

Kolon kanserlerinin cerrahi tedavisinde geniş ve radikal girişimler yapılmasına karşın hastaların büyük bir kesimi, batin içi nüks ve yayılmalardan kaybedilmektedir. Bu nedenle gerek sistemik ve gerekse lokal etkilerinin olabileceği düşüncesi ile kemoterapi ve radyoterapi tedaviye eklenmiştir (23).

Radyoterapi: Radyoterapi özellikle ağrı palyasyonu açısından yararlı bir yöntemdir. Rektum kanserli hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası ile birlikte cerrahideki gelişmelerle radyoterapi belirgin lokal kontrol sağlamıştır (45).

Kemoterapi: Kolorektal karsinomlar kemoterapiye dirençlidir. İnvaziv tümörlerde ve lenf düğümü yayılımında kemoterapi endikedir (45). Hastanın genel durumu ve biyolojik aktivasyonu iyi ise kemoterapi, cerrahiden 10–14 gün sonra başlayabilir. Ancak genelde önerilen süre 4 haftadır (23).

2.2. KOLOREKTAL KANSERDEN KORUNMA, ERKEN TANI VE TARAMA

2.2.1. Kolorektal Kanserde Erken Tanı ve Tarama

Erken tanı çalışmalarında, hangi hastalıkların tarama programına alınacağı ile ilgili Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenmiş on ilke vardır:

- Hastalığın önemli bir sağlık problemi olması gerekir.
- Tanı konan hastalarda kimin tedavi edileceği, kimin tedaviye gerek duyulmadığı bilinmelidir.
- Tanı ve tedavi için yeterli yöntemlerin olması gerekir.
- Hastalığın latent veya erken semptomatik evresi olması gerekir.
- Tarama için kullanılan teknikler etkin olmalıdır.
- Testler taranan toplumda kabul görmelidir.
- Hastalığın doğal seyri bilinmelidir.
- Lokalize hastalığı olanlarda etkin bir tedavi olması gerekir.
- Taramanın maliyeti kabul edilir olmalıdır.
- Etkin programın devamlılığı olmalı, bir defalık olmamalıdır (115).

Tarama programları, risk altında olan bir toplumun test ya da fizik muayene yöntemleriyle, hastalık belirtisinin görülmediği bir dönemde tanı konulmasını sağlayan halk sağlığı hizmetleridir (116).

Erken tanı amacıyla tarama yapılırken tüm nüfusun sistematik olarak alınıp taranması yerine, risk altındaki gruplar seçilerek tarama yapılırsa sağlanacak başarı daha da arttırılmış olur. Tarama, hiçbir belirtisi olmayan ve çoğunda da kanser çıkmayacak olan bireylerin basit test ve muayenelerinin yapılmasını içerir. Kanser taramasının asıl amacı, kanserin iyileşme şansının en yüksek olduğu dönemde belirlenebilmesidir (19).

Bir toplumda kanserle ilgili en önemli faktör, kanserin erken evrede yakalanabilmesidir. Kanserın erken evrede yakalandığı toplumlarda, kanser mortalitesi daha düşüktür. Ülkemiz gibi orta/düşük gelirli ülkelerde sıklığı giderek artan kanser nedeniyle bazı kanser türlerinde tarama programlarının uygulanması zorunlu bir hale gelmiştir (21).

Kolon kanserlerinin %80'den fazlasının kolon poliplerinden geliştiği bilindiğinden tarama testleriyle kolonda polip veya erken evrede kanser saptanan

hastaların uygun tedavi ile normal yaşamlarını sürdürmeleri mümkün olduğundan kolon kanseri artık önlenabilir kanserler arasında sayılmaktadır (11).

İnvaziv kolorektal kanser önlenabilir bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle erken teşhis için geniş tarama programları son derece önemlidir. ABD’de tarama önerilerinin tam olarak uygulanması mortalite oranının yarı yarıya düşmesini sağlamıştır. Ayrıca son 10 yılda tarama testlerini devamlı olarak uygulayan ülkelerde uygulanan yeni tedavi yöntemleri metastatik hastalık ile başvuran hasta sayılarını da azaltmıştır (56).

Aile hekimliği açısından kolorektal kanser birinci basamak hekimliğinde önlenabilir kanserler içinde öncelikli yere sahiptir. 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 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 fikir birliği içindedir (64).

Kolorektal kanser erken evrede teşhis edildiğinde büyük ölçüde tedavi edilebilir bir hastalıktır. Kolorektal kanserde erken teşhis, mortalite, morbidite azalmasının yanında; tedavi maliyetlerini de düşürecektir. Kolorektal kanseri erken evrede teşhis etmenin yolu ise hastalığı asemptomatik evrede tarama programları ile yakalamaktır. Tarama programlarında gaitada gizli kan testi, sigmoidoskopi, kolonoskopi ve görüntüleme yöntemleri kullanılmaktadır (25).

Kolorektal kanserde tarama programları batı toplumlarında yaygın olarak kullanılmasına karşın ülkemizde bu noktaya gereken önem verilememiştir. Örneğin ABD’de yapılan tüm kolonoskopilerin yaklaşık %50’si takip amaçlı yapılırken, ülkemizde bu oran %10’un altındadır. Oranlarda görülen bu çarpıcı farklılık kolorektal kanser taramasının örneğin mamografi kadar halk arasında bilinmemesi, öneminin kavranamaması nedeniyle olabilir. Daha da önemlisi bu konunun birçok hekim tarafından da önemsinmemesi, kolorektal kanser taramasının daha sık gündeme getirilmesi ve meslek içi eğitimin bir parçası olarak daha sık vurgulanması gereğini ortaya koymaktadır (41).

2.2.2. Kolorektal Kanserde Erken Tanı ve Tarama Yöntemleri

Tarama; herhangi bir semptomu olmayan sağlıklı kişilerde yapılan çalışmaları içerir (41). Kolorektal kanser taraması diğer kanserlere oranla daha komplikedir. Örneğin meme kanserinde, tarama için uygun kadınlara standart tarama yöntemi (mamografi) vardır. Oysa kolorektal kanser için daha fazla sayıda önerilen tarama yöntemi bulunmaktadır (60).

Günümüzde koruyucu sağlık hizmetlerinde, halk sağlığı uygulamalarında, bireyde bulgu yokken hastalığı erken evrede saptamayı amaçlayan çeşitli tarama testleri kullanılmaktadır (117).

Kolorektal kanserlerde sıklıkla tarama testi olarak gaitada gizli kan testi ve sigmoidoskopi kullanılmaktadır (23). Geniş çaplı tarama programlarında ise genellikle dışkıda gizli kan testi kullanılmaktadır (60).

SEHER, BUNLAR TABLO DEĞİL Mİ? BİR DE YANINDAKİ KAYNAKLARI ÇIKARALIM. HELE ALTTA BİR TABLO VAR. YUKARIDA PARANTEZDE ÜÇ KAYNAK; AŞAĞIDA TEK KAYNAK ADI VAR.

Şekil1. Adenomatöz Polipleri ve Kanseri Tespit Eden Testler

Adenomatöz polipleri ve kanseri tespit eden testler (65)		
Test	Sıklık	Kararı etkileyen nedenler
Fleksibl sigmoidoskopi	Her 5 yılda bir	Tam ya da kısmi barsak hazırlığı gerekir. Genellikle sedasyon kullanılmaz. Tüm kolon incelenmediğinden sonuç incelenen bölümlle sınırlıdır. Sonuca göre ileri tetkik (kolonoskopi) yapılabileceği vurgulanmalıdır.
Kolonoskopi	Her 10 yılda bir	Tam barsak hazırlığı gerekir. Sedasyon çoğu merkezde kullanılır. Buna bağlı iş günü kaybı ya da refakatçi ihtiyacı olabilir. Nadir ama ciddi riskleri vardır.

Çift kontrastlı kolon grafisi	Her 5 yılda bir	Tam barsak hazırlığı gerekir. Sonuca göre ileri tetkik (kolonoskopi) yapılabileceği vurgulanmalıdır. Nadir komplikasyon görülür.
Sanal kolonoskopi	Her 5 yılda bir	Tam barsak hazırlığı gerekir. Sonuca göre ileri tetkik (kolonoskopi) yapılabileceği vurgulanmalıdır. Nadir komplikasyon görülür.

Esas olarak kanseri tespit eden testler		
Test	Sıklık	Kararı etkileyen nedenler
Guaiac Tabanlı Gaitada Gizli Kan Testi (gFOBT)	Yılda bir	Tek bir örnek ve bir kez uygulama yeterli değildir. Yanlış pozitiflik ve negatiflik olabilir. Sonuca göre ileri tetkik (kolonoskopi) yapılabileceği vurgulanmalıdır. Uygulaması kolay ve pratiktir
Fekal immünokimyasal test (FIT)	Yılda bir	Tek bir örnek ve bir kez uygulama yeterli değildir. Yanlış pozitiflik ve negatiflik olabilir. Sonuca göre ileri tetkik (kolonoskopi) yapılabileceği vurgulanmalıdır.
Dışkı DNA testi (sDNA)	Sıklığı belirsiz	Yeterli bir test örneği alınmalı ve laboratuvara nakil için uygun koruyucu maddelerle paketlenmelidir. Diğer dışkı testlerinden pahalıdır. Sonuca göre ileri tetkik (kolonoskopi) yapılabileceği vurgulanmalıdır. Negatif testlerde testi tekrarlamak için gereken uygun aralık belirsizdir.

* Levin B, Lieberman DA, McFarland B, et al., CA Cancer J Clin 2008;58: 130-160

Şekil2. Kolorektal Kanser Tarama Testlerinin Özellikleri (68)

Tarama testi	Testin başarısı (özgüllük ve duyarlılık)	Testin uygulama güçlüğü	Testin etkinliği
GGK	Kanser için orta, polip için düşük	En düşük	En düşük
Gaitada immünokimyasal test	Kanser için orta, polip için düşük	Düşük	Düşük
Fekal DNA Testi	Orta	Orta	Orta
Fleksibl sigmoidoskopi	Kolonun yarısı için yüksek	Orta	Orta

GGK+F.Sigmoidoskopi	GGK+FS kadar	Orta	Orta
ÇKBG	Orta	Yüksek	Yüksek
Kolonoskopi	En Yüksek	En Yüksek	En Yüksek
BT Kolonografi	Yüksek	Yüksek	Yüksek

*Winawer S.W., Fletcher R.H., Mille L., ve ark. 1997, *Gasroenterology*; 112:594

Gaitada Gizli Kan Testi (GGK)

Gaitada gizli kan, diğer kanamalı hastalıklarda da görülebildiğinden kolorektal kanser için spesifik değildir. GGK tanıda yararlıdır, basit, ucuz ve pratikte sık kullanılan bir testtir (10). GGK ile taramayı, ilk defa 1967’de Gregor tarafından ortaya atılmıştır (13, 16). GGK kolorektal kanserlerde tarama metodu olarak kullanılmaktadır. Asemptomatik erken kolorektal kanserlerin saptanmasında oldukça yararlı bir test olduğu çeşitli çalışmalarda bildirilmiştir. Yüksek risk grubundaki bireylere yılda bir gaitada gizli kan testi (GGK) yapılması ile kolorektal kanser mortalitesinde %31-57 oranında azalma olduğu gösterilmiştir. GGK'nin duyarlılığının %30–92, özgüllüğünün %90–99 oranında olduğu literatürde bildirilmiştir. GGK'nin güvenilirliğini artırmak için ardışık 3 kez gaita incelemesi yapılması gerektiği vurgulanmaktadır (23, 41). Gaitada gizli kan testi; poliklonal veya monoklonal antikolar kullanarak gaitada hemoglobin varlığını gösterebilmeli ve testlerde kullanılan antijenler sadece insan hemoglobinine hassas olmalı, gıdalarla alınabilecek hayvan kaynaklı hemoglobinlerle reaksiyona girmemeli ve bu şekilde yalancı pozitif sonuçlara yol açmamalıdır (25). 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. Ayrıca GGK testi pozitif çıkarsa yalancı pozitif sonuçları değerlendirmek gerekmektedir (3, 25, 67). Kolorektal kanser ve poliplerde kanama aralıktır, negatif sonuç tanıyı ekarte ettirmez. Üst üste üç dışkı örneği alınmalı ve dışkı örneği bekletilmeden test yapılmalıdır, dışkının bekletilmesi zayıf pozitifliğin negatifleşmesine neden olur (10). Yapılan çalışmalarda üç gün örnek veren hasta oranının %50'nin altında olduğu görülmüştür (58). Yıllık GGK taramaları kolorektal kanser mortalitesini %15-35 oranında azaltmaktadır (13, 16, 66).

Dışkı testleri; *Guaiac*-bazlı dışkıda gizli kan testi (guaiac-based fecal occult blood test: gFOBT), fekal immünokimyasal test (Fecal immunochemical test: FIT) ve dışkı DNA testidir (stool DNA: sDNA) (34).

a- *Guaiac* Tabanlı Gaitada Gizli Kan Testi: Gaitadaki hemoglobin varlığı peroksidaz reaksiyonuyla ortaya çıkar. Tek bir test kolorektal kanser taramasında yeterli değildir. Tarama her testte iki örneğin bulunduğu üç ardışık testle yapılmalıdır. Bu testlerin pozitiflik oranları % 15-25'ler seviyesindedir. Bu yüzden toplum tabanlı taramalarda yüksek ve gereksiz kolonoskopi ihtiyacı gerektirmesinden ötürü önerilmemektedirler (25). Dışkıda gizli kan tespiti için ticari olarak çok sayıda test mevcuttur. Ancak erken tanı çalışmalarında en çok kullanılan test "Hemoccult II" metodudur (3, 10).

b-Gaitada Gizli Kan Taramasında İmmünokimyasal Testler: Sadece insan hemoglobini taradıkları için diğer GGK testlerine göre daha özgündür. Bu testlerin pozitiflik oranları % 5-7 arasında değişmektedir. İmmünokimyasal test diğer GGK testlerine göre daha pahalıdır, fakat yanlış pozitiflik oranı daha az olduğu için daha az kolonoskopi gerektirmesinden dolayı maliyet etkinliğinde diğerlerinin önüne geçmektedirler (3, 25, 67).

c-Fekal DNA Testi: Dışkıya dökülen kolorektal Ca hücrelerinin DNA tetkiki yapılır (13). Ticari olarak satılan DNA gaita kitleri, DNA paneli içermektedir. Kolorektal kanser ile ilişkili tüm genetik anormallikler DNA testine dahil edilemediği için yanlış negatifliği vardır. Tek bir testin kolorektal kanser için duyarlılığı % 62-100, yüksek derece adenom için % 27-82, özgüllüğü de % 82-100'dür. Bu test pahalıdır. Tarama aralıkları tam belli değildir, şu andaki pratikte beş yıl arayla test tekrarlanmaktadır (3, 25, 67).

Dışkı testleri evde de uygulanabilen, barsak hazırlığına ihtiyaç göstermeyen özelliklere sahip olsalar bile; kanser prevansiyonunda invazif testlere kıyasla daha etkisiz oldukları, kolorektal kanser saptanmasında işe yarayabilmeleri için sık aralıklarla tekrarlanmaları gerektiği ve eğer pozitif çıkarlarsa invazif testlerin devreye girmesi gerekeceği vurgulanmalıdır (34).

Fleksibl sigmoidoskopi

Kolonun distal bölümlerinden kaynaklandığı düşünülen patolojilerin saptanmasında ve özellikle asemptomatik hastalarda tarama amacıyla kullanılabilir. Gizli veya belirgin kanama varlığında kolonoskopi tercih edilmelidir (16, 39). Ancak sedasyon gerektirmemesi, kolondaki tüm polip ve kanserlerin %50-60'ını saptaması nedeniyle önerilen tüm tarama protokollerinde yer almaktadır (41).

Bazı merkezler fleksibl sigmoidoskopi kullanımını 5 yılda bir önermektedir. Bu durum yıllık guiac testi veya sensitif I-GGK testi ile desteklenmelidir (56).

Kolonoskopi

Kolonoskopi tüm kolon lezyonlarının %95'ini gösteren günümüzdeki en etkili tarama aracıdır (41). Tarama, tanı ve tedavi amaçlı kullanılır. Kolon mukozasını incelemede altın standarttır. Bütün tarama algoritmalarının son noktasıdır (13, 16). ABD'de Ulusal Polip Çalışma Grubunun (NPS) raporunda kolonoskopiden sonra kolorektal kanser ortaya çıkma sıklığında %90'dan %76'ya düşüş bildirilmiştir. İtalya'da yapılan bir çalışmada da kolonoskopiyle en az 5 mm'lik polip eksizyonunun kolorektal kanser ortaya koyma sıklığında %80'lik bir azalma sağladığı rapor edilmiştir. Kolonoskopi ile polipektomi yapılarak neoplasmların ortadan kaldırılması kolorektal kanser insidansı üzerine olumlu bir etki yapar (56).

Çift kontrast kolon grafisi

1997 yılında ilk olarak kolorektal kanser tarama testi olarak belirlenmiştir. ACS (American Collage of Surgeons)' nin yenilediği yol gösterici kurallar içerisinde şimdiye kadar her güncellemede yerini korumuştur. ABD gibi ülkelerde önemli bir başka göstergesi ise bu testin ulusal sağlık sigortası tarafından tarama testi olarak karşılanıyor olmasıdır. Bu durumun, bir yol gösterici kural olmasa bile geniş uygulama alanı bulduğunun bir göstergesidir. Elli yaş ve üzerindeki ortalama risk altında olan hastalar için ÇKKG 5 yılda bir tekrarlanması gereken bir tarama testi olarak kabul edilmiştir (56).

Hiçbir tarama testi mükemmel değildir. Herhangi birisinin tanı koymada sınırlayıcı bir tarafı veya yüksek maliyetli istenmeyen bir yanı vardır. Ayrıca kişi tarafında kabul edilmeyen tarafı veya uygulanan tarama programının mükemmel erişmesini engelleyen bir yönü olabilir. Bu testlerden uygulanan biri veya bir kaçının başarılı olabilmesi için tarama programının iyi kalitede ve sıkı takip edilen bir işleyişe

sahip olması gerekir. Polip ve kanser dağılımının farklı şekillerde, değişik sıklıkta ve değişik hasta gruplarında görülmesi üzerine uzmanlar, demografik insan alt grupları için uygun tarama testlerinin yapılmasının gerekliliğinden bahsetmektedirler. Bu nedenle her farklı etkilenme göz önüne alınarak bir genel takip-tarama ve uyum tablosu çıkarılmıştır (56).

Tarama stratejisi belirlerken, tarama yöntemleri çeşitliliğinin yanı sıra bireylerin kişisel ve ailesel risk faktörleri, medikal öyküleri gibi dikkate alınması gereken bazı durumların değerlendirilip buna göre sınıflama yapılması gerekir. Böylece kişiye özgü tarama yöntemleri de tanımlanabilir (16, 34, 60). Kolorektal kanser için her bireyin kişisel ve ailesel risk seviyesi 20'li yaşlardan başlayarak belirlenmeli ve her 5 yılda bir yeniden tanılama yapılmalıdır (7, 16). Kolorektal kanser için risk ayırımında kişide polip varlığı, kolorektal kansere predispozan yaratacak hastalık varlığı, aile bireylerinde kolorektal kanser veya polip varlığı ve varsa ailede kaç kişide olduğu, aile bireyelerine yakınlık düzeyi, kaç yaşında tanı konulduğunun sorgulanması gerekir (16, 60).

Tarama programlarında hastalar risklerine göre kategorilere ayrılmakta ve tarama yöntemlerinin tipi ve kullanım sıklığı da risk kategorilerine bağlı olarak belirlenmektedir. Risk grupları üçe ayrılmaktadır (34).

a-Ortalama riskli hastalar: Elli yaş ve üzerinde, kendilerinde ya da ailesinde kolorektal kanser ya da polip olmayan, ayrıca ülseratif kolit ya da Crohn hastalığı gibi kanser predispozisyonuna sahip hastalıkları bulunmayan fertlerdir. Bu grup taranan popülasyonun yaklaşık %70'ini oluşturmaktadır (16).

b-Orta derecede riskli hastalar: Birinci dereceden akrabalarından birisinde 60 yaşından sonra kolorektal kanser saptanmış olanlar bu grupta yer alır. Bu kişilerde kolorektal kanser gelişme riski ortalama riske sahip hastaların iki katıdır. Ayrıca çok sayıda birinci derece akrabasında kolorektal kanser gelişen hastalar da bu gruba girer. Bu fertlerde kolorektal kanser kanser gelişme riski, ortalama risk grubunun 3-4 katıdır (34). Ailesinde en az 1 tane 2. veya 3.derece akrabada kolorektal kanser olanlarda bu gruba girer (16).

c-Yüksek riskli hastalar: FAP ya da HNPCC gibi herediter kanser sendromu olan yada özgeçmişinde kolorektal sporadik adenom, kolorektal kanser, meme kanseri, over veya endometriyal kanser, polipektomi, inflamatuvar barsak hastalıkları (ülseratif kolit ya da

Crohn hastalığı) gibi predispozan hastalıkları olan fertlerdir (16, 34). 55 yaşından küçük kolorektal kanser hastalarının 1.derece yakınları da bu gruba girer (16).

Şekil 3. Artmış ve Yüksek Riskli Kişilerde Kolorektal Kanser Erken Tanı ve Tarama Rehberi (10, 20, 65)

1-Aile öyküsü olan artmış riskli kişilerde kolorektal kanser erken tanı ve tarama			
<i>Risk kategorisi</i>	<i>Başlama yaşı</i>	<i>Öneriler</i>	<i>Yorum</i>
<ul style="list-style-type: none"> •60 yaşından önce 1. derece akrabasında ya da, Her hangi bir yaşta iki ya da daha fazla 1.derece akrabasında KRK ya da polip olması 	40 yaşından önce ya da ailesindeki kolorektal kanserli bireye tanı konulan yaştan 10 yıl öncesinde	Kolonoskopi	Her 5 yılda bir
<ul style="list-style-type: none"> •≥60 yaşında 1. derece akrabasında, •2. derece akrabasında KRK ya da polip olması 	40 yaşında	Ortalama riskli kişilere uygulanan tarama programı	Tarama erken yaşta başlamalı fakat kişi önerilen herhangi bir testle taramayı kendi seçebilir.

2- Yüksek riskli kişilerde kolorektal kanser erken tanı ve tarama			
<i>Risk kategorisi</i>	<i>Başlama yaşı</i>	<i>Öneriler</i>	<i>Yorum</i>
<ul style="list-style-type: none"> •Tanı konmuş ya da şüphelenilen FAP olgularında 	10-12 yaşında	Yıllık fleksible sigmoidoskopi ve genetik danışmanlık	Eğer genetik test pozitifse kolektomi düşünülmeli.
<ul style="list-style-type: none"> •Tanı konmuş ya da şüphelenilen HNPCC olgularında 	20-25 yaş ya da akrabalarındaki en genç olgudan 10 yıl önce	1-2 yılda bir kolonoskopi ve genetik danışmanlık	1. derece akrabalarda genetik danışmanlık önerilmeli
<ul style="list-style-type: none"> • İnflamatuvar barsak hastalıkları (ülseratif kolit ve crohn hastalığı) olanlarda 	Pankolit başlangıcından 8 yıl sonra, sol taraflı kolitin başlangıcından 12-15 yıl sonra	Kolonoskopi	Biyopsilerle birlikte yapılan kolonoskopi uygulaması inflamatuvar barsak hastalıkları tecrübesi olan merkezlerde yapılmalı

• Polipektomi olanlarda (1 cm'den büyük ve villöz tipte olanlarda)	Polipektomiden sonra	Kolonoskopi	3-5 yılda bir
--	----------------------	-------------	---------------

* Çelik İ., (2003) *Türkiye Tıp Dergisi*, 10(2): 71-78

2.2.3. Dünyada ve Ülkemizde Kolorektal Kansere Taraması Uygulamaları

2.2.3.1. Amerika'da Kolorektal Kansere Tarama Stratejileri

Adenomatöz polipler ve kolorektal kanserin erkenden yakalanması amacıyla yapılacak tarama ve izleme programları üzerinde uzlaşmaya varmak için, ACS (American Cancer Society), MSTF (US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer) ve ACR (American College of Radiology) gibi dernekler beraberce konsensus çalışmaları yürütmektedirler. Bu çerçevede 2001 yılında tam güncelleme, 2003 yılında teknolojik güncelleme, 2006 yılında post-polipektomi ve kolorektal kanser rezeksiyonu sonrası takip konusunda güncelleme ve en son olarak da 2008 yılında tam güncelleme yapılmıştır (34).

Amerika Birleşik Devletleri Dernekler Federasyonu Görev Gücü (MSTF) ve Amerika Birleşik Devletleri Koruyucu Hizmetler Çalışma Kolu (USPSTF)'nin 2008'de oluşturduğu iki büyük rehberde de farklı tarama önerileri bulunmaktadır. Amerikan Gastroenteroloji Koleji (ACG)'nin de farklı bir rehberi yayınlamıştır. Amerikan Kansere Cemiyeti (ACS), ACG-MSTF ve Amerikan Radyoloji Okulu (ACR) da rehberlerini birleştirilerek 2008'de farklı bir rehber yayınlamışlardır. 2001'de üzerinde görüş birliğine varılmış olan rehberdeki beş tarama testine (GGK testi, sigmoidoskopi, GGK+sigmoidoskopi, çift kontrast baryumlu enema ve kolonoskopi) BTK ve fekal DNA taraması da eklenmiştir. ACS-MSTF 2008 rehberleri kolorektal kanserin erken evrede taranmasıyla (GGK); adenom saptanması ve bu sayede kanseri önleme taramasını (çift kontrast baryumlu enema, BTK, kolonoskopi, sigmoidoskopi) birbirinden ayırmışlardır (3, 25).

Amerikan Kansere Derneği'nin yüksek riskli kişilerde 50 yaşından itibaren kolon kanseri taramasına yönelik önerileri şu şekildedir:

- Yıllık gaitada gizli kan taraması (GGKT)
- 5 yılda bir fleksibl sigmoidoskopi

- Yıllık GGKT + 5 yılda fleksibl sigmoidoskopi
- 5-10 yılda bir çift kontrastlı baryumlu kolon grafisi
- 10 yılda bir kolonoskopi (58)

Amerika Koruyucu Hizmetler Çalışma Kolu (USPSTF)'nun 50-75 yaş arasındaki bireylere tarama önerileri;

- Yıllık GGK testi veya
- 5 yılda bir sigmoidoskopi+3 yılda bir GGK testi veya
- 10 yılda bir kolonoskopi (3, 70).

Amerikan Ulusal Kapsamlı Kanseri Ağı (NCCN), bir panelle kolorektal kanser tarama rehberlerini Ocak 2010'da düzenlemiştir (3, 69). Ulaşılabilir olma durumunda 10 yılda bir kolonoskopi veya yıllık GGK testi veya 5 yılda bir sigmoidoskopi +yıllık GGK testi tarama önerileri arasındadır. Çift kontrast baryum grafisinin sadece kolonoskopi yapılmadığında ve bilgisayarlı tomografi kolonografi veya GGK testi ile tarama düşünülmediğinde yapılması önerilmiştir (3, 70).

2.2.3.2. Avrupa'da Kolorektal Kanseri Taraması Konusundaki Konsey Tavsiyesi

AB kalite güvencesi rehberinin amacı; kolorektal kanser tarama programlarının özellikle ortalama risk nüfus taraması için geliştirildiği ve yüksek riskli bireylerin yüksek riskli protokoller için sevk edilmesi gerekliliğini sağlamaktır. Endoskopik tarama yöntemlerinin kullanımının artmasına rağmen, 50-74 yaşları arasındaki erkek ve kadınlar için Avrupa Birliği (AB) tarafından önerilen primer tarama testi, gaitada gizli kan testidir (GGK) (25).

2.2.3.3. Ülkemizde Kolorektal Kanseri Tarama Ulusal Programı

Kolorektal kanser taraması ulusal standartları, 31.12.2008 tarih ve 3239 sayılı onay ve 11.08.2009 tarih ve 2669 sayılı değişikliğe ait makam onayı ile yürürlüğe girmiştir. Ülkemizin altyapısı ve olanakları göz önüne alındığında ideal yöntem iki yılda bir uygulanacak Gaitada Gizli Kan Testi (GGK) ve 10 yılda bir yapılacak kolonoskopi yöntemleri ile yapılacak olan taramadır. Ülkemiz koşulları dikkate alındığında

gerçekleştirilebilir hedef, tüm erkek ve kadınlarda 50 yaşında başlayacak ve 70 yaşında bitecek olan toplum tabanlı taramadır. Taranacak popülasyon, davet yöntemleriyle bir yıllık aralıklarla tekrarlanmalı ve son iki testi negatif olan 70 yaşındaki kadın ve erkeklerde tarama kesilmelidir (25). Ekim 2013 tarihinde 81 ilde başlatılan kolorektal kanser taramalarına beş yüz binin üzerinde kişinin katıldığı bildirilmektedir (31).

2.2.4. Kolorektal Kanserden Korunma

Kolorektal kanserden korunma, klinik olarak KKK klinik belirtileri görünmeden önceki müdahalelerden oluşur (26).

Fiziksel aktivite: Kolon kanser riskine ilişkin tutarlı bildirilen davranışsal faktörlerden biri fiziksel aktivitedir. Fiziksel olarak aktif olan insanların, daha az aktif insanlara göre % 25 daha düşük kolon kanseri riskine sahip olduğu kanıtlanmıştır. Fiziksel aktivitesi az olan kolorektal kanserli hastaların, aktif olanlara göre kolorektal kanserden ölüm riski de daha yüksektir. Amerikan Kanser Derneği ve Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri, düzenli fiziksel aktiviteyi, orta yoğunlukta aktivitenin az haftada 150 dakikaya da şiddetli yoğunlukta aktivitenin haftada 75 dakika (veya bunların bir kombinasyonu) uygulamasını tavsiye eder (26).

Diyet: Yiyeceklerin pişirilmesi ve hazırlanması sırasında ortaya çıkan heterosiklik aromatik aminler, tütsülenmiş yiyeceklerde bulunan paraaminohippurat, tuzlanmış ve salamura yiyeceklerde bulunan nitrozaminler günümüzde kanserojen olduğu bilinen maddelerden bazılarıdır. Özellikle yüksek sıcaklıkta pişirilmiş, işlenmiş et ve kırmızı et gibi gıdalar yerine alternatif protein kaynağı olarak tavuk veya balık ile kolorektal kanser riskini azaltılabileceği bildirilmektedir (48, 50). Diyet lifi, tahıl lifi ve kepekli tahılların alımı da kolorektal kanser riskinin azalması ile ilişkilidir. Özellikle, günlük lif tüketimi her 10 grama için kanser riskinde %10 azalma anlamına gelmektedir. Günlük meyve ve sebze alımının çok fazla tüketiminin az tüketimile karşılaştırıldığında kolon kanserine (rektal kanser hariç) karşı biraz koruyucu olduğu görülmektedir (26).

Sigara: Kolon kanserinin oluşumu için sigaranın etkilerine uzun yıllar maruz kalmak gerektir. Sigara ve kolon kanseri arasındaki ilişki sigara ve akciğer kanserleri arasındaki kadar güçlü değildir. Yalnız uzun süreli sigara kullanan

bireylerde adenomatöz polip riskinin 3 kata kadar artabileceği belirtilmektedir. Bu nedenle, sigaranın etkisi önemlidir ve kolon kanseri önleyici girişimlerin sigara kontrolünü de içermelidir (49).

Alkol: Alkol ve kanser arasındaki ilişki tartışmalıdır, ama çoğunlukla alkol alımının kolorektal kanser riskini artırdığını göstermektedir. Özellikle alkol alım düzeyi yüksek olan bireyler arasında, kolorektal kanser önleniminin bir aracı olarak alkol alımının azaltılması önerilmektedir (50).

Obezite: Beden kitle indeksi yüksekliği kolon kanseri için risktir (4). Obezite nedenlerinden olan glikoz intoleransı ve insülin direncinde; açlık insülin düzeyi artar, buna karşın tip II diyabet riski ortaya çıkar. Açlık kan lipidlerinin özellikle trigliserit ve çok düşük dansiteli lipoproteinlerin (VLDL) artışı, kolon poliplerinin oluşumuna zemin hazırlar ve abdominal yağ miktarının artışı görülür. Bazı çalışmalar beden kitle indeksi yüksekliğinden ziyade bel çevresi genişliği veya bel-kalça oranının artışı kolon kanseri riskinin artmasıyla ilişkilendirmiştir (4, 26).

Kalsiyum: Süt ve süt ürünleri ile Ca alımının, prostat kanser riskini artırırken, kolon kanseri riskini azalttığı rapor edilmiştir. Bu koruyucu etki, sütün yağ içeriğine olursa olsun görünmektedir (26). Kalsiyum, lümeninde sekonder safra ve yağ asitlerini bağlar, böylece lümen hücre proliferasyonunun uyarılması inhibe olur, kolorektal adenomanın tekrarlama riski azalır. Günde 1200 mg mineralin alınması kolorektal polipler için önleyici olmuş ve bu miktar prostat kanser riskini de azaltmıştır (4). Alınması gereken eşik değeri 700-800 mg/gündür (50).

D vitamini: D vitamini, hücre çoğalmasını azaltma, anjiyogenez durdurma, hücre farklılaşmasını teşvik etmek ve apoptozu yarmada dahil olmak üzere, çeşitli mekanizmalarla kolorektal kanser riskini azaltabilir (50). D vitamini yüksek kan seviyeleri, düşük kan seviyeleri ile karşılaştırıldığında, kolorektal kansere yakalanma riski biraz daha düşük bulunmuştur (26).

Antioksidanlar: Oksidatif stres kanserde dahil olmak üzere kronik hastalıklar için risk olduğuna mükemmel bir kanıt yoktur. Vitamin C ve E ve karotenoidler gibi antioksidan besin bileşenleri, oksidatif strese karşı koruyup, böylece kanser riskini azaltabileceği ümit edilir (49).

Aspirin-NSAI: Sulindac ve COX-2 selective inhibitörü, celecoxib gibi NSAI ilaçları ile adenomatöz polipli hastalar arasında adenomatöz polipyükünü azalttığını göstermiştir. Çalışmalar aspirinin doğrudan sporadik karsinogenezisi inhibe ettiğine dair güçlü kanıtlar sunmuştur; yine kısa süreli aspirin kullanımının kolorektal neoplazi öyküsü olan hastalarda adenom nüsriskini azalttığını gösterilmiştir. Aspirin ve COX-2 selective inhibitörleri kolorektal neoplazi riskini azaltır. Fakat halen, genel popülasyonda toksisite hakkında endişe edildiğinden sadece kolorektal kanserin önlenmesi için tavsiye edilmez (50).

Selenyum: Çok sayıda hayvan çalışmaları selenyumun antineoplastik özelliklere sahip olduğunu göstermiştir. Ayrıca gözlemsel çalışmalar selenyumun alımı yüksek olanlar arasındaki kolon kanseri riskinde azalma ortaya koymuştur (49). Selenyum, beta karoten ve vitamin A, C ve E gibi diğer bazı besin mikronütrientlerinin anti-oksidan veya anti-inflamatuvar özellikleri, anti-kanserojen etkileri olduğu düşünülmektedir. Fakat en güçlü ilişki selenyum ile gözlenmiştir (50).

Postmenopozal ilaçlar: Postmenopozal hormon tedavisi kolorektal kanser riskinin azalması ile ilişkili görünmektedir. Fakat östrojenin tek başına mı ya da östrojen ve progesteron birlikte mi kullanılması gerektiği belirsizdir. Ayrıca postmenopozal hormon, meme kanseri ve kardiyovasküler olayların riskini artırabilir, bu yüzden bu ilaçları kullanırken riskleri ve faydaları ile ilişkilendirilerek değerlendirilmelidir. Kolorektal kanser önleniminin bir aracı olarak postmenopozal hormon kullanımını bir öneri olarak desteklenmez (50).

2.2.5. Kolorektal Kanserden Korunmada Hemşirenin Rolü

Kanser olgularında giderek artan insidans hekimlerin olduğu kadar hemşirelerinde konuya ilişkin geniş bilgi ve deneyime sahip olmalarının önemi üzerinde durmaktadır (1).

Kanser gelişiminde etkili olduğu belirtilen yaşam tarzı, beslenme alışkanlıkları, çevresel ve genetik faktörleri kapsayan risklerin büyük bir bölümü bireyin kendi kontrolü altındadır. Çalışmalar, diyetle yağın azaltılıp lifli besinlere ağırlık vermenin %8, tarama

ve erken tanı programlarının %3, güncel etkin tedavi/bakımın %10-15 oranlarında kanser mortalitesinde etkin olabileceğine dikkati çekmektedir (1).

Risk faktörlerinin elimine edilmesi, sürekli sağlık kontrolü alışkanlığı kazandırılması, taramalar yoluyla erken tanıya ortam hazırlanması ve kanser hastasında etkin tedavi/bakım gerçekleştirilerek hastalık ve tedavi komplikasyonlarının yönetimi ile yaşam kalite ve süresinin uzatılması birincil, ikincil, üçüncül koruma olarak ele alınmaktadır (1).

Birincil korunmada henüz kansere ilişkin hiçbir belirti, hücre değişimi yoktur. Bu dönemde alınan önlemlerle kanserin oluşumu engellenebilmektedir. İkincil korunmada erken tanı söz konusu olup klinik bulgu yok ancak hücre düzeyinde kanser başlamış bulunmaktadır. Üçüncül korunmada ise kanser bulguları vardır ve ancak doğru tedavi ile mortalite düşürülebilir. Bu üç aşamada birincil korunma hem yaygın kitleleri koruması hem de ucuz olması nedeni ile önemlidir (33).

Toplum sağlığını geliştirme konusunda çalışanlar tarafından kanserde hem birincil koruma amaçlı kanserlerin önlenmesine yönelik, hem de ikincil koruma olan erken tanı ve taramalara yönelik çalışmalar planlanması gerekmektedir (28). Meme, serviks ve kolon kanseri nedenleri, belirtileri, tarama, korunma ve erken tanı konularında yapılan eğitimlerle toplumda bu kanserlere karşı farkındalık artırılabilir, birincil korunmaya yönelik davranış değişikliği oluşturulabilir. Klinik bulgusu olan ya da hiçbir bulgusu olmayan yüksek riskli grupta bulunan bireylerin hastalığın erken döneminde kliniklere başvurmaları sağlanabilir (29).

Sağlıkla ilgili pozitif davranışlar kazandırmak ve davranış değişikliklerini motive etmek amacıyla gerçekleştirilen sağlık eğitimi uygulamalarında, hemşirelerin davranış değişimini etkileyen faktörleri bilmesi önemli katkılar sağlayacaktır. Sağlık çalışanları, mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve sağlık eğitimi yönünden hizmet verdikleri grubu etkileme özelliğine sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve pek çok sağlık kuruluşu, sağlığı koruma ve geliştirme uygulamalarında temel insan gücü olarak hemşireleri önermektedir. Hemşirelerin sağlık eğitimini etkin yürütebilmeleri ve bunu rollerinin bir parçası olarak görebilmeleri için, hastalık kadar sağlık hakkında da bilgili olmaları ve bireylerin davranışlarını olumlu

yönde değiştirmeleri için gerekli motivasyon yöntemlerini öğrenmeleri gerekmektedir (85).

Birincil korunma, hastalığın altında yatan ve bilinen risk faktörlerinin bireyi etkilemesini engelleme çabaları olarak tanımlanabilir. Özellikle kolorektal kanser oluşumunun 40 yaşın üzerinde görülmesinin birincil korunmaya yönelik öz bakım uygulamalarında yoğunlaşmayı gündeme getirmektedir. Öz bakım kapsamında:

- Sağlık kontrollerine duyarlı olma,
- Yaşam tarzı değişimlerinin önemini kavrama,
- Haftada 5 gün 30 dakika fizik aktiviteyi benimseme,
- Sağlıklı beden ağırlığını sürdürme,
- Taze sebze, meyve ve lifli besinlere ağırlık verme,
- Tuz/nitritli salamura, tütülenmiş gıda alımını kontrol altına alma,
- Besin hazırlığında karsinogen oluşumunu engelleme (kızarma, kömür ızgara, vs.),
- Kalori alımında yağın %30'un altında olmasına özen gösterme,
- Tütün ve alkol tüketimini sınırlama,
- Tatlandırıcı alımını sınırlandırma,
- Risk tanılama programlarına katılımı sağlamaya yer verilmektedir.

İkincil koruma, erken tanı konulması ve bireyde hastalık nedeniyle gelişmesi olası sorunları en düşük düzeyde tutma çabalarını içerir. Hemşirelerin erken tanıya ortam hazırlayıcı risk tanılması, uyarıcı belirtilere duyarlılık, tanılama merkezlerine başvuruda rehberlik ve önemsemeye etkin rol oynayabilecekleri vurgulanmaktadır. Hemşireler karşılıklı görüşmelerde elde edecekleri verileri, aile öyküsü, alışkanlıkları, yakınmaları iş ve yaşam koşulları ile ortam değerlendirme yoluyla erken tanıya yardımcı olabilirler. İkincil korumada hemşireler;

- Erken tanının önemini vurgulama,
- Bireysel risk faktörlerine ilişkin bilgilendirme ve duyarlılığı arttırma,
- Yüksek risk profili olan bireyleri uygun merkezlere yönlendirme,
- Bireyin uygun yardım kaynağına ulaşmasında danışmanlık yapma sorumlulukları olduğunun farkında olmalıdırlar (1).

Üçüncül koruma; kanser hastasının optimum tedavisini yaparak, bu hastalık nedeniyle veya tedavi komplikasyonlarına bağlı olarak beklenenden erken ölmesini önlemektir. Hemşire kanser hastasının gerekli tedavisini yapma, tedavinin yan etkilerinin oluşumunu en az düzeye indirme çabaları gösterir (15). Yaşamın nitelikli bir biçimde sürdürülmesinde etkin rol oynayabilecekleri vurgulanan hemşirelerin;

- Birey/ailenin kanser korunma ve uygun kanser tarama programları konusunda eğitime ulaşabilme ölçütlerini geliştirme, uygulama ve değerlendirme gereksiniminde oldukları,
- Kanser risk tanılama, dökümantasyon ve açıklamalarda bulunabilecekleri,
- Uygun erken tanı ve koruma stratejileri önerebilecekleri,
- Risk düzeyine temellendirilen tarama merkezlerine başvuruda kaynak kişi olabilecekleri,
- Herediter kanser genetiğinde uzman hemşirelerin genetik danışmanlık sağlayabilecekleri,
- Güvenilir tarama testlerini gerçekleştirmede eldeki tüm olanakları kullanma çabası gösterebilecekleri,
- Bireyin risk düzeyini baz alan kemoprevansiyon için uygun alana yönlendirebilecekleri,
- Bireylerin bireysel risklerini yönetme seçeneklerinde doğru karar vermeleri adına bilgilendirilmeleri ve uygulayacakları stratejilere ilişkin kısıtlama, yarar ve zarar konusunda tam bilgilendirilmelerini, izinlerini sağlamada sorumlulukları olduğuna dikkat çekilmektedir (1).

2.2.6. Ulusal Kolorektal Kanser Tarama Programında Hemşirenin Rolü

Kolorektal kanser taramaları, Toplum Sağlığı Merkezleri, Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) ve Aile Hekimlerinin Entegrasyonu ile birlikte yürütülür. Toplum Sağlığı Merkezleri, Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) ve Aile Hekimliklerinde görevli hekim, ebe, hemşire ve laboratuvar teknisyenleri tarafından kuruma davet edilen bireylere kolorektal kanserlerle ilgili genel

eğitim verilir. Bireylere GGK kitini uygulamadan önce yapması gereken diyeti ve dikkat etmesi gerekenler (Amerikan Kanser Cemiyeti-ACS önerileri) konusunda eğitim verilir.

Aşağıdaki önerilere ilk dışkı örneği alınmadan 48 saat önce başlanılmalı ve son dışkı örneği alınana kadar devam edilmelidir.

- C vitamini alınmamalı, C vitamini veya demir içeren multivitamin preparatları alınmamalı,
- Yüksek peroksidaz aktivitesine sahip olan yiyecekler (kırmızı turp, karnabahar, havuç, şalgam) yenilmemeli,
- Oral demir içeren preparatlar kullanılmamalı,
- Kümes hayvanları ve balıketi yenilebilir, fakat kırmızı et yenilmemeli,
- Aspirin veya nonsteroidal antiinflamatuvar ilaçlar kullanılmamalıdır.

Kişi mutlak olarak yukarıda belirtilen ilaç ve yiyeceklerden 7 gün süre ile uzak kalmalıdır. Örneğin testten 3 gün önce kırmızı et alımının devam etmesi testin yanlış pozitifliğini, C vitaminin (250 mg'dan fazla) kesilmemesi de testin yanlış negatifliğini doğuracaktır. Testin yapılışı sırasında kişinin rehidrate edilmesi ise testin sensitivitesini arttırmaktadır. Bu durum yanlış pozitifliği karşımıza çıkartır (56).

Ücretsiz dağıtılan GGK kitinin uygulanması ile ilgili kişilere birebir demonstrasyon eğitimi verildikten sonra, yeni kit, bilgilendirme (uygulama) broşürü ile teslim edilmelive kişinin bilgileri Kolorektal Kanser Tarama Veri Tabanına işlenmelidir. GGK kiti kişi tarafından evinde uygulandıktan sonra sadece kit içindeki test kaseti en kısa sürede verilen merkeze geri getirilir. Kit içerisindeki değerlendirme kasetini getiren kişi, sonuç ve bundan sonraki süreç hakkında bilgilendirilir, gerekli yönlendirmeler yapılır. (25).

2.2.7. Kolorektal Kanserden Korunma ve Erken Tanıda Sağlık İnançlarının Etkisi

1946 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan tanıma göre “Sağlık, sadece bir hastalığın veya maluliyetin olmayışı değil, aynı zamanda beden, zihnen ve sosyal yönden tam bir huzur ve iyilik içinde olmak” tır. Bu yüzden insanın sağlığa ilişkin sorunları, kalıtsal özellikleri, bireysel özellikleri, sosyal çevresi, kültürü ve içinde yaşadığı evrenin koşullarından soyutlanamaz. Bunların her biri, bir insanın yaşamına

biçim veren ve onun sağlığında rol oynayan faktörlerdir. Günümüz tıbbında, enfeksiyon hastalıkları ile kronik hastalık ve yetersizliklerde ayrıca ölüm riski yüksek olan kazalarda davranışsal, sosyal ve ekonomik göstergelerin önemli bir rol oynadığı görülmektedir (15, 71).

Sağlık olgusunun iki değişkeninden biri kültür (sosyal alan), diğeri psikoloji (bireysel alan) dir. Kültürel alanda yer alan kavram, değer ve adetlerin psikoloji alanına inanç, tutum ve davranış olarak yansması doğrudan doğruya sağlıkla ilgili davranışları etkilemekte ve belirlemektedir. Sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışlardan aşılama, beslenme, sigara veya alkol tüketmeme gibi çeşitli tutum ve davranışlar, bu değerşkenlerin kültür alanında şekillenip psikoloji alanını etkilemesiyle ortaya çıkmaktadır (15, 71).

Bireyin sağlığında genetik kadar etkili olan kültür, çok özelleşmiş yöresel inançlardan, tutum ve alışkanlıklardan, felsefi yorumlara kadar uzanan geniş bir yelpazeyi içine almaktadır. Hastalık ile bozuklukların sebepleri ve tedavileri konusundaki inançlar kişisel ve kültürel farklılıklar göstermektedir (15, 71).

Tutum, bireyi davranışa hazırlayıcı karmaşık bir eğilimdir. Bir tutum, bireyin düşünce, duygu ve davranış eğilimlerini birbiriyle uyumlu kılar. Böylece, bireyin çevresindeki çeşitli objelere karşı beslediği duyguları, o objeler hakkındaki fikirleri, bilgileri ve onlara karşı davranışları devamlılık ve düzenlilik gösterir (80, 81, 82).

Bir bireyin tutumu, çocuklukta daha çokta anne ve babasını rol model olarak doğrudan deneyim, pekiştirme, taklit ve sosyal öğrenme ile edinilmekte, ergenlik döneminin başlamasıyla diğer sosyal etkenlerin rolü giderek artmakta, 12 ile 30 yaş arasındaki dönemde son şeklini almakta ve daha sonra çok az değerşmektedir. Gözlem, koşullanma ve bilişsel öğrenme gibi farklı yollarla edinilen tutumlar sosyal deneyimlerle şekillenmektedir. İnsanlar sürekli birbirlerinin tutumlarını değerştirmeye çalışmalarına rağmen tutumlar değerşime direnç gösterme eğilimindedir. Bu dirence karşı, tutumlar yavaş olmakla birlikte yeni bilgi ve deneyimler edindikçe değerşmektedir (82).

Tutum oluşumu kendi kendine gerçekteşen bir süreç değerildir. Kişi bir tutumu, kişilerarası ilişkilerde, grup ilişkilerinde, gazete, kitap, ilan, radyo, televizyon vb.'de karşılaştığı bir nesne, kişi, grup, kurum, konu, değer ya da normla ilişkili olarak oluşturmaktadır. Bunların yanı sıra literatürde, bireylerin bilişsel gelişimlerinin, eğitim

düzeylerinin, sosyal rollerinin de tutum oluşumu ve gelişimi üzerinde etkili olduğu vurgulanmaktadır (15).

Sağlıkla ilgili davranışların geliştirilmesi ve değiştirilmesinde tutum değişikliği büyük etkindir. Sağlık davranışlarıyla ilgili tüm kuramlar, nitelikli bir değişikliğin oluşmasında tutumların rolünü özellikle vurgulamaktadır. Sağlık davranışları ile ilgili inanç ve tutumlar tanımlanabilirse, tutumlarda değişiklik oluşturabilmek mümkün olabilecektir. (19)

Sağlık davranışları, sağlığın korunması ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili davranışlar bütünüdür. Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı olmak için inandığı ve uyguladığı eylemlerdir. Sağlık davranışı olarak, kişilerin sağlığının korunması yönündeki davranışları ve sağlık sorunları yaşadığında yaptıkları genel olarak algılanır. Kişiler sağlıklarını koruma amaçlı çeşitli bireysel kaynaklardan ve toplumsal kaynaklardan hareketle birtakım davranışlarda bulunurlar. Sağlığı koruyucu davranışların tümünü ya da çoğunu yapanların, yapmayanlardan daha sağlıklı olduğu bulunmuştur (83, 84, 85).

Kalp-damar hastalıkları, kanser, kronik akciğer hastalıkları, siroz, diyabet gibi hastalıkların sigara içmek, alkol kötüye kullanımı, yanlış beslenme alışkanlıkları, fiziksel hareketten uzak yaşam tarzı ve stres ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Bugün artık insanların davranışları, hastalıklarla ilgili düşünce ve duyguları, sağlıklarını doğrudan etkilemektedir (15).

Kişinin kendi tutum ve davranışlarının bu hastalıkların oluşumunda rolü büyüktür. Epidemiyolojik çalışmalarda, ölüme neden olan hastalıkların yarısında sağlığa zarar veren davranışların neden olduğu saptanmıştır. Bu durum hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesinde en önemli etken olan yaşam şekillerinin geliştirilmesine yönelik uygulamaların önemini ortaya çıkarmaktadır (85).

Farklı gruplardan insanların yaşamı tehdit eden hastalıklara verdikleri karşılıklar, büyük ölçüde o insanların kültürel arka planlarına dayanmaktadır. Her kültürün sağlık ve hastalık hakkında kendi inanç sistemleri, algıları ve düşünceleri vardır. Sağlık çalışanları için kansere ilişkin kültürel tepkileri anlamak da, istatistiksel eğilimleri bilmek kadar önemlidir. Kültür, hastaların kanseri anlamadaki farklılıkları, kanseri açıklama şekilleri ve kansere ilişkin tutumlarında belirleyicidir. Bu faktörler hastaların kansere verdikleri

duygusal tepkileri, önleme ve tedavi sürecindeki sağlık davranışlarını etkilemektedir (15, 72).

Erken tedavi edilebilir evredeki kanser tanısı ve tedavisinin ana belirleyicilerinden biri de doktorların ve hastaların tutumlarıdır. Kanser tarama programlarına yüksek düzeyde katılım, önemli derecede halkın kansere ilişkin tutumlarına dayanmaktadır. Hastaların negatif tutumları tıbbi yardıma başvurmada inkara ve gecikmelere neden olabilir. Bazı inanç ve tutumlar da kişileri tıbbi yardım istemekten veya tedavi konusundaki tavsiyeleri takip etmekten, hekim önerilerine uyum göstermekten uzaklaştırabilmektedir. Doktorların kararsızlıkları ise sağlanan tedaviyi etkileyebilmektedir. Doktorların; yeni, agresif bazı yan etkileri olan tedavileri uygularken karar verme sürecinde yaşadığı ikilemlerde, kansere yönelik duygu ve tutumları rol oynayabilmektedir. Örneğin; batı dünyasında, herhangi bir kanser tanısı korku ve stigma ile ilişkilendirilebilmektedir. Bunun nedeni kanserin nedeninin her zaman tam olarak anlaşılmamış olmasından ve kanserin ölüm olarak yorumlanmasından kaynaklanabilmektedir (15)

Kuramcılar, kansere ilişkin stigmanın “fundamental anksiyete” olarak betimlenen hastalığın kendisinden korkma ve ölüm korkusundan kaynaklanabileceğini ileri sürmüşlerdir. Kanserle ilgili olarak bulgular göstermiştir ki; bu hastalığa yönelik negatif tutumların büyük ölçüde desteklenmesi, aynı ölçüde ölüm anksiyetesi ile de korelasyon sergilemektedir (15, 73).

Halkın kansere ilişkin tutumlarını anlamak, kanser eğitim programları için oldukça gerekli bir temeldir. Halkın ve sağlık çalışanlarının kansere ilişkin inanç ve tutumlarının daha iyi anlaşılması, hasta bakım kalitesine ilişkin konularda, halk eğitiminde ve kanser kontrolüne ilişkin politikalar geliştirilmesinde de önem taşımaktadır (15).

Kansere ilişkin tutumlar konusunda yapılan çalışmalar; kanserin nedenleri, önlenilebilirliği ve tedavi edilebilirliği hakkında değişen inançları ortaya koymaktadır. Bu, hastalığa ilişkin bilimsel anlayıştaki değişimleri de yansıtmaktadır. Örneğin; kanserde sigara içmenin rolünün kabulü giderek artmış, kanserin bulaşıcı olduğu inancı giderek azalmıştır (15).

Bireylerin yeterli farkındalığa sahip olması ve kolorektal kanser hakkındaki sağlık inançlarının bilinmesi risk, engel ve yarar gibi sağlık algılarının değişmesine yardım ederek taramaya katılımı arttırılabilir. Ayrıca toplumun kolorektal kanser konusundaki bilgi düzeyinin belirlenmesi ve bilgi düzeylerinin arttırılması ile taramalara katılım sağlanabilir ve kanserin topluma getirdiği yük azaltılabilir (76).

2.2.7.1. Sağlık İnanç Modeli

Bireylerin davranışlarının kendi sağlıkları üzerindeki etkililiği ortaya konduktan sonra, insanların sağlık davranışlarını anlamak, korumak ve geliştirmek amacıyla araştırmacılar birçok çalışma gerçekleştirmiştir. Bu çalışmalarda davranış, tutum ve inançlar arasındaki ilişkiye odaklanmışlar ve bu ilişkiyi anlamada bilişsel-davranışsal modeller önermişlerdir. Bu modellerden üzerinde en çok durulanı “Sağlık İnanç Modeli”dir. (15)

Sağlık İnanç Modeli, bireyin sağlık davranışlarını etkileyen faktörleri, medikal davranışlarını ve semptom yönetimini anlamak için kullanılan en eski modeldir (87, 95).

Sağlık İnanç Modeli, ilk olarak 1950 yılında Hochbaum, Kegeles, Leventhal ve Rosenstock tarafından geliştirilmiştir. Bireyin sağlık inanç ve davranışlarını etkilediği düşünülen bazı kavramlar modele zamanla eklenmiştir. Rosenstock’a göre model, kişinin inanç ve davranışları arasındaki ilişkiyi ve bireysel karar verme düzeyinde sağlık davranışlarına bireysel motivasyonun etkisini açıklar. Aynı zamanda, model kişiyi sağlığa ilişkin eylemleri yapmak ya da yapmamak için neyin motive ettiğini ve özellikle sağlık davranışlarının sergilenmesinde etkili olan durumları tanımlamaktadır (15, 74, 97).

Sağlık İnanç Modeli, bireylerin sağlık davranışlarının inanç, değer ve tutumlarından etkileneceğini savunmaktadır. Sorun olarak görülen bu inanç ve tutumlar saptanırsa, verilecek sağlık eğitimi ya da uygulanacak tedavi yöntemleri o kişiye daha uygun olarak belirlenebilecektir (87).

Sağlık İnanç Modeli;

- Kişinin hastalıktan korunmak için yaptığı davranışın nasıl şekillendiğini ve etkilendiğini belirler.
- Kişinin inanç ve davranışları arasındaki ilişkiyi açıklar.

- Bireysel karar verme düzeyinde sağlık davranışlarına bireysel motivasyonun etkisini belirler.
- Kişiyi sağlığa ilişkin eylemleri yapmaya ya da yapmamaya neyin motive ettiğini belirler.
- Sağlık davranışlarının sergilenmesinde etkili olan durumları tanımlar (89).

Sağlık İnanç Modeli, bireyi koruyucu davranışlara neyin motive ettiğini, erken tanı için sağlık taramalarını yaptırmak ve hastalıklarını kontrol altında tutmak için nasıl eyleme geçtiklerini anlamak üzere birkaç bileşen kullanır (87, 96).

Sağlık İnanç Modeli'nde koruyucu sağlık davranışları üzerinde etkin olduğu ileri sürülen dört kavram (duyarlılık-ciddiyet-yarar-engel algısı) tanımlanmıştır. Becker ve Rosenstock 1988 yılında modele sağlık motivasyonu ve öz etkililik (güven) kavramını eklemişlerdir (15, 75, 96).

Sağlık İnanç Modeli'nin bileşenleri;

A- Bireysel Özellikler;

Sosyo-Demografik Faktörler:

Yaş, cinsiyet, eğitim, gelir gibi özellikler sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarını bilişsel-algısal faktörler üzerinden dolaylı olarak etkilemektedir. Yaş, eğitim ve gelir gibi faktörlerin artması sağlığı koruma davranışlarında bulunma olasılığını arttırmaktadır (92, 93).

B- Algılar;

Algılanan duyarlılık:

Kişinin sağlığını tehdit eden hastalıkla ilgili algısıdır. Aynı zamanda probleme yatkın olduğuna inanmasıdır. Kişi, sağlık durumunda var olabilecek bir tehlikeyi algılar, özel bir hastalık oluşması tehdidine karşı bir reaksiyon tanımlar. Bu, tanının kabulünü, hastalığa yakalanma olasılığını içermektedir. Algılanan duyarlılığın artması ile riski azaltmak için davranışı gösterme olasılığı da artmaktadır. Örneğin; ülseratif kolit tanısıyla takip edilen kişinin kolon kanseri riski nedeniyle düzenli doktora kontrole gitmesi (19, 90, 91, 93).

Algılanan ciddiyet:

Tehdit edici durumun kişide yarattığı endişelerdir. Kişi sağlık probleminin ciddi olduğuna inanır. Ciddiyet algısı çoğunlukla tıbbi bilgi veya deneyime dayansa da aynı zamanda bir kişinin hastalığın yaratacağı zorluklar veya o kişinin genel olarak hayatındaki etkileri ile

ilgili sahip olduğu inançlardan da kaynaklanabilir. Algılanan ciddiyetin fazla ya da az oluşu sağlık sorunu yaşandığında ortaya çıkacak zorluk konusundaki inanca ve hastalık düşüncesinin yarattığı duyguların özelliğine bağlıdır. Birey sağlık problemine, hastalığın sonuçlarına bakarak karar verir. Tedavi kabul edilmediğinde ortaya çıkacak sonuçları içermektedir. Hastalığın ölüm, sakatlık, ağrı, sosyal kayıplar gibi olası sonuçları ile ilgili değerlendirmelerini kapsamaktadır. Örneğin; ülseratif kolit nedeniyle kolon kanseri riski taşıyan kişinin kolon kanserine bağlı operasyonlardan korkması, kolostomi açılmasından endişe duyması.

Duyarlılık ve ciddiyetin birlikte ele alınması, *algılanan tehdit* olarak tanımlanmaktadır (19, 90, 91, 93, 94).

Algılanan yarar:

Gerçekleştirilecek davranış sonucu, hastalığa yakalanma riskini azalacaktır. Kişi, koruyucu sağlık davranışını gerçekleştirmesinin yarar sağlayacağını ya da hastalığın şiddetini azaltacağını düşünmektedir. Bu yarar, hastalığa yakalanma olasılığının azalacağı beklentisidir.

Algılanan yarar, bireyin sağlık davranışını uygulamaya açık olup olmadığını belirler. Bu nedenle bireylere olumlu sağlık davranışlarını uygulama ve sürdürmenin yaşam süresine ve yaşam kalitesine olan etkileri öğretilmeli, olumlu tutum ve davranışları yapmalarının yararları anlatılmaktadır. Böylece bireyin kendi sağlığını kontrol etme olasılığı artar. Burada kişi tehdit edici durumu azaltma da koruyucu davranışın etkisi üzerine odaklanır. Bu durum koruyucu sağlık davranışlarının uygulanma olasılığını artırır. Örneğin; bireyin GGK testi yaptırmanın kolon kanseri taramasındaki önemini bilerek taramalara katılması (19, 90, 91, 92, 93, 94).

Algılanan engeller:

Kişinin davranışını değiştirmede algıladığı engellerdir. Bunlar önerilen davranışın gerçekleştirilmesini zorlaştırdığı düşünülen engeller ya da davranışın olası olumsuz yönleridir. Ağrı, utanma, ekonomik durum, fiziksel ya da psikolojik nedenler olumsuz yönler olarak değerlendirilir. Başka bir deyişle, sağlıkla ilgili koruyucu bir davranışın gerçekleştirilmesini engelleyen ya da zorlaştıran etmenlerle ilgili algılardır. Kişi, davranışın olumlu ve olumsuz sonuçlarını tartar. Algılanan duyarlılık, ciddiyet ve yarar, algılanan engellerin etkisini azaltırsa, davranış gerçekleştirilir. Koruyucu sağlık

davranışlarının gerçekleştirilmesini engelleyen en önemli değişken, algılanan engel ve algılanan yarar arasındaki farktır. Örneğin; bireyin kolonoskopi yaptırmaktan utanması nedeniyle kolon kanseri teşhis ve taramalarına katılmaması (19, 90, 91, 92, 93, 94).

Güven (Öz yeterlilik-öz etkililik):

Albert Bandura'nın Sosyal Bilişsel Kuramı'nın bileşenlerinden biri olan öz yeterlilik, beklenen sonuçlara ulaşmak için davranışın gerçekleştirilmesi ile ilgili kişinin kendine olan inancını, kararlılığını ve iradesini kapsamaktadır. Bu bileşen Sağlık İnanç Modeli'ne sonradan eklenmiştir. Bu nedenle, davranış değişikliğinin başlatılması ve davranışın sürdürülmesinde öz yeterlilik önemli rol oynamaktadır (90, 91, 92, 93, 94).

Sağlık motivasyonu:

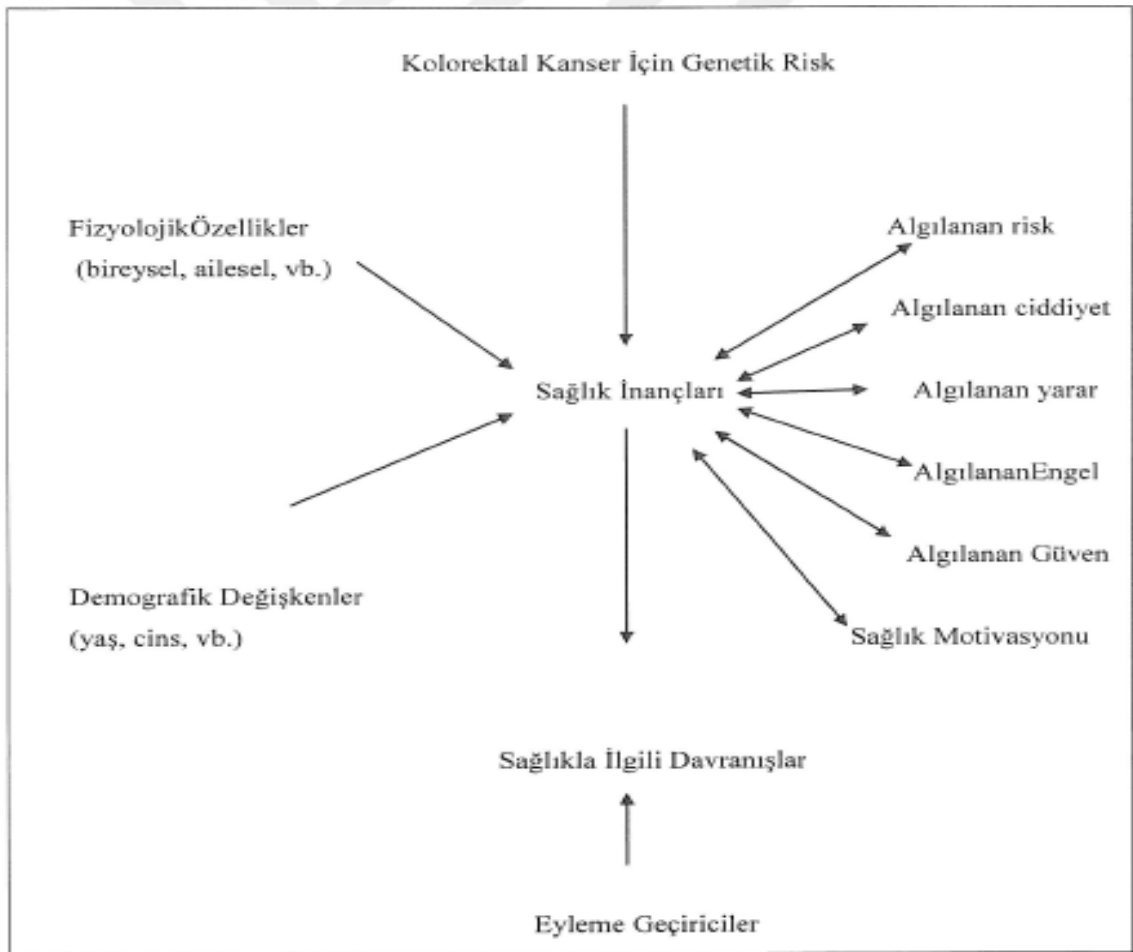
Eylemin davranışa geçirilmesi ya da davranışın sergilenmesinde istekli olma durumu olarak tanımlanır. Sağlığın sürdürülmesi ya da geliştirilmesinde davranışların oluşturulması için genel niyet ve istek durumunu ifade eder. Bireyin genel olarak sağlıklı olmak için gerekli olan inanç ve davranışlarıdır (16, 75, 97).

C- Eylem;

Eyleme geçirciler:

Sağlık İnanç Modeli geliştirilirken, davranışı tetikleyen faktörler de tartışılmıştır. Davranışı gerçekleştirmek için gereken hazır bulunuşluğun (algılanan duyarlılık ve algılanan yararlar), ancak davranışın nedeni olan eyleme geçirciler ile artabileceği belirtilmektedir. Eyleme geçirciler davranışı tetikleyen mekanizma olarak kabul edilmektedir. Model, harekete geçmek için, hastalığın şiddetinin, algılanan duyarlılık ve algılanan tehdit ile ilgili hazır bulunuşluğun önemli olduğunu belirtmektedir. Erken tanı davranışları ile ilgili yapılan çalışmalarda eyleme geçirciler olarak sıklıkla hatırlatıcı (telefon ile arama, e-mail ve mektup gönderme, akran grupları) kullanımının davranışı sürdürmede etkili olduğu gösterilmektedir (92, 93, 94, 96).

Şekil 4. Kolorektal Kanser Sağlık İnanç Modeli



**Nar Ş.(2010), Kolorektal Kanserli Hastaların Birinci Derece Akrabalarının Hastalıkları İlgili İnançları, İ.Ü. Yüksek Lisans Tezi*

Sağlık İnanç Modeli'nin kolorektal kansere yönelik uyarlanmış kuramsal çerçevesine göre **duyarlılık algısı**; kolorektal kansere yakalanmada bireysel riskin algılanması, **ciddiyet algısı**; kolorektal kansere yönelik bireysel tehdidin ve kolorektal kanserin öneminin algılanması, **yarar algısı**; tarama testlerinin olumlu sonuçlarının, yararlarının algılanması, **engel algısı**; bireyin kolorektal kanserin erken tanısına yönelik davranışları gerçekleştirmemesinde etkili olan faktörlerin algılanması, **güven (öz etkililik)algısı**; bireyin kolorektal kanser erken tanısına ilişkin davranışları başarı ile yapabilmeye olan bireysel inancı, **sağlık motivasyonu algısı**; bireyin genel olarak sağlıklı olmak için gerekli olan inanç ve davranışlarıdır.

Sağlık İnanç Modeli, sağlığı korumada birincil, ikincil ve üçüncül koruma olarak adlandırılan sağlık davranışlarının uygulanmasında önemli bir yere sahiptir. Aynı zamanda, sağlık profesyonellerinin, davranışla ilgili ipuçları ve riski azaltan davranışlarla ilgili engeller konusunda hastalara yardımcı olmasına olanak tanımaktadır. Riskin azaltılması ile ortaya çıkması beklenen yarar, davranış değişikliğini öngören hareketin, beklenen maliyeti ile ölçülmektedir. Burada beklenen maliyetle belirtilmek istenen, çaba, zaman, para, uygunsuzluk ve beklenen davranışın istenen sonuca ulaşmaması gibi durumlardır. Modelde bu maliyetler, “engel” adı altında toplanmıştır. Sağlık İnanç Modeli'ne göre davranışın gerçekleştirilmesi, sağlıkla ilgili tehdit ile ilişkili algılanan ciddiyet, koruyucu sağlık davranışın gerçekleştirilmesi ile ilgili algılanan yarar, davranışın gerçekleştirilmesi ile ortaya çıkan iç, dış ödüller ve öz yeterlilik ile ilişkilidir. Sağlık ve hastalıkla ilgili öznel algılar, hastalıkla ilgili algılanan ciddiyet ve yapılan önerilerin yararlı bulunup bulunmaması, hastalıkla ilgili uygulamalara olan katılımı etkilemektedir (90).

Sağlık İnanç Modeli başlangıçta tüberküloz hastalarının erken tanı ve tedavisinde etkili olabilecek faktörleri belirlemek için kullanılsa da zamanla başta meme kanseri taramaları olmak üzere prostat, serviks, kolon, testis kanseri taramaları, diyabet yönetimi, hipertansiyonda tedaviye uyum gibi birçok durumda sağlık davranışlarının nedenlerinin incelenmesinde kullanılmıştır (87, 97). En sık çalışılan üç konunun; meme ve serviks kanserinde erken tanı/tarama davranışları ile diyabet yönetimi olduğu belirlenmiştir. Bu üç alana yönelik yapılan çalışmalarda, bireylerin sağlıklarını koruyucu davranış

sergilemelerinde hangi bileşenlerin daha etkili olduğu incelendiğinde; başta engel algısı olmak üzere, duyarlılık, sağlık motivasyonu, yarar ve ciddiyet algılarının kadınların mamografi yaptırmalarını etkilediği belirlenmiştir. Serviks kanseri taramalarına katılımın değerlendirildiği iki çalışmada ise, engel, yarar, duyarlılık ve ciddiyet algılarının etkili olduğu belirlenmiştir. Davranışın gerçekleşmesinde en önemli bariyerin engel algısı olduğu, ancak bu algının eğitim, danışmanlık, hatırlatıcılar, sağlığa ulaşımı kolaylaştıran girişimlerle değiştirilebileceği, engel algısı azalırken, yarar algısının yükseldiği belirlenmiştir (87).

2.2.7.2. Kolorektal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutumlar ile İlgili Yapılan Çalışmalar

Bireylerin sağlıkla ilgili tutum ve davranışlarının altında yatan algıların saptanması ve yanlış/eksik olan yanlarının tamamlanması onları eyleme geçirecektir. Bunun sonucu olarak erken tanı ve tarama programlarına daha fazla katılım sağlanması beklenmektedir (87).

Jones ve arkadaşlarının (2007) yaptığı, birinci derece yakınlarında kolorektal kanser olan bireylerin taramadaki engellerinin değerlendirildiği çalışmada (50-75 yaş arası, 3357 kişi) tarama testleri ile ilgili en büyük engeller sırasıyla “testin gerekli olduğunu bilmeme”, ve “hekimlerin test hakkında bilgi vermeden işlemi önermeleri” olarak saptanmıştır (101).

Cristy ve arkadaşlarının (2013) yaptığı randomize kontrollü bir çalışmada kolorektal kanser hastalarının bir kısmına broşür verilmiş, bir kısmına ise Sağlık İnanç Modeli rehberliğinde hazırlanmış bilgisayar temelli eğitim verilmiştir. Sonucunda bilgisayarla eğitim alan grubun kolorektal kanser hakkında 1.75 kat daha bilgili olduğu ayrıca taramaya katılmada öz etkililiğin 1.73 kat daha fazla etkili olduğu belirlenmiştir (87, 88).

Hodge ve arkadaşları (2014) tarafından nitel ve nicel veri toplama yöntemlerinin kullanıldığı, Amerikan Kızılderilileri ile yapılan çalışmada kadınların ve eğitim düzeyi düşük olanların kolorektal kanser taramalarına daha az katıldıkları saptanmıştır. Yine

bilgi eksikliği taramaya katılmadaki engeller arasında ifade edilmektedir. Ayrıca kadınların kişisel engelleri olarak korku ve utanç bildirilmektedir (102).

Griffin'in(2011) 50 yaş üstü Afrika kökenli Amerikalı erkeklerde kolorektal kanseri için koruyucu tarama davranışlarını etkileyebilecek faktörleri incelediği çalışmada Afrika kökenli Amerikalıların tarama oranlarının diğer Amerikalılara göre düşük olduğu, engel ve ciddiyet algılarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (104).

Jacobs'un (2002) kolorektal kanserli bireylerin 1. derece yakınlarında sağlık inançlarının taramalara katılımını değerlendirdiği çalışmada; bireylerin eğitim durumlarının taramaya katılmadaki engel ve ciddiyet algılarını etkilediği bildirilmiştir.

Nar'ın (2010) Sağlık İnanç Modeli'ni temel alarak kolorektal kanserli hastaların birinci derece akrabaları üzerinde yaptığı çalışmada, kolorektal kanser açısından genetik riski bulunan bireylerin tarama davranışlarının ve bu davranışları sergilemelerini destekleyen sağlık inanç düzeylerinin yetersiz olduğu saptanmıştır (76).

Altuğ ve arkadaşlarının (2002), toplam 278 doktor (153 genel cerrah, 31 gastroenterolog, 21 onkolog, 53 patoloğ ve 20 tanımsız) üzerinde yaptığı bir çalışmada ailesinde polip hikayesi olan 10, kolo-rektal kanser öyküsü olan 16 ve hem polip hem de kanser öyküsü olan 6 doktor olmasına rağmen doktorların sadece ikisi (%6) tarama testi yaptırırken, 9 doktor (%28) ise kendilerini risk grubunda görmediklerini bildirmiştir. Bu konuda en hassas olması gereken doktorların bile kolorektal kanserin erken teşhisinde kullanılan tarama testlerine yaklaşımları farklılıklar göstermektedir. Toplam 278 doktorun 252'si (%91) tarama testlerinin gerekli olduğu görüşünde iken, 9 (%3) doktor bu testlerin gereksiz olduğunu bildirmiş ve 17'si (%6) ise bu soruyu cevaplandırmamıştır. Bu çalışmada doktorların, kolorektal kanserlerin erken teşhisi için yapılan tarama testlerinin gerekliliğine inanırken bunu hayata geçirmekte zorlandığı görülmüştür (100).

Vaizoğlu ve arkadaşlarının (2006) Ankara'da bir aile sağlığı merkezinde, 50 yaş ve üzeri, 103 bireyde yaptığı bir çalışmada katılımcıların %68,9'u tarama testini uygulayarak taramaya katılmıştır. Bu oran, diğer çalışmalardaki sonuçlara benzer olduğundan birinci basamak sağlık hizmetlerinde taramanın kolayca yapılabileceği sonucuna ulaşılmıştır (99).

Mandel ve arkadaşları (1993) tarafından, 50-80 yaş arası 46551 katılımcı ile yıllık yada iki yılda bir uygulanan GGK testinin etkinliğini ölçmek için randomize kontrollü bir

çalışma yapılmıştır. Çalışmada 13 yıllık süre içinde kolon kanserinden ölüm her 1000 kişide yıllık tarama uygulananda 5.88, iki yılda bir uygulananda 8.33, kontrol grubunda 8.83 bulunmuştur. Bu çalışmada,her yıltarama yapılangrupla kontrolgrubu karşılaştırıldığındakolon kanseri ölüm oranınının% 33azaldığı bulunmuştur (103,104).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, İzmir ili Bayraklı ilçesi 5 No’lu Alpaslan Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 50-70 yaş arasındaki bireylerin kolorektal kanser erken tanısına yönelik tutumlarının belirlenmesi amacıyla planlanmış tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

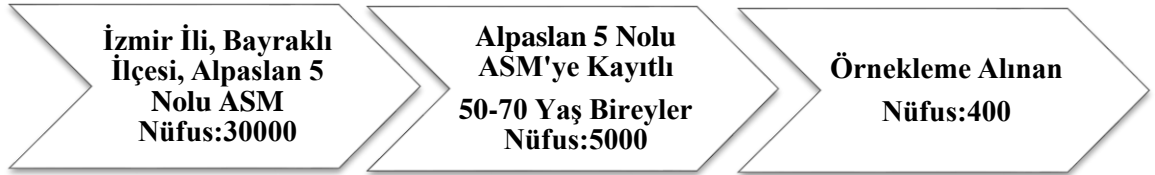
Araştırma, İzmir ili Bayraklı ilçesi 5 No’lu Alpaslan Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 50-70 yaş arasındaki bireyler ile Kasım 2013- Şubat 2014 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

İzmir’in MÖ.3000 yıllarında Bayraklı da kurulduğu kabul edilir ve Bayraklı ilçesinin pek çok mahallesi antik sit alan içerisinde yer almaktadır. Bayraklı ilçesi, 2009 yılında ilçe olmuştur. 2011 nüfus sayımı verilerine göre 309.147 kişinin yaşadığı Bayraklı,İzmir’in beşinci büyük ilçesidir. 2011 nüfus sayımı verilerine göre Bayraklı ilçesinde yaşayan 50-70 yaş arasındaki kişi sayısı yaklaşık 55.000’ dir. İlçede ikamet edenlerin nüfusa kayıtlı oldukları yerler sırası ile İzmir, Manisa,Erzurum, Konya ve Mardin’dir.Bu nedenle Bayraklı ilçesinin bölgesel ve ulusal ölçekte bir göç çekim merkezi olduğu söylenebilir. Göçün Bayraklı açısından olumsuz etkileri, eğitim hizmetlerinin yetersiz kalması, gecekondulaşma ve çarpık yapılaşmadır (55).

Bayraklı İlçesine ait 23 aile sağlığı merkezinden biri olan 5 No'lu Alpaslan Aile Sağlığı Merkezinde 6 aile hekimi görev yapmaktadır. 5 No'lu Alpaslan Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı yaklaşık 30.000 kişi sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır. Bunların arasında 50-70 yaş arasındaki kişi sayısı yaklaşık 5000 kişidir. Günlük poliklinikte bakılan hasta sayısı ise yaklaşık 100-300'dür.

3.3. ARAşTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini 5 No'lu Alpaslan Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 50-70 yaş arasındaki bireyler (N= 5000) oluşturmuştur. Araştırmada örneklem sayısı Epi İnfó bilgisayar programı ile hesaplanmış, bilgilendirilmiş onamları alınan ve araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler araştırmaya dahil edilmiştir. Veri toplama sürecinde, polikliniğe herhangi bir sağlık nedeni ile başvurmuş 400 kişi araştırmanın örneklemine oluşturmaktadır (n=400).



3.4. VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler, bilgilendirilmiş onamları alınan ve araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden araştırmacı tarafından örneklem sayısına ulaşılıncaya kadar yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır.

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veri toplamada, araştırmaya katılan bireylerin kişisel özelliklerini belirlemeye yönelik araştırmacı tarafından hazırlanan “ Sosyodemografik Bilgi Formu” ve sağlık inançlarını belirlemeye yönelik “Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği” kullanılmıştır.

3.5.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Bilgi formu, kişilerin sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacıyla literatür taranarak araştırmacı tarafından hazırlanmış olup toplam 20 sorudan oluşmaktadır. Demografik özellikler arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, kiminle yaşadığı, eğitim durumu, mesleği, gelir düzeyi, sosyal güvencesi, yaşamının en uzun süresini geçirdiği yer, kendisi ya da ailesinin barsak kanseri tanısı alma durumu, bağırsak kanseri erken tanısında kullanılan testleri bilme durumu, bağırsak kanseri erken tanı testini uygulama yada uygulamama nedenini içeren sorular yer almaktadır.

3.5.2. Kolorektal Kansere Sağlık İnanç Modeli Ölçeği(KKSİM)

Bireylerin davranışlarını etkileyen, tutum ve inançlarını açıklayan psikososyal modellerden biri olan Sağlık İnanç Modeli, Hochbaum, Kegeles, Leventhal, Rosenstock (1950) tarafından geliştirilmiştir. Champion (1984) tarafından meme kanserine uyarlanmış, Jacobs (2002) tarafından, Champion’dan izin alınıp meme kanseri için hazırlanmış ölçeğin birkaç sorusunu değiştirerek ve “meme kanseri” kelimesi yerine “kolon kanseri” kelimesini kullanarak “Kolorektal Kansere Sağlık İnanç Modeli” ölçeği oluşturulmuştur. Jacobs (2002) tarafından geliştirilen ve Özsoy ve arkadaşları (2007) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılan bu ölçekte bireyin hastalığa karşı duyarlılığını, hastalığın nedenleri ve korunmada neler yapılması gerekliliği konusundaki bilgisini ve hastalığın önemi ile ilgili algısını ölçmeye olanak sağlayan 33 soru yer almaktadır. Ölçeğin 5 boyutu (Duyarlılık, Ciddiyet, Engel, Sağlık Motivasyonu, Güven-Yarar) bulunmaktadır ve 5 dereceli Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin alt boyutları birbirinden bağımsız olarak değerlendirilmektedir, toplam puan yoktur. Her bir madde için cevaplama seçenekleri; “Tamamen Katılıyorum” 5 puan, “Katılıyorum” 4 puan,

“Orta Derecede Katılıyorum” 3 puan, “Katılmıyorum” 2 puan, “Kesinlikle Katılmıyorum” 1 puan olarak belirlenmiştir. Ölçekte ters puanlama yoktur.

Ölçeğin alt boyutları:

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

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

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

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

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

Özsoy ve arkadaşları (2007) tarafından ölçeğin Cronbach Alpha katsayıları güven-yarar algısı alt grubu için 0.88, duyarlılık algısı alt grubu için 0.76, sağlık motivasyonu algısı alt grubu için 0.54, engel algısı alt grubu için 0.60, ciddiyet algısı alt grubu için 0.58 bulunmuştur (KAYNAK YAZ). Bu çalışma için hesaplanan Cronbach Alpha katsayıları güven-yarar algısı alt grubu için 0,77, duyarlılık algısı alt grubu için 0.68, sağlık motivasyonu algısı alt grubu için 0.45, engel algısı alt grubu için 0.56, ciddiyet algısı alt grubu için 0.59’dur.

3.6. VERİLERİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma verileri SPSS (Statistical Package for Social Science for Windows 15.0) programında değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizde kişilerin sosyodemografik değişkenlerinin değerlendirilmesinde sayı ve yüzde dağılımı, ortalama standart sapma

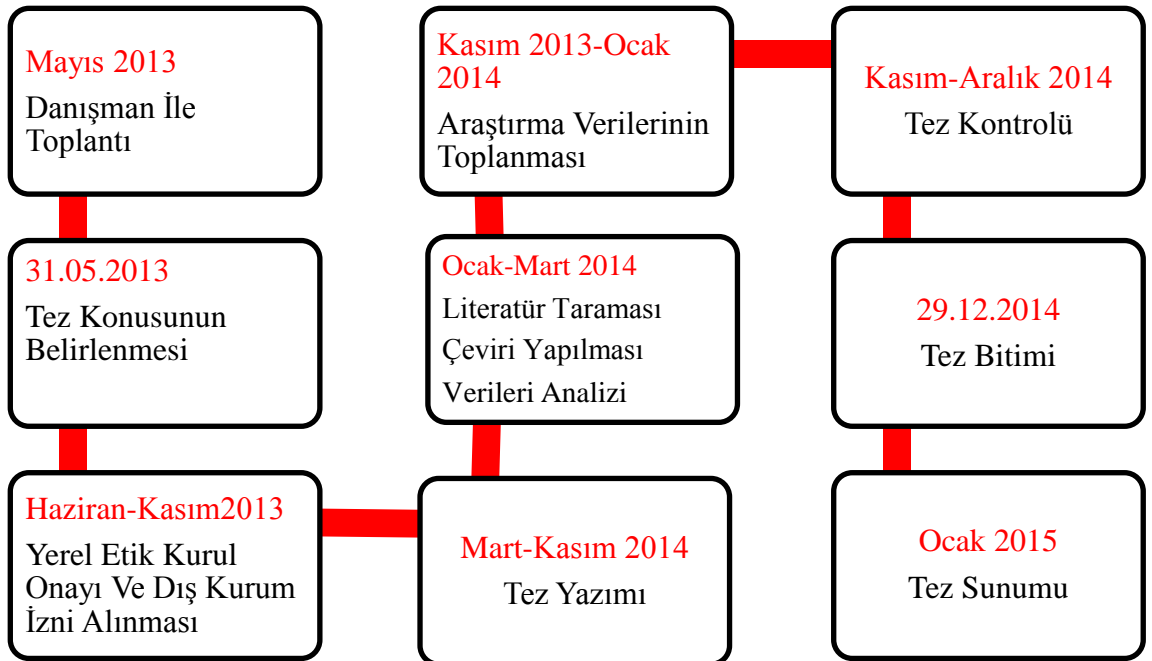
kullanılmıştır. Diğer analizlerde parametrik (Student t Testi, One Way ANOVA) ve nonparametrik testler (Mann Whitney U Testi, Kruskall Wallis Testi) uygulanmıştır.

3.7. ARAŞTIRMADA ETİK

Araştırma için Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurul onayı (EK 1), araştırmanın yapıldığı 5 No'lu Alpaslan Aile Sağlığı Merkezinde çalışan hekim ve hemşirelerden sözel izin ve İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden yazılı izin (EK 2) alınmıştır. Çalışmaya katılımda gönüllülük ilkesi esas alınıp, bireylerden yazılı bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Veriler Aile sağlığı merkezi tarafından sağlanan bir odada toplanmıştır.

3.8. ARAŞTIRMANIN SÜRESİ

Araştırmanın başlangıcı ve sonlanması arasında geçen sürede yapılan uygulamalar aşağıda gösterilmiştir.



4.BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular üç bölüm halinde ele alınacaktır. Birinci bölümde araştırmaya katılan kişilerin sosyo-demografik özellikleri, ikinci bölümde KKSİM Ölçeği alt boyut puan ortalamaları, üçüncü bölümde ise katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile KKSİM Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır.

4.1. ARAŞTIRMAYA KATILAN BİREYLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Araştırmaya katılan kişilerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde araştırmaya katılan bireylerin %56,3'ü 50-59 yaş arasında olup yaş ortalaması $58,84 \pm 5,79$ (Min:50, Maks:70, Ortanca: 58)'dur. Araştırmaya katılan kişilerin % 74'ü kadın, %81'i evli, % 46'sı eşi ve çocuğuyla birlikte yaşamaktadır. Bireylerin %73,3'ü 4 ve daha az (3.85 ± 1.03 , Min:0, Maks:5 Ortanca:4) çocuğa sahiptir. Araştırmaya katılan kişilerin %54,3'i ilkokul mezunu, %77,8'i SSK sağlık güvenceli, %77,5'inin geliri giderine denktir (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler		n	%
Yaş (58.84 ± 5.79 Min:50 Maks:70 Ortanca:58)	50-59	226	56.5
	60-70	174	43.5
Cinsiyet	Kadın	296	74.0
	Erkek	104	26.0
Medeni durum	Evli	324	81.0
	Bekar	76	19.0
Çocuk sayısı (3.85 ± 1.03 Min:0 Maks:5Ortanca:4)	< 4 (4'ten az)	293	73.3
	≥ 4 (4 ve 4'ten fazla)	107	26.7

Kimlerle yaşadığı	Eş ve çocuğuyla	184	46.0
	Eşiyle	141	35.3
	Yalnız	49	12.3
	Kızıyla/oğluyula	24	6.0
	Kardeşiyle	2	0.5
Eğitim	Okuryazar değil +okuryazar	57	14.2
	İlkokul	217	54.3
	Ortaokul	51	12.7
	Lise ve üzeri	75	18.8
Sağlık güvencesi	SSK	311	77.8
	Emekli Sandığı	58	14.5
	Bağkur	31	7.7
Gelir durumu	Gelir giderden az	77	19.3
	Gelir gidere denk	310	77.5
	Gelir giderden fazla	13	3.2
TOPLAM		400	100.0

Tablo 2’de araştırmaya katılan kişilerin kolorektal kanser tanısı alma durumuna göre dağılımı incelendiğinde hiçbirisinin kolorektal kanser tanısı almadığı, %92,5’inin ailesinde kolorektal kanser tanısı alan kişilerin olmadığı saptanmıştır. Bireylerin %7,5’in ailesinde kolorektal kanser tanısı alan bireyin olduğu, bunların da % 33.3’in birinci derece akraba,%40.0’in ikinci derece akraba, %26.7’sinin üçüncü derece akraba olduğu görülmüştür (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların Kolorektal Kanseri Tanısı Alma Durumları

Kolorektal Kanseri Tanısı İle İlgili Durumlar		Sayı	%
Kolorektal kanser tanısı alma durumu	Evet	0	0
	Hayır	400	100.0
Ailede kolorektal kanser tanısı alan	Var	30	7.5
	Yok	370	92.5
Kolorektal kanserli birey ile akrabalık derecesi (n=30)	1. derece	10	33.3
	2. derece	12	40.0
	3. derece	8	26.7
TOPLAM		400	100.0

Tablo 3’te araştırmaya katılan kişilerin %74’ü kolorektal kanserin erken tanısına yönelik testi bilmediklerini, erken tanı testini bilenlerin ise %23’ü testin kolonoskopi

olduğunu söylemiştir. Örneklemdaki kişilere kolorektal kanser erken tanı testi hakkında bilgiyi nereden aldıkları sorulduğunda; kişilerin %65,4'ü bilgiyi televizyondan, %44,2'si sağlık personelinden, %25'i çevresindeki kişilerden, %1'i internetten aldığını söylemiştir (Tablo3).

Tablo 3. Katılımcıların Kolorektal Kanser Erken Tanı Testini Bilme Durumları

Kolorektal Kanser Erken Tanı Testi		Sayı	%
Erken tanı testini bilme durumu	Evet	104	26.0
	Hayır	296	74.0
Erken tanı testinin ne olduğunu bilme durumu	Bilmiyorum	296	74.0
	Kolonoskopi	92	23.0
	Gaitada Gizli Kan	12	3.0
Bilgi kaynağı* (n=104)	Televizyon	68	65.4
	Sağlık personeli	46	44.2
	Çevresinden	26	25.0
	İnternet	1	1
TOPLAM		400	100.0

*Birden fazla şık işaretlenmiştir.

Araştırmaya katılan kişilere GGK testi yaptırıp yaptırmadığı sorulduğunda %94'ünün GGK testi yaptırmadığı, %85,8'inin çevresindekilerin de GGK testi yaptırmadığı saptanmıştır. Kişilerin GGK testinin ne zaman bakıldığı sorulduğunda ise, %34'üşükayet olduğunda yanıtını vermişlerdir (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların GGK Testi ile İlgili Durumları

GGK Testi ile İlgili Durumlar		Sayı	%
GGK testi yaptırma durumu	Evet	24	6.0
	Hayır	376	94.0
Çevrede GGK testi yaptırma durumu	Evet	57	14.2
	Hayır	343	85.8

GGK testinin yapılma zamanı	Şikayet olduğunda	136	34.0
	40 yaşından sonra	88	22.0
	Doktor istediğinde	83	20.7
	Aile öyküsü varsa	54	13.5
	Bilmiyorum	39	9.8
TOPLAM		400	100.0

Örneklemdaki kişilerin GGK testi yaptırma ve yaptırmama nedenlerine göre dağılımı incelendiğinde GGK testi yaptıranların %83,3'ünün genel kontrol amacıyla yaptırdığını belirtirken, GGK testi yaptırmayanların ise %42,8'i yaptırması gerektiğini bilmediği için yaptırmadığını belirtmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların GGK Testi Yaptırma ve Yaptırmama Nedenlerine Göre Dağılımı

		Sayı	%
GGK testi yaptırma nedenleri (n=24)	Doktor istemiyle genel kontrol için	20	83.3
	Aile öyküsü olduğu için	3	12.5
	Şikayetim olduğu için	1	4.2
GGK testi yaptırmama nedenleri (n=376)	Yaptırmam gerektiğini bilmiyordum	161	42.8
	Şikayetim olmadı	59	15.7
	Yaptırmam gerektiğini biliyorum ama ihmal ettim	54	14.4
	Testin yapılışından rahatsız olacağım için	28	7.4
	Diğer hastalıklardan ona sıra gelmedi hastaneye gitmekten bıktım	27	7.2
	Böyle bir test olduğunu duymamıştım	25	6.6
	Zamanım yok	11	2.9
	Sonucun olumsuz olmasından korktuğum için	11	2.9
TOPLAM		400	100.0

4.2. ARAŞTIRMAYA KATILAN BİREYLERİN KOLOREKTAL KANSERİN ERKEN TANISINA YÖNELİK SAĞLIK İNANÇLARI

Araştırmaya katılan kişilerin KKSİM Ölçeği puanlarının dağılımı incelendiğinde alt boyutlardan alınan puanlar sırasıyla; güven-yarar alt boyutu 22,13±5,51, duyarlılık alt

boyutu 22,72±3,64, engel alt boyutu 19,30±3,87, sağlık motivasyonu alt boyutu 14,61±2,76, ciddiyet alt boyutu 12,77±3,48’dir (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların KKSİM Alt Boyutları Puan Ortalamaları

KKSİM Ölçeğinin Alt Boyutları	\bar{X}	SD	Katılımcıların KKSİM Ölçeğinden Aldıkları Min. ve Maks. Puanlar	KKSİM Ölçeğinden Alınabilecek Min. ve Maks. Puanlar
Güven- yarar boyutu	22.13	5.51	11-48	11-55
Duyarlılık boyutu	22.72	3.64	8-30	6-30
Engel boyutu	19.30	3.87	8-30	6-30
Sağlık motivasyonu boyutu	14.61	2.76	5-25	5-25
Ciddiyet boyutu	12.77	3.48	5-25	5-25

Araştırmaya katılan kişilerin Kolorektal Kanser Sağlık İnanç Modeli Ölçeği’nin madde ortalamalarına göre puan dağılımı incelendiğinde;

Güven-yarar alt boyutunda; en yüksek puanın “Sağlıklı olmak için yeni bilgiler araştırırım” maddesi, en düşük puanın “Sağlığımı sürdürme benim için son derece önemlidir” maddesi,

Duyarlılık alt boyutunda; en yüksek puanın “Benim barsak kanseri olma olasılığım herkesten daha yüksek” maddesi, en düşük puanın “Barsak kanseri olursam eşimle ilişkilerim bozulur” maddesi,

Engel alt boyutunda en yüksek puanın “Barsak kanserinin erken tanı için düzenli kontrol yaptırma utandırır” maddesi, en düşük puanın “Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırıyaydım, barsak kanseri hakkında endişelenmeyecektim” maddesi,

Sağlık motivasyonu alt boyutunda en yüksek puanın “Haftada en az üç kez egzersiz (spor) yaparım” maddesi, en düşük puanın “Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırma ileride kansere dönüşebilecek oluşumların erken tanısında yardımcı olur” maddesi,

Ciddiyet alt boyutunda en yüksek puanın “Barsak kanseri olursam, 5 yıldan fazla yaşayamam” maddesi, en düşük puanın “Barsak kanseri olursam, tüm yaşamım değişecektir” maddesi almıştır (Tablo 7).



Tablo 7. Katılımcıların KKSİM Ölçeğinin Madde Ortalamalarına Göre Puan Dağılımları

	KKSİM Ölçeği Maddeleri	\bar{X}	SD
Güven-varar	Sağlık sorunlarımı erken saptamak isterim	1.66	0.79
	Sağlığımı sürdürme benim için son derece önemlidir.	1.58	0.75
	Gerekirse, barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırma konusunda kendime güvenirim	2.09	0.94
	Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırmak, kanseri erken dönemde yakalama fırsatı verir	1.89	0.91
	Sağlıklı olmak için yeni bilgiler araştırırım	2.42	1.05
	Barsak kanseri olursam, düzenli kontrolleri sürdürebilirim	1.86	0.88
	Sağlıklı olmak için yapılacakların önemini biliyorum	2.40	1.10
	Barsak alışkanlığımdaki değişiklikleri fark edebilirim	1.82	0.74
	Düzenli kontrol ile barsak kanserinden ölme olasılığım azalır	2.17	0.93
	Barsak kanseri için düzenli kontrol yaptırırsam, barsak kanseri geliştiğinde büyük ve biçimsiz ameliyat olma olasılığım azalacak	2.27	0.91
	Düzenli kontrol yaptırırsam, barsak kanserini erken saptarım	1.93	0.77
Duyarlılık	Gelecekte büyük olasılıkla barsak kanseri olacağım	3.56	1.00
	Gelecekte barsak kanseri olacağımı hissediyorum	3.99	0.99
	Gelecek on yıl içinde barsak kanseri olma olasılığım var	3.85	0.92
	Barsak kanseri olma olasılığım yüksek	4.01	0.87
	Benim barsak kanseri olma olasılığım herkesten daha yüksek	4.09	0.93
Engel	Barsak kanseri olursam eşimle ilişkilerim bozulur	3.21	1.18
	Barsak kanseri hakkında konuşmaktan rahatsız olurum	3.28	1.20
	Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırsaydım, barsak kanseri hakkında endişelenmeyecektim	2.53	1.14
	Barsak kanserinin erken tanı için düzenli kontrol yaptırma utandırır	3.53	1.20
	Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırma barsak kanseri hakkında beni endişelendirir	3.40	1.08
	Barsak kanseri erken tanısı için düzenli kontrol yaptırma zaman alır	3.07	1.14
Sağlık motivasyonu	Barsak kanserinin tanısı için düzenli kontrol yaptırmak hoş değildir	3.46	1.14
	Dengeli beslenirim	2.53	0.96
	Haftada en az üç kez egzersiz (spor) yaparım	3.53	1.03
	Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırma ileride kansere dönüşebilecek oluşumların erken tanısında yardımcı olur	2.06	0.81
	Hasta olmasam da düzenli kontrollerimi yaptırıyorum	3.11	1.07
Ciddiyet	Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırma çok pahalıya mal olur	3.37	1.02
	Barsak kanseri olma düşüncesi beni korkutur	2.26	1.13
	Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırsaydım, kendimi iyi hissedecektim	2.43	1.08
	Barsak kanseri olabileceğimi düşündüğümde kalbim hızlı çarpar	2.74	1.20
	Barsak kanseri olursam, tüm yaşamım değişecektir	2.26	1.03

Barsak kanseri olursam, 5 yıldan fazla yaşayamam	3.06	1.16
--	------	------

4.3. KKSİM ÖLÇEĞİNİN ALT BOYUT PUANLARI İLE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Tablo 8’de yaş grupları ile KKSİM Ölçeği alt boyutları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$, Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların Yaşı ile KKSİM Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

KKSİM Ölçeği Alt Boyutları	Yaş		t	P
	50-59 yaş (n=226)	60-70 yaş (n=174)		
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Güven-yarar alt boyutu	22.33±5.37	21.87±5.69	0.83	0.406
Duyarlılık alt boyutu	22.80±3.29	22.62±4.07	0.47	0.636
Engel alt boyutu	19.60±3.72	18.90±4.03	1.80	0.072
Sağlık motivasyonu alt boyutu	14.50±2.61	14.74±2.94	-0.87	0.385
Ciddiyet alt boyutu	13.06±3.30	12.40±3.37	1.86	0.063

*Student t testi

Tablo 9’da görüldüğü gibi KKSİM Ölçeği alt boyutları ile cinsiyet arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; güven-yarar alt boyutu puan ortalaması ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Cinsiyet ile diğer alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$, Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre KKSİM Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

KKSİM Ölçeği Alt Boyutları	Cinsiyet		t	p
	Erkek(n=104)	Kadın (n=296)		
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Güven-yarar alt boyutu	23.30± 5.75	21.72 ± 5.37	2.53	0.011
Duyarlılık alt boyutu	22.53 ± 3.96	22.79 ± 3.53	-0.60	0.545
Engel alt boyutu	19.11 ± 3.95	19.36 ± 3.85	-0.56	0.573
Sağlık motivasyonu alt boyutu	14.61 ± 3.00	14.60 ± 2.67	0.02	0.982
Ciddiyet alt boyutu	13.03 ± 3.38	12.68 ± 3.51	0.88	0.375

**Student t testi*

Tablo 10’da kişilerin medeni durumları ile Kolorektal Kanser Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin alt boyutları karşılaştırıldığında tüm alt boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$, Tablo 10).

Tablo 10. Katılımcıların Medeni Durumuna Göre KKSİM Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

KKSİM Ölçeği Alt Boyutları	Medeni durum		t	p
	Evli (n=324)	Bekar (n=76)		
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Güven-yarar alt boyutu	22.16±5.32	22.02±6.29	-0.19	0.846
Duyarlılık alt boyutu	22.84±3.54	22.21±4.06	-1.36	0.172
Engel alt boyutu	19.42±3.85	18.77±3.93	-1.31	0.191
Sağlık motivasyonu alt boyutu	14.56±2.80	14.78±2.60	0.62	0.530
Ciddiyet alt boyutu	12.72±3.46	13.01±3.57	0.65	0.513

**Student t testi*

Kişilerin sahip olduğu çocuk sayısı ile KKSİM Ölçeği alt boyutları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p>0.05$, Tablo 11).

Tablo 11. Katılımcıların Çocuk Sayısına Göre KKSİM Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

KKSİM Ölçeği Alt Boyutları	Çocuk sayısı		t	p
	4’ten az (n=293)	4 ve fazla (n=107)		
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Güven-yarar alt boyutu	22.37±5.46	21.48±5.62	1.42	0.155
Duyarlılık alt boyutu	22.66±3.53	22.89±3.94	-0.57	0.569
Engel alt boyutu	19.41±3.85	18.97±3.92	1.02	0.307
Sağlık motivasyonu alt boyutu	14.73±2.73	14.27±2.82	1.48	0.139
Ciddiyet alt boyutu	12.87±3.55	12.51±3.28	0.91	0.361

**Student t testi*

KKSİMÖlçeği alt boyutları ve eğitim durumu arasında yapılan istatistiksel analiz sonucunda; yalnızca engel algısı alt boyutu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). Yapılan analiz sonucunda farkın lise ve üzeri eğitim düzeyinden kaynaklandığı saptanmıştır. Diğer alt boyut puan ortalamaları ile eğitim durumu arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p > 0.05$, Tablo 12).

Tablo 12. Kişilerin Eğitim Durumu ile KKSİM Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

KKSİM Ölçeği Alt Boyutları	Eğitim Durumu				F	p
	Okuryazar değil (a) (n=57)	İlkokul (b) (n=217)	Ortaokul (c) (n=51)	Lise ve üzeri (d) (n=75)		
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Güven-yarar alt boyutu	22.77±4.52	22.04±5.44	22.56±5.96	21.62±6.07	0.59	0.622
Duyarlılık alt boyutu	21.89±3.73	22.99±3.60	22.60±3.53	22.65±3.75	1.41	0.238
Engel alt boyutu	18.17±3.90	19.06±3.98	19.47±3.33	20.70±3.52	5.35	0.001
Sağlık motivasyonu alt boyutu	14.50±2.17	14.80±2.97	14.92±2.39	13.90±2.68	2.24	0.082
Ciddiyet alt boyutu	12.50±3.16	12.76±3.42	12.01±3.92	13.54±3.47	2.15	0.092

*One way ANOVA

*Posthoc Tukeys B ($a=b=c < d$)

Kişilerin gelir düzeyi ile KKSİMÖlçeği alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p > 0.05$ Tablo 13).

Tablo 13. Katılımcıların Gelir Durumuna Göre KKSİM Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

KKSİM Ölçeği Alt Boyutları	Gelir düzeyi			X ²	P
	Gelir giderden az (n=77)	Gelir gidere denk (n=310)	Gelir giderden fazla (n=13)		
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Güven-yarar alt boyutu	21.16 ±7.19	22.40 ± 5.06	21.38 ±3.66	5.67	0.059
Duyarlılık alt boyutu	22,50 ±4.02	22.81 ± 3.55	21.76 ±3.60	2.56	0.278
Engel alt boyutu	18.81 ±4.07	19.37 ± 3.83	20.30 ± 3.56	2.22	0.329
Sağlık motivasyonu alt boyutu	14.63 ±3.11	14.58 ±2.69	14.61 ± 2.19	0.89	0.640
Ciddiyet alt boyutu	12.10 ±3.90	12.95 ± 3.29	12.61 ±4.85	3.64	0.161

*Kruskall Wallis testi

Tablo 14.'de katılımcıların KKSİM Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları ile GGK testi yaptırma durumu arasındaki ilişki görülmektedir. Güven-yarar alt boyutu ve duyarlılık alt boyutu puan ortalamaları ile GGK testi yaptırma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. GGK testi yaptıranların duyarlılık algısı alt boyutu puan ortalaması düşük, güven-yarar algısı alt boyutu puan ortalaması yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Diğer alt boyut puan ortalamaları ile GGK testi yaptırma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0.005$, Tablo 15).

Tablo 14. Katılımcıların GGK Testi Yaptırma Durumuna Göre KKSİM Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

KKSİM Ölçeği Alt Boyutları	GGK Testi Yaptırma		Z	p
	Evet (n=24)	Hayır (n=376)		
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Güven-yarar alt boyutu	24.70±5.81	21.97±5.45	-2.01	0.044
Duyarlılık alt boyutu	21.25±2.47	22.81±3.69	-2.49	0.013
Engel alt boyutu	18.37±3.04	19.35±3.91	-1.22	0.220

Sağlık motivasyonu alt boyutu	15.04±2.29	14.58±2.79	-0.89	0.371
Ciddiyet alt boyutu	13.58±3.90	12.72±3.45	-1.24	0.212

*Mann Whitney U testi

Kolorektal Kansere Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin alt boyutları ile erken tanı testini bilme durumunu karşılaştırıldığında, duyarlılık algısı alt boyut puan ortalaması erken tanı testini bilenlerde 22,11±3,51, erken tanı testini bilmeyenlerde 22,93±3,67 bulunmuştur. Erken tanı testini bilenler ile bilmeyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0.05, Tablo 16). Diğer alt boyut puan ortalamaları ile erken tanı testini bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (p>0.005, Tablo 15).

Tablo 15. Katılımcıların Erken Tanı Testini Bilme Durumuna Göre KKSİM Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

KKSİM Ölçeği Alt Boyutları	Erken Tanı Testini Bilme		t	p
	Evete (n=104)	Hayır (n=296)		
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Güven-yarar alt boyutu	21.58±5.47	22.32±5.52	-1.18	0.239
Duyarlılık alt boyutu	22.11±3.51	22.93±3.67	-1.98	0.047
Engel alt boyutu	19.55±3.40	19.20±4.02	0.78	0.431
Sağlık motivasyonu alt boyutu	14.33±2.62	14.70±2.81	-1.17	0.241
Ciddiyet alt boyutu	13.00±3.57	12.69±3.45	0.75	0.449

*Student t testi

Ailesinde kolorektal kanser öyküsü olanlar ile KKSİM Ölçeği alt boyutları karşılaştırıldığında duyarlılık algısı alt boyutu puan ortalaması ailesinde kolorektal kanser öyküsü olanlarda 21,06±4,66, ailesinde kolorektal kanser öyküsü olmayanlarda 22,85±3,52'dir, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0.05). Ailesinde kolorektal kanser öyküsü olma durumu ile diğer alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (p>0.005, Tablo 16).

Tablo 16. Katılımcıların Ailesinde Kolorektal Kansere Olma Durumuna Göre KKSİM Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

KKSİM Ölçeği Alt Boyutları	Ailede kolorektal kanser öyküsü		t	p
	Evet (n=30)	Hayır (n=370)		
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Güven-yarar alt boyutu	22.80±7.41	22.08±5.33	0.68	0.493
Duyarlılık alt boyutu	21.06±4.66	22.85±3.52	-2.60	0.009
Engel alt boyutu	19.73±4.24	19.26±3.84	0.63	0.525
Sağlık motivasyonu alt boyutu	14.73±2.21	14.60±2.80	0.25	0.800
Ciddiyet alt boyutu	13.33±4.03	12.73±3.43	0.90	0.364

*Student t testi

5- TARTIŞMA

Dünyada ve ülkemizde sık görülen kanserler arasında yer alan kolorektal kanserlerinde kanseri erken evrede yakalamak hayati önem taşımaktadır. Kanserini erken evrede yakalayabilmek için ulusal düzeyde tarama programlarının oluşturulması ve riskli grubun bu tarama programlarına katılması önemlidir. Ülkemizde 2009 yılında TC. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu tarafından Kolorektal Kansere Tarama Programı Ulusal Standartları geliştirilmiştir. Ne yazık ki yapılan bu çalışmalara rağmen kolorektal kanserlerinin tarama çalışmalarına katılım oranı hala çok düşüktür.

Bireylerin sağlık inançlarının kolorektal kanserinin erken tanısına yönelik tutumlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada; araştırmaya katılan bireyler 50-70 yaş arasındadır ve yaş ortalaması 58,84±5,79'dır. Araştırmadaki bireylerin yaşı Kolorektal Kansere Tarama Programı Ulusal Standartlarında belirtilen yaş grubuna uygun olduğu gibi, yapılan diğer araştırmalarda da (parantez içine bu çalışmaların kaynakçadaki numaraları yazar mısın- sonra isimleri çıkar- Wong ve ark. (2013), Thompsons ve ark. (2013), Jerant ve ark. (2012), Jones ve ark. (2007) kolorektal kanser için riskli yaş grubu olarak tanımlanan 50-75 yaş grubu ile çalışılmıştır. Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğunu (% 74) kadınlar oluşturmaktadır. Bunun nedeni 50 yaş sonrasında kronik hastalıkların kadınlarda erkeklerden daha sık görülmesine bağlı olarak kadınların aile

sağlığı merkezine ilaç yazdırmak için daha çok geliyor olmaları şeklinde değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan kişilerin %54,3'i ilkokul mezunudur. Yaş ilerledikçe eğitim durumunun daha düşük seviyede olması beklendik bir durumdur (TNSA 2013-kaynakçaya yazar mısın). Hodge ve ark. (2014) tarafından yapılan çalışmada da katılımcıların çoğunluğunu kadınlar, lise ve daha az eğitim düzeyindekilerin oluşturması araştırmamıza benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan kişilerin büyük çoğunluğu kolorektal kanserin erken tanısına yönelik testi bilmemektedir. Erken tanı testini bilenlerin ise dörtte bire yakını testin kolonoskopi olduğunu ve büyük çoğunluğu erken tanı testi hakkında bilgiyi televizyondanaldığını ifade etmiştir. Berkowitz ve ark. (2008) 1148 katılımcı ile yaptığı çalışmada da erken tanı testi olarak en yüksek oranda sigmoidoskopi-kolonoskopi belirtilmiştir. Taştan ve ark. (2012) yaptığı çalışmada kolorektal kanser ve tarama yöntemleri hakkında bilginin en yüksek oranda sağlık personelinde alındığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğunun hem kendilerinin hem de çevrelerindeki GGK testi yaptırmadığı saptanmıştır. Atasoy'un (2012) 50 yaş üzeri sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada kolon kanseri taraması için GGK testi yaptırma oranı % 16,6 olarak belirlenmiştir. Altuğ ve arkadaşlarının (2002), 278 doktor üzerinde yaptığı bir çalışmada ailesinde polip hikayesi olan 10, kolorektal kanser öyküsü olan 16 ve hem polip hem de kanser öyküsü olan 6 doktor olmasına rağmen doktorların sadece ikisi (%6) tarama testi yaptırırken, 9 doktor (%28) ise kendilerini risk grubunda görmediklerini bildirmiştir. Taştan ve ark. (2012) yaptığı çalışmada katılımcıların sadece % 15'i GGK testi, % 11,3'ü kolonoskopi ve % 4,4 sigmoidoskopi yaptırmıştır. Güvenç ve ark. (2012) kadınlarla yaptığı çalışmada GGK testi yaptırma oranını % 12 olarak bulmuştur. Bu çalışmalarda tarama testi yaptırma oranlarının düşük olması çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Araştırmada GGK testi yaptıranların büyük çoğunluğu testi doktor istemi nedeniyle genel kontrol amacıyla yaptırdığını belirtirken, GGK testi yaptırmayanların ise yarıya yakını yaptırmaması gerektiğini bilmediği için yaptırmadığını belirtmiştir. James ve ark. (2002) yaptığı çalışmada taramaya katılımında en büyük engelin %55 oranında "doktorun tarama önerilerinde bulunmaması" olarak gösterilmiştir. Taştan ve ark. (2012) yaptığı çalışmada kolorektal kanser tarama testi ile ilgili en büyük engel %81,3 bilgi

eksikliği olarak belirtilmiştir. Jones ve ark. (2007) yaptığı, birinci derece yakınlarında kolorektal kanser olan bireylerin taramadaki engellerinin değerlendirildiği çalışmada ise en büyük engeller sırasıyla “testin gerekli olduğunu bilmeme”, ve “hekimlerin test hakkında bilgi vermeden işlemi önermeleri” olarak saptanmıştır. Bu çalışmalardan elde edilen sonuçlar çalışmamızla paralellik göstermektedir. Bu bulgular ışığında katılımcıların kolorektal kanser taramasına yönelik bilgilerinin ve davranışlarının yetersiz olduğunu söylemek mümkündür.

Araştırma kapsamındaki kişilerin KKSİM Ölçeği puanları incelendiğinde;

Kişilerin sağlık inanç ve davranışları açısından en yüksek alt ölçek puan ortalamasının “duyarlılık alt boyutu $22,72 \pm 3,64$ olduğu, en düşük alt ölçek puan ortalamasının ise “ciddiyet alt boyutu $12,77 \pm 3,48$ olduğu saptanmıştır. Diğer alt boyutların puan ortalaması; güven-yarar alt boyutu $22,13 \pm 5,51$, engel alt boyutu $19,30 \pm 3,87$, sağlık motivasyonu alt boyutu $14,61 \pm 2,76$ ’dir. Baysal ve Türkoğlu’nun (2011) 50 yaş üstü 136 kişide yaptığı çalışmalarında ise güven-yarar puan ortalaması $42,3 \pm 9,0$, duyarlılık $12,6 \pm 4,3$, engel $15,6 \pm 4,3$, sağlık motivasyonu $15,1 \pm 3,2$, ciddiyet $16,5 \pm 4,0$ olarak bulunmuşlardır. Nar’ın (2010) kolorektal kanserli hastaların birinci derece yakınlarına uyguladığı çalışmasında ise güven-yarar puan ortalaması $48,9 \pm 5,1$, duyarlılık $15,1 \pm 4,3$, engel $15,2 \pm 3,8$, sağlık motivasyon $15,8 \pm 2,8$, ciddiyet $16,5 \pm 4,3$ olarak saptanmıştır.

Bu çalışmada duyarlılık ve engel alt boyutu puan ortalamaları diğer iki çalışmadan yüksek iken, ciddiyet ve güven-yarar alt boyutu puan ortalaması düşük, sağlık motivasyonu puan ortalaması ise benzer bulunmuştur. Çalışmalar arasındaki farklılıkların çalışmaların yapıldığı bölgelerden, kurumlardan, örneklem sayısından ve örneklemin özelliklerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Rawl ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında, yüksek yarar ve düşük engellerin kolonoskopi yaptırmada önemli bir şekilde etkili olduğu bulunmuştur. Jacobs (2002)’un çalışmasında engel ve ciddiyet algısı, taramalara katılımında önemli bulunmuştur. Bu çalışmada her ne kadar katılımcıların duyarlılık alt boyut puan ortalamaları yüksek olsa da ciddiyet, güven-yarar algısı puan ortalamalarının düşük, engel puan ortalamalarının

yüksek olması da bireylerin kolorektal kanserlerinin erken taramalarına katılımlarının düşük olmasını açıklamaktadır.

TABLO 7’yi niye hiç konuşmadın ?

Araştırma kapsamındaki kişilerin sağlık inançlarını etkileyen faktörler değerlendirildiğinde;

Bu çalışmada yaşın sağlık inançlarını etkilemediği görülmüştür. Benzer şekilde Nar’ın (2010) kolorektal kanserli hastaların birinci derece yakınlarında yürüttüğü çalışmada da yaş sağlık inançlarını etkili bulunmamıştır. Taştan ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada ise 65 yaş üstü katılımcıların ciddiye alt boyutu puan ortalaması 65 yaş altı katılımcıların puanlarından daha yüksek bulunmuştur (diğer boyutlar ?, istatistiksel olarak anlamlı mı?).

Cinsiyet ile sağlık inançları arasındaki ilişkiye bakıldığında bu çalışmada erkeklerin güven yarar alt boyutu puan ortalaması kadınlara göre yüksek bulunmuştur. Hodge ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan çalışmada kadınların 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. Wong ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada kadınların erkeklerden daha fazla oranda pozitif tani korkusu, kolonoskopi hakkında utanç, acı ve kaygı yaşadıkları saptanmıştır. Courtney ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada ailesinde kolorektal kanser hastası olan erkeklerin, kadınlara göre taramaya katılım oranları daha yüksek bulunmuştur.

Eğitim düzeyi ile sağlık inançları arasındaki ilişki incelendiğinde okuryazar olanların lise ve üzeri eğitim alanlardan daha yüksek engel algısı yaşadığı görülmüştür. Taştan ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Bu çalışmada GGK testi yaptıranlarda güven-yarar algısı yüksek, duyarlılık algısı düşük bulunmuştur. Güven-yarar algısı bireyin göstereceği koruyucu davranışın hastalıktan korunmadaki yararı ile ilgili inanç düzeyini ve davranışı sürdürmedeki yeterliliğini ifade eder. Duyarlılık algısı ise sağlık durumunda var olacak tehlikeyi kişinin

algılamasıdır. Hepsi birlikte değerlendirildiğinde katılımcıların GGK'nin kolon kanseri taraması için yapıldığını bilmemeleri ya da kolon kanseri hakkında bilgi sahibi olmamaları nedeniyle bu sonucun ortaya çıkmış olabileceği söylenebilir.

Aile öyküsünde kolorektal kanser tanısı olanlarda duyarlılık algısının düşük olduğu görülmüştür. Cortney ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada da taramakurallarına en çok kolorektal kanserli hastaların birinci derece yakınlarının uymadığı görülmüştür. Bu durum kişilerin hastalıktan korkuları nedeniyle böyle bir davranış sergilediklerini, olası tehlikeyi yadsıdıklarını ve duyarlı davranmadıklarını düşündürmektedir.

Erken tanı testini bilenlerde duyarlılık algısı düşük bulunmuştur. Bu bulgu kolorektal kanser ile ilgili bilgi sahibi olan katılımcıların hastalık ile ilgili yatkınlıklarını yadsıdıklarını düşündürmektedir. Omran ve İsmail'in (2010) yaptığı çalışmada CRC taraması ile ilgili bilgi sahibi olan bireylerin algılanan duyarlılık, ciddiye ve engeller arasında olumlu bir ilişki saptandı (Bu ne anlama geliyor anlamadım-sonuç bizimkine benziyor mu benzemiyor mu?) Baysal ve Türkoğlu'nun (2011) yaptığı çalışmada ise bu çalışmadan farklı olarak (Omran ve İsmail'in çalışması da öyle ise sarı boyalı yeri oraya çek) erken tanı testini bilmeyenlerde duyarlılık algısı düşük bulunmuştur.

6- SONUÇ VE ÖNERİLER:

6.1 SONUÇLAR:

Araştırmanın sonuçlarını aşağıdaki gibi özetlemek mümkündür.

- Araştırmaya katılan kişilerin büyük çoğunluğunun kolorektal kanserin erken tanısına yönelik testi bilmedikleri,
- Araştırmaya katılan kişilerin büyük çoğunluğunun GGK testi yaptırmadığı ve katılımcıların yarısına yakınının testi yaptırması gerektiğini bilmediği,
- Güven-yarar alt boyutu puan ortalamalarının, cinsiyet ve GGK testi yaptırma durumlarından etkilendiği ve aralarındaki ilişkinin anlamlı olduğu,

- Duyarlılık alt boyutu puan ortalamalarının, GGK testi yaptırma, erken tanı testini bilme, ailesinde kolorektal kanser öyküsü olma durumlarından etkilendiği ve aralarındaki ilişkinin anlamlı olduğu,
- Engel alt boyutu puan ortalamalarının eğitim düzeyinden etkilendiği ve aralarındaki ilişkinin anlamlı olduğu,
- Sağlık motivasyonu alt boyutu puan ortalamalarının hiçbir değişken ile arasında anlamlı ilişkinin olmadığı saptanmıştır.

6.2 ÖNERİLER:

- Sağlık hizmetlerinin her basamağında sağlam ve hasta bireyle çalışan hemşirelerin kolorektal kanserin farkındalığını ve tarama programlarına katılımı arttırmaya yönelik eğitimler planlaması,
- Özellikle risk grubunda olan fakat yansıma davranışı geliştiren bireylere yönelik ayrı eğitim programlarının oluşturulması,
- Eğitimin etkinliklerinin sistemli bir şekilde değerlendirilmesi,
- Basın organlarının kolorektal kanserleri sürekli gündemde tutmasının sağlanması,
- KKSİM Ölçeği'nin kullanılacağı başka çalışmaların planlanması,
- Bireylerin kolorektal kanserin erken tanısına yönelik sağlık inançlarını belirlemek için nitel çalışmalar yapılması önerilmektedir.

7-KAYNAKLAR:

- 1- Aksoy G., (2004), Kolorektal Kanser Korunmasında Hemşirenin Rolü, 4. Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, S:63-73
- 2-Anderson GF, Chu E. Expanding priorities--confronting chronic disease in countries with low income. N Engl J Med 2007;356(3):209-11
- 3- Aydın M.S., (2011), Kolorektal Kanser Tanısı Alan Hastaların Koruyucu Hekimlik Açısından Durumları ve Tanı Sürecinin Değerlendirilmesi, Ankara Üniversitesi Tıpta Uzmanlık Tezi
- 4- Baykan A., Zorluoğlu A., Geçim E., Terzi C. 2010 (Editör), Kolon ve Rektum Kanseri.
- 5- Birleşik Krallık Kanser Araştırma Vakfı (2005) Bowel Cancer Screening: The Facts, s:1-7 www.cancerscreening.nhs.uk, erişim:08.11.2013
- 6-Boyle, P. ve Levin, B. (2008). World Cancer Report, IARC. <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/index.php>
- 7- Chen J.H, Lin H.H., (2009) Colorectal Cancer Screening, Tzu Chi Medical Journal Volume:21 no:3 S:190-196, taiwan
- 8- Colorektal Kanser Basic İnförmasiyon. Centers For Disease Control And Prevention. www.cdc.gov/cancer/colorektal/basic_info/index.htm erişim:03.12.2013
- 9- Correa P, Haenszel W. The Epidemiology of Large Bowel Cancer. Adv Cancer Res 1978; 26: 1-141
- 10- Çelik İ., (2003) Kanserde Tarama Testleri: Kime ve Ne Zaman?, Türkiye Tıp Dergisi, 10(2): 71-78
- 11- Dobrucalı A.,Kolon Kanseri
- 12- Durum Y., Dayanır Y.Ö., (2013), Kolorektal Kanserde Görüntüleme Yöntemleri, Türkiye Klinikleri Medikal Onkoloji Dergisi Kolorektal Kanser Özel Sayı, Cilt 6, Sayı 3, Sayfa 29-33
- 13- Göral V., (2002) Kolorektal Kanser Taramasında Algoritma, Güncel Gastroenteroloji 6/2, s:103-109,
- 14-Kıyıcı M.,(2006) Kolorektal Kanser Kemoprevansiyonunda Ursodeoksikolik Asit, Güncel Gastroenteroloji 10/1, s:53-63,

- 15- Korkmaz E., (2010) Kanser ve Kanser Hastalarına İlişkin Tutumların İncelenmesi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Ens. Yüksek lisans Tezi.
- 16- Nar, Ş. (2010) Kolorektal Kanserli Hastaların Birinci Derece Akrabalarının Hastalıkla İlgili İnançları, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- 17- Okyay P.,(2013), Kolorektal Kanser Epidemiyolojisi, Türkiye Klinikleri Medikal Onkoloji Dergisi Kolorektal Kanser Özel Sayı, Cilt 6, Sayı 3, Sayfa 1-5
- 18- Oral A., (2003) Manisa Kent Merkezinde 1995-1998 Yıllarında Kanser İnsidansları ve Kanser Olgularının Sosyo Demografik Açından İncelenmesi, CBÜ. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi
- 19- Özmen D., (2004) Sağlık İnanç Modeli Yaklaşımı İle Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutumlara Yönelik Ölçek Çalışması, Yüksek lisans tezi.
- 20- Soytürk M., (2013), Risk Temelli Tarama Önerileri ve Cerrahi Yaklaşımlar, Türkiye Klinikleri Medikal Onkoloji Dergisi Kolorektal Kanser Özel Sayı, Cilt 6, Sayı 3, Sayfa 14-19
- 21- Tuncer M.(2009)(editör), Ulusal Kanser Programı 2009-2015, İstanbul
- 22- TÜİK 2009 Yılı Ölüm Nedenleri İstatistikleri, Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011,
- 23- Yar G., (2007), 45 Yaş ve Altı Kolorektal Kanserlerin Retrospektif Değerlendirmesi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi.
- 24- Yıldız M.K., (2008), Evre I-III Kolon Kanserinde Prognostik Faktörlerin Araştırılması, Trakya Üniversitesi Uzmanlık Tezi
- 25- www.thsk.gov.tr, Kolorektal Kanser Taramaları Değerlendirme Raporları, erişim:31.05.2013
- 26-www.cancer.org/acs/groups/content/documents/document/acspc-042280.pdf, Erişim tarihi 17.06.2014
- 27-<http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-turleri/45-kalin-bagirsak-kanseri.html>, Erişim tarihi 17.06.2014
- 28- Fidaner C. (2007), Kanserde Erken Yakalama: Erken Tanı ve Taramalar. Türkiye’de Kanser Kontrolü içinde Ed: AM Tuncer, Sağlık Bakanlığı, Ankara; 319-32.

- 29- Açıkgöz A., Çehrelı R., Ellıdokuz H., (2011), Kadınların Kanser Konusunda Bilgi ve Tutumları ile Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Davranışları, DEÜ. Tıp Fakültesi Dergisi, Cilt 25, Sayı 3, 145 – 154
- 30- <http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri.html>, erişim tarihi: 18.06.2014
- 31- http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/2013_tarama_istatistikleri.pdf, erişim tarihi: 18.06.2014
- 32- http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2014/pdfs/pr224_E.pdf, erişim tarihi: 18.06.2014
- 33- Tuncer M., (2007), Kanserın Ülkemiz ve Dünyadaki Önemi, Hastalık Yükü ve Kanser Kontrol Politikaları. Türkiye’de Kanser Kontrolü içinde Ed: Tuncer M., Sağlık Bakanlığı, Ankara; sayfa5-7
- 34- Ertürk S. , (2010), Kolorektal Kanserler: Epidemiyoloji, Etiyolojide Rol Oynayan Etkenler, Tarama ve Kemoprevansiyon. Kolon ve Rektum Kanserleri içinde Editör: Baykan A., Zorluoğlu A., Geçim E., Terzi C., sayfa 15-30
- 35- Gönen Ö., (2004), Kolorektal Kanser Epidemiyolojisi, Türkiye Klinikleri Cerrahi Dergisi Kolorektal Kanser Özel Sayı, Cilt 9, Sayı 1, Sayfa 11-14
- 36- Hamilton SR, Bosman FT, Boffetta P et al. Carcinoma of The Colon Rectum. (2010). WHO Classification of Tumours of the Digestive System, 4th edition, pages 132-173.
- 37- Erdoğan Ö., (2011), Kolorektal Kanser ve Öncü Lezyonlarında Kras ve Braf Mutasyon Analizleri Yoluyla Tanısal Yaklaşım ve Hedefe Yönelik Tedavi Seçimi, Ankara Üniversitesi Biyoteknoloji Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara
- 38- <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/prevention/colorectal/HealthProfessional/page> erişim:06.06.14
- 39- Karahasanoğlu T., (2001), Kolorektal Kanserler: Tanı ve Cerrahi Tedavi, İÜ. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Gastrointestinal Sistem Hastalıkları Sempozyumu 11-12 Ocak 2001, İstanbul, s. 271-279
- 40- Harmancı Ö., Dağlı Ü., (2013), İnflamatuvar Barsak Hastalığında Kolorektal Kanser, Güncel Gastroenteroloji dergisi, Cilt 17, Sayı 4, Sayfa 321-325

- 41- Remzi F.H., Öncel M., (2006) Kolon Kanserinde Tarama ve Takip, Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi, cilt 17, sayı 1, sayfa:50-57
- 42- Menteş B.B., Leventoğlu S. (2004), Kolorektal Kanserlerin Klinik Özellikleri, Türkiye Klinikleri Cerrahi Dergisi Kolorektal Kanser Özel Sayı, Cilt 9, Sayı 1, Sayfa 36-38
- 43- Karalar Ü.Y., , 2010, Kanser Tanısı Alan Erişkin Hastalarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının ve Değişkenlerin Tanımlanması, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans tezi
- 44- Ökten Ç.,(2012),Ayaktan Kemoterapi Alan Gastrointestinal Kanserli Hastaların Evde Karşılaştıkları Sorunlar ve Kullandıkları Baş Etme Davranışları, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans tezi
- 45- Saygılı Ü., (2012), Gastrointestinal Sistem Kanserli Hastalarda Yorgunluk ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans tezi
- 46- Ünsar S., Fındık Ü.Y., Kurt S., Özcan H., (2007), Kanserli Hastalarda Evde Bakım ve Semptom Kontrolü, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:2, Sayı:5, Sayfa 89-106
- 47- Ertem G., Kalkım A., Bulut S., Sevil Ü., (2009), Radyoterapi Alan Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri ve Yaşam Kaliteleri, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt:2, Sayı 2, Sayfa:3-12
- 48- Kılıçkap S., Aksoy S., Çelik İ., (2006), Kanserde Birincil Korunma, Dahili Tıp Bilimleri Dergisi; 13(2): 57-71
- 49- Marshall J.R., Prevention of Colorectal Cancer: Diet, Chemoprevention, and Lifestyle, Gastroenterol. Clin. N. Am. 37 (2008) 73–82
- 50- Chan A.T., Giovannucci E.L., (2010), Primary Prevention of Colorectal Cancer, Gastroenterology138(6): 2029–2043
- 51- Edwards BK, Ward E, Kohler BA. (2010), Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2006, featuring colorectal cancer trends and impact of interventions (risk factors, screening, and treatment) to reduce future rates. Cancer 2010; 116:544.
- 52- Cross AJ, Ferrucci LM, 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.

- 53- Botteri, E, Iodice, S, Raimondi, S.(2008), Cigarette smoking and adenomatous polyps: a meta-analysis. *Gastroenterology*; 134:388.
- 54- Konya V.,(2009), Kolorektal Kanserli Hastalarda Prognostik Faktörlerle Vücut Kitle İndeksi Arasındaki İlişki, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi
- 55- Kadayıfçı A., (2003), Kolorektal Kanserlerin Epidemiyolojik ve Klinik Özellikleri, *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*, Cilt 2, Sayı 2, Sayfa 43-45
- 56-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., sayfa 39-68*
- 57-Büyükdoğan M., Kolorektal Kanserde Genetik ve Etyolojik Faktörler, *Selçuk Tıp Dergisi* 2009;25 (3):171-180
- 58- Tenekeci N., (2004), Kanser Taramasında Radyoloji: Yeni Gelişmeler, *Türk Onkoloji Dergisi*, Cilt 19, Sayı 2, sayfa 65-75
- 59- Bengi G., Soytürk M. (2013), Kolorektal Premalign ve Malign Lezyonlarda Endoskopik Tanı ve Tedavi Yöntemleri, *Türkiye Klinikleri Medikal Onkoloji Dergisi Kolorektal Kanser Özel Sayı*, Cilt 6, Sayı 3, Sayfa 34-39
- 60- Akarsu M., Şimşek İ. (2004), Kolorektal Kanser İçin Tarama, *Türkiye Klinikleri Cerrahi Dergisi Kolorektal Kanser Özel Sayı*, Cilt 9, Sayı 1, Sayfa 28-35
- 61- Obuz F. (2004), Kolorektal Kanser Tanısında Görüntüleme, *Türkiye Klinikleri Cerrahi Dergisi Kolorektal Kanser Özel Sayı*, Cilt 9, Sayı 1, Sayfa 39-45
- 62- Tankurt E. (2004), Kolorektal Kanser Tanısında Endoskopi, *Türkiye Klinikleri Cerrahi Dergisi Kolorektal Kanser Özel Sayı*, Cilt 9, Sayı 1, Sayfa 54-56
- 63- Altuğ E., Burhanoğlu S., Erkek A.B., Kuzu A., (2002), Kolo-Rektal Kanserlerin Erken Teşhisinde Kullanılan Tarama Testlerine Doktorların Yaklaşımı, *Güncel Gastroloji* 6/1, S: 25-28,
- 64-Turan E., Yalçın B.M., Yücel İ., Unal M., (2012) İlk Kez Tanı Konan Kolorektal Kanser Hastalarının Epidemiyolojik Özellikleri, *Türk Aile Hek Derg*;16(4):169-177
- 65- Levin B, Lieberman DA, McFarland B, et al. Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: a joint guideline from the

- American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. CA Cancer J Clin 2008;58: 130-160
- 66- Liberman D.,(2009), Kolon Kanseri Tarama ve İzleme Tartışmaları, Çeviren: M. D. Onuk, Current Opinion Gastroenterology, Cilt 2, Sayı 5, Sayfa 265-272
- 67- Fletcher R.H, Tests For Screening For Colorectal Cancer: Stool Tests, Radiologic İmaging And Endoscopy, www.uptodate.com
- 68- Winawer S.W., Fletcher R.H., Mille L., ve ark. (1997), AGA guidelines and rationale, gasroenterology; 112:594
- 69- Burt R.W., Barthel J.S., Dunn K.B., (2010), NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Colorectal Cancer Screening J. Natl. Compr.Canc Netw. 8:8
- 70- Fletcher R.H, Screening for colorectal cancer: Strategies in patients at average risk, www.uptodate.com ,erişim tarihi: 29.11.2014
- 71- Baltaş, Z. (2007). Sağlık Psikolojisi: Halk Sağlığında Davranış Bilimleri, (3. Basım), İstanbul: Remzi Kitabevi.
- 72- Dein, S. (2004). Explanatory Models of and Attitudes Towards Cancer in Different Cultures. Lancet Oncology, 5, 119-124.
- 73- Mosher, C. E., Danoff-Burg, S. (2007). Death Anxiety and Cancer- Related Stigma: A Terror Management Analysis. Death Studies, 31, 885-907.
- 74-Nahcivan, N. Ö. ve Seçginli, S. (2003). Meme Kanserinde Erken Tanıya Yönelik Tutum ve Davranışlar: Bir Rehber Olarak Sağlık İnanç Modelinin Kullanımı. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7 (1), 33-38.
- 75-Gözüm, S., Karayurt Ö. ve Aydın, Ğ. (2004). Meme Kanseri Taramalarında Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Türkçe Uyarlamalarına ilişkin Sonuçlar. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 1,2, 71-85.
- 76- Baysal, H. Y., 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, (V:10)1, P:1238-1250.
- 77- Rawl, S., Champion, V.L., Menon, U., Loehrer, P., Vance, G.H. & Skinner, C.S. (2001).Validation of scales to measure benefits of and barriers to colorectal cancer screening. J Psychosoc Oncol. 19(3/4):47-63.

- 78-Jacobs, L.(2002). Health beliefs of first-degree relatives of individuals with colorectal cancer and participation in health maintenance visits: a opulation-based survey. *Cancer Nurs.*25(4):251-265.
- 79- Özmen V. ve arkadaşları, (2009), Türkiye’de Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Programlarının Hazırlanması “Sağlık Bakanlığı Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Alt Kurulu Raporu”, *Meme Sağlığı Dergisi Cilt 5, Sayı 3, Sayfa 125-134*
- 80-Tavşancıl, E.(2010), *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi*, 4.baskı ,Nobel Yayın Dağıtım, Ankara
- 81-Kağıtçıbaşı, Ç.(1999) *Yeni İnsan ve İnsanlar, Sosyal Psikoloji Dizisi:1, 10. baskı, Evrim Basım-Yayım ve Dağıtım Yayıncılık, İstanbul, Sayfa;104.*
- 82-Er G., (2011), *İntihar Girişiminde Bulunan Olgulara Yönelik Sağlık Personelinin Tutumları; Ölçek Geliştirme, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*
- 83-Oran N., Turgay, A. , (2006), *Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlık Davranışları, Ege üniversitesi hemşirelik yüksek okulu dergisi, 1, 281-291, İstanbul.*
- 84-Aksayan, S., Gözüm, S., (1998), *Olumlu Sağlık Davranışlarının Başlatılması ve SürdürülmesindeÖzetkililik (Kendini Etkileme) Algısının Önemi, Cumhuriyet üniversitesi hemşirelik yüksekokulu dergisi, 1, Sf: 35-42*
- 85- Akbaba H.G., (2012), *Loğusaların Doğum Sonrası Dönemdeki Sağlıkla İlgili Davranışlarının ve Öz Bakım Özelliklerinin İncelenmesi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.*
- 86- Arslan Ç., Kılıçkap S., Dede D.F., Hayran K.M., Erman M., Çelik İ., Kutluk T.,(2011), *65 Yaş Ve Üzeri Populasyonda Kansersıklığının Dağılımı: HacettepeÜniversitesi Hastaneleri Kanser KayıtSistemi Sonuçları, Turkish Journal Of Geriatrics; 14 (3) 187-192*
- 87- Gözüm S., Çapık, (2014), *Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Bir Rehber: Sağlık İnanç Modeli, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 7(3), 230-237*
- 88- Christy S.M, Perkins S.M, Tong Y., , Krier C, Champion V.L., Skinner C.S., Springston J.K., Imperiale T.F, Rawl S.M, (2013)*Promoting Colorectal Cancer Screening Discussion:*

A Randomized Controlled Trial, *Am. J. Prev. Med.*; 44(4): 325–329

89- Güney E., 2009, İzmir’de Bir Fabrikada Çalışan Kadınların Sağlık İnançları İle Sosyodemografik Özelliklerinin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi, D.E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi

90- Çenesiz E., Atak N., (2007) Türkiye’de Sağlık İnanç Modeli ile Yapılmış Araştırmaların Değerlendirilmesi, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*,: 6(6), S:427-434

91- Janz NK, Champion VL, Strecher VJ.(2002), *The Health Belief Model*. Eds: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. *Health Behavior and Health Education*. 3rd edition. San Fransisco: Jossey- Boss; p. 45-66

92-U.S. Department Of Health And Human Services, (2005). *Theory at a glance. A guide for health promotion practice* (2 nd edition, 13-15). NIH Publication No. 05-3896, USA.

93- Aydoğdu N.G., Bahar Z., (2011),Yoksul Kadınlarda Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli Kullanımının Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışlarındaki Değişime Etkisi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(1), 34-40

94- Glanz, K., Rimer, B. K., Viswanath, K. (Eds.). (2008). *Health Behavior And Health Education Theory, Research, And Practice*. San Francisco, CA : Jossey Bass.

95- Rohleder P. (2012). *Critical Issues in Clinical And Health Psychology*. London, SAGE Publications.

96- Champion VL & Skinner CS. (2008). *The Health Belief Model. Health Behavior And Health Education: Theory, Research, And Practice*. Glanz K, Rimer BK & Viswanath K. San Francisco. Jossey-Bass.

97- Nahcivan N.Ö., Seçginli S., (2003), Meme Kanserinde Erken Tanıya Yönelik Tutum ve Davranışlar: Bir Rehber Olarak Sağlık İnanç Modelinin Kullanımı, *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 7 (1)

98- Değertekin H., Sarı Y., Arslan A., Akgül Y., Büyükbayram H.,(1999), Age and sex distribution of colorectal carcinoma in the southeast of Turkey, *Turk J. Gastroenterol.*; 10 (2), sayfa: 153-156

99- Vaizoğlu S.A., Turhan T., Temel F., Bolat Ö., Baydar O., Bacanlı A., Asarcıklı F., Güler Ç., (2010), Birinci Basamakta 50 Yaş ve Üzeri Bireylerde Kolorektal Kanseri İle

İlişkili Olabilecek Bazı Faktörlerin ve Gaitada Gizli Kan Tetkikine Uyumun Değerlendirilmesi, Turkish Journal of Geriatrics, cilt 13, sayı 2, sayfa:79-86

100- Altuğ E., Burhanoğlu S., Erkek A.B., Kuzu A., (2002), Kolo-Rektal Kanserlerin Erken Teşhisinde Kullanılan Tarama Testlerine Doktorların Yaklaşımı, Güncel Gastroloji 6/1, S: 25-28,

101- Jones R.M., Woolf S.H., Cunningham T.D., Johnson R.E., Krist A.H.,Rothenich S.F., Vernon S.W., (2010), The Relative Importance of Patient-Reported Barriers to Colorectal Cancer Screening, Am. J. Prev. Med., May ; 38(5): 499–507.

102- 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

103- Hendon S.E., DiPalma J.A., (2005), U.S. Practices for Colon Canser Screening, Keio Journal of Medicine, 54(4), 179-183.

104- Griffin, M. J., (2011) Health Belief Model, Social Support, and Intent to Screen for Colorectal Cancer in Older African American Men. A Dissertation Submitted to the Faculty of The Graduate School at The University of North Carolina at Greensboro in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Doctor of Philosophy

105- Atasoy A., (2012), Sandıklı Devlet Hastanesindeki Çalışanların Sağlık Taraması Uygulamalarının Değerlendirilmesi, 4.Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi

106- Thompson V.L.S, Harris J., Clark E.M., PurnellJ., Deshpande A.D., (2015) Broadening The Examination Of Sociocultural Constructs Relevant To African-American Colorectal Cancer Screening, Psychology, Health & Medicine, 20:1, 47-58, DOI: 10.1080/13548506.2014.894639 erişim:23.12.2014

107- Wong R.K., Wong M.L., Chan Y.H., Feng Z., Wai C.T., Yeoh K.G., (2013), Gender Differences in Predictors of Colorectal Cancer Screening Uptake: A National Cross Sectional Study Based On The Health Belief Model, BMC Public Health, 13:677, <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/677> erişim tarihi:23.12.2014

108-Jerant A. ve arkadaşları, (2012), Sociopsychological Tailoring to Address Colorectal Cancer Screening Disparities: A Randomized Controlled Trial, Annals Of Family Medicine, 2014,Vol. 12, No. 3,www.annfammed.org

- 109- Berkowitz Z., Hawkins N.A., Peipins L.A., White M.C., Nadel M.R.,(2008), Beliefs, Risk Perceptions, and Gaps in Knowledge as Barriers to Colorectal Cancer Screening in Older Adults, *J. Am. Geriatr. Soc.* 56:307–314
- 110- James A.S., Campbell M.K., Hudson M.A.,(2002), Perceived Barriers and Benefits to Colon Cancer Screening among African Americans in North Carolina: How Does Perception Relate to Screening Behavior, *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, Vol. 11, 529–534,
- 111- Taştan S., Andsoy I.I., İyigün E.,(2012), Evaluation of the Knowledge, Behavior and Health Beliefs of Individuals over 50 Regarding Colorectal Cancer Screening, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, Vol 14, 2013
- 112- Güvenç G., Seven M., Kılıç A., Akyüz A., Akcan G.,(2012), Breast, Cervical, And Colorectal Cancer Screening Status Of A Group Of Turkish Women, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2012;13(9)
- 113- Omran S., Ismail A.A, (2010), Knowledge and Beliefs of Jordanians Toward Colorectal Cancer Screening, *Cancer Nursing*. 33(2):141-148, 2010.
- 114- courney
- 115- Zorlu Ferruh (2004) “Prostat kanseri tarama çalışmaları” *Üroonkoloji Bülteni*, Aralık 2004, Sayı 4
- 116- Sağlık Bakanlığı (2008), Sağlık Hizmetlerinde Okul Sağlığı Kitabı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü
- 117- Pehlivan S. (2007) “Tarama Testlerinin Etkinliklerinin Karşılaştırılması İçin Örneklem Genişliği Saptaması Ve Tarama Testleri Yardımı İle Prevalans Kestirimi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisan Tezi

8-FORMLAR:

KOLON KANSERİ ERKEN TANISINA YÖNELİK TUTUMLARIN SAĞLIK İNANÇ MODELİNE TEMELLENDİRİLEREK İNCELENMESİ ANKET FORMU

Bu araştırma ; “sağlık inanç modeli yaklaşımı ile kolon kanseri erken tanısına yönelik tutumları” saptamak amacıyla planlanmıştır. Aşağıdaki sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma dışında kullanılmayacaktır ve gizli kalacaktır. Soruları içtenlikle cevaplamanız araştırmanın sonucu açısından önemlidir. Katılımınızdan dolayı teşekkür ederiz.

1. Yaş:.....

2. Cinsiyet : 1. Erkek 2. Kadın

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

4. Çocuğunuz var mı?.....

5. Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

6. Eğitim Durumu:

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

7. Sağlık güvenceniz var mı?

1. Var 2. Yok

8. Varsa sağlık güvenceniz nedir?

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| 1. Emekli Sandığı | 4. Yeşil kart |
| 2. SSK | 5. Özel Sağlık Sigortası |
| 3. Bağkur | |

9. Gelir Durumu:

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

10. En uzun yaşadığınız yer:

1. Köy 2. Belde 3. İlçe 4. Şehir 5. Büyükşehir

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

1. Evet 2. Hayır

12. Ailenizde bağırsak kanseri (kolorektal kanser) tanısı alan kişi veya kişiler var mı?

1. Var 2. Yok

13. Ailenizde barsak kanseri (kolorektal kanser) tanısı alan varsa yakınlığınız nedir?

1. Anne-Baba-Kardeş-Evlat (1. Derece Yakın)
2. Dede-Nine-Torun (2. Derece Yakın)
3. Amca-Dayı-Hala-Teyze (3. Derece Yakın)

14. Bağırsak kanseri (kolorektal kanser) erken tanısı için hangi testlerin yapıldığını biliyor musunuz?

1. Evet (.....)
2. Hayır

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

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

16. Bağırsak kanserinin erken tanısı için Gaitada (dışkıda) Gizli Kan (GGK) bakılır. Bağırsak kanserinin erken tanısı için Gaitada Gizli Kan (GGK) ne zaman bakılmalı?

1. Şikâyetler olduğunda
2. 40 yaşından sonra şikâyet olsun olmasın herhangi bir zamanda
3. Ailede bağırsak kanseri olan yakını olduğunda
4. Doktor istediğinde
5. Diğer.....

17. Siz bu erken tanı testini (GGK) hiç yaptırdınız mı?

1. Evet 2. Hayır

18. (Evet ise) Neden bu erken tanı testini yaptırdınız?

1. Şikâyetlerim olduğu için (kanama, bağırsak alışkanlığında değişiklik...)
2. Genel kontrol amacıyla
3. Ailede bağırsak kanseri olan yakınım olduğu için
4. Doktor istemiyle

5. Diğer.....

19. (Hayır ise) Neden bu erken tanı testini yaptırmadınız?

1. Testin yapılışından rahatsız olacağımı düşündüğüm için
2. Sonucun olumsuz olmasından korktuğum için
3. Yaptırmam gerektiğini bilmiyordum
4. Diğer.....

20. Çevrenizde bu testleri yaptıran var mı?

1. Evet (.....)
2. Hayır



KOLOREKTAL KANSERDEN KORUNMAYA YÖNELİK SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ

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

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

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

9-EKLER:

EK.1. ETİK KURUL ONAYI

KARAR TARİHİ / NO	11/09/2018 / 20-478-886 - 237				
ARAŞTIRMAYI ADI	Kolon Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Tatamların Sağlık İzniç Modeline Temellendirilerek İncelenmesi				
SÖZÜMLÜ ARAŞTIRMADIR	Doç. Dr. Dilek ÖZMEN - Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü				
ARAŞTIRMA EKİBİ	Seher TÜRK				
ARAŞTIRMAYIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	YÜKSEK LİSANS-DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
KARAR BİÇİMLERİ	Araştırma başvuru formu ve gerekli ekleri incelenmiş, Etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. <input checked="" type="checkbox"/>				
Ünvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlgili Olarak Gire	Tezli Olarak Katılmayan Gire	Ünvanı / Adı / Soyadı	Araştırma ile İlgili Olarak Gire	Tezli Olarak Katılmayan Gire
Prof. Dr. Ercüment ÖLMEZ Farmakoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. İsmail KUTLU Fizyoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Tuncay VARDI Anestezoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Serdar BEREKET Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prof. Dr. Gökül Dinç HORMAN Nefes Solunum AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Doç. Dr. F. Sami ÇAM Tıbbi Biyokimya AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Cengiz KIRMAZ Nefes Solunum AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Peyker TEMİZ Fizyoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. İsmail ÖNER Tıbbi Biyokimya AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Doç. Dr. Artunur DEVECİ Fizyoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Ferit ERTAN Çocuk Sağlığı Hastalıkları AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Salim ALTAN Tıbbi Etik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Cemal TIKIZ F. T. B. Bilimleri AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Dilek ÇİÇEK Genetik Hastalıkları AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Umut KASIRGA Çocuk Sağlığı Hastalıkları AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nesrin FİDEYİ Anestezoloji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Gökül Tercan KİLEŞ Anestezoloji ve Reanimasyon AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cübbem HÜNER Sivil Güç	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prof. Dr. Mehmet AŞKINER Aile Tıp AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<p>Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname - Bölüm 1 kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.</p>					
<p>Prof. Dr. Ercüment ÖLMEZ Başkan</p>					

EK.2. KURUK İZİNİ

10-ÖZGEÇMİŞ

1.GENEL

ÜNVANI ADI SOYADI	Hemşire Seher TÜRK		
YAZIŞMA ADRESİ	1637/13 sokak no:38/A Bayraklı İZMİR		
DOĞUM TARİHİ	04.03.1979		
TEL	02323712376	GSM	05353063750
E-POSTA	s_turk979@mynet.com	E-POSTA (2)	turk.sher@gmail.com

2. EĞİTİM

MEZUNİYET TARİHİ	DERECE	ÜNİVERSİTE-FAKÜLTE- BÖLÜM/ANABİLİM DALI
2012/2014	Yüksek Lisans	Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
1996-2001	Lisans	Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
1990-1996	Ortaokul-Lise	Bayraklı Lisesi
1985-1990	İlkokul	Ekrem Hayri Üstündağ İlköğretim Okulu

3. AKADEMİK VE MESLEKİ DENEYİM

KURUM/KURULUŞ	ŞEHİR	BÖLÜM/BİRİM	GÖREV	GÖREV DÖNEMİ
Özel Central Hospital	İzmir	Acil servis	Hemşire	2001-2002
Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Hastanesi	Zonguldak	Genel cerrahi yoğun bakım	YB. hemşiresi	2002-2009
		Cerrahi yoğun bakım	YB. hemşiresi	2009-2011

4. EĞİTİM VE SEMİNERLER:

- 2001- Ege Üni. Edebiyat Fakültesi Öğretmenlik Formasyonu Sertifikası
2002- Ege Üni. Hastanesi EKG Kursu
2002- V. Acil Tıp Sempozyumu- 1. Acil Hemşireliği Sempozyumu
2004- Zkü. İç Hastalıkları Diyabet Ve Tedavi Eğitimi
2006- Ulusal Cerrahi Kongresi
2007- 3. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi
2008- 2. Yara Bakımı Sertifika Programı
2008- Ulusal Cerrahi Kongresi
2008- 1. Ulusal Yatağa Bağımlı Hasta Bakımı Kongresi
2008- IV. Kardiyoloji Ve Kardiyovasküler Cerrahide Yenilikler Kongresi
2008- Kardiyoloji Kongresi
2009- 12. Ulusal Hemşirelik Kongresi
2009- IV. Ulusal Yara Bakımı Kongresi Ve Bası Yarası Pansumanı Kursu
2009- ZKÜ. 1. Temel Yoğun Bakım Hemşireliği Eğitimi
2010- 4. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi
2010- 17. Ulusal Cerrahi Kongresi
2010- 7. Ulusal Dahili Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Kongresi
2010- Hasta Bakımı Ve Hasta Güvenliği Kongresi
2013- 4. Yaşam Kalitesi Kongresi

5.SÖZEL-POSTER BİLDİRİLER:

- 2000- I. Ulusal Öğrenci Hemşirelik Sempozyumu Mezuniyet Tezi Sözlü Sunum
2008- Acil Cerrahi Girişim Öncesi Tespit Edilen Nadir Görülen Sheehan Sendromlu Bir Vaka,” Ulusal Cerrahi Kongresi, pp.500, HEM-P-17, Antalya.
2010- 7. Ulusal Dahili Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Kongresi- “ZKÜ. Uyg. ve Araş. Hastanesinde Çalışan Yoğun Bakım Hemşirelerinde Tükenmişlik Düzeyi”

2013- 2. Ulusal Kùltùrlerarası Hemşirelik Kongresi- “Sağlık Yùksekokulu Öğrencilerinin Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavileri Bilme ve Uygulama Durumlarının İncelenmesi”

6.ÜYE DERNEKLER:

Ege Üniversitesi Mezunları Derneği
Türk Hemşireler Derneği
Türk Kardiyoloji Derneği
Türk Yoğun Bakım Hemşireler Derneği

