

2014

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gonca KARATAŞ BARAN

YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS TEZİ



**50 YAŞ VE ÜZERİ KADINLARIN  
KOLOREKTAL KANSERLERE YÖNELİK  
FARKINDALIK DURUMLARI VE KOLOREKTAL  
KANSER RİSK FAKTÖRLERİNİN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Gonca KARATAŞ BARAN**

**Danışman: Doç.Dr. Gül PINAR**

**Eş Danışman: Yrd. Doç. Dr. Sevil ŞAHİN**

**ANKARA, 2014**



**YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**50 YAŞ VE ÜZERİ KADINLARIN KOLOREKTAL  
KANSERLERE YÖNELİK FARKINDALIK  
DURUMLARI VE KOLOREKTAL KANSER RİSK  
FAKTÖRLERİNİN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Gonca KARATAŞ BARAN**

**Danışman: Doç.Dr. Gül PINAR**

**Eş Danışman: Yrd. Doç. Dr. Sevil ŞAHİN**

**ANKARA, 2014**

T.C.  
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
TEZ KABUL VE ONAY

**50 YAŞ VE ÜZERİ KADINLARIN KOLOREKTAL KANSERLERE  
YÖNELİK FARKINDALIK DURUMLARI VE KOLOREKTAL KANSER  
RİSK FAKTÖRLERİNİN İNCELENMESİ**

Gonca KARATAŞ BARAN

Yüksek Lisans Tezi

26.12.2014

**Tez Danışmanı Adı**

Danışman: Doç.Dr. Gül PINAR

Eş Danışman: Yrd. Doç. Dr. Sevil ŞAHİN

**Jüri Üyelerinin Adları**

Yrd. Doç. Dr. Sevil ŞAHİN

Yrd. Doç. Dr. Sena KAPLAN

Yrd. Doç. Dr. İlknur Münevver GÖNENÇ

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

**Tezi Onaylayanın Adı**

**Enstitü Müdürü**

Doç. Dr. Özen ÖZENSÖY GÜLER

Bu tezin Yüksek Lisans/Doktora derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

## **BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim. **26.12.2014**

**İmza**

**Adı-soyadı**

**Gonca KARATAŞ BARAN**

## TEŞEKKÜR

Eğitimim süresince yetişmemde büyük emekleri olan ve her aşamada değerli katkılarını benden esirgemeyen danışman hocam *Doç. Dr. Gül PINAR'a*,

Tez çalışmam boyunca yoğun ilgi gösteren, her aşamada önerilerini sunan ve yönlendiren, ayrıca 7 gün 24 saat zamanını esirgemedi bizler için harcayan eş danışman hocam *Yrd. Doç. Dr. Sevil ŞAHİN'e*,

Her zaman yardımlarını aldığım yüksek lisans dönem arkadaşlarım; *Ebru İNAN KIRMIZIGÜL, Melek KOÇ, Handan ORAL, Yeşim ASLANTÜRK* ve özellikle *Dilek ÇELİKGÖZ'e*,

Danışmanlıklarını aldığım AKEAH genel cerrahi uzmanı *Alper YAVUZ'a*, Atatürk Göğüs Hastalıkları Hastanesi diyetisyeni *Leyla AYAN'a* ve İstatistik Dünyası'ndan istatistikçi *Ahmet GÜL'e*

Eğitim sürem ve tez çalışmam boyunca desteğini aldığım eşim *Mehmet BARAN'a*, kardeşim *Nagehan KARARTAŞ'a* ve benimle birlikte yüksek lisans yapan kızım *Afra Enzel BARAN'a*

SONSUZ TEŞEKKÜRLERİMİ SUNARIM...

# İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET .....</b>	<b>iii</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>v</b>
<b>SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ.....</b>	<b>vii</b>
<b>TABLolar DİZİNİ .....</b>	<b>ix</b>
<b>1. GİRİŞ .....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>3</b>
2.1. Kolon Anatomisi.....	3
2.2. Kolon Fizyolojisi.....	3
2.3. Kolorektal Kanser Epidemiyoloji.....	4
2.4. Kolorektal Kanser Gelişim Süreci.....	5
2.5. Kolorektal Kanser Klinik Özellikleri .....	5
2.6. Kolorektal Kanser Risk Faktörleri.....	6
2.6.1. Genetik Risk Faktörleri.....	6
2.6.2. Çevresel Risk Faktörleri.....	7
2.7. Koruyucu Faktörler.....	10
2.8. Obstetrik-Jinekolojik Özellikler ve Kolorektal Kanser.....	13
2.9. Kolorektal Kanser Tarama Yöntemleri.....	15
2.10. Kolorektal Kanser Tarama Stratejileri.....	17
2.10.1. Risk Grupları.....	18
2.10.2. Risk Gruplarına Önerilen Protokoller.....	19
2.10.3. Ülkemizde Kolorektal Kanser Tarama Ulusal Programı.....	20
2.11. Kolorektal Kanserden Korunma ve Hemşirenin Rolü.....	21
2.11.1. Primer Korunma.....	21
2.11.2. Sekonder Korunma.....	22
2.11.3. Tersiyer Korunma.....	22
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM.....</b>	<b>24</b>
3.1. Araştırmanın Amacı.....	24
3.2. Araştırma Tipi.....	24
3.3. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Genel Özellikleri.....	24
3.4. Araştırmanın Evreni.....	24
3.5. Araştırmanın Örnekleme.....	25
3.6. Örneklem Seçim Kriterleri.....	25
3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	25
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu.....	26
3.9. Veri Toplama Araçları.....	26
3.10. Araştırmanın Uygulanması.....	28
3.11. Verilerin Değerlendirilmesi.....	28
3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	28

<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>29</b>
4.1. Sosyo-demografik Özelliklere İlişkin Bulgular.....	30
4.2. Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklere İlişkin Bulgular.....	31
4.3. KRK Risk Faktörlerine İlişkin Bulgular.....	36
4.4. KRK ile İlgili Farkındalık ve Uygulamalara İlişkin Bulgular.....	41
4.5. KRK Risk Faktörleri ile İlgili İfadeler Hakkındaki Görüşlere İlişkin Bulgular.....	43
4.6. KRK Risk Gruplarının Dağılımına İlişkin Bulgular.....	44
4.7. KRK Risk Gruplarına Göre Değişkenlerin Dağılımına İlişkin Bulgular.....	45
4.8. KRK Bilgi Puanına Göre Değişkenlerin Dağılımına İlişkin Bulgular.....	60
4.9. Barsak Hastalığı Öyküsüne Göre Değişkenlerin Dağılımına İlişkin Bulgular...	66
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>70</b>
5.1. Sosyo-demografik Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	70
5.2. Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	72
5.3. KRK Risk Faktörlerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	77
5.4. KRK Farkındalığı ve Uygulamalara İlişkin Bulguların Tartışılması.....	82
5.5. KRK Risk Faktörleri ile İlgili İfadeler Hakkındaki Görüşlere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	85
5.6. KRK Risk Gruplarının Dağılımına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	85
5.7. KRK Risk Gruplarına Göre Değişkenlerin Bulgularının Tartışılması.....	86
5.8. KRK Bilgi Puanına Göre Değişkenlerin Bulgularının Tartışılması.....	98
5.9. Barsak Hastalığı Öyküsüne Göre Değişkenlerin Bulgularının Tartışılması....	103
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b>	<b>106</b>
<b>7. KAYNAKLAR .....</b>	<b>109</b>
<b>8. EKLER .....</b>	<b>131</b>
<b>EK-1. Etik Kurul Onayı.....</b>	<b>131</b>
<b>EK-2. Kurum Onayı .....</b>	<b>132</b>
<b>EK-3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....</b>	<b>133</b>
<b>EK-4. Veri Toplama Formu .....</b>	<b>134</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>142</b>



## ÖZET

### **50 Yaş ve Üzeri Kadınların Kolorektal Kansere Yönelik Farkındalık Durumları ve Kolorektal Kanser Risk Faktörlerinin İncelenmesi**

Bu araştırma 50 yaş ve üzeri kadınların kolorektal kansere yönelik farkındalık durumlarının ve kolorektal kanser risk faktörlerinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın örneklemini, Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 16 Haziran-30 Temmuz 2014 tarihleri arasında Kadın Doğum Polikliniğine başvuran 50 yaş ve üstü 196 kadın oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olarak, ilgili literatür doğrultusunda geliştirilen ve altı bölümden oluşan Veri Toplama Formu kullanılmıştır. Birinci bölümde sosyo-demografik özellikler, ikinci bölümde obstetrik özellikler, üçüncü bölümde kolorektal kanser risk faktörleri, dördüncü bölümde kolorektal kanser ile ilgili farkındalık ve uygulamalar, beşinci bölümde kolorektal kanser risk faktörleri ile ilgili bilgi düzeyi, altıncı bölümde ise risk sınıflaması bulunmaktadır. Verilerin analizi için; sayı, yüzdelik, ortalama, standart sapma, iki gruplu karşılaştırmalarda; Mann-Whitney U testi, üç ve daha fazla gruplu karşılaştırmalarda Kruskal-Wallis testi, değişkenler arasındaki ilişkilerde; korelasyon analizi veya ki-kare bağımlılık testleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri olarak  $p < 0.05$  kabul edilmiştir.

Araştırma kapsamında yer alan kadınların yaş ortalaması  $57.2 \pm 7.9$ 'dur. Kadınların kolorektal kanserden korunmaya yönelik bilgi puanı ortalaması  $6.4 \pm 3.3$  (min=0, max=10)'dür. Kadınların %78.1'i kolorektal kansere yakalanma açısından kendisini riskli görmediğini, %85.7'si kolorektal kanser tarama yöntemleri konusunda bilgi sahibi olmadığını, %93.4'ü tarama yaptırmayı planlanmadığını belirtmiştir. Ayrıca kadınların %81.6'sının vasat, %16.4'ünün orta ve %2.0'inin düşük düzeyde risk grubunda olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınların; kendisinde ve birinci derece yakınında barsak hastalığı öyküsü olan, kolorektal kanser tarama yöntemleri ile ilgili yeterli bilgisi olmayan, tarama yaptırmayı planlamayan, doktoru tarafından kolorektal kanser tarama önerisi alan, kolorektal

kansere yakalanma risk algısı yüksek olan ve kolorektal kanser tarama öyküsü olan grubun kolorektal kanser risk derecesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Çalışma sonucunda araştırma kapsamına alınan kadınların azımsanmayacak düzeyde kolorektal kanser risk faktörlerini taşımalarına rağmen tarama ve korunmaya yönelik yeterli bilgiye sahip olmadıkları saptanmıştır. Bu anlamda kolorektal kanser risk faktörleri ve taramanın önemine ilişkin ileri epidemiyolojik çalışmalarının yapılması ve topluma sağlıklı yaşam davranışlarını kazandırmak için hemşirelerin danışman rollerini üstlenmesi gerektiği düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Kolorektal kanser bilgi düzeyi, kolorektal kanser farkındalığı, kolorektal kanser risk faktörleri, kolorektal kanser tarama, 50 yaş ve üzeri kadınlar.

## **ABSTRACT**

### **Review of Colorectal Cancer Awareness and Colorectal Cancer Risk Factors in Women Aged 50 Years and Over**

This study was conducted to review colorectal cancer awareness and colorectal cancer risk factors in women aged 50 years and over.

196 women aged 50 years and over who presented to Ankara Keçiören Training and Research Hospital Gynecology Polyclinic between 16 June and 30 July 2014 constituted sample of the study. A data collection form developed in line with the relevant literature and composed of six sections was used as a data collection tool. Section one includes socio-demographic characteristics, section two includes obstetric characteristics, section three includes colorectal cancer risk factors, section four includes colorectal cancer awareness and practices, section five includes level of knowledge on colorectal cancer risk factors and section six includes risk classification. Percentage, mean, standard deviation were used for data analysis, Mann-Whitney U test for two-group comparisons, Kruskal-Wallis test for three-group and multiple group comparisons, and correlation analysis or chi-square test of independence for relationships between variables. Statistical significance value was accepted as  $p < 0.05$ .

Mean age of the women in the study was found to be  $57.2 \pm 7.9$ . The mean knowledge score on prevention of colorectal cancer among the women participated in the study was  $6.4 \pm 3.3$  (min=0, max=10). 78.1% of the women stated that they do not consider themselves in the risk group for developing colorectal cancer, 85.7% mentioned that they do not have knowledge on colorectal cancer screening methods and 93.4% stated that they do not intend to undergo a screening. In our study, it was determined that 81.6% of the women were in average, 2.0% were in low and 16.4% were in moderate risk group. Among the women in the study, the risk degree for colorectal cancer was determined to be higher in the group of women who have a personal and close family history of bowel disease, no sufficient knowledge on colorectal cancer screening methods, no intention to undergo screening, received a physician's recommendation for colorectal cancer screening, stated to have a high

self-perceived risk of developing colorectal cancer and have a history of colorectal cancer screening ( $p < 0.05$ ).

Although the women included in the study have a substantial level of colorectal cancer risk factors, it was determined that they do not have sufficient knowledge on screening and protection. Accordingly, it is believed that advanced epidemiological studies should be conducted and the nurses should take consultant roles in order to provide healthy lifestyle behaviors to the society.

**Key Words:** Colorectal cancer knowledge score, colorectal cancer awareness colorectal cancer risk factors, colorectal cancer screening, women aged 50 years and over.

# SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

## Simgeler

**n:** Sayı

**%:** Yüzde

**Min:** Minimum

**Max:** Maximum

**SS:** Standart Sapma

## Kısaltmalar

**ABD:** Amerika Birleşik Devletleri

**AKEAH:** Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**BKİ:** Beden Kitle İndeksi

**BKO:** Bel-Kalça Oranı

**DM:** Diabetes Mellitus

**FAP:** Familial Adenomatous Polyposis (Ailesel Adenomatöz Polipozis)

**GGKT:** Gaitada gizli kan testi

**GLOBOCAN:** Global Burden of Cancer Study

**HNPCC:** Herediter Non Polipozis Kolorektal Kanser (Herediter Non Polipozis Kolorektal Kanser- Lynch Sendromu)

**HFAS:** Herediter Flat Adenom Sendromu

**HIV:** Human Immunodeficiency Virus (İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü)

**HRT:** Hormon Replasman Terapisi

**HT:** Hipertansiyon

**IVF:** İn Vitro Fertilizasyon

**KETEM:** Kanser Erken Teşhis, Tarama Ve Eğitim Merkezi

**KRK:** Kolorektal kanser

**KSA:** Kadın Sağlığı Araştırması

**NSAI:** Non-Steroid Antienflamatuar İlaçlar

**OKS:** Oral Kontraseptif

**TNSA:** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

**TUİK:** Türkiye İstatistik Kurumu

**TURDEP:** Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması

**WHI:** Women's Health Initiative

**WHO:** World Health Organization

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 4.1.</b> Kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı.....	30
<b>Tablo 4.2.</b> Kadınların obstetrik ve jinekolojik özelliklerinin dağılımı.....	31
<b>Tablo 4.3.</b> Kadınların obstetrik ve jinekolojik özelliklerinin dağılımı (devamı 1)...	32
<b>Tablo 4.4.</b> Kadınların menopozal özelliklerinin dağılımı.....	33
<b>Tablo 4.5.</b> Kadınların tıbbi öyküsüne ilişkin özelliklerinin dağılımı.....	34
<b>Tablo 4.6.</b> Kadınların BKİ ve son 6 ay içinde kilo değişimine ilişkin özelliklerinin dağılımı.....	36
<b>Tablo 4.7.</b> Kadınların beslenme özelliklerinin dağılımı.....	36
<b>Tablo 4.8.</b> Kadınların beslenme alışkanlıklarının dağılımı.....	37
<b>Tablo 4.9.</b> Kadınların bireysel alışkanlıklarının dağılımı.....	38
<b>Tablo 4.10.</b> Kadınların barsak özelliklerinin dağılımı.....	39
<b>Tablo 4.11.</b> Kadınların barsak hastalığı ilgi son 6 aydır mevcut olan belirtilerine ilişkin özelliklerin dağılımı.....	40
<b>Tablo 4.12.</b> Kadınların KRK ile ilgili farkındalık ve uygulamalarına ilişkin özelliklerinin dağılımı.....	41
<b>Tablo 4.13.</b> Kadınların KRK risk faktörleri ile ilgili ifadeler hakkındaki görüşlerinin dağılımı.....	43
<b>Tablo 4.14.</b> KRK risk grupları sınıflaması.....	44
<b>Tablo 4.15.</b> Kadınların KRK risk gruplarının yaşa göre dağılımı.....	45
<b>Tablo 4.16.</b> Kadınların KRK risk gruplarına göre bazı sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı.....	46
<b>Tablo 4.17.</b> Kadınların KRK risk gruplarına göre obstetrik ve jinekolojik özelliklerinin dağılımı.....	47
<b>Tablo 4.18.</b> Kadınların KRK risk gruplarına göre obstetrik ve jinekolojik özelliklerinin dağılımı (devamı 1).....	48
<b>Tablo 4.19.</b> Kadınların KRK risk gruplarına göre menopozal özelliklerinin dağılımı.....	49
<b>Tablo 4.20.</b> Kadınların KRK risk gruplarına göre tıbbi öykü özelliklerinin dağılımı.....	50
<b>Tablo 4.21.</b> Kadınların KRK gruplarına göre BKİ ve son 6 ayda kiloda değişim özelliklerinin dağılımı.....	53

<b>Tablo 4.22.</b> Kadınların KRK risk gruplarına göre beslenme özelliklerinin dağılımı.....	54
<b>Tablo 4.23.</b> Kadınların KRK risk gruplarına göre beslenme alışkanlıklarının dağılımı.....	55
<b>Tablo 4.24.</b> Kadınların KRK risk gruplarına göre bireysel alışkanlıklarının dağılımı.....	56
<b>Tablo 4.25.</b> Kadınların KRK risk gruplarına göre barsak özelliklerinin dağılımı.....	57
<b>Tablo 4.26.</b> Kadınların KRK risk gruplarına göre son 6 ayda barsak hastalığı ile ilgili belirti-bulguların varlığının dağılımı.....	58
<b>Tablo 4.27.</b> Kadınların KRK risk gruplarına göre KRK ile ilgili farkındalık ve uygulamalarına ilişkin özelliklerinin dağılımı.....	59
<b>Tablo 4.28.</b> Kadınların KRK bilgi puanına göre yaş özelliğinin dağılımı.....	60
<b>Tablo 4.29.</b> Kadınların KRK bilgi puanına göre sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı.....	61
<b>Tablo 4.30.</b> Kadınların KRK bilgi puanına göre tıbbi öykü özelliklerinin dağılımı.....	62
<b>Tablo 4.31.</b> Kadınların KRK bilgi puanına göre barsak özelliklerinin dağılımı.....	62
<b>Tablo 4.32.</b> Kadınların KRK bilgi puanına göre son 6 ayda barsak hastalığı ilgili belirti-bulguların varlığının dağılımı.....	63
<b>Tablo 4.33.</b> Kadınların KRK bilgi puanına göre KRK ile ilgili farkındalık ve uygulamalarına ilişkin bulguların dağılımı.....	64
<b>Tablo 4.34.</b> Kadınların KRK bilgi puanına göre KRK risk gruplarının dağılımı.....	65
<b>Tablo 4.35.</b> Kadınların barsak ile ilgili hastalık öyküsüne göre barsak özelliklerinin dağılımı.....	66
<b>Tablo 4.36.</b> Kadınların barsak ile ilgili hastalık öyküsüne göre son 6 ayda barsak hastalığı ile ilgili belirti-bulguların varlığının dağılımı.....	67
<b>Tablo 4.37.</b> Kadınların barsak ile ilgili hastalık öyküsüne göre KRK ile ilgili farkındalık ve uygulamalarına ilişkin özelliklerinin dağılımı.....	68



## 1. GİRİŞ

Kanser son 20 yıl içinde gelişmiş ülkelerde mortalite nedenleri arasında ikinci sıraya yükselmiş ve dünya çapında bir sağlık sorunu haline gelmiştir (1). Yeni tahminlere göre Dünya’da yeni tanı alan kanserli hasta sayısı ve kanserden kaynaklanan ölümler bir önceki tahminlere göre artmıştır. Bu şekilde kanser artış hızının devam etmesi durumunda, dünya nüfusunun artışına ve nüfustaki yaşlanmaya bağlı olarak 2025 yılında toplam 19.3 milyon yeni kanser vakası olacağı belirtilmiştir (2). Dünya çapında en fazla tanısı konulan kanserler; akciğer (1.8 milyon, toplamda %13.0), meme (1.7 milyon, %11.9), ve kolorektum (1.4 milyon, %9.7) kanseridir (3).

Kolorektal kanser (KRK) tanımı kapsamına kalın barsakta görülen tüm tümörler girmektedir (4). Her yaşta görülebilmelerine rağmen en sık 50 yaşından sonra gözlenmektedir. Ortalama görülme yaşı 63’tür. Kadın-erkek arasında görüme sıklığı açısından fark bulunmamaktadır (5).

Kanser için önemli risk faktörleri; tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik ve alkol kullanımını içerir (6, 7). KRK gelişiminde bireysel tıbbi öykü ve ailesel yatkınlıklar önemli rol oynar. Ayrıca ekzojen faktörler olarak da kırmızı etten zengin beslenme, alkol tüketimi, obezite ve sigara içimi sayılmaktadır (7-10). KRK’e karşı koruyucu faktörler arasında ise literatürde nonsteroidal antiinflatuar ilaç kullanımı, lifli besinlerin yoğun tüketimi, hormon replasman tedavisi ve fiziksel aktivite üzerinde durulmaktadır (8, 11). Uluslararası literatürde reproduktif özelliklerin ve postmenopozal hormon kullanımının KRK ile ilişkili olduğunu gösteren yayınlara rastlanmaktadır (13-16).

Kolon tümörleri yavaş büyür ve semptomatik hale geldiklerinde genellikle hastalık ileri evrede yakalanmaktadır. KRK’li hastaların sadece %40’ında erken evrede tanı konulmaktadır. KRK’deki prognoz, tanı anındaki evreyle yakından ilişkilidir (9). KRK’in tedavisi erken evrelerinde mümkün olmasına rağmen, tümör semptomları genellikle ileri evrede ortaya çıktığından mortalite oldukça yüksektir (10).

KRK'in önlenmesinde ve tedavisinde erken teşhis önemli olup, tarama programlarının KRK morbidite ve mortalitesine olumlu katkısı olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Bu nedenle asemptomatik hastalar hangi risk düzeyinde olursa olsun KRK yönünden taranmalıdır. Toplum, tarama testlerinin erken teşhise olanak sağladığı, KRK morbidite ve mortalite oranlarını düşürdüğü konusunda bilgilendirilmelidir (9). Erken tanıda amaç kanserden ölümleri azaltmak, tedavi şansını artırmak, sağkalım süresini uzatmaktır (11).

KRK tarama programları batı toplumlarında yaygın olarak kullanılmasına karşın Türkiye'de taramaya katılıma oranı düşüktür. KRK'in önlenmesinde bireylerin yeterli farkındalığa sahip olması ve KRK hakkındaki sağlık inançlarının bilinmesi, risk, engel ve yarar gibi sağlık algılarının değişmesinde hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir (12, 17, 18).

Hemşirelerin sağlığın yükseltilmesinde bireylerin sağlık eğitimine dikkatini çekme, kolorektal kanserden korunma programlarını izleme ve katılımına cesaretlendirerek hastalığın erken tanı ve tedavisinde zamanı iyi kullanma, yaşam kalitesini yükseltme ve yaşam süresini uzatmadaki etkisine ilişkin toplumu bilinçlendirme sorumluluğunu üstlenebilecekleri üzerinde durulmaktadır (18).

Hemşireler hastane ve hastane dışında toplumla yakın ilişkide bulunmaları nedeni ile, kolorektal kanser konusunda eğitim yoluyla korunmaya yardımcı olma, erken tanı ile tedavi ve bakım arayışına bireyleri motive etme ve yönlendirme fırsatını her zaman elde edebilirler.

Bu görüşten hareketle araştırma; 50 yaş ve üzeri kadınların kolorektal kanserlere yönelik farkındalık durumlarının ve kolorektal kanser risk faktörlerinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın amaçlarından biri de bu konuda diğer araştırmacıların da farkındalığını artırarak ve ileride yapılacak çalışmalara kaynak oluşturmaktır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Kolon Anatomisi**

Kalın barsak 6.5 cm kadar çap ve 1.5 m kadar boyda olan bir borudur (19). Kalın barsaklar periton içinde ve retroperitoneal alanda karaciğer, dalak, mide, duodenum, ince barsaklar, böbrekler, üreterler ve mesane gibi çok sayıda organla komşuluk göstermektedir (20).

Kalın barsak çekum, çıkan kolon, transvers kolon, inen kolon, sigmoid kolon ve rektum olmak üzere bölümlere ayrılmıştır (20). İlk bölümüne çekum adı verilir. İleum ile çekum arasında ileoçekal valv bulunur (19). Çıkan kolon, çekumdan karaciğer sağ alt lobunun alt yüzüne kadar uzanır ve burada hepatik fleksurayı yapar. Ön ve yan yüzleri peritonla örtülü olup yaklaşık 15–20 cm uzunluğundadır. Transvers kolon, hepatik fleksura ile splenik fleksura arasında uzanır ve ortalama 50 cm uzunluğundadır. İnen kolon, splenik fleksuradan sol iliak fossaya kadar uzanır. Ortalama 25 cm uzunluğunda olup, kolonun en kalın kas tabakasına sahip bölümüdür (20). İnen kolonun terminal kısmı S şeklinde olup, sigmoid kolonu yapar ve bu da, kalın bağırsağın anüsle sonlanan rektum kısmına boşalır (19). Sigmoid kolon, ortalama uzunluğu 40 cm olup, çapı 2.5 cm ile kolonun en dar yeridir (20).

### **2.2. Kolon Fizyolojisi**

Kalın bağırsağın birincil görevi fekal materyali dışkılamadan önce depolamak ve yoğunlaştırmaktır (19). Kalın barsaklar dışkı ve bazı gazları depolarlar. Her gün %90'ı su olan 600-1000 ml ileum içeriği kolona geçer. Dışkı ile atılan su miktarı 180 ml'dir. Su emilimi çekum ve çıkan kolonda olur. Kolondan sodyum, klorür, sakaroz ve laktoz da emilir (21,22). Ağızdan alınan gıdalar 4.5 saatte çekuma gelir. 6 saat içinde çıkan kolonu doldurur. 12 saatte sol fleksuraya ve 20 saatte rektosigmoide ulaşır (21).

### 2.3. Kolorektal Kanser Epidemiyolojisi

Global Burden of Cancer Study (GLOBOCAN) 2012 verilerine göre; Dünya’da toplam 14.1 milyon yeni kanser vakası gelişmiş ve 8.2 milyon kansere bağlı ölüm olmuştur. Yeni kanser vakalarının %57’si, kanserden ölümlerin %65’i, beş yıllık yaygın kanser vakalarının %48’i az gelişmiş ülkelerde meydana gelmiştir (23). Dünya’da en çok tanı konulan kanserler akciğer (%13.0), meme (%11.9) ve kolon (%9.7) iken; kanserden ölümlerin ise en çok akciğer (%19.4), karaciğer (%9.1), mide (%8.8) ve kolorektumdan (%8.5) gerçekleştiği belirtilmiştir (3).

KRK dünya çapında erkeklerde en yaygın üçüncü (746 000 vaka, %10), kadınlarda en yaygın ikinci (614000 vaka, %9.2) kanser türüdür. Olguların %55’i daha gelişmiş bölgelerde görülmektedir. Dünya çapında insidansı geniş coğrafi çeşitlilik gösterir vecoğrafik paterni kadın ve erkekte benzerdir. En yüksek insidansın Avustralya/Yenizellenda (erkek ve kadın sırasıyla; 44.8 ve 32.3/ 100 000) ve en düşük insidansın Batı Afrika’da olduğu (4.5 ve 3.8/100 000) tahmin edilmektedir. Tahmini en yüksek ölüm oranları her iki cinste de Orta ve Doğu Avrupa’da (erkeklerde 20.3/100 000, kadında 11.7/100 000), en düşük ölüm oranları Batı Afrika’dadır (3.5/100 000 erkek, 3.0 /100 000 kadın) (23). World Health Organization (WHO) Avrupa bölgesi KRK insidansı en yüksek bölgedir. Bunu WHO Amerika bölgesi takip etmektedir. WHO Afrika bölgesi en düşük insidansa sahiptir. Yüksek gelirli ülkelerde KRK insidansı, düşük gelirlilere göre daha yüksektir (24). WHO’ya göre KRK oranı en yüksek Kore Cumhuriyeti’nde görülmekte ve bunu Slovekyaya ve Macaristan izlemektedir (25).

2010’da erkek ve kadınlarda 142 570 (72 090 erkek, 70 480 kadın) yeni KRK vakası saptanmış olup bunların da, 51 370’nin KRK nedeniyle öleceği tahmin edilmektedir (26). 2012’de 1.4 milyon KRK vakası görülmüş ve 2035’de 2.4 milyon olacağı tahmin edilmektedir (27).

2013 ABD (Amerika Birleşik Devletleri) verilerine göre 73 680 (%9) erkek, 69 140 (%9) kadına koloraktal kanser tanısı konduğu ve 26 300 (%9) erkek, 24 530 (%9) kadının KRK nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir (28). 2014’de 71 830 erkek, 65 000 kadına koloraktal kanser tanısı konacağı, 26 270 erkek ve 24 040 kadının KRK nedeniyle öleceği tahmin edilmektedir. Ölümlerin üçte birinden

fazlası(%29 erkek, %43 kadın) 80 yaş ve üzeri bireylerden oluşacaktır. Yaşam boyu KRK'e yakalanma riski kadınlarda %4.7, erkeklerde %5'dir (1).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Kanser Dairesi'nin açıkladığı verilere göre 2009 yılı KRK insidansı; erkeklerde 21/100 000 ile dördüncü sırada, kadınlarda ise 13.4/100 000 ile üçüncü sırada yer almaktadır (2).

KRK vakalarının %90'ı 50 yaş üzerinde iken; 80 yaş üzerinde bu oran erkekler için %10'a, bayanlar için %15'e kadar yükselmektedir. KRK'nin yaşam boyu görülme sıklığı %2.4-5 civarındadır. Kişide var olan belli risk faktörleriyle bu oran yükselmektedir (29).

#### **2.4. Kolorektal Kanser Gelişim Süreci**

Kolorektal kanserler kolon mukozasını döşeyen epitel hücrelerinden köken alırlar. Bu hücreler besinlerle alınan kimyasallar, bakteriler ve bunların ürettiği kimyasal faktörler gibi toksik ve karsinojenik olabilen etkenlerle temas halindedir. Bu faktörlerin ve bazı kalıtsal genetik faktörlerin etkisiyle epitel hücrelerinin yenilenme hızı artar. Hızla çoğalan hücrelerde olgunlaşma yetersizlikleri, displastik hücre ve neoplastik hücreye dönüşüm gerçekleşebilmektedir (4). Kolorektal karsinom patogenezinde dengesiz beslenmeye bağlı koruyucu maddelerin eksikliği ve karsinojenik etkenlerin, kolon mukoza epitel hücrelerinde rejenerasyon direncinin ve mukus kalitesinin kaybına neden olduğu ve bunun genetik ve somatik mutasyonlarla kalıcı hale gelmesi sonucunda karsinogenezis başladığı bildirilmiştir (30).

#### **2.5. Kolorektal Kanser Klinik Özellikleri**

Kolon kanserli hastaların çoğu, semptomlar ortaya çıktıktan sonra tanınmaktadır (31). Farklı çalışmalarda KRK varlığını gösteren genellikle 10-15 adet belirti bildirilmiştir. Bunlar, abdominal ağrı, gaita özelliğinin değişmesi, anoreksi, diyare, kabızlık, yorgunluk, gaita ile mukus gelmesi, bulantı veya kusma, tıkanma bulguları, gözle görülür rektal kanama, rektal ağrı ve tenesmustur. Literatürde

'barsak alışkanlığında değişiklik' olarak ifade edilen durum aslında ishal, kabızlık ve gaita özelliğinin değişmesi olarak anlaşılmalıdır (32).

Klinik bulgular genellikle daha çok primer tümörün yerleştiği lokalizasyona göre ortaya çıkmaktadır (33). Kalın barsağın sağ tarafındaki tümörlerde gözlenen belirtiler dışkı ile birlikte fark edilmeyen kan kaybı ve bu kanamaya bağlı kansızlık, halsizlik, nefes darlığı, çabuk yorulma, dışkılama alışkanlarında değişikliklerdir. Zaman zaman kabızlık ve ishal atakları, karın ağrısı, karında şişkinlik, kilo kaybı diğer bulgulardır (5). Sağ kolon kanserinde ayrıca müphem karın ağrısı, kilo kaybı ve batında kitle görülebilmektedir (31). Kalın barsak tümörlerinin en sık yerleşim yeri sol tarafdır, burası da kalın barsağın dar yerlerindedir. Bu yüzden sol taraf tümörlerinde barsak tıkanıkları karşımıza daha çok çıkmaktadır. Rektum tarafında yani makata yakın kısımdaki tümörlerde en sık bulgu, dışkıya kan bulaşmasıdır (5).

Kolon kanserli hastaların bir kısmı kolonik tıkanma ve perforasyon gibi akut semptomlarla hekime başvurabilirler. Kolonik tıkanma ileri evre tümörlerde ve özellikle de yaşlı hastalarda görülmektedir (31).

## **2.6. Kolorektal Kanser Risk Faktörleri**

### **2.6.1. Genetik Risk Faktörleri**

Genetik faktörler hakkında yapılan çalışmalar, KRK oluşumunda %35 oranında kalıtsal faktörlerin rol oynadığını göstermektedir (34).

Ailede veya kişide adenom/KRK öyküsü hastalığın taramalarında önemli role sahiptir (9). Ailesinde KRK görülmeyen bir kişide, hayatı boyunca KRK gelişme riski ortalama %6'dır. Birinci dereceden akrabalarının (anne, baba, kardeş) en az birinde KRK bulunan bireylerde ise, KRK gelişme riski iki kat artmıştır (%12). İki'den fazla birinci derece akrabasında kanser mevcutsa, bu risk üç kattan daha fazladır (%35) (35).

Genetik geçiş yolları ve bozuklukları ile bilinen kalıtsal kolorektal kanser riski ise yaklaşık %5 kadardır (4). Ailesel Adenomatöz Polipozis (FAP) ve Hereditör Non Polipozis Kolorektal Kanser (HNPCC) en önemli ikisidir (36). HNPCC sıklıkla

sağ kolonda ve sporadik kanserlere göre daha gençlerde (35-45 yaş arası) gözlenir. Bu sendromda hastalarda over, endometriyum, deri ve diğer gastrointestinal tümörlere de sık rastlanılır. Tümörler genelde büyüktür ve çevre sağlam dokuları iterek yayılım yaparlar (4). FAP zemininde gelişen kanser; tüm kolorektal kanserlerin %1'inden azı FAP ve FAP' ın bir türü olan Herediter Flat Adenom Sendromunu (HFAS) içerir (4).

On yıl ve daha uzun süreli, yaygın ve şiddetli inflamasyon gösteren ülseratif kolit olgularında kanser izlenebilmektedir. Bu vakalarda aynı anda birden çok kanser odağı görülebilir. İnflamatuvar barsak hastalığı zemininde gelişen kanserler, tüm kolorektal kanserlerin %1'inden daha azını oluşturmaktadır (4).

### **2.6.2. Çevresel Risk Faktörleri**

Birçok çevresel kökenli hastalıkta olduğu gibi KRK gelişiminde de yaşam tarzı, maruziyet hikayesi önem taşımaktadır (30).

Düşük ve orta gelir grubundaki ülkelerin nüfuslarının artışı ve yaşlanması, yaşam tarzındaki batılılaşma ve tütün içimindeki hızlı artış ile birlikte kanser yükündeki dramatik değişimlere katkıda bulunmaktadır (37).

#### **2.6.2.1. Obezite ve Sedanter Yaşam**

Obez ve sedanter hayat süren bireylerde, diğer kanserler gibi, KRK gelişme riski de artmaktadır (35). Yaşam biçimiyle ilgili faktörler arasında obezitenin kolorektal kanser riskinde artışla ilişkili olduğu düşünülmektedir; ancak, obezitenin etkileri anatomik bölge ve cinsiyete bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir. Asıl olarak kolon ve belirgin şekilde daha az düzeyde rektum kanseri için geçerli olsa da düşük fiziksel aktivite de risk artışıyla ilişkilendirilmektedir. Bu nedenle, düzenli fiziksel aktivite ve fazla kilo yüklemesinden kaçınılması, bu hastalığın önlenmesinin en etkin yollardan biri olabilir (38).

#### **2.6.2.2. Alkol**

Meme ve kolorektal kanserlerin alkol içimiyle nedensel bağlantısı ancak yakın zamanda belirlenmiştir ve ortaya çıkaracağı sonuçlar henüz tam olarak bilinmemektedir. Alkol içiminin kanserojen etki mekanizması henüz tam olarak aydınlatılamamıştır ancak muhtemel hipotezler arasında asetaldehit'in genotoksik etkisi, östrojen seviyelerinde yükseliş, başka kanserojenler için solvent rolü oynaması, reaktif oksijen ve nitrojen türlerinin üretimi ve folat metabolizmasının değişmesi bulunmaktadır (39).

#### **2.6.2.3. Sigara**

Sigara kullanımı, 40 yıllık bir indüksiyon süresine sahip olduğu ileri sürülse de son çalışmalar neticesinde kolorektal karsinogenez sürecinde rol oynadığı düşünülen yaşam biçimiyle ilgili değiştirilebilir başlıca faktörlerden biridir (38). Sigara içimi hem KRK için artmış riskle hem de KRK'den ölümlerle ilişkilendirilmiştir. Bir meta-analizde sigara içenlerde içmeyenlere göre KRK gelişme riskinde artış görüldüğü belirlenmiştir (40). Sigara içimi ayrıca adenomatöz polip ve yüksek riskli polip (büyük ve displazik özellikte) gelişimi için de risk faktörüdür (41).

#### **2.6.2.4. Diabetes Mellitus (DM) ve İnsülin Direnci**

Diabet; endometriyal, kolorektal, karaciğer ve muhtemelen pankreas kanserlerinde yüksek riskle ilişkilidir (42). Toplam 2 593 935 vaka içeren 15 çalışmadan (altı vaka-kontrol, dokuz kohort) oluşan bir meta-analizde KRK riskinin diabetiklerde, diabeti olmayanlara göre %30 civarında fazla olduğu görülmüştür (43).

#### **2.6.2.5. Kolesistektomi**

Klinik bulgular tam olarak desteklemese bile, kolesistektomi uygulanmış bireylerde kolon kanseri sıklığının arttığına dair gözlemler mevcuttur (35). Kolesistektomiyle sağ kolon kanserleri arasındaki ilişki bazı çalışmalarda gösterilmektedir. Kolesistektomi sonrası 33 yıl takip edilen 278 460 hastada sağ



kolon tümörlerinde topluma göre hafif bir artış görülmüştür (1.16 kat). Bu artış sol kolon tümörlerinde görülmemiştir (44).

#### **2.6.2.6. Koroner Arter Hastalığı**

Koroner arter hastalığı, KKK için bir risk faktörüdür (45). Bu ilişkide altta yatan neden açık olarak görülmesi de, hastalıkların ortak risk faktörlerini paylaşmaları risk artışının nedeni olabilir (46).

#### **2.6.2.7. Yaş**

Yaş, KKK için önemli bir risk faktördür. İnsidans 50 yaşından sonra belirgin şekilde artmaya başlar. KKK olgularının %90'ı bu yaştan sonra görülmektedir (35).

#### **2.6.2.8. Beslenme**

Beslenmenin tüm yaygın kanserler arasında en çok KKK riski üzerinde etkisi vardır. Çünkü kolorektal mukoza, gıda bileşenleriyle doğrudan temas halindedir ve aynı zamanda beslenmeye bağlı metabolik ve fizyolojik değişikliklere maruz kalmaktadır (38).

Hayvani yağ ve kırmızı etten zengin, fiberden fakir, yüksek kalorili diyetle beslenen gelişmiş toplumlarda KKK daha sık görülmektedir (35).

Çok sayıda kaynak uzun süreli kırmızı et veya işlenmiş et tüketiminin artmış KKK riskiyle ilişkili olduğunu göstermektedir (47-50).

Gıdalarda doymuş ya da çoklu doymamış yağların fazla olması, KKK gelişimini arttırmaktadır. Oysa oleik asitten zengin diyet (zeytinyağı, balık yağı vb.) ile beslenenlerde bu risk artmamaktadır (35).

Diyetteki yağ miktarının artışı, karaciğerde kolesterol ve safra asidi sentezini uyarmakta ve bu sterollerin kolona geçişi artmaktadır. Kolon bakterilerinin etkisi ile artan miktarlarda sekonder safra asitleri ve diğer toksik metabolitler ortaya çıkarak kolon mukozasına olumsuz etki yapmaktadırlar (35).

Kafein tüketimiyle KRK riski arasındaki bağlantı net değildir (9).

### **2.6.2.9. Radyoterapi**

Geniş veritabanlı bir çalışmada prostat kanseri için radyoterapi tedavisi almanın, rektal kanserle bağlantılı olduğu görülmüştür (51). Özellikle prostat, serviks ve vaginal kanser nedeniyle pelvik radyasyona maruz kalanlarda da rektum kanseri gelişme riskinde artış vardır. Bu süreç ortalama 15 yıl almaktadır (35).

### **2.6.2.10. HIV (Human Immunodeficiency Virus)**

Bazı yayınlar HIV pozitif hastalarda kolorektal neoplazi riskinin arttığını göstermektedir (52, 53).

## **2.7. Koruyucu Faktörler**

### **2.7.1. Diyet**

Gıda ve beslenme kolon ve rektum kanserinin oluşumu ve önlenmesinde önemli bir role sahiptir (36). Diyete yönelik tedbirlerle KRK'ların %80'e varan oranlarda önlenileceği öngörülmektedir (35).

Mevcut literatürüne ağırlıklı bir kısmı alkol, kırmızı/işlenmiş et ve rafine karbonhidratlar açısından fakir ve meyve, sebze, tam tahıllar ve diyet lifleri açısından zengin bir beslenmenin kolorektal kanserin önlenmesine yardımcı olabileceğini düşündürmektedir (38).

Nişastalı olmayan sebzeler, meyveler, D vitamini içeren gıdaların kolorektal kansere karşı koruduğuna dair kanıtlar vardır (36).

Lifli gıda tüketimiyle, kolon adenomları ve KRK riskindeki azalma dört geniş epidemiyolojik çalışmayla gösterilmiştir (54-57). Ancak iki randomize kontrollü çalışmada, lifli gıdayla beslenmeyle KRK arasında bir ilişki bulunamamıştır (58, 59). Diyet veya tahıl liflerinin KRK'ı önleyici rolü tartışmalıdır ancak, son bulgular yüksek tüketim oranı ile negatif ilişkili olduğunu düşündürmektedir (38).

### **2.7.2. Folik Asit**

Hayvan ve insan çalışmalarında folik asitin kolon da dahil pek çok dokunun kanserini önlediği gösterilmiştir (60). Folik asitin koruyucu etkisinin vitamin desteğine göre, diyetle alımıyla daha fazla ortaya çıktığı gösterilmiştir (61).

### **2.7.3. B6 Vitamini (Pridoksin)**

Kaynaklar pridoksin alımıyla KRK riskinde azalma olduğunu bildirmektedir (62).

### **2.7.4. Kalsiyum**

Yüksek kalsiyum ve D vitamini tüketiminin de kolorektal kanserden oruyucu olduğu rapor edilmiştir; ancak, kalsiyum desteğiyle ilgili olarak adenom rekürrensine ilişkin bazı müdahale çalışmalarından elde edilen mütevazı bulgular dışında kesin sonuçlara varmak için yeterli kanıt halâ mevcut değildir (38).

Oral yolla alınan kalsiyumun, mukozal proliferasyonu uyaran iyonize yağ asitleri ve safra asitleriyle barsak lümeninde birleşerek, onları emilemeyen kalsiyumlu bileşikler haline getirdiği, ayrıca safra asitleri ve fosfatların kolonik atılımını arttırdığı düşünülmektedir (35).

### **2.7.5. Magnezyum**

İsveç'teki bir çalışmada, kadınlarda magnezyum alımıyla KRK riski arasında ters orantılı bir ilişki saptanmıştır. Daha yüksek miktar magnezyum alan kadınlarda KRK riski %40 daha az görülmüştür (63).

### **2.7.6. Sarımsak**

Sarımsak, süt ve kalsiyum tüketimi, muhtemelen kolorektal kansere karşı korur (36). Gözlemsel çalışmalarda sarımsak tüketiminin KRK'li hastalarda kolon

adenomu gelişimini azalttığı görülmüştür. Fakat bu konuda daha fazla sayıda prospektif çalışmaya ihtiyaç vardır (64).

### **2.7.7. Balık**

Gözlemsel çalışmalarda omega 3 yağ asiti (özellikle balık yağı) tüketiminin KRK insidansını azalttığı görülmüştür. Prospektif kohort çalışmaları içeren bir meta-analizde daha fazla balık tüketiminin daha düşük KRK insidansıyla beraber olduğu görülmüştür (65).

### **2.7.8. Fiziksel Aktivite**

Düzenli fiziksel aktivitenin kolon kanserini %50 oranında azalttığı bildirilmiştir. Bu olumlu sonuç bireylerin orta düzeyde bile olsa bir fiziksel aktiviteye devam etmeleri ile bile gözlenebilmiştir. Bu konuda yapılan bir çalışma ile, haftada 3-4 saat yürüyüşün bile kolon kanseri riskine karşı koruyucu olabileceği savunulmaktadır (66).

Çoğu kaynağa göre düzenli fiziksel aktivite KRK'den korunmada önemlidir. Elli iki çalışmanın meta-analizinde yüksek fiziksel aktivitesi olanlarla düşük fiziksel aktivitesi olanlar karşılaştırıldığında KRK riskinde %24'lük bir azalma olduğu görülmüştür (67).

### **2.7.9. İlaçlar**

Gözleme dayalı araştırmalardan elde edilen kanıtlar, non-steroid antienflamatuar ilaçların (NSAI), özellikle aspirinin uzun süreli kullanımının kolorektal kanser riskini azaltabileceğini göstermektedir (38).

Hormon replasman tedavisi KRK'de azalmış riskle orantılıdır (68). Kadınlarda, hormon replasman terapisi (HRT) kolorektal kanser riskinin azalmasıyla ama aynı zamanda meme kanseri ve koroner kalp hastalığı ve tromboemboli olgularının artışıyla ilişkilendirilmiştir ve bu da söz konusu tedavinin herhangi bir

kolorektal kanser önleme stratejisinde kullanımını pratik olmaktan çıkarmaktadır (38).

Statinlerle yapılan gözlemsel çalışmalarda, beş yıl süreyle kullanımlarının, kolorektal kanser oluşumunu belirgin olarak azalttığı gösterilmiştir (69).

### **2.7.10. Antioksidanlar**

Kalsiyum, selenyum, A, C, E vitamini ve karotenoidlerin kullanımının, KRK gelişim riskini azalttığı ifade edilmektedir (35). Çeşitli girişimsel çalışmalar antioksidanların kolorektal adenomlardan korunma üzerine faydalı olduğunu bildirmektedir. Kolorektal adenomlardan primer ve sekonder korunmada antioksidanların etkisi, sekiz kontrollü çalışmanın meta-analizindeyse gösterilememiştir (70).

## **2.8. Obstetrik-Jinekolojik Özellikler ve Kolorektal Kanser**

Kadınlarda en sık görülen birinci kanser türü meme, ikincisi kolorektal kanserdir (24). Sosyolojik değişimler (özellikle kadınlarda ilk doğum yaşının artışı ve azalan doğurganlık oranı) bilhassa meme ve kolorektal kanserde büyük artışlara yol açmaktadır (37). İlk doğum yaşının ilerlemesiyle KRK riskinde artış olduğunu gösteren yayınlar mevcuttur (13, 14). Rahibelerde KRK'in artışının gözlenmesiyle başlayarak, kolorektal karsinogeneziste hormonal ve üremeyle ilgili faktörlerin rol oynadığı ileri sürülmüştür (71).

Çalışmalardaki kanıtlar seks hormonlarının (özellikle östrojen) kolorektal kanser karsinogenezde koruyucu rol oynayabileceğini göstermektedir. Östrojen indirekt olarak, ikincil safra asit yapımının azalması, dolaşımda insüline benzer büyüme faktörü- I (IGF- I)'in azalması ile ve direkt olarak kolonik epitel hücre büyümesini düzenleyerek ve östrojen reseptörüne bağlanarak kolorektal tümör hücre çoğalmasının inhibe edilmesi gibi çeşitli mekanizmalarla bunu sağlamaktadır (72,73).

Meme ve endometriyum kanserlerinden farklı olarak kadınlarda, östrojen hormonunun kolon kanserine karşı koruyucu olduğu bildirilmiştir. Ancak, obezite ve östrojen arasındaki denge de kolon kanserini tetikleyebilir. Beden Kitle İndeksi (BKİ) değeri yüksek olan pre veya postmenapoz dönemindeki östrojen alan kadınlarda kolon kanseri riski artmaktadır (66).

Birçok sistematik çalışma ve meta-analiz göstermiştir ki oral kontraseptif (OKS) kullanımı ve HRT kullanımı gibi bazı reproduktif özellikler KRK riskini azaltabilir (72). Fernandez'in yayınlanmış meta analizinde, OKS kullananlarda KRK gelişme riskinde %18 oranında azalma olduğu tespit edilmiştir (74). Birçok epidemiyolojik araştırma östrojen replasman tedavisinin postmenopozal dönemde kadınlarda kolon kanser riskini %30–40 azalttığını göstermiştir. 5 yıldan uzun östrojen replasman tedavisi görmüş kadınlarda, yeni başlayanlara oranla risk azalması belirginleştiği gibi kolon poliplerinin insidensi ve boyutları üzerinde de koruyucu etkisi gözlenmiştir. HRT'nin koruyucu etkisini destekleyen kanıtların yanısıra anti-östrojen tedavinin KRK riskini artırabileceği yönündeki görüşler de östrojen reseptörlerinin önemini vurgulamaktadır (75).

Çalışmalar daha önce jinekolojik kanser (over, endometriyum, serviks) tanısı almış kadınlarda KRK gelişme riskinin arttığını göstermektedir. Özellikle erken yaşta görülen endometrium ve over kanseri, sonraki dönemde KRK riskini artırabilmektedir (76).

Meme kanseri ve kolon kanseri arasındaki mortalite ilişkisi ve meme kanserli kadınlarda kolon kanserinin görülme sıklığının yüksek olması, etiyojide ortak faktörlerin düşündürür. Meme kanserinde olduğu gibi kolon kanserinde de parite artışının koruyucu etkisi, seks steroid hormonlarının ortak bir rolü olduğunu akla getirmektedir (75).

HNPCC-Lynch sendromu, kalıtsal kolorektal kanserlerin %5-6 oranında en önemli grubunu oluşturur. HNPCC erken yaşta KRK gelişmesi dışında, endometrium, over, hepatobiliyer sistem, böbrek, üreter, mide, incebarsak gibi çok sayıda organda da kanser gelişmesi ile karakterize bir sendromdur (77). Kolorektum ve endometriyum HNPCC'den en sık etkilenen iki organdır (78). Lynch sendromlu kadınlarda kolorektal kanserlerin ve endometrium kanserinin birlikte görülme riski

yaklaşık %60'dır (79). HNPCC mutasyonu taşıyıcılarda yaşam boyunca kolorektal kanser gelişme riski %30-70, endometrial kanser gelişme riski %30-60'dır (80). Kolorektal kanserle ilişkili HNPCC'li kadında yaşam boyu over kanseri görülme riski %12'dir (81).

Primer kolon kanseri olan kadınların %3-8'inde over metastazı görülmektedir (82). Genel olarak kadın reproduktif sistem organlarından overler, metastazdan en çok etkilenen organdır. Over metastazının insidansı, kolorektal tümörün rezeksiyonu sırasında postmenopozal kadınlarda bilateral ooforektomi yapmayı gerektirecek kadar yüksektir (75).

## **2.9. Kolorektal Kanser Tarama Yöntemleri**

Kolorektal kanserlerde tarama amacıyla birçok yöntem uygulanabilir. Kolorektal kanser taramasında basit, ucuz ve kolay yapılabilen testlerden; pahalı, uygulaması özel eğitim gerektiren gelişmiş metotlara kadar değişen yelpazede birçok tarama testi vardır. Bunlardan en önemlileri ve tarama testi olarak kullanılanları şunlardır:

- Dijital rektal muayene (rektal tuşe)
- Gaitada gizli kan testi
- Çift kontrastlı kolon grafisi
- Rijit veya fleksible sigmoidoskopi
- Kolonoskopi
- Sanal kolonoskopi

### **2.9.1. Dijital Rektal Muayene (Rektal Tuşe):**

Kalın barsağın son kısmı rektumda makattan sonraki ilk 8 cm'de yerleşmiş kanserlerin parmakla yapılan muayene (rektal tuşe) ile saptanması mümkündür (83).

### **2.9.2. Gaitada Gizli Kan Testleri (GGKT)**

Dışkıda gözle görülemeyecek kadar az miktardaki kanın olup olmadığını tespit etmek için kullanılan bir testtir. Testin avantajları kolay yapılabilir, ucuz ve non-invaziv olmasıdır (84).

Asemptomatik erken KRK'in saptanmasında oldukça yararlı bir test olduğu çeşitli çalışmalarda bildirilmiştir. Yüksek risk grubundaki bireylere yılda bir GGKT yapılması ile KRK mortalitesinde %31 ile 57 oranında azalma olduğu gösterilmiştir. GGKT'nin sensitivitesinin %30–92, spesifitesinin %90–99 oranında olduğu literatürde bildirilmiştir (85).

GGKT'nin bazı dezavantajları vardır. GGKT genelde kanama yapmayan poliplerin taranmasında iyi bir seçenek değildir. Testin yüksek dereceli poliplerden çok kansere karşı duyarlılığı daha fazladır (86).

### **2.9.3. Çift Kontrast Baryumlu Enema (ÇKBE)**

Bu tetkikte barsak mukozası baryumla sıvanır, rektal kateterle kolona hava verilir ve floroskopi altında çok sayıda grafi çekilir. Hastalarda tetkik öncesi barsak hazırlığı yapılmalıdır. Sedasyon genellikle yapılmaz. Hastalar işlem sırasında kramp tarzı ağrılar hissedebilirler, fakat işlem sonrasında işe dönebilmektedirler (86).

Yapılan çalışmalarda çift kontrastlı kolon grafisinin sensitivitesinin %80 ile %95 arasında olduğu; spesifitesinin ise yaklaşık %90-95 arasında olduğu bildirilmiştir. Bir çalışmada kolonoskopi ile tespit edilen adenomatöz poliplerin ancak %39'unun kolon grafisi ile tespit edilebildiği gösterilmiştir (87). Retrospektif çalışmalar ÇKBE'nin KRK'nin %15-22'sini kaçırdığını göstermektedir (88).

### **2.9.4. Sigmoidoskopi**

İşlem sedasyon gerektirmeden yapılabilmektedir. En önemli komplikasyon perforasyondur. Sigmoidoskopideki perforasyon oranı %0.08'dir (89). Küçük adenomlar sigmoidoskopide alınabilirken, 1 cm'den büyük adenomlar sigmoidoskopi sonrası yapılan kolonoskopide alınırlar (86).



Teknik zorluklarla ilişkili olarak özellikle kadınlarda ve yaşlılarda sigmoidoskopinin yeterli derinliğe ulaşması engellenebilmektedir (90). Sigmoidoskopinin ulaşabildiği mesafede kolorektal kanserlerin üçte ikisi saptanmaktadır (91).

### **2.9.5. Kolonoskopi**

Kolonik mukozanın direk görülmesi, biyopsi olanağı, polip ve lokal tümörlerin çıkarılmasına olanak sağlaması ile diğer testlere göre avantajlıdır. Amerikan Gastroenteroloji Koleji kolonoskopiyi ulaşılabilirliğinin olduğu yerlerde tercih edilen tarama testi olarak belirtmektedir (92).

Kolonoskopi ile taramanın sigmoidoskopi ile taramaya göre riski daha fazladır (89). Perforasyon ve major kanama gibi major komplikasyonların oranı %0.1'dir (93-95).

### **2.9.6. Rijit Rektoskopi**

Rijit rektoskopi tarama testlerinin temelini oluşturmaktadır. 25'lik rijit rektoskop ile kolorektal kanserlerin %35 ile %45'i tespit edilmektedir (31).

### **2.9.7. Bilgisayarlı Tomografi ile Kolonografi (Sanal Kolonoskopi)**

Bilgisayarlı Tomografi ile Kolonografi'deki uygulamalar içinde oral kontrast verilmesi, karbondioksitle barsağın açılması, multidedektör-ince kesitli Bilgisayarlı Tomografi tarayıcılar kullanılması, iki ve üç boyutlu polip araması yapılması sayılabilir (96).

## **2.10. Kolorektal Kanser Tarama Stratejileri**

Tarama programlarına; hastaların kişisel, ailesel risk faktörleri ve medikal öyküleri değerlendirilip hastaların risk grupları sınıflandırılarak başlanmalıdır. Böylece kişiye uygun tarama yöntemleri de tanımlanabilir. Tüm tarama

yöntemlerinin avantaj ve dezavantajları belirlenmeli ve tarama yöntemi seçimi buna göre şekillenmelidir (97).

### 2.10.1. Risk Grupları:

KRK için risk ayrımı, bazı sorular sorularak belirlenebilir.

1. Hastada KRK yada adenomatöz polip öyküsü var mı?
2. Erkek ve kadında KRK'e predispozisyon yaratacak bir hastalık (inflamatuvar barsak hastalığı gibi) var mı?
3. Aile bireylerinde KRK ya da adenomatöz polibi olan var mı?

Bu sorulardan herhangi birine pozitif yanıt alınırsa riski artıracak spesifik durumları tanımlamak ve belirlemek için ileri değerlendirme yapılmalıdır (97).

KRK için risk grupları dört gruba ayrılabilir (84).

- Vasat risk grubu
- Düşük risk grubu
- Orta derecede risk grubu
- Yüksek risk grubu

**i. Vasat risk grubu:** Bu gruba 50 yaşın üzerinde olan, daha önceden adenomatöz polip, inflamatuvar barsak hastalığı ve aile hikayesi olmayan bireyler girmektedir. Toplumdaki her bireyin genel olarak riski bu grubu oluşturur (84, 97-100).

**ii. Düşük risk grubu:** Bu gruba 50 yaşın üzerinde (101), asemptomatik, daha önceden adenomatöz polip ve inflamatuvar barsak hastalığı hikayesi olmayan, bir ebeveyn veya kardeşinde 60 yaş üzeri kalın barsak polibi veya kanseri hikayesi olan bireyler girmektedir. Bu grubun kalın barsak kanseri olma olasılığı vasat risk grubuna göre iki kat fazladır (84, 97-100, 102).

**iii. Orta dercede risk grubu:** KKK'li hastaların %10-30'unu oluştururlar.

Bu gruptaki hastaların özellikleri şunlardır:

1. Daha önceden adenomatöz polip veya KKK hikayesi olması
2. Ailede birinci derece akrabaların bir tanesinde 60 yaşından önce adenomatöz polip veya KKK hikayesi olması,
3. Ailede bir veya daha fazla bireyde herhangi bir yaşta adenomatöz polip veya KKK hikayesi olması,
4. Hastada daha önceden meme, endometrium veya over kanseri hikayesi olmasıdır (84, 97-100, 102).

**iv. Yüksek risk grubu:** KKK'li hastaların %5-7'sini oluşturur. KKK gelişimi açısından yüksek risk grubuna giren hastalarda aşağıdaki özellikler bulunmaktadır:

1. Herediter non-polipozis kolorektal kanser hikayesi olması
2. Familial adenomatöz polipozis hikayesi olması
3. Uzun süreli inflamatuvar barsak hastalığı hikayesi olmasıdır (84, 97-102).

### **2.10.2. Risk Gruplarına Önerilen Protokoller:**

KKK tarama testlerinin kimlere ve hangi zaman aralıklarında yapılacağı özellikle ABD'de olmak üzere gelişmiş ülkelerde belirlenmiştir ve tarama programları buna uygun şekilde yürütülmektedir. KKK tarama testlerinin hangi aralıklarla ve hangi testin yapılacağı hastanın risk grubuna göre değişmektedir (101). 50 yaş üstü, asemptomatik, kişisel ve ailesel KKK ve adenom hikayesi olmayanlarda her yıl dışkıda gizli kan bakılması, beş yılda bir fleksibl sigmoidoskopi ve on yılda bir kolonoskopi yapılması şeklinde bir protokol önerilmektedir (103).

Birinci derece yakınında bir kişide KKK veya adenom hikayesi olan veya 59 yaş altı olanlarda ve birinci derece yakınında herhangi yaşta iki kişide KKK veya adenom hikayesi olanlarda kolonoskopiye 40 yaşında veya ailesinde KKK tanısı konulan yaştan on yıl önce başlanması ve her beş yılda bir tekrar edilmesi önerilmektedir (100, 103). 60 yaş ve üzeri birinci derece yakınında bir kişide KKK

veya adenom hikayesi olanlarda ve ikinci derece yakınında iki kişide KRK veya adenom hikayesi olanlarda kolonoskopiye 40 yaşında başlanması ve kolonoskopi sonucu normale on yılda bir tekrarlanması önerilmektedir (101-103).

Kişisel adenom hikayesi olanlarda; 1cm'den küçük bir veya iki adenom olanlarda kolonoskopinin beş yılda tekrarlanması, multiple adenomu olan ( $\geq 3$ ), büyük adenomu olan ( $\leq 1$  cm), patolojisi villöz komponent veya displazi içeriyorsa kolonoskopinin üç yılda tekrarlanması önerilmektedir (100, 103).

Kişisel KRK hikayesi olanlarda; rezeksiyondan bir yıl sonra kolonoskopi yapılması, bu kolonoskopinin normal çıkması durumunda üç yıl sonra tekrarlanması ve normale her 3-5 yılda bir tekrarlanması önerilmektedir (103).

HNPCC/Lynch sendromu hikayesi olanlarda doktorun görüşü alınarak 20-25 yaşlarında kolonoskopiye başlanması, 40 yaşına kadar bir-iki yılda bir tekrarlanması, 40 yaşından sonra her yıl tekrarlanması önerilmektedir. FAP hikayesi olanlarda doktorun görüşüyle fleksible sigmoidoskopi çocuk döneminde yapılması, 12. yaşta adenom taranmaya başlanması önerilmektedir. Fleksible sigmoidoskopi sonucu normale 40 yaşına kadar yıllık tekrarlanması önerilmektedir (101, 103).

Eğer genel ülseratif kolit veya Crohn hastalığı sekiz-on yıldan fazladır mevcutsa, rastgele izleme biyopsileri alınarak her bir-iki yılda kolonoskopi yapılması önerilmektedir. Eğer sol taraf ülseratif kolit 15 yıldan fazladır mevcutsa, her bir-iki yılda rastgele izleme biyopsileri alınarak kolonoskopi yapılması önerilmektedir. Displazi tanısı inflamatuvar barsak hastalığında uzman patoloğ tarafından doğrulanmalıdır (101, 103).

### **2.10.3. Ülkemizde Kolorektal Kanser Tarama Ulusal Programı**

Ülkemizin altyapısı ve olanakları göz önüne alındığında ideal yöntem iki yılda bir uygulanacak GGKT ve on yılda bir yapılacak kolonoskopi yöntemleri ile yapılacak olan taramadır (9).

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 intervallerle tekrarlanmalı ve son iki testi negatif olan 70 yaşındaki kadın ve erkeklerde tarama kesilmelidir (9).

Özel Durumlar (Yüksek Riskli ve Çok Yüksek Riskli Olgu Gruplarında) : Birinci derece akrabalarında kolorektal kanser veya adenomatöz polip öyküsü olan bireylerde normal popülasyonla aynı prosedürler 40 yaşından itibaren başlamak şartıyla, birinci derece akrabalarında erken yaşta kolorektal kanser ortaya çıkan bireylerde ise akrabalarında kanserin çıkış yaşından beş yıl önce tarama prosedürü başlamalıdır. Yukarıda ifade edilen genel durumlar dışında tarama ve izlem prosedürleri olguyu takip eden kliniklerce belirlenecektir (9).

## **2.11. Kolorektal Kanserden Korunma ve Hemşirenin Rolü**

KRK'in pozitif yöndeki başarısında; erken ve doğru kanser tanısı, hastalığın erken evresinde yapılmış, modern küratif cerrahi girişim ve toplumun, KRK'den korunma konusunda eğitilmesi büyük önem taşımaktadır. Bilindiği gibi KRK, günümüzde potansiyel olarak önlenabilir bir hastalık olarak ele alınmaktadır. KRK riskini taşıyan popülasyonda, hastalık insidansını azaltabilmek için, kansere neden olabilecek tüm faktörlerin belirlenmesine ve olabildiğince azaltılmasına yönelik üç aşamada korunmadan (Primer Korunma, Sekonder Korunma ve Tersiyer Korunma) söz edilmektedir (18, 104).

### **2.11.1. Primer Korunma**

Hastalığın altında yatan ve bilinen risk faktörlerinin saptanması ve ortadan kaldırılması olarak tanımlanabilir. Yaşamda mevcut risk faktörleri ile karşılaşılmanın engellenmesi, başa çıkılması zor bir yaklaşım olarak düşünülebilir. Ancak, yaşam biçimini değiştirme ve kemoprevensiyon yönteminin korunmaya olan büyük katkısından söz edilebilir (18, 104).

Amaç, kanser oluşumu mekanizmasını tetikleyecek, karsinogenezis işlemi başlatabilecek olan her türlü kanser yapıcı madde ve oluşumla teması engellemektir. Teması engellemede sağlık eğitimi ile hemşirelere önemli sorumluluklar

düşmektedir. Hemşireler sağlık danışmanlığı yapabilir, iyi sağlık alışkanlıkları kazandırabilir, sigara ya da sağlıksız beslenme gibi kötü alışkanlıkları azaltma ve bırakma konusunda bireylere yardımcı olabilir. Kanserde sağlık eğitimi, özellikle kanserle ilgili olduğu düşünülen risk etmenleri ve bu etmenlerle karşılaşmayı azaltma ya da önlemeyi içermelidir (105, 106).

Birincil korunmada öncelikle hedeflenen tüm toplumun kanser konusunda bilinçlendirilmesidir. Birincil korunmanın temelini bireysel çabalar ve eğitim oluşturmaktadır. Özellikle bireyin öz bakım uygulamaları, sağlığının korunması ve yükseltilmesinde etkin faktörler olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle aile ve toplumun kanser konusunda dikkatlerinin çekilmesi, önemi vurgulanarak bilgilendirilmesi, risk tanınması, endişe ve korkuya yer vermeyecek biçimde, öneriden çok paylaşıma öncelik verilerek uyarılmaları birincil korunmanın ana hedeflerindedir (18).

### **2.11.2. Sekonder Korunma**

Bilinen kanser kontrol girişimleri ikincil önleme anlayışı içinde yer alır. İkincil önleme morbidite ve mortaliteyi azaltacak erken tanı ve tedavi etkinliklerinde yoğunlaşır (105).

Hemşireler, sekonder korunmanın temelini oluşturan erken tanı süreci sırasında bireylere destek ve yardım sağlamadaki etkinliklerinin yanı sıra tanı konulduğunda, hastanın olduğu kadar ailenin de bilgilendirilmesi ve katılımında rol alabilirler. Tüm tanı işlemlerini açıklama, bilgilendirilmiş onamı sağlama ve iletişim yolunu açık olarak sürdürmede hemşireler önemli bir rol üstelenerek, korku ve endişeyi en aza indirmeye yardımcı olurlar (18).

### **2.11.3. Tersiyer Korunma**

Kanser hastasının optimum tedavisini yaparak, sakatlıkları azaltmak ve rehabilitasyonu sağlamak veya tedavi komplikasyonlarına bağlı olarak beklenenden erken ölmesini önlemektir (105, 106).

Tersiyer korunmada hedef; kolorektal kanserde, morbidite ve mortaliteyi azaltmaktadir. Tersiyer korunmada bireyin hastalık nedeniyle yaşayabileceği zararı en aza indirme ve kaliteli bir yaşam sürdürme temeli oluşturmaktadır. Rehabilitasyon gerekli olduğunda koşulların sağlanması ve hastanın bu konuda motivasyonu önemli faktörler arasında yer almaktadır. Burada sağlık eğitiminin en önemli rolü üstlendiği göz ardı edilmemelidir (18, 104).

Sağlık eğitimcileri ve hemşirelerin hedefi, sağlıklı yaşamı geliştirmek ve bireyleri uzun vadeli sağlık için yararlı davranışları ve uygulamaları yapmaya teşvik etmektir. Hemşireler klinikte ve diğer sağlık bakım ortamlarında uygun kanser taraması için, geçmiş sağlık öyküsünü alarak hasta değerlendirmesi yapmalıdır. Ek olarak, hasta ve ailesine kanser taraması ile ilgili uygun eğitim yapmak önemli bir hemşirelik rolüdür (107).

Kanserin erken belirtileri açısından öncelikle doktor, hemşire gibi sağlık personelinin eğitimi bu eğitimin uzmanlarca halka uygulanması özellikle meme, serviks, ağız, larinks, KRK açısından daha etkin sonuçlar vermektedir. Etkin bir kurumun varlığı yetkin personelin istihdamını da kolaylaştıracaktır. Bu nedenle ülkeye uygun programın doğru tanımlanması, programın gerektirdiği alt yapının sağlanması ancak sağlam bir kurumsal yapıyla mümkündür (108).

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma; 50 yaş ve üzeri kadınların kolorektal kanserlere yönelik farkındalık durumlarının ve kolorektal kanser risk faktörlerinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

#### **3.2. Araştırma Tipi**

Araştırma, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

#### **3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Genel Özellikleri**

Araştırma Kamu Hastaneler Kurumu Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesinde (AKEAH) 16 Haziran-30 Temmuz 2014 tarihleri arasında Kadın Doğum Polikliniğine başvuran 50 yaş ve üstü kadınlara uygulanmıştır.

AKEAH 2005 yılında hizmete girmiştir. Hastanenin yatak kapasitesi 308'dir. Hastane bünyesinde 289 hemşire, 135 sağlık memuru ve 77 ebe görev yapmaktadır. Kadın Doğum Kliniğinde 9 tane uzman doktor ve 6 tane ebe ve hemşire çalışmaktadır. Klinikte; 4 poliklinik aynı anda hizmet vermektedir. Polikliniğe başvuran hasta sayısı günlük ortalama 238'dir. Ayrıca poliklinikte, ultrason, NST (Non-stres Test) odası ve 2 adet jinekolojik muayene odası bulunmaktadır.

#### **3.4. Araştırmanın Evreni**

Çalışmanın evrenini, AKEAH Kadın-Doğum Polikliniğine başvuran 50 yaş ve üstü kadın oluşturmaktadır.



### 3.5. Araştırmanın Örneklemi

Evren bilinmiyorken örnekleme formülü aracılığı ile %95 güven ve 0.07 duyarlılıkla toplam 196 kişi ile görüşme yapılmıştır.

$$\text{Formül: } n = \frac{t^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

n: Örnekleme alınacak birey sayısı

d: Duyarlılık (0.07)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer (1.96)

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (0.5)

q: İncelenen olayın görülmemiş sıklığı (1-p)

### 3.6. Örneklem Seçim Kriterleri

- AKEAH Kadın Doğum Polikliniğine başvuran,
- 50 yaş ve üstü olan,
- İşitsel veya zihinsel bir engeli olmayan,
- İletişime ve işbirliğine açık olan,
- Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlar, araştırma kapsamına alınmıştır.

### 3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

#### 3.7.1. Bağımlı Değişkenler

Kolorektal kanseri risk grubu sınıflaması, kolorektal kanser risk faktörlerine ilişkin bilgi puanı ve barsak hastalık öyküsü bağımlı değişken olarak alınmıştır.

### 3.7.2. Bağımsız Değişkenler

Sosyo-demografik özellikler, obstetrik özellikler, KRK risk faktörleri ve KRK ile ilgili farkındalık ve uygulamalara ilişkin değişkenler bağımsız değişkenler olarak alınmıştır.

### 3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma öncesi, araştırmacı tarafından AKEAH etik kuruluna başvurulmuş ve onay alınmıştır (EK-1). Araştırma yapılacak kurum ve birim sorumlusundan onay alınmıştır (EK-2). Araştırmaya katılımda gönüllülük esas alınmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan kadınlara görüşme öncesi araştırmanın amacı, görüşme için harcayacağı zaman ve yapması gerekenler konusunda açıklama yapılmış, yazılı onamları alınmıştır (EK-3).

### 3.9. Veri Toplama Araçları

Araştırmada araştırmacı tarafından literatür (12, 17, 109-111) taranarak hazırlanan veri toplama formu kullanılmıştır (EK-4).

Veri toplama formu altı bölümden oluşmaktadır.

**Birinci bölümde;** sosyo-demografik özelliklere ilişkin sorular (7 soru) bulunmaktadır. Bu bölüm; yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, sağlık güvencesi, gelir düzeyi algısı, yaşanılan yer ile ilgili sorulardan oluşmaktadır.

**İkinci bölümde;** obstetrik özelliklere ilişkin sorular (16 soru) bulunmaktadır. Bu bölüm; menarş yaşı, ilk evlilik yaşı, evebeyn akrabalığı, ilk gebelik yaşı, gebelik sayısı, doğum sayısı, düşük sayısı, OKS kullanım öyküsü, menopoz yaşı, HRT kullanımı, hastalık ve kanser öyküsü, geçirilen tedavi ve tetkiklerle ilgili sorulardan oluşmaktadır.

**Üçüncü bölümde;** KRK risk faktörlerine yönelik sorular (20 soru) bulunmaktadır. Bu bölüm; BKİ, kilo değişimi, beslenme alışkanlığı, sigara-alkol kullanımı, düzenli egzersiz yapma, sağlık kontrollerini yaptırma, düzenli ilaç

kullanımı ve ilaç türleri, barsak alışkanlığı, kendisinde, birinci ve ikinci derece yakınında barsak hastalığının varlığı, türü ve KRK belirtilerinin varlığı ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. BKİ hesaplanırken WHO'nun sınıflaması (Zayıf <18.5 kg/m<sup>2</sup>, Normal kilolu 18.5-24.9 kg/m<sup>2</sup>, Fazla kilolu 25-29.9 kg/m<sup>2</sup>, Obez 30 ve üzeri kg/m<sup>2</sup>) esas alınmıştır (112).

**Dördüncü bölümde;** KRK ile ilgili farkındalık ve uygulamalara (8 soru) yönelik sorular bulunmaktadır. Bu bölüm; kişinin KRK açısından risk algısı, tarama önerisi alma durumu, tarama yöntemleri konusunda bilgisi, KRK taraması yaptırmayı isteme durumu, yaptırmak istemiyorsa nedeni ve hangi tarama yöntemlerini ne sıklıkta yaptırmış olduğu ile ilgili sorulardan oluşmaktadır.

**Beşinci bölümde;** KRK risk faktörleri ile ilgili ifadeler hakkındaki görüşleri (10 madde) sorgulanmaktadır. Kilolu olmak, alkol-sigara kullanımı, yaş, ailede KRK öyküsü, barsak hastalığı, düşük lif ve yüksek yağ tüketmenin KRK için risk faktörü olduğunu ve düzenli egzersiz, vitamin, antioksidan, balık yağının KRK için koruyucu olduğunu ve KRK'in kadınlar ve erkeklerde benzer oranda görüldüğünü bilme durumu sorulmaktadır. Bu bölümde bulunan KRK ile ilgili on adet ifadeden bilgi puanı hesaplanmıştır. Bu ifadelerin hepsi doğrudur. Bilgi puanı; "doğru" cevaplar için:1 puan, "yanlış" ve "fikrim yok" cevapları için:0 puan verilerek hesaplanmıştır.

**Altıncı bölümde;** risk sınıflaması bulunmaktadır. KRK için risk grupları dört gruba (vasat, düşük, orta, yüksek) ayrılmıştır. (84).

**Vasat risk grubu:** Bu gruba 50 yaşın üzerinde olan, daha önceden adenomatöz polip, inflamatuvar barsak hastalığı ve aile hikayesi olmayan bireyler girmektedir.

**Düşük risk grubu:** Bu gruba 50 yaşın üzerinde, asemptomatik, daha önceden adenomatöz polip ve inflamatuvar barsak hastalığı hikayesi olmayan, bir ebeveyn veya kardeşinde 60 yaş üzeri kalın barsak polipi veya kanseri hikayesi olan bireyler girmektedir.

**Orta dercede risk grubu:** Daha önceden adenomatöz polip veya KRK hikayesi olan, ailede birinci derece akrabaların bir tanesinde 60 yaşından önce adenomatöz polip veya KRK hikayesi olan, ailede bir veya daha fazla bireyde herhangi bir yaşta

adenomatöz polip veya KKK hikayesi olan, daha önceden meme, endometrium veya over kanseri hikayesi olan bireyler bu gruba girmektedir.

Yüksek risk grubu: HNPCC hikayesi olan, FAP hikayesi olan, uzun süreli inflamatuvar barsak hastalığı hikayesi olan bireyler bu gruba girmektedir.

### **3.10. Araştırmanın Uygulanması**

Veri toplama formu, anlaşılabilirliği ve uygularken algıda bir değişiklik olmaması amacıyla araştırmaya uygun 20 kadına ulaşılarak, ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında anlaşılmayan sorularda kelime düzeltmesi yapılmıştır. Elde edilen veriler analize dahil edilmemiştir.

Bu aşamada, araştırma kriterlerine uygun 196 kadına veri toplama formu, araştırmacının kendisi tarafından sorular açıklanarak, tıbbi terimler kadınların anlayacağı şekilde ifade edilerek, yüz yüze uygulanmıştır. Veri toplama süresi, araştırmaya katılmayı kabul eden her katılımcı için yaklaşık 15–20 dakika sürmüştür.

### **3.11. Verilerin Değerlendirilmesi**

Bu çalışmada elde edilen veriler SPSS 20 paket programı aracılığı ile analiz edilmiştir. Değişkenlere ait frekans ve yüzdesel dağılımların yanında, kategorik değişkenlerin ilişkisine Ki-Kare analizi ile, eşit aralıklı düzeyde ölçülmüş değişkenler arasındaki ilişkiye ise Pearson Korelasyon analizi ile bakılmıştır. Verilerin normallik testleri sonucunda iki grulu karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi, 3 ve daha fazla grulu karşılaştırmalarda Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Anlamlılık seviyesi olarak 0.05 kullanılmış olup,  $p < 0.05$  olması durumunda ilişkinin veya farklılığın olduğu,  $p > 0.05$  olması durumunda ise ilişkinin veya farklılığın olmadığı belirtilmiştir.

### **3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu çalışma AKEAH Kadın Doğum Polikliniğine başvuran kadınlar, bu kişilerin bireysel beyanları ve belirtilen zaman aralığı ile sınırlıdır.

## **4. BULGULAR**

Araştırmada elde edilen bulgular dokuz ana bölümde verilmiştir. Bu bölümler aşağıda sıralanmıştır:

4.1. Sosyo-demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

4.2. Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklere İlişkin Bulgular

4.3. KRK Risk Faktörlerine İlişkin Bulgular

4.4. KRK ile İlgili Farkındalık ve Uygulamalara İlişkin Bulgular

4.5. KRK Risk Faktörleri ile İlgili İfadeler Hakkındaki Görüşlere İlişkin Bulgular

4.6. KRK Risk Gruplarının Dağılımına İlişkin Bulgular

4.7. KRK Risk Gruplarına Göre Değişkenlerin Dağılımına İlişkin Bulgular

4.8. KRK Bilgi Puanına Göre Değişkenlerin Dağılımına İlişkin Bulgular

4.9. Barsak Hastalığı Öyküsüne Göre Değişkenlerin Dağılımına İlişkin Bulgular

#### 4.1. Sosyo-demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Birinci bölümde araştırmaya katılan kadınların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulguları verilmiştir.

**Tablo 4.1.** Kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

Sosyo-demografik Özellikler (n=196)	n	%
<b>Medeni durum</b>		
Evli	166	84.7
Bekar	30	15.3
<b>Eğitim durumu</b>		
Okuryazar değil	36	18.4
Okuryazar	32	16.3
İlköğretim	104	53.1
Lise ve üzeri	24	12.2
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	13	6.6
Çalışmıyor	183	93.4
<b>Sağlık güvencesi</b>		
Var	192	98.0
Yok	4	2.0
<b>Gelir düzeyi algısı</b>		
Gelirim giderimden az	71	36.2
Gelirim giderime eşit	110	56.1
Gelirim giderimden fazla	15	7.7
<b>Uzun süre yaşanılan yer</b>		
İl	164	83.7
İlçe	14	7.1
Kasaba/Köy	15	7.7
Farklı ülke (Almanya)	3	1.5

Araştırma kapsamında yer alan kadınların yaş ortalaması  $57.2 \pm 7.9$  (min=50, max=86)'dur.

**Tablo 4.1.**'de kadınların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulguları yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; kadınların %84.7'sinin (n=166) evli, %15.3'ünün (n=30) bekar, çoğunluğunun (%53.1, n=104) ilköğretim mezunu olduğu, %93.4'ünün (n=183) çalışmadığı, %98.0'ının (n=192) sağlık güvencesinin bulunduğu belirlenmiştir. Kadınların gelir düzeyi algılama durumlarına bakıldığında %56.1'inin (n=110) gelirinin giderine eşit olduğu ve %83.7'sinin (n=164) uzun süre yaşanan yerleşim yerini il olarak ifade ettikleri görülmüştür (**Tablo 4.1**).

#### 4.2. Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklere İlişkin Bulgular

İkinci bölümde araştırmaya katılan kadınların obstetrik ve jinekolojik özelliklerine ilişkin bulguları verilmiştir.

**Tablo 4.2.** Kadınların obstetrik ve jinekolojik özelliklerinin dağılımı

Obstetrik ve Jinekolojik Özellikler	n	Ort	Min	Max	SS
İlk menarş yaşı	196	13.0	10.0	16.0	1.1
İlk evlilik yaşı	194	18.5	12.0	40.0	4.2
İlk gebelik yaşı	188	20.8	13.0	45.0	4.6
OKS kullanım süresi	45	4.1	1.0	24.0	4.5
Menopoz yaşı	165	47.4	32.0	61.0	4.8
HRT kullanım süresi	18	3.2	1.0	8.0	2.4

**Tablo 4.2.**'de kadınların obstetrik ve jinekolojik özelliklerine ilişkin bulguları yer almaktadır.

Tablo ortalamaları incelendiğinde; kadınların ilk menarş yaşı  $13.0 \pm 1.1$  (min=10, max=16), ilk evlilik yaşı  $18.5 \pm 4.2$  (min=12, max=40), ilk gebelik yaşı  $20.8 \pm 4.6$  (min=13, max=45), OKS kullandığını ifade eden kadınların ortalama OKS kullanım süresi  $4.1 \pm 4.5$  (min=1, max=24) yıl, menopoz yaşı  $47.4 \pm 4.8$  (min=32, max=61) ve HRT kullandığını ifade eden kadınların ortalama HRT kullanım süresi  $3.2 \pm 2.4$  (min=1, max=8) yıl olduğu görülmektedir (**Tablo 4.2**).

**Tablo 4.3.** Kadınların obstetrik ve jinekolojik özelliklerinin dağılımı (devamı 1)

<b>Obstetrik ve Jinekolojik Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Evlilik durumu (n=196)</b>		
Hiç evlenmedim	2	1.0
En az bir evlilik yaşadım	194	99.0
<b>Ebeveyn akrabalığı (n=196)</b>		
Evet	36	18.4
Hayır	160	81.6
<b>Akrabalık derecesi (n=36)</b>		
1. derece	32	88.9
2. derece	4	11.1
<b>Gebelik durumu (n=196)</b>		
Hiç gebelik olmadı	8	4.1
En az bir gebelik oldu	188	95.9
<b>Gebelik sayısı (n= 188)</b>		
1-2	30	16.0
3 ve üzeri	158	84.0
<b>Doğum sayısı (n=188)</b>		
0-2	59	31.4
3 ve üzeri	129	68.6
<b>Düşük sayısı (n=188)</b>		
Yok	83	44.2
1	50	26.6
2 ve üzeri	55	29.2
<b>OKS kullanma öyküsü (n=196)</b>		
Evet	45	23.0
Hayır	151	77.0

**Tablo 4.3.**'de kadınların obstetrik ve jinekolojik özelliklerine ilişkin bulgularının devamı yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; kadınların %99.0'nın (n=194) en az bir evlilik yaşadığı, %81.6'sında (n=160) ebeveyn akrabalığı olmadığı, ancak %18.4'ünde (n=36) ebeveyn akrabalığının mevcut olduğu ve bu grubun %88.9'unun ebeveynlerinin (n=32) birinci dereceden akraba olduğu belirlenmiştir. Kadınların gebelik durumu incelendiğinde; %95.9'unun (n=188) en az bir gebelik geçirdiği, gebelik geçirenlerin %84.0'nın (n=158) 3 ve üzeri gebelik geçirdiği (gebelik sayısı



ort=3.5±0.8, min=1 max=4 ve üzeri, ortanca=4), %68.6'sının (n=129) 3 ve üzeri doğum yaptığı (doğum sayısı ort=3.1±1.0, min=0 max=4 ve üzeri, ortanca=3), %44.2'inde (n=83) hiç düşük yaşanmadığı (düşük sayısı ort=1.0±1.1, min=0 max=4 ve üzeri, ortanca=1) ve %77.0'ının (n=151) ise daha önce hiç OKS kullanmadığı görülmüştür (**Tablo 4.3**).

**Tablo 4.4.** Kadınların menopozal özelliklerinin dağılımı

Menopozal Özellikler	n	%
<b>Menopoza girme durumu (n=196)</b>		
Evet	165	84.2
Hayır	31	15.8
<b>Menopoz şekli (n=165)</b>		
Doğal	140	84.9
Cerrahi	25	15.1
<b>HRT kullanımı (n=165)</b>		
Evet	18	10.9
Hayır	147	89.1

**Tablo 4.4.**'de kadınların menopozal özelliklerinin dağılımı yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; kadınların %84.2'sinin (n=165) menopoza girdiği, menopoza girenlerin %84.9'unun (n=140) doğal olarak menopoza girdiği ve %89.1'inin (n=147) menopoz döneminde HRT kullanmadığı görülmüştür (**Tablo 4.4**).

**Tablo 4.5.** Kadınların tıbbi öyküsüne ilişkin özelliklerinin dağılımı

Tıbbi Öyküsü	n	%
<b>Kronik hastalık öyküsü (n=196)</b>		
Evet	141	71.9
Hayır	55	28.1
<b>Hastalık türü (n=141)*</b>		
Kalp Hastalığı	16	11.4
DM	50	35.5
HT	68	48.2
Troid Hastalıkları	25	17.7
Depresyon	9	6.4
Anemi	22	15.6
Jinekolojik hastalık**	22	15.6
Diğer***	41	29.1
<b>Kanser öyküsü (n=196)</b>		
Evet	11	5.6
Hayır	185	94.4
<b>Kanser türü (n=11)*</b>		
Endometrium	8	72.7
Over	5	45.5
Serviks	3	27.3
Cilt kanseri	1	9.1
<b>Geçirilen tetkik ve tedaviler (n=54)*</b>		
Kolesistektomi	4	2.0
IVF tedavisi	3	1.5
Histerektomi	27	13.8
Ooferektomi	23	11.7
Kemoterapi	3	1.5
Diğer****	16	8.2
Hayır geçirmedi	142	72.5
<b>Genel sağlık kontrollerini yaptırmama (n=196)</b>		
Evet	60	30.6
Hayır	136	69.4
<b>Düzenli ilaç kullanımı (n=196)</b>		
Evet	127	64.8
Hayır	69	35.2

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

\*\*Myom (n=16), over kisti (n=2), anormal kanama (n=2), memede nodül (n=2).

\*\*\*Hiperlipidemi (n=16), astım-bronşit (n=10), romatizma (n=9), osteoporoz (n=6).

\*\*\*\*Sezeryan (n=6), apendektomi (n=6), tüp ligasyonu (n=4).

**Tablo 4.5.**'de kadınların tıbbi öyküsüne ilişkin özelliklerinin dağılımı yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; araştırma kapsamına alınan kadınların %71.9'unda (n=141) kronik hastalığın mevcut olduğu ve bulunan hastalık türü ise; %35.5'inde DM (Diabetes Mellitus) (n=50), %48.2'sinde HT (Hipertansiyon) (n=68), %29.1'inde (n=41) diğer hastalıklar (hiperlipidemi, astım-bronşit, romatizma, osteoporoz) olduğu belirlenmiştir. Hastalık türüne jinekolojik hastalık cevabını verenlerin %72.7'sinde (n=16) myom mevcutken, diğer cevabını verenlerin %39.0'ında (n=16) hiperlipidemi, %24.4'ünde (n=10) astım-bronşit sorunu olduğu belirlenmiştir.

Kadınların %94.4'ünde (n=185) herhangi bir kanser öyküsü yokken, %5.6'sında kanser öyküsünün olduğu saptanmıştır. Kanser öyküsü olduğunu ifade eden kadınların %72.7'sinde (n=8) endometrium, %45.0'ında (n=5) over, %27.3'ünde de (n=3) serviks kanseri olduğu belirtilmiştir. Geçirilen tetkik ve tedavilere kadınların %72.5'i (n=142) "hayır" cevabını verirken, "evet" cevabı verenlerin %13.8'i (n=27) "histerektomi", %11.7'si (n=23) "ooferektomi" cevabını vermiştir. Kadınların %69.4'ü (n= 136) genel sağlık kontrollerini yaptırmadığını ifade etmiştir. Araştırma grubunun %64.8'i (n=127) düzenli ilaç kullandığını ifade etmiştir (**Tablo 4.5**).

Tabloda belirtilmemek üzere, genel sağlık kontrollerini yaptırdığını ifade eden kadınların (%30.6'lık grubun) yarısına yakını (%46.7, n=28) yaptırma sıklığını yılda bir olarak belirtmiştir. Düzenli ilaç kullandığını ifade eden kadınların kullandığı ilaçların %56.0'ını (n=65) antihipertansif ve %37.1'ini (n=43) antidiabetik, %11.8'ini statinler, %10.2'sini kalsiyum, %7.1'ini aspirin ve %0.8'ini NSAİ ilaçlar oluşturmaktadır.

### 4.3. KRK Risk Faktörlerine İlişkin Bulgular

Üçüncü bölümde araştırmaya katılan kadınların KRK risk faktörlerine ilişkin bulguları yer almaktadır.

**Tablo 4.6.** Kadınların BKİ ve son 6 ay içinde kilo değişimine ilişkin özelliklerinin dağılımı

BKI ve Son 6 Ay İçinde Kilo Değişimi (n=196)	n	%
<b>BKI (kg/ cm<sup>2</sup>)</b>		
Zayıf (<18.5)	0	0.0
Normal (18.5-24.99)	29	14.8
Fazla Kilolu (25-29.9)	70	35.7
Obez (30 ve üzeri )	97	49.5
<b>Son 6 ay içinde kiloda değişim</b>		
Arttı	14	7.1
Azaldı	7	3.6
Değişiklik yok	175	89.3

**Tablo 4.6.**'de kadınların BKİ ve son 6 ayda kilo değişimine ilişkin özelliklerinin dağılımı yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; kadınların %35.7'si (n=70) fazla kilolu, %49.5'i (n=97) obezdir. Son 6 ayda kilo değişimine bakıldığında; %89.3'ünün (n=175) kilosunda değişiklik olmadığı görülmüştür (**Tablo 4.6**).

**Tablo 4.7.** Kadınların beslenme özelliklerinin dağılımı

Besinlerin Haftada Tüketim Miktarı (kez/hafta)	n	Ort	Min	Max	SS
Sebze- meyve ağırlıklı	193	3.5	1.0	7.0	1.2
Protein ve yağdan zengin	174	2.0	1.0	7.0	1.1
Kırmızı et	170	1.4	1.0	7.0	0.8
Asitli içecekler (kola, gazoz vb)	57	1.5	1.0	7.0	1.3
Kafein içeren içecekler	54	1.8	1.0	7.0	1.5
Tahıllar	183	2.2	1.0	7.0	1.1
Beyaz et	188	1.4	1.0	5.0	0.6
İşlenmiş et (sucuk, pastırma, sosis vb)	75	1.3	1.0	7.0	0.8

**Tablo 4.7.**'de kadınların beslenme özelliklerinin dağılımı yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; besinlerin haftalık tüketim sıklığı ortalaması (kez/hafta); sebze meyve ağırlıklı  $3.5 \pm 1.2$  (min=1, max=7), protein ve yağdan zengin  $2.0 \pm 1.1$  (min=1, max=7), kırmızı et  $1.4 \pm 0.8$  (min=1, max=7), asitli içecekler  $1.5 \pm 1.3$  (min=1, max=7), kafein içeren içecekler  $1.8 \pm 1.5$  (min=1, max=7), tahıllar  $2.2 \pm 1.1$  (min=1, max=7), beyaz et  $1.4 \pm 0.6$  (min=1, max=5) ve işlenmiş et  $1.3 \pm 0.8$  (min=1, max=7)'dir ( **Tablo 4.7**).

**Tablo 4.8.** Kadınların beslenme alışkanlıklarının dağılımı

Beslenme Alışkanlıkları (n=196)	n	%
<b>Öğün sayısı (gün)</b>		
1-2 öğün	33	16.9
3 öğün	140	71.4
>= 4 öğün	23	11.7
<b>Tüketilen su miktarı (gün)</b>		
<3 bardak	11	5.6
3-5 bardak	53	27.1
6-10 bardak	99	50.5
>=10 bardak	33	16.8

**Tablo 4.8.**'de kadınların beslenme alışkanlıklarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; kadınların %71.4'ü (n=140) öğün sayısının 3 olduğunu belirtirken, günlük tüketilen su miktarı, %50.5 oranında (n= 99) 6-10 bardak olarak ifade edilmiştir (**Tablo 4.8**).

**Tablo 4.9.** Kadınların bireysel alışkanlıklarının dağılımı

<b>Bireysel Alışkanlıklar (n=196)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Alkol kullanımı</b>		
Evet	1	0.5
Hayır	195	95.5
<b>Sigara kullanımı</b>		
Evet	22	11.2
Hayır	174	88.8
<b>Düzenli yürüyüş ve egzersiz (En az 3 gün 20 dk/hft)</b>		
Evet	27	13.8
Hayır	169	86.2

**Tablo 4.9.**'da kadınların bireysel alışkanlıklarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; kadınların %99.5'i alkol kullanmazken, %88.8'i de sigara kullanmamaktadır. Ayrıca kadınların %86.2'si (n=169) düzenli yürüyüş ve egzersiz yapmadığını ifade etmiştir (**Tablo 4.9**).

Tabloda belirtilmemek üzere sigara kullanan %11.2'lik grubun (n=22) ortalama kullanım yılı  $26.4 \pm 11.7$  (min=3, max=40), ortalama kullanım adedi  $14.8 \pm 7.5$  (min=3, max=30)'dir.

**Tablo 4.10.** Kadınların barsak özelliklerinin dağılımı

<b>Barsak Özellikleri</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Barsak alışkanlığı (n=196)</b>		
Günde en az bir kez	146	74.5
İki günde bir kez	40	20.4
Üç-dört günde bir kez	10	5.1
<b>Barsak hastalık öyküsü (n=196)</b>		
Evet	18	9.2
Hayır	160	81.6
Bilmiyorum	18	9.2
<b>Mevcut barsak hastalığı türleri (n=18)</b>		
Polip-adenom	4	22.2
Ülseratif Kolit	1	5.6
Crohn Hastalığı	1	5.6
Barsak kanseri	1	5.6
Spastik kolon	3	16.7
Parazit	1	5.6
Hemoroid	7	38.9
<b>1. derece yakınlarında barsak hastalık öyküsü (n= 196)</b>		
Evet*	17	8.7
Hayır	163	83.2
Bilmiyorum	16	8.1
<b>2. derece yakınlarında barsak hastalık öyküsü (n= 196)</b>		
Evet**	6	3.1
Hayır	161	82.1
Bilmiyorum	29	14.8

\*barsak kanseri (n=15), polip-adenom (n=2).

\*\*barsak kanseri (n=5), polip-adenom (n=1)

**Tablo 4.10.’da** kadınların barsak özelliklerinin dağılımı yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; kadınların %74.5’i (n=146) barsak alışkanlığı seçeneklerinden günde en az bir kez defekasyona çıktığını ifade etmiştir. Kadınların %81.6’sında (n=160) barsakla ilgili hastalık öyküsü yokken, barsak hastalığı mevcut olanların %38.9’unda (n=7) hemoroid, %22.2’sinde (n=4) polip-adenom ve %16.7’sinde (n=3) spastik kolon bulunmaktadır. Araştırma grubundaki kadınlar, birinci derece yakınlarında barsak hastalık öyküsünün varlığına %83.2 (n=163) oranında “hayır” cevabı verirken, “evet” cevabı verenlerin (%8.7), %88.2’si (n=15)

birinci derecede yakınında barsak kanseri olduğunu ifade etmiştir. Aynı şekilde kadınlar, ikinci derece yakınlarında barsak hastalık öyküsünün varlığına %82.1 (n=161) oranında “hayır” cevabı verirken, “evet” cevabını verenlerin (%3.1), %83.3’ünde (n=5) barsak kanseri olduğu belirlenmiştir (**Tablo 4.10**).

**Tablo 4.11.** Kadınların barsak hastalığı ile ilgili son 6 aydır mevcut olan belirti-bulgularına ilişkin özelliklerinin dağılımı

Son 6 Aydır Mevcut Olan Belirti-Bulgular (n=196)*	n	%
Dışkılamada gelen kan	5	2.6
Dışkılama alışkanlığının değişmesi (kabızlık, ishal)	34	17.4
Rektal akıntı veya dışkıyla gelen müküs	1	0.5
Ele gelen kitle	2	1.0
Kötü kokulu gaz	4	2.0
Geçmeyen karın ağrısı/krampları	10	5.1
Anemi	19	9.7
İştahsızlık	4	2.0
Bulantı-Kusma	11	5.6
Yorgunluk	14	7.1
Hiçbir belirti-bulgu yok	129	65.8

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

**Tablo 4.11.**’de kadınların barsak hastalığı ile ilgili son 6 aydır mevcut olan belirti- bulgularına ilişkin özelliklerinin dağılımı yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; %65.8 (n=129) oranında hiçbir belirti-bulgu olmadığı sonucu elde edilmiştir. Mevcut olan en önemli bulgu; %17.4 (n=34) oranında “dışkılama alışkanlığında değişiklik”tir (**Tablo 4.11**).



#### 4.4. KRK ile İlgili Farkındalık ve Uygulamalara İlişkin Bulgular

Dördüncü bölümde araştırmaya katılan kadınların KRK ile ilgili farkındalık ve uygulamalarına ilişkin bulguları yer almaktadır.

**Tablo 4.12.** Kadınların KRK ile ilgili farkındalık ve uygulamalarına ilişkin özelliklerinin dağılımı

KRK ile İlgili Farkındalık ve Uygulamalar	n	%
<b>KRK'e yakalanma açısından risk algısı (n=196)</b>		
Riskim yok	43	21.9
Riskim var	153	78.1
<b>Doktorun KRK tarama önerisi (n=196)</b>		
Var	22	11.2
Yok	174	88.8
<b>KRK tarama yöntemleri ile ilgili bilgi sahibi olma durumu (n=196)</b>		
Evet	28	14.3
Hayır	168	85.7
<b>KRK tarama yöntemleri ile ilgili bilgi sahibi olmayı isteme durumu(n=196)</b>		
Evet	69	35.2
Hayır	127	64.8
<b>KRK taramasını yaptırmayı düşünme durumu(n=196)</b>		
Evet*	13	6.6
Hayır	183	93.4
<b>KRK taramasını yaptırmayı düşünmeme nedenleri (n=183)**</b>		
Testler ile ilgili bilgim yok	47	25.7
Kimse önermedi	61	33.3
Kanser tanısı almaktan korkuyorum	17	9.3
İşlemlerin acı vermesinden korkuyorum	28	15.3
Utaniyorum	5	2.7
Kendimi riskli görmüyorum	54	29.5
Diğer***	12	6.6
<b>KRK tarama öyküsü</b>		
En az birini yaptırdım	27	13.8
Hiçbirini yaptırmadım	169	86.2

\*KRK taramasında yaptırılması düşünülen testler: kolonoskopi, GGKT, doktor muayenesi-rektal tuşe olarak ifade edilmiştir

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

\*\*\*Şikayet yok (n=5), istemiyorum (n=5), sağlığa ulaşmada zorluk (n=2)

**Tablo 4.12.**'de kadınların KRK ile ilgili farkındalık ve uygulamalarına ilişkin özelliklerinin dağılımı yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; araştırma grubunu oluşturan kadınların %78.1'i (n=153) KRK'e yakalanma açısından kendisini riskli görmediğini, %88.8'i (n=174) doktor tarafından kendisine KRK taraması önerilmediğini belirtmiştir. Katılımcıların %85.7'si (n=168) KRK tarama yöntemleri konusunda bilgi sahibi olmadığını belirtmiştir (**Tablo 4.12.**).

Tabloda belirtilmemek üzere bilgi sahibi olanların bildiği yöntemler: kolonoskopi (n=27, %96.4), GGKT (n=3, %10.7)'dir ve bilgi kaynağı; sağlık personeli (n=27, %96.4) ve televizyon (n=3, %10.7)'dur.

Kadınların %64.8'i (n=127) KRK tarama yöntemleri konusunda bilgi sahibi olmayı istemediğini ifade etmiştir. Bunun yanında, %93.4'ü de (n=83) KRK taraması yaptırmayı planlanmamaktadır. Kadınların tarama testini yaptırmayı düşünmeme nedenleri arasında; %33.3 oranında (n=61) "kimse önermedi", %29.5 oranında (n=54) "kendimi riskli görmüyorum" cevapları yer almaktadır. Kadınların daha önce KRK tarama testi yaptırmaya öyküsüne bakıldığında, kadınların %86.2'sinin hiçbir tarama testi yaptırmadığı saptanmıştır (**Tablo 4.12.**).

Tabloda belirtilmemiş olmakla birlikte; KRK tarama testini yaptırmayı planlayanların (%6.6) yaptırmayı düşündüğü testler; kolonoskopi, GGKT, doktor muayenesi-rektal tuşe olarak ifade edilmiştir. Araştırma grubunu oluşturan kadınların daha önce yaptırdığı tarama testleri; GGKT, Kolonoskopi ve Doktor muayenesi-Rektal tuşe olarak bulunmuştur. GGKT yaptırmaya sayısı  $2.5 \pm 0.7$  (min=2, max=3) ve yaptırmaya zaman aralığı  $4.5 \pm 0.7$  (min=4, max=5) yıldır. Kolonoskopi yaptırmaya sayısı  $1.2 \pm 0.4$  (min=1, max=2) ve yaptırmaya zaman aralığı  $3.0 \pm 2.7$  (min=1, max=10) yıldır. Doktor muayenesi-Rektal tuşe yaptırmaya sayısı ise  $1.1 \pm 0.4$  (min=1, max=2) ve yaptırmaya zaman aralığı  $4.3 \pm 2.8$  (min=2, max=10) yıl olarak belirtilmiştir.

#### 4.5. KRK Risk Faktörleri ile İlgili İfadeler Hakkındaki Görüşlere İlişkin

##### Bulgular

Beşinci bölümde kadınların KRK risk faktörleri ile ilgili ifadeler hakkındaki görüşlerine ilişkin bulguları yer almaktadır.

**Tablo 4.13.** Kadınların KRK risk faktörleri ile ilgili ifadeler hakkındaki görüşlerinin dağılımı

KRK Risk Faktörleri İle İlgili Bilgiler	Doğru		Yanlış		Fikrim yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kilolu olmak KRK için bir risk faktörüdür.	142	72.4	7	3.6	47	24.0	196	100.0
Alkol kullanımı KRK için bir risk faktörüdür.	158	80.6	4	2.0	34	17.4	196	100.0
Sigara kullanımı KRK için bir risk faktörüdür.	160	81.6	3	1.5	33	16.9	196	100.0
Düzenli egzersiz yapmak KRK'den korur.	135	68.9	14	7.1	47	24.0	196	100.0
Vitamin A, C, E, Beta karoten ve selenyum gibi antioksidanlar, kalsiyum ve balık yağı KRK'den korur.	118	60.2	14	7.1	64	32.7	196	100.0
Düşük lif ve yüksek yağ tüketmek KRK için bir risk faktörüdür.	120	61.2	11	5.6	65	33.2	196	100.0
Kadın ve erkeklerde KRK benzer oranlarda görülür.	31	15.8	48	24.5	117	59.7	196	100.0
Daha önce barsak hastalığı olan bireylerde KRK riski artar.	135	68.9	5	2.5	56	28.6	196	100.0
Yaş ile birlikte KRK riski artar.	112	57.1	36	18.4	48	24.5	196	100.0
Birinci derece akrabasında KRK öyküsü olan bireylerde kanser olma riski artar.	142	72.4	6	3.1	48	24.5	196	100.0

**Tablo 4.13'**de kadınların KRK risk faktörleri ile ilgili ifadeler hakkındaki görüşleri yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; “Kilolu olmak KRK için bir risk faktörüdür” ifadesine %72.4 oranında (n=142) **doğru**, “Alkol kullanımı KRK için bir risk faktörüdür” ifadesine %80.6 oranında (n= 158) **doğru**, “Sigara kullanımı KRK için bir risk faktörüdür” ifadesine %81.6 oranında (n=160) **doğru**, “Düzenli egzersiz yapmak KRK'den korur” ifadesine %68.9 oranında (n=135) **doğru**, “Vitamin A, C, E, Beta karoten ve selenyum gibi antioksidanlar, kalsiyum ve balık yağı KRK'den korur” ifadesine %60.2 oranında (n=118) **doğru**, “Düşük lif ve yüksek yağ tüketmek KRK için bir risk faktörüdür” ifadesine %61.2 oranında (n=118) **doğru**, “Kadın ve erkeklerde KRK benzer oranlarda görülür”ifadesine %59.7 oranında (n=117) **fikrim**

**yok**, “Daha önce barsak hastalığı olan bireylerde KRK riski artar” ifadesine %68.9 oranında (n=135) **doğru**, “Yaş ile birlikte KRK riski artar” ifadesine %57.1 oranında (n=112) **doğru**, “Birinci derece akrabasında KRK öyküsü olan bireylerde kanser olma riski artar” ifadesine %72.4 oranında (n=142) **doğru** cevabı verilmiştir (**Tablo 4.13**).

Tabloda belirtilmemiş olmakla birlikte Tablo 4.13’de yer alan ifadelerden bilgi puanı hesaplanmıştır. Bu ifadelerin hepsi doğrudur. Bilgi puanı; “doğru” cevaplar için:1 puan, “yanlış” ve “fikrim yok” cevapları için:0 puan verilerek hesaplanmıştır. Araştırmaya katılan kadınların bilgi puanı ortalaması;  $6.4 \pm 3.3$  (min=0, max=10) olarak bulunmuştur.

#### 4.6. KRK Risk Gruplarının Dağılımına İlişkin Bulgular

Altıncı bölümde araştırmaya katılan kadınların kodlanan KRK risk sınıflaması özelliklerine ilişkin bulguları yer almaktadır.

**Tablo 4.14.** KRK risk grupları sınıflaması

KRK Risk Grupları (n=196)	n	%
Vasat risk grubu	160	81.6
Düşük risk grubu	4	2.0
Orta derecede risk grubu	32	16.4
Yüksek derecede risk grubu	0	0.0

**Tablo 4.14.’te** kadınların KRK risk sınıflamasına ait bulguları yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde; araştırmaya katılan kadınların %81.6’sı (n=160) vasat risk grubunda, %2.0’ı (n=4) düşük risk grubunda ve %16.4’ü (n=32) orta derece risk grubunda olduğu belirlenmiştir. Yüksek derecede risk grubunda olan kadın saptanmamıştır (**Tablo 4.14**).

#### 4.7. KRK Risk Gruplarına Göre Değişkenlerin Dağılımına İlişkin Bulgular

Yedinci bölümde; KRK risk gruplarına göre; sosyo-demografik özellikler, obstetrik ve jinekolojik özellikler, KRK risk faktörleri, KRK ile ilgili farkındalık ve uygulamalar, KRK bilgi puanı bulguları verilmiştir. Göze sayıları yeterli olmadığından KRK risk gruplarından vasat ve düşük risk grubu birleştirilmiştir.

**Tablo 4.15.** Kadınların KRK risk gruplarının yaşa göre dağılımı

	KRK Risk Grupları	n	Ort	Min	Max	SS	Sıra Ort.	Analiz*
Yaş	Vasat+ Düşük	164	57.2	50.0	86.0	7.8	98.9	z=-0.246 p=0.805
	Orta	32	57.3	50.0	81.0	8.2	96.3	
	Toplam	196	57.2	50.0	86.0	7.9		

\*Mann-Whitney U testi kullanılmıştır (p<0.05).

KRK risk grupları arasında yaş açısından anlamlı bir farklılık görülmemektedir (p>0.05). Risk gruplarının yaş ortalamaları birbirine yakın değerlerdedir (**Tablo 4.15**).

**Tablo 4.16.** Kadınların KRK risk gruplarına göre bazı sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

Sosyo-demografik Özellikler	KRK Risk Grupları						Analiz*
	Vasat+Düşük		Orta		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Medeni durum</b>							
Evli	137	82.5	29	17.5	166	100.0	Fisher's Exact p=0.424
Bekar	27	90.0	3	10.0	30	100.0	
<b>Eğitim durumu</b>							
Okur yazar değil	29	80.6	7	19.4	36	100.0	$\chi^2=3.1$ p=0.371
Okur yazar	24	75.0	8	25.0	32	100.0	
İlköğretim	91	87.5	13	12.5	104	100.0	
Lise ve Üzeri	20	83.3	4	16.7	24	100.0	
<b>Çalışma durumu</b>							
Çalışıyor	12	92.3	1	7.7	13	100.0	Fisher's Exact p=0.698
Çalışmıyor	152	83.1	31	16.9	183	100.0	
<b>Sağlık güvencesi</b>							
Var	162	84.4	30	15.6	192	100.0	Fisher's Exact p=0.125
Yok	2	50.0	2	50.0	4	100.0	
<b>Gelir düzeyi algısı</b>							
Gelirim giderimden az	61	85.9	10	14.1	71	100.0	$\chi^2 =1.9$ P=0.387
Gelirim giderime eşit	89	80.9	21	19.1	110	100.0	
Gelirim giderimden fazla	14	93.3	1	6.7	15	100.0	

\*Ki-Kare Analizi ve Fisher's Exact Test kullanılmıştır (p<0.05).

KRK risk grupları ile medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, sağlık güvence ve gelir düzeyi algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir (p>0.05). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte sağlık güvencesi olmayanların olanlara göre daha fazla oranda orta derecede risk grubunda olduğu görülmektedir (**Tablo 4.16**).

**Tablo 4.17. Kadınların KRK risk gruplarına göre obstetrik ve jinekolojik özelliklerinin dağılımı**

Obstetrik ve Jinekolojik Özellikler	KRK Risk Grupları	n	Ort	Min	Max	SS	Sıra Ort.	Analiz*
İlk menarş yaşı	Vasat+ Düşük	164	13.0	10.0	16.0	1.1	97.7	z=-0.474 p=0.636
	Orta	32	13.2	11.0	16.0	1.4	102.7	
İlk evlilik yaşı	Vasat+ Düşük	162	18.4	12.0	40.0	4.0	96.4	z=-0.639 p=0.523
	Orta	32	19.3	13.0	40.0	5.4	103.3	
İlk gebelik yaşı	Vasat+ Düşük	157	20.9	13.0	45.0	4.7	95.4	z=-0.492 p=0.623
	Orta	31	20.2	14.0	28.0	3.8	90.1	
Menopoz yaşı	Vasat+ Düşük	136	47.2	32.0	61.0	4.9	81.5	z=-0.876 p=0.381
	Orta	29	48.2	40.0	55.0	4.2	90.0	
OKS kullanım süresi	Vasat+ Düşük	38	4.2	1.0	24.0	4.8	22.6	z=-0.543 p=0.587
	Orta	7	3.7	1.0	10.0	2.9	25.4	
HRT kullanım süresi	Vasat+ Düşük	17	3.2	1.0	8.0	2.5	9.4	z=-0.494 p=0.621
	Orta	1	3.0	3.0	3.0	-	12.0	

\*Mann-Whitney U testi kullanılmıştır (p<0.05).

KRK risk grupları ile ilk menarş yaşı, ilk evlilik yaşı, ilk gebelik yaşı, menopoz yaşı, OKS ve HRT kullanım süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir (p>0.05). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte ilk menarş yaşı, ilk evlilik yaşı ve menopoz yaşı daha büyük olanların orta derece risk grubunda bulunduğu görülmektedir. Bununla birlikte ilk gebelik yaşı küçük olanların, OKS ve HRT kullanım süresi daha az olanların orta derece risk grubunda olduğu görülmektedir (**Tablo 4.17**).

**Tablo 4.18.** Kadınların KRK risk gruplarına göre obstetrik ve jinekolojik özelliklerinin dağılımı (devamı 1)

Obstetrik ve Jinekolojik Özellikler	KRK Risk Grupları						Analiz*
	Vasat+Düşük		Orta		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Evlilik durumu</b>							
Hiç evlenmedim	2	100.0	0	.0	2	100.0	Fisher's Exact p=1.000
En az bir evlilik yaşadım	162	83.5	32	16.5	194	100.0	
<b>Ebeveyn akrabalığı</b>							
Evet	34	94.4	2	5.6	36	100.0	$\chi^2 = 2.8$ p=0.092
Hayır	130	81.3	30	18.8	160	100.0	
<b>Gebelik durumu</b>							
Hiç gebelik olmadı	7	87.5	1	12.5	8	100.0	Fisher's Exact p=1.000
En az bir gebelik	157	83.5	31	16.5	188	100.0	
<b>Gebelik sayısı</b>							
1 -2	26	86.7	4	13.3	30	100.0	$\chi^2 = 0.7$ p=0.702
3	32	86.5	5	13.5	37	100.0	
4 ve üzeri	67	83.8	13	16.3	80	100.0	
<b>Doğum sayısı</b>							
1-2	49	83.1	10	16.9	59	100.0	$\chi^2 = 0.01$ p=0.993
3	41	83.7	8	16.3	49	100.0	
4 ve üzeri	67	83.8	13	16.3	80	100.0	
<b>Düşük sayısı</b>							
0	73	88.0	10	12.0	83	100.0	$\chi^2 = 3.2$ p=0.198
1	42	84.0	8	16.0	50	100.0	
2 ve üzeri	42	76.4	13	23.6	55	100.0	
<b>OKS kullanım öyküsü</b>							
Evet	38	84.4	7	15.6	45	100.0	$\chi^2 = 0$ p=1.000
Hayır	126	83.4	25	16.6	151	100.0	

\*Ki-Kare Analizi ve Fisher's Exact Test kullanılmıştır (p<0.05).

KRK risk grupları ile evlilik durumu, ebeveyn akrabalığı, gebelik durumu, gebelik sayısı, doğum sayısı, düşük sayısı, OKS kullanım öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir (p>0.05) (**Tablo 4.18**).



**Tablo 4.19.** Kadınların KKK risk gruplarına göre menopoza özelliklerinin dağılımı

Menopoza Özellikler	KKK Risk Grupları						Analiz*
	Vasat+Düşük		Orta		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Menopoza girme durumu</b>							
Evet	136	82.4	29	17.6	165	100.0	$\chi^2 = 0.6$ p = 0.408
Hayır	28	90.3	3	9.7	31	100.0	
<b>Menopoz şekli</b>							
Doğal	118	84.3	22	15.7	140	100.0	Fisher's Exact p=0.156
Cerrahi	18	72.0	7	28.0	25	100.0	
<b>HRT kullanımı</b>							
Evet	17	94.4	1	5.6	18	100.0	Fisher's Exact p=0.203
Hayır	119	81.0	28	19.0	147	100.0	

\*Ki-Kare Analizi ve Fisher's Exact Test kullanılmıştır (p<0.05).

KKK risk grupları ile menopoza girme durumu, menopoz şekli, HRT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte menopoza girmiş olanların menopoza girmemiş olanlara, cerrahi olarak menopoza girenlerin doğal olarak menopoza girenlere ve HRT kullanmayanların kullananlara göre daha fazla oranda orta derecede risk grubunda olduğu söylenebilir (**Tablo 4.19**).

**Tablo 4.20.** Kadınların KRK risk gruplarına göre tıbbi öykü özelliklerinin dağılımı

Tıbbi Öykü	KRK Risk Grupları						Analiz*
	Vasat+ Düşük		Orta		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Kronik hastalık öyküsü</b>							
Evet	116	82.3	25	17.7	141	100.0	$\chi^2 = 0.4$
Hayır	48	87.3	7	12.7	55	100.0	p=0.525
<b>Hastalık türü</b>							
<b>Kalp Hastalığı</b>							
Evet	12	75.0	4	25.0	16	100.0	Fisher's Exact
Hayır	152	84.4	28	15.6	180	100.0	p=0.303
<b>DM</b>							
Evet	36	72.0	14	28.0	50	100.0	$\chi^2 = 5.6$
Hayır	128	87.7	18	12.3	146	100.0	<b>p=0.018*</b>
<b>HT</b>							
Evet	53	77.9	15	22.1	68	100.0	$\chi^2 = 1.9$
Hayır	111	86.7	17	13.3	128	100.0	p=0.168
<b>Troid</b>							
Evet	22	88.0	3	12.0	25	100.0	Fisher's Exact
Hayır	142	83.0	29	17.0	171	100.0	p=0.773
<b>Depresyon</b>							
Evet	7	77.8	2	22.2	9	100.0	Fisher's Exact
Hayır	157	84.0	30	16.0	187	100.0	p=0.642
<b>Anemi</b>							
Evet	16	72.7	6	27.3	22	100.0	Fisher's Exact
Hayır	148	85.1	26	14.9	174	100.0	p= 0.215
<b>Kadın hastalığı</b>							
Evet	20	90.9	2	9.1	22	100.0	Fisher's Exact
Hayır	144	82.8	30	17.2	174	100.0	p=0.541

\*Ki-Kare Analizi ve Fisher's Exact Test kullanılmıştır (p<0.05).

KRK risk grupları ile DM hastalığının bulunması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmektedir (**p<0.05**). DM hastalığı olanların %28.0'nın orta düzey risk grubunda olduğu görülmektedir. DM hastalığı olmayanların ise %87.7'si vasat+düşük risk grubunda iken, %12.3'ü de orta düzey risk grubundadır (**Tablo 4.20**).

KRK risk grupları ile herhangi bir hastalık öyküsü olup olmaması ve diğer hastalıkların var olup olmaması arasında anlamlı bir ilişki görülmemektedir ( $p>0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte kronik hastalık öyküsü olanların olmayanlara göre daha fazla oranda orta derecede risk grubunda olduğu söylenebilir (Tablo 4.20).

**Tablo 4.20.** Kadınların KRK risk gruplarına göre tıbbi öykü özelliklerinin dağılımı (devamı 1)

Tıbbi Öykü	KRK Risk Grupları						Analiz*
	Vasat+Düşük		Orta		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Kanser öyküsü</b>							
Evet	0	0.0	11	100.0	11	100.0	Fisher's Exact $p=0.0001^*$
Hayır	164	88.6	21	11.4	185	100.0	
<b>Tetkik ve tedavi geçirme durumu</b>							
Geçirmedim	123	86.0	20	14.0	143	100.0	$\chi^2 = 1.5$ $p=0.215$
Geçirdim	41	77.4	12	22.6	53	100.0	
<b>Geçirilen tetkik ve tedavi tipi</b>							
<b>Kolesistektomi</b>							
Evet	4	100.0	0	0.0	4	100.0	Fisher's Exact $p=1.000$
Hayır	160	83.3	32	16.7	192	100.0	
<b>IVF Tedavisi</b>							
Evet	3	100.0	0	0.0	3	100.0	Fisher's Exact $p=1.000$
Hayır	161	83.4	32	16.6	193	100.0	
<b>Histerektomi</b>							
Evet	20	74.1	7	25.9	27	100.0	Fisher's Exact $p=0.163$
Hayır	144	85.2	25	14.8	169	100.0	
<b>Ooferektomi</b>							
Evet	17	73.9	6	26.1	23	100.0	Fisher's Exact $p=0.225$
Hayır	147	85.0	26	15.0	173	100.0	
<b>Kemoterapi</b>							
Evet	0	0.0	3	100.0	3	100.0	Fisher's Exact $p=0.004^*$
Hayır	164	85.0	29	15.0	193	100.0	

\*Ki-Kare Analizi ve Fisher's Exact Test kullanılmıştır ( $p<0.05$ ).

KRK risk grupları ile herhangi bir kanser öyküsünün varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmektedir ( $p<0.05$ ). Herhangi bir kanser öyküsü var olanların tamamı orta derece risk grubunda iken, kanser öyküsü olmayanların sadece %11.4'ünün orta derece risk grubunda olduğu görülmektedir (**Tablo 4.20. devamı 1**).

KRK risk grupları ile tetkik ve tedavi geçirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemektedir ( $p>0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte tetkik ve tedavi geçirenlerin geçirmeyenlere göre daha fazla oranda orta derece risk grubunda olduğu söylenebilir (**Tablo 4.20. devamı 1**).

KRK risk grupları ile geçirilen tetkik ve tedavi tipleri seçeneğinden kemoterapi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmektedir ( $p<0.05$ ). Kemoterapi alanların tamamı orta düzey risk grubunda iken, kemoterapi almayanların ise %15'inin orta derece risk grubunda olduğu belirlenmiştir (**Tablo 4.20. devamı 1**).

KRK risk grupları ile geçirilen tetkik ve tedavi tipleri seçeneklerine verilen diğer cevaplar (kolesistektomi, IVF tedavisi, histerektomi, ooferektomi) arasında anlamlı bir ilişki görülmemektedir ( $p>0.05$ ) (**Tablo 4.20. devamı 1**).

**Tablo 4.20.** Kadınların KRK risk gruplarına göre tıbbi öykü özelliklerinin dağılımı (devamı 2)

Tıbbi Öykü	KRK Risk Grupları						Analiz*
	Vasat+Düşük		Orta		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Genel sağlık kontrolünü yaptırma</b>							
Evet	46	76.7	14	23.3	60	100.0	$\chi^2 =2.4$ p=0.121
Hayır	118	86.8	18	13.2	136	100.0	
<b>Düzenli ilaç kullanımı</b>							
Evet	101	79.5	26	20.5	127	100.0	$\chi^2 =3.7$ p=0.054
Hayır	63	91.3	6	8.7	69	100.0	

\*Ki-Kare Analizi kullanılmıştır ( $p<0.05$ ).

KRK risk grupları ile genel sağlık kontrollerini yaptırma durumu, düzenli ilaç kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemektedir ( $p>0.05$ ).

İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte düzenli ilaç kullananların kullanmayanlara göre daha fazla oranda orta derecede risk grubunda olduğu söylenebilir (**Tablo 4.20. devamı 2**). Tabloda bulunmamakla birlikte KRK risk grupları ile düzenli kullanılan ilaç çeşitleri (antihipertansif, antidiabetik, aspirin, statin, NSAI, kalsiyum) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemektedir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.21.** Kadınların KRK gruplarına göre BKİ ve son 6 ayda kiloda değişim özelliklerinin dağılımı

BKİ ve Son 6 Ayda Kiloda Değişim	KRK Risk Grupları						Analiz*
	Vasat+Düşük		Orta		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>BKİ</b>							
Normal (18.5-24.99)	23	79.3	6	20.7	29	100.0	$\chi^2=2.1$ $p=0.356$
Fazla Kilolu (25-29.9)	62	88.6	8	11.4	70	100.0	
Obez (30 ve üzeri)	79	81.4	18	18.6	97	100.0	
<b>Son 6 ayda kilo değişimi</b>							
Arttı	8	57.1	6	42.9	14	100.0	-*** -***
Azaldı	5	71.4	2	28.6	7	100.0	
Değişiklik yok	151	86.3	24	13.7	175	100.0	

\*Ki-Kare Analizi kullanılmıştır ( $p<0.05$ ).

\*\*Son 6 ayda kilo değişimi için test sonuç vermediğinden analiz yapılamamıştır.

KRK risk grupları arasında BKİ açısından anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ). Son 6 ayda kilo değişimi için, denek sayısı yetersiz olduğundan test sonuç vermemiş ve analiz yapılamamıştır (**Tablo 4.21**).

**Tablo 4.22.** Kadınların KRK risk gruplarına göre beslenme özelliklerinin dağılımı

Beslenme Özellikleri	KRK Risk Grupları	n	Ort	Min	Max	SS	Sıra Ort.	Analiz*
Sebze- meyve ağırlıklı	Vasat+ Düşük	164	3.4	0.0	7.0	1.1	97.8	z=-0.431
	Orta	32	3.6	0.0	7.0	1.7	102.2	p=0.667
Protein ve yağdan zengin	Vasat+ Düşük	164	1.7	0.0	7.0	1.2	95.8	z=-1.586
	Orta	32	1.9	0.0	4.0	0.9	112.3	p=0.113
Kırmızı et	Vasat+ Düşük	164	1.2	0.0	7.0	0.9	98.0	z=0-0.323
	Orta	32	1.1	0.0	2.0	0.55	101.0	p=0.747
Asitli içecekler (kola, gazoz vb)	Vasat+ Düşük	164	0.4	0.0	7.0	0.9	100.3	z=-0.283
	Orta	32	0.4	0.0	7.0	1.3	89.2	p=0.199
Kafein içeren içecekler	Vasat+ Düşük	164	0.5	0.0	5.0	0.9	99.3	z=-0.558
	Orta	32	0.7	0.0	7.0	1.8	94.5	p=0.577
Tahıllar	Vasat+ Düşük	164	2.1	0.0	7.0	1.1	98.5	z=-0.028
	Orta	32	2.0	0.0	4.0	1.2	98.8	p=0.977
Beyaz et	Vasat+ Düşük	164	1.3	0.0	5.0	0.6	98.6	z=-0.074
	Orta	32	1.3	0.0	4.0	0.8	97.9	p=0.974
İşlenmiş et (sucuk, pastırma, Sosis vb)	Vasat+ Düşük	164	0.5	0.0	7.0	0.8	98.7	z=-0.159
	Orta	32	0.4	0.0	2.0	0.6	97.3	p=0.874

\*Mann-Whitney U testi kullanılmıştır (p<0.05).

KRK risk grupları arasında kadınların beslenme özellikleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir (p>0.05) (**Tablo 4.22**).

**Tablo 4.23.** Kadınların KRK risk gruplarına göre beslenme alışkanlıklarının dağılımı

Beslenme Alışkanlıkları	KRK Risk Grupları						Analiz*
	Vasat+Düşük		Orta		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Tüketilen su miktarı (günde)</b>							
<3 bardak	7	63.6	4	36.4	11	100.0	$\chi^2 =6.7$ p=0.081
3-5 bardak	44	83.0	9	17.0	53	100.0	
6-10 bardak	88	88.9	11	11.1	99	100.0	
>=10 bardak	25	75.8	8	24.2	33	100.0	
<b>Öğün sayısı (günde)</b>							
1-2 öğün	26	78.8	7	21.2	33	100.0	$\chi^2 =0.77$ p=0.678
3 öğün	119	85.0	21	15.0	140	100.0	
>= 4 öğün	19	82.6	4	17.4	23	100.0	

\*Ki-Kare Analizi kullanılmıştır (p<0.05).

KRK risk grupları ile kadınların beslenme alışkanlıklarından olan günde tüketilen su miktarı ve günlük öğün sayısı cevapları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir (p>0.05). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte günlük <3 bardak su tüketenlerin ve günlük öğün sayısı 1-2 öğün olanların daha fazla oranda orta derecede risk grubunda olduğu söylenebilir (**Tablo 4.23**).

**Tablo 4.24.** Kadınların KKK risk gruplarına göre bireysel alışkanlıklarının dağılımı

Bireysel Alışkanlıklar	KKK Risk Grupları						Analiz*
	Vasat+Düşük		Orta		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Sigara kullanımı</b>							
Hayır	140	84.8	25	15.2	165	100.0	$\chi^2 = 0.5$ p=0.446
Evet	24	77.4	7	22.6	31	100.0	
<b>Alkol kullanımı</b>							
Hayır	163	83.6	32	16.4	195	100.0	Fisher's Exact p=1.000
Evet	1	100.0	0	0.0	1	100.0	
<b>Düzenli yürüyüş ve egzersiz (En az 3 gün 20 dk/hf)</b>							
Hayır	144	85.2	25	14.8	169	100.0	Fisher's Exact p=0.163
Evet	20	74.1	7	25.9	27	100.0	

\*Ki-Kare Analizi ve Fisher's Exact Test kullanılmıştır (p<0.05).

KKK risk grupları ile kadınların bireysel alışkanlıklarından olan alkol-sigara kullanımı ve düzenli egzersiz yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemektedir (p>0.05) İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte sigara kullananların kullanmayanlara göre daha fazla oranda orta derecede risk grubunda olduğu söylenebilir (**Tablo 4.24**).



**Tablo 4.25.** Kadınların KRK risk gruplarına göre barsak özelliklerinin dağılımı

Barsak Özellikleri	KRK Risk Grupları						Analiz*
	Vasat+Düşük		Orta		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Barsak alışkanlığı</b>							
Günde en az bir kez	124	84.9	22	15.1	146	100.0	$\chi^2 = 1.5$ $p=0.454$
İki günde bir kez	33	82.5	7	17.5	40	100.0	
Üç-dört günde bir	7	70.0	3	30.0	10	100.0	
<b>Barsakla ilgili hastalık öyküsü</b>							
Evet	11	61.1	7	38.9	18	100.0	Fisher's Exact $p=0.014^*$
Hayır	153	86.0	25	14.0	178	100.0	
<b>1. derece yakınlarında barsak hastalık öyküsü</b>							
Evet	0	.0	17	100.0	17	100.0	Fisher's Exact $p=0.0001$ *
Hayır	164	91.6	15	8.4	179	100.0	
<b>2. derece yakınlarında barsak hastalığı öyküsü</b>							
Evet	4	66.7	2	33.3	6	100.0	Fisher's Exact $p=0.254$
Hayır	160	84.2	30	15.8	190	100.0	

\*Ki-Kare Analizi ve Fisher's Exact Test kullanılmıştır ( $p<0.05$ ).

KRK risk grupları ile kadınların barsak alışkanlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemektedir ( $p>0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte defekasyon sayısı üç-dört günde bir olanların daha fazla oranda orta derecede risk grubunda olduğu söylenebilir (**Tablo 4.25**).

KRK risk grupları ile kadınların barsak ile ilgili özelliklerine verdiği cevaplardan barsak hastalığı öyküsü ve birinci derece yakınlarında barsak hastalığı olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir ( $p<0.05$ ). Barsak ile ilgili hastalık öyküsü olmayanların %14.0'ü orta derece risk grubundayken, barsakla ilgili hastalık öyküsü olanların % 38.9'u orta derecede risk grubundadır. Birinci derece yakınında barsak hastalığı olanların tamamı orta derece risk grubundadır (**Tablo 4.25**).

KRK risk grupları ile kadınların ikinci derece yakınlarında barsak hastalığı olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemektedir ( $p>0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte ikinci derece yakınlarında

barsak hastalığı öyküsü olanların daha fazla oranda orta derecede risk grubunda olduğu görülmektedir (**Tablo 4.25**).

**Tablo 4.26.** Kadınların KRK risk gruplarına göre son 6 ayda barsak hastalığı ile ilgili belirti-bulguların varlığının dağılımı

Son 6 Ayda Barsak Hastalığı ile İlgili Belirti-Bulguların Varlığı	KRRK Risk Grupları						Analiz*
	Vasat+Düşük		Orta		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Belirti-bulgu</b>							
Hiç bir belirti-bulgu yok	108	83.7	21	16.3	129	100.0	$\chi^2 = 0$ p=1.000
En az bir belirti-bulgu var	56	83.6	11	16.4	67	100.0	
Toplam	164	83.7	32	16.3	196	100.0	

\*Ki-Kare Analizi kullanılmıştır (p<0.05).

KRK risk grupları ile, araştırma kapsamında yer alan kadınlarda son 6 ayda barsak hastalığı ile ilgili belirti-bulguların varlığı arasında anlamlı bir ilişki görülmemektedir (p>0.05) (**Tablo 4.26**).

Tabloda belirtilmemek üzere; KRRK risk grupları ile belirti-bulguların türleri arasındaki ilişki incelendiğinde ise; ‘ele gelen kitle’ ve ‘anemi’ ile KRRK risk grupları arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (**p<0.05**). Ele gelen kitle var olanların tamamının ve ele gelen kitle var olmayanların %15.5’inin orta derecede risk grubunda olduğu görülmektedir. Ayrıca anemi var olanların %36.8’inin, anemi var olmayanların da %14.1’inin orta derecede risk grubunda oldukları görülmektedir. Diğer belirti-bulgu türleriyle (dışkılamada gelen kan, dışkılama alışkanlığının değişmesi, rektal akıntı veya dışkıyla gelen müküs, kötü kokulu gaz, geçmeyen karın ağrısı/krampları, iştahsızlık, bulantı-kusma, yorgunluk) KRRK risk grupları arasında anlamlı bir ilişki görülmemektedir (p>0.05).

**Tablo 4.27.** Kadınların KRK risk gruplarına göre KRK ile ilgili farkındalık ve uygulamalarına ilişkin özelliklerinin dağılımı

KRK ile İlgili Farkındalık ve Uygulamalar	KRK Risk Grupları						Analiz*
	Vasat+Düşük		Orta		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>KRK'ye yakalanma risk algısı</b>							
Riskim var	26	60.5	17	39.5	43	100.0	$\chi^2 = 19.5$ $p=0.0001^*$
Riskim yok	138	90.2	15	9.8	153	100.0	
<b>Doktorun KRK tarama önerisi</b>							
Var	12	54.5	10	45.5	22	100.0	Fisher's Exact $p=0.001^*$
Yok	152	87.4	22	12.6	174	100.0	
<b>KRK tarama yöntemleri ile ilgili bilgi sahibi olma durumu</b>							
Evet	15	53.6	13	46.4	28	100.0	Fisher's Exact $p=0.0001^*$
Hayır	149	88.7	19	11.3	168	100.0	
<b>KRK tarama yöntemleri ile ilgili bilgi sahibi olmayı isteme durumu</b>							
Evet	56	81.2	13	18.8	69	100.0	$\chi^2 = 0.25$ $p=0.617$
Hayır	108	85.0	19	15.0	127	100.0	
<b>KRK taramasını yaptırmayı düşünme durumu</b>							
Evet	8	61.5	5	38.5	13	100.0	Fisher's Exact $p=0.041^*$
Hayır	156	85.2	27	14.8	183	100.0	
<b>KRK taraması öyküsü</b>							
En az birini yaptırdım	18	66.7	9	33.3	27	100.0	Fisher's Exact $p=0.021^*$
Hiçbirini yaptırmadım	146	86.4	23	13.6	169	100.0	

\*Ki-Kare Analizi ve Fisher's Exact Test kullanılmıştır ( $p<0.05$ ).

KRK risk grupları ile KRK'e yakalanma risk algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmektedir ( $p<0.05$ ). KRK riski olmadığını ifade edenlerin %9.8'inin ve KRK riski olduğunu ifade edenlerin %39.5'inin orta derecede risk grubunda olduğu görülmektedir (**Tablo 4.27**).

KRK risk grupları ile doktorun KRK tarama önerisi arasında anlamlı bir ilişki görülmektedir ( $p<0.05$ ). Doktor tarafından KRK tarama önerisi almayanların %12.6'sı orta derecede risk grubunda iken, doktor tarafından KRK tarama önerisi alanların %45.5'inin orta derecede risk grubunda olduğu görülmektedir (**Tablo 4.27**).

KRK risk grupları ile tarama yöntemleri ile ilgili bilgi sahibi olma durumu arasında anlamlı bir ilişki görülmektedir ( $p<0.05$ ). Bu konuda bilgi sahibi olmayanların %88.7'si vasat+düşük risk grubunda iken, bilgi sahibi olanların %46.4'ünün orta derecede risk grubunda olduğu görülmektedir (**Tablo 4.27**).

KRK risk grupları ile KRK tarama yöntemleri ile ilgili bilgi sahibi olmayı isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemektedir ( $p>0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte KRK tarama yöntemleri ile ilgili bilgi sahibi olmayı isteyenlerin daha fazla oranda orta derecede risk grubunda olduğu söylenebilir (**Tablo 4.27**).

KRK risk grupları ile KRK taramasını yaptırmayı düşünme durumu arasında anlamlı bir ilişki görülmektedir ( $p<0.05$ ). KRK taraması yaptırmayı düşünenlerin %38.5'i orta derecede risk grubundayken, tarama yaptırmayı düşünmeyenlerin %14.8'i orta derece risk grubundadır (**Tablo 4.27**).

KRK risk grupları ile KRK tarama öyküsü olması arasında anlamlı bir ilişki görülmektedir ( $p<0.05$ ). “Hiçbirini yaptırmadım” cevabını verenlerin %13.6'sı ve “en az birini yaptırdım” cevabını verenlerin %33.3'ü orta derecede risk grubundadır (**Tablo 4.27**).

#### 4.8. KRK Bilgi Puanına Göre Değişkenlerin Dağılımına İlişkin Bulgular

Sekizinci bölümde kadınların KRK bilgi puanına göre değişkenlerin dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır. Kadınların KRK bilgi puanı ortalaması  $6.4\pm 3.3$  (min=0, max=10)'dür.

**Tablo 4.28.** Kadınların KRK bilgi puanına göre yaş özelliğinin dağılımı

	Analiz*	KRK Bilgi Puanı
Yaş	r	-0.288
	p	0.000*
	n	196

\* Korelasyon kullanılmıştır ( $p<0.05$ ).

Kadınların KRK bilgi puanı ile yaş arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki görülmektedir ( $r=-0.288$ ,  $p<0.05$ ). Yaş arttıkça KRK bilgi puanının azaldığı görülmektedir (**Tablo 4.28**).

**Tablo 4.29.** Kadınların KRK bilgi puanına göre sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

Sosyo-demografik Özellikler	KRK Bilgi Puanı						Analiz*
	n	Ort	Min	Max	SS	Sıra ort.	
<b>Eğitim durumu</b>							
Okur yazar değil	36	4.8	0.0	10.0	3.5	71.3	$\chi^2=17.97$ $P=0.000^*$
Okur yazar	32	5.6	0.0	10.0	3.3	83.8	
İlköğretim	104	6.8	0.0	10.0	3.0	106.5	
Lise ve üzeri	24	7.6	0.0	10.0	3.0	124.4	
<b>Uzun süre yaşanılan yer</b>							
İl	164	6.6	0.0	10.0	3.2	101.9	$\chi^2=10.39$ $p=0.006^*$
İlçe	14	5.7	0.0	9.0	3.2	83.3	
Kasaba/Köy	15	3.8	0.0	9.0	3.5	56.2	

\*Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır ( $p<0.05$ ).

Kadınların KRK bilgi puanı ile eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ( $p<0.05$ ). Eğitim durumu ilköğretim, lise ve üzeri olanların puanı okuryazar olmayanlara oranla yüksek görülürken, okuryazar olanların puanı ise eğitim durumu ilköğretim, lise ve üzeri olanlara oranla anlamlı derecede düşük görülmektedir (**Tablo 4.29**).

Kadınların KRK bilgi puanı ile uzun süre yaşanılan yer arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ( $p<0.05$ ). Uzun süre ilde yaşayanların bilgi puanı, kasaba/köyde yaşayanlara oranla anlamlı derecede yüksek görülmektedir (**Tablo 4.29**).

**Tablo 4.30.** Kadınların KRK bilgi puanına göre tıbbi öykü özelliklerinin dağılımı

Tıbbi Öykü	KRK Bilgi Puanı						Analiz*
	n	Ort	Min	Max	SS	Sıra ort.	
<b>Sağlık kontrollerini yaptırma</b>							
Evet	60	6.3	0.0	10.0	2.9	93.7	z=-0.79 p=0.426
Hayır	136	6.4	0.0	10.0	3.4	100.6	
Toplam	196	6.3	0.0	10.0	3.3		

\*Mann Whitney U Testi kullanılmıştır (p<0.05).

Kadınların KRK bilgi puanı ile genel sağlık kontrollerini yaptırma durumu arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir (p>0.05) (**Tablo 4.30**).

**Tablo 4.31.** Kadınların KRK bilgi puanına göre barsak özelliklerinin dağılımı

Barsak Özellikleri	KRK Bilgi Puanı						Analiz*	
	n	Ort	Min	Max	SS	Sıra ort.		
<b>Barsak hastalık öyküsü</b>								
Evet	18	6.8	0.0	10.0	2.9	101.8	z=-0.270 p=0.787	
Hayır	178	6.4	0.0	10.0	3.3	98.1		
<b>1. derece yakınlarında barsak hastalık öyküsü</b>								
Evet	17	7.3	0.0	10.0	3.1	117.6	z=6.08 p=0.048*	İkili karşılaştırma 1-3 2-3
Hayır	163	6.4	0.0	10.0	3.3	99.3		
Bilmiyorum	16	5.2	0.0	9.0	2.8	70.3		
<b>2. derece yakınlarında barsak hastalık öyküsü</b>								
Evet	6	9.0	7.0	10.0	1.3	151.0	z=8.89 p=0.012*	İkili karşılaştırma 1-2 2-3
Hayır	161	6.4	0.0	10.0	3.4	100.0		
Bilmiyorum	29	5.7	0.0	9.0	2.9	79.1		

\*Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır (p<0.05).

Kadınların KRK bilgi puanı ile barsak ile ilgili hastalık öyküsünün varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir (p>0.05). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, barsak hastalık öyküsü olanların KRK bilgi puanı olmayanlara göre daha yüksektir (**Tablo 4.31**).

Kadınların KRK bilgi puanı ile birinci derece yakınlarında barsak hastalık öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir ( $p<0.05$ ). “Evet” cevabını verenlerin puanı “bilmiyorum” cevabını verenlere oranla anlamlı derecede yüksek görülürken, “hayır” cevabını verenlerin puanı da “bilmiyorum” cevabını verenlerin puanına oranla anlamlı derecede yüksek olarak görülmektedir (**Tablo 4.31**).

Kadınların KRK bilgi puanı ile ikinci derece yakınlarında barsak hastalık öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir ( $p<0.05$ ). “Evet” cevabı verenlerin puanı “hayır” cevabı verenlere oranla ve “hayır” cevabı verenlerin puanı da “bilmiyorum” cevabını verenlere oranla anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir (**Tablo 4.31**).

**Tablo 4.32.** Kadınların KRK bilgi puanına göre son 6 ayda barsak hastalığı ile ilgili belirti-bulguların varlığının dağılımı

Son 6 Ayda Barsak Hastalığı ile İlgili Belirti-Bulguların Varlığı	KRK Bilgi Puanı						Analiz*
	n	Ort	Min	Max	SS	Sıra ort.	
<b>Belirti-bulgu</b>							
Hiçbir belirti-bulgu yok	129	6.2	0.0	10.0	3.4	95.2	z=-1.1 p=0.258
En az bir belirti-bulgu var	67	6.8	0.0	10.0	3.1	104.7	
Toplam	196	6.4	0.0	10.0	3.3		

\*Mann Whitney U Testi kullanılmıştır ( $p<0.05$ ).

Kadınların KRK bilgi puanı ile son 6 ayda barsak hastalığı ile ilgili belirti-bulguların varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, en az bir belirti-bulgu olanların KRK bilgi puanı belirti-bulgu olmayanlara göre yüksektir (**Tablo 4.32**).

**Tablo 4.33.** Kadınların KRK bilgi puanına göre KRK ile ilgili farkındalık ve uygulamalarına ilişkin bulguların dağılımı

KRK ile İlgili Farkındalık ve Uygulamalar	KRK Bilgi Puanı						Analiz*
	n	Ort	Min	Max	SS	Sıra ort.	
<b>KRK'ye yakalanma risk algısı</b>							
Riskim var	43	7.3	0.0	10.0	2.7	113.3	z=-1.96 p=0.049*
Riskim yok	153	6.1	0.0	10.0	3.4	94.3	
<b>KRK taraması ile ilgili bilgi sahibi olma durumu</b>							
Evet	28	7.1	0.0	10.0	2.9	110.7	z=-1.24 p=0.213
Hayır	168	6.2	0.0	10.0	3.3	96.5	
<b>KRK taraması ile ilgili bilgi sahibi olmayı isteme durumu</b>							
Evet	69	6.8	0.0	10.0	3.5	112.2	z=-2.52 p=0.012*
Hayır	127	6.1	0.0	10.0	3.1	91.1	
<b>KRK taramasını yaptırmayı düşünme durumu</b>							
Evet	13	6.0	0.0	9.0	3.2	88.7	z=-0.65 p=0.511
Hayır	183	6.4	0.0	10.0	3.3	99.2	
<b>KRK tarama öyküsü</b>							
En az birini yaptırdım	27	6.9	0.0	10.0	2.9	105.0	z=-0.65 p=0.514
Hiçbirini yaptırmadım	169	6.3	0.0	10.0	3.3	97.5	

\*Mann Whitney U Testi kullanılmıştır (p<0.05).

Kadınların KRK bilgi puanı ile gelecekte kolorektal kansere yakalanma açısından risk algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir ( $p<0.05$ ). KRK ile ilgili riski olduğunu düşünenlerin KRK bilgi puanı, riski olmadığını düşünenlere göre yüksektir ve bu istatistiksel olarak anlamlıdır (**Tablo 4.33**).

Kadınların KRK bilgi puanı ile KRK tarama yöntemleri ile ilgili bilgiye sahip olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte KRK tarama yöntemleri konusunda bilgi sahibi olanların KRK bilgi puanı olmayanlara göre yüksek olduğu görülmüştür (**Tablo 4.33**).

Kadınların KRK bilgi puanı ile KRK tarama yöntemleri ile ilgili bilgi sahibi olmayı isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir



( $p < 0.05$ ). “Evet” cevabı verenlerin KRK bilgi puanı, “hayır” cevabı verenlere oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (**Tablo 4.33**).

Kadınların KRK bilgi puanı ile KRK taramasını önümüzdeki günlerde yaptırmayı düşünme ve daha önce test yaptırmış olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p > 0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte daha önce KRK tarama testi yaptırmış olanların KRK bilgi puanı daha yüksektir (**Tablo 4.33**).

**Tablo 4.34.** Kadınların KRK bilgi puanına göre KRK risk gruplarının dağılımı

	KRK Risk Grupları	n	Ort	Min	Max	SS	Sıra Ort.	Analiz*
<b>KRK Bilgi Puanı</b>	Vasat+ Düşük	164	6.3	0.0	10.0	3.3	97.0	z=-0.829 p=0.407
	Orta	32	6.8	0.0	10.0	3.3	106.0	
	Toplam	196	6.4	0.0	10.0	3.3		

\*Mann Whitney U Testi kullanılmıştır ( $p < 0.05$ ).

Kadınların KRK bilgi puanı açısından KRK risk grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p > 0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, orta derecede risk grubunda olanların bilgi puanı, vasat+düşük risk grubunda olanlara oranla yüksek görülmektedir (**Tablo 4.34**).

#### 4.9. Barsak Hastalığı Öyküsüne Göre Değişkenlerin Dağılımına İlişkin Bulgular

Bu bölümde kadınların barsak hastalığı öyküsüne göre değişkenlerin dağılımına ilişkin bulguları verilmiştir.

**Tablo 4.35.** Kadınların barsak ile ilgili hastalık öyküsüne göre barsak özelliklerinin dağılımı

Barsak Özellikleri	Barsak ile İlgili Hastalık Öyküsü						Analiz*
	Evet		Hayır		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Barsak alışkanlığı</b>							
Günde en az bir kez	9	50.0	137	77.0	146	74.5	Fisher's Exact p=0.021*
İki veya daha fazla günde bir kez	9	50.0	41	23.0	50	25.5	
<b>1.derece yakınlarında barsak hastalık öyküsü</b>							
Evet	1	5.6	16	9.0	17	8.7	Fisher's Exact p=1.000
Hayır	17	94.4	162	91.0	179	91.3	
<b>2.derece yakınlarında barsak hastalık öyküsü</b>							
Evet	1	5.6	5	2.8	6	3.1	Fisher's Exact p=0.443
Hayır	17	94.4	173	97.2	190	96.9	

\*Ki-Kare Analizi ve Fisher's Exact Test kullanılmıştır (p<0.05).

Kadınların barsakla ilgili bir hastalığının varlığı ile barsak alışkanlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmektedir (**p<0.05**). Barsak ile ilgili bir hastalığı olmayanların çoğunun (%77.0) günde en az bir kez defekasyona çıktıkları görülmektedir. Diğer değişkenlerle (birinci ve ikinci derece yakınlarında barsak hastalık öyküsü) barsak hastalığı olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemektedir (p>0.05) (**Tablo 4.35**).

**Tablo 4.36.** Kadınların barsak ile ilgili hastalık öyküsüne göre son 6 ayda barsak hastalığı ile ilgili belirti-bulguların varlığının dağılımı

Son 6 Ayda Barsak Hastalığı ile İlgili Belirti-Bulguların Varlığı	Barsak ile İlgili Hastalık Öyküsü						Analiz*
	Evet		Hayır		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Belirti-bulgu</b>							
Hiç bir belirti/bulgu yok	4	22.2	125	70.2	129	65.8	<b><math>\chi^2 = 14.68</math> <math>p = 0.000^*</math></b>
En az bir belirti/bulgu var	14	77.8	53	29.8	67	34.2	
Toplam	18	100.0	178	100.0	196	100.0	

\*Ki-Kare Analizi kullanılmıştır ( $p < 0.05$ ).

Kadınların barsakla ilgili bir hastalığının olup olmaması ile son 6 ayda barsak hastalığı ile ilgili belirti-bulguların varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmektedir ( $p < 0.05$ ). Barsakla ilgili bir hastalığı olanların %77.8'inde en az bir belirti-bulgu olduğu görülmüştür (**Tablo 4.36**)

**Tablo 4.37.** Kadınların barsak ile ilgili hastalık öyküsüne göre KRK ile ilgili farkındalık ve uygulamalarına ilişkin özelliklerinin dağılımı

KRK ile İlgili Farkındalık ve Uygulamalar	Barsak İle İlgili Hastalık Öyküsü						Analiz*
	Evet		Hayır		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>KRK'e yakalanma risk algısı</b>							
Riskim var	5	27.8	38	21.3	43	21.9	Fisher's Exact p=0.553
Riskim yok	13	72.2	140	78.7	153	78.1	
<b>Doktorun KRK tarama önerisi</b>							
Var	10	55.6	12	6.7	22	11.2	Fisher's Exact p=0.000*
Yok	8	44.4	166	93.3	174	88.8	
<b>KRK taraması ile ilgili bilgi sahibi olma durumu</b>							
Evet	9	50.0	19	10.7	28	14.3	Fisher's Exact p=0.000*
Hayır	9	50.0	159	89.3	168	85.7	
<b>KRK taramasını yaptırmayı düşünme durumu</b>							
Evet	4	22.2	9	5.1	13	6.6	Fisher's Exact p=0.021*
Hayır	14	77.8	169	94.9	183	93.4	
<b>KRK tarama öyküsü</b>							
En az birini yaptırdım	12	44.4	15	55.6	27	100.0	Fisher's Exact p=0.0001*
Hiçbirini yaptırmadım	6	3.6	163	96.4	169	100.0	

\* Fisher's Exact Test kullanılmıştır (p<0.05).

Kadınların barsakla ilgili bir hastalığının varlığı ile gelecekte kolorektal kansere yakalanma açısından risk algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemektedir (p>0.05). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte gelecekte kolorektal kansere yakalanma açısından riski olmadığını düşünenlerin %78.7'sinde barsak hastalığı bulunmamaktadır (**Tablo 4.37**).

Kadınların barsakla ilgili bir hastalığının varlığı ile doktordan KRK tarama önerisi alınması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmektedir (**p<0.05**). Barsak ile ilgili hastalığı olanların %55.6'sı doktorunun KRK taraması önerdiğini belirtirken, barsakla ilgili bir hastalığı olmayanların %93.3'ünün ise doktorunun KRK taraması önermediğini belirttiği görülmüştür (**Tablo 4.37**).

Kadınların barsakla ilgili bir hastalığının varlığı ile KRK tarama yöntemleri ile ilgili bilgi sahibi olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki

görülmektedir ( $p<0.05$ ). Barsak ile ilgili hastalığı olmayanların %89.3'ü KRK tarama yöntemleri ile ilgili bilgiye sahip değilken, barsak ile ilgili hastalığı olanların %50'sinin KRK tarama yöntemleri ile ilgili bilgiye sahip olduğu görülmüştür (**Tablo 4.37**).

Kadınların barsakla ilgili bir hastalığının varlığı ile KRK taraması yaptırmayı düşünme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmektedir ( $p<0.05$ ). Barsakla ilgili hastalığı olmayanların %94.9'u KRK taramasını yaptırmayı düşünmezken, barsak hastalığı olanların %22.2'sinin önümüzdeki günlerde KRK taramasını yaptırmayı düşündüğü görülmüştür (**Tablo 4.37**).

Kadınların barsakla ilgili bir hastalığının varlığı ile daha önce KRK taraması yaptırmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmektedir ( $p<0.05$ ). Barsak ile ilgili hastalığı olmayanların %96.4'ü KRK taraması yaptırmamışken, barsak ile ilgili hastalığı olanların %44.4'ü KRK taraması yaptırmıştır (**Tablo 4.37**).

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışma, 50 yaş ve üzeri kadınların kolorektal kanserlere yönelik farkındalık durumlarının ve kolorektal kanser risk faktörlerinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirildi. Araştırmadan elde edilen veriler dokuz ana bölüm halinde tartışıldı.

### 5.1. Sosyo-demografik Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması

### 5.2. Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması

### 5.3. KRK Risk Faktörlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

### 5.4. KRK Farkındalığı ve Uygulamalara İlişkin Bulguların Tartışılması

### 5.5. KRK ile İlgili İfadeler Hakkındaki Görüşlere İlişkin Bulguların Tartışılması

### 5.6. KRK Risk Gruplarının Dağılımına İlişkin Bulguların Tartışılması

### 5.7. KRK Risk Gruplarına Göre Değişkenlerin Bulgularının Tartışılması

### 5.8. KRK Bilgi Puanına Göre Değişkenlerin Bulgularının Tartışılması

### 5.9. Barsak Hastalığı Öyküsüne Göre Değişkenlerin Bulgularının Tartışılması

### 5.1. Sosyo-demografik Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması

50 yaşın üzerinde kolorektal kansere yakalanma olasılığı artar. Kolorektal kanser görülen 10 kişiden 9'u en az 50 yaşındadır (113). Bu nedenle araştırmamıza 50 yaş üstü kadınlar alınmıştır. Araştırma kapsamında yer alan kadınların yaş ortalaması  $57.2 \pm 7.9$ 'dir (**Bkz. Sayfa 30**).

Araştırmamızda kadınların %84.7'sinin (n=166) evli, %15.3'ünün (n=30) bekar, çoğunluğunun (%53.1, n=104) ilköğretim mezunu olduğu, %93.4'ünün (n=183) çalışmadığı, %98.0'ının (n=192) sağlık güvencesinin bulunduğu

belirlenmiştir. Kadınların ifadelerine göre gelir durumlarına bakıldığında %56.1'inin (n=110) gelirinin giderine eşit olduğu ve %83.7'sinin (n=164) uzun süre yaşanan yerleşim yerini il olarak ifade ettikleri görülmüştür (**Bkz. Tablo 4.1**).

Bir ülkenin “gelişmiş” olarak kabul edilmesinin en önemli göstergelerinden biri, o ülkedeki kadınların ekonomik ve sosyal hayata erkeklerle eşit oranda ve etkin bir şekilde katılıp katılmadığı, refahtan kendi payına düşeni ne oranda aldığıdır. Avrupa Birliği'nde 2011 yılı verilerine göre kadın istihdamı oranı %58.5, ABD'de %62.0, Japonya'da ise %60.3'dür (114). Avrupa Birliği üyesi ve aday ülkeler arasında kadınların işgücüne katılma oranının en düşük olduğu ülke Türkiye'dir. 2011 yılında, Türkiye'de 15 ve daha yukarı yaştaki nüfus içerisinde işgücüne katılma oranı %47.5 olup, bu oran kadınlarda ise %25.9'dur (115). Araştırmamızda kadınların, %93.4'ünün çalışmadığı görülmüştür. Bu oranın yüksek olmasının sebebi, araştırma grubunun yaş ortalaması itibariyle çalışanların da emekli olabilmelerinden kaynaklanmaktadır.

Türkiye'de 2012 yılında okuma yazma bilmeyen kadın nüfus oranı %7.0'dır (115). TNSA 2013 verilerine göre; 45-49 yaş grubundaki kadınların yüzde 22.0'ı hiç eğitim almamış ya da ilkokul bitirmemiştir. Bu yaş grubundaki kadınların ise %18.0'ı en az lise mezunudur. Okuryazarlık oranı 45-49 yaş grubunda ise %86.0'dır (116). Sağlık Bakanlığı'nın araştırmasına göre; araştırmaya katılan kişilerin yarısından fazlası (%55.0) ilköğretim düzeyinde bir eğitim durumuna sahiptir (ilkokul ve ortaokul) (117). Araştırmamızda benzer şekilde, kadınların %53.1'inin ilköğretim mezunu olduğu görülmüştür. Yine Sağlık Bakanlığı'nın bir araştırmasına göre; 65 ve üzeri yaş grubundaki kadınların sadece %2.0'ı lise ve üzeri eğitim görmüştür (118). Türkiye'de eğitimin yaygınlaşmasına bağlı olarak, genç kadınlar kendilerinden daha ileri yaştaki kadınlardan daha eğitimidirler (116). Kadınlardaki okuryazarlık oranı sürekli artmasına rağmen henüz hedeflenen noktaya ulaşamamıştır. Modern toplumun en önemli gereklerinden biri olan eğitim, üretken ve kaliteli bir yaşamın önkoşuludur.

Sağlık Bakanlığı'nın araştırmasında, hanede yaşayan tüm bireylerin sosyal güvence ve sosyal yardım alma durumlarına bakıldığında, sağlık sigortası olmayan bireylerde 20-24 (%21.9) ve 15-19 (%18.7) yaş aralığında artış olmakla birlikte, 50-54 yaş aralığından sonraki yaş aralıklarında, sağlık sigortası olmayanların oranı

azalmaktadır (118). Araştırmamızda kadınların çoğunluğunun (%98.0'nın) sağlık güvencesinin bulunduğu belirlenmiştir. Bu oranlar çalışmamızla da benzerlik göstermektedir. Sağlık güvencesine sahip olmanın sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırdığı düşünülmektedir.

TUİK'in araştırmasında maddi yoksunluk oranı 2012 yılında %59.2 iken 2013 yılında %49.7 olarak hesaplanmıştır (119). TUİK 2013 verilerine göre kadınların %42.3'ünün hanehalkı gelirinden memnun oldukları saptanmıştır (120). KSA 2014 verilerine göre ekonomik durum değerlendirmesi %70.2 oranında "orta" olarak belirlenmiştir (121). Çalışmamızda da kadınların ifadesine göre %56.1'inin gelirinin giderine eşit olduğu belirtilmiştir. Benzer sonuçlar elde edilse de kadınların sosyal ve ekonomik konumlarını iyileştirmek için sorumluluğu bulunan tüm taraflarca çalışmalar yapılması ve olumsuz göstergelerin iyileştirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Araştırmamızda kadınların %83.7'sinin (n=164) uzun süre yaşanılan yerleşim yerini "il" olarak ifade ettikleri görülmüştür. Türkiye'de yapılan farklı araştırmalarda kentsel yerleşim, sağlık güvencesi, gelir durumu, meslek sağlık hizmeti kullanmayı belirleyen değişkenler olarak ortaya çıkmaktadır.

## 5.2. Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması

İlk evlenme yaşının küçük olduğu toplumlar, erken çocuk sahibi olan ve doğurganlığı yüksek olan toplumlardır (122). Türkiye'de kadınlar geçmiş yıllara göre daha geç evlenme eğilimindedirler. TNSA 2013 verilerine göre; Türkiye'de ortalama evlilik yaşı 45-49 yaş grubu için 20.2'dir (116). TUİK verilerine göre kadınların ilk evlilik yaşı ortalaması 23.6'dır (123). Çalışmamızda kadınların ilk evlilik yaşı ortalamasının  $18.5 \pm 4.2$  olduğu görülmüştür (**Bkz. Tablo 4.2**). Araştırmamızda ilk evlilik yaşının ülke geneline göre düşük olmasının sebebinin, araştırma grubunun sadece 50 yaş üstü bireylerden oluşması olduğu düşünülebilir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı bünyesinde yapılan araştırmada kadınlarda ortalama ilk evlilik yaşı araştırmamızla uyumludur ve 19.0'dır (117). Bunun yanında yapılan diğer çalışmalarda ilk evlilik yaşı 17.7-23.6 arasında değişmektedir (122, 124-127).



Araştırmamızda kadınların ilk gebelik yaşı ortalamasının  $20.8\pm 4.6$  olduğu belirlenmiştir (**Bkz. Tablo 4.2**). TNSA 2013 sonuçları, 25-49 yaş grubundaki kadınlar için ortanca ilk doğum yaşının 22.9 olduğunu göstermektedir (116). KSA 2014 verilerine göre ülkemizde gebelik yaşı 21'dir (121). İki çalışmada ilk gebelik yaşı  $24.7\pm 3.0$  ve  $23.0\pm 2.9$  olarak belirlenmiştir (122,124). Günümüzde giderek daha fazla kadın, gebelik planlarını ileri yaşlara erteleme eğilimindedir ve çalışmamızda kadınların yaş grubu itibariyle, gebelik yaşı diğer çalışmalara göre düşük bulunmuştur.

Menopoz yaşı ile ilgili farklı araştırma sonuçları olmasına rağmen, dünyada menopoz yaşı ortalaması 51 olarak kabul edilmektedir. Literatür incelendiğinde; ülkemizde ortalama menopoz yaşı 48-52 arasında olduğu görülmüştür (126,129). KSA 2014 verilerine göre ise, menopoz yaşı ortalaması 46'dır (121). TNSA 2013 araştırmasında menopoza girmiş kadınların yüzdesi 48-49 yaş grubunda %49'dur (116). Çoban ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların menopoz yaş ortalaması; doğal menopozda  $46.1\pm 4.7$ , cerrahi menopozda  $45.0\pm 4.8$  olarak verilmiştir (126). Sözeri Varma ve arkadaşlarının çalışmasında doğal menopoz grubunun yaş ortalaması  $51.0\pm 5.1$  yıl, cerrahi menopoz grubunun ise  $46.9\pm 4.6$  yıldır (130). Bu çalışmaya benzer olarak Gürkan'ın yapmış olduğu çalışmada, kadınların menopoz yaşı  $46.6\pm 4.9$ , Pirimoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında  $45.4\pm 4.4$  yıl olarak tespit edilmiştir (131,132). Yurt dışı çalışmalarda menopoz yaşına bakıldığında; Amerika'da menopoz yaşı 51.0 (133), Mısır'da 47.6 olduğu görülmüştür (134). İran'da yapılan bir çalışmada menopoz yaşı ortalaması  $49.6\pm 4.0$ 'dır (135). Gelişmekte olan ülkelerde menopoz yaşı gelişmiş ülkelere göre daha erkendir. Gelişmiş ülkelerde 49.3-51.4 aralığında iken, gelişmekte olan ülkelerde 43.5- 49.4 arasındadır. Menopoz dönemine giriş zamanının erken veya geç oluşunda bazı faktörler etkili olmaktadır. Çalışan kadınlar ve sigara içen kadınlar menopoza erken girerken, seksüel yaşantısı devam eden, çok doğum yapmış, bekâr veya boşanmış kadınlarda menopoz daha geç görülmektedir (136). Menopoz yaşı ırk, çevresel ve fiziksel faktörlerden etkilenir (135). Çalışmamızda menopoz yaşı ortalamasının  $47.4\pm 4.8$  olduğu görülmüştür (**Bkz. Tablo 4.2**). Çalışmamızın sonucuna göre menopoz yaşı, ülkemizdeki ortalamalarla benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda kadınların %99.0'nın (n=194) en az bir evlilik yaşadığı, %81.6'sında (n=160) ebeveyn akrabalığı olmadığı, ancak %18.4'ünde (n=36) ebeveyn akrabalığının mevcut olduğu, akrabalık derecesine bakıldığında %88.9'unun (n=32) ebeveynlerinin birinci dereceden akraba olduğu belirlenmiştir (**Bkz. Tablo 4.3**). KSA 2014 verilerine göre akraba evliliği oranı %18'dir (121). Karaoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında araştırma grubunun % 15.0'ı birinci derece olmak üzere toplam % 18.9'unun akraba evliliği yaptıkları görülmektedir (127). Bu sonuçlar çalışmamız ile benzerlik göstermektedir.

TNSA 2013 verilerine göre; Türkiye için toplam doğurganlık hızı kadın başına 2.3 doğumdur. Türkiye'de, kadınlar doğurganlık dönemlerinin sonu itibarıyla (45-49) ortalama 3.0 çocuk doğurmakta ve bu çocukların 2.8'i hayatta kalmaktadır (116). Türkiye genelinde yapılan bir çalışmada; 15-49 yaş arası kadınların ortalama gebelik sayısı 2.9, canlı doğum sayısı 2.3 ve toplam yaşayan çocuk sayısı 2.2'dir. Toplam gebelik sayısı yaşla birlikte artmakta, 30 yaşından sonra 3.5'e kadar çıkmaktadır (118). TÜİK 2013 verilerine göre de toplam doğurganlık hızı 2.1'dir (137).

Araştırmamızda ise; kadınların %95.9'unun (n=188) en az bir gebelik geçirdiği, gebelik geçirenlerin %84.0'nın 3 ve üzeri gebelik geçirdiği (gebelik sayısı ort=3.5±0.8, min=1 max=4 ve üzeri, ortanca=4), %68.6'sının 3 ve üzeri doğum yaptığı görülmüştür (doğum sayısı ort=3.1±1.0, min=0 max=4 ve üzeri, ortanca=3) (**Bkz. Tablo 4.3**). Araştırmamızda gebelik sayısı ve doğum sayısı ülke geneline göre biraz yüksektir. Bu sonucun çalışmamızda kadınların yaş grubunun yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

TNSA 2013 verilerine göre; yaşam boyu yapılan kendiliğinden düşüğün, isteyerek düşüğün ve ölü doğumun ortalama sayıları sırasıyla 0.3, 0.2 ve 0.0'dır (116). Düşük (abortus) ortalaması; Özler ve arkadaşlarının çalışmasında 0.5±0.9 (139), Mutlu ve arkadaşlarının çalışmasında 0.5±0.9 (140), Marakoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında 1.3±0.6'dır (141). KSA verilerine göre kadınlarda %26 oranında en az bir abortus gerçekleşmiştir (121). Dünyada 2008'de düşük oranı 28/1000'e düşmüştür. Bu oran gelişmiş ülkelerde 24/1000 iken gelişmekte olan ülkelerde 29/1000'dur (142). Araştırmamızda kadınların %44.2'sinin (n=83) hiç düşük yapmadığı, % 26.6'sının (n=50) 1, % 29.3'ünün (n=55) ise 2 ve üzeri düşük

yaptığı görülmüştür (düşük sayısı  $ort=1.0\pm 1.1$ ,  $min=0$   $max=4$  ve üzeri, ortanca=1) (**Bkz. Tablo 4.3**) Çalışmamızda diğer çalışmalara oranla düşük ortalamasının biraz yüksek olduğu görülmüştür. Araştırma grubumuzun yaş aralığı itibariyle bu sonucun elde edildiği düşünülmektedir. Nitekim TNSA 2013 sonuçlarına göre; isteyerek düşük ve yaş arasında pozitif yönde bir ilişki vardır; 15-19 yaş grubunda yüzde 2 olan isteyerek düşük yapmış kadınların oranı yaşla birlikte artarak 45-49 yaş grubunda yüzde 27'ye ulaşmaktadır. Ayrıca 45-49 yaş grubundaki kadınlar arasında isteyerek düşük yapmış olma oranı 30-34 yaş grubundakilerin yaklaşık üç katıdır (sırasıyla %27 ve %9). (116).

Araştırmaya katılan kadınların çoğunluğunun (%77.0'ının,  $n=151$ ) daha önce hiç OKS kullanmadığı görülmüştür (**Bkz. Tablo 4.3**). KSA verilerine göre OKS kullanım oranı %28.6'dır (121). Sak ve arkadaşlarının çalışmasında OKS kullanım oranı %15.8 (144), Kara ve arkadaşlarının çalışmasında %16 (139), Kutlu ve arkadaşlarının çalışmasında ise %8.9'dur (125). Çalışmamızda ve diğer çalışmalarda OKS kullanım oranının benzer şekilde düşük olduğu görülmüştür. OKS kullanmama nedenlerinin; gebelik planlama, yan etkiler, elde etme güçlüğü, daha etkili yöntemlere geçme olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların %84.2'sinin ( $n=165$ ) menopozda olduğu, menopoza girenlerin %84.9'unun ( $n=140$ ) doğal olarak menopoza girdiği ve %89.1'inin ( $n=147$ ) menopoz döneminde HRT kullanmadığı görülmüştür (**Bkz. Tablo 4.4**). 2013 TNSA 2013 verilerine göre; ülkemizde 48-49 yaş grubu kadınların % 49.1'i menopozdadır (116). KSA verilerine göre kadınların %89'u doğal, %11.0'ı cerrahi yolla menopoza girmiştir (121) ve bu sonuçlar çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Aynı araştırmada kadınların %90.2'si HRT kullanmamaktadır (121). Çalışmamızda bu çalışmaya benzer şekilde HRT kullanım oranının düşük olduğu görülmektedir. Sözeri Varma ve arkadaşlarının çalışmasında ise HRT kullanım oranı %40.0'dır (146). HRT menopoz dönemindeki kadınlarda östrojen eksikliğine bağlı semptomları gidermek ve hayat kalitesinde artış sağlamak amacıyla kullanılmaktadır (147). Menopoz döneminde HRT kullanımıyla ilgili tartışmalar sürmektedir. HRT tamamen riskten uzak olmadığı için yararları ile risklerini her hastanın sağlık durumuna bağlı anlatarak, hastayla birlikte karar vermenin en doğru yaklaşım olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda araştırma kapsamına alınan kadınların %71.9'unda (n=141) herhangi bir hastalık öyküsü mevcuttur ve hastalık bulunan %28.1'lik grupta (n=55) yoğunlukla bulunan hastalık türü; %35.5 (n=55) DM ve %48.2 (n=68) HT'dir (**Bkz. Tablo 4.5**).

HT ülkemizde de oldukça yaygın olan bir sorundur. Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP II) 2010 yılında yapılan en son ulusal çalışmadır Bu çalışmada HT prevalansı kadınlarda %32.3, erkeklerde %30.9 bulunmuştur (148). HT sıklığı, yaşla birlikte artış göstermektedir. 54 yaş grubunda ise her üç kişiden birisinin yüksek tansiyonu bulunmaktadır (117). Türk Hipertansiyon Prevalans Araştırması'nda ülkemizde yaşam süresinin artmasına paralel olarak giderek artan geriatric yaş grubunda (>65 yaş) HT sıklığı ise kadınlarda %82.0 olduğu tespit edilmiştir (149). Baysal ve arkadaşlarının “bireylerin kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inançlarının ve bilgi düzeylerinin belirlenmesi” çalışmasında araştırmaya katılanların %61.8'inin kronik hastalığının olduğu saptanmıştır (12). Çalışmamız ve diğer çalışmaların sonucuna göre ülkemizde görülen kronik hastalıklar içinde HT'un önemli yer tuttuğu düşünülmektedir.

Diabet sıklığı hem erkeklerde hem de kadınlarda yaşla birlikte artmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın çalışmasında 55-64 yaş grubunda ve 65-74 yaş grubunda kadınlardaki diabet sıklığı sırasıyla %29.0 ve %33.0'dır (117). Çalışmamızda DM sıklığı ise %35.5'dir. Bu bulgular çalışmamız ile benzer orandadır.

Araştırma grubunun %64.8'i (n=127) düzenli ilaç kullandığını ifade etmiş ve düzenli kullanılan ilaçları da; %56.0 oranında (n=65) antihipertansif ve %37.1 (n=43) oranında antidiabetik ilaçlar oluşturmaktadır (**Bkz. Tablo 4.5**). Çalışmamızda kadınlarda en sık görülen kronik hastalıklar HT ve DM olması nedeniyle, düzenli kullanılan ilaçlardan sık kullanılanlar, bu hastalıkların tedavisine yönelik ilaçlardır. Güven'in çalışmasında kolorektal kanserli hastaların %54.3'nün düzenli ilaç kullandığı görülmüştür (17).

Araştırmamızda kadınların %94.4'ünde (n=185) herhangi bir kanser öyküsü yoktur (**Bkz. Tablo 4.5**). Açıkgöz ve arkadaşlarının “kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları” konulu

çalışmasında kadınların %18.3'ünün kanser tanısı aldığını belirtilmiştir (11). Çalışmamızda ise bu oran daha düşüktür. Çalışmamızda kanser öyküsü olanlarda (%5.6'lık grup) görülen kanser türü; %72.7 oranında (n=8) endometriyum, %45.0 oranında (n=5) over, %27.3 oranında (n=3) serviks kanseridir (**Bkz. Tablo 4.5**). GLOBOCAN 2012 verilerine göre dünyada kadınlarda en sık görülen kanser türü birinci sırada meme, ikinci sırada kolorektal kanserdir. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2014 kanser istatistikleri verilerine göre; 50-69 yaş gruplarındaki kadınlarda en sık görülen kanser türleri sırasıyla meme, kolorektal ve uterus korpusudur (150).

Çalışmamızda kadınların %69.4'ü (n=136) genel sağlık kontrollerini yaptırmamakta (**Bkz. Tablo 4.5**), yaptıranların (%30.6'lık grup) yaptırma sıklığı ise çoğunlukla (%46.7) yılda bir olarak belirlenmiştir (**Bkz. Sayfa 35**). Kılıç ve arkadaşlarının çalışmasında ise bu oran daha düşüktür ve araştırmaya katılanların %22.1'inin iki yıl içinde genel sağlık kontrolü yaptırdığı görülmüştür (151). Christou ve Thompson'ın çalışmasında ise batı Avustralya yerlileri arasında düzenli sağlık kontrolü yaptırma oranı %85.2 ve sıklığı ise; bir yıldan az %16.5, bir yıl içinde %5.1 ve iki yıl ve daha fazla yılda % 78.0'dır. (152). Hastalıkların önlenmesiyle sağlığın artırılması önemli bir sağlık hizmetidir. Bireylerde hastalıkları önlemek, yaşam kalitesini artırmak için koruyucu sağlık hizmetlerine gerek olduğu düşünülmektedir.

### 5.3. KRK Risk Faktörlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

KRK'de yaşam biçimi ile ilgili bazı risk faktörleri; beslenme alışkanlıkları (kırmızı et, tereyağı gibi hayvansal gıda ağırlıklı beslenme, lifli gıdalardan az beslenme), egzersiz yapmama, sigara ve alkol kullanma gibi durumlardır (12).

Ülkemizde obezite sıklığı erişkinlerde belirgin şekilde yüksektir ve son dönemde tüm dünyada olduğu gibi sıklığı giderek artmaktadır (116). Araştırmamızda kadınların %35.7'sinin (n=70) fazla kilolu, %49.5'inin (n=97) obez olduğu görülmüştür (**Bkz. Tablo 4.6**). Baysal ve arkadaşlarının “kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inanç ve bilgi düzeylerinin incelenmesi” konulu çalışmasında katılımcıların %52.6'sının kilolu olduğu belirlenmiştir (12). TÜİK verilerine göre de Türkiye'de kadınlarda obezite oranı %20.9 iken, yaşlı kadın

nüfusun obezite oranı ise %33.1'dir (115). Türkiye genelinde bir araştırmada obezite görülme sıklığı kadınlarda %41.0 olarak belirlenmiştir (117). 2010 yılında yapılan TURDEP-II çalışmasında obezite sıklığı kadınlarda %41.7'dir (148). Çalışmamızda obezite oranı genel olarak diğer çalışmalar ile ve Türkiye geneli ile benzerlik göstermektedir.

Kanserli hastalarda malnütrisyon sık görülen bir durumdur. Bu hastalarda malnütrisyonun şiddeti kanserin tipine, yerine ve evresine bağlı olarak değişiklik gösterir. Yeni tanı konulmuş hastaların yaklaşık olarak yarısında, ileri evre kanser hastalarının ise %75.0'dan fazlasında kilo kaybı ve iştahsızlık saptanmıştır (154). Çalışmamızda son 6 ayda kilo değişimine bakıldığında; %89.3'ünün (n=175) kilosunda değişiklik olmadığı görülmüştür (**Bkz. Tablo 4.6**). Çalışmamızda kanser belirtilerinden olan belirgin kilo kaybı görülme oranı oldukça düşüktür.

Beslenme, insanın büyüme, gelişme, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşaması için gerekli olan besin öğelerini yeterli miktarlarda alıp vücudunda kullanmasıdır. Sağlıklı bir yaşamın sürdürülmesinde bir başka deyişle yaşam kalitesinin artırılmasında beslenme alışkanlıkları önemli rol oynamaktadır (155).

Türkiye beslenme ve sağlık araştırmasına göre; bireylerin %47.6'sının günlük yeşil yapraklı sebze tükettiği görülmüştür. Türkiye genelinde kırmızı eti hiç tüketmeyenlerin oranının kadınlarda %23.2 olduğu saptanmıştır. Tavuk, hindi tüketim sıklığına bakıldığında, en yüksek tüketim sıklığının haftada 1-2 kez olduğu saptanmıştır (%42.9). Balık tüketim sıklığına bakıldığında; hiç tüketmeyenlerin oranını %39.1'dir. Hazır et ürünlerinin tüketim sıklığına bakıldığında; bireylerin %56.4'ü hiç et ürünü tüketmezken, %17.3'ü haftada 1-2 kez tüketmektedir. Evde yapılmış et ürünlerinin ise %89.1 oranında hiç tüketilmediği saptanmıştır (118).

Çalışmamızda kadınların beslenme özellikleri incelendiğinde ise; besinlerin haftalık tüketim sıklığı ortalaması (kez/hafta); sebze meyve ağırlıklı  $3.5 \pm 1.2$  (min=1, max=7), protein ve yağdan zengin  $2.0 \pm 1.1$  (min=1, max=7), kırmızı et  $1.4 \pm 0.8$  (min=1, max=7), asitli içecekler  $1.5 \pm 1.3$  (min=1, max=7), kafein içeren içecekler  $1.8 \pm 1.5$  (min=1, max=7), tahıllar  $2.2 \pm 1.1$  (min=1, max=7), beyaz et  $1.4 \pm 0.6$  (min=1, max=5) ve işlenmiş et  $1.3 \pm 0.8$  (min=1, max=7)'dir (**Bkz. Tablo 4.7**).

Bu sonuçlara göre, kırmızı et ve beyaz et tüketiminde oranların yakın olmasının araştırma grubumuzun uzun dönem beslenme alışkanlıklarının gözlenememesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Diyette alınan yağ oranı arttıkça akciğer, kolon, rektum, meme, prostat kanser riski de artmaktadır (156). Baysal ve arkadaşlarının çalışmasında da katılımcıların, %69.9'unun hayvansal yağ ve et ağırlıklı beslendiği görülmüştür (12). Çalışmamızda protein ve yağdan zengin besin tüketim sıklığı haftada iki kez olarak belirtilmiştir ve bu sıklığın normal olduğu düşünülmektedir.

Kepekli tahıl ürünleri tüketilmesi, posa alımını artırıp barsakların düzenli çalışmasını sağlayarak kolorektal kanseri oluşma riskini üçte bir oranında azaltabileceğine dikkat çekilmektedir (157). Tahıl ürünleri ve kurubaklagil tüketiminin kolorektal kanser gelişimi üzerinde önleyici etkisi olduğu düşünüldüğünde çalışmamızda katılımcıların bu yönde olumlu davranış göstermesi memnuniyet verici olarak değerlendirilebilir.

Terry ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, meyve ve sebzelerin içerdikleri lif, antioksidan vitaminler, folik asit, selenyum gibi bazı mineraller nedeniyle koruyucu olabileceğinden söz edilmektedir. Posanın ise fekal transit zamanını kısaltarak fekal karsinojenlerle kolonun temasını azaltacağına, dışkı kütlesini artırarak karsinojenleri dilüe edeceğine dikkat çekilmektedir (158). Araştırmamızda en sık tüketilen besin sebze meyve ağırlıklı besinlerdir ve bu olumlu bir sonuçtur. Fakat araştırmamızın yaz aylarında yapılmış olmasının bu sonucu etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Nitekim Acar Vaizoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcılar, %23.3'ü sebze, %9.7'si meyve tüketmediklerini ifade etmişlerdir (159).

Çalışmamızda kadınların %71.4'ü (n=140) öğün sayısının 3 olduğunu belirtirken (**Bkz. Tablo 4.8**), Türkiye genelinde yapılan bir çalışmada 3 ana öğün tüketenlerin oranı kadınlarda %66.4 olarak bulunmuştur (118). Acar Vaizoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında; katılımcıların %42.7'si günde ortalama iki öğün, %48.5'i üç öğün yemektedir. Ortalama öğün sayısı  $2.6 \pm 0.9$ 'dir (159). Güven ve arkadaşlarının çalışmasında kolorektal kanserli hastaların %78.1'inin günlük öğün sayısının üç olduğu, %48.6'sının günde üç-beş bardak sıvı tükettiği görülmüştür (17). Çalışmamızda günlük tüketilen su miktarı, %50.5 oranında (n=99) 6-10 bardak

olarak tespit edilmiştir (**Bkz. Tablo 4.8**). Bir çalışmada da günde ortalama içilen su miktarı çalışmamızla yaklaşık miktardadır ( $5.4 \pm 3.0$  su bardağı) (159). Günlük su ihtiyacı vücudun kullandığı enerji miktarına bağlı olarak değişir. Yetişkinlerde enerji harcamasının her kalorisi başına 1-1.5 ml gereklidir. Her 1000 kalori için 1-1.5 litre veya günlük 2000 kalorilik diyetle yaklaşık 8 bardak su alınmalıdır (155). Sıvı tüketiminin kolon kanseri riskini azalttığını gösteren çalışmalar vardır (156). Araştırmamıza katılan kadınların çoğunluğunun gerekli miktarda su tükettiği belirlenmiştir.

Sigara dünyada en yaygın, önlenbilir mortalite nedeni olmasına karşın, her sekiz saniyede bir kişi, sigaranın neden olduğu bir hastalıktan yaşamını yitirmeye devam etmektedir (160). TÜİK verilerine göre Türkiye’de yetişkinlerin sigara kullanım oranı 2008 yılında %31.3 iken, 2012 yılında %27.0 olarak saptanmıştır. Bu oran erkeklerde %47.9’dan %41.4’e, kadınlarda ise %15.2’den, %13.1 düşmüştür (161). Acar Vaizoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında ise araştırmaya katılanların %64.1’i hiç sigara içmemiş; %10.7’si halen sigara içmektedir (159). Çalışmamızda kadınların; %99.5’i (n=195) alkol kullanmazken, %88.8’i (n=174) de sigara kullanmamaktadır. Sigara kullanan ortalama kullanım yılı  $26.4 \pm 11.7$  ve ortalama kullanım adedi  $14.8 \pm 7.5$ ’dir (**Bkz. Tablo 4.9**). Baysal ve arkadaşlarının çalışmasında da çalışmamıza benzer oranda sonuçlar elde edilmiştir. Katılımcıların %83.8’inin sigara ve %97.1’inin alkol kullanmadığı belirlenmiştir (12). Çalışmamız ve diğer çalışmalarda sigara kullanım oranı düşük bulunmuşken, yüksek olduğu görülen araştırmalar da mevcuttur. Doğan ve arkadaşlarının araştırmasında ortalama sigara içme oranı %33.5 ile Türkiye ortalamasının üstünde olup, özellikle kadınlarda sigara kullanım oranı %67.6 ile oldukça yüksek saptanmıştır (162). Çalışmamızda sigara kullanım oranının düşük olmasının sebebinin, son zamanlarda kamu spotlarında sigaranın olumsuz etkilerine yer verilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yetersiz fiziksel aktivite önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünyada meme kanseri, kolon-rektum kanseri ve tip 2 diyabet olgularının %10-16’sından, iskemik kalp hastalıklarının %22’sinden yetersiz fiziksel aktivite sorumlu tutulmaktadır. WHO tahminlerine göre Türkiye’de hastalık yükünün %8-16’sı yetersiz fiziksel aktiviteye bağlıdır (117). Çalışmamızda kadınların %86.2’si (n=169) düzenli yürüyüş ve egzersiz yapmadığını ifade etmiştir (**Bkz. Tablo 4.9**). Acar Vaizoğlu ve



arkadaşlarının çalışmasında da 50 yaş ve üzeri kişilerin %76.7'si düzenli bedensel etkinlik yapmadığını, %23.3'ü haftada en az üç gün 30 dakikadan fazla yürüyüş yaptığını belirtmiştir (159). Baysal ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların %64.7'sinin egzersiz yapmadığı sonucu elde edilmiştir (12). Sonuçlar çalışmamız ile benzerlik göstermektedir ve düzenli fiziksel aktivite ve egzersiz yapma oranının genel olarak düşük olduğu görülmektedir.

Barsak boşaltımı, yaşamın sürdürülmesinde temel olan aktivitelerden biridir. Vücut işlevlerinde bir değişim olduğunda veya hastalık durumunda birey normal boşaltımını sürdüremeyebilir (163). Çalışmamızda kadınların %74.5'i (n=146) barsak alışkanlığı seçeneklerinden, günde en az bir kere defekasyona çıktığını ifade etmiştir (**Bkz. Tablo 4.10**). Bir çalışmada da, hastaların %67.6'sının hergün düzenli barsak alışkanlığı olduğu sonucu elde edilmiştir (17). Düzenli barsak boşaltımının olması kolorektal kanser için önemli bir bulgunun olmaması anlamına gelir ki, bu da çalışmamızda olumlu bir sonuç olarak göze çarpmaktadır.

Çalışmamızda kadınların %81.6'sında (n=160) barsakla ilgili hastalık öyküsü yokken, %18.9 oranında var olan barsak hastalığı öyküsünün %22.2'sini (n=4) polip-adenom, %16.7'sini (n=3) spastik kolon ve %38.9'unu (n=7) diğer seçeneği oluşturmaktadır (**Bkz. Tablo 4.10**). Adenomatöz polipler, KRK'in öncül lezyonu kabul edilmektedir (164). Bu nedenle barsak hastalığı öyküsünün varlığı, KRK riski için önemli bir bulgudur.

Kanserde aile öyküsü önemli bir risk faktörüdür (165). Araştırmamızda; kadınların %83.2'si birinci derece yakınlarında, %88.2'si ikinci derece yakınlarında barsak hastalığı olmadığını ifade etmiştir. Yakınlarında barsak hastalığı olanların çoğunluğu barsak kanseridir (**Bkz. Tablo 4.10**). Baysal ve arkadaşlarının çalışmasında da katılımcıların %69.1'inin ailesinde kanser öyküsünün olmadığı saptanmıştır (12). Acar Vazioğlu ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların %17.5'inin ailesinde barsak hastalığı bulunmaktadır (159). Turan ve arkadaşlarının KRK tanısı almış hastalarda yaptığı çalışmada, hastaların %13.8'inin en az bir birinci derece akrabasında KRK öyküsü olduğu görülmüştür (166).

Araştırmamızda kadınların barsak hastalığı ile ilgili son 6 aydır mevcut olan belirti-bulguları incelendiğinde; %65.8 (n=129) oranında hiçbir belirti-bulgu

olmadığı sonucu elde edilmiştir. Var olan en önemli bulgu da (%17.4, n=34) “dışkılama alışkanlığında değişiklik”tir (**Bkz. Tablo 4.11**). Literatürde “barsak alışkanlığında değişiklik” olarak ifade edilen durum aslında ishal, kabızlık ve gaita özelliğinin değişmesi olarak anlaşılmalıdır (32). Turan ve arkadaşlarının KRK tanısı almış kişilerde yaptığı araştırmada, hastaları doktora getiren en önemli üç yakınma sırasıyla dışkılarken kan gelmesi (%62.6), kabızlık (%51.2) ve karın ağrısıdır (%47.2) (166). Acar Vazioğlu ve arkadaşlarının 50 yaş ve üzeri bireylerin kolorektal kanserlerle ilişkili olabilecek faktörlerin değerlendirilmesine ilişkin araştırmasında, araştırmaya katılanlarda risk faktörü olarak değerlendirilen belirtilerden en sık görüleni halsizlik; en nadir görüleni ise dışkı alışkanlıklarındaki değişiklikler ve hematokezyadır (159).

#### **5.4. KRK Farkındalığı ve Uygulamalara İlişkin Bulguların Tartışılması**

Risk algısı, bireylerin koruyucu sağlık davranışlarını ne düzeyde gösterdiklerini etkileyebilmektedir (167). Araştırmamızda kadınların %78.1’i (n=153) kolorektal kansere yakalanma açısından kendisini riskli görmediğini belirtmektedir (**Bkz. Tablo 4.12**). Ancak sadece 50 yaşında olmak bile KRK için bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (84,103). Bir araştırmada katılımcıların %32’si KRK açısından riskli olduğunu düşünürken, %68.0’ı riski olmadığını düşünmektedir (152). Bir araştırmada ailesinde kanser olan katılımcıların %35.8’i gelecekte kansere yakalanma ihtimalinin çoğu insanla aynı olduğunu düşünürken, %26.8’i çoğu insandan daha yüksek, %18.4’ü ise daha düşük olduğunu düşünmektedir (167).

Araştırma grubunu oluşturan kadınların %88.8’i (n= 174) doktor tarafından KRK tarama önerisi almadığını belirtmiştir (**Bkz. Tablo 4.12**). Oysa 50 yaş üstü, asemptomatik, kişisel ve ailesel KRK ve adenom hikayesi olmayanlarda her yıl dışkıda gizli kan bakılması, beş yılda bir fleksibl sigmoidoskopi ve on yılda bir kolonoskopi yapılması şeklinde bir protokol önerilmektedir (103). Bu konuda, kolorektal kanserlerde kullanılan tarama yöntemlerine doktorların yaklaşımını belirlemek amacıyla 278 hekim üzerinde yapılan bir anket çalışmasında; kolorektal kanserler açısından risk taşıyan bireyler ile en sık karşılaşan branşlardaki uzman hekimlerin bile, kendilerine veya risk taşıyan ebeveynlerine tarama testi yaptırmada (tarama testi uygulama sıklığı %0.7) ihmalkar davrandıkları ortaya çıkmıştır (168).

Araştırma grubumuzdaki kadınların %85.7'si (n=168) KRK tarama yöntemleri konusunda bilgi sahibi olmadığını, %64.8'i (n=127) KRK tarama yöntemleri konusunda bilgi sahibi olmayı istememediklerini ifade etmişlerdir (**Bkz. Tablo 4.12**). Baysal ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların %89.7'sinin KRK erken tanılama yöntemlerini bilmediği, %94.1'inin taramaya başlama yaşını bilmediği, %79.4'ünün kanser belirtilerini bilmediği saptanmıştır (12). Nar'ın çalışmasında da bireylerin %62.0'nin KRK'den korunmaya yönelik bilgisinin olmadığı bulunmuştur (169). Çalışmamız ve diğer çalışma sonuçları bireylerin KRK taramaları ile ilgili bilgi durumlarının düşük olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde yurtdışında yapılan çalışmalarda da bireylerin KRK ile ilgili bilgi durumlarının yetersiz olduğu bulunmuştur (170,171). Green ve Kelly'nin Afrika kökenli Amerikan kadın ve erkekler üzerinde yaptığı KRK ile ilgili bilgi, algı ve tarama davranışlarını incelediği çalışmasında, bireylerin KRK bilgi düzeylerinin yetersiz olduğunu bulmuştur (171). Sessa ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların %70.0'ı KRK tanımını bilmezken, %60.0'ı KRK hakkında bilgisi olduğunu belirtmiştir (172). Aynı çalışmada, bizim bulgumuzdakinin aksine, katılımcıların %75.0'ı KRK hakkında daha fazla bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir (172). Araştırmamızda KRK tarama yöntemleri konusunda bilgi sahibi olmayı istememe sebebi tarama yaptırmayı düşünmemelerinden kaynaklanıyor olabilir.

KRK tarama testlerinin erken teşhise olanak sağladığı ve beklenen yaşam süresini uzattığı kanıtlanmıştır (159). Araştırmamızda kadınlar %93.4 (n=83) oranında KRK taraması yaptırmayı planlanmamaktadır (**Bkz. Tablo 4.12**). Türkiye'de kadınlar ve erkekler arasında KRK taramalarını yaptırmama ve farkındalıkla ilgili çok az sayıda çalışma yapılmıştır. Baysal ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların %91.2'sinin KRK taraması yaptırmadığı görülmüştür (12). Şen'in çalışmasında KRK taramasına katılanların %84.4'ü daha önce herhangi bir tarama yöntemini kullanmadığı, %15.6'sının daha önceden tarama amaçlı kolonoskopi veya sigmoidoskopi yaptırdığı belirlenmiştir (84). Güven'in çalışmasında katılımcıların %81'inin son beş yılda KRK'e yönelik tarama/test yaptırmadığı görülmüştür (17). Benzer şekilde Nar'ın çalışmasında da KRK'li hastaların birinci derece akrabalarının %74'ünün KRK'den korunmaya yönelik herhangi bir tarama yaptırmadığı saptanmıştır (169).

Bu sonuçlar; çalışmalarda ve çalışmamızda bireylerin KRK taramaları ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadığını ve tarama oranının ne derece düşük olduğunu göstermektedir. Bu nedenle bireylerin KRK tarama programlarına katılımını sağlamak, sağlık algılarını etkilemek ve farkındalıklarını arttırmak için sağlık eğitimine ihtiyacı olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda KRK tarama testini yaptırmayı düşünmeyen kadınlar (%93.4, n=183) düşünmeme nedenlerini; %33.3 oranında “kimse önermedi”, %29.5 oranında “kendimi riskli görmüyorum”, %25.7 oranında “testler ile ilgili bilgim yok”, %15.3 oranında ise “işlemlerin acı vermesinden korkuyorum” olarak ifade etmişlerdir (**Bkz. Tablo 4.12**). Ülkemizde KRK’in tanısındaki gecikme nedenlerinin, 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 faktörler olabileceği düşünülmektedir.

Araştırma grubunu oluşturan kadınların daha önce yaptırdığı tarama testleri (testlerin en az birini yaptıran %13.8’lik grup); GGKT, Kolonoskopi ve Doktor muayesi-Rektal Tuşe olarak ifade etmişlerdir (**Bkz. Sayfa 42**). Sağlık Bakanlığının araştırmasında 40 yaş üzeri bireylerde kanser erken tanı incelemeleri ve tarama testlerinin yapılma durumuna bakıldığında, Gaitada Gizli Kan ve Kolonoskopi incelemelerinin her iki cinsiyette yapılma oranları %5.0’ın altındadır. Ancak tarama programı olan ülkelerde bile GGKT ya da kolonoskopi yaptırma oranı pek yüksek değildir. Avrupa ülkelerinde yapılan çalışmalarda 50 yaş ve üzeri toplumda hayatı boyunca GGKT yaptıranların oranı yaklaşık olarak %50’dir (117). Açık göz ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların çoğunluğu (%90.1) hiç kolonoskopi yaptırmamıştır. Kolonoskopi yaptıranların %86.7’sinin sadece bir kez kolonoskopi yaptırdığı belirlenmiştir (11). Batı Avustralya’da yapılan bir çalışmada kolonoskopi yaptırma oranı %5.6’dır (152). Çalışmamız ve diğer çalışmalarda KRK tarama testleri yaptırma oranlarının düşük olduğu görülmektedir.

## 5.5. KRK Risk Faktörleri ile İlgili İfadeler Hakkındaki Görüşlere İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmamızda kadınların KRK risk faktörleri ile ilgili ifadelerden obezite, alkol-sigara kullanımı, düşük lif ve yüksek yağ tüketimi, barsak hastalığı öyküsü, ailede KRK öyküsünün KRK için risk faktörü olduğu ifadesine genelde “**doğru**”, yaşın KRK için risk faktörü olduğu ifadesine “**fikrim yok**” ve “düzenli egzersiz, vitamin, antioksidan, kalsiyum ve balık yağı KRK için koruyucu etkisinin olduğuna” yine genel olarak “**doğru**” cevabını verdiği görülmüştür (Bkz. Tablo 4.13). Araştırmamızda kadınların bu ifadeler ile ilgili KRK bilgi puanı ortalaması;  $6.4 \pm 3.3$  (min=0, max=10)’dür (Bkz. Sayfa 44). Çalışmamızda genel olarak KRK ile ilgili ifadelere doğru cevap alınmıştır fakat bu bilgi düzeyinin yeterli olmadığı düşünülmektedir. Acar Vazioğlu ve arkadaşlarının çalışmasında da KRK ile ilgili katılımcıların bilgileri değerlendirilmiş ve bu çalışmada katılımcıların; %58.3’ü 50 yaşından sonra barsak kanseri riskinin arttığını, %35.9’u barsak kanserinin yiyeceklerle ilişkili olduğunu, %56.3’ü barsak kanserinin hiç belirti vermeyebileceğini, %67.0’si dışkıda kan görülmesi ve dışkı alışkanlığının değişmesinin kanserin en önemli belirtisi olabileceğini ve %66.0’sı barsak kanserinin ailesel geçiş gösterebileceğini “**doğru**” olarak yanıtlamışlardır (159). Christou ve Thompson’ın katılımcıların KRK risk faktörleri ile ilgili bilgisinin değerlendirildiği çalışmasında katılımcılar; kilolu olmak (%82.4), sigara (%80.2), alkol (%69.9), yaş (%72.8), polip öyküsü (%74.2), diyet (%76.3), barsakla ilgili diğer hastalıklara sahip olmak (%77.2) ve ailede KRK öyküsünü (%55.9) risk faktörü olarak belirtmişlerdir. Ayrıca katılımcıların %80.6’sı KRK’in kadın ve erkeklerde görülme riskinin eşit olduğunu belirtmişlerdir. Belirti ve bulgulara verilen cevaplar ise; kanama (%87.1), barsak alışkanlığında değişiklik (%76.1), nedensiz kilo kaybı (%76.0), abdominal ağrı (%75.3) olarak belirlenmiştir. Katılımcıların %56.5’i hiçbir belirti olmadan KRK gelişebileceğini ifade etmişlerdir (152).

## 5.6. KRK Risk Grupları Dağılımına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmamıza katılan kadınların, %81.6’sı (n=160) vasat risk grubunda, %2.1’i (n=4) düşük risk grubunda ve %16.3’ü (n=32) orta derece risk grubunda olduğu belirlenmiştir. Yüksek risk grubunda olan kadın bulunmamaktadır (Bkz.

**Tablo 4.14).** Yüksek risk grubunu oluşturan özellikler (herediter non-polipozis öyküsü, KRK öyküsü, familial adenomatöz polipozis öyküsü, uzun süreli inflamatuvar barsak hastalığı öyküsü olması) araştırma grubumuzda bulunmamaktadır. Şen'in araştırmasında kolonoskopi taramasına katılan kişiler risk gruplarına göre sınıflandırıldığında; 86 (%24.0) kişi vasat, 125 (%34.9) kişi düşük, 125 (%34.9) kişi orta ve 22 (%6.1) kişi yüksek risk grubunda olduğu bulunmuştur (84).

### 5.7. KRK Risk Gruplarına Göre Değişkenlerin Bulgularının Tartışılması

Yaş KRK gelişmesinde önemli risk faktörüdür. KRK'in yaklaşık % 70'inin 50 yaş ve üzerinde ortaya çıktığı gösterilmiştir. Kolon kanseri görülme sıklığı 40 yaşından sonra giderek artmaktadır ve 60-75 yaş arası tepe yapmaktadır (104). KRK'den kaynaklanan ölümlerin %75'i 65 yaş üstü kişilerde meydana gelmektedir (153). Bunun yanında 2014'te KRK vakalarının %60'ı ve ölümlerin %70'i 65 ve üzeri yaşta oluşacağı tahmin edilmektedir. Kadınlarda vakaların neredeyse %30'u ve ölümlerin %40'ından fazlası 80 ve üzeri yaşta oluşacağı tahmin edilmektedir. 65 yaş altında beş yıllık sağkalım oranı 65 ve üzeri yaştan daha yüksektir (1). Bu verilere karşın çalışmamızda KRK risk grupları arasında yaş açısından anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ) (**Bkz. Tablo 4.15**). Oysa kolon kanserinin insidansı yaş ile birlikte artmaktadır (173,174). Gürsoy ve arkadaşlarının çalışmasında KRK olan kadınların yaş ortalaması  $56.5\pm 10.9$  yıl (175), Gündeş ve arkadaşlarının çalışmasında KRK'li hastaların tanı esnasında median yaşı 66 (50-84) (176), Wong ve arkadaşların çalışmasında KRK'li hastaların ortanca yaşının 62 (177), Özkan ve arkadaşlarının çalışmasında ise KRK'li kadın hastaların yaş ortalaması  $66.7\pm 15.4$ 'dür (178).

Araştırmamızda KRK risk grupları arasında diğer sosyo-demografik özellikler (medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, sağlık güvencesi, gelir düzeyi algısı, uzun süre yaşanılan yer) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ) (**Bkz. Tablo 4.16**).

Çalışmamızda KRK risk grupları arasında obstetrik ve jinekolojik özellikler açısından (ilk menarş yaşı, ilk evlilik yaşı, ilk gebelik yaşı, menopoz yaşı, OKS

kullanım süresi, HRT kullanım süresi) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ) (**Bkz. Tablo 4.17**). Üç çalışmada reproduktif özellikler ile KKK arasında ilişki bulunamamıştır (72, 179, 180). Bir başka çalışmada KKK riski ile menarş yaşı ve menepoz yaşı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır fakat ilk doğum yaşı ile ilişki saptanmıştır. İlk doğum yaşı 23'den yukarı olanlarda, aşağı olanlara göre KKK riski 0.83 kat fazla bulunmuştur (13). Zervoudakis ve arkadaşlarının çalışmasında da ilk doğum yaşı ile KKK arasında pozitif ilişki bulunmuştur. 19 ve daha erken yaşta ilk doğumunu gerçekleştirenlere göre 30 ve üzeri yaşta ilk doğumunu gerçekleştirenlerde KKK riski yüksek bulunmuştur. Ayrıca menepoz yaşının KKK insidansı ile pozitif ilişkisi bulunmuştur. 55 ve üzeri yaşta menopoza girenlerde, 40 yaşında menopoza girenlere göre KKK riski yüksek bulunmuştur. Menarş yaşı ile KKK riski arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (14). Lin ve arkadaşlarının çalışmasında ilk doğum yaşının artmasıyla KKK risk artışı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (179). Fakat diğer bir çalışmada ilk doğum yaşıyla KKK riski arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (181). İlk doğum yaşı ile KKK arasındaki ilişki tam olarak bilinmiyorken, bu ilişkinin hamilelikte östrojen ve progesteron yüksek olmasının KKK'de koruyucu olabileceğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. İlk doğum yaşının artmasıyla KKK arasındaki anlamlı ilişki, östrojene maruz kalmanın koruyucu etkisi olduğu hipotezini doğrulamaktadır. Kuo ve arkadaşlarının çalışmasında reproduktif özellikler (parite ve ilk doğumda erken yaş) KKK üzerinde koruyucu etki sağlayabileceği sonucu çıkmıştır (182).

KKK risk grupları arasında obstetrik ve jinekolojik özellikler (evlilik durumu, ebeveyn akrabalığı, gebelik durumu, gebelik sayısı, doğum sayısı, düşük sayısı, daha önce OKS kullanım durumu) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ) (**Bkz. Tablo 4.18**).

Akraba evlilikleri genetik olduğu bilinen bazı kanser türlerinin görülmesini artırabilmektedir. Örneğin, mutasyona uğramış DNA nedeni ile kolonik defekte bağlı olarak kolonda multipl polipler ile seyreden hastalık genetik geçiş göstermekte ve bu durum 40 yaşına gelmeden hemen tüm hastalarda kolon kanseri ile sonuçlanabilmektedir (183). Buna karşın çalışmamızda KKK gruplarıyla ebeveyn akrabalığı arasında ilişki görülmemiştir.

Çalışmamızda parite ile KRK risk grupları arasında ilişki bulunmamışken, bir çalışmada KRK ile parite arasındaki ilişki teyit edilmiştir. Parite ile ilgili yapılmış analizde gravite ile KRK riskinde yaklaşık %30-50 azalma olduğu görülmüştür. Gravite ve paritede artış ile rektal kanser gelişme riskinde azalma eğilimi ilişkilidir. Eşit sayıda hamilelik ve canlı doğum sayısına sahip kadınlarla karşılaştırıldığında, hiç hamilelik geçirmemiş ve hiç doğum yapmamış kadınlarda kolon kanseri riskinde %30-40 artış olduğu görülmüştür (184). Yine bir çalışmada parite artışı ile rektal kanser riski arasında ters ilişki bulunmuştur. Nulliparlarla karşılaştırıldığında 5 ve üzeri doğum yapanlarda KRK riskinin % 34 azaldığı görülmüştür (13). Bir çalışmada da KRK ile bazı reproduktif özellikler (gravida, ilk doğum yaşı, menopoz yaşı, menstruasyon süresi) arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır fakat aynı çalışmada hiç doğum yapmamışlara oranla doğum yapmışlarda KRK riskinin daha düşük olduğu, iki ve daha fazla düşük yapanlarda hiç yapmayanlara oranla KRK riskinin %72 oranda daha yüksek olduğu ve menarş yaşının artmasıyla KRK riskinin azaldığı sonucu çıkmıştır (185). Kuo ve arkadaşlarının çalışmasında KRK nedeniyle ölüm riski üzerine çocuk sayısının etkili olduğu, riskin, doğum sayısı arttıkça azaldığı sonucu elde edilmiştir. KRK'den ölüm oranı bir çocuk doğurmuş olanlarda 2.59, iki çocuk doğurmuş olanlarda 1.87, üç çocuk doğurmuşlarda 1.91, dört ve üzeri çocuk doğurmuşlarda 1.36'dır (182).

OKS kullanım öyküsünün, postmenopozal kadınlarda KRK gelişme riskinin azalmasıyla ilişkili bulan yayınlar mevcuttur (180). Çeşitli çalışmalar OKS kullanımıyla KRK riskinin azaldığını göstermektedir (74, 179, 181). Diğer iki çalışmada ise anlamlı ilişki bulunmamıştır (14,16). Nichols ve arkadaşlarının çalışmasında OKS kullanımı ile KRK arasında anlamlı ilişki bulunmamış fakat hiç kullanmayanlarla karşılaştırıldığında son zamanlarda kullananlarda rektal kanserin azaldığı görülmüştür (13). Lin ve arkadaşlarının çalışmasında da uzun süre OKS kullananların hiç kullanmayanlara göre kolorektal kanser açısından daha düşük riske sahip oldukları belirlenmiştir (179).

Çalışmamızda obstetrik özellikler ve KRK risk grupları arasında ilişki bulunamamasının sebebinin ise; araştırmamıza katılan kadınların KRK açısından sağlam bireyler olması, taramaya katılımın azlığı nedeniyle KRK'i olanların da



tanılanamamış olması ve barsak hastalık öyküsü oranının düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda menopoz durumu ile KRK grupları arasında ilişki saptanmamışken ( $p>0.05$ ) (**Bkz. Tablo 4.19**), Nichols ve arkadaşlarının çalışmasında postmenopozal kadınlarla karşılaştırıldığında, premenopozal kadınlarda KRK riski düşük bulunmuştur (13). Bu çalışmada katılımcıların kolorektal kanserli bireyler olmasından ilişkinin daha net ortaya konduğu düşünülmektedir. Bir çalışmada da ileri menopoz yaşı ile KRK risk artışı arasında zayıf ilişki bulunmuştur (179).

Çalışmamızda menopoz döneminde HRT kullanımı ile KRK risk grupları arasında ilişki saptanmamışken ( $p>0.05$ ) (**Bkz. Tablo 4.19**), birçok epidemiyolojik araştırma HRT'nin postmenopozal dönemde kadınlarda KRK riskini %30–40 azalttığını göstermiştir. 5 yıldan uzun HRT görmüş kadınlarda, yeni başlayanlara oranla risk azalması belirginleştiği gibi kolon poliplerinin insidensi ve boyutları üzerinde de koruyucu etkisi gözlenmiştir. HRT'nin koruyucu etkisini destekleyen kanıtların yanı sıra anti-östrojen tedavinin KRK riskini artırabileceği yönündeki görüşler de östrojen reseptörlerinin önemini vurgulamaktadır (75). Çalışmamızdaki bulguların tersine, yine bir çalışmada postmenopozal hormon kullanımının kolorektal kanser insidansını % 40 azalttığı saptanmıştır (68). Women's Health Initiative (WHI) çalışmasında, postmenopozal dönemde sadece östrojen tedavisi, plasebo kullananlarla kıyaslandığında östrojen ve progesteron ile HRT'nin KRK riskini azalttığı gösterilmiştir (186). HRT ve OKS kullanımının KRK açısından koruyucu etkileri vardır (187).

Araştırmamızda KRK risk grupları ile kronik hastalık öyküsü ve mevcut olan hastalık türleri (DM hariç) arasında anlamlı bir ilişki görülmemektedir ( $p>0.05$ ) (**Bkz. Tablo 4.21**). KRK risk grupları ile DM hastalığının var olması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmektedir ( $p<0.05$ ). DM var olanların olmayanlara göre daha fazla oranda orta derece risk grubunda olduğu görülmektedir (**Bkz. Tablo 4.20**). Yuhara ve arkadaşlarının çalışmasında da DM'nin, KRK risk artışıyla ilişkili olduğu sonucu çıkmıştır (188). Arslan tarafından aktarılan bir çalışmada DM'li hastalar karşılaştırılmış ve sonuçta KRK görülme ihtimali açısından DM'li hastaların 3 kat daha yüksek riske sahip oldukları rapor edilmiştir (189). Turan ve arkadaşlarının çalışmasında KRK'e eşlik eden hastalıklar

HT, DM ve KOAH olarak bulunmuştur (166). Mentş ve arkadaşlarının çalışmasında KRK nedeniyle opere edilen hastaların 85'inde (%42.5) ek hastalıklar bulunmaktadır ve sık görülen hastalıklar arasında, HT ve DM bulunmaktadır (190).

Çalışmamızda kanser öyküsünün varlığı ile KRK risk grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmektedir ( $p<0.05$ ). Herhangi bir kanser öyküsü var olanların (endometrium, over, serviks, cilt kanseri) tamamı orta derece risk grubunda iken, kanser öyküsü olmayanların sadece %11,4'ünün orta derece risk grubunda olduğu görülmektedir (**Bkz. Tablo 4.20**). Meme, over ve/veya endometrium kanseri geçiren kadınlarda KRK riski de yüksektir (191). Turan ve arkadaşlarının ilk kez tanı konan KRK hastalarının epidemiyolojik özelliklerini incelediği çalışmada; kadınların KRK'e eşlik eden malignite çeşitleri endometrium ve meme kanseridir (166). Çınar ve arkadaşlarının çalışmasında meme, endometriyum, over kanseri öyküsü olan kadınlarda da KRK riskinin yüksek olduğu gösterilmiştir (192). Bir çalışmada 50 yaş altı endometrium kanseri olan kadınlarda KRK riskinin arttığı, sağ taraf KRK riski de endometrium kanseri olan 51-65 yaş kadınlarda arttığı görülmüştür (193). Endometrium ve KRK'in eş zamanlı olarak en sık görüldükleri durum Lynch (HNPCC) sendromudur. Lynch sendromlu kadınlarda kolorektal ve endometrium kanserinin birlikte görülme riski yaklaşık %60'dır (79). Diğer taraftan KRK sonrası serviks uteri, korpus uteri ve over kanseri gelişiminde anlamlı artış olduğu saptanmıştır (194). Bu nedenle meme, kadın genital organ kanseri olan kişiler, periyodik olarak KRK taraması yaptırması önerilebilir.

Araştırmamızda tetkik ve tedavi geçirme durumu ile KRK risk grupları arasında anlamlı ilişki görülmemektedir ( $p>0.05$ ) (**Bkz. Tablo 4.20**). Geçirilen tetkik ve tedavi tipleri seçeneğinden kemoterapi ile KRK risk grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmektedir ( $p<0.05$ ) (**Bkz. Tablo 4.20**). Kemoterapi alanların tamamının orta düzey risk grubunda olduğu görülmektedir. Bu durumun kemoterapi alanlarda herhangi bir kanser öyküsünün mevcut olması nedeni ile bununda KRK için risk faktörü olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Geçirilen diğer tetkik ve tedavi tipleri (kolesistektomi, IVF tedavisi, histerektomi, ooferektomi) ile KRK risk grupları arasında anlamlı bir ilişki görülmemektedir ( $p>0.05$ ) (**Bkz. Tablo 4.20**). Kolesistektomi, bazı çalışmalarda sağ kolon kanserleri

için risk faktörü olarak belirtilmesine rağmen; bazı çalışmalarda aksi yönde bulgular bildirilmiştir (192).

Uzayan yaşlılık dönemi, kronik hastalıklar ve bunların komplikasyonlarını beraberinde getirmektedir. Sonuçta erken yaşlarda başlayan korunma önlemleri ile yaşlara ve cinsiyete özgü takip aralıkları ile karakterize periyodik muayenenin önemi belirgin şekilde ortaya çıkmaktadır (195). Çalışmamızda ise, genel sağlık kontrollerini yaptırma durumu ile KRK risk grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemektedir ( $p>0.05$ ) (**Bkz. Tablo 4.20**).

Çalışmamızda düzenli ilaç kullanım durumu ile KRK risk grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemektedir ( $p>0.05$ ) (**Bkz. Tablo 4.20**). KRK risk grupları arasında düzenli kullanılan ilaç türleri ile de ilişki saptanmamıştır (**Bkz. Sayfa 53**). Literatürde kalsiyum, selenyum, A, C, E vitamini ve karotenoidlerin kullanımının, KRK gelişim riskini azalttığı ifade edilmektedir. Oral yolla alınan kalsiyumun, mukozal proliferasyonu uyaran iyonize yağ asitleri ve safra asitleriyle barsak lümeninde birleşerek, onları emilemeyen kalsiyumlu bileşikler haline getirdiği, ayrıca safra asitleri ve fosfatların kolonik atılımını arttırdığı düşünülmektedir (35). Deneysel bir çalışmada kalsiyum takviyesinin (günde 1.2 gram elementer kalsiyum) kalın barsakta adenomatoz poliplerin yeniden ortaya çıkma riskini %15 oranında azalttığı ortaya çıkmıştır. Bu deneyde aynı zamanda kalsiyum takviyesinin daha ileri poliplerin oluşma riskini azaltmasının muhtemel olduğu ve böylece de bu tür takviyelerin kolorektal kanser insidansını azaltabileceği sonucu bulunmuştur (196). Lappe ve arkadaşlarının çalışmasında kalsiyum ve D vitamini kullanan kadınlarda plaseboya göre tüm kanserlerin insidansının daha düşük olduğu tespit edilmiştir (197). Araştırmalar aspirin ve NSAİ kullanımının barsak kanserinde koruyucu olabileceğini göstermiştir (198). Gözleme dayalı epidemiyolojik çalışmalar, aspirin veya diğer NSAİ'leri uzun dönem kullanan kişilerin kullanmayanlara kıyasla daha düşük kolorektal adenomatoz polip ve KRK riski taşıdıklarını ortaya çıkarmıştır (199). Düzenli olarak aspirin ve diğer NSAİ'lerin kullanımının insanlarda KRK gelişiminde %30-50 oranında azalmaya yol açtığını gösteren çok sayıda prospektif ve retrospektif çalışma vardır (200). Aspirinin günlük 75 mg ve daha üstü dozlarda uzun süreli kullanılması ile özellikle proksimal kolon kanserinde azalma sağlandığı düşünülmektedir (201). Statinlerle

yapılan gözlemsel çalışmalarda, 5 yıl süreyle kullanımlarının KRK oluşumunu belirgin olarak azalttığı gösterilmiştir (69). Labaratuar ve epidemiyolojik veriler folatın kalın barsakta antineoplastik etkisi olabileceğini düşünmektedir fakat Cole ve arkadaşlarının çalışmasında bir mg/gün folik asit alımının kolorektal adenom riskini düşürmediği sonucu elde edilmiştir (202). Çalışmamızda aspirin, NSAI ilaçlar ve statin, vitaminlerin kullanım oranının düşük olması nedeniyle ilişki saptanamadığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda KRK risk grupları arasında BKİ açısından anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ) (**Bkz. Tablo 4.21**). Çalışmamızda BKİ ile KRK risk grupları arasında ilişki saptanmamasına karşın, obezite ve KRK ilişkisini destekleyen pek çok çalışma vardır. Benzer şekilde bu ilişki özellikle kolon adenomlarında ve daha belirgin olarak da büyük adenomlarda saptanmıştır (189). Renehan ve arkadaşları tarafından yapılan meta-analiz sonuçlarına göre obezitenin hem kadınlarda hem de erkeklerde KRK riskini arttırdığı saptanmıştır (203). Bel kalça oranı (BKO) yüksek ve düşük hasta gruplarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, yüksek BKO saptanan hastalarda KRK riskinin 2.1 kat arttığı bulunmuştur. BKİ yüksek hastalarda KRK riski ise 1.7 kat artmış olarak bulunmuştur (204). Çalışmamızda ilişki saptanmamasına karşın obezite KRK açısından önemli bir risk faktörüdür.

Araştırmamızda KRK risk grupları arasında kadınların beslenme özellikleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ) (**Bkz. Tablo 4.22**). Fakat beslenme ile ilişkili faktörler KRK'in gelişiminde rol oynar (205). Hayvani yağ ve kırmızı etten zengin, fiberden fakir, yüksek kalorili diyetle beslenen gelişmiş toplumlarda KRK daha sık görülmektedir (35). Kırmızı et ve işlenmiş et KRK için risk faktörüdür (187). Bir çalışmada kırmızı et ve işlenmiş etin KRK ile pozitif ilişkisi saptanmıştır (50). Süt ve kalsiyum alımı prostat kanser riskini arttırırken KRK riskini azalttığı rapor edilmiştir. Mineralin desteği ise, kolorektal adenomanın tekrarlama riskini azalttığı belirtilmektedir. (205). Bakliyat ve işlenmemiş tahıl gibi lif içeren gıdalar KRK riskini azaltmaya yardımcı olur. Meyve ve nişasta içermeyen sebzeler de riski azaltabilir fakat kanıtlar sınırlıdır. Tüketilen yağ içeriğinin düşük ve omega-3 yağ asitlerinden zengin olması, yüksek oranda galaktoz içeren meyveler ve sebzeler tüketerek yüksek oranda lif alınması, selenyum,

kalsiyum ve folik asit destekli gıdaların alınması önemlidir (35). Taze sebzeler bol ve kaba lifli gıdaların, vitamin A, C, E, Beta Karoten ve selenyum gibi antioksidanların, kalsiyum ve balık yağının dışkıda mutajenlerin üretimini azaltarak kolon adenom ve kanserlerinin oluşmasını önlediği belirtilmektedir (173). Bol posa bırakan bitkisel liflerin tüketilmesi, kanserojen maddelerin kolon mukozasına temas süresini kısaltmakta, aynı zamanda dışkı hacmini arttırarak zararlı maddelerin seyrelmesine yol açarak mukozaya olumsuz etkisi azalmaktadır (35). Magnezyum alımı, sarımsak ve balık eti tüketimi ile ilgili KRK'de koruyucu olduğuna dair çalışma bulunmaktadır (201). Sağlıklı yaşamın sürdürülmesinde ve hastalıklardan korunmada sağlıklı ve dengeli beslenme oldukça önemlidir.

Çalışmamızda KRK risk grupları ile kadınların beslenme alışkanlıklarından olan günde tüketilen su miktarı ve günde öğün sayısı özelliklerine verilen cevapları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemektedir ( $p>0.05$ ) (**Bkz. Tablo 4.23**).

Çalışmamızda KRK risk grupları ile kadınların bireysel alışkanlıklarından olan alkol-sigara kullanımı ve egzersiz yapma durumuna verilen cevapları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemektedir ( $p>0.05$ ) (**Bkz. Tablo 4.24**).

Buna karşın son çalışmalarda uzun dönem sigara kullanıcılarının, kolorektal kanser açısından yüksek risk altında olukları tespit edilmiştir. Cho ve arkadaşlarının 2004 yılında yaptığı çalışmada kolorektal kanserde sigara içimi ve alkol kullanımı hem insidans hem de mortalite artışı ile ilişkili bulunmuştur (206). ABD'de beş KRK'in birinin sigaraya bağlı geliştiği tahmin edilmektedir ve sigara kullanım miktarının azaltılmasının, sigaranın diğer olumsuz etkilerinde olduğu gibi KRK üzerinde de etkili olabileceği düşünülmektedir (187).

KRK'in aşırı alkol alımıyla ilişkisi vardır (207, 208). 57 kohort ve vaka-kontrol çalışmasının meta analizinde alkol alımı ile kolorektal kanser riski arasında ilişki bulunmuş ve günde 50 gram ve daha fazla düzenli alkol alanlarda alkol almayanlara veya nadiren alanlara göre kolorektal kanser gelişme riski 1.5 kat fazla olduğu görülmüştür (208). Çalışmamızda sadece bir kişi alkol kullanmakta ve kullanım miktarı günde bir kadeh olduğundan KRK risk gruplarına göre ilişki saptanmaması olası bir sonuçtur.

Düşük fiziksel aktivite KRK için önemli risk faktörlerindedir (207, 209). Düşük fiziksel aktivite, artmış BKİ, insülin direnci ve hiperinsülinemi, yüksek kolesterol ve trigliserit seviyeleri ve düşük HDL seviyelerinin kanser potafizyolojisinde önemli bir role sahip oldukları düşünülmektedir (189). Fiziksel aktivitenin kanseri önlemede etkin olduğu belirtilmektedir. Özellikle meme ve kolon kanseri ile fiziksel aktivitenin ilişkili olduğu kanıtlanmıştır. Fiziksel aktivitenin eksikliği ise kanserlerde risk etmenidir (11). Araştırmamızda katılımcıların çoğunluğunun fiziksel aktivite yapmıyor olmalarının da, toplumun yaşam biçiminin bir göstergesi olduğu kanısındayız.

Çalışmamızda KRK risk grupları ile barsak alışkanlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemektedir ( $p>0.05$ ) (**Bkz. Tablo 4.25**). Ancak çalışmalarda barsak alışkanlığında değişikliğin KRK varlığını gösteren belirtilerinden olduğu ifade edilmektedir (32). Bir çalışmada birinci basamağa başvuran hastaların klinik özelliklerinden barsak alışkanlığında değişiklik KRK riski ile ilişkili bulunmuştur (210). Diyare ve kabızlık çok değişkenli analizlerde kolorektal kanser ile ilişkilendirilmiştir (32). Bir çalışmada kolorektal kanseri olan hastaların başvuru esnasında en sık karşılaşılan şikayetin karın ağrısı ve barsak alışkanlığında değişme olduğu görülmüştür (176). Çalışmamızda araştırma grubumuz KRK açısından sağlam bireyler olduğundan ve tarama testleri yaptırma oranının azlığı nedeniyle kolorektal kanseri olanların da tanılanamamış olmasından ilişki saptanamadığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda KRK risk grupları ile kadınların kendisinde ve birinci derece yakınlarında barsak hastalık öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir ( $p<0.05$ ). Barsak hastalık öyküsü olmayanların % 14.0'ü orta derece risk grubundayken, barsak hastalık öyküsü olanların % 38.9'u orta derecede risk grubundadır (**Bkz. Tablo 4.25**).

Kişisel tıbbi öyküsünde polip bulunan kişilerde KRK riski yüksektir (191, 207). KRK'in büyük bir kısmı daha önce var olan adenomlardan kaynaklanır. Kanser gelişme riski, adenomların sayısı ile artar (35, 192). Uzun süredir inflamatuvar barsak hastalığına tutulmuş bireylerde, KRK gelişme riski önemli derecede artmaktadır (35). Kronik ülseratif kolitis, inflamatuvar barsak hastalığı ve Crohn hastalığı olanlarda KRK riskinin hastalık süresi ile orantılı olarak arttığı bilinmektedir (84, 192, 191,

206). Şen'in araştırmasında KRK saptanan 9 (%2.5) kişinin 4'ü (%1.1) vasat, 2'si (%0.5) düşük, 3'ü (%0.8) orta risk grubunda olduğu görülmüştür (84).

KRK'in %6-10'unun ailesel eğilimi olan bireylerde görüldüğü ve KKK'i olan bireylerin yaklaşık 1/3'ünün birinci derece akrabalarında da kanser olduğu bilinmektedir (166). İki veya daha fazla birinci derece yakınında KKK olanlarda KKK riski daha da yüksektir (211). Ait Ouakrim ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, aile öyküsünde KKK olan bireylerin (orta risk düzeyinde olan) taranmasının KKK mortalitesini azalttığı saptanmıştır (212). İncelenen 24 çalışmanın (biri hariç hepsinde) analizinde birinci derece yakını kolorektal kanserden etkilenen bireylerde KKK riskinin arttığı saptanmıştır (213). 55 yaş ve üzerinde KKK tanısı almış birinci derece akrabası olan bireylerde KKK gelişme riski iki kat artmıştır. 55 yaşın altında KKK tanısı almış birinci derece bir tane akrabası olan bireylerde ve herhangi bir yaşta KKK tanısı almış iki tane birinci derece akrabası bulunan bireylerde KKK gelişme riski 3-6 kat artmıştır (165). Çalışmamızda kadınların birinci derecede yakınlarında barsak hastalık öyküsü olanların tamamının orta derece risk grubunda olduğu görülmüştür ve bu istatistiksel olarak anlamlıdır (**Bkz. Tablo 4.25**). Güven'in çalışmasında da kolorektal kanserli hastaların %21.9'unun ailesinde KKK olduğu saptanmıştır (17). Ailede KKK olan bireylerde KKK riskinin arttığı, çalışmamızda ve diğer çalışmalarda gösterilmiştir.

Çalışmamızda KKK risk grupları ile ikinci derece yakınlarında barsak hastalık öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemektedir ( $p>0.05$ ) (**Bkz. Tablo 4.25**). Çalışmamızda ilişki saptanmamış olmasına karşın Açıkgoz ve arkadaşlarının çalışmasında, ailesinde kanser öyküsü olanların çoğunluğunun (%56.3) birinci derece yakınının, %21.1'inin ikinci derece, %22.6'sının üçüncü derece yakınının kanser olduğu saptanmıştır (11). Turan ve arkadaşlarının çalışmasında KKK tanısı almış 66 olgunun (%53.7) birinci ya da ikinci dereceden akrabalarının en az birinde KKK ya da kolorektal dışı kanser öyküsü bulunduğu görülmüştür (166).

Aile bireyleri KKK geçiren kişilerde KKK riski yüksektir (191). Ailede KKK öyküsü olup olmadığının saptanmasının, koruyucu yaklaşımlar arasında ele alınması, risk altındaki bireylerde, düzenli aralıklarla yapılacak taramalar ile KKK'in çok erken bir dönemde tanılanmasına ortam hazırlayabilir.

Araştırma kapsamında yer alan kadınlarda son 6 ayda barsak hastalığı ile ilgili belirti-bulguların varlığı ile KRK risk grupları arasında anlamlı bir ilişki görülmemektedir ( $p>0.05$ ) (**Bkz. Tablo 4.26**). Belirti-bulguların türleri incelendiğinde “ele gelen kitle” ve “anemi” ile KRK risk grupları arasında anlamlı bir ilişki görülmektedir ( $p<0.05$ ) (**Bkz. Sayfa 58**). Ele gelen kitlesi olanların tamamının ve ele gelen kitlesi olmayanların %15.5’inin orta derecede risk grubunda olduğu görülmektedir. Anemisi olanların %36.8’inin, anemisi olmayanların %14.1’inin orta derecede risk grubunda oldukları görülmektedir. Çalışmamızda diğer belirti-bulgu türleriyle KRK risk grupları arasında anlamlı bir ilişki görülmemektedir ( $p>0.05$ ).

Çoğunlukla anemi KRK için ilk karşılaşılan bulgudur (32). İzbul ve arkadaşlarının çalışmasında KRK’li hastaların en sık olarak rektal kanama (%60.5) ve ileus (%23.3) nedeniyle doktora başvurdukları belirtilmiştir (214). Turan ve arkadaşlarının çalışmasında da ilk bulgu “dışkıda kan gelmesi”dir (166). Bu sonuçlar ışığında “ele gelen kitle”nin kanserin son döneminde görülebilen bir belirtisi olduğu düşünülürken, “anemi”nin ise KRK için önemli bir ön bulgu olduğu söylenebilir.

Araştırmamızda gelecekte KRK’e yakalanma açısından risk algısı ile KRK risk grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmektedir ( $p<0.05$ ). KRK riski olmadığını ifade edenlerin %9.8’i orta derecede risk grubundayken ve KRK riski olduğunu ifade edenlerin %39.5’inin orta derecede risk grubunda olduğu görülmektedir (**Bkz. Tablo 4.27**). Bu sonuç doğrultusunda, KRK riskinin olduğunu ifade edenlerin doğru bir analiz yaptığını düşünmekteyiz. Santos ve arkadaşlarının çalışmasında ailede KRK öyküsünün, bireylerin risk algısını değiştirdiği sonucu elde edilmiştir (215). Bir çalışmada KRK risk algısı ile sağlıkla ilgili olumlu davranış değişikliği arasında ilişki saptanmamışken (216), diğer bir çalışmada saptanmıştır (217).

Araştırmamızda doktorun kolorektal tarama önerisi ile KRK risk grupları arasında anlamlı bir ilişki görülmektedir ( $p<0.05$ ). Doktor tarafından KRK tarama önerisi almayanların %12.6’sı orta derecede risk grubunda iken, KRK tarama önerisi alanların %45.5’inin orta derecede risk grubunda olduğu görülmektedir. Bu sonuçtan, doktor tarafından KRK tarama önerisi alan kadınların yaklaşık yarısının orta derece risk grubunda olduğu anlaşılmaktadır (**Bkz. Tablo 4.27**). Türkiye’de



2009 yılından itibaren KRK tarama programı gündeme alınmış olmasına rağmen, toplumun bilgilendirilmesinde ve KRK tarama programının uygulanmasında eksiklikler devam etmektedir. Altuğ ve arkadaşlarının KRK'de uzman hekimlerin tarama testlerine yaklaşımlarının değerlendirdiği çalışmalarında; konusunda uzman hekimlerin ailesinde 50 yaş üstü bireylere tarama programı uygulama sıklığını %0.7 olarak bildirmişlerdir (168). KETEM'lerde yürütülen bir çalışmada katılımcıların tetkik yaptırma durumu ile ilişkili bulunan tek faktör, KETEM'e başvurmadan önce hekim tarafından taramaya katılmalarının önerilmesidir (167). Bu bulgular, sağlık çalışanlarının, toplumun ve özellikle ailesinde kanser öyküsü olan nüfus gruplarının taramalar konusundaki farkındalığını artırma açısından önemli rolünü vurgulamaktadır. Doktorlar mevcut olan tüm tarama testleri hakkında bilgi verdiğinde, tarama olasılığının artabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda KRK tarama yöntemleri ile ilgili bilgiye sahip olma durumu ile KRK risk grupları arasında anlamlı bir ilişki görülmektedir ( $p<0.05$ ). Bu konuda bilgi sahibi olmayanların %88.7'si vasat+düşük risk grubunda iken, bilgi sahibi olanların %46.4'ünün orta derecede risk grubunda olduğu görülmektedir (**Bkz. Tablo 4.27**). Risk grubu orta derecede olanlarda, KRK tarama yöntemleriyle ilgili bilgi sahibi olma oranı daha yüksektir.

Araştırmamızda KRK tarama yöntemleri ile ilgili bilgi sahibi olmak isteme ile KRK risk grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemektedir ( $p>0.05$ ) (**Bkz. Tablo 4.27**). Araştırmaya katılan kadınların hangi risk grubunda olduğunun, KRK tarama yöntemleri ile ilgili bilgi sahibi olmak isteme durumunu etkilemediği sonucu ortaya çıkmaktadır.

Araştırmamızda KRK taramasını önümüzdeki günlerde yaptırmayı düşünme durumuna verilen cevaplar ile KRK risk grupları arasında anlamlı bir ilişki görülmektedir ( $p<0.05$ ). KRK taramasını önümüzdeki günlerde yaptırmayı düşünmeyenlerin %14.8'inin ve düşünenlerin de %38.5'inin orta derece risk grubunda olduğu görülmektedir. Orta derece risk grubunda olanlar daha fazla oranda KRK taramasını yaptırmayı planlamaktadırlar (**Bkz. Tablo 4.27**). Christou ve Thomson'ın çalışmasında ise; risk algısıyla KRK tarama niyeti arasında ilişki bulunmuş, risk algısı yüksek olanların KRK tarama niyet oranının da yüksek olduğu görülmüştür (152). Amerikan Kanser Birliği'nin verisine göre; ABD'de kolonoskopi

yaptırma oranı on yılda üçe katlamıştır. 2000 yılında 50-75 arası bireylerde bu oran %19 iken, 2010 yılında %55'e çıkmıştır. Amerikan Kanser Birliğinin de bulunduğu organizasyon komitesinin hedefi, 2018'de KRK testleri kullanımı oranını %80'e çıkarmaktır (218).

Çalışmamızda daha önce KRK taraması yaptırma durumu ile KRK risk grupları arasında anlamlı bir ilişki görülmektedir ( $p<0.05$ ). “Hiçbirini yaptırmadım” cevabı verenlerin %13.6'sının ve “en az birini yaptırdım” cevabını verenlerin %33.3'ünün orta derecede risk grubunda olduğu görülmektedir (**Bkz. Tablo 4.27**). Orta derece risk grubunda daha önce KRK taraması yaptırma durumu daha yüksek olmasına karşın, bu grupta hiç bir test yaptırmayan %13.6'lık bir grubun varlığı dikkat çekicidir. Yapucu Güneş ve arkadaşlarının çalışmasında araştırma grubunun %94.6'sının son 10 yılda KRK açısından tarama yaptırmadığı görülmüştür (219). Şu anda ülkemizde kolorektal taramalarının kapsama oranı %20-30 arasındadır ve ülkemizde teşhis edilen olguların yarısından çoğu ileri evrededir (9). Kolorektal taramaların olumlu sonuçlarına ulaşmak için daha geniş bir kapsama oranı sağlanmalıdır.

### **5.8. KRK Bilgi Puanına Göre Değişkenlerin Bulgularının Tartışılması**

Araştırmamızda kadınların KRK bilgi puanı ortalaması;  $6.4\pm 3.3$  (min=0, max=10)'dür (**Bkz. Sayfa 60**). Araştırmamızda kadınların KRK ile ilgili yeterli düzeyde bilgiye sahip olmadıkları düşünülmektedir. Acar Vaizoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında, katılımcıların KRK ile ilgili ortalama bilgi düzeyi puanı  $7.3\pm 1.9$ 'dir (min=0, max=10), ve bu puan düşük olarak değerlendirilmiştir (159). Christou ve Thompson'un çalışmasında ise, katılımcıların KRK ile ilgili bilgi puanı ortalaması  $13.3\pm 4.3$ 'dür ve bireylerin KRK ile ilgili bilgilerinin geliştirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır (min=0, max=18) (152). Omran ve İsmail'in çalışmasında katılımcıların KRK ve tarama yöntemleri konusunda yeterli bilgilerini olmadığı bulunmuştur (220). Wong ve arkadaşlarının çalışmasında ise; KRK semptomları ve risk faktörleri ile ilgili bilgi puanı ortalamaları sırasıyla 3.2 ve 4.1'dir (min=0, max=9) (221). Bu sonuçlar çalışmamızla paralellik göstermektedir. Bu sonuçlara göre; bireylerin KRK, KRK risk faktörleri, tarama yöntemleri ve korunmaya yönelik bilgilerinin artırılması gerektiği düşünülmektedir.

Araştırmamızda kadınların KRK bilgi puanı ile yaş arasında anlamlı bir ilişki görülmektedir ( $p<0.05$ ). Yaş arttıkça KRK bilgi puanının azaldığı görülmektedir (**Bkz. Tablo 4.28**). Yaş ile birlikte eğitim düzeyinin düşmesinin bu sonucu etkilediği düşünmekteyiz. Buna karşın Christou ve Thompson'un çalışmasında ise KRK risk faktörleri, semptom ve belirtileri ile ilgili bilgi düzeyinin yaş ile ilişkisi bulunmamıştır (152).

Araştırmamızda kadınların KRK bilgi puanı ile eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ( $p<0.05$ ). Eğitim durumu ilköğretim, lise ve üzeri olanların puanı okuryazar olmayanlara oranla yüksek görülürken, okuryazar olanların puanı ise eğitim durumu ilköğretim, lise ve üzeri olanlara oranla anlamlı derecede düşük görülmektedir. Bu sonuçlar ışığında eğitim seviyesinin yükselmesiyle sağlık bilgisinin de arttığı görülmektedir (**Bkz. Tablo 4.29**). Christou ve Thompson'ın çalışmasında KRK risk faktörleri, semptom ve belirtileri ile ilgili bilgi düzeyinin eğitim düzeyi ile ilişkisi bulunmamıştır (152). Mc Caffery ve arkadaşlarının çalışmasında ise KRK ile ilgili bilgi düzeyi eğitim seviyesi düşük olanlarda düşük bulunmuştur (170).

Araştırmamızda kadınların KRK bilgi puanı ile uzun süre yaşanan yer arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ( $p<0.05$ ). Uzun süre ilde yaşayanların bilgi puanı kasaba/köyde yaşayanlara oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (**Bkz. Tablo 4.29**). Yaşanan bölgenin koşulları sağlık kuruluşları hizmetlerinden yararlanmayı etkilemektedir (11). Bu sonucun, il merkezinde yaşayanların sağlık hizmetlerine ulaşımının daha kolay olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda kadınların KRK bilgi puanı ile genel sağlık kontrollerini yaptırma durumu arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ) (**Bkz. Tablo 4.30**). Christou ve Thompson'un çalışmasında ise son doktor kontrolünü son bir yıl içinde yaptıranların %45.1'inin KRK ile ilgili bilgi puanı yüksekken, bir yıl ve daha fazla zamanda son doktor kontrolü yaptıranların hiçbirinin bilgi puanı yüksek seviyede değildir. Ayrıca aynı çalışmada genel sağlık kontrolü sıklığı ile bilgi puanının karşılaştırılmasında yukarıdaki sonucun tersi sonuç elde edilmiştir. Genel sağlık kontrolü sıklığı, bir yıl ve daha az olanların %5.4'ünün bilgi puanı yüksekken, iki yıl ve daha fazla olanların % 49.3'ünün bilgi puanı yüksek olarak bulunmuştur

(152). Araştırmamızda genel sağlık kontrollerini yaptırma durumunun KRK bilgi düzeyini etkilemediği düşünülmektedir.

Araştırmamızda kadınların KRK bilgi puanı ile barsak hastalık öyküsünün varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ) (**Bkz. Tablo 4.31**). Araştırmamızda kadınların barsakla ilgili bir hastalığın olup olmamasının, KRK konusundaki bilgi düzeyini etkilemediği düşünülmektedir.

Araştırmamızda kadınların KRK bilgi puanı ile birinci derece yakınlarında barsak hastalık öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir ( $p<0.05$ ). Barsak hastalık öyküsünün varlığına “Evet” cevabı verenlerin puanı “Bilmiyorum” cevabını verenlere oranla anlamlı derecede yüksek görülürken, “Hayır” cevabı verenlerin puanı da “Bilmiyorum” cevabı verenlerin puanına oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (**Bkz. Tablo 4.31**).

Araştırmamızda kadınların KRK bilgi puanı ile ikinci derece yakınlarında barsak hastalık öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir ( $p<0.05$ ). Barsak hastalık öyküsünün varlığına “Evet” cevabı verenlerin puanı “Hayır” cevabı verenlere oranla ve “Hayır” cevabı verenlerin puanı da “Bilmiyorum” cevabını verenlere oranla anlamlı derecede yüksek olarak görülmektedir (**Bkz. Tablo 4.31**).

Araştırmamızda ailesinde barsak hastalığı olan kadınların KRK bilgi puanının, olmayanlara göre yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Ailesinde barsak hastalığının olması, KRK’in kişinin ilgi alanına girmesine neden olduğu düşünülmektedir. Nitekim Christou ve Thompson’un çalışmasında da ailesinde kanser öyküsü olanların %53.8’i KRK bilgisi yüksek olan gruptayken, olmayanların %23.1’i KRK bilgisi yüksek gruptadır (152). Wong ve arkadaşlarının çalışmasında da ailesinde KRK öyküsü olanların KRK bilgi puanının yüksek olduğu belirlenmiştir (221). Fakat ailesinde barsak hastalığı olmayanların KRK risk faktörleriyle ilgili bilgi puanının, ailesinde barsak hastalığı olup olmadığını bilmeyenlere göre yüksek olmasının sebebi açıklanamamıştır.

Araştırmamızda kadınların KRK bilgi puanı ile kadınların barsak hastalığı ile ilgili son 6 aydır mevcut belirti-bulgularına ilişkin özelliklerin dağılımı arasında

istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ) (**Bkz. Tablo 4.32**). Araştırmamızda barsak hastalığı ile ilgili belirti bulgularının varlığının KRK bilgi düzeyini etkilemediği görülmüştür.

Kadınların KRK bilgi puanı ile gelecekte kolorektal kansere yakalanma açısından risk algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir ( $p<0.05$ ). KRK ile ilgili riski olduğunu düşünenlerin bilgi puanı, riski olmadığını düşünenlere göre yüksektir ve bu istatistiksel olarak anlamlıdır. Christou ve Thompson'un çalışmasında da KRK riski olduğunu ifade edenlerin yarısının (%51.4) KRK bilgi puanı yüksek seviyededir (152). KRK ile ilgili kendini riskli görenlerin bu konuda daha fazla bilgiye sahip oldukları görülmektedir.

Araştırmamızda kadınların KRK bilgi puanı ile kadınların kendi ifadelerine göre KRK tarama yöntemleri ile ilgili bilgiye sahip olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ) (**Bkz. Tablo 4.33**). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte KRK tarama yöntemleri ile ilgili bilgi sahibi olanların KRK bilgi puanı daha yüksektir. Christou ve Thompson'un çalışmasında da KRK bilgi puanı ile KRK ile ilgili herhangi bir haber duyma/görme arasında ilişki saptanamamıştır (152).

Araştırmamızda kadınların KRK bilgi puanı ile KRK tarama yöntemleri ile ilgili bilgi sahibi olmayı isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir ( $p<0.05$ ). Bilgi sahibi olmayı isteyenlerin puanı, istemeyenlere oranla anlamlı derecede yüksek görülmektedir (**Bkz. Tablo 4.33**). Bunun sonucuna göre; KRK bilgi puanı yüksek olanların daha fazla bilgiyi talep etmekte oldukları anlaşılmaktadır. Sessa ve arkadaşlarının KRK bilgi, tutum ve önleme uygulamalarının araştırıldığı çalışmasında da katılımcıların %75'inin KRK hakkında daha fazla bilgi almak istedikleri belirlenmiştir (172).

Araştırmamızda kadınların KRK bilgi puanı ile KRK taramasını önümüzdeki günlerde yaptırmayı düşünme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ) (**Bkz. Tablo 4.33**). Buna karşın Mc Caffery ve arkadaşlarının 16-74 yaş arası 1637 katılımcıyla yaptığı çalışmada; düşük KRK bilgi düzeyi ile KRK taramalarına olumsuz tutum arasında ilişki bulunmuş, aynı zamanda düşük bilgi düzeyi ve olumsuz tutum ile KRK taramalarına düşük katılım

düzeyi arasında ilişki bulunmuştur (170). Christou ve Thompson'un çalışmasında ise; KRK bilgi puanı yüksek olanların %78.4'ü KRK tarama testlerinden FOBT (Fecal Occult Blood Test-Gaitada Gizli Kan) testini yaptırmaya istekli olduğunu belirtirken, bilgi puanı düşük olanların sadece %26.9'u FOBT testi yaptırmaya istekli olduğunu belirtmiştir (152). Giphys ve arkadaşlarının "50 yaş ve üzeri bireylerde kolonoskopi ile ilgili sağlık inançlarının" değerlendirdiği çalışmasında, insanların tarama testi yaptırmaya gibi koruyucu davranışları sergilemeleri için sağlık eğitimine ihtiyacı olduğu sonucuna varılmıştır (222).

Araştırmamızda kadınların KRK bilgi puanı ile daha önce KRK tarama testi yaptırmış olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ) (**Bkz. Tablo 4.33**). Christou ve Thompson'un çalışmasında ise; KRK bilgi puanı ile daha önce tarama testi yaptırmış olma ve daha önce kolonoskopi yaptırmaya arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu çalışmada, son iki yılda herhangi bir tarama testi yaptıranların %57.8'i KRK ile ilgili yüksek bilgi puanına sahipken, hiç test yaptırmayanların %22.7'sinin yüksek bilgi puanına sahip olduğu görülmüştür. Bununla paralel olarak yine daha önce kolonoskopi yaptırmış olanların %49.3'ü KRK ile ilgili yüksek bilgi puanına sahipken, yaptırmamış olanların %33.8'inin yüksek bilgi puanına sahip olduğu görülmüştür (152). Bazı çalışmalarda kolorektal kanser ile ilgili bilgi, risk algısı, tutum ile KRK tarama kampanyalarına katılım isteği arasında pozitif ilişki bulunmuştur (223). Ancak araştırmamızda daha önce KRK taraması yaptıranların KRK bilgi düzeyini etkilemediği görülmektedir. Bu sonuçlar çalışma sonucumuzla benzerlik göstermemektedir. Bu durumun ülkemizde KRK tarama yaptırmaya oranının düşük olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda kadınların KRK bilgi puanı ile KRK risk grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, orta derecede risk grubunda olanların bilgi puanı, vasat+ düşük risk grubunda olanlara oranla yüksek görülmektedir (**Bkz. Tablo 4.34**). Riskin yüksek olmasının, (anlamlı olmamasına rağmen) KRK ile ilgili bilgi düzeyinin artışıyla doğru orantılı olduğu görülmektedir.

## 5.9. Barsak Hastalığı Öyküsüne Göre Değişkenlerin Bulgularının Tartışılması

Çalışmamızda barsak alışkanlığı ile barsakla ilgili bir hastalığın varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmektedir ( $p<0.05$ ) (**Bkz. Tablo 4.35**). Barsak ile ilgili hastalığı olmayanların %77.0'nın günde en az bir kez defekasyona çıktıklarını ifade ettikleri görülmüştür. Defekasyon sayısı kişilere göre farklılıklar gösterir, sayısal değişiklik, kişinin alışkanlığı göz önüne alınarak değerlendirilmelidir (224). Kolon kanseri kendini defekasyon alışkanlıklarında değişiklik ile belli eder (225). Bu nedenle araştırma grubumuzda düzenli defekasyon alışkanlığı varlığı olumlu bir sonuçtur.

Çalışmamızda kadınların birinci ve ikinci derece yakınlarında barsakla ilgili hastalık öyküsü bulunmasıyla, kendisinde barsak hastalığı olup olmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemektedir ( $p>0.05$ ) (**Bkz. Tablo 4.35**). Buna karşın literatürde KRK'li hastaların birinci derece akrabalarında bu kanserlerin gelişme riski aile öyküsü olmayanlara göre yüksek olduğu vurgulanmaktadır (165). Ailede kolon kanseri öyküsü olup olmadığının saptanmasının, koruyucu yaklaşımlar arasında ele alınması, risk altındaki bireylerde, düzenli aralıklarla yapılacak tarama ve testlerle kolorektal kanserin çok erken bir dönemde tanınmasına ortam hazırlayabilir.

Kadınların son 6 ayda barsak hastalığı ile ilgili belirti-bulguların varlığı ile barsakla ilgili bir hastalığın olup olmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmektedir ( $p<0.05$ ). Barsakla ilgili bir hastalığı olanların %77.8'inde en az bir belirti-bulgu olduğu görülmektedir (**Bkz. Tablo 4.36**). Küçüköner ve arkadaşlarının çalışmasında KRK'li hastaların başvuru semptomları incelendiğinde, 224 (%29.2)'ü karın ağrısı ve kanama, 178 (% 23.2)' i sadece karın ağrısı, 137 (%17.9)'i sadece kanama, 79'ü (%10.3)'ü sadece ileus, 53 (%6.9)'u karın ağrısı ve kilo kaybı, 96 (%12.5) diğer semptomlar yer almaktadır (226). Özgören ve arkadaşlarının çalışmasında KRK'li hastaların dışkılama düzensizliği (%26.0) ve karın ağrısı (%24.0) (109); Gürsoy ve arkadaşlarının çalışmasında ise rektal kanama (%39.0) ve karın ağrısı (%38.0) nedeniyle doktora başvurdukları belirtilmiştir (175). Ortaya çıkan yakınmalar KRK olgularının erken yakalanması açısından önemli olduğu

düşünülmektedir. Hastaların yakınmalarının başlangıcı ile tanı konulması arasında geçen sürenin prognoz açısından önemli büyüktür.

Çalışmamızda gelecekte KRK'e yakalanma açısından risk algısı ile barsak hastalığının varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemektedir ( $p>0.05$ ) (**Bkz. Tablo 4.37**). Çalışmamızda barsak hastalığının varlığının kolorektal kanserle ilgili risk algısını etkilemediği görülmüştür.

Araştırmamızda kadınların barsak hastalığının varlığı ile doktorun KRK tarama önerisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmektedir ( $p<0.05$ ). Barsak ile ilgili hastalığı olanların %55.6'sı doktorunun kolorektal tarama önerdiğini belirtirken, barsakla ilgili bir hastalığı olmayanların %93.3'ünün ise doktorunun kolorektal tarama önermediği görülmektedir. (**Bkz. Tablo 4.37**). Buna göre barsakla ilgili hastalık varlığının doktorun kolorektal tarama önerisini etkilemekte olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır.

Araştırmamızda kadınların barsak hastalığının varlığı ile KRK tarama yöntemleri ile ilgili bilgi sahibi olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmektedir ( $p<0.05$ ). Barsak ile ilgili hastalığı olmayanların %89.3'ü KRK tarama yöntemleri ile ilgili bilgiye sahip değilken, barsak ile ilgili hastalığı olanların %50.0'inin KRK tarama yöntemleri ile ilgili bilgiye sahip olduğu görülmektedir (**Bkz. Tablo 4.37**). Araştırmamızda kadınların barsakla ilgili bir hastalığının bulunmasının, KRK tarama yöntemleri ile ilgili bilgi durumunu pozitif yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmamızda kadınların barsak hastalığının varlığı ile KRK taraması yaptırmayı planlama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmektedir ( $p<0.05$ ). Barsakla ilgili hastalığı olmayanların %94.9'u KRK taraması yaptırmayı düşünmezken, barsak hastalığı olanların %22.2'sinin önümüzdeki günlerde KRK taraması yaptırmayı düşündüğü görülmüştür (**Bkz. Tablo 4.37**).

Araştırmamızda kadınların barsak hastalığının varlığı ile daha önce KRK taraması yaptırmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmektedir ( $p<0.05$ ). Barsak ile ilgili hastalığı olmayanların %96.4'si KRK taraması yaptırmamışken, barsak ile ilgili hastalığı olanların %44.4'ü KRK taraması



yaptırmıştır (**Bkz. Tablo 4.37**). Daha önceden adenomatöz polip veya KRK hikayesi olması kişinin orta derece risk grubunda olması anlamına gelir (84,103). Kişisel adenom hikayesi olanlarda; 1cm'den küçük bir veya iki adenom olanlarda kolonoskopinin beş yılda tekrarlanması, multiple adenomu olan( $\geq 3$ ), büyük adenomu olan ( $\leq 1$  cm), patolojisi villöz komponent veya displazi içeriyorsa kolonoskopinin üç yılda tekrarlanması önerilmektedir (103). Kişisel KRK öyküsü olanlarda ise; rezeksiyondan bir yıl sonra kolonoskopi yapılması, bu kolonoskopinin normal çıkması durumunda üç yıl sonra tekrarlanması ve normale her 3-5 yılda bir tekrarlanması önerilmektedir (96). Ülseratif koliti olan kişiler ise tanı aldıktan sonra periyodik olarak kolonoskopi yaptırmalıdır (5). Litertürde barsak hastalık öyküsü KRK tarama önerilerini etkileyen önemli bir faktör olarak belirtilmesine karşın araştırmamızda barsak hastalık öyküsü olanlarda KRK taramasını yaptırmayı düşünme ve yaptırma oranının düşük olduğu görülmektedir.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

50 yaş ve üzeri kadınların kolorektal kanserlere yönelik farkındalık durumları ve kolorektal kanser risk faktörlerinin incelenmesine yönelik yapılan çalışmada aşağıda belirtilen sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırma kapsamında yer alan kadınların kolorektal kanser risk faktörlerinden; %71.9 oranında kronik hastalık öyküsü varlığı, %69.4 oranında genel sağlık kontrollerini yaptırmama, %86.2 oranında düzenli yürüyüş ve egzersiz yapmama ve %49.5 oranında obezitenin mevcut olduğu görülmüştür.

Kolorektal kanser risk faktörlerinden; %99.5'inin alkol ve %88.8'inin sigara kullanmadığı, %81.6'sının barsakla ilgili hastalık öyküsünün olmadığı, %83.2'sinin birinci derece ve %82.1'inin ikinci derece yakınlarında barsak hastalık öyküsünün olmadığı ve %65.8'inin barsak hastalığı ile ilgili belirti-bulgusunun bulunmadığı görülmüştür.

Kadınların kolorektal kanser ile ilgili farkındalık ve uygulamalara yönelik bulguları; %78.1'inin kolorektal kansere yakalanma açısından kendisini riskli görmediği, %85.7'sinin KRK tarama yöntemleri konusunda bilgi sahibi olmadığı, %64.8'inin KRK tarama yöntemleri konusunda bilgi sahibi olmayı istemediği, %93.4'ünün KRK taraması yaptırmayı planlanmadığı, %86.2'sinin daha önce KRK taraması yaptırmadığı belirlenmiştir.

Araştırmamızda kadınların %81.6'sının vasat, %2.0'mın düşük ve %16.4'ünün orta derece risk grubunda olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların KRK bilgi puanı ortalaması;  $6.4 \pm 3.3$  (min=0, max=10)'dür.

KRK risk grupları arasında; sosyo-demografik özellikler, obstetrik ve jinekolojik özellikler, BKİ, alkol-sigara kullanımı, düzenli yürüyüş ve egzersiz, beslenme özellikleri ve beslenme alışkanlıkları, barsaklı hastalığı ile ilgili belirti-bulguların varlığı açısından anlamlı bir ilişki görülmemektedir ( $p > 0.05$ ). Kronik

hastalıklardan DM mevcut olan, kanser öyküsü olan, kendinde ve ailesinde barsak hastalığı öyküsü olan, KRK tarama yöntemleri ile ilgili bilgiye sahip olmayan, kolorektal kanser taramasını önümüzdeki günlerde yaptırmayı düşünmeyen, doktorun KRK tarama önerisini alan, gelecekte kolorektal kansere yakalanma açısından risk algısı yüksek olan ve KRK tarama öyküsü olanlarda KRK risk grup düzeyi orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Kadınların KRK bilgi puanı ile yaş arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki görülürken, eğitim seviyesi yüksek olan, uzun süre yaşanan yeri “il” olarak ifade eden, birinci ve ikinci derece yakınlarında barsak hastalık öyküsü olan, gelecekte kolorektal kansere yakalanma açısından risk algısı yüksek olan, kolorektal kanser tarama yöntemleri ile ilgili bilgi sahibi olmayı isteyenler arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Kadınların KRK bilgi puanı ile genel sağlık kontrollerini yaptırma durumu, barsak ile ilgili hastalık öyküsünün varlığı, son 6 ayda barsak hastalığı ile ilgili belirti-bulguların varlığı, KRK tarama yöntemleri ile ilgili bilgiye sahip olma, önümüzdeki günlerde KRK tarama testi yaptırmayı planlama, daha önce kolorektal kansere yönelik tarama testi yaptırma ve KRK risk grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

Kadınların barsak hastalığı olmayanların; %77.0’ında günde en az bir kez deekasyonun olduğu, %89.3’ünün KRK tarama yöntemleri konusunda bilgi sahibi olmadığı, %94.9’unun KRK taraması yaptırmayı düşünmediği, %96.4’ünün daha önce KRK taraması yaptırmadığı sonucu elde edilmiştir ve bu istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Barsak hastalığı olanların da %77.8’inde barsak hastalığı ile ilgili belirti-bulgu bulunduğu, %55.6’sının doktor tarafından KRK tarama önerisi aldığı belirlenmiş ve bu istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Barsak hastalık öyküsü ile; birinci ve ikinci derece yakınlarında barsak hastalık öyküsü ve gelecekte kolorektal kansere yakalanma açısından risk algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

**Bu sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunulmuştur;**

- Kolorektal kansere yol açan risk faktörleri, belirtileri, tarama testleri gibi konularda daha ayrıntılı çalışmalar yapılmalı, toplumu temsil eden örneklerde

yapılacak çalışmalarla toplumun gerçek bilgi düzeyi saptanmalıdır. Konuyla ilgili toplumun bilgi düzeyinin ileride bu konuda yapılacak müdahalelerde etkili olabileceği unutulmamalıdır. KKK'e neden olabilecek risk faktörlerinin saptanması, bu konuda alınabilecek önlemler konusunda yol gösterici olacaktır.

- Yüksek tedavi maliyetleri ve prognozun kötü seyrederek ölümle sonuçlanma olasılığı dikkate alınarak, kolorektal kanser tarama programları konusunda toplum bilinçlendirilerek daha etkin uygulanması sağlanmalıdır.
- Sağlık sistemi ve karar vericileri; KKK ve beraberindeki tarama testleri hakkında genel nüfusun farkındalığını artırmak için stratejiler geliştirmelidir.
- Bireylerin sağlıklı davranışlar konusunda bilgilendirilmesini ve yönlendirilmesini sağlayacak en etkili grup sağlık ekibidir. Toplumun kanser risk faktörlerine ilişkin bilgilendirilmesi, topluma sağlıklı yaşam davranışlarını kazandırmak için hemşirelerin eğitmen ve danışman rollerini üstlenmesi gerekir.
- Hemşireler kolorektal kanserden birincil korunmada; sağlık danışmanlığı yapabilir, iyi sağlık alışkanlıkları kazandırabilir, risk etmenleri ve bu etmenlerle karşılaşmayı azaltma ya da önlemeyi içeren sağlık eğitimi faaliyetlerinde bulunabilir. İkincil korunmada; erken tanı sürecinde destek sağlama, risk gruplarını taramaya yönlendirme ve tarama yöntemleri konusunda bilgilendirme rolünü üstlenebilirler. Hemşireler klinikte ve diğer sağlık bakım ortamlarında uygun kanser taraması için geçmiş sağlık öyküsünü alarak hasta değerlendirmesi yapabilirler. Üçüncül korunmada ise; hemşirelerin hedefi sağlıklı yaşamı geliştirmek ve bireyleri uzun vadeli sağlık için yararlı davranış ve uygulamalara teşvik etmektir. Bireyin hastalık nedeniyle yaşayabileceği zararı en aza indirme ve kaliteli bir yaşam sürmesini sağlamada hemşirelere ihtiyaç vardır.

## KAYNAKLAR

1. Siegel R, De Santis C, Jemal A. Colorectal cancer statistics. *CA Cancer J Clin.* 2014, 64:104-117.
2. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı. Yeni Dünya Kanser İstatistikleri Yayınlandı. <http://www.kanser.gov.tr/haberler/856-yeni-d%C3%BCnya-kanser-istatistikleri-yay%C4%B1nland%C4%B1.html> . 10 Mayıs 2014.
3. GLOBACAN. Estimated age-standardised incidence and mortality rates: both sexes. [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_population.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx) . 18 Haziran 2014.
4. Kuzu I, Kuzu MA. Kolorektal Kanser Patolojisi Histopatolojik Rapor, Evreleme ve Prognostik Faktörler. Bölüm 7. İçinde: Baykan A, Zorluoğlu A, Geçim E, Terzi C (editörler). *Kolon ve Rektum Kanseri*, Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği, İstanbul, 2010:117-144.
5. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Dairesi Başkanlığı. Kalın bağırsak kanseri. <http://www.kanser.gov.tr/kanser/kanser-turleri/45-kalin-bagirsak-kanseri.html> . 8 Nisan 2014.
6. WHO. Cancer mortality and morbidity. [http://www.who.int/gho/ncd/mortality\\_morbidity/cancer\\_text/en/](http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/cancer_text/en/) 9 Nisan 21014.
7. Boyle P, Langman JS. ABC of colorectal cancer. *Epidemiology. BMJ.* 2000, 321(7264): 805–808.
8. Potter JD. Colorectal cancer: molecules and populations. *J Natl Cancer Inst.* 1999, 11:916-932.
9. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı Değerlendirme Raporları. Kolorektal kanser taramaları. [http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/kolorektal\\_kanser\\_tarama\\_programi.pdf](http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/kolorektal_kanser_tarama_programi.pdf) 12 Haziran 2014.

10. Tozan-Beceren A, Omurtag GZ; Yeğen C, Şardaş S. Kolorektal kanser tanısı konmuş olgularda ve birinci derece yakınlarında DNA hasarının araştırılması. *MÜSBED*. 2011, 1(3):155-161.
11. Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. Eylül 2011, 25 (3):145-154.
12. Baysal HY, Türkoğlu N. Birinci basamağa başvuran bireylerin kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inançlarının ve kolorektal kanser ile ilgili bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *International Journal of Human Sciences*. 2013, 10(1):1238-1250.
13. Nichols HB, Trentham-Dietz A, Hampton JM, Newcomb PA. Oral contraceptive use, reproductive factors, and colorectal cancer risk: findings from wisconsin. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2005, 14(5):1212-1218.
14. Zervoudakis A, Strickler HD, Park Y, Xue X, Hollenbeck A, Schatzkin A, Gunter MJ. Reproductive history and risk of colorectal cancer in postmenopausal women. *J Natl Cancer Inst*. 2011, 103:1-9.
15. Merrill RM. Cancer Risk associated with early and late maternal age at first birth In: *Reproductive Epidemiology Principles and Methods*. Chapter 13. Jones and Bartlett Publishers, 2010:271.
16. Akhter M, Inoue M, Kurahashi N, Iwasaki M, Sasazuki S, Tsugane S. Reproductive factors, exogenous female hormone use and colorectal cancer risk: the Japan public health center-based prospective study. *Eur J Cancer Prev*. 2008, Nov, 17(6):515-24. doi: 10.1097/CEJ.0b013e3282f521f8.
17. Güven E. Kolorektal Kanser Öncesi Beslenme Alışkanlığının İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: T.C. Haliç Üniversitesi, 2010.
18. Aksoy G. Birincil ve ikincil korunmada hemşirenin rolü. İçinde: Topuz E, Aydın A, Karadeniz N A (editörler). *Klinik Onkoloji*. İstanbul, Tunç Matbaası; 2000:340-345.

19. Widmaier E, Raff H, Strang KT. Yiyeceklerin Sindirilmesi ve Emilmesi. İçinde: *Vander İnsan Fizyolojisi Vücut Fonksiyon Mekanizmaları*. Özgünen T (Çeviri editörü). Vander's Human Physiology: The Mechanisms of Body Function. 13. baskı, Ankara, Güneş kitabevleri, 2014:534-571.
20. Buğra D. Kolon, Rektum, Anal Bölge Anatomisi. Kolorektal Özel Sayısı. *Türkiye Klinikleri Journal of Surgery*. 2004, 9(1):1-9.
21. Bozfakıoğlu Y, Müslümanoğlu M. Kolon Hastalıkları. İçinde: Değerli Ü, Bozfakıoğlu Y (Editörler). *Cerrahi Gastroenteroloji*. 4. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 1997: 142-168.
22. Menteş B, Irkörüçü O. Kolon Fizyolojisi. İçinde: Alemdaroğlu K, Akçal T, Buğra D (Editörler). *Kolon, Rektum ve Anal Bölge Hastalıkları*. İstanbul: Türk Kolon ve Rektum Cerrahi Derneği, 2003:31-38.
23. GLOBACAN. All cancers estimated incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx) . 18 Haziran 2014.
24. WHO. Cancer mortality and morbidity. [http://www.who.int/gho/ncd/mortality\\_morbidity/cancer\\_text/en/](http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/cancer_text/en/). 18 Haziran 2014.
25. World Cancer Research Fund International. Cancer statistic: data on specific cancers: Colorectal cancer [http://www.wcrf.org/cancer\\_statistics/data\\_specific\\_cancers/colorectal\\_cancer\\_statistics.php](http://www.wcrf.org/cancer_statistics/data_specific_cancers/colorectal_cancer_statistics.php) . 18 Haziran 2014.
26. National Cancer Institute. SEER Stat Fact Sheets: Colon and Rectum Cancer <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/colorect.html#survival> . 1 Temmuz 2014.
27. World Cancer Research Fund International. Cancer facts and figures. [http://www.wcrf.org/cancer\\_statistics/cancer\\_facts/index.php](http://www.wcrf.org/cancer_statistics/cancer_facts/index.php) . 1 Temmuz 2014.
28. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2013. <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-036845.pdf> . 1 Temmuz 2014.

29. Edwards BK, Ward E, Kohler BA. 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 (3):544-573.
30. Taşçıoğlu N, Taheri S, Saatçi Ç, Özkul Y. Gastrointestinal sistem kanserlerinde metilen tetrahidrofolat redüktaz geni 677C→T polimorfizminin incelenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2006, 15(1): 41-45.
31. Özdal AN, Karahasanoğlu T. Kolon Kanserinde Klinik. Alemdaroğlu K, Akçal T, Buğra D (Editörler). *Kolon Rektum ve Anal Bölge Hastalıkları*. Türk Kolon ve Rektum Cerrahi Derneği, İstanbul, 2003:413-25.
32. Demirbaş S. Kolorektal Kanser Karşımıza nasıl Çıkar? Semptomları, Süresi ve Yerleşim Yeri Hakkında Bilgiler. Bölüm 3. İçinde: Baykan A, Zorluoğlu A, Geçim E, Terzi C (editörler). *Kolon ve Rektum Kanseri*, Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği, İstanbul, 2010:39-68.
33. Menteş B, Leventoğlu S. Kolorektal Kanserin Klinik Özellikleri, Kolorektal Özel Sayısı. *Türkiye Klinikleri Journal of Surgery*. 2004, 9:36-38.
34. Lichtenstein P, Holm NV, Verkasalo PK, Iliadou A, Kaprio J, Koskenvuo M, Pukkala E, Skytthe A, Hemminki K. Environmental and heritable factors in the causation of cancer. *N Engl J Med*. 2000, 343(2):78-85.
35. Ertürk S. Kolorektal Kanseler: Epidemiyoloji, Etiyolojide Rol Oynayan Etkenler, Tarama Ve Kemoprevansiyon. Bölüm 1. İçinde: Baykan A, Zorluoğlu A, Geçim E, Terzi C (editörler). *Kolon ve Rektum Kanseri*, Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği, İstanbul, 2010:15-30.
36. Cancer Research Fund&American Institute for Cancer Research. Colorectal Cancer 2011 Report (Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Colorectal Cancer). <http://www.wcrf.org/PDFs/CUP-reports-SLRs/Colorectal-Cancer-2011-Report.pdf> . 5 Ağustos 2014.
37. Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu & Dünya Kanser Raporu 2008. Bölüm 1.1: Giriş: Kanserle Savaş İhtiyacı ve Başarı Şansı.



[http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789283204237\\_tur\\_p1-104.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789283204237_tur_p1-104.pdf) . 4

Ağustos 2014.

38. Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu & Dünya Kanser Raporu 2008. Bölüm 5.7: Kolorektal Kanser.

[http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789283204237\\_tur\\_p329-379.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789283204237_tur_p329-379.pdf). 4

Ağustos 2014.

39. Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu & Dünya Kanser Raporu 2008. Bölüm 2.6: Alkol İçimi.

[http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789283204237\\_tur\\_p105-188.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789283204237_tur_p105-188.pdf) 4

Ağustos 2014.

40. Botteri E, Iodice S, Bagnardi V. Smoking and colorectal cancer: a metaanalysis. *JAMA*. 2008, 300 (23):2765-2778.

41. Botteri, E, Iodice, S, Raimondi, S. Cigarette smoking and adenomatous polyps: a meta-analysis. *Gastroenterology*. 2008, 134:388-395.

42. Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu & Dünya Kanser Raporu 2008. Bölüm 2.16: Tıbbi ve İatrojenik Nedenler.

[http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789283204237\\_tur\\_p105-188.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789283204237_tur_p105-188.pdf). 4

Ağustos 2014.

43. Larsson SC, Orsini N, Wolk A. Diabetes mellitus and risk of colorectal cancer: a meta-analysis. *J Natl Cancer Inst*. 2005, 97(22):1679-1687.

44. Lagergren J, Ye W, Ekblom A. Intestinal cancer after cholecystectomy: is bile involved in carcinogenesis? *Gastroenterology*. 2001, 121:542-547.

45. Chan AO, Jim MH, Lam KF. Prevalence of colorectal neoplasm among patients with newly diagnosed coronary artery disease. *JAMA*. 2007, 298(12):1412-1419.

46. Uptodate. Colorectal cancer: Epidemiology, risk factors and protective factors. [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com) . 15 Haziran 2014.

47. Chao A, Thun MJ, Connell CJ. Meat consumption and risk of colorectal cancer. *JAMA*. 2005, 293:172-182.

48. Norat T, Bingham S, Ferrari P. Meat, fish, and colorectal cancer risk: the European Prospective Investigation into cancer and nutrition. *J Natl Cancer Inst.* 2005, 97:906-916.
49. Larsson SC, Wolk A. Meat consumption and risk of colorectal cancer: a meta-analysis of prospective studies. *Int J Cancer.* 2006, 119:2657-2664.
50. Cross AJ, Ferrucci LM, Risch A, Graubard BI, Ward MH, Park Y, Hollenbeck AR, Schatzkin A, Sinha R. A large prospective study of meat consumption and colorectal cancer risk: an investigation of potential mechanisms underlying this association. *Cancer Res.* 2010, 70 (6):2406-2414.
51. Baxter NN, Tepper JE, Durham SB. Increased risk of rectal cancer after prostate radiation: a population-based study. *Gastroenterology.* 2005, 128:819-824.
52. Clifford GM, Polesel J, Rickenbach M. Cancer risk in the Swiss HIV Cohort Study: associations with immunodeficiency, smoking, and highly active antiretroviral therapy. *J Natl Cancer Inst.* 2005, 97(6):425-432.
53. Bini EJ, Park J, Francois F. Use of flexible sigmoidoscopy to screen for colorectal cancer in HIV-infected patients 50 years of age and older. *Arch Intern Med.* 2006, 166:1626-1632.
54. Peters U, Sinha R, Chatterjee N. Dietary fibre and colorectal adenoma in a colorectal cancer early detection programme. *Lancet.* 2003, 361 (9368):1491-1495.
55. Bingham SA, Day NE, Luben R. Dietary fibre in food and protection against colorectal cancer in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC): an observational study. *Lancet.* 2003, 361:1496-1501.
56. Larsson SC, Giovannucci E, Bergkvist L, Wolk A. Whole grain consumption and risk of colorectal cancer: a population-based cohort of 60,000 women. *Br J Cancer.* 2005, 92:1803-1807.
57. Dahm CC, Keogh RH, Spencer EA. Dietary fiber and colorectal cancer risk: a nested case-control study using food diaries. *J Natl Cancer Inst.* 2010, 102:614-626.

58. Schatzkin A, Lanza E, Corle D. Lack of effect of a low-fat, high-fiber diet on the recurrence of colorectal adenomas. Polyp Prevention Trial Study Group. *N Engl J Med.* 2000, 342:1149-1155.
59. Alberts DS, Martínez ME, Roe DJ. Lack of effect of a high-fiber cereal supplement on the recurrence of colorectal adenomas. Phoenix Colon Cancer Prevention Physicians' Network. *N Engl J Med.* 2000, 342(16):1156-1162.
60. Choi SW, Mason JB. Folate and carcinogenesis: an integrated scheme. *J Nutr.* 2000, 130:129-132.
61. Sanjoaquin MA, Allen N, Couto E. Folate intake and colorectal cancer risk: a meta-analytical approach. *Int J Cancer.* 2005, 113(5):825-828.
62. Larsson SC, Orsini N, Wolk A. Vitamin B6 and risk of colorectal cancer: a meta-analysis of prospective studies. *JAMA.* 2010, 303:1077-1083.
63. Larsson SC, Bergkvist L, Wolk A. Magnesium intake in relation to risk of colorectal cancer in women. *JAMA.* 2005, 293:86-89.
64. Ngo SN, Williams DB, Cobiac L, Head RJ. Does garlic reduce risk of colorectal cancer? A systematic review. *J Nutr.* 2007, 137:2264-2269.
65. Geelen A, Schouten JM, Kamphuis C. Fish consumption, n-3 fatty acids, and colorectal cancer: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Am J Epidemiol.* 2007, 166:1116-1125.
66. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı. Obezite ve Kanser. Ankara, Klasmat Matbaacılık, 2008.
67. Wolin KY, Yan Y, Colditz GA, Lee IM. Physical activity and colon cancer prevention: a meta-analysis. *Br J Cancer.* 2009, 100:611-616.
68. Chlebowski RT, Wactawski-Wende J, Ritenbaugh C. Estrogen plus progestin and colorectal cancer in postmenopausal women. *N Engl J Med.* 2004, 350:991-1004.

69. Poynter JN, Gruber SB, Higgins PD, Almog R, Bonner JD, Rennert HS, Low M, Greenson JK, Rennert G. Statins and the risk of colorectal cancer. *N Engl J Med*. 2005 May, 352(21):2184-2192.
70. Bjelakovic G, Nagorni A, Nikolova D. Meta-analysis: antioxidant supplements for primary and secondary prevention of colorectal adenoma. *Aliment Pharmacol Ther*. 2006, 24:281-291.
71. Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu & Dünya Kanser Raporu 2008. Bölüm 2.8: Ekzojen hormonlar ve kanser. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789283204237\\_tur\\_p105-188.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789283204237_tur_p105-188.pdf). 4 Ağustos 2014.
72. Li C-Y, Song B, Wang Y-Y, Meng H, Guo S-B, et al. Age at menarche and risk of colorectal cancer: a meta-analysis. *PLoS ONE*. 2013, 8(6), e65645. doi:10.1371/journal.pone.0065645.
73. Guan H-B, Wu Q-J, Gong T-T, Lin B, Wang Y-L, et al. Parity and risk of colorectal cancer: a dose-response meta-analysis of prospective studies. *PLoS ONE*. 2013, 8(9), e75279. doi:10.1371/journal.pone.0075279.
74. Fernandez E, La Vecchia C, Balducci A, Chatenoud L, Franceschi S, Negri E. Oral contraceptives and colorectal cancer risk: a meta-analysis. *British Journal of Cancer*. 2001, 84(5):722-727.
75. Ağaçhan AF. Selektif Östrojen Beta Reseptör Ekspresyonunun Kolorektal Adenokarsinomları İle İlişkisi. Patoloji Uzmanlık Tezi. İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Bölümü, 2008.
76. Weinberg DS, Newschaffer CJ, Allan Topham A. Risk for colorectal cancer after gynecologic cancer. *Ann Intern Med*. 1999, 131(3):189-193.
77. Zorluoğlu A. HNPCC (Hereditör Non Polipozis Kolorektal Kanser). Bölüm 10. İçinde: Baykan A, Zorluoğlu A, Geçim E, Terzi C (editörler). *Kolon ve Rektum Kanserleri*, Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği, İstanbul, 2010: 165-180

78. Kuismanen SA, Moisio AL, Schweizer P, Truninger K, et al. Endometrial and colorectal tumors from patients with hereditary nonpolyposis colon cancer display different patterns of microsatellite instability. *American Journal of Pathology*. 2002, 160(6):1953-1958.
79. Tülek F, Kahraman K, Taşkın S, Ozkan E, Ortaç F. Endometrial adenokarsinoma ve kolon kanseri birlikteliği: pozitron emisyon tomografisi ile preoperatif tanı alan bir olgu. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*. 2012, 3:96-100.
80. Balmaña J, Castells A, Cervantes A and On behalf of the ESMO Guidelines Working Group. Familial colorectal cancer risk: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*. 2014, 21(5):78-81.
81. Lu KH, Kohlmann W, Green J, Bandipalliam P, et al. Gynecologic cancer as a “sentinel cancer” for women with hereditary nonpolyposis colorectal cancer syndrome . *Obstetrics & Gynecology*. March 2005, 105 (3):569-574.
82. Fujiwara A, Noura S, Ohue M, Shingai T, Yamada T, Miyashiro I, Ohigashi H, Yano M, Ishikawa O, Kamiura S, Tomita Y. Significance of the resection of ovarian metastasis from colorectal cancers. *J Surg Oncol*. 2010 Nov 1, 102(6):582-587.
83. Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği. Kolon ve Rektum Kanseri. <http://www.tkrcd.org.tr/icerik.php?id=135> . 5 Mayıs 2014.
84. Şen O. Kolorektal Kanselerde Tarama (Pilot Çalışma). Genel Cerrahi Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi. Ankara: T.C. Ankara Üniversitesi, 2008.
85. Trowbridge B, Burt RW. Colorectal cancer screening. *Surg Clin N Am*. 2002, 82:943-957.
86. Uptodate. Tests for screening for colorectal cancer: Stool tests, radiologic imaging and endoscopy. [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com) 15 Haziran 2014.
87. Bond JH. Colon Polyps And Cancer. *Endoscopy*. 2001, 33(1):46-54.
88. Toma J, Paszat LF, Gunraj N, Rabeneck L. Rates of new or missed colorectal cancer after barium enema and their risk factors: a population-based study. *Am J Gastroenterol*. 2008, 103:3142-3148. doi:10.1111/j.1572-0241.2008.02199.x

89. Gatto NM, Frucht H, Sundararajan V. Risk of perforation after colonoscopy and sigmoidoscopy: a population-based study. *J Natl Cancer Inst.* 2003, 95:230-236.
90. Walter LC, De Garmo P, Covinsky KE. Association of older age and female sex with inadequate reach of screening flexible sigmoidoscopy. *Am J Med.* 2004, 116:174-178.
91. Imperiale TF, Wagner DR, Lin CY, Larkin GN, Rogge JD, Ransohoff DF. Risk of advanced proximal neoplasms in asymptomatic adults according to the distal colorectal findings. *N Engl J Med.* 2000, 343(3):169-174.
92. Rex DK, Johnson DA, Anderson JC. American College of Gastroenterology guidelines for colorectal cancer screening 2009 [corrected]. *Am J Gastroenterol.* 2009, 104(3):739-750.
93. Iqbal CW, Cullinane DC, Schiller HJ. Surgical management and outcomes of 165 colonoscopic perforations from a single institution. *Arch Surg.* 2008, 143(7):701-707.
94. Rabeneck L, Paszat LF, Hilsden RJ. Bleeding and perforation after outpatient colonoscopy and their risk factors in usual clinical practice. *Gastroenterology.* 2008, 135:1899-1906.
95. Warren JL, Klabunde CN, Mariotto AB. Adverse events after outpatient colonoscopy in the Medicare population. *Ann Intern Med.* 2009, 150(12):849-857
96. Johnson, CD, Chen, MH, Toledano, AY. Accuracy of CT colonography for detection of large adenomas and cancers. *N Engl J Med.* 2008, 359:1207-1217.
97. Winawer S, Fletcher R, Rex D, Bond J, Burt R, Ferrucci J, Ganiats T, et al. Colorectal cancer screening and surveillance: Clinical guidelines and rationale - Update based on new evidence. *Gastroenterology.* 2003, 124(2):544-60.
98. Inger DB. Colorectal cancer screening. *Primary Care.* 1999, 26 (1):179-187.
99. James D. Screening for rectal cancer. *Hepato-Gastroenterology.* 2000, 47:305-309.

100. Borum ML. Colorectal cancer screening; primary care. *Clinics in Office Practice*. 2001, 28 (3); 661-674.
101. Hawley ST, Levin B, Vernon SW. Colorectal cancer screening by primary care: physicians in two medical care organizations. *Cancer Detection And Prevention*. 2001, 25(3):309-318.
102. Erkek B, Ozkan N, Aribal D, ve ark. Subsite distribution of colorectal carcinoma and implications for screening; a retrospective audit of 1771 cases. *Hepatogastroenterology*. 2007 Jan-Feb, 54 (73):77-80.
103. CRICO/RMF. Colorectal Cancer Screening Algorithm. 2010. [https://www.rmfc.harvard.edu/~media/Files/\\_Global/KC/PDFs/RMFCRC.pdf](https://www.rmfc.harvard.edu/~media/Files/_Global/KC/PDFs/RMFCRC.pdf) 6  
Haziran 2014.
104. Kuşakçioğlu Ö. Kolorektal Kanser Hastalıkları: Korunma. Nobel Tıp Kitapevleri Yayınları, İstanbul, 2003:1-27
105. Croghan I, Omoto MK. Kanserın Önlenmesi ve Kanser Riskinin Azaltılması. (Çeviri: S. Aban). İçinde: *Hemşireler İçin Kanser El Kitabı*. Ankara, IV. Akşam Sanat Okulu Matbaası, 1996:31-40.
106. Dinçer M. Kanserden korunma. İçinde: Topuz E, Aydıner A, Karadeniz N A (Editörler). *Klinik Onkoloji*. İstanbul, Tunç Matbaası, 2000:59-62.
107. Bazensky I, Shoobridge-Moran C, Yoder LH. Colorectal cancer: An overview of the epidemiology, risk factors, symptoms, and screening guidelines. *MEDSURG Nursing*. 2007, 16(1):46-51.
108. Yılmaz HH, Yazıhan N, Tunca D, Güven S, Pamuk H, Arslanhan S, Tuncer A. Türkiye'de Kanser Harcamaları ve Maliyet Etkinlik Çalışmaları. İçinde: Tuncer AM, Özgül N, Olcayto E, Gültekin M(Editörler). *Türkiye'de Kanser Kontrolü*. T.C. Sağlık Bakanlığı, Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Koza Matbaacılık, Ankara, 2009:71-95.
109. Özgören E, Kisli E, Aydın M, Aslantürk H, Güler O, Başer M, Şahin Ş. Kolorektal kanserlerde tedavi yaklaşımlarımız. *Van Tıp Dergisi*. 2001, 8(4):124-127.

110. Özsoy S, Ardahan M, Özmen D. Reliability and validity of the colorectal cancer screening belief scale in turkey. *Cancer Nursing*. 2007, 30(2):139-145.
111. Baran OE. Kolorektal Kanser Tanılı Hastaların Yakınlarında Kanserden Korunmaya Yönelik Tutum Ve Davranış Değişikliklerinin Değerlendirilmesi. Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. İzmir: T.C Dokuz Eylül Üniversitesi, 2010.
112. WHO Expert Committee. Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry. WHO Technical Report Series no. 854. 1995. Geneva.
113. Türk Kanser Derneği. Kolorektal Kanser, Nedenler, Risk Faktörleri ve Önleme. [http://www.turkkanserderneği.org/cancer\\_types\\_submenu.php?id=6](http://www.turkkanserderneği.org/cancer_types_submenu.php?id=6) 1 Ekim 2014.
114. Türkiye Büyük Millet Meclisi Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu. Her Alandaki Kadın İstihdamının Artırılması Ve Çözüm Önerileri Komisyon Raporu. 2013. [http://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/komisyon\\_raporu\\_2014\\_1.pdf](http://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/komisyon_raporu_2014_1.pdf) 1 Aralık 2014.
115. TÜİK. İstatistiklerle Kadın. 2013. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16056> . 3 Ekim 2014.
116. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013. [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA\\_2013\\_ana\\_rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA_2013_ana_rapor.pdf) . 12 Aralık 2014.
117. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. 2013. [http://thsk.saglik.gov.tr/Dosya/kronik\\_hastaliklar/tkh-final-raporu-tr.pdf](http://thsk.saglik.gov.tr/Dosya/kronik_hastaliklar/tkh-final-raporu-tr.pdf) 5 Ekim 2014 .
118. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması. Beslenme Durumu ve Alışkanlıkların Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. 2010. [http://www.sagem.gov.tr/TBSA\\_Beslenme\\_Yayini.pdf](http://www.sagem.gov.tr/TBSA_Beslenme_Yayini.pdf) . 8 Ekim 2014.
119. TÜİK. Basın Odası Haberleri. 2013. [http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2014\\_61\\_20141021.pdf](http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2014_61_20141021.pdf) 3 Ekim 2014.



120. TÜİK. Toplumsal Cinsiyet İstatistikleri. 2013.  
[http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT\\_ID=11&KITAP\\_ID=294](http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=11&KITAP_ID=294)  
3 Ekim 2014.
121. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Türkiye Kadın Sağlığı Araştırması. 2014.  
[http://www.sagem.gov.tr/kadin\\_sagligi\\_arastirmasi\\_28\\_04\\_2014.pdf](http://www.sagem.gov.tr/kadin_sagligi_arastirmasi_28_04_2014.pdf) 20 Aralık 2014.
122. Canbaz S, Sünter AT, Süren C, Pekşen Y. Kadın sağlık çalışanlarının doğurganlık özellikleri, gebelik ve doğum sonu dönemdeki çalışma koşulları. *Kocatepe Tıp Dergisi*. 2005, 6:39-44.
123. TÜİK. Evlenme Boşanma İstatistikleri. 2013.  
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16051>. 3 Ekim 2014.
124. Güngör S, Başer İ, Göktolga Ü, Özkömür E, Keskin U. Koitus interruptus (geri çekme) yönteminin etkinliği ve eğitim seviyesinin önemi. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2006, 48:8-10.
125. Kutlu R, Sayın S, Uçar M, Aslan R, Demirbaş O. Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre kontraseptif yöntem kullanma durumları ve bu yöntemleri tercih nedenleri. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2014, 18(3):134-141.
126. Çoban A, Nehir S, Demirci H, Özbaşaran F, İnceboz Ü. Klimakterik dönemde evli kadınların eş uyumları ve menopoza ilişkin tutumlarının yakınmaklar üzerine etkisi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2008, 22(6):343-349.
127. Karaoğlu L, Özyürk C, Pehlivan E. Çorum ili bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan evli kadınlarda doğurganlık ve etkileyen faktörler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2002, 9(1): 33-40.
128. Kıran H, Kıran G, Güven MA. Maternal yaşın gebelik seyri ve fetal prognoz üzerine etkileri. *Arşiv*. 2002, 12:90-98.
129. Tıraş B, Kurdoğlu M. Postmenopozal hormon replasman tedavisinde güncel yaklaşımlar. *STED*. 2004, 13(9):332-334.

130. Sözeri Varma G, Oğuzhanoğlu NK, Karadağ F, Özdel O, Amuk T. Doğal ve cerrahi menopozda depresyon ve anksiyete düzeyleri ile cinsel doyum arasındaki ilişki. *Klinik Psikiyatri*. 2005,8:109-115.
131. Gürkan ÖC. Menopoz semptomları değerlendirme ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Hemşirelik Forumu Dergisi*. Mayıs-Haziran 2005:30-35.
132. Pirimoğlu ZM, Özyapı Alper AG, Büyükbayrak EE, Kars B, Ünal O, Turan MC. Beden Kitle İndeksi; sağlıklı postmenopozal kadınlarda, menopoz sonrası süre, yaş ya da gebelik hikâyesi faktörlerine kıyasla kemik mineral yoğunluğu üzerine etkin faktör olarak gözükmektedir. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetri Dergisi*. 2011, 21(1):1-5.
133. Menopause. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0001896/> . 1 Aralık 2014.
134. Elazim HA, Lamadah SM, Al Zamil LG. Quality of life among of menopausal women. *Journal of Biology, Agriculture and Healthcare*. 2014, 4(11):79-88
135. Shobeiri F, Nazari M. Age at menopause and its main predictors among Iranian women. *Int J Fertil Steril*. 2014, 8(3): 267–272.
136. Özcan H, Oskay Ü. Menopoz döneminde semptom yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. *Göztepe Tıp Dergisi*. 2013, 28(4):157-163.
137. TÜİK. Doğum İstatistikleri. 2013. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16048> 3 Ekim 2014.
138. Özler A, Baflaranoğlu S, Karaçor T, Tunç SY, Tunç NY, Palancı Y, Evsen MS, Yalçınkaya A. Tersiyer bir merkezde konjenital anomalili doğumların retrospektif analizi. *Perinatoloji Dergisi*. 2014, 22(1):13-17.
139. Kara M, Yılmaz E, Yöz E, Avcı İ. Ağrı ilinde kullanılan kontraseptif yöntemler. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetri Dergisi*. 2010, 20(1):10-3.
140. Mutlu F, Çelik E, Kavak SB. Elazığ Kovancılar Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran hastaların servikal smear sonuçlarının değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*. 2012, 26(2): 061-063.

141. Marakoğlu K, Çivi S, Demiröz S, Kutlu R. Bir doğum evinde, doğum yapan kadınların doğurganlık öyküleri ve aile planlaması davranışları. *Kocatepe Tıp Dergisi*. 2008, 9:49-56.
142. WHO. Facts on Induced Abortion Worldwide, Worldwide Incidence And Trends. 2012. [http://www.guttmacher.org/pubs/fb\\_IAW.html](http://www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW.html) 15 Kasım 2014.
143. WHO. Contraception. 2014. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112319/1/WHO\\_RHR\\_14.07\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112319/1/WHO_RHR_14.07_eng.pdf?ua=1) 15 Kasım 2014.
144. Sak ME, Evsen MS, Sak S, Çaçın FN. Kontrasepsiyon yöntemlerinin etkinliği ve kadınların eğitim düzeyi: Güneydoğu Anadolu'da bir ilçe örneği. *Dicle Tıp Dergisi*. 2008, 35(4):265-270.
145. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara. Sistem Ofset. 2009.
146. Sözeri Varma G, Karadağ F, Oğuzhanoglu NK, Özdel O, Kökten S. Menopoz: klimakterik belirtiler ve cinsel doyum arasındaki ilişki. *Yeni Symposium Dergisi*. 2006, 44(4):182-188.
147. Selam B, Topçuoğlu A. Menopozda hormon replasman tedavisi kullanımı ile ilgili tartışmalar ve güncel yaklaşım. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*. 2004, 3:38-43.
148. Satman I ve ark. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II) Sonuçları. [http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP\\_II\\_2011.pdf](http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf) 16 Kasım 2014.
149. Altun B, Arici M, Nergizoğlu G, Derici U, Karatan O, Turgan C, Sindel S, Erbay B, Hasanoğlu E, Çağlar S. Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT 1 Study). *Journal of Hypertension*. 2005, 23(10):1817-1823.
150. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kanser İstatistikleri. 2014. [http://kanser.gov.tr/Dosya/ca\\_istatistik/2009kanseraporu.pdf](http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2009kanseraporu.pdf) 3 Aralık 2014.

151. Kılıç M, Koç A. İl merkezindeki birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranların tarama testleri yaptırma durumu ve etkileyen faktörlerin çok değişkenli analizi. *Nobel Med.* 2014, 10(1):36-42.
152. Christou A, Thompson SC. Colorectal cancer screening knowledge, attitudes and behavioural intention among Indigenous Western Australians. *BMC Public Health.* 2012, 12:528. doi:10.1186/1471-2458-12-528.
153. Çurgunlu A, Erdinçler DS, Beğler T, Tezcan V. Geriatrik Yaş Grubunda “Check-up”. [http://www.akadgeriatri.org/managete/fu\\_folder/2009-03/html/2009-1-3-119-124.htm](http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2009-03/html/2009-1-3-119-124.htm) 2 Aralık 2014.
154. Yılmaz B, Erdem D, Kemal Y. Kanser Hastalarında Beslenme. *İç Hastalıkları Dergisi.* 2011, 18:133-143.
155. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Optimal Beslenme. 2012. [http://beslenme.gov.tr/content/files/arastirmalar/uyelik/beslenme\\_bilgi\\_serisi/Kitaplar/a/a\\_06\\_optimal\\_beslenme\\_32.pdf](http://beslenme.gov.tr/content/files/arastirmalar/uyelik/beslenme_bilgi_serisi/Kitaplar/a/a_06_optimal_beslenme_32.pdf) 1 Kasım 2014.
156. Özkan Ç, Çelik İ. Beslenme ve Kanser. 2009. [http://www.akadgeriatri.org/managete/fu\\_folder/2009-03/html/2009-1-3-132-138.htm](http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2009-03/html/2009-1-3-132-138.htm) 1 Kasım 2014.
157. Temple NJ, Balay-Karperien AL. Nutrition in cancer prevention: An integrated approach. *Journal of the American Collage of Nutrition.* 2002, 21(2):79-83.
158. Terry P, Giovannucci E, Michels KB. Fruit, vegetables, dietary fiber, and risk of colorectal cancer. *J Natl Cancer Inst.* 2001, 93:525–33.
159. Acar Vaizoğlu S, Turhan T, Temel F, Bolat Ö, Baydar O, Bacanlı A, Asarcıklı F, Güler Ç. Birinci basamakta 50 yaş ve üzeri bireylerde kolorektal kanser ile ilişkili olabilecek bazı faktörlerin ve gaitada gizli kan tetkikine uyumun değerlendirilmesi. *Turkish Journal Of Geriatrics.* 2010, 13(2):79-86.
160. Erbaycu AE, Aksel N, Çakan A, Özsoy A. İzmir ilinde sağlık çalışanlarının sigara içme alışkanlıkları. *Turkish Thoracic Journal.* 2004, 5(1):6-12.
161. TÜİK. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması. 2012. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13142> 3 Ekim 2014.

162. Doğan B, Akalın AA, İlhan B, Oğuz A. Kronik hastalığı olmadan hastaneye kontrol amaçlı başvurularında sigara kullanım oranları. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014, 2 (1):1-6.
163. Turan N, Atabek Aştı T, Kaya N. Nöroşirürji yoğun bakım ünitesi'nde yatan hastalarda konstipasyon: insidans ve risk faktörleri. *Türk Nöroşirürji Dergisi*. 2011, 21, Ek Sayı:291.
164. Soytürk M. Risk temelli tarama önerileri ve cerrahi yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri J Med Oncol-Special Topics*. 2013, 6(3):14-19.
165. Ilgaz A, Gözüm S. Kanser taramalarında öncelikli hedef birinci derece akrabalar. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 2014, 7 (4):345-353.
166. Turan E, Yalçın BM, Yücel İ, Ünal M. İlk kez tanı konan kolorektal kanser hastalarının epidemiyolojik özellikleri. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2012, 16(4):169-177.
167. Karadağ Çaman Ö, Bilir N, Özcebe H. Ailede kanser öyküsü ve algılanan kanser riski, kanserden korunma davranışları ile ilişkili mi? *Fırat Tıp Derg/Fırat Med J*. 2014, 19(2):95-100.
168. Altuğ E, Burhanoğlu S, Erkek AB, Kuzu MA. Kolorektal kanserlerin erken teşhisinde kullanılan tarama testlerine doktorların yaklaşımı. *Güncel Gastroenteroloji*. 2002, 3:25-28.
169. Nar Ş. Kolorektal Kanserli Hastaların Birinci Derece Akrabalarının Hastalıkla İlgili İnançları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2010.
170. Mc Caffery K, Wardle J, Waller J. Knowledge, attitudes and behavioral intentions in relation to the early detection of colorectal cancer in the United Kingdom. *Preventive Medicine*. 2003, 36:525-535.
171. Green PM, Kelly BA. Colorectal cancer knowledge perceptions and behaviors in African Americans. *Cancer Nursing*. 2004, 27(3):206-215.

172. Sessa A, Abbate R, Giuseppe GD, Marinelli P, Angelillo IF. Knowledge, attitudes, and preventive practices about colorectal cancer among adults in an area of Southern Italy. *BMC Cancer*. 2008, 8:171. doi:10.1186/1471-2407-8-171.
173. Büyükdoğan M. Kolorektal kanserde genetik ve etyolojik faktörler. *Selçuk Tıp Derg*. 2009, 25(3):171-180.
174. Uncu Y, Alis. Yaşlı hastaya birinci basamakta yaklaşım. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2003, 6(1): 31-37
175. Gürsoy Ş, Er Ö, Canöz Ö, Güven M, Başkol M, Güven K, Özbakır Ö, Yücesoy M. Kayseri ve yöresinde kolon kanserlerinin özellikleri. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*. 2003, 2(2):60-63.
176. Gündeş E, Çakır M, Küçükkartallar T, Taşçı Hİ, Tekin A, Tekin Ş. Primer Kolorektal lenfoma deneyimlerimiz. *Haseki Tıp Bülteni*. 2014, 52:89-92.
177. Wong CKH, Law W-L, Wan Y-F, Poon JTC, Lam CLK. Health-related quality of life and risk of colorectal cancer recurrence and all-cause death among advanced stages of colorectal cancer 1-year after diagnosis. *BMC Cancer*. 2014, 14:337. doi:10.1186/1471-2407-14-337.
178. Özkan ÖF, Kaya Ü, Güner A, Cevizci S, Faruk Özkul F, Sezer C, Reis E. Bir eğitim ve araştırma hastanesinde kolorektal kanser hastalarının demografik dağılımı ve hastalık özellikleri. *Pam Tıp Derg*. 2012, 5(3):132-135.
179. Lin J, Zhang SM, Cook NR, Mnason E, Buring JE, Lee I. Oral contraceptives, reproductive factors, and risk of colorectal cancer among women in a prospective cohort study. *Am J Epidemiol*. 2007, 165:794-801.
180. Tsilidis KK, Allen NE, Key TJ, et al. Oral contraceptives, reproductive history and risk of colorectal cancer in the european prospective investigation into cancer and nutrition. *British Journal of Cancer*. 2010, 103: 1755–1759.
181. Kabat GC, Miller AB, Rohan TE. Oral contraceptive use, hormone replacement therapy, reproductive history and risk of colorectal cancer in women. *Int J Cancer*. 2008, 122:643-646.

182. Kuo C-H, Kuo C-H, Wu H-Y, Wu D-C, Yang C-Y. Higher parity and earlier age at first birth are associated with lower risk of death from colon cancer. *Cancer Sci.* 2012, 103: 1553–1557.
183. Pehlivan S, Yıldırım Y, Fadıloğlu Ç. Kanser, kültür ve hemşirelik. *ACU Sağlık Bil Derg.* 2013(4):168-174.
184. Wernli KJ, Wang Y, Zheng Y, Potter JD, Newcomb PA. The relationship between gravidity and parity and colorectal cancer risk. *J Womens Health (Larchmt).* 2009 Jul, 18(7):995-1001. doi: 10.1089/jwh.2008.1068.
185. Tamakoshi K, Wakai K, Kojima M, Watanabe Y, Hayakawa N, Toyoshima H, Yatsuya H, Kondo T, Tokudome S, Hashimoto S, Suzuki K, Ito Y, Tamakoshi A. A prospective study on the possible association between having children and colon cancer risk: findings from the JACC Study. *Cancer Sci.* 2004, 95:243-247.
186. Atalay MA, Durusoy EE, Tüfekçi M. Menopozda hormon tedavisini terk etmeli miyiz ? Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi. 2013, 10(4):242-249.
187. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Diagnosis and management of colorectal cancer A national clinical guideline. 2011. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign126.pdf> 1 Aralık2014.
188. Yuhara H, Steinmaus C, Cohen SE, Corley DA, Tei Y, Buffler PA. Is diabetes mellitus an independent risk factor for colon cancer and rectal cancer? *Am J Gastroenterol.* 2011 Nov, 106(11):1911-1921.
189. Arslan E, Özçelik F, Demirbaş Ş. Obezite ile ilişkili kanser türleri. *Anatol J Clin Investig.* 2013, 7(3):176-184.
190. Menteş BB, Ege B, Üner A, Ünsal D, Yüksel O, Bostancı H, Oğuz M. Kolorektal kanserlerin tedavi sonuçları: tek merkezli, 200 vakalık seri. *Gazi Tıp Dergisi / Gazi Medical Journal.* 2007, 18(3):97-103.
191. MEB. Hemşirelik. Onkoloji hastalıkları ve bakımı. Ankara. 2013.
192. Çınar A. Kolorektal Kanserlerin Yeniden Evrelemesinde F-18 FDG PET/BT'nin Önemi. Tıp Fakültesi Nükleer Tıp Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Ankara: Başkent Üniversitesi, 2012.

193. Singh H, Nugent Z, Demers A, Czaykowski PM, Mahmud SM. Risk of colorectal cancer after diagnosis of endometrial cancer: a population-based study. *J Clin Oncol*. 2013 Jun 1, 31(16):2010-2015.
194. Evans HS, Miller H, Robinson D, Lewis CM, Bell CMJ, Hodgson SV. The risk of subsequent primary cancers after colorectal cancer in southeast England. *Gut*. 2002, 50:647-652.
195. Burgut E, Anber N, Akpınar E, Bozdemir N. Periyodik sağlık muayenesi *ARŞİV*. 2007, 16 (1): 1-15.
196. Wallace K, Baron JA, Cole BF, Sandler RS, Karagas MR, Beach MA, et al. Effect of calcium supplementation on the risk of large bowel polyps. *J Natl Cancer Inst*. 2004, 96:921-925.
197. Lappe JM, Travers-Gustafson D, Davies KM, Recker RR, Heaney RP. Vitamin D and calcium supplementation reduces cancer risk: results of a randomized trial. *Am J Clin Nutr*. 2007,85:1586 -1591.
198. Aston J. Investigating aspirin use to prevent bowel cancer or its progression *Cancer Nursing Practice*. 2014, 13(3):28-30.
199. Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu & Dünya Kanser Raporu 2008. Bölüm 4.4: Knserin Kemo Önlenmesi. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789283204237\\_tur\\_p261-328.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789283204237_tur_p261-328.pdf) 4 Ağustos 2014.
200. Janne PA, Mayer RJ. Chemoprevention of colorectal cancer. *N Engl J Med*. 2000, 342: 1960-1968.
201. Ordu Ç, Saip P. Kanserde kemoprevansiyon. *Klinik Gelişim*. 2011, 24(40):33-40.
202. Cole BF, Baron JA, Sandler RS, et al. Folic acid for the prevention of colorectal adenomas: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2007, 297:2351-2359.
203. Renehan AG, Tyson M, Egger M, et al. Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *Lancet*. 2008, 371(9612):569-578.



204. MacInnis RJ, English DR, Hopper JL, et al. Body size and composition and colon cancer risk in men. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2004, 13(4):553-559.
205. Aksoy M. Beslenmemizde Yeri Olan Çeşitli Yiyecek ve Besinlerin Kansere Hastalıklarında Etkileşimleri İçinde: Tuncer AM, Özgül N, Olcayto E, Gültekin M (Editörler). *Türkiye’de Kansere Kontrolü.* T.C. Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı, Koza Matbaacılık, Ankara, 2009:119-168.
206. Cho E, Smith-Warner SA, Ritz J. Alcohol intake and colorectal cancer: a pooled analysis of 8 cohort studies. *Ann Intern Med.* 2004, 140:603–613.
207. American Cancer Society. What are the risk factors for colorectal cancer? <http://www.cancer.org/cancer/colonandrectumcancer/detailedguide/colorectal-cancer-risk-factors> 18 Kasım 2014.
208. National Cancer Institute. Alcohol and Cancer Risk. <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/alcohol> 2 Aralık 2014.
209. Potter JD, Hunter D. Colorectal cancer. In: Adami HO, Hunter D, Trichopoulos D (eds). *Textbook of Cancer Epidemiology.* 2nd ed. New York, Oxford University Press, 2008: 275–307.
210. Giudice MED, Emily T. Vella ET, Hey A, Simunovic M, Harris W, Lewitt C. Systematic review of clinical features of suspected colorectal cancer in primary care. *Canadian Family Physician August.* 2014, 60 (8):405-415.
211. Kara M, Tanoğlu A. Dünya çapında bir halk sağlığı problemi olan kolorektal karsinomda tarama stratejileri ve kolonoskopinin yeri. *TAF Prev Med Bull.* 2013,12(6):743-750.
212. Ait Ouakrim D, Boussioutas A, Lockett T, Hopper JL, Jenkins MA. Cost-effectiveness of family history-based colorectal cancer screening in Australia. *BMC Cancer.* 2014, Apr 16;14:261. doi: 10.1186/1471-2407-14-261.
213. National Cancer Institute. Genetics of Colorectal Cancer: Health professional version. 2006. <http://www.cancer.gov/cancerinfo/pdq/genetics/colorectal> 2 Aralık 2014.

214. İzbul T, Müderriszade M. KKTC’de kolorektal kanserli olguların retrospektif irdelenmesi. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*. 2003, 2: 7-10.
215. Santos EM, Lourenço MT, Rossi BM. Risk perception among Brazilian individuals with high risk for colorectal cancer and colonoscopy. *Hered Cancer Clin Pract*. 2011, 28 (9). 4doi: 10.1186/1897-4287-9-4.
216. Tarr GP, Crowley A, John R, Kok JB, Lee HNL, Mustafa H, Sii KM, Smith R, Son SEQ, Weaver LJ, Cameron C, Dockerty JD, Schultz M, Murray IA. Do high risk patients alter their lifestyle to reduce risk of colorectal cancer? *BMC Gastroenterology*. 2014, 14:22. doi:10.1186/1471-230X-14-22.
217. Kim SE, Perez-Stable EJ, Wong S, Gregorich S, Sawaya GF, Walsh JM, Kaplan CP. Association between cancer risk perception and screening behaviour among diverse women. *Arch Intern Med*. 2008, 168(7):728–734.
218. Simon S. Report: More colon testing leads to 30% drop in cancer rates. 2014. <http://www.cancer.org/cancer/news/report-more-colon-testing-leads-to-30-percent-drop-in-cancer-rates> . 5 Kasım 2014.
219. Yapucu GÜ, Ayten Zaybak İ, Khorshid L, Eşer İ. Sağlıklı bireylerde kanser risk faktörleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2007, 23(2) :13-22.
220. Omran S, Ismail AA. Knowledge and beliefs of Jordanians toward colorectal cancer screening. *Cancer Nurs*. 2010, 33(2):141-8. doi: 10.1097/NCC.0b013e3181b823f3.
221. Wong MCS, Hirai HW, Luk AKC, Lam TYT, Ching JYL, et al. The knowledge of colorectal cancer symptoms and risk factors among 10,078 screening participants: are high risk individuals more knowledgeable? *PLoS ONE*. 2013, 8(4). e60366. doi:10.1371/journal.pone.0060366.
222. Gipsh K, Sullivan JM, Dietz O. Health belief assessment regarding screening colonoscopy. *Gastroenterol Nurs*. 2004, 27(6):262-267.
223. Gimeno Garcia AZ, Buylla NHA, Nicolas-Perez D, Quintero E. Public awareness of colorectal cancer screening: knowledge, attitudes, and interventions for increasing screening uptake. *ISRN Oncology*. 2014 .doi:10.1155/2014/425787

224. Savaş C. Konstipasyon. *Türkiye Tıp Dergisi*. 2004, 11(4): 204-216.
225. Erdine S, Dinçer S. Kolorektal Kanserde Ağrı Sorunu. Bölüm 46. İçinde: Baykan A, Zorluoğlu A, Geçim E, Terzi C (editörler). Kolon ve Rektum Kanseri, Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği. İstanbul. 2010:765-773.
226. Küçüköner M, Kaplan MA, İnal A, Uralcı Z, Nas N, Önder A, Keleş A, Büyükbayram H, Işıkdoğan A. Kolorektal kanserler: Tek merkez 12 yıllık sonuçları. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*. 2013, 4(2):208-212.

## EKLER

### EK-1: Etik Kurul Onayı



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Ankara İli Kamu Hastaneleri Birliği 2 Nolu Genel Sekreterliği  
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Baştabipliği  
Klinik Araştırma Etik Kurulu

Sayı : B.10.4.İSM.4.06.68.49/

28.05.2014

Konu: Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Etik Kurul Kararı

#### KEÇİÖREN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMA ETİK KURULU

“50 Yaş ve Üzeri Kadınların Kolorektal Kansere Yönelik Farkındalık Durumları ve Kolorektal Kanser Risk Faktörlerinin İncelenmesi”adlı klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe,amaç,yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına ve kurulumuz kararının başvuru sahibi tarafından sağlık bakanlığına arzına gerek olmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

Doç.Dr. K.Okhan AKIN  
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

---

Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurul  
Pınarbaşı Mahallesi Sanatoryum Cad.  
Ardahan Sokak No:25 Keçiören / ANKARA  
Web: [www.akeah.gov.tr](http://www.akeah.gov.tr)

## EK-2: Kurum Onayı



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği  
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 43278876-929- 1431- 2529

09 Mayıs 2014

Konu : Yüksek Lisans Tezi Uygulama İzni

Sayın: Gonca KARATAŞ BARAN  
Hemşire

İlgi: 21.04.2014 tarih, 2168 sayılı dilekçeniz.

*“50 yaş ve üzeri kadınların kolorektal kanserlere yönelik farkındalık durumları ve kolorektal kanser risk faktörlerinin incelenmesi” başlıklı yüksek lisans tez çalışmanızı hastanemiz Kadın Doğum Polikliniğinde uygulama talebiniz hastanemiz Eğitim Planlama Kurulunun 06.05.2014 tarih ve 103 sayılı toplantısında görüşülerek uygun bulunmuştur.*

Bilgilerinizi rica ederim.

Uzm. Dr. Mesut KOÇAK  
Hastane Yöneticisi

Personel Şubesi  
Tel:0312 3569000/1379

Pınarbaşı Mahallesi Ardahan Sokak No:25  
Faks: 3569020

Keçiören/ANKARA  
e-mail:personelkoren@gmail.com

### **EK-3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu**

## **BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

Bu araştırma; 50 yaş ve üzeri kadınların kolorektal kanserlere yönelik farkındalık durumları ve kolorektal kanser risk faktörlerinin incelenmesi amacıyla yapılmaktadır. Araştırma gönüllülük esasına göre yürütülecektir. Bu araştırma kapsamında sizlere hiçbir girişim yapılmayacaktır. Araştırma veri toplama formundaki sorular bizzat araştırmacı tarafından sorulacaktır. Araştırma sırasında verdiğiniz bilgiler gizli kalacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve çalışmaya katıldığınız için size bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavi, bakım ve sağlık personeli ile olan ilişkinizde herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Sorulara doğru yanıt vermeniz çalışmamızın sonuçlarını olumlu etkileyecektir. Araştırma ile ilgili, sonradan aklınıza gelen herhangi sorunuz için aşağıdaki telefon numarasından ulaşabilirsiniz. Katılımınız için teşekkürlerimizi sunarız.

#### **Sorumlu Araştırmacı**

Gonca KARATAŞ BARAN

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

Tel: 05426058161

Hastanın (Katılımcının) beyanı: Katılmam istenen çalışmanın amacını ve gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Bu çalışmaya katılmayı reddettiğim zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

#### **Hasta (Katılımcı)**

**Adı, soyadı:**

**İmza:**

## **EK-4: Veri Toplama Formu**

### **50 YAŞ VE ÜZERİ KADINLARIN KOLOREKTAL KANSERLERE YÖNELİK FARKINDALIK DURUMLARI VE KOLOREKTAL KANSER RİSK FAKTÖRLERİNİN İNCELENMESİ**

#### **ANKET FORMU**

Bu araştırma; 50 yaş ve üzeri kadınların kolorektal kanserlere yönelik farkındalık durumları ve kolorektal kanser risk faktörlerinin incelenmesi amacıyla yapılmaktadır. Araştırma sırasında verdiğiniz bilgiler gizli kalacaktır. Sorulara doğru yanıt vermeniz çalışmamızın sonuçlarını olumlu etkileyecektir. Bu araştırmaya gönüllü katılımınız ile gerçekleşecektir. Katılımınız için teşekkürlerimizi sunarız.

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

Gonca KARATAŞ BARAN

#### **1. BÖLÜM: SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER**

1.) Yaşınız?.....

2.) Medeni Durumunuz?

1. Evli                      2. Bekar                      3. Dul+Boşanmış

3.) Eğitim Durumunuz?

1. Okur-yazar değil      2. Okur-yazar              3. İlköğretim  
4. Lise                      5. Üniversite ve üzeri

4.) Çalışma Durumunuz?

1. Çalışıyor              2. Çalışmıyor

5.) Sağlık Güvenceniz?

1. Var                      2. Yok

6.) Gelir durumunuz?

1. Gelirim giderimden az  
2. Gelirim giderime eşit  
3. Gelirim giderimden fazla

7.) Uzun süre yaşadığınız yerleşim yeri?

1. İl                      2. İlçe                      3. Kasaba/Köy              4. Farklı ülke (Belirtiniz.....)

## 2. BÖLÜM: OBSTETRİK ÖZELLİKLER

8.) İlk menarş yaşıınız?.....

9.) İlk evlilik yaşıınız?

1.Hiç evlenmedi 2.....yaş

10.) Anne babanız akraba mı?

1.Evet (derecesi.....) 2. Hayır

11.) İlk gebelik yaşıınız?

1.Hiç gebelik olmadı (soru 15'e geçiniz) 2.....yaş

12.) Gebelik sayınız?( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ve üzeri

13.) Doğum sayınız?( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ve üzeri

14.) Düşük sayınız? ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ve üzeri

15.) Daha önce doğum kontrol hapi kullandınız mı?

1. Evet (süre.....yıl/ay) 2.Hayır

16.) Menopoz yaşıınız?

1. Henüz girmedim 2.....yaş

17.) Menopoz şekliniz nedir?

1. Doğal 2. Cerrahi

18.) Menepoz döneminde hormon tedavisi gördünüz mü?

1. Evet (süre.....ay/yıl) 2. Hayır

19.) Herhangi bir hastalığınız var mı?

1. Evet 2. Hayır (soru 21'e geçiniz)

20.) Hastalığınızın türünü belirtiniz?

	Hastalık
1	Kalp
2	DM
3	HT
4	Troid
5	Depresyon
6	Anemi (Kansızlık)
7	Kadın hastalığı (açıklayınız.....)
8	Diğer.....



21.) Herhangi bir kanser öykünüz var mı?

- 1.Evet            2. Hayır (soru 23'e geçiniz)

22.) Kanser türünüz aşağıdakilerden hangisidir?

	Kanser türü
1	Meme
2	Endometrium(rahim)
3	Over (yumurtalık)
4	Serviks (rahim ağzı)
5	Vajen (hazne)
6	Vulva
7	Diğer kanserler.....

23.) Aşağıdaki tetkik –tedavilerden hangisini/hangilerini geçirdiniz?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1.Kolesistektomi    2. IVF ted.    3.Histerektomi    4.Oferektomi  
5.Radyasyon    6. Kemoterapi    7.Diğer.....    8.Hayır geçirmedim

### 3. BÖLÜM: KOLOREKTAL KANSER RİSK FAKTÖRLERİ

24.) Kilonuz:.....Boyunuz:.....BKİ: .....

25.) Son 6 ay içinde kilonuzda belirgin bir değişim oldu mu?

1. Arttı                            2.Azaldı                            3. Değişiklik Yok

26.) Beslenme alışkanlığınızda aşağıdakilerden hangileri çoğunlukla yer almaktadır?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

	Beslenme Türü	Kez/Hafta
1	Sebze- meyve ağırlıklı	
2	Protein ve yağdan zengin	
3	Kırmızı et	
4	Asitli içecekler (kola, gazoz vb)	
5	Kafein içeren içecekler	
6	Tahıllar	
7	Beyaz et	
8	İşlenmiş et (sucuk, pastırma, sosis vb)	
9	Diğer.....	

27.) Günde kaç bardak su tüketirsiniz?

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

**28.) Günde kaç öğün yemek yersiniz?**

1. 1 öğün 2. 2 öğün 3. 3 öğün 4. >= 4 öğün

**29.) Sigara kullanıyor musunuz?**

1. Hayır, hiç kullanmadım (Soru 30'a geçiniz)  
2. Evet, kullanıyorum (.....ay/hafta/yıl) ,(.....adet/gün)  
3. Kullanıyordum, bıraktım (.....ay/hafta/yıl önce) , (.....adet/gün)

**30.) Alkol kullanıyor musunuz?**

1. Hayır, hiç kullanmadım (Soru 31'e geçiniz)  
2. Evet, kullanıyorum (.....ay/hafta/yıl) ,(.....kadeh/ay)  
3. Kullanıyordum, bıraktım (.....ay/hafta/yıl önce) , (.....kadeh/ay)

**31.) Haftada en az 3 gün 20 dakika düzenli yürüyüş ve egzersiz yapar mısınız?**

1. Evet 2. Hayır

**32.) Genel sağlık kontrollerinizi yaptırıyor musunuz?**

1. Evet 2. Hayır (soru 34'e geçiniz)

**33.) Genel sağlık kontrollerinizi ne sıklıkta yaptırıyorsunuz?**

1. 1 yıldan az 2. Yılda bir 3. 2-3 yılda bir 4. 4 -5 yılda bir 5. Çok nadir

**34.) Düzenli kullandığınız ilaç var mı?**

- 1) Evet 2) Hayır (soru 36'ya geçiniz)

**35.) Düzenli kullandığınız ilaçlar hangisi/hangileridir?**

1. Aspirin 2. Steroid 3. NSAİ 4. Folik asit 5. Kalsiyum 6. Statin  
7. HRT 8. Diğer.....

**36.) Bağırsak alışkanlığınız nasıldır?**

1. Günde en az bir kez büyük abdeste çıkarım  
2. İki günde bir kez büyük abdeste çıkarım  
3. Üç-dört günde bir kez büyük abdeste çıkarım  
4. Diğer.....

**37.) Bağırsakla ilgili bir hastalığınız var mı?**

1. Evet 2. Hayır (soru 39'a geçiniz) 3. Bilmiyorum (soru 39'a geçiniz)

**38.) Hastalığınız aşağıdakilerden hangisidir?**

1. Polip-adenom 2. Ülseratif Kolit 3. Crohn Hastalığı 4. Bağırsak Kanseri  
5 Spastik kolon 6. Parazit 7. Diğer.....

**39.) Birinci derece yakınlarımızda (anne-baba,kardeş vb.), kolon ya da rektum hastalığı olan var mı?**

1. Evet    2. Hayır (soru 41'e geçiniz)    3. Bilmiyorum (soru 41'e geçiniz)

**40.) Birinci derece yakınınızın hastalığı aşağıdakilerden hangileridir?** (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Polip-adenom    2. Ülseratif Kolit    3. Crohn Hastalığı    4. Barsak Kanseri  
5. Spastik kolon    6. Parazit    7. Diğer.....

**41.) İkinci derece yakınlarımızda (amca, dayı, hala vb), kolon ya da rektum hastalığı olan var mı?**

1. Evet    2. Hayır (soru 43'e geçiniz)    3. Bilmiyorum (soru 43'e geçiniz)

**42.) İkinci derece yakınınızın hastalığı aşağıdakilerden hangileridir?** (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Polip-adenom    2. Ülseratif Kolit    3. Crohn Hastalığı    4. Barsak Kanseri  
5. Spastik kolon    6. Parazit    7. Diğer.....

**43.) Aşağıdaki belirti-bulgulardan son 6 aydır sizde mevcut olanlar hangileridir?** (Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz)

1. Dışkılamada gelen kan	
2. Dışkılama alışkanlığının değişmesi (kabızlık, ishal)	
3. Rektal akıntı veya dışkıyla gelen müküs	
4. Ele gelen kitle	
5. Kötü kokulu gaz	
6. Geçmeyen karın ağrısı/krampları	
7. Kansızlık	
8. İştahsızlık	
9. Bulantı-Kusma	
10. Yorgunluk	
11. Diğer (açıklayınız).....	
12. Hiçbiri	

#### **4. BÖLÜM: KOLOREKTAL KANSERLE İLGİLİ FARKINDALIKLARI VE UYGULAMALARI**

**44.) Gelecekte kolorektal kansere yakalanma açısından kendinizi ne derece riskli görüyorsunuz?**

1. Riskim yok    2. Az risk    3. Orta risk    4. Çok risk

**45.) Doktorunuz size kolorektal tarama önerdi mi?**

1. Evet    2. Hayır

**46.) Kolorektal kanser tarama yöntemleri ile ilgili bilgiye sahip misiniz?**

1. Evet                      2. Hayır (soru 47'ye geçiniz)

	Bildiğiniz Yöntemler	Bilgiyi aldığımız kaynak
1		
2		
3		
4		

**47.) Kolorektal kanser tarama yöntemleri ile ilgili bilgi sahibi olmak ister misiniz?**

1. Evet                      2. Hayır

**48.) Kolorektal kanser taramasını önümüzdeki günlerde yaptırmayı düşünüyor musunuz?**

1. Evet                      2. Hayır (soru 50'ye geçiniz)

**49.) Aşağıdaki tarama testlerinden hangilerini, ne zaman yaptırmayı düşünüyorsunuz? (Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz) (soru 51'e geçiniz)**

1. Gaitada gizli kan                      ( )...../yıl içinde  
2. Kolonoskopi                      ( )...../yıl içinde  
3. Sigmoidoskopi                      ( )...../yıl içinde  
4. Doktor Muayene-rektal tuşe ( ) ...../yıl içinde  
5. Diğer..... ( )...../yıl içinde

**50.) Tarama testlerini yaptırmak istememe nedeniniz nedir?(Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz)**

1. Testler ile ilgili bilgim yok  
2. Kimse önermedi  
3. Kansere tanısı almaktan korkuyorum  
4. İşlemlerin acı vermesinden korkuyorum  
5. Utanıyorum  
6. Kendimi riskli görmüyorum  
7. Diğer(Açıklayınız).....

**51.) Aşağıdaki kolorektal kanser tarama testlerinden hangilerini yaptırdınız?**

1. Gaitada gizli kan                      ( ) ...../sayı      ( )...../yıl içinde  
2. Kolonoskopi                      ( ) ...../sayı      ( )...../yıl içinde  
3. Sigmoidoskopi                      ( ) ...../sayı      ( )...../yıl içinde  
4. Doktor Muayene-rektal tuşe ( ) ...../sayı      ( )...../yıl içinde  
5. Diğer.....( ) ...../sayı      ( )...../yıl içinde  
6. Hiç birini yaptırmadım      ( )

## 5. BÖLÜM: KOLOREKTAL KANSER RİSK FAKTÖRLERİ İLE İLGİLİ BİLGİLER

52.) Kolorektal kanseri risk faktörleri ile ilgili aşağıdaki ifadeler hakkındaki görüşlerinizi belirtiniz.

KOLOREKTAL KANSER RİSK FAKTÖRLERİ İLE İLGİLİ BİLGİLER	Doğru	Yanlış	Fikrim yok
1. Kilolu olmak kolorektal kanserler için bir risk faktörüdür.			
2. Alkol kullanımı kolorektal kanserler için bir risk faktörüdür.			
3. Sigara kullanımı kolorektal kanserler için bir risk faktörüdür.			
4. Düzenli egzersiz yapmak kolorektal kanserlerden korur.			
5. Vitamin A, C, E, Beta Karoten ve selenyum gibi antioksidanlar, kalsiyum ve balık yağı kolorektal kanserlerden korur.			
6. Düşük lif ve yüksek yağ tüketmek kolorektal kanserler için bir risk faktörüdür.			
7. Kadın ve erkeklerde kolorektal kanserler benzer oranlarda görülür.			
8. Daha önce bağırsak hastalığı olan bireylerde kolorektal kanser riski artar.			
9. Yaş ile birlikte kanser riski artar.			
10. Birinci derece akrabasında kolorektal kanser öyküsü olan bireylerde kanser olma riski artar.			

*Anketiniz bitmiştir, teşekkürler...*

## 6. BÖLÜM: KOLOREKTAL KANSER RİSK GRUP SINIFLAMASI

53.) Kolorektal kanser risk grubunu işaretleyiniz (Araştırmacı tarafından değerlendirilme yapıp, işaretlenecektir)

1. ( ) Vasat risk grubu
2. ( ) Düşük risk grubu
3. ( ) Orta derecede risk grubu
4. ( ) Yüksek risk grubu

**KOLOREKTAL KANSER RİSK FAKTÖRLERİ İLE İLGİLİ  
BİLGİLERİN CEVAP ANAHTARI**

<b>KOLOREKTAL KANSER RİSK FAKTÖRLERİ İLE İLGİLİ BİLGİLER</b>	<b>Doğru</b>	<b>Yanlış</b>	<b>Fikrim yok</b>
<b>1.</b> Kilolu olmak kolorektal kanserler için bir risk faktörüdür.	<b>X</b>		
<b>2.</b> Alkol kullanımı kolorektal kanserler için bir risk faktörüdür.	<b>X</b>		
<b>3.</b> Sigara kullanımı kolorektal kanserler için bir risk faktörüdür.	<b>X</b>		
<b>4.</b> Düzenli egzersiz yapmak kolorektal kanserlerden korur.	<b>X</b>		
<b>5.</b> Vitamin A, C, E, Beta Karoten ve selenyum gibi antioksidanlar, kalsiyum ve balık yağı kolorektal kanserlerden korur.	<b>X</b>		
<b>6.</b> Düşük lif ve yüksek yağ tüketmek kolorektal kanserler için bir risk faktörüdür.	<b>X</b>		
<b>7.</b> Kadın ve erkeklerde kolorektal kanserler benzer oranlarda görülür.	<b>X</b>		
<b>8.</b> Daha önce bağırsak hastalığı olan bireylerde kolorektal kanser riski artar.	<b>X</b>		
<b>9.</b> Yaş ile birlikte kanser riski artar.	<b>X</b>		
<b>10.</b> Birinci derece akrabasında kolorektal kanser öyküsü olan bireylerde kanser olma riski artar.	<b>X</b>		

## ÖZGEÇMİŞ

<b>KİŞİSEL BİLGİLER</b>	
Adı Soyadı	: Gonca KARATAŞ BARAN
Doğum Tarihi	: 11/09/1978
Doğum Yeri	: Çayıralan/YOZGAT
Medeni Hali	: Evli
Uyruğu	: TC
Adres	: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara
Tel	: 0 542 605 81 61
E-mail	: <a href="mailto:goncabaran@gmail.com">goncabaran@gmail.com</a>
<b>EĞİTİM</b>	
Lise	: 1995- Çayıralan Lisesi
Lisans	: 2003- Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
Yüksek Lisans	: 2008-Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Eğitimi Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans
<b>YABANCI DİL BİLGİSİ</b>	
İngilizce	: YDS 2013 puanı: 60
<b>ALINAN EĞİTİM, SERTİFİKA, KATILINAN KONGRE</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>•Fatih Üniversitesi Hemşirelikte Yenilikler Kongresi (11,12.10.2012) (Katılım Belgesi)</li><li>•Avrupa Birliği Proje Çevrimi Yönetimi (PCR) Uygulamalı Eğitim (10.10.2012) (Katılım Belgesi)</li><li>•ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi Temel Eğitimi, Dokümantasyon Eğitimi, Proses Yönetimi ve Etkileşimi Eğitimi, İç Tetkik Eğitimi 2008 (Katılım Belgesi)</li><li>•Sosyal Pediatri Günleri Basında Yayında Çocuk Sağlığı Sempozyumu (Katılım Belgesi)</li><li>•Kişisel Gelişim Semineri (Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi)</li><li>•Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıklar Bildirimi Konulu Konferans (2005)</li><li>•‘Popüler Kültür ve Çocuk’ Konulu 5. Ulusal Çocuk Kültürü Kongresi, Ankara Üniversitesi Çocuk Kültürü Araştırma ve Uygulama Merkezi (Ekim 2005)</li><li>•Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Hizmet İçi Eğitim (Katılım Belgesi)</li></ul>	

**BİLİMSEL YAZILAR**

•Karataş Baran G, Pınar G, Şahin S. Jinekolojik Kanserlerle Kolorektal Kanserin İlişkisi. 14. Jinekolojik Onkoloji Kongresi. Poster Sunumu. 2014.

•Yarpuzlu A, Karataş Baran G, Kılıç, E. An investigation of school violence and school safety based on opinions of high school students and teachers in Ankara, Turkey. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2010, 63(4):101-105.

**ÜYESİ BULUNAN DERNEK KURULUŞLAR**

Türk Hemşireler Derneği

Sağlık Sen