

**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI**



**ÜNİVERSİTEDE ÇALIŞAN BİREYLERİN KOLOREKTAL
KANSER KADERCİLİĞİ VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Sibel ÇİLİNGİR

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Özge İŞERİ

**SAMSUN
2022**

TEZ KABUL VE ONAYI

Sibel ÇİLİNGİR tarafından, Dr. Öğr. Üyesi Özge İŞERİ danışmanlığında hazırlanan “Üniversitede Çalışan Bireylerin Kolorektal Kansere Kadere ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi ” başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından 10.2.2022 tarihinde yapılan sınav sonucunda oy birliği ile başarılı bulunarak Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı Adı Soyadı Üniversitesi Ana Bilim/Ana Sanat Dalı	İmza	Sonuç
Başkan (Danışman)	Dr. Öğr. Üyesi Özge İŞERİ		☐
	Ondokuz Mayıs Üniversitesi		Kabul
	Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		☐ Ret
Üye	Doç. Dr. Şenay ARLI		☐
	Ondokuz Mayıs Üniversitesi		Kabul
	Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		☐ Ret
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Hesna GÜRLER		☐
	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi		Kabul
	Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		☐ Ret

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

ONAY

... / ... / ...

Prof. Dr. Ali BOLAT
Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Hazırladığım yüksek lisans/doktora/sanatta yeterlik tezinin bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin Kaynaklar'da gösterilenlerden oluştuğunu, her unsurun enstitü yazım kılavuzuna uygun yazıldığını ve TÜBİTAK Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Yönetmeliği'nin 3. bölüm 9. maddesinde belirtilen durumlara aykırı davranılmadığını taahhüt ve beyan ederim.

İmza

... /... / 20...

Sibel ÇİLİNGİR

TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI

Tez Başlığı: Üniversitede Çalışan Bireylerin Kolorektal Kansere Kaderliliği ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışması için şahsım tarafından 03.01.2022 tarihinde intihal tespit programından alınmış olan özgünlük raporu sonucunda;

Benzerlik oranı : %15

Tek kaynak oranı : %1 çıkmıştır.

İmza

... /... / 20...

Doktor Öğretim Üyesi Özge İŞERİ

ÖZET

ÜNİVERSİTEDE ÇALIŞAN BİREYLERİN KOLOREKTAL KANSER KADERCİLİĞİ VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

Sibel ÇİLİNGİR

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelik Ana Bilim Dalı

Yüksek Lisans, Şubat/2022

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Özge İŞERİ

Amaç: Bu çalışmanın amacı; üniversitede çalışan bireylerin kolorektal kanser kaderciliği ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkisinin belirlenmesidir.

Materyal ve Metod: Bu çalışma, 01.05.2021- 30.11.2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini, Sinop Üniversitesi’nde çalışmakta olan 567 akademik personel ve 528 idari personel olmak üzere toplam 1095 katılımcı oluşturmaktadır. Araştırma örneklemini, evreni bilinen örneklem hesabı yöntemi kullanılarak hesaplanmış ve 307 kişi ile tamamlanmıştır. Araştırmanın verileri, bireylerin tanıtıcı bilgilerini içeren “Katılımcı Tanıtıcı Formu”, “Kolorektal Kanser Kadercilik Skalası”, “Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizi SPSS 19 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin analizinde ortalama, ortanca, yüzde, Kolmogorov-Smirnov Testi, Bağımsız örneklem T Testi, Tek Yönlü Varyans Analizi, Pearson korelasyon katsayısı, çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %51,5’i erkek, %68,7’i evli, %87,3’ü lisans ve üzeri eğitime sahip, %68,4’ü akademik personeldir. Bireylerin yaş ortalaması $37,56 \pm 7,89$ ’dur. Kolorektal kanser kadercilik skalası puan ortalaması $6,12 \pm 5,58$, Sağlık Okuryazarlık Ölçeği toplam puan ortalaması ise $89,50 \pm 27,54$ ’tür. Cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, genel sağlık durumu, gelir düzeyi, sigara ve alkol kullanma durumu, kolorektal kansere yönelik erken tanı yöntemini duyma, sağlık durumu ile ilgili araştırma yapma, kolorektal kanser hastalığı risk faktörünü bilme ve kansere yakalanmaktan korkma durumunun kolorektal kanser kaderciliği düzeyini etkilediği saptanmıştır ($p < 0,05$). Yaş, medeni durum, eğitim, meslek, akademik unvan, gelir düzeyi, genel sağlık ve sigara içme durumu, kolorektal kanser hastalığı risk faktörünü bilme, sağlık durumu ile ilgili araştırma yapma ve kansere yakalanmaktan korkma durumunun, sağlık okuryazarlık düzeyini etkilediği belirlenmiştir ($p < 0,05$). Kolorektal Kanser Kaderciliği Skala puanı ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak yüksek düzeyde negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($r = -0,695$; $p < 0,001$).

Sonuç: Bireylerin kolorektal kanser kaderciliği düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin azaldığı saptanmıştır. Bu nedenle hemşirelerin bakımları sırasında, bireylerin kaderci inanışlarını ve sağlık okuryazarlığı düzeylerini önemsemesi, geliştirici müdahalelerde bulunması ve danışmanlık yapması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Kolorektal kanser, kolorektal kanser kaderciliği, sağlık okuryazarlığı

ABSTRACT

DETERMINING THE RELATIONSHIP BETWEEN COLORECTAL CANCER FAITH AND HEALTH LITERACY OF UNIVERSITY WORKING INDIVIDUALS

Sibel ÇİLİNGİR

Ondokuz Mayıs University

Institute of Graduate Studies

Department of Nursing Programme

Master, February/2022

Supervisor: Dr. Öğr. Üyesi Özge İŞERİ

Aim: The aim of this study is to determine the relationship between colorectal cancer fatalism and health literacy among individuals working at university.

Material and Method: This study was carried out between 01.05.2021 and 30.11.2021. The universe of the research consists of a total of 1095 participants, 567 academic staff and 528 administrative staff working at Sinop University. The research sample was calculated using my sample calculation method, the universe of which is known, and was completed with 307 people. The data of the study were collected using the "Participant Descriptive Form", "Colorectal Cancer Fatality Scale", "Health Literacy Scale", which includes the introductory information of the individuals. Data analysis was done using SPSS 19 statistical package program. In the analysis of the data, mean, median, percentage, Kolmogorov-Smirnov Test, Independent Sample T Test, One Way Analysis of Variance, Pearson correlation coefficient, multiple linear regression analysis were used.

Results: 51.5% of the participants are male, 68.7% are married, 87.3% have undergraduate or higher education, and 68.4% are academic staff. The mean age of the individuals is 37.56 ± 7.89 years. The mean score of the colorectal cancer fatalism scale was 6.12 ± 5.58 , and the total mean score of the Health Literacy Scale was 89.50 ± 27.54 . It was determined that sex, marital status, educational level, occupation, general state of health, level of income, smoking and alcohol use, hearing about the early diagnosis method for colorectal cancer, conducting research on health status, knowing the risk factor for colorectal cancer disease and fear of getting cancer affected the level of colorectal cancer fatalism ($p < 0.05$). It was determined that age, marital status, education, occupation, academic title, income level, general health and smoking status, knowing the risk factor for colorectal cancer, doing research on health status, and fear of getting cancer affect the level of health literacy ($p < 0.05$). A statistically high level of negative correlation was found between the Colorectal Cancer Fatality Scale score and the Health Literacy Scale total score ($r = -0.695$; $p < 0.001$).

Conclusion: It was determined that as the level of colorectal cancer fatalism of individuals increased, the level of health literacy decreased. For this reason, it is recommended that nurses care about the fatalistic beliefs and health literacy levels of individuals, make developmental interventions and provide counseling during their care.

Keywords: Colorectal cancer, colorectal cancer fatalism, health literacy

ÖN SÖZ VE TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince hiçbir zaman desteğini eksik etmeyen, her an kendisine ulaşabilmemize imkân tanıyan, sabrı ve anlayışı için tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Özge İŞERİ'ye,

Tez savunma sınavım için zamanlarını ayıran değerli hocalarım Sayın Doç. Dr. Şenay ARLI ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hesna GÜRLER'e,

Çalışmamın istatistiksel analizlerinin yapılmasındaki yardımlarından dolayı Öğr. Gör. Emre KUYUCU'ya

İki yıl boyunca beraber yol aldığım, manevi desteklerini hep hissettiğim canım arkadaşlarım Buket ÖZKAN ve Feriştah ASLAN'a,

Sabırlarını hep zorladığım, özverilerin en çoğunu gösteren, sevgilerin en özelini en güzelini hissettiren samimi sevgi dolu canım anneme, ablama, abime ve kardeşime,

Meslektaşım, can eşim Salih Kürşat ÇİLİNGİR'e çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ KABUL VE ONAYI	i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI	ii
TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
ÖN SÖZ VE TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırma Soruları	3
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Kolorektal Kanser.....	4
2.1.1. Kolorektal Kanser Epidemiyolojisi.....	4
2.1.2. Kolorektal Kanser Etiyolojisi ve Risk Faktörleri.....	7
2.1.2.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri	7
2.1.2.2. Değiştirilen Risk Faktörleri	10
2.1.3. Kolorektal Kanser Belirti ve Bulguları.....	11
2.1.4. Kolorektal Kanser Tanı Yöntemleri.....	11
2.1.5. Kolorektal Kanser Evreleme Sistemi.....	13
2.1.6. Kolorektal Kanser Tarama Programları.....	15
2.1.7. Kolorektal Kanser Tedavi Yöntemleri.....	18
2.1.8. Kolorektal Kanser ve Hemşirelik Bakımı.....	19
2.2. Kadercilik Kavramı	19
2.3. Sağlık Okuryazarlığı.....	22
2.4. Kadercilik ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki	24
3.MATERYAL METOT	27
3.1. Araştırmanın Şekli.....	27
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	27
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	27
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	28
3.4.1. Bağımlı Değişkenler	28
3.4.2. Bağımsız Değişkenler	28
3.5. Verilerin Toplanması.....	28
3.5.1. Katılımcı Tanıtıcı Bilgi Formu	29
3.5.2. Kolorektal Kanser Kadercilik Skalası.....	29
3.5.3. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	29
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	30
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu.....	31
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	31
3.9. Araştırmanın Süresi	31
4. BULGULAR.....	32
5.TARTIŞMA.....	63
6.SONUÇLAR.....	73
7.ÖNERİLER.....	76
KAYNAKLAR	77
EKLER	86
ÖZGEÇMİŞ.....	966

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACS	: American Cancer Society
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
AJCC	: American Joint Committee on Cancer
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
DNA	: Deoksiribo Nükleik Asit
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FIT	: Fekal İmmunohistokimyasal Test
GGKT	: Gaitada Gizli Kan Testi
GLOBACAN	: Global Cancer Observatory
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
KETEM	: Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi
KRK	: Kolorektal Kanser
NCCN	: National Comprehensive Cancer Network
SB	: Sağlık Bakanlığı
SOÖ	: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
TKBD	: Türk Klinik Biyokimya Derneği
TKRCD	: Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği
TNM	: T(tümör), N(nod= lenf nodu), M(metastaz)
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi
TTOD	: Türk Tıbbi Onkoloji Derneği
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UICC	: Union for International Cancer Control
WHO	: World Health Organization

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. 2020 yılı dünyada her yaşta ve her iki cinsiyette yeni vaka sayısı	4
Şekil 2.2. 2020 yılı dünyada her yaşta ve her iki cinsiyette kansere bağlı ölüm oranları	5
Şekil 2.3. 2020 yılı Türkiye'de her yaşta ve her iki cinsiyette yeni vaka sayısı	6
Şekil 2.4. 2020 yılı Türkiye'de her yaşta ve her iki cinsiyette kansere bağlı ölüm oranları....	6
Şekil 2.5. Sağlık okuryazarlığı, kanser kaderciliği ve bilgi arama arasında bağlantı kuran kavramsal model	25



TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1. Dukes Evrelemesi	14
Tablo 2.2. Modifiye Dukes (Astler- Coller) Evrelemesi.....	14
Tablo 2.3. TNM Evrelemesi	15
Tablo 2.4. Türkiye Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları	16
Tablo 2.5. Amerikan Kanser Birliği KRK Tarama Önerileri.....	17
Tablo 2.6. Amerikan Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı KRK Tarama Önerileri	17
Tablo 4.1. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı.....	32
Tablo 4.2. Bireylerin Sağlık Alışkanlıkları ve KRK'ya İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	33
Tablo 4.3. KRK Kadercilik Skalası ile SOÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı	35
Tablo 4.4. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerin KRK Kadercilik Skalasıdan Alınan Puanlara Göre Dağılımı	36
Tablo 4.5. Bireylerin Sağlık Alışkanlıkları ve KRK'ya İlişkin Özelliklerinin KRK Kadercilik Skalasıdan Alınan Puanlara Göre Dağılımı	37
Tablo 4.6. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin SOÖ – Bilgiye Erişim Alt Boyutundan Alınan Puanlara Göre Dağılımı	40
Tablo 4.7. Bireylerin Sağlık Alışkanlıkları ve KRK'ya İlişkin Özelliklerinin SOÖ– Bilgiye Erişim Alt Boyutundan Alınan Puanlara Göre Dağılımı	41
Tablo 4.8. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin SOÖ – Bilgileri Anlama Alt Boyutundan Alınan Puanlara Göre Dağılımı.....	44
Tablo 4.9. Bireylerin Sağlık Alışkanlıkları ve KRK'ya İlişkin Özelliklerinin SOÖ – Bilgileri Anlama Alt Boyutundan Alınan Puanlara Göre Dağılımı	45
Tablo 4.10. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin SOÖ- Değer Bıçme/ Değerlendirme Alt Boyutundan Alınan Puanlara Göre Dağılımı.....	48
Tablo 4.11. Bireylerin Sağlık Alışkanlıkları ve KRK'ya İlişkin Özelliklerinin SOÖ – Değer Bıçme/Değerlendirme Alt Boyutundan Alınan Puanlara Göre Dağılımı	49
Tablo 4.12. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerin SOÖ– Uygulama/Kullanma Alt Boyutundan Alınan Puanlara Göre Dağılımı	52
Tablo 4.13. Bireylerin Sağlık Alışkanlıkları ve KRK'ya İlişkin Özelliklerinin SOÖ – Uygulama/Kullanma Alt Boyutundan Alınan Puanlara Göre Dağılımı	53
Tablo 4.14. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin SOÖ Toplam Puanına Göre Dağılımı.....	56
Tablo 4.15 Bireylerin Sağlık Alışkanlıkları ve KRK'ya İlişkin Özelliklerinin SOÖ Toplam Puanına Göre Dağılımı	58
Tablo 4.16 KRK Skalası ve SOÖ Toplam ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon İlişkisi	60
Tablo 4.17. KRK Kaderciliği Skalası ve SOÖ Regresyon Analizine İlişkin Katsayılar ve Güven Aralıkları..	61

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kolorektal kanserler (KRK), dünyada yüksek morbidite ve mortalite nedeni olan hastalıklardan birisidir (Sawicki, vd., 2021). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verileri değerlendirildiğinde, 2020 yılında 1,93 milyon KRK vakası bildirilmiştir (WHO, 2020a). KRK, dünyada ve Türkiye’de meme ve akciğer kanserinden sonra en sık görülen üçüncü kanser türüdür. 2020 yılında Türkiye’de KRK oranının tüm kanserler arasında erkeklerde %9 ve kadınlarda %9,1 olduğu belirtilmiştir (GLOBACAN, 2020a; GLOBACAN, 2020b). Kansere bağlı mortalite oranlarına bakıldığında ise KRK, akciğer kanserinden sonra ikinci sırada yer almaktadır (WHO, 2020a). KRK, özellikle orta ve ileri yaşlarda daha önemli bir mortalite nedeni olarak kabul edilmektedir (Ratchasan, vd., 2020). Ayrıca, KRK vakalarının 2030 yılına kadar %60 artış göstererek dünyada kanser yükünü daha da artırması beklenmektedir (Arnold, vd., 2017). Bu nedenle, KRK tüm dünyada önemli bir sağlık sorunudur (Bray, vd., 2018).

Erken tanı, KRK’da sağ kalımının en önemli belirleyicisidir (Wolf, vd., 2018; Gomes, vd., 2021). KRK’yı, erken evrede tanılamamanın en önemli yolu hastalığı asemptomatik evrede iken tarama programları ile tanılamaktır (Davis, vd., 2020). Tarama programları, erken tanılamada ve KRK ile ilişkili mortalite ve morbidite oranını azaltmada, tek başına en etkili yöntemlerdendir (Helsingen, vd., 2019). Ancak görülen kolorektal kanserlerin sadece %40’ı erken dönemde tespit edilebilmektedir (ACS, 2020a). Hem Türkiye’de hem de farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda taramalara katılımın az olduğu saptanmıştır (Sohler, vd., 2015; Yılmaz, vd., 2016; Clarke, vd., 2021). Tarama testlerine katılıma; bilgi eksikliği, testlerin maliyeti, sağlık çalışanlarının yetersiz yönlendirmesi, testlere ulaşılabilirlikte kısıtlılık, testler sırasında utanma, test sonuçlarından korkma gibi nedenlerin engel olduğu belirtilmiştir (Lyrtzopoulos, vd, 2015; Galal vd., 2016). Bu engellerin yanı sıra taramalara katılımı etkileyen faktörlerden biri de kaderciliktir (Clarke, vd., 2021). Bireylerin tarama programlarına katılmasına engel olan faktörler arasında bilgi arama davranışı, sağlık okuryazarlığı düzeyi ve kanser kaderciliğinin önemli olduğu gösterilmiştir (Miri vd., 2018)

Kadercilik (fatalizm); tüm olayların tek ve doğaüstü bir etken tarafından belirlendiği ve sonuçlarının değiştirilemez olduğu inancıdır (Çapık ve Aydın, 2019). Kanseri kaderciliği ise, kanser teşhisinin bir kader meselesi olduğu, bu nedenle bireyin kontrolünün dışında geliştiği ve kanser tanısı alındığında ölümün kaçınılmaz olduğu inancıdır (Powe ve Finnie, 2003; Çapık ve Aydın, 2019). Bu sebeple, kaderci inanışa sahip bireyler bilgi aramaktan (Lyratzopoulos, vd., 2015), sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından (Keller, vd., 2021) ve kanser taramasından (Moreno, vd., 2019). kaçınabilmektedir. Lyratzopoulos ve arkadaşlarının (2015) akciğer ve KKR tanı hastaları ile yaptıkları çalışmalarında kaderci inanışa sahip bireylerin kanser teşhisinin daha ileri evrede yapıldığını saptamıştır. Kim ve Lwin (2021)'in, toplum temelli yaptıkları çalışmalarında kaderci inanışların; meyve ve sebze alımı, düzenli egzersiz, sigaradan kaçınma gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulamalarını engelleyen etkenler olduğu ifade edilmektedir. Moreno ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında ise, kanser kaderciliğinin KKR tarama programlarına katılmaya engel olduğu belirtilmektedir. Yapılan literatür incelemesinde kanser kaderciliği ile ilgili çalışmaların daha çok meme kanseri (Zardanjani, vd., 2019; Ersin ve Dedeoğlu, 2020; Selvi ve Kaya, 2021) ile ilgili olduğu, KKR kaderciliği ile ilgili yurt içi (Çapık ve Aydın, 2019) ve yurt dışında (Clarke, vd., 2021; Cohen, vd., 2021) sınırlı sayıda çalışma olduğu saptanmıştır.

Sağlık okuryazarlığı bireylerin yaşam kalitelerini arttırma, hastalıkları önleme, sağlıklarını geliştirme amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişme, bilgiyi anlama, değerlendirme ve kullanma yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Aras ve Temel, 2017; Baccolini, vd., 2021). Sağlık okuryazarlığı, hem hastalar hem de sağlık sistemi için önem arz etmektedir. Sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip bireyler; kanser teşhis ve tedavi süresi boyunca bakıma erişimde güçlük çekebilmekte (Houston, vd., 2020) ve tarama programlarına katılmaktan kaçınmaktadır (Gabel, vd., 2019; Woudsta, vd., 2019). Ayrıca, sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip bireyler hastalıklarının daha ileri evrelerinde hastaneye başvurmaktadır. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı yüksek mortalite ve morbidite ile ilişkilendirilmektedir. Diğer taraftan sağlık okuryazarlığının artması, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkili olduğundan bireylerin yaşam kalitelerini arttırmaktadır (Kugbey, vd., 2019). Kurumlar açısından değerlendirildiğinde ise, hastaneye yatışların artması daha yüksek bakım maliyetlerine yol açmaktadır (Papadakis, vd., 2018; Baccolini, vd., 2021).

Sağlık okuryazarlığı ile kanser kaderciliği birbirini etkileyen iki kavramdır (Kobayashi ve Smith, 2016). Literatür incelendiğinde, sınırlı sağlık okuryazarlığının bilgi aramanın önünde bir engel olduğu ve kaderci inançların bu ilişkide bir etken olabileceği belirtilmektedir (Kobayashi ve Ishizaki, 2020). Sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olan bireylerin, kanser taraması konusunda daha kaderci inanışlara sahip olduğu saptanmıştır (Keller, vd., 2021). Won Jin ve arkadaşlarının (2019) 50 -75 yaş arası bireylerle yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça KRK taramalarına katılım oranının arttığı ifade edilmektedir.

Yapılan literatür incelenmesinde; prostat kanseri (Tayhan ve Özmen, 2019), meme kanseri (Kugbey, vd., 2019), servikal kanser (Kim ve Han, 2016) ile sağlık okuryazarlığı düzeyinin ilişkisini inceleyen çalışmalar yapıldığı belirlenmiştir. Ayrıca, KRK ve sağlık okuryazarlığı ilişkisini inceleyen çalışmalar da mevcuttur (Horshauge, vd., 2020) Ancak KRK kaderciliği ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıda çalışma (Won Jin vd., 2019; Davis, vd., 2020) bulunmaktadır. Üniversitede çalışan bireylerin KRK kaderciliği ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu nedenle, üniversitede çalışan bireylerin KRK kaderciliği ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışma yapılmasına gereksinim duyulmuştur.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, üniversitede çalışan bireylerin KRK kaderciliği ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi incelemektir.

1.3. Araştırma Soruları

- 1.Üniversitede çalışan bireylerin KRK kadercilik düzeyleri nasıldır?
- 2.Üniversitede çalışan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri nasıldır?
- 3.Üniversitede çalışan bireylerin KRK kaderciliği ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

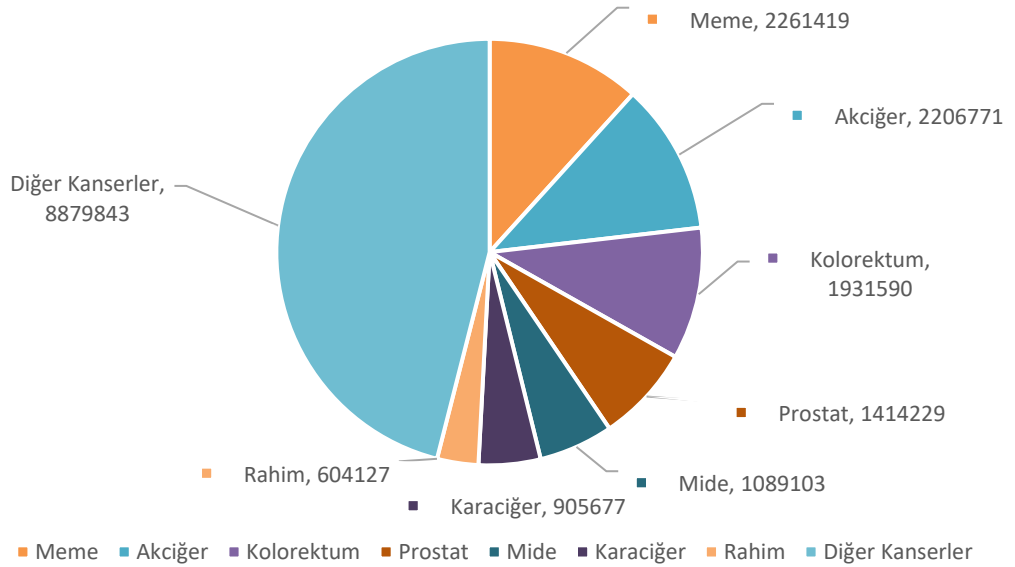
2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kolorektal Kanser

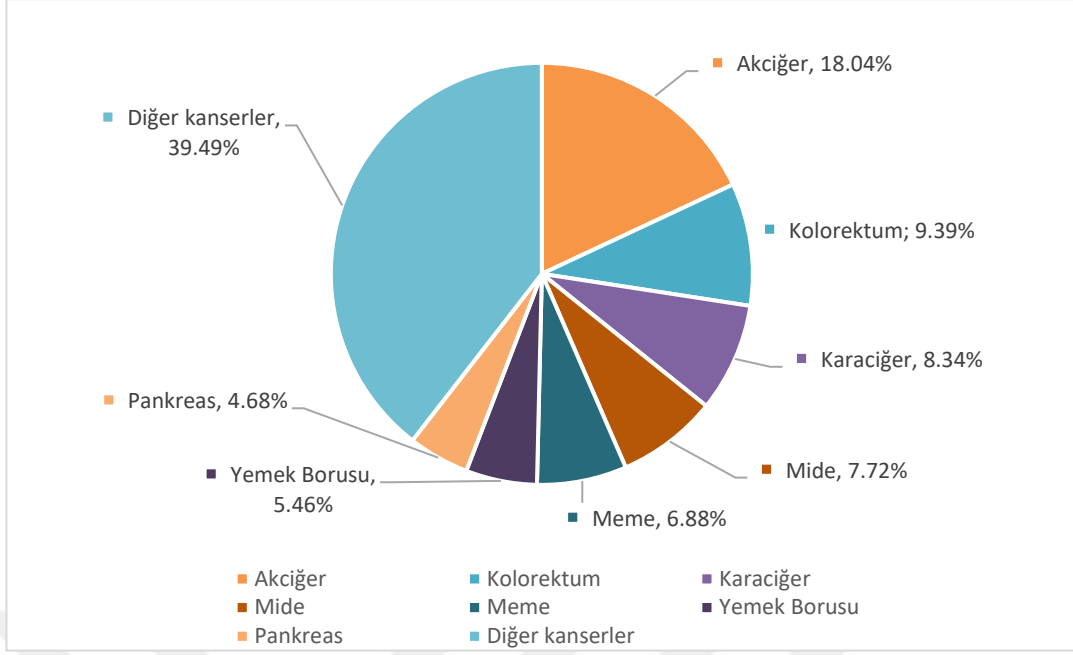
KRK, kolonda ya da rektumda başlayan bir kanser türüdür. KRK kolon kanserini, rektum kanserini ya da her ikisini de tanımlamak için kullanılmaktadır (Çavdar, 2019).

2.1.1. Kolorektal Kanser Epidemiyolojisi

KRK, gastrointestinal sistemin en sık görülen kanser türü olmakla birlikte dünyadaki en önemli morbidite ve mortalite nedenlerinden biridir (Bray, vd., 2018). DSÖ 2020 yılı verilerine göre; KRK, dünyada meme (2.26 milyon vaka) ve akciğer (2.21 milyon vaka) kanserinden sonra en sık görülen üçüncü kanser türüdür. 2020 yılında yaklaşık 1,93 milyon KRK vakası olduğu tahmin edilmektedir (Şekil 2.1). Ayrıca, KRK vakalarının 2030 yılına kadar %60 oranında artış göstererek dünyadaki kanser yükünü daha da artırması beklenmektedir (Arnold, vd., 2017). Kansere bağlı ölüm oranları incelendiğinde ise, 2020 yılında dünyada KRK'nın, akciğer kanserinden (1.80 milyon ölüm) sonraki ikinci en sık görülen ölüm nedeni olduğu (Şekil 2.2) ve yaklaşık 935.000 ölüm vakasının olduğu belirtilmektedir (WHO, 2020a).



Şekil 2. 1. 2020 yılı dünyada her yaşta ve her iki cinsiyette yeni vaka sayısı (GLOBACAN, 2020b)



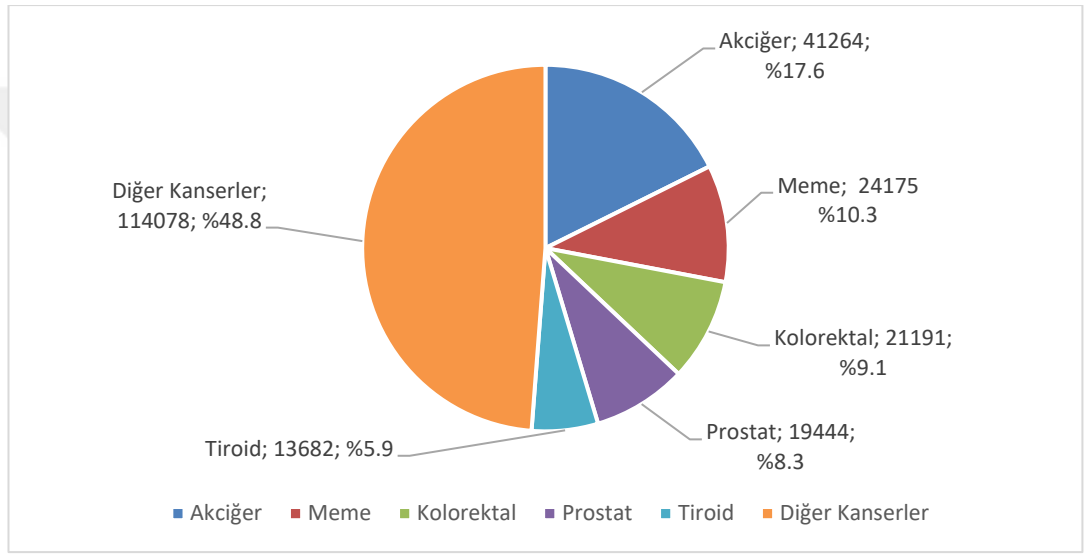
Şekil 2.2. 2020 yılı dünyada her yaşta ve her iki cinsiyette kansere bağlı ölüm oranları (GLOBOCAN, 2020b)

KRK görülme sıklığı, ekonomik gelişmişlik derecesine bağlı olarak ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Bu nedenle, hastalık yaygın olarak ülkenin sosyoekonomik gelişiminin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (Bray, vd., 2018). Dünyada, KRK insidansı ve mortalite oranları açısından geniş bir coğrafi çeşitlilik bulunmaktadır. KRK insidansı ve mortalitesindeki en önemli artışın, “batılı” yaşam biçimini benimseyen ülkelerde meydana geldiği kabul edilmektedir. Gelişmiş ülkeler KRK açısından yüksek risk altındadır (Sawicki, vd., 2021). Dünyada bu nedenle KRK insidansının en yüksek olduğu ülkelerin Avrupa ve Kuzey Amerika, Avustralya ve Yeni Zelanda; en az görülen ülkelerin ise Afrika ve Güney-Orta Asya olduğu belirtilmektedir (Macrae, 2021).

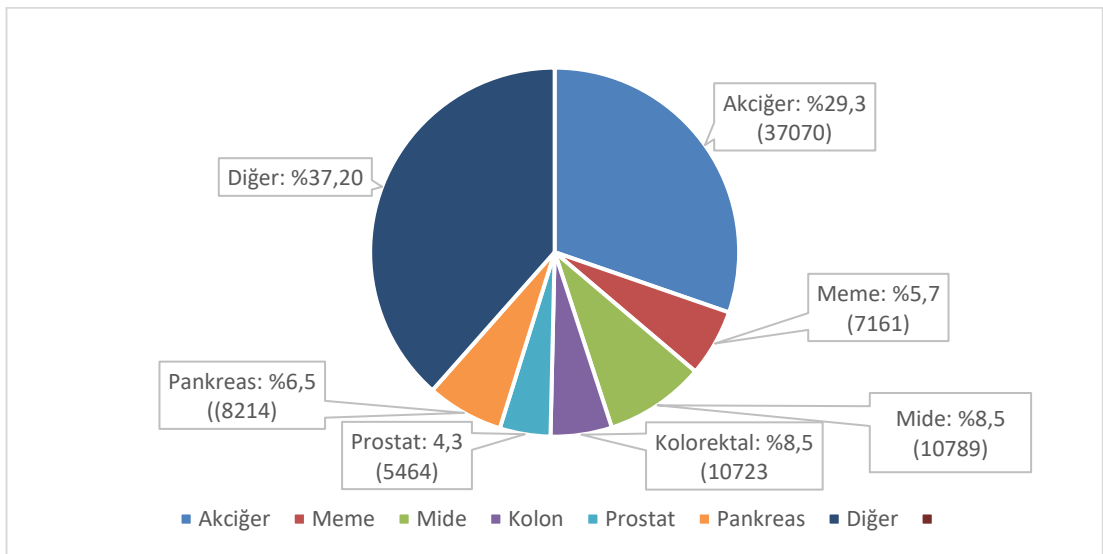
KRK, Amerika Birleşik Devletleri'nde kanser ölümlerinin ikinci en yaygın nedenidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde KRK'ya bağlı hem insidans hem de mortalite oranları yavaş ama istikrarlı bir şekilde azalmaktadır. Her yıl, 104.270'i kolon kanseri ve geri kalanı rektum kanseri olmak üzere yaklaşık 149.500 yeni KRK vakası teşhis edilmektedir. Her yıl, yaklaşık 52.980 Amerikalı birey, tüm kanser ölümlerinin yaklaşık %8 'ini oluşturan KRK sebebiyle ölmektedir (Siegel, vd., 2021).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'nun 2020 yılında yayınladığı rapora göre, 2019 yılında Türkiye'de gerçekleşen ölüm nedenleri arasında kanserler, %18,4 görülme oranı ile dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı ölümlerin (%36,8) ardından

ikinci sırada yer almaktadır (TÜİK, 2020). Ülkemizde görülen kanserler incelendiğinde sırasıyla akciğer (%17,6), meme (%10,3) ve KRK (%9,1) olduğu görülmektedir (Şekil 2.3). Cinsiyete göre değerlendirme yapıldığında erkeklerde akciğer (%25,8) ve prostat (19,4) kanserinden sonra en sık görülen üçüncü kanser türünün KRK (11,9) olduğu belirlenmiştir. Kadınlarda en sık görülen kanser türü ise, meme (%23,9), tiroid (%10,9) ve KRK (%9,1)'dir. Her iki cinsiyet içinde KRK'nın görülme sıklığı açısından üçüncü sırada yer aldığı görülmektedir. Kansere bağlı mortalite oranları incelendiğinde de KRK'nın üçüncü sırada yer aldığı saptanmıştır (Şekil 2.4) (GLOBACAN, 2020a).



Şekil 2.3. 2020 yılı Türkiye'de her yaşta ve her iki cinsiyette yeni vaka sayısı (GLOBACAN, 2020a)



Şekil 2.4. 2020 yılı Türkiye'de her yaşta ve her iki cinsiyette kansere bağlı ölüm oranları (GLOBACAN, 2020a)

2.1.2. Kolorektal Kanser Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

KRK, kolon ve rektumda görülen kanser türüdür. Çoğunlukla kolonun veya rektumun herhangi bir yerini etkilemekle birlikte en sık inen kolonun alt kısmından, sigmoid kolondan ya da rektumdan gelişmektedir. Genellikle KRK'nın rektum veya kolon mukozasında oluşan poliplerden kaynaklanmaktadır. Tüm KRK'lar genellikle adenomatöz polip olarak başlayan adenokarsinomlardır (Nair ve Peate, 2020).

KRK'nın gelişimine neden olan birçok risk faktörü bulunmaktadır. Bu risk faktörlerinin doğru olarak belirlenmesi; tarama, izlem, erken tanılama ve tedavi süreçlerinin başarılı olabilmesi için önem taşımaktadır.

2.1.2.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

a. Yaş: Yaş, KRK için en önemli risk faktörlerinden birisidir. Yaş arttıkça KRK gelişme riski de doğru orantılı olarak artmaktadır. KRK görülme sıklığı 40 ile 50 yaşları arasında artış göstermekle beraber, KRK vakalarının %95'inin 50 yaşından sonra görüldüğü belirtilmektedir (Spacilova, vd., 2018; ACS, 2020b). Dünyada KRK görülme oranı 50-69 yaş arasında her yüz binde 63,0 iken, 25-49 yaş arasında bu oranın 6,8 olduğu belirtilmektedir. Yaş grupları arasında görülen yaklaşık 9 kat fark, KRK gelişimi için yaşı önemli bir risk faktörü olduğunu ortaya koymaktadır (WHO, 2020b). Bu nedenle dünya genelinde ve Türkiye'de 50 yaşından itibaren KRK taraması önerilmektedir (Helsingen vd., 2019; SB, 2021). Amerika Birleşik Devletleri ise, 2021 yılı itibarıyla 45 yaşından itibaren KRK taramasını önermektedir (ACS, 2020b; Macrae, 2021).

b. Cinsiyet: KRK görülme riski erkeklerde kadınlardan daha yüksektir. Ancak cinsiyete göre KRK mortalite oranları incelendiğinde; hormonal değişikliklerin, çevresel risk faktörlerin ve cinsiyete özgü genetik ve moleküler etkileşimlerin farklı sonuçlar ortaya çıkardığı saptanmıştır (Murphy, vd., 2011; Macrae, 2021). Yapılan bir çalışmada postmenopozal dönemde olan kadınlarda hormon replasman tedavisinin (progestin ve östrojen) KRK görülme riskini azaltabileceği ifade edilmektedir (Jochem ve Leitzmann, 2016).

c. Kişisel Kolorektal Polip Veya Kanser Öyküsünün Varlığı: KRK, çoğunlukla (>%90) daha önce gelişmiş olan adenomlardan kaynaklanmaktadır. Normal bir kolon mukozasından adenom oluşumu ve adenomdan da kanser gelişiminin ortalama 10 yıl sürdüğü belirtilmektedir (ACS, 2020b). Kişisel öyküsünde

KRK veya adenomatöz kolon polipleri olan hastalar, KRK gelişimi açısından risk altındadır. Adenomatöz polip öyküsü olanlarda özellikle polipler büyükse, sayıca fazla ve displazi gösteriyorsa KRK gelişme riskinin daha da yüksek olduğu belirtilmektedir. Adenomların yapısındaki villöz komponent miktarı da patojenite açısından önem taşımaktadır. KRK rölatif riski villöz ve tubulo-villöz histolojik yapıdaki 1 cm'den büyük adenomatöz poliplerde 3.5 ile 6.5 kat arasında değişmektedir (Macrae, 2021).

d. Ailede KRK Öyküsünün Olması: KRK tanısı alan bireylerin yaklaşık %25-30'unun ailesinde KRK öyküsünün bulunduğu belirtilmektedir (ACS, 2020b). Aileden kaynaklı edinilen kanser öykülerinde, genetik bazı değişiklikler ya da ortak çevresel faktörlerin etkili olduğu bildirilmektedir. Ailesinde KRK vakası görülmemiş bireylerde KRK gelişme riskinin ortalama %6 olduğu belirtilirken, birinci dereceden akrabalarından en az birinde KRK öyküsü bulunan bireylerin riskinin iki kat arttığı saptanmıştır. Bireylerin ikiden daha fazla birinci derece akrabasında KRK mevcutsa, bu risk üç kattan daha fazla artmaktadır (Thanikachalam ve Khan, 2019; ACS, 2020b; Macrae, 2021).

e. Genetik Faktörler

Ailesel Adenomatöz Polipozis Öyküsünün Varlığı: Ailesel adenomatöz polip, Adenomatöz Polipozis Coli geninde gelişen mutasyonlar sonucu görülen bir hastalıktır. Hastaların yaklaşık %80'inde aile öyküsü bulunmaktadır. Bireylerin kolon ve rektumunda çocukluk veya ergenlik döneminden itibaren gelişen binlerce polip bulunmaktadır. Bu poliplerin alınmaması durumunda, bireylerin 40'lı yaşlara geldiklerinde kanser gelişme risklerinin arttığı belirtilmektedir (Thanikachalam ve Khan, 2019; Totur Dikmen, 2019).

Hereditör Nonpolipozis Kolorektal Kanser (Lynch Sendromu) Öyküsünün Varlığı: Lynch Sendromu, otozomal dominant bir sendromdur. Bu sendrom, en fazla görülen kalıtsal KRK sendromudur ve tüm KRK'ların yaklaşık %2-4'ünü kapsamaktadır. Lynch sendromlu bireyler çoğunlukla genç bireylerdir. Bu sendroma sahip bireylerde, KRK gelişme riski etkilenen gene bağlı olarak %80'e kadar yükselebilmektedir (Yıldızeli Topçu, 2019; ACS, 2020b). Lynch sendromu olan bireylerde mide, ince bağırsak, pankreas, böbrek, beyin ve safra kesesi gibi kanser türleri gelişme riski de yüksektir (Yıldızeli Topçu, 2019).

f. Bağırsak Hastalıkları

Kronik Konstipasyon: Kronik kabızlığın KRK riskini artırıp arttırmadığına yönelik literatürde çelişkili bulgular bulunmaktadır. Bazı vaka kontrol ve meta-analiz çalışmalarında kronik kabızlık ve KRK riski arasında pozitif ilişki olduğu ifade edilirken bazı çalışmalarda ise KRK ve kabızlık arasında herhangi bir ilişki bulunmadığı ifade edilmektedir (Guerin vd., 2014; Power, vd., 2013). Kronik konstipasyonda safra asitleri gibi konsantre karsinojenlerin kolon mukozasıyla temas süresinin artmasının KRK için risk oluşturduğu belirtilmektedir (Guerin vd., 2014). Yapılan bir vaka kontrol çalışmasında KRK ve sık kabız olmanın arasında anlamlı ilişki olduğu, KRK olan hastaların her hafta kabızlık öyküsünün bulunduğu saptanmıştır (Alsheridah ve Akhtar, 2018).

Ülseratif Kolit: Ülseratif kolit, kolon ve rektum mukozasını tutan spesifik olmayan bir hastalıktır. Displazi ve kanser bu hastalığın en ciddi sonucudur. Hastalığın asemptomatik olması durumunda bile kanser oluşumu gözlenebilmektedir. Hastalığın süresi, başlangıç yaşı ve kolon tutulumu neoplazi süreci için birincil belirleyiciler olarak kabul edilmektedir. Ülseratif koliti olan bireylerde kanser gelişme riski, hastalığın 5-10 yılları arasında %0-3 iken, hastalığın başlangıcından 40 yıl sonra bu oran %75'e kadar yükselmektedir (Macrae, 2021).

Crohn Hastalığı: Crohn hastalığı, gastrointestinal sistemin herhangi bir segmentini etkileyebilmektedir. Tüm vakaların %15' inde etkilenen alan kolonla sınırlı kalmaktadır. Crohn hastalığı olan genç hastalarda, önemli ölçüde KRK görülme riski olduğu belirtilmektedir (Carchman, 2019). Japonya'da 3454 hasta ile yapılan bir araştırmada, Crohn hastalığı ile ilişkili KRK insidansının her yıl arttığı ve kanserin en sık kolonun sol tarafında, özellikle rektum ve anal kanalda geliştiği belirtilmektedir (Higashi, vd., 2016).

Kistik Fibrozis: Kistik fibrozisi olan bireylerde KRK, normal popülasyona göre 20-30 yıl kadar daha genç yaşta görülmektedir (Hadjiliadis, vd., 2018). Kistik fibrozis hastalarında KRK gelişme riskini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada gastrointestinal kanser riskinin kistik fibrozis hastalarında daha yüksek olduğu saptanmıştır (Yamada, vd., 2018).

g. Diabetes Mellitus: Tip II diyabeti olan bireylerde KRK gelişme riski daha yüksektir. Tip II diyabet ve kolon kanseri için ortak risk faktörleri (fazla kilo ve fiziksel

inaktivite) olsa da yalnızca tip II diyabetin de KRK riskini arttırdığı belirtilmektedir (ACS, 2020b). Overbeek ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında Tip II diyabeti olan bireylerde KRK gelişme riskinin 1.3 kat daha fazla olduğu saptanmıştır.

2.1.2.2. Değiştirilebilen Risk Faktörleri

a. Obezite: Obezite, KRK gelişme riski ile doğrudan ilişkilidir. Ayrıca, bu riskin erkeklerde kadınlara oranla daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (ACS, 2020b). Literatürde bel çevresi, bel kalça oranı, beden kitle indeksi ile KRK gelişme riskinin bağlantılı olduğu belirtilmektedir (Shaw, vd., 2018). Yapılan bir meta-analiz çalışmasında, KRK riskinin bel çevresi fazla olan bireylerde 1,42 kat, bel-kalça oranı fazla olan bireylerde 1,39 kat arttığı belirtilmiştir (Dong, vd., 2017).

b. Diyet: Hayvansal yağdan ve kırmızı etten zengin, yüksek kalorili, liften fakir diyetle beslenen bireylerde KRK görülme riski artmaktadır (Macrae, 2021). Bol posalı bitkisel liflerin tüketilmesi, besinlerin içeriğindeki kanserojen maddelerin kolon mukozasına temas süresini kısaltmaktadır. Aynı zamanda dışkı hacmini artırarak zararlı maddelerin seyrelmesine katkı sağlamaktadır. İşlenmiş kırmızı et tüketilmesinin işlenmemiş kırmızı et tüketimine kıyasla KRK riskini daha fazla arttırdığı belirtilmektedir (Zeng, vd., 2019; ACS, 2020b). Bu nedenle özellikle işlenmiş kırmızı ve yağı yüksek et tüketiminin sınırlandırılması önerilmektedir. Ayrıca etleri pişirme ısısının yüksek olmasının da riski arttırdığı belirtilmekle birlikte bu riskin ne kadar olduğu net olarak ifade edilmemektedir (Thanikachalam ve Khan, 2019; ACS, 2020b).

c. Alkol Kullanımı: Alkol tüketiminin kadınlar için günde bir kadeh, erkekler için günde iki kadeh ile sınırlandırılması KRK gelişim riskini azaltmaktadır (ACS, 2020b). Bagnardi ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında KRK gelişme riskinin; günde 2-3 kadeh içenlerde yaklaşık %20, 3 kadehten fazla tüketenlerde yaklaşık %40 daha fazla olduğu belirtilmektedir.

d. Sigara Kullanımı: Tüm kanserlerde olduğu gibi sigara kullanımı KRK görülme riskini arttırmaktadır (ACS, 2020b). Sigara kolonda prekanseröz poliplerin gelişmesine ve mutasyonlara neden olarak KRK oluşumuna neden olmaktadır (Gu, vd., 2018). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir kohort çalışmasında KRK görülme riskinin, sigara içenlerde hiç içmeyenlere göre 1,28 kat fazla olduğu saptanmıştır (Hurley, vd, 2013).

e. Fiziksel İnaktivite: Fiziksel inaktivite KRK için önemli bir risk faktörüdür. Orta yoğunlukta yapılan egzersiz, kansere bağlı yorgunluğu etkili bir şekilde azaltmakta ve KRK tanılı hastalarının yaşam kalitesini iyileştirmektedir. Ayrıca egzersiz, hastaların yaşadığı sosyal destek düzeyini de iyileştirmektedir (Bray, vd., 2018; Dun vd., 2020).

2.1.3. Kolorektal Kanser Belirti ve Bulguları

KRK, tümör küçük olduğunda ve ilk ortaya çıktığında çoğunlukla semptomlara neden olmamaktadır. Tümör büyüdükçe, gelişen belirtiler tümörün bulunduğu bölgeye göre farklılık göstermektedir. En sık görülen belirtiler; rektal kanama, kan kaybına bağlı yorgunluk, mukuslu dışkı, karın ağrısı, dışkılamadan sonra bağırsaklarda tam boşalmamış hissi ve bağırsak alışkanlıklarında değişimdir. Tümörün çok büyük olması durumunda ise obstrüksiyon gelişmektedir. Obstrüksiyona bağlı olarak da aşırı gaz, karın ağrısı ve kusma gibi semptomlar görülmektedir (Nair ve Peate, 2020). Bunun yanı sıra hastalık ilerledikçe iştah azalması, kilo kaybı, batin içinde ele gelen sertlik ve şişkinlik şikâyetleri gözlenmektedir (Yıldızeli Topçu, 2019).

2.1.4. Kolorektal Kanser Tanı Yöntemleri

KRK’da tanı yöntemleri morbidite ve mortalite oranlarının düşmesinde en etkili yöntemlerdendir (Helsingen, vd., 2019). En sık yapılan tanı yöntemleri;

Gaitada Gizli Kan Testi (GGKT) : GGKT gaitada gözle fark edilmeyecek kadar küçük gizli kanın varlığını tespit etmek amacıyla yapılmaktadır. GGKT sonucunun pozitif olması, gastrointestinal sistemden anormal derecede fazla miktarda kanın kaybedildiğini göstermekte ve bireylere mutlaka kolonoskopi yapılması önerilmektedir (TTOD, 2021).

GGKT test sonucunun hatalı olmaması için kullanılan antijenlerin, gıdalarla alınan hayvan kaynaklı hemoglobinlerle reaksiyona girmemesine dikkat edilmelidir. Ayrıca kullanılan ilaçlar konusunda da dikkatli olunmalıdır. Yalancı pozitifliği önlemek için test öncesinde üç gün boyunca kırmızı et, kavun, şalgam, karnabahar, turp, brokoli, salatalık, havuç, portakal ve mandalina gibi besinler tüketilmemelidir. Testten önceki yedi günde non-steroid anti-inflamatuar ilaçlar, naproksen, ibuprofen, veya 325 mg’dan yüksek Aspirin içeren ilaçlar ve alkol kullanılmamalıdır (ACS, 2020c). Demir veya 250 mg’dan yüksek C vitamini içeren ilaçların da test öncesi üç gün süresince kullanılmaması önerilmektedir. Parasetamol veya asetaminofen içeren

ilaçlar da sadece gerekli olduğu durumlarda kullanılmalıdır (TKBD, 2021).

Fleksibl Sigmoidoskopi: Kolon ve rektumun yaklaşık son 60-70 cm'lik bölümünün ucunda ışık ve kameranın olduğu bükülebilir bir endoskop ile incelenmesi işlemidir (TKRCD, 2021a). Bu işlem süresince gerekli olduğu durumlarda dokudan biyopsi de alınabilmektedir. Fakat cihazın uzunluğunun yetersiz olması sebebiyle tüm kolonu değerlendirmek mümkün olmamaktadır. İşlem öncesi diyet düzenlemesine gerek yoktur; ancak uzun süreli antikoagülan kullanımı ve kanama pıhtılaşma bozukluğu durumunda dikkatli olunmalıdır. İşlemden bir iki saat önce bireye lavman uygulanarak bağırsak boşaltılmalıdır (ACS, 2020c). Bu işlem yaklaşık 10 dakika sürmekle birlikte biyopsi alınması durumunda süreç uzayabilmektedir. Fleksible sigmoidoskopi testi sonucunda polip ya da lezyon tespit edilmesi durumunda hastalara kolonoskopi yaptırılması önerilmektedir (TKRCD, 2021a). Bu test, Amerika Birleşik Devletleri'nde KRK için bir tarama aracı olarak yaygın kullanılmamaktadır (ACS, 2020b). Ülkemizde de tarama programları arasında yer almamaktadır (SB, 2021).

Kolonoskopi: Tüm kolon ve rektumun, ucunda ışık ve kamera bulunan, bükülebilen tıbbi bir cihaz olan kolonoskop ile direkt görüntülenmesi işlemidir. Kolonoskopi, tanı ve tedavi amacıyla kullanılabilir. Ayrıca bir cm'den küçük polipleri belirleyebilecek kadar duyarlı olup kolon lezyonlarını tanılamada da kullanılan güvenilir bir yöntemdir (ACS, 2020c).

Kolonoskopi, gününbirlik yapılabilen bir işlemidir. İşlem öncesinde katı ve lifli yiyecekler yenilmemesi, bol sıvı tüketilmesi, laksatifin doktor önerisine göre uygulanması gerekmektedir (TKRCD, 2021b). Hastalar işlem sırası ve sonrasında rektal kanama, abdominal kramp ve perforasyon belirtileri açısından izlenmelidir. Kolonoskopi yönteminin en büyük avantajı KRK'nın saptanması için kesin tanı yöntemi olması ve işlem sırasında tanı ve tedavi şansını sağlamasıdır. Dezavantajı ise; sedasyon gerektirmesi, perforasyon, kanama ve enfeksiyon gibi risklerinin olması ve özel donanım ve eğitimli personel gerektirmesidir (Wolf vd., 2018; Totur Dikmen, 2019; TKRCD, 2021b).

Fekal İmmunohistokimyasal Test (FIT): FIT, insan hemoglobinine uygun antikorlar kullanılarak, dışkıdaki gözle görülemeyecek kadar az miktarda bulunan kanı tespit edebilen bir testtir (Atalay, vd., 2018). FIT uygulaması kolay, invaziv girişimin olmadığı güvenilir bir yöntemdir. Vitaminler ve gıdalar testi etkilemediği için FIT

uygulanmadan önce herhangi bir ilaç veya diyet kısıtlamasına gereksinim yoktur. Bu test ayrıca mide gibi sindirim sisteminin üst kısımlarından gelen kanamalara daha az duyarlıdır (ACS, 2020c).

BT Kolonografi: Anüsten ince bir sonda ucu yerleştirilerek kalın bağırsağın şişirilmesi ve bilgisayarlı tomografi ile iki ya da üç boyutlu görüntüler elde edilmesiyle kolon ve rektumu ayrıntılı görüntülemeye olanak sağlayan bir yöntemdir. Bu test, kolonoskopi gibi daha invaziv bir testi yaptırmak istemeyen bireyler için faydalı olabilmektedir.(TKRCD, 2021c) Oldukça hızlı bir şekilde yapılabilmekte, ancak kolonoskopi ile aynı şekilde bağırsak hazırlığı gerektirmektedir. Bu testte polipler veya diğer şüpheli alanlar görülürse, bunları çıkarmak veya bölgeyi tam olarak görüntülemek için sonrasında kolonoskopi yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır (ACS, 2020c).

Dışkı DNA testi: Dışkıda kan ve KRK hücrelerine ait DNA örneklerinin tespit edilerek kanser varlığını anlamaya olanak veren bir testtir (Wolf, vd., 2018). Bu testin her üç yılda bir yapılması önerilmektedir. Bireyler bu testi kendi evlerinde de uygulayabilmektedir. Testi almadan önce herhangi bir ilaç veya diyet kısıtlamasına ihtiyaç yoktur. Testin pozitif çıkması durumunda kolonoskopi yapılması önerilmektedir (ACS, 2020c).

Çift Kontrastlı Kolon Grafisi: Bağırsak mukozasının baryumla boyanarak ve sonrasında rektal kataterle kolona hava verilerek floroskopi ile çok sayıda grafinin çekildiği radyolojik görüntüleme işlemidir. İşlem öncesi bağırsak hazırlığı gerekmektedir. İlk muayenede polip saptanmaması durumunda beş yılda bir tekrar grafinin yapılması önerilmektedir (TKRCD, 2021c).

2.1.5. Kolorektal Kanser Evreleme Sistemi

KRK'da ilk patolojik evreleme 1932 yılında Cuthbert Esquire Dukes tarafından yapılmıştır. Bu sınıflandırma sistemi tümörün derinliği, lenf bezi tutulumu ve uzak metastaz bulunması durumuna göre oluşturulmuştur. Dukes sınıflaması 1936 yılında revize edilmiştir (Haq, vd., 2009) (Tablo 2.1).

Tablo 2.1. 1936 Dukes Evrelemesi

Evre A	Tümör kolon duvarında sınırlı, muskularis propriayı aşmamış
Evre B	Tümör tüm kolon duvarını tutup muskularis propriayı aşmış, kolonda serozayı invaze etmiştir. Lenf bezi tutulumu yok.
Evre C1	Lenf bezlerinde metastaz yok
Evre C2	Mezenterik kan damarları etrafındaki lenf bezlerinde metastaz mevcut

Astler ve Coller tarafından 1954 yılında bir evreleme sistemi daha oluşturulmuştur. Bu sınıflandırma, Dukes evrelemesine benzemekle birlikte, bazı farklılıkları da içermektedir. En önemli farklılık, derinlikleri farklı olan tümörlerde lenf düğümü tutulumunun değerlendirilmesidir (Li Destri, vd., 2001). (Tablo 2.2).

Tablo 2.2. Modifiye Dukes (Astler- Coller) Evrelemesi

Dukes A	Tümör mukozaya sınırlıdır
Dukes B1	Muskularis propria tutulmuştur.
Dukes B2	Seroza veya perirektal yağ dokusu tutulmuştur.
Dukes C1	B1+lenf bezi tutulumu.
Dukes C2	B2+lenf bezi tutulumu.
Dukes D	Uzak metastaz

Günümüzde en sık kullanılan evreleme sistemi Amerikan Ortak Kanser Komitesi (AJCC) ve Uluslararası Kansere Savaş Birliği (UICC) tarafından önerilen tümör, lenf nodu, metastaz (TNM) evreleme sistemidir (Weiser, 2018).

Belirli aralıklarla güncellenen bu evreleme sistemi Aralık 2017 yılında tekrar güncellenerek TNM evrelemesi AJCC 8. uyarlaması olarak yayınlanmıştır (Dursun ve Paşaoğlu 2018; Weiser, 2018; Pei, vd., 2019) (Tablo 2.3). KKR'da evreleme tümörün bağırsak lümenindeki penetrasyon derinliğine (T evresi), lenf nodu tutulumunun yaygınlığına (N evresi) ve uzak metastaz varlığı ya da yokluğuna (M evresi) göre değerlendirilir. TNM sınıflaması, ameliyat öncesi elde edilen klinik bilgileri, cerrahi girişim sırasında alınan verileri ve spesmenin histolojik olarak incelenmesinden sonraki elde edilen bilgileri birleştirmektedir (Dursun ve Paşaoğlu 2018; Weiser, 2018).

Tablo 2.3. TNM Evrelemesi

	Açıklaması
Primer Tümör (T)	
TX	Primer tümör değerlendirilemedi
T0	Primer tümör izlenmedi
TİS	Karsinoma insitu (intramukozal karsinom; lamina propria veya tam kat geçmeksizin muskularis mukoza invazyonu)
T1	Submukoza invazyonu yapmış tümör
T2	Muskularis propriya invazyonu yapmış tümör
T3	Tümör muskularis propriayı geçerek perikolorektal yağlı doku invazyonu yapıyor
T4	Tümör visseral periton veya komşu organ veya yapılara yapışık veya invazyon yapıyor
T4a	Tümör visseral periton invazyonu yapıyor (tümör makroskopik perforasyon yapıyor ve inflamasyonla birlikte direkt tümör invazyonu)
T4b	Tümör direkt olarak komşu organ veya yapılara yapışık veya invaze ediyor
Bölgesel Lenf Nodları (N)	
NX	Değerlendirilemedi
N0	Lenf nodu metastazı yok
N1	1-3 bölgesel lenf nodunda metastaz var (lenf nodu içindeki tümör ≥ 0.2 mm) veya tüm lenf nodlarının negatifliği halinde herhangi sayıda tümör depoziti varlığı
N1a	1 bölgesel lenf nodu pozitif
N1b	2-3 lenf nodu pozitif
N1c	Pozitif lenf nodu yok, ancak aşağıdaki alanlarda tümör depoziti var • Subseroza • Mezenter • Veya peritonla kaplı olmayan perikolik veya perirektal/mezorektal dokular
N2	≥ 4 bölgesel lenf nodunda metastaz var
N2a	4-6 lenf nodu pozitif
N2b	7 ve üzeri lenf nodu pozitif
Uzak Metastaz	
M0	Görüntüleme yöntemleri ile uzak metastaz yok; örn. Uzak bölge veya organlarda metastaz bulgusu yok (bu kategori patologlar tarafından verilmemelidir)
M1	Bir veya daha fazla bölge veya organda veya peritonda metastaz varlığı
M1a	Peritoneal metastaz olmaksızın bir bölge veya organda metastaz
M1b	Peritoneal metastaz olmaksızın iki veya daha fazla bölge veya organda metastaz
M1c	Tek başına veya uzak organ metastazı ile birlikte periton metastazı

T: Tümör, N: Lenf nodu tutulumu, M: Uzak organ metastazı, TNM: Tümör-Nod-Metastaz (Dursun ve Paşaoğlu, 2018)

2.1.6. Kolorektal Kanser Tarama Programları

KRK taramaları ile, kanser hücrelerine dönüşmemiş polipleri ve lokalize kanserleri erken dönemde saptamak ve tedavi sürecine erken başlamak mümkündür (Helsingen, vd., 2019; Davis, vd., 2020). Tarama testleri Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM), Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM), ve Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) yapılmaktadır (SB, 2021). Sağlık Bakanlığı tarafından standart risk grubundaki 50-70 yaş aralığındaki bireyler tarama programına dâhil edilmektedir (SB, 2021) (Tablo 2.4).

Tablo 2.4. Türkiye Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları

Türkiye Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları	
	50-70 yaş arası standart risk grubundaki bireyler 40 yaş üstü riskli bireyler
Kolonoskopi	10 yılda bir
Gaitada Gizli Kan Testi*	2 yılda bir

Bazı yüksek riskli durumlarda bireylerin tarama testlerine daha erken yaşlarda başlaması ve tarama programlarına daha sık katılması gerekmektedir. Bu riskli durumlar;

- Daha önce KRK tanısı alanlar veya adenomatöz polipi olan bireyler
- Ailesinde polipi veya KRK öyküsü olanlar (1. derece akrabalarından baba, anne, kardeş veya çocuklardan herhangi birinde 60 yaşından önce veya 2. derece akrabalarından ikisinde herhangi bir yaşta polip veya KRK olması)
- Bireyde kronik inflamatuvar barsak hastalığı öyküsü varlığı (Ülseratif Kolit, Crohn Hastalığı)
- Ailede hereditör nonpoliposis veya adenomatöz poliposis gibi genetik KRK öyküsünün varlığı (SB, 2021; TTOD, 2021).

Amerikan Kanser Birliği (ACS), KRK riski olan 45 yaş ve üstü yetişkinlerin, hasta tercihin ve testin uygunluğuna bağlı olarak, yüksek hassasiyetli dışkı bazlı test veya yapısal (görsel) muayene ile düzenli olarak taramadan geçmelerini önermektedir (Wolf vd., 2018) (Tablo 2.5). KRK taramaları için bazı öneriler mevcuttur. Bu öneriler:

- 45 yaşından itibaren bireylerin taramaya başlaması önerilmektedir.
- ACS, ortalama riskli, sağlığı iyi olan ve yaşam beklentisi 10 yıldan fazla olan yetişkinlerin, 75 yaşına kadar KRK taramasına devam etmelerini önermektedir
- ACS, 76 ile 85 yaş arasındaki bireylerin için KRK tarama kararlarını hasta tercihlerine, sağlık durumuna, yaşam beklentisine ve tarama geçmişine göre bireyselleştirmesini önermektedir.

- ACS, 85 yaşın üzerindeki bireylerin KRK taramasına son vermesini tavsiye etmektedir (Wolf vd., 2018; ACS, 2020d).

Tablo 2.5. Amerikan Kanser Birliği KRK Tarama Önerileri

Amerikan Kanser Birliği KRK Tarama Önerileri	
	45 yaş üstü standart risk grubundaki bireyler
Kolonoskopi	10 yılda bir
Bilgisayarlı tomografi ile kolonografi*	5 yılda bir
Sigmoidoskopi*	5 yılda bir
Çift kontrast baryumlu lawman*	5 yılda bir
Fekal immünokimyasal test*	Her yıl
Guaiac tabanlı gaitada gizli kan testi*	Her yıl
Fekal DNA testi*	3 yılda bir

* Pozitiflik durumunda kolonoskopi yapılması önerilir

Amerikan Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı (National Comprehensive Cancer Network (NCCN)) 2010 yılında KRK tarama programını düzenlemiştir (Burt, vd., 2010). Bu programda, 10 yılda bir kolonoskopi ya da her yıl GGKT veya 5 yılda bir sigmoidoskopi ± her yıl GGKT önerilmektedir. Çift kontrastlı kolon grafisi ise sadece, kolonoskopi uygulanmadığında ve BT kolonografi ve GGKT ile tarama düşünülmediği durumlarda uygulanması önerilmiştir (Kara ve Tanoğlu, 2013; Eti Aslan ve Karadağ Arlı, 2017) (Tablo 2.6).

Tablo 2.6. Amerikan Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı KRK Tarama Önerileri

Amerikan Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı KRK Tarama Önerileri	
50 yaş üstü bireyler	
Adenomatöz Polip veya Kanser Belirleme Testleri	Öncelikle Kanser Belirleme Testleri
5 yılda bir fleksible sigmoidoskopi veya 10 yılda bir kolonoskopi 5 yılda bir çift kontrastlı kolon grafisi veya 5 yılda bir BT kolonografi	Her yıl GGKT ya da Her yıl gaita immünokimyasal test Gaita DNA testi (test aralığı belirsiz)

2.1.7. Kolorektal Kanser Tedavi Yöntemleri

Tedavi hastalığın evresi belirlendikten sonra seçilmektedir (Çavdar, 2019).

Cerrahi tedavi: Cerrahi tedavinin amacı, kan damarlarını içeren normal bağırsak dokusunun proksimal ve distal marjini ile beraber tümörün çıkarılmasıdır. KRK'nın tedavisinde tümör, komşu kolon ve bölgesel lenf nodlarının cerrahi rezeksiyonu tercih edilmektedir (Flag, 2016; Nair ve Peate, 2020). Cerrahi tedavi seçeneği, endoskopi sırasında yapılan lazer fotokoagülasyon ile tümörün yok edilmesinden, kalıcı kolostomi ile abdominoperineal rezeksiyona kadar değişen kapsam ve büyüklükte olabilmektedir. Mümkünse anal sfinkter korunmakta ve kolostomiden kaçınılmaktadır. Rektum tümörleri genellikle abdominoperineal rezeksiyonla tedavi edilmekte ve sigmoid kolon, rektum ve anüs hem abdominal hem de perineal insizyonlarla çıkarılmaktadır. Dışkı eliminasyonu için ise kalıcı sigmoid kolostomi işlemi uygulanmaktadır (Yıldızeli Topçu, 2019; Nair ve Peate, 2020).

Cerrahi tedavide kullanılan diğer yöntemler:

- Segmental rezeksiyon yapılması ve anastomozun sağlanması
- Abdominoperineal rezeksiyon ile beraber kalıcı sigmoid kolostomi yapılması,
- Segmental rezeksiyon ile birlikte anastomoz ve geçici kolostomi uygulaması, daha sonra geçici kolostomi ve sonrasında tekrar anastomoz yapılması
- Rezeksiyon işlemi yapılamayacak kadar tıkanıklık oluşturan tümörlerde palyatif amacıyla kalıcı kolostomi ya da ileostomi yapılması
- İki aşamada yapılabilen koloanal rezervuar oluşturulması gibi cerrahi uygulamalarıdır (Çavdar, 2019).

Adjuvan Tedavi: Tümörün cerrahi eksizyonundan sonra destek tedavisi ya da adjuvan terapi (kemoterapi, radyoterapi ve immünoterapi) uygulanmaktadır (Nair ve Peate, 2020). Radyoterapi, küratif ya da palyatif amaçlı olarak ameliyat edilemeyecek ve tümörün eksize edilemeyeceği hastalarda yaygın olarak kullanılmaktadır. (Tam ve Wu, 2019). Tümörün küçülmesi, daha iyi sonuçlar elde edilmesi ve tekrarının önlenmesi amacıyla cerrahi öncesi, sırası ve sonrasında kemoterapi uygulanabilmektedir (ACS, 2020e). Kemoterapinin, kanser hücrelerini radyasyona karşı daha duyarlı hale getirmesi nedeniyle radyasyon tedavisi genellikle, 5FU(flourourasil) kemoterapi ile aynı zamanda uygulanmaktadır (Yıldızeli Topçu,

2019; Nair ve Peate, 2020). İmmünoterapi, tümörün yok edilmesi amacıyla bağışıklık sistemini kullanan tedavi yöntemlerinden biridir. İmmünoterapi yaklaşımının özellikle metastatik KRK tedavisinde etkili olmadığı, adjuvan tedavi uygulamasında standart tedaviye ek olarak uygulandığında yararlı olabileceği görüşü savunulmaktadır. Ayrıca sağladığı katkının yeterli olmaması ve yan etkileri sebebiyle çok fazla tercih edilmemektedir (Çokmert, 2016).

2.1.8. Kolorektal Kanseri ve Hemşirelik Bakımı

Ameliyat öncesi dönem; hastaya cerrahi girişim uygulanmasına karar verildiği an başlamakta ve hasta ameliyathaneye alınıncaya kadar devam etmektedir. Ameliyat öncesi bakım, hastaların bireysel gereksinimleri doğrultusunda belirlenen fizyolojik ve psikolojik hazırlıklardan oluşmaktadır (Yavuz Van Giersbergen, 2015). KRK cerrahisi geçiren hastalarda ameliyat öncesi bakım; öykü alma, fizik muayenesi, yaşam bulguları kontrolü, risk faktörlerinin tanınması, beslenmenin düzenlenmesi, kilo kaybının değerlendirilmesi, aldığı çıkardığı kontrolü, bağırsak hazırlığı, psikolojik olarak hastaları cerrahi girişime hazırlama, ameliyat süreci hakkında bilgilendirme, hasta eğitimi, yazılı ve sözlü onam alma gibi aşamalarından oluşmaktadır (Kanan, 2017; Dağıstanlı, vd., 2018).

Ameliyat sonrası dönem; hastanın ameliyathaneye alınması ile başlar ve anestezi sonrası bakım ünitesi /ayılma ünitesi veya yoğun bakım ünitesine nakledilmesiyle sonlanır. Ameliyat sonrası dönemde hemşirelik bakımı; fizyolojik izlem, hastanın ve ortamın güvenliğini sağlama ve psikolojik destek sağlama ile gerçekleştirilmektedir (Kanan, 2017)

Ameliyat sonrası dönem; ameliyatın bitmesi ile başlamakta ve hastanın taburcu oluncaya kadar devam eden dönemini kapsamaktadır (Akyolcu, 2017). Ameliyat sonrası hemşirelik bakımı; sıvı elektrolit dengesinin sağlanması, solunum sistemi fonksiyonunun devamlılığının sağlanması, nörovasküler durumun değerlendirilmesi, yeterli ve dengeli beslenmesinin sürdürülmesi, boşaltım işlevinin uygun biçimde devam ettirilmesi, ağrı yönetimi, yara iyileşmesinin sağlanması, komplikasyonların önlenmesi, enfeksiyon kontrolü, hareket ve egzersizlerin erken dönemde başlatılması ve psikolojik destek aşamalarını kapsamaktadır (Kanan, 2017).

2.2. Kaderecilik Kavramı

Kaderecilik, insanların hayatlarında karşılaştıkları veya karşılaşıacakları bütün

olayların doğaüstü güç (Tanrı gibi) tarafından belirlenmesi olarak açıklanmaktadır (Powe, 1995). Ayrıca insanların güç ve çabalarıyla değiştirilemeyen ve yaşanacak bütün olayların kaçınılmaz olduğu inancı olarak da tanımlanmaktadır (Çapık ve Aydın, 2019). Dolayısıyla, kaderci düşünce, insanların kendi hayatlarını kontrol edemeyecekleri, hiçbir şeyi değiştiremeyecekleri ve seçim yapma şanslarının olmadığı inancını da içermektedir (Kaya ve Bozkur, 2017; Zardanjani, vd., 2019; Bobov ve Çapık, 2020).

Kadercilik, antik çağlardan günümüze kadar mitoloji, psikoloji, felsefe, ilahiyat, sosyoloji ve antropoloji gibi birçok alanda incelenmiştir (Kaya ve Bozkur, 2017; Kuh ve Erdem, 2019). Kadercilik sağlık alanında da, yıllardır kronik hastalıklar bağlamında incelenmiştir. Sağlıkla ilgili literatürde; bireylerin sağlıklı yaşam biçimini sürdürme, kanserde erken tanı, diyabet ve Human Immunodeficiency Virus (HIV) ve Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) gibi hastalıklardan korunma davranışlarında kaderciliğin etkileri ele alınmıştır (Vrinten, vd., 2016; Köten, 2021). Kaderci inanışa sahip bireyler hastalıklarını veya sağlıklarını ilahi güce veya kadere bağlayıp kendiliğinden başlayan bir eylem olarak değerlendirmektedir (Powe, 1995). Dolayısıyla kaderci inançlar davranış değişikliklerine ve sağlığa zararlı olan davranışlara yol açabilmektedir. Yapılan çalışmalarda kadercilik eğiliminin yüksek olmasının; AIDS gibi hastalıkla ilgili önlem ve bilgi almayı azalttığı, depresyon veya trafikte risk almayı arttırdığı ve önlem almayı azalttığı belirtilmektedir (Aydın, 2017; Köten, 2021).

Kadercilik; hastalık durumunda insanların tutumlarını, inançlarını, niyetlerini ve davranışlarını etkileyebilmektedir. Kadercilik inancına göre bireylerin düşünce ve davranışları olayların gerçekleşmesi üzerinde herhangi bir etkiye sahip değildir (Köten, 2021). Dolayısıyla kadercilik eğilimine sahip olmanın hasta olmamak için önlem alma, bilgi arama ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği düşünülmektedir (Kuh ve Erdem, 2019). Bu nedenle, kadercilik hastalığın ortaya çıkmasına veya ilerlemesine neden olabilecek bir etken olarak değerlendirilmektedir (Köten, 2021). Kadercilik ve sağlık davranışları arasındaki ilişkiyi inceleyen bir meta-analiz çalışmasında (Cohn, vd., 2015) daha kaderci inanışa sahip bireylerde sağlığı tehdit edici davranışlar daha fazla gözlenmiştir.

Kanser kaderciliği, kanser gelişiminin insan kontrolünün ötesinde olduğu ve kanser teşhisi konulduğunda ölümün kaçınılmaz olduğu inancıdır (Çapık ve Aydın,

2019). Kanser kaderciliği, karamsarlık (örneğin, "her şey kansere neden oluyormuş gibi görünüyor"), çaresizlik (örneğin, "kansere yakalanma şansınızı azaltmak için yapabileceğiniz pek bir şey yok") ve kafa karışıklığı (örneğin, "Kanseri önleme konusunda çok farklı tavsiyeler var, hangilerini izleyeceğinizi bilmek zor") gibi duygularını kapsayan çok boyutlu bir kavramdır (Guo, vd., 2021). Bu nedenle bu kavramın detaylı ele alınması ve tüm boyutlarının yakın takip edilmesi gerekmektedir.

Kanser kaderciliği, sağlık davranışlarını dolaylı olarak etkileyebilecek içsel bir inançtır. Bireylerin kanser algıları, aileleri veya çevrelerinde sık görülen bir kanser teşhisi ve ölüm döngüsüne tanık olma durumuyla şekillenmektedir. Ayrıca bu bireyler hem kanser teşhisinden daha fazla korkabilmekte hem de kanserin erken teşhisinin değeri konusunda daha şüpheci olabilmektedirler (Guo, vd., 2021). Bu nedenle kanser taramalarına katılma ve kanseri önleme çabalarını önemsiz görebilmektedirler (Moreno, vd., 2019; Keller, vd., 2021). Powe'ye göre kanser taramalarına katılmayan bireyler, kanserin gelişimini Tanrının iradesini yansıtan bir olay olarak görmeleri nedeniyle hastalıkları önleyici davranışlarda bulunmamaktadır (Powe, 1995). Çalışmalar yüksek kanser kadercilik düzeyinin, KRK da dahil olmak üzere tüm kanser türleri için taramaya katılımın yetersiz olmasına neden olduğunu bildirmektedir (Clarke, vd., 2021; Cohen, vd., 2021). Çünkü kadercilik bireylerin, kanser hakkında bilgi aramasına, tarama programlarına katılmasına, egzersiz yapma ve sağlıklı beslenme gibi kanseri önleyici davranışlarda bulunmasına önleyici olmaktadır (Xie vd., 2020). Ayrıca kaderci inanışların alkol ve sigara tüketme davranışları üzerinde de etkili olduğu bildirilmektedir (Kaya ve Bozkur, 2015; Şimşekoğlu ve Nordfjærn, 2017). Kim ve Lwin (2021)'in çalışmasında da kanser kaderciliğinin, meyve ve sebze alımı, düzenli egzersiz yapma, sigaradan kaçınma ve güneş kremi kullanma üzerinde etkili olduğu belirtilmiştir. Kobayashi ve Smith (2016), Amerika Birleşik Devletleri popülasyonunda her şeyin kansere neden olduğu yönünde yaygın bir algı olduğunu, katılımcıların üçte birinin kanserin önlenabilir olduğuna inanmadığını ve yarısından fazlasının kanseri ölümle ilişkilendirdiğini ifade etmektedir. Dolayısıyla, bireylerin kanser hakkındaki inanışları, onların kanserle ve kansere bağlı sorunlarla başa çıkma şeklini etkilemektedir. Bu nedenle kaderci inanışlara sahip olan bireylerin daha ileri evrede kanser tanısı aldığı ve mortalite oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Xie vd., 2020). Bu bilgiler doğrultusunda kadercilik, kanseri önleme ve erken tanı için potansiyel bir engel olarak görülmektedir (Kobayashi ve Smith 2016;

Kaya ve Bozkur, 2015; Selvi ve Kaya, 2021).

2.3. Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı, ilk olarak 1974'te ortaya atılmış bir kavram olmasına rağmen, 1997'ye kadar sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin temel bir unsuru olarak görülmemiştir (Fernandez- Gutierrez, vd., 2018). Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkları ile ilgili doğru kararları vermek amacıyla gerekli temel sağlık bilgilerini edinme, işleme ve anlama kapasitesidir (Durand, vd., 2021). DSÖ ise sağlık okuryazarlığını, bireylerin bilgiye erişimi, bilgiyi anlaması ve kullanması sürecindeki motivasyonunu ve yeteneğini belirlemeye katkı sağlayan sosyal ve bilişsel becerileri olarak ifade etmektedir (Fernandez- -Gutierrez vd., 2018; Şahinöz, vd., 2018).

Sağlık okuryazarlığı genel okuryazarlık ile ilişkili bir kavramdır. Genel okuryazarlık düzeyi insanların sadece bireysel ve kültürel gelişimini sınırlamakla kalmaz, aynı zamanda sağlık okuryazarlığını da etkileyerek bireylerin sağlığını doğrudan etkiler (Koboyashi ve Smith, 2016; Şahinöz, vd., 2018; Fleary, vd., 2019). Çünkü sağlık okuryazarlığı sağlığı koruma, sağlık eğitimi alma ve iletişim gibi birçok sonucu etkileyen geniş bir kavramdır. Yeterli sağlık okuryazarlığı özellikle sağlıkta hakkaniyete ulaşmak için önemli bir zorunluluktur (Aras ve Temel, 2017; Davis, vd., 2020).

Sağlık okuryazarlığı; eleştirel düşünme, bilgi arama, doğru karar verme ve iletişim becerilerini kullanma, analiz yapma ve bu bilgi becerileri sağlık çerçevesinde kullanabilmeyi içermektedir (Şahinöz vd., 2018; Durand, vd., 2021). Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı sağlık ile ilgili broşürleri okuyabilme ve sağlık personelinin önerilerini yapabilme becerisinden daha fazlasını kapsamaktadır. Sınırlı sağlık okuryazarlığının olması bireyleri; hem yazılı hem de sözlü bilgileri anlamasını ve karmaşık tedavi seçenekleriyle karşı karşıya kaldıklarında karar vermelerini zorlaştırmaktadır (Humphrys, vd., 2019). Sağlık okuryazarlığı bu nedenle sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi, hastaların güçlendirilmesi ve genel sağlık bakımı eşitsizliklerinin azaltılması için kilit noktadır (Aras ve Temel, 2017; Fernandez- Gutierrez vd., 2018; Şahinöz vd., 2018; Davis vd., 2020). Çünkü sağlık okuryazarlığı, hastaların sağlık hizmetleri bilgilerine nasıl eriştiğini, anladığını, değerlendirdiğini ve kullandığını gösteren bir köprüdür (Humphrys, vd., 2019). Sınırlı sağlık okuryazarlığı ve düşük sosyoekonomik durum, hastalığın ciddiyetinin algılanması ve sağlık için

gerekli tıbbi testlerden kaçınma davranışları ile de ilişkilendirilmektedir (Rahimian Boogar, vd., 2018). Dolayısıyla bu durum özellikle tedaviye uyum sağlayamamaya, ilaç kullanımında zorlanmaya, koruyucu sağlık müdahalelerinden daha az yararlanmaya ve olumsuz sağlık sonuçlarına neden olmaktadır (Şahinöz, vd., 2018; Sørensen, vd., 2020; Durand, vd., 2021).

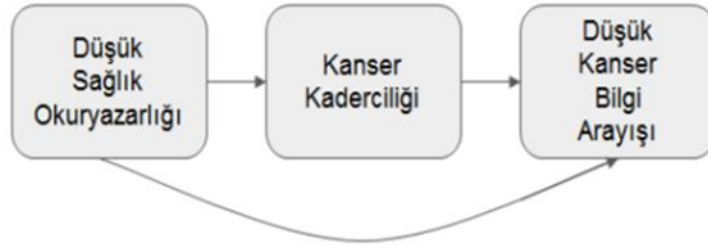
Sağlık okuryazarlığı düzeyi; bireysel becerilerden, eğitim ve sağlık sisteminden, iş, aile ve toplumdaki kültürel ve sosyal faktörlerden etkilenmektedir (Aras ve Temel, 2019; Erdoğan, vd., 2020). Sağlık sistemlerinin karmaşık yapısı, yüksek eğitilmiş bireyleri bile bu nedenlerden dolayı sistem içerisinde savunmasız bırakabilmektedir (Humphrys, vd., 2019; Samoil, vd., 2021). Özellikle onkoloji gibi giderek daha karmaşık gelişmelerin yaşandığı birimlerde, hastalar tanı ve tedavileri hakkındaki bilgileri anlamakta ve uygulamakta zorlanmaktadır. Bu durumda kanserli hastaların karar vermelerini zorlaştırmakta ve sağlık okuryazarlığının önemini ortaya koymaktadır (Samoil, vd., 2021). Çünkü düşük sağlık okuryazarlığı, bir hastalığın yanlış anlaşılmasına, sağlık personeli ile tatmin edici iletişim kurulamamasına, yetersiz tedavi ve bakıma neden olabilmektedir (Kobayashi ve Ishizaki, 2020; Baccolini, vd., 2021). Ayrıca sınırlı sağlık okuryazarlığı, KRK taraması hakkında yetersiz bilgiye sahip olmaya, daha az tarama programlarına katılmaya ve doktor kontrolünden kaçınmaya neden olmaktadır (Woudstra, vd., 2019). Bu nedenle, sınırlı sağlık okuryazarlığı olan bireyler, sağlık kurumlarına zamanında başvurmayıp, erken tanı ve tedavi fırsatını da kaçırmaktadırlar (Şahinöz vd., 2018). Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı kanserin erken tanılanmasını sağlayan tarama programlarına katılma davranışı ile doğrudan bağlantılıdır (Houston, vd., 2021). Düşük sağlık okuryazarlığı olan bireylerde tütün kullanımı, fiziksel hareketsizlik ve düşük meyve ve sebze tüketimi gibi sağlıksız yaşam biçimi davranışları daha fazla görülmektedir (Fleary, vd., 2019). Bu bağlamda sınırlı sağlık okuryazarlığı yaşam kalitesinin düşmesi ile de ilişkilendirilmektedir (Morris vd., 2013; Fleary, vd., 2019; Kugbey, vd., 2019). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan bireylerin ise tarama ile ilgili bilgisi daha yüksek olup taramaya yönelik tutumları da benzer şekilde olumludur. Bunun tam tersi olarak daha düşük sağlık okuryazarlığı bilgi azlığına, artan endişeye ve tarama programlarından kaçınmaya neden olmaktadır (Gabel vd., 2019; Woudstra vd., 2019). Bu durum sadece bireysel değil kurumlar açısından da bazı riskleri ortaya

çıkartmaktadır. Çünkü hastaneye yatış sayılarının ve mortalite oranlarının artması sağlık bakım maliyetlerinin artmasına da neden olmaktadır (Baccolini vd., 2021).

2.4. Kadercilik ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki

Kanser, dünyada ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır (WHO, 2018). Buna rağmen, kanser vakalarının en az üçte birinin sigara içmeme, fiziksel aktiviteye katılma, sağlıklı beslenmeyi sürdürme ve kanser tarama programlarına katılma gibi davranışlarla önlenebileceği bildirilmektedir (Bray, vd., 2018; Fleary vd., 2019). Bu sonuçlar bireylerin sağlığı geliştirici davranışlarının ve kanser tarama programlarına katılımının önemini açıkça ortaya koysa da dünyada ve Türkiye’de kanser tarama programlarına katılım oranları halen istenilen düzeyde değildir (Sohler, vd., 2015; Yılmaz, vd., 2016). Özellikle tarama programı kapsamına giren KRK’ya ait ulusal veriler incelendiğinde, KRK taramalarına katılım oranlarının %20-30 arasında olduğu görülmektedir. Bu nedenle Türkiye’de KRK tanısı alan bireylerin büyük çoğunluğunun ileri evrede teşhis edildiği görülmektedir (SB, 2016). Bireylerin tarama programlarına katılmasına engel olan faktörler arasında bilgi arama davranışı, sağlık okuryazarlığı düzeyi ve kanser kaderciliğinin önemli olduğu gösterilmiştir (Miri vd., 2018)

Sağlık okuryazarlığının kavramsal modeli, sosyobilişsel faktörlerle (bilgi, inanç vs.) ve tarama, kanseri önleyici ve bilgi arama gibi davranışsal sonuçlarla ilişkilendirilen yolları haritalamak için mevcut psikolojik teoriler üzerine inşa edilmiştir (Vrinten, vd., 2016) (Şekil 2.4). Örneğin bazı kültürlerde "kanseri" kelimesi başlı başına bir korku nedenidir ve bunun yerine "büyük C" veya "hastalık" ifadeleri kullanılmaktadır. Bu algının, toplumlarda kanserle ilgili bilgi aramada isteksizliğe yol açabileceği ve kanser korkusu ile birlikte kaderci inançların gelişmesine neden olacağı bildirilmektedir (Powe ve Finnie, 2003; Kobayashi ve Smith, 2016; Vrinten, vd., 2016). Literatürde yer alan kavramsal modelde kaderciliğin sağlık arama davranışları üzerindeki etkisine de dikkat çekilerek ele alınması gereken bir inanç olduğu belirtilmiştir (Lyrtzopoulos, vd., 2015; Kobayashi ve Smith, 2016; Kuh ve Erdem, 2019).



Şekil 2.5. Sağlık okuryazarlığı, kanser kaderciliği ve bilgi arama arasındaki bağlantı kuran kavramsal model (Kobayashi ve Smith, 2016).

Kanser kaderciliği, kanserin kontrol edilemez ve ölümcül olduğu inancıdır. Kaderci inancıya sahip bireyler, hastalıkları ile ilgili bilgi arayışına girmeyip sosyal çevrelerindeki kanser hastalarının deneyimlerini gözlemleyerek fikir sahibi olmayı tercih etmektedir. Dolayısıyla bu bireyler daha az bilgi arayışına girmekte ve hastalık sürecini kendi gözlemlerince değerlendirmektedir (Emanuel, vd., 2016; Kobayashi ve Smith, 2016).

Bilgi arama, bireylerin kanseri önleme, erken teşhis, tedavi süreci boyunca bilinçli kararlar verme ve doğru davranış değişikliği sağlamaları için gerekli bir eylemdir (Kobayashi ve Smith, 2016). Sağlık okuryazarlığı, kanserle ilgili bilgi aramadaki sosyoekonomik eşitsizlikleri açıklamada da rol oynayabilmektedir. Bu bağlamda sağlık okuryazarlığı, işlevsel okuryazarlık becerilerini temsil etmekte ve doğru sağlık kararlarını vermek amacıyla gerekli olan temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini elde etme, işleme ve anlama kapasitesini arttırmaktadır (Kobayashi ve Smith, 2016; Heide, vd., 2015). Sınırlı sağlık okuryazarlığı bu nedenle; olumsuz sağlık davranışları ve sonuçları, olumsuz sağlık sonuçları, sağlık hizmetlerinin daha az kullanımı ve hastalıklarla ilgili daha az bilgi sahibi olma ile ilişkilidir (Davis, vd., 2020). Ayrıca sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin kanser hakkında da daha az bilgili ve daha kaderci inancıya sahip olduğu belirtilmektedir (Fleary, vd., 2019). Bu nedenle bu bireylerin erken teşhis edilme ve tedaviye uyma olasılıkları daha düşüktür (Kobayashi ve Smith, 2016). Bilgi arama davranışı güçlü olan bireylerin bilinçli kararlar verme yeteneklerini geliştirdikleri ve kanserin önlenmesi, erken tanınması ve tedavisindeki yanlış inanç ve kaderci yaklaşımdan uzaklaştıkları, hayatta kalma süreleri boyunca davranış değişikliğine daha kolay dahil oldukları belirtilmektedir (Schmeler vd., 2011; Sørensen, vd., 2020). Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı ve kanser kaderciliğinin birbirini etkileyen kavramlar olduğu söylenebilmektedir. Özellikle

kanserle ilişkili sağlık okuryazarlığı, kaderci inançlarla negatif ilişki içerisindedir (Kobayashi ve Smith, 2016; Flaeary, vd., 2019; Davis, vd., 2020).

Yapılan literatür incelenmesinde; prostat kanseri (Tayhan ve Özmen, 2019), meme kanseri (Kugbey, vd., 2019), servikal kanser (Kim ve Han, 2016) ile sağlık okuryazarlığı düzeyinin ilişkisini inceleyen çalışmaların yapıldığı belirlenmiştir. Ayrıca, KRK ve sağlık okuryazarlığı ilişkisini inceleyen çalışmalar da mevcuttur (Horshauge, vd., 2020) Ancak KRK kaderciliği ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıda çalışma (Won Jin vd., 2019; Davis, vd., 2020) bulunmaktadır.



3. MATERYAL METOT

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, üniversitede çalışan bireylerin KRK kaderciliği ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, 01.05.2021- 30.11.2021 tarihleri arasında Sinop Üniversitesi'nde gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Sinop Üniversitesi'nde çalışmakta olan 567 akademik personel ve 528 idari personel olmak üzere toplam 1095 katılımcı oluşturmaktadır.

$$n = \frac{N.t^2.p.q}{d^2(N-1) + t^2.p.q}$$

Bu formülde;

N: Örneklemi oluşturan birey sayısı.

p: Araştırılan olayın görülme sıklığı

q: Araştırılan olayın görülmemeye sıklığı (1-p).

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosu teorik değeri

d: Olayın görülme sıklığına göre yapılmak istenen “±” sapmadır.

p: 0,5

q: 0,5

t: 1,96

d: 0,05 (%5 hata payı) olarak kabul edilmektedir.

$$n = \frac{1095.(1,96)^2.(0,5).(0,5)}{(0,05)^2(1094-1) + (1,96)^2(0,5).(0,5)}$$

Bu formüle göre örneklem sayısı 284 olarak hesaplanmıştır. Çalışma olası veri kayıpları dikkate alınarak 307 kişi ile tamamlanmıştır.

Örnekleme dahil edilme kriterleri;

- 18 yaş ve üzerinde olmak,
- Sinop Üniversitesinde akademik veya idari personel olarak çalışıyor olmak,
- Türkçe okuma-yazma biliyor olmak,
- Okuma ve yazmayı engelleyen herhangi bir göz, nörolojik ve psikiyatrik hastalık tanısı almamış olmak,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak.

Örneklemden dışlanma kriterleri;

- Başlangıçta çalışmaya katılmayı kabul edip daha sonra vazgeçmek,
- Anketi tamamlamamak.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Bağımlı Değişkenler

Katılımcıların KRK kadercilik düzeyi ve sağlık okuryazarlığı düzeyi bağımlı değişkenlerdir.

3.4.2. Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; bireylerin sosyodemografik özellikleri (cinsiyet, yaş, medeni ve eğitim durumu vb), sağlık alışkanlıkları (sigara ve alkol kullanma durumu, sağlık ile ilgili araştırma yapma durumu vb) ve KRK'ya ilişkin özellikleridir (ailede ve çevresinde KRK tanısı alan birey varlığı, erken tanı yöntemini duyma ve tarama testlerine katılma durumu, KRK risk faktörlerini bilme ve kanserden korkma durumu vb).

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, bireylerin tanıtıcı bilgilerini içeren “Katılımcı Tanıtıcı Formu” (Ek 1), “Kolonorektal Kansere Kaderecilik Skalası” (Ek 2), “Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği” (Ek 3) kullanılarak toplanmıştır. Veriler, Sinop il merkezi ve ilçelerinde yer alan tüm yükseköğretim ve fakültelerdeki idari ve akademik personele pandemi nedeniyle google anket yolu ile uygulanmıştır. Araştırmada kullanılan formların anlaşılabilirliğini değerlendirmek için 10 katılımcı ile ön uygulama yapılmıştır. Pilot uygulamanın verileri çalışmaya dâhil edilmemiştir. Formlara ilişkin düzeltme önerisi gelmemiştir.

Katılımcılara Google formda araştırma hakkında bilgi verilerek çalışmanın içeriği ve amacı açıklanmıştır. Onamlar alındıktan sonra tanıtıcı bilgi formu ve ölçekler uygulanmıştır. Onam vermeyen kişiler ölçeklere yanıt vermemişlerdir. Verilerin toplanması yaklaşık olarak 10-15 dakika sürmüştür.

3.5.1. Katılımcı Tanıtıcı Bilgi Formu

Bu form, araştırmacı tarafından literatür (Powe, 1995; Toçi vd., 2013; Aras ve Temel, 2017; Aydın, 2017) doğrultusunda hazırlanmıştır. Katılımcıların bireysel özelliklerini ve KKK'ya ilişkin yaklaşımlarını değerlendiren bir formdur. Form sosyodemografik özellikleri içeren 7 soru (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, ünvan, gelir düzeyi) ile bireylerin sağlık alışkanlıkları ve KKK'ya ilişkin özelliklerini içeren 13 soru (genel sağlık durumu, sigara ve alkol kullanma durumu, kronik hastalık öyküsü, bağırsak hastalık öyküsü, kanser tanısı öyküsü, ailede ve çevresinde KKK tanısı alan birey olma durumu, erken tanı yöntemini duyma durumu, tarama testlerine katılma durumu, KKK risk faktörlerini bilme durumu, sağlık ile ilgili araştırma yapma durumu, kanserden korkma durumu) olmak üzere iki bölümden ve toplam 20 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Kolorektal Kanser Kadercilik Skalası

Powe Kadercilik Ölçeği (Powe Fatalism Inventory), Barbara Powe tarafından 1995 yılında, Afro-Amerikan halkının kansere yönelik kaderci tutumlarını (karamsarlık, korku, ölümden kaçınılmazlık boyutları, önceden belirlenmişlik) ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (Powe, 1995). Bu skala bütün sosyal sınıflar için geçerlidir. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması 2017 yılında Aydın tarafından Kars il merkezinde yaşayan 40 yaş üstü bireyler ile yapılmıştır. Kolorektal Kanser Kaderciliği Skalası 15 sorudan oluşmaktadır ve sorular 'evet, hayır' şeklinde cevaplanmaktadır. Skala tek alt boyutludur. Skaladan en az 0, en çok 15 puan alınabilmektedir. Skaladan alınan puan arttıkça, kadercilik düzeyi artmaktadır. Aydın (2017)'ın çalışmasında ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,850 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,954 olarak bulunmuştur.

3.5.3. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Sağlık okuryazarlık ölçeği (SOÖ), bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerini belirlemek amacıyla, Sørensen ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş (Sørensen, vd., 2013) ve daha sonra Toçi, Bruzari ve Sørensen tarafından sadeleştirilmiştir (Toçi, vd.,

2013). SOÖ'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması 2017 yılında Aras ve Temel tarafından üniversite hastanesi dahiliye kliniğinde yatan 250 hasta ile yapılmıştır. SOÖ, 25 madde içeren beşli likert yapıda bir ölçektir. Katılımcılar tarafından ölçek maddeleri "5: hiç zorluk çekmiyorum, 4: Az zorluk çekiyorum, 3: Biraz zorluk çekiyorum, 2: Çok zorluk çekiyorum, 1: Yapamayacak durumdayım/hiç yeteneğim yok/ olanaksız" olacak şekilde yanıtlanmaktadır. Ölçekten alınan toplam puan ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif ilişki olup, ölçekten alınan puan arttıkça, bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyi de artmaktadır. Ölçekte ters madde ve kesme noktası bulunmamaktadır. SOÖ dört alt boyuttan oluşmaktadır. İlk alt boyut olan *Bilgiye Erişim* alt boyutu beş maddeden (1.-5) oluşmaktadır. Bu alt boyuttan minimum 5, maksimum 25 puan alınabilmektedir. *Bilgileri Anlama* alt boyutu yedi maddedir (6.-12. maddeler) ve bu alt gruptan minimum puan 7, maksimum 35 puan alınmaktadır. *Değer Bıçme/Değerlendirme* alt boyutu sekiz madde olup (13.- 20. maddeler) bu ölçekten alınabilecek minimum puan 8, maksimum puan 40'dır. *Uygulama/Kullanma* alt boyutu ise beş madde (21.-25. maddeler) içermektedir, bu alt boyuttan alınabilecek minimum puan 5, maksimum puan 25'dir. Ölçekten alınabilecek toplam puan ise minimum puan 25; maksimum 125 puandır. Toçi ve arkadaşlarının çalışmasında, SOÖ toplam ve alt ölçekleri için belirlenen iç tutarlılık Cronbach alfa katsayısı değeri, 0,90 ile 0,94 puanları arasında değişmektedir (Toçi vd., 2013). Aras ve Temel (2017)'in geçerlik ve güvenirlik çalışmasında Cronbach Alfa katsayısı 0,92'dir. Alt boyutlarının Cronbach Alfa katsayı değerleri ise; *Bilgiye Erişim* için 0.71, *Bilgileri Anlama* için 0,79, *Değer Bıçme/Değerlendirme* için 0.66 ve *Uygulama/Kullanma* için 0.62 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada SOÖ Cronbach Alfa katsayısı 0,98 olarak bulunmuştur. Alt boyutlarına ait Cronbach Alfa katsayıları ise sırasıyla; *Bilgiye Erişim* için 0.97, *Bilgileri Anlama* için 0,96, *Değer Bıçme/Değerlendirme* için 0.96 ve *Uygulama/Kullanma* için 0.94 olarak hesaplanmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde Statistical Programme for Social Sciences (SPSS 19) paket programı kullanılmıştır. Sürekli değişkenlere ait veriler Ortalama±Standart Sapma veya Ortanca [1.Çeyrek Değer-3. Çeyrek Değer] şeklinde verilmiştir. Parametrik durumlar Kolmogorov-Simirnov Testi ile incelenmiştir. Gruplar arası farklar parametrik durumlar için Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova) veya Bağımsız Örneklem T Testi; parametrik olmayan durumlar için ise Kruskal Wallis Varyans

Analizi ile incelenmiştir. Ölçeklerin güvenilirlik durumları için Cronbach's Alpha güvenilirlik değerleri hesaplanmıştır. p değerleri 0.05'den az hesaplandığında veri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmaya başlamadan önce, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler etik kurul izni (Tarih; 26.03.2021 / Karar No: 284) (Ek 6) ve Sinop Üniversitesi'nden kurum izni (Tarih; 27.04.2021, Sayı; E-72975315-044-51240) (Ek 7) alınmıştır. Uygulama sürecinde bilimsel ilkelerin yanı sıra evrensel etik ilkelere de özen gösterilmiştir. Etik kurul onayı ve kurum izni alındıktan sonra, çalışmaya katılımda gönüllülük ilkesi dikkate alınarak araştırma yürütülmüştür. Çalışma süresince mahremiyet, edinilen bilgilerin gizliliğinin korunması gibi etik ilkelere dikkat edilmiştir. Araştırmada kullanılan ölçekler için de ölçeklerin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını yapan Aydın ve Çapık (Ek 4), Aras ve Temel (Ek 5) 'den mail yoluyla izin alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sadece Sinop Üniversitesi'nde çalışan akademik ve idari personel ile gerçekleştirilmesi sınırlılığını oluşturmaktadır.

3.9. Araştırmanın Süresi

İŞLEMLER	TARİH
Literatür taraması	Şubat – Aralık 2021
Araştırma konusunun belirlenmesi	Şubat 2021
Tez önerisi hazırlama	Mart 2021
Anket formları oluşturma	Mart 2021
Etik kurul izni alma	Mart 2021
Kurum izni alma	Nisan 2021
Araştırma verilerinin toplanması	Mayıs- Temmuz 2021
Verilerin analizi	Ağustos- Eylül 2021
Tez yazım süreci	Ekim- Aralık 2021

4.BULGULAR

Tablo 4.1. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (n=307)

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	149	48,5
Erkek	158	51,5
Yaş		
20-29	51	16,6
30-39	150	48,9
40+	106	34,5
Medeni durum		
Evli	211	68,7
Bekar	96	31,3
Eğitim durumu		
Lise	26	8,5
Ön Lisans	13	4,2
Lisans	48	15,6
Yüksek Lisans	82	26,7
Doktora	138	45,0
Mesleğiniz		
Akademik Personel	210	68,4
İdari Personel	97	31,6
Akademik unvan		
Araştırma Görevlisi	49	23,7
Öğretim Görevlisi	70	33,2
Doktor Öğretim Üyesi	55	26,1
Doçent	22	10,4
Profesör	14	6,6
Gelir düzeyi tanımı		
Gelir giderden az	70	22,8
Gelir gidere eşit	165	53,7
Gelir giderden fazla	72	23,5

Katılımcıların %48,9'unun 30-39 yaş aralığında olduğu ve yaş ortalamalarının $37,56 \pm 7,89$ olduğu belirlenmiştir. Bireylerin %51,5'inin erkek, %68,7'sinin evli, %45'inin ise doktora mezunu, %68,4'ünün akademik personel, %33,2'sinin öğretim görevlisi olduğu, %53,7'sinin gelirinin giderine eşit olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2. Bireylerin Sağlık Alışkanlıkları ve KRK'ya İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=307)

	n	%
Genel olarak sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?		
İyi	194	63,2
Orta	97	31,6
Kötü	16	5,2
Sigara kullanıyor musunuz?		
Evet	139	45,3
Hayır	168	54,7
Alkol kullanıyor musunuz?		
Evet	58	18,9
Hayır	249	81,1
Kronik hastalığınız var mı?		
Evet	50	16,3
Hayır	257	83,7
Tanı konulmuş bir barsak hastalığınız var mı?		
Yok	283	92,2
Var	24	7,8
Şimdiye kadar kanser tanısı aldınız mı?		
Evet	10	3,3
Hayır	297	96,7
Ailenizde KRK tanısı alan kişi var mı?		
Evet	32	10,4
Hayır	275	89,6
Çevrenizde (arkadaş, komşu) KRK tanısı alan kişi var mı?		
Evet	90	29,3
Hayır	217	70,7
KRK'ya yönelik herhangi bir tarama yöntemine dâhil oldunuz mu?		
Evet	35	11,4
Hayır	272	88,6

Tablo 4.2 (devam)

KRK'ya yönelik erken tanı yöntemini duydunuz mu?		
Evet	115	37,5
Hayır	192	62,5
Sağlık durumunuz/hastalığınız ile ilgili bilgilere ulaşmak için araştırma yapar mısınız?		
Evet	261	85,0
Hayır	46	15,0
KRK'nın önlenabilir bir hastalık olduğunu düşünüyor musunuz?		
Evet	145	47,2
Hayır	162	52,8
KRK'nın risk faktörlerini biliyor musunuz?		
Evet	95	30,9
Hayır	212	69,1
Kansere yakalanmaktan korkuyor musunuz?		
Evet	252	82,1
Hayır	55	17,9

Katılımcıların sağlık alışkanlıkları ve KRK'ya ilişkin özelliklerinin dağılımları Tablo 4.2'de belirtilmiştir. Bireylerin %63,2'sinin sağlık durumunu iyi olarak değerlendirdiği, %54,7'sinin sigara ve %81,1'inin ise alkol kullanmadığı, %83,7'sinin kronik rahatsızlığının bulunmadığı, %92,2'sinin tanı konulmuş bir bağırsak hastalığının olmadığı, %96,7'sinin şimdiye kadar herhangi bir kanser tanısı almadığı, %88,6'sının KRK'ya yönelik bir tarama yöntemine dâhil olmadığı, %62,5'inin KRK'da erken tanı yöntemini duymadığı, %85'inin sağlık durumu/hastalığı ile ilgili bilgilere ulaşmak için araştırma yaptığı, %52,8'inin KRK'nın önlenabilir bir hastalık olduğunu düşünmediği, %69,1'inin KRK'nın risk faktörlerini bilmediği ve %82,1'inin kansere yakalanmaktan korktuğu, %89,6'sının ailesinde ve %70,7'sinin çevresinde kanser tanısı olan bireyin olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.3. KRK Kadercilik Skalası ile SOÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

	Ortalama± Standart Sapma	Medyan	Minimum	Maksimum	Ranj
KRK Skalası Puanı	6,12±5,58	5,00	0	15,00	15,00
SOÖ - Bilgiye Erişim Alt Boyut Puanı	19,24±5,91	20,00	5,00	25,00	20,00
SOÖ - Bilgileri Anlama Alt Boyut Puanı	23,45±9,01	25,00	7,00	35,00	28,00
SOÖ - Değer Bıçme/Değerlendirme Alt Boyut Puanı	29,04±9,01	32,00	8,00	40,00	32,00
SOÖ - Uygulama/Kullanma Alt Boyut Puanı	17,78±5,64	20,00	5,00	25,00	20,00
SOÖ Toplam Puanı	89,50±27,54	97,00	25,00	125,00	100,00

Tablo 4.3'te KRK kadercilik skalası ve SOÖ toplam ve alt boyutlarının puan dağılımları gösterilmektedir. KRK kadercilik skalasının toplam puan ortalaması 6,12±5,58; medyanı 5, minimum değeri 0, maksimum değeri 15 ve ranj değeri 15 olarak bulunmuştur. SOÖ Bilgiye Erişim alt boyut puan ortalaması 19,24±5,91, medyan 20, minimum değeri 5, maksimum değeri 25 ve ranj değeri 20 olarak elde edilmiştir. Bilgileri Anlama alt boyut puan ortalaması 23,45±9,01, medyan 25, minimum değeri 7, maksimum değeri 35 ve ranj değeri 28 olarak bulunmuştur. Değer Bıçme/Değerlendirme alt boyut puan ortalaması 29,04±9,01, medyan 32, minimum değeri 8, maksimum değeri 40 ve ranj değeri 32 olarak saptanmıştır. Uygulama/Kullanma alt boyut puan ortalaması 17,78±5,64, medyan 20, minimum değeri 5, maksimum değeri 25 ve ranj değeri 20 olarak elde edilmiştir. SOÖ toplam puan ortalaması ise 89,5±27,54 medyan 97, minimum değeri 25 ve maksimum değeri 125 ve ranj değeri 100 olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.4. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin KRK Kadercilik Skalasından Alınan Puanlara Göre Dağılımı (n=307)

	Ort. ± Ss.	t/F	p
Cinsiyet			
Kadın	6,83±5,76	t=2,160	0,032*
Erkek	5,46±5,36		
Yaş			
20-29	5,45±5,9	F=2,623	0,074
30-39	5,65±5,41		
40+	7,12±5,6		
Medeni durum			
Evli	6,66±5,71	t=2,516#	0,012*
Bekar	4,95±5,15		
Eğitim durumu			
Lise	10,77±5,51 ^a	F=9,661	<0,001*
Ön Lisans	10,77±5,69 ^{ab}		
Lisans	6,29±5,04 ^{bc}		
Yüksek Lisans	4,49±5,09 ^c		
Doktora	5,73±5,42 ^c		
Mesleğiniz			
Akademik Personel	5,21±5,26	t=4,196#	<0,001*
İdari Personel	8,13±5,80		
Akademik unvan			
Araştırma Görevlisi	4,78±5,17	F=1,608	0,173
Öğretim Görevlisi	4,16±4,75		
Doktor Öğretim Üyesi	6,13±5,96		
Doçent	6,32±5,01		
Profesör	6,29±5,08		
Gelir düzeyi tanımı			
Gelir giderden az	8,56±6,16 ^a	F=9,124	<0,001*
Gelir gidere eşit	5,51±5,39 ^b		
Gelir giderden fazla	5,18±4,79 ^b		

t:Bağımsız Örneklem T Testi (#), F:Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA),* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı, Aynı üst indis istatistiksel anlamsızlığı göstermektedir.

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin KRK kadercilik skalasından alınan puanlara göre dağılımı Tablo 4.4' te belirtilmiştir.

Kadın katılımcıların KRK kadercilik skalasından aldıkları puan ortalaması erkek katılımcılara göre daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p: 0,032).

Evli olanların KRK kadercilik skalasından aldıkları puan ortalamasının bekâr katılımcılara göre daha yüksek olduğu, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p: 0,012).

Önlisans mezunu ve lise mezunu olan katılımcıların KRK kadercilik skalasından aldıkları puan ortalamasının daha yüksek olduğu, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p <0,001).

İdari personelin KRK kadercilik skalasından aldıkları puan ortalamasının akademik personele göre daha yüksek olduğu, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p <0,001).

Geliri giderinden az olan katılımcıların KRK kadercilik skalasından aldıkları puan ortalamasının daha yüksek olduğu, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p <0,001).

Yaş değişkeni ele alındığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir (p=0,074). Ayrıca akademik unvanlar incelendiğinde de yine gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p=0,173).

Tablo 4.5. Bireylerin Sağlık Alışkanlıkları ve KRK'ya İlişkin Özelliklerinin KRK Kadercilik Skalasından Alınan Puanlara Göre Dağılımı (n=307)

	Ort. ± Ss.	t/F	p
Genel olarak sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?			
İyi	5,58±5,44 ^a	F=3,443	0,033*
Orta	6,79±5,78 ^{ab}		
Kötü	8,75±5,3 ^b		
Sigara kullanıyor musunuz?			
Evet	7,52±5,75	t=4,028	<0,001*
Hayır	4,98±5,19		
Alkol kullanıyor musunuz?			
Evet	7,72±5,42	t=2,437	0,015*
Hayır	5,89±5,57		

Tablo 4.5 (devam)

Kronik hastalığınız var mı?			
Evet	7,32±5,47	t=1,655	0,099
Hayır	5,89±5,59		
Tanı konulmuş bir barsak hastalığınız var mı?			
Yok	6,14±5,57	t=0,192	0,848
Var	5,92±5,95		
Şimdiye kadar kanser tanısı aldınız mı?			
Evet	8,20±4,24	t=1,554	0,151
Hayır	6,06±5,62		
Ailenizde KRK tanısı alan kişi var mı?			
Evet	5,84±4,93	t=0,303	0,762
Hayır	6,16±5,67		
Çevrenizde (arkadaş, komşu) KRK tanısı alan kişi var mı?			
Evet	6,11±5,66	t=0,032	0,974
Hayır	6,13±5,57		
KRK'ya yönelik herhangi bir tarama yöntemine dahil oldunuz mu?			
Evet	5,80±5,73	t=0,367	0,714
Hayır	6,17±5,58		
KRK'ya yönelik erken tanı yöntemini duydunuz mu?			
Evet	5,17±5,40	t=2,352	0,019*
Hayır	6,70±5,63		
Sağlık durumunuz/hastalığınız ile ilgili bilgilere ulaşmak için araştırma yapar mısınız?			
Evet	5,14±5,03	t=8,138	<0,001*
Hayır	11,74±5,33		
KRK'nın önlenabilir bir hastalık olduğunu düşünüyor musunuz?			
Evet	2,14±2,69	t=16,047	<0,001*
Hayır	9,70±5,07		
KRK'nın risk faktörlerini biliyor musunuz?			
Evet	4,35±5,14	t=3,818	<0,001*
Hayır	6,92±5,61		
Kansere yakalanmaktan korkuyor musunuz?			
Evet	5,81±5,40	t=1,957	0,054
Hayır	7,58±6,23		

t:Bağımsız Örneklem T Testi, F:Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), *p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı, Aynı üst indis istatistiksel anlamsızlığı göstermektedir.

Tablo 4.5'te bireylerin sağlık alışkanlıkları ve KRK'ya ilişkin özelliklerinin KRK kadercilik skalasından alınan puanlara göre dağılımı belirtilmektedir.

Sağlık durumu kötü olan katılımcıların KRK kaderciliği skalası puan ortalaması daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,033$).

Sigara kullanan katılımcıların KRK kaderciliği skalası puan ortalaması daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,001$).

Alkol kullanan katılımcıların KRK kaderciliği skalası puan ortalaması daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0,015$).

KRK'ya yönelik erken tanı yöntemini duymayan katılımcıların KRK kaderciliği skalası puan ortalaması duyanlara göre daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,019$).

Sağlık durumu ile ilgi bilgilere ulaşmak için araştırma yapmayan katılımcıların KRK kaderciliği skalası puan ortalaması daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,001$).

KRK'nın önlenabilir bir hastalık olduğunu düşünmeyen katılımcıların KRK kaderciliği skalası puan ortalaması daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$).

KRK'nın risk faktörlerini bilmeyen katılımcıların KRK kaderciliği skalası puan ortalaması daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

Kronik hastalığın olması ($p=0,099$), tanı konulmuş bir bağırsak hastalığının varlığı ($p=0,848$), şimdiye kadar kanser tanısı alma ($p=0,151$), ailesinde ($p=0,762$) ve çevresinde ($p=0,974$) KRK tanısı olan bir bireyin olması, KRK'ya yönelik herhangi bir tarama yöntemine dahil olma ($p=0,714$) ve KRK'ya yakalanmaktan korkma durumu ($p=0,054$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.6. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin SOÖ – Bilgiye Erişim Alt Boyutundan Alınan Puanlara Göre Dağılımı (n=307)

	Ort. ± Ss.	t/F	p
Cinsiyet			
Kadın	19,52±5,66	t=0,803#	0,423
Erkek	18,97±6,14		
Yaş			
20-29	20,73±4,66 ^a	F=6,276	0,002*
30-39	19,83±5,54 ^a		
40+	17,68±6,61 ^b		
Medeni durum			
Evli	18,45±6,39	t=04,066#	<0,001*
Bekar	20,96±4,22		
Eğitim durumu			
Lise	13,08±8,12 ^a	F=14,918	<0,001*
Ön Lisans	13,23±6,26 ^a		
Lisans	19,48±4,99 ^b		
Yüksek Lisans	21,00±4,35 ^b		
Doktora	19,83±5,46 ^b		
Mesleğiniz			
Akademik Personel	20,3±4,93	t=4,236#	<0,001*
İdari Personel	16,9±7,13		
Akademik unvan			
Araştırma Görevlisi	20,98±3,98 ^a	F=4,093	0,003*
Öğretim Görevlisi	21,24±4,19 ^{ab}		
Doktor Öğretim Üyesi	20,24±5,51 ^{ab}		
Doçent	18,41±5,11 ^{ab}		
Profesör	16,43±6,38 ^b		
Gelir düzeyi tanımı			
Gelir giderden az	16,41±7,45 ^a	F=11,580	<0,001*
Gelir gidere eşit	19,82±5,38 ^b		
Gelir giderden fazla	20,64±4,36 ^b		

t:Bağımsız Örneklem T Testi (#),F:Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA),* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı, Aynı üst indis istatistiksel anlamsızlığı göstermektedir.

Tablo 4.6 'da sosyodemografik özelliklerin SOÖ Bilgiye Erişim alt boyutundan alınan puanlara göre dağılımı gösterilmektedir.

Yaşı 20-29 aralığında olan katılımcıların SOÖ Bilgiye Erişim alt boyutu puan ortalaması daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p = 0,002$).

Bekar olan katılımcıların SOÖ Bilgiye Erişim alt boyutu puan ortalaması evli katılımcılara göre daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$).

Eğitim durumu lisans ve üstü olan katılımcıların SOÖ Bilgiye Erişim alt boyutu puan ortalaması lise ve önlisans eğitime sahip bireylere göre daha yüksek olup, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0,001$).

Akademik personel olan katılımcıların SOÖ Bilgiye Erişim alt boyutu puan ortalaması idari personele göre daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$).

Öğretim görevlisi olan katılımcıların SOÖ Bilgiye Erişim alt boyutu puan ortalaması daha yüksek olup, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p = 0,003$).

Geliri giderinden fazla olan katılımcıların SOÖ Bilgiye Erişim alt boyutu puan ortalaması daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0,001$).

Cinsiyet faktörü incelendiğinde SOÖ Bilgiye Erişim alt boyutundan alınan puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p = 0,423$).

Tablo 4.7. Bireylerin Sağlık Alışkanlıkları ve KRK'ya İlişkin Özelliklerinin SOÖ – Bilgiye Erişim Alt Boyutundan Alınan Puanlara Göre Dağılımı

	Ort.±Ss.	t/F	p
Genel olarak sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?			
İyi	20,73±4,66 ^a		
Orta	19,83±5,54 ^a	F=6,276	0,002*
Kötü	17,68±6,61 ^b		
Sigara kullanıyor musunuz?			
Evet	17,96±6,52	t=3,442	0,001*
Hayır	20,29±5,14		

Tablo 4.7 (devam)

Alkol kullanıyor musunuz?				
Evet	18,31±6,97	t=1,164	0,248	
Hayır	19,45±5,63			
Kronik hastalığınız var mı?				
Evet	17,88±6,16	t=1,782	0,076	
Hayır	19,5±5,83			
Tanı konulmuş bir barsak hastalığınız var mı?				
Yok	19,28±5,95	t=0,421	0,674	
Var	18,75±5,54			
Şimdiye kadar kanser tanısı aldınız mı?				
Evet	18,5±6,28	t=0,401	0,689	
Hayır	19,26±5,91			
Ailenizde KRK tanısı alan kişi var mı?				
Evet	20,09±5,35	t=0,866	0,387	
Hayır	19,14±5,97			
Çevrenizde (arkadaş, komşu) KRK tanısı alan kişi var mı?				
Evet	19,26±5,97	t=0,034	0,973	
Hayır	19,23±5,9			
KRK'ya yönelik herhangi bir tarama yöntemine dahil oldunuz mu?				
Evet	20,43±4,95	t=1,473	0,147	
Hayır	19,08±6,01			
KRK'ya yönelik erken tanı yöntemini duydunuz mu?				
Evet	20,25±5,01	t=2,485	0,014*	
Hayır	18,63±6,32			
Sağlık durumunuz/hastalığınız ile ilgili bilgilere ulaşmak için araştırma yapar mısınız?				
Evet	20,46±4,62	t=7,111	<0,001*	
Hayır	12,33±7,51			
KRK'nın önlenabilir bir hastalık olduğunu düşünüyor musunuz?				
Evet	21,98±3,66	t=8,797	<0,001*	
Hayır	16,78±6,44			
KRK' nın risk faktörlerini biliyor musunuz?				
Evet	21,22±4,59	t=4,518	<0,001*	
Hayır	18,35±6,22			
Kansere yakalanmaktan korkuyor musunuz?				
Evet	19,81±5,2	t=2,837	0,006*	
Hayır	16,62±7,98			

t:Bağımsız Örneklem T Testi, F:Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı, Aynı üst indis istatistiksel anlamsızlığı göstermektedir.

Tablo 4.7’de bireylerin sağlık alışkanlıkları ve KRK’ya ilişkin özelliklerinin SOÖ Bilgiye Erişim alt boyutundan alınan puanlara göre dağılımı gösterilmektedir.

Genel sağlık durumu iyi olan katılımcıların SOÖ Bilgiye Erişim alt boyutu puan ortalaması daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,002$).

Sigara kullanmayan katılımcıların SOÖ Bilgiye Erişim alt boyutu puan ortalaması sigara kullananlara göre daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,001$).

KRK’ya yönelik erken tanı yöntemini duyan katılımcıların SOÖ Bilgiye Erişim alt boyutu puan ortalaması daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,014$).

Sağlık durumu/hastalığı ile ilgili bilgilere ulaşmak için araştırma yapan katılımcıların SOÖ Bilgiye Erişim alt boyutu puan ortalaması yapmayanlara göre daha yüksek olup, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$).

KRK’nın önlenabilir bir hastalık olduğunu düşünen katılımcıların SOÖ Bilgiye Erişim alt boyutu puan ortalaması hastalığın önlemez olduğunu düşünen bireylere göre daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,001$).

KRK’nın risk faktörlerini bilen katılımcıların SOÖ Bilgiye Erişim alt boyutu puan ortalaması bilmeyenlere göre daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

KRK’ya yakalanmaktan korkan katılımcıların SOÖ Bilgiye Erişim alt boyutu puan ortalaması korkmayanlara göre daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0,006$).

SOÖ Bilgiye Erişim alt boyutu puan ortalamasının alkol kullanma durumu ($p=0,248$), kronik hastalık varlığı ($p=0,076$), tanı konulmuş bağırsak hastalığının olması ($p=0,674$), herhangi bir kanser tanısı alma durumu ($p=0,689$), ailede ($p=0,387$) ve çevresinde KRK tanısı olan bireyin var olması ($p=0,973$) ve KRK’ya yönelik herhangi bir tarama yöntemine dâhil olma durumundan ($p=0,147$) etkilenmediği ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.8. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin SOÖ – Bilgileri Anlama Alt Boyutundan Alınan Puanlara Göre Dağılımı (n=307)

	Ort. ± Ss.	t/F	p
Cinsiyet			
Kadın	22,85±9,05	t=1,122#	0,263
Erkek	24,01±8,97		
Yaş			
20-29	24,84±8,62 ^a	F=3,418	0,034*
30-39	24,25±8,84 ^a		
40+	21,63±9,23 ^b		
Medeni durum			
Evli	22,37±9,18	t=3,149#	0,002*
Bekar	25,81±8,17		
Eğitim durumu			
Lise	15,5±10,3 ^a	F=8,815	<0,001*
Ön Lisans	17,00±9,09 ^{ac}		
Lisans	23,65±7,3 ^{bc}		
Yüksek Lisans	25,37±8,22 ^b		
Doktora	24,34±8,8 ^b		
Mesleğiniz			
Akademik personel	24,88±8,54	t=4,259#	<0,001*
İdari personel	20,27±9,28		
Akademik unvan			
Araştırma Görevlisi	24,98±8,00	F=2,413	0,050
Öğretim Görevlisi	26,69±7,96		
Doktor Öğretim Üyesi	24,65±9,22		
Doçent	22,00±7,93		
Profesör	20,50±9,42		
Gelir düzeyi tanımı			
Gelir giderden az	19,34±9,82 ^a	F=13,120	<0,001*
Gelir gidere eşit	23,75±8,66 ^b		
Gelir giderden fazla	26,74±7,42 ^c		

t:Bağımsız Örneklem T Testi (#), F:Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), * p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı, Aynı üst indis istatistiksel anlamsızlığı göstermektedir.

Tablo 4.8’de bireylerin sosyodemografik özelliklerin SOÖ Bilgileri Anlama alt boyutundan alınan puanlara göre dağılımı açıklanmaktadır.

Yaşı 39 ve altı olan katılımcıların SOÖ Bilgileri Anlama alt boyutu puan ortalaması 40 ve üzeri yaş grubundaki bireylere göre daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p = 0,034$).

Bekar olan katılımcıların SOÖ Bilgileri Anlama alt boyutu puan ortalaması evli katılımcılara göre daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p = 0,002$).

Eğitim durumu lisans ve üstü olan katılımcıların SOÖ Bilgileri Anlama alt boyutu puan ortalaması lisans altı eğitime sahip bireylere göre daha yüksek olup, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0,001$).

Akademik personel olan katılımcıların SOÖ Bilgileri Anlama alt boyutu puan ortalaması idari personele göre daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$).

Geliri giderinden fazla olan katılımcıların SOÖ Bilgileri Anlama alt boyutu puan ortalaması daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,001$).

Cinsiyet faktörü incelendiğinde SOÖ Bilgileri Anlama alt boyutundan alınan puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p = 0,263$). Akademik unvan ile katılımcıların SOÖ Bilgileri Anlama alt boyutu puan ortalamasındaki farkın da anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p = 0,050$).

Tablo 4.9. Bireylerin Sağlık Alışkanlıkları ve KRK’ya İlişkin Özelliklerinin SOÖ – Bilgileri Anlama Alt Boyutundan Alınan Puanlara Göre Dağılımı

	Ort. $\pm$ Ss.	t/F	p
Genel olarak sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?			
İyi	24,84 $\pm$ 8,62 ^a		
Orta	24,25 $\pm$ 8,84 ^a	F=3,418	0,034*
Kötü	21,63 $\pm$ 9,23 ^b		
Sigara kullanıyor musunuz?			
Evet	21,06 $\pm$ 9,21		
Hayır	25,42 $\pm$ 8,36	t=4,348	<0,001*

Tablo 4.9 (devam)

Alkol kullanıyor musunuz?			
Evet	23,59±9,79	t=0,131	0,896
Hayır	23,41±8,84		
Kronik hastalığınız var mı?			
Evet	22,02±8,81	t=1,225	0,222
Hayır	23,72±9,04		
Tanı konulmuş bir barsak hastalığınız var mı?			
Yok	23,52±9,07	t=0,465	0,643
Var	22,62±8,42		
Şimdiye kadar kanser tanısı aldınız mı?			
Evet	23,20±8,31	t=0,088	0,930
Hayır	23,45±9,04		
Ailenizde KRK tanısı alan kişi var mı?			
Evet	23,63±7,76	t=0,135	0,893
Hayır	23,43±9,16		
Çevrenizde (arkadaş, komşu) KRK tanısı alan kişi var mı?			
Evet	24,07±8,70	t=0,777	0,438
Hayır	23,19±9,14		
KRK'ya yönelik herhangi bir tarama yöntemine dahil oldunuz mu?			
Evet	24,14±7,76	t=0,552	0,584
Hayır	23,36±9,17		
KRK'ya yönelik erken tanı yöntemini duydunuz mu?			
Evet	24,14±8,15	t=1,043	0,298
Hayır	23,03±9,48		
Sağlık durumunuz/hastalığınız ile ilgili bilgilere ulaşmak için araştırma yapar mısınız?			
Evet	25,03±7,98	t=8,050	<0,001*
Hayır	14,48±9,32		
KRK'nın önlenabilir bir hastalık olduğunu düşünüyor musunuz?			
Evet	28,60±5,88	t=11,511	<0,001*
Hayır	18,83±8,83		
KRK'nın risk faktörlerini biliyor musunuz?			
Evet	25,59±7,9	t=3,005	0,003*
Hayır	22,49±9,32		
Kansere yakalanmaktan korkuyor musunuz?			
Evet	23,99±8,21	1,809	0,075
Hayır	20,96±11,79		

t:Bağımsız Örneklem T Testi, F:Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), * p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı, Aynı üst indis istatistiksel anlamsızlığı göstermektedir.

Tablo 4.9’da bireylerin sağlık alışkanlıkları ve KRK’ya ilişkin özelliklerinin SOÖ Bilgileri Anlama alt boyutundan alınan puanlara göre dağılımı açıklanmıştır.

Genel sağlık durumu iyi ve orta düzeyde olan katılımcıların SOÖ Bilgileri Anlama alt boyutu puan ortalaması kötü olanlara göre daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,034$).

Sigara kullanmayan katılımcıların SOÖ Bilgileri Anlama alt boyutu puan ortalaması sigara kullananlara göre daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

Sağlık durumu/hastalığı ile ilgili bilgilere ulaşmak için araştırma yapan katılımcıların SOÖ Bilgileri Anlama alt boyutu puan ortalaması araştırma yapmayanlara göre daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$).

KRK’nın önlenabilir bir hastalık olduğunu düşünen katılımcıların SOÖ Bilgileri Anlama alt boyutu puan ortalaması düşünmeyenlere göre daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

KRK’nın risk faktörlerini bilen katılımcıların SOÖ Bilgileri Anlama alt boyutu puan ortalaması bilmeyenlere göre daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,003$).

SOÖ Bilgileri Anlama alt boyutu puanının alkol kullanma ($p=0,896$), kronik hastalık varlığı ($p=0,222$), mevcut tanı konulmuş bir bağırsak hastalığının bulunması ($p=0,643$), herhangi bir kanser tanısı alma durumu ($p=0,930$), ailede ($p=0,893$) ve çevresinde KRK tanısı alan birey varlığı ($p=0,438$), KRK’ya yönelik herhangi bir tarama yöntemine dahil olma ($p=0,584$) ve erken tanı yöntemini duyma durumu ($p=0,298$), kansere yakalanmaktan korkma durumu ($0,075$) gibi değişkenlerden etkilenmediği, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.10. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin SOÖ – Değer Biçme/Değerlendirme Alt Boyutundan Alınan Puanlara Göre Dağılımı (n=307)

	Ort. ± Ss.	t/F	p
Cinsiyet			
Kadın	28,71±8,77	t=0,624#	0,533
Erkek	29,35±9,26		
Yaş			
20-29	31,51±8,21 ^a	F=4,164	0,016*
30-39	29,45±8,39 ^{ab}		
40+	27,28±9,92 ^b		
Medeni durum			
Evli	27,92±9,37	t=3,525#	0,001*
Bekâr	31,5±7,67		
Eğitim durumu			
Lise	20,58±12,06 ^a	F=13,708	<0,001*
Ön Lisans	19,77±8,91 ^{ac}		
Lisans	28,44±7,91 ^{bc}		
Yüksek Lisans	31,96±7,01 ^b		
Doktora	29,99±8,34 ^b		
Mesleğiniz			
Akademik personel	30,69±7,88	t=4,545#	<0,001*
İdari personel	25,34±10,21		
Akademik unvan			
Araştırma Görevlisi	32,26±7,24	F=2,247	0,065
Öğretim Görevlisi	31,34±7,36		
Doktor Öğretim Üyesi	30,29±7,97		
Doçent	28,86±8,27		
Profesör	26,00±9,90		
Gelir düzeyi tanımı			
Gelir giderden az	24,33±10,98 ^a	F=14,469	<0,001*
Gelir gidere eşit	29,92±8,24 ^b		
Gelir giderden fazla	31,63±6,76 ^b		

t:Bağımsız Örneklem T Testi (#), F:Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), * p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı , Aynı üst indis istatistiksel anlamsızlığı göstermektedir.

Tablo 4.10’da bireylerin sosyodemografik özelliklerin SOÖ Değer Bıçme/Değerlendirme alt boyutundan alınan puanlara göre dağılımı açıklanmaktadır.

Yaşı 20-29 aralığında olan katılımcıların SOÖ Değer Bıçme/Değerlendirme alt boyutu puan ortalaması daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p = 0,016$).

Bekâr olan katılımcıların SOÖ Değer Bıçme/Değerlendirme alt boyutu puan ortalaması evli katılımcılara göre daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p = 0,001$).

Eğitim durumu yüksek lisans olan katılımcıların SOÖ Değer Bıçme/Değerlendirme alt boyutu puan ortalaması daha yüksek olup, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0,001$).

Akademik personel olan katılımcıların SOÖ Değer Bıçme/Değerlendirme alt boyutu puan ortalaması idari personele göre daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$).

Geliri giderinden fazla olan katılımcıların SOÖ Değer Bıçme/Değerlendirme alt boyutu puan ortalaması daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,001$).

Cinsiyet faktörü ($p = 0,533$) ve akademik unvan ($p = 0,065$) ile SOÖ Değer Bıçme/Değerlendirme alt boyutundan alınan puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.11. Bireylerin Sağlık Alışkanlıkları ve KRK’ya İlişkin Özelliklerinin SOÖ – Değer Bıçme/Değerlendirme Alt Boyutundan Alınan Puanlara Göre Dağılımı ($n=307$)

	Ort. $\pm$ Ss.	t/F	p
Genel olarak sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?			
İyi	31,51 $\pm$ 8,21 ^a		
Orta	29,45 $\pm$ 8,39 ^{ab}	F=4,164	0,016*
Kötü	27,28 $\pm$ 9,92 ^b		
Sigara kullanıyor musunuz?			
Evet	26,68 $\pm$ 9,74	t=4,217	<0,001*
Hayır	31,00 $\pm$ 7,88		
Alkol kullanıyor musunuz?			
Evet	26,86 $\pm$ 10,4	t=1,829	0,071
Hayır	29,55 $\pm$ 8,61		

Tablo 4.11 (devam)

Kronik Hastalığınız var mı?			
Evet	27,84±9,76	t=1,031	0,303
Hayır	29,28±8,86		
Tanı konulmuş bir barsak hastalığınız var mı?			
Yok	29,06±9,10	t=0,095	0,925
Var	28,88±8,15		
Şimdiye kadar kanser tanısı aldınız mı?			
Evet	27,10±8,63	t=0,692	0,489
Hayır	29,11±9,03		
Ailenizde KRK tanısı alan kişi var mı?			
Evet	30,25±8,68	t=0,800	0,424
Hayır	28,90±9,06		
Çevrenizde (arkadaş, komşu) KRK tanısı alan kişi var mı?			
Evet	28,78±9,27	t=0,331	0,741
Hayır	29,15±8,92		
KRK'ya yönelik herhangi bir tarama yöntemine dahil oldunuz mu?			
Evet	29,6±7,03	t=0,479	0,634
Hayır	28,97±9,25		
KRK'ya yönelik erken tanı yöntemini duydunuz mu?			
Evet	31,03±7,51	t=3,215	0,001*
Hayır	27,85±9,63		
Sağlık durumunuz/hastalığınız ile ilgili bilgilere ulaşmak için araştırma yapar mısınız?			
Evet	30,93±7,36	t=8,104	<0,001*
Hayır	18,33±10,09		
KRK'nın önlenabilir bir hastalık olduğunu düşünüyor musunuz?			
Evet	34,13±5,18	t=11,384	<0,001*
Hayır	24,49±9,29		
KRK'nın risk faktörlerini biliyor musunuz?			
Evet	32,63±6,82	t=5,455	<0,001*
Hayır	27,43±9,42		
Kansere yakalanmaktan korkuyor musunuz?			
Evet	29,84±7,93	t=2,556	0,013*
Hayır	25,4±12,33		

t:Bağımsız Örneklem T Testi, F:Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), * p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı, Aynı üst indis istatistiksel anlamsızlığı göstermektedir.

Tablo 4.11’de bireylerin sağlık alışkanlıkları ve KKK’ya ilişkin özelliklerinin SOÖ Değer Bıçme/Değerlendirme alt boyutundan alınan puanlara göre dağılımı açıklanmaktadır.

Genel sağlık durumu iyi olan katılımcıların SOÖ Değer Bıçme/Değerlendirme alt boyutu puan ortalaması daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p = 0,016$).

Sigara kullanmayan katılımcıların SOÖ Değer Bıçme/Değerlendirme alt boyutu puan ortalaması sigara kullananlara göre daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$).

KRK’ya yönelik erken tanı yöntemini duyan katılımcıların SOÖ Değer Bıçme/Değerlendirme alt boyutu puan ortalaması duymayanlara göre daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p = 0,001$).

Sağlık durumu/hastalığı ile ilgili bilgilere ulaşmak için araştırma yapan katılımcıların SOÖ Değer Bıçme/Değerlendirme alt boyutu puan ortalaması yapmayanlara göre daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$).

KRK’nın önlenebilir bir hastalık olduğunu düşünen katılımcıların SOÖ Değer Bıçme/Değerlendirme alt boyutu puan ortalaması düşünmeyenlere göre daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,001$).

KRK’nın risk faktörlerini bilen katılımcıların SOÖ Değer Bıçme/Değerlendirme alt boyutu puan ortalaması daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$).

Kansere yakalanmaktan korkan katılımcıların SOÖ Değer Bıçme/Değerlendirme alt boyutu puan ortalaması daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p = 0,013$).

SOÖ Değer Bıçme/Değerlendirme alt boyutu puanının alkol kullanma ($p = 0,071$), kronik hastalık varlığı ($p = 0,303$), tanı konulmuş bir bağırsak hastalığı ($p = 0,925$) veya herhangi bir kanser tanısı alma durumu ($p = 0,489$) ile ailede ($p = 0,424$), ve çevresinde KKK tanısı alan birey varlığı ($p = 0,741$), KKK’ya yönelik herhangi bir tarama yöntemine dahil olma durumu ($p = 0,634$) gibi değişkenlerden etkilenmediği ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($P > 0,05$).

Tablo 4.12. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerin SOÖ– Uygulama/Kullanma Alt Boyutundan Alınan Puanlara Göre Dağılımı (n=307)

	Ort. ± Ss.	t/F	p
Cinsiyet			
Kadın	17,71±5,34	t=0,202#	0,840
Erkek	17,84±5,92		
Yaş			
20-29	19,45±4,85 ^a	F=4,056	0,018*
30-39	17,92±5,46 ^{ab}		
40+	16,77±6,06 ^b		
Medeni durum			
Evli	16,92±5,92	t=4,487#	<0,001*
Bekar	19,66±4,43		
Eğitim durumu			
Lise	12,88±7,13 ^a	F=9,266	<0,001*
Ön Lisans	14,00±6,31 ^a		
Lisans	17,48±4,9 ^{ab}		
Yüksek Lisans	19,45±4,35 ^b		
Doktora	18,17±5,57 ^b		
Mesleğiniz			
Akademik personel	18,68±5,11	t=4,018#	<0,001*
İdari personel	15,76±6,23		
Akademik unvan			
Araştırma Görevlisi	19,40±4,46 ^a	F=3,274	0,013*
Öğretim Görevlisi	19,69±4,48 ^a		
Doktor Öğretim Üyesi	18,18±5,54 ^{ab}		
Doçent	17,32±5,49 ^{ab}		
Profesör	15,14±6,10 ^b		
Gelir düzeyi tanımı			
Gelir giderden az	14,9±6,32 ^a	F=12,844	<0,001*
Gelir gidere eşit	18,52±5,25 ^b		
Gelir giderden fazla	18,88±4,88 ^b		

t:Bağımsız Örneklem T Testi (#), F:Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), * p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı, Aynı üst indis istatistiksel anlamsızlığı göstermektedir.

Tablo 4.12’de bireylerin sosyodemografik özelliklerin SOÖ Uygulama/Kullanma alt boyutundan alınan puanlara göre dağılımı gösterilmektedir.

Yaşı 20-29 aralığında olan katılımcıların SOÖ Uygulama/Kullanma alt boyutu puan ortalaması daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p = 0,018$).

Bekâr olan katılımcıların SOÖ Uygulama/Kullanma alt boyutu puan ortalaması evli katılımcılara göre daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$).

Eğitim durumu yüksek lisans olan katılımcıların SOÖ Uygulama/Kullanma alt boyutu puan ortalaması daha yüksek olup, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,001$).

Akademik personel olan katılımcıların SOÖ Uygulama/Kullanma alt boyutu puan ortalaması idari personele göre daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0,001$).

Öğretim görevlisi olan katılımcıların SOÖ Uygulama/Kullanma alt boyutu puan ortalaması daha yüksek olup, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p = 0,013$).

Geliri giderinden fazla olan katılımcıların SOÖ Uygulama/Kullanma alt boyutu puan ortalaması daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$).

Cinsiyet faktörü incelendiğinde SOÖ Uygulama/Kullanma alt boyutundan alınan puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p = 0,840$).

Tablo 4.13. Bireylerin Sağlık Alışkanlıkları ve KRK’ya İlişkin Özelliklerinin SOÖ–Uygulama/Kullanma Alt Boyutundan Alınan Puanlara Göre Dağılımı

	Ort. $\pm$ Ss.	t/F	p
Genel olarak sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?			
İyi	19,45 $\pm$ 4,85 ^a		
Orta	17,92 $\pm$ 5,46 ^{ab}	F=4,056	0,018*
Kötü	16,77 $\pm$ 6,06 ^b		

Tablo 4.13 (devam)

Sigara kullanıyor musunuz?			
Evet	15,99±6,12	t=5,163	<0,001*
Hayır	19,26±4,73		
Alkol kullanıyor musunuz?			
Evet	15,36±6,53	t=3,240	0,002*
Hayır	18,34±5,27		
Kronik hastalığınız var mı?			
Evet	16,86±6,21	t=1,261	0,208
Hayır	17,96±5,51		
Tanı konulmuş bir barsak hastalığınız var mı?			
Yok	17,78±5,68	t=0,012	0,991
Var	17,79±5,16		
Şimdiye kadar kanser tanısı aldınız mı?			
Evet	16,5±5,58	t=0,729	0,467
Hayır	17,82±5,64		
Ailenizde KRK tanısı alan kişi var mı?			
Evet	18,00±5,38	t=0,234	0,815
Hayır	17,75±5,67		
Çevrenizde (arkadaş, komşu) KRK tanısı alan kişi var mı?			
Evet	17,59±6,05	t=0,379	0,705
Hayır	17,86±5,47		
KRK'ya yönelik herhangi bir tarama yöntemine dâhil oldunuz mu?			
Evet	17,26±5,19	t=0,581	0,562
Hayır	17,85±5,70		
KRK'ya yönelik erken tanı yöntemini duydunuz mu?			
Evet	18,60±5,27	t=1,986	0,048*
Hayır	17,29±5,81		
Sağlık durumunuz/hastalığınız ile ilgili bilgilere ulaşmak için araştırma yapar mısınız?			
Evet	18,89±4,69	t=7,557	<0,001*
Hayır	11,46±6,38		
KRK'nın önlenabilir bir hastalık olduğunu düşünüyor musunuz?			
Evet	21,17±3,25	t=12,434	<0,001*
Hayır	14,75±5,6		
KRK'nın risk faktörlerini biliyor musunuz?			
Evet	19,77±4,69	t=4,613	<0,001*
Hayır	16,89±5,81		

Tablo 4.13 (devam)

Kansere yakalanmaktan korkuyor musunuz?			
Evet	18,33±4,94	t=2,813	0,006*
Hayır	15,27±7,66		

t:Bağımsız Örneklem T Testi, F:Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), * p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı, Aynı üst indis istatistiksel anlamsızlığı göstermektedir.

Tablo 4.13'te bireylerin sağlık alışkanlıkları ve KRK'ya ilişkin özelliklerinin SOÖ Uygulama/Kullanma alt boyutundan alınan puanlara göre dağılımı gösterilmektedir.

Genel sağlık durumu iyi olan katılımcıların SOÖ Uygulama/Kullanma alt boyutu puan ortalaması daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p =0,018).

Sigara kullanmayan katılımcıların SOÖ Uygulama/Kullanma alt boyutu puan ortalaması sigara kullananlara göre daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p <0,001).

Alkol kullanmayan katılımcıların SOÖ Uygulama/Kullanma alt boyutu puan ortalaması sigara kullananlara göre daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p =0,002).

KRK'ya yönelik erken tanı yöntemini duyan katılımcıların SOÖ Uygulama/Kullanma alt boyutu puan ortalaması duymayanlara göre daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p =0,048).

Sağlık durumu/hastalığı ile ilgili bilgilere ulaşmak için araştırma yapan katılımcıların SOÖ Uygulama/Kullanma alt boyutu puan ortalaması yapmayanlara göre daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p <0,001).

KRK'nın önlenebilir bir hastalık olduğunu düşünen katılımcıların SOÖ Uygulama/Kullanma alt boyutu puan ortalaması düşünmeyenlere göre daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p <0,001).

KRK'nın risk faktörlerini bilen katılımcıların SOÖ Uygulama/Kullanma alt boyutu puan ortalaması bilmeyenlere göre daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p <0,001).

Kansere yakalanmaktan korkan katılımcıların SOÖ Uygulama/Kullanma alt boyutu puan ortalaması korkmayanlara göre daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,006$).

SOÖ Uygulama/Kullanma alt boyutu puanının kronik hastalık varlığı ($p=0,208$), tanı konulmuş bir bağırsak hastalığı ($p=0,991$) ve kanser tanısı alma durumu ($p=0,467$), ailede ($p=0,815$) ve çevresinde KKK tanısı alan kişinin olması ($p=0,705$), KKK'ya yönelik herhangi bir tarama yöntemine dâhil olma durumu ($p=0,562$) gibi değişkenlerden etkilenmediği ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.14. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin SOÖ Toplam Puana Göre Dağılımı ($n=307$)

	Ort. $\pm$ Ss.	t/F	p
Cinsiyet			
Kadın	88,79 $\pm$ 26,7	t=0,440#	0,660
Erkek	90,18 $\pm$ 28,37		
Yaş			
20-29	96,53 $\pm$ 24,32 ^a	F=4,782	0,009*
30-39	91,45 $\pm$ 26,18 ^{ab}		
40+	83,37 $\pm$ 29,80 ^b		
Medeni durum			
Evli	85,67 $\pm$ 28,88	t=4,060#	<0,001*
Bekar	97,93 $\pm$ 22,25		
Eğitim durumu			
Lise	62,04 $\pm$ 35,11 ^a	F=13,319	<0,001*
Ön Lisans	64,00 $\pm$ 26,58 ^{ac}		
Lisans	89,04 $\pm$ 22,35 ^{bc}		
Yüksek Lisans	97,78 $\pm$ 21,91 ^b		
Doktora	92,33 $\pm$ 26,42 ^b		
Mesleğiniz			
Akademik personel	94,54 $\pm$ 24,55	t=4,595#	<0,001*
İdari personel	78,27 $\pm$ 30,47		
Akademik unvan			
Araştırma Görevlisi	97,62 $\pm$ 21,85 ^{ab}	F=3,076	0,017*
Öğretim Görevlisi	98,96 $\pm$ 22,09 ^a		

Tablo 4.14 (devam)

Doktor Öğretim Üyesi	93,36±26,11 ^{ab}		
Doçent	86,59±24,75 ^{ab}		
Profesör	78,07±30,62 ^b		
Gelir düzeyi tanımı			
Gelir giderden az	74,99±33,10 ^a		
Gelir gidere eşit	92,01±25,07 ^b	F=14,997	<0,001*
Gelir giderden fazla	97,88±21,41 ^b		

t:Bağımsız Örneklem T Testi (#), F:Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), * p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı, Aynı üst indis istatistiksel anlamsızlığı göstermektedir.

Tablo 4.14'te bireylerin sosyodemografik özelliklerin SOÖ toplam puanına göre dağılımı açıklanmaktadır.

Yaşı 20-29 aralığında olan katılımcıların SOÖ toplam puan ortalaması daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p = 0,009).

Bekâr olan katılımcıların SOÖ toplam puan ortalaması evli katılımcılara göre daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0,001).

Eğitim durumu yüksek lisans olan katılımcıların SOÖ toplam puan ortalaması daha yüksek olup, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p <0,001).

Akademik personel olan katılımcıların SOÖ toplam puan ortalaması idari personele göre daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p < 0,001).

Öğretim görevlisi olan katılımcıların SOÖ toplam puan ortalaması daha yüksek olup, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p = 0,017).

Geliri giderinden fazla olan katılımcıların SOÖ toplam puan ortalaması daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p <0,001).

Cinsiyet faktörü incelendiğinde SOÖ toplam puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (p = 0,660).

Tablo 4.15. Bireylerin Sağlık Alışkanlıkları ve KRK'ya İlişkin Özelliklerinin SOÖ Toplam Puanına Göre Dağılımı

	Ort. ± Ss.	t/F	p
Genel olarak sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?			
İyi	96,53±24,32 ^a		
Orta	91,45±26,18 ^{ab}	F=4,782	0,009*
Kötü	83,37±29,80 ^b		
Sigara kullanıyor musunuz?			
Evet	81,68±29,6		
Hayır	95,98±23,92	t=4,587	<0,001*
Alkol kullanıyor musunuz?			
Evet	84,12±32,18		
Hayır	90,76±26,25	t=1,462	0,098
Kronik hastalığınız var mı?			
Evet	84,6±29,12		
Hayır	90,46±27,18	t=1,379	0,169
Tanı konulmuş bir barsak hastalığınız var mı?			
Yok	89,63±27,75		
Kronik Kabızlık	88,04±25,40	t=0,271	0,787
Şimdiye kadar kanser tanısı aldınız mı?			
Evet	85,3±27,36		
Hayır	89,65±27,58	t=0,490	0,624
Ailenizde KRK tanısı alan kişi var mı?			
Evet	91,97±24,76		
Hayır	89,22±27,87	t=0,534	0,594
Çevrenizde (arkadaş, komşu) KRK tanısı alan kişi var mı?			
Evet	89,69±28,15		
Hayır	89,43±27,35	t=0,075	0,940
KRK'ya yönelik herhangi bir tarama yöntemine dahil oldunuz mu?			
Evet	91,43±21,86		
Hayır	89,26±28,21	t=0,438	0,661
KRK'ya yönelik erken tanı yöntemini duydunuz mu?			
Evet	94,02±23,16		
Hayır	86,80±29,58	t=2,237	0,026*

Tablo 4.15 (devam)

Sağlık durumunuz/hastalığınız ile ilgili bilgilere ulaşmak için araştırma yapar mısınız?				
Evet	95,31±22,09	t=7,845	<0,001*	
Hayır	56,59±32,16			
KRK'nın önlenebilir bir hastalık olduğunu düşünüyor musunuz?				
Evet	105,88±14,67	t=12,293	<0,001*	
Hayır	74,85±28,13			
KRK'nın risk faktörlerini biliyor musunuz?				
Evet	99,21±20,83	t=4,805	<0,001*	
Hayır	85,16±29,07			
Kansere yakalanmaktan korkuyor musunuz?				
Evet	91,96±23,81	t=2,518	0,014*	
Hayır	78,25±38,80			

t:Bağımsız Örneklem T Testi, F:Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), * p değeri 0,05 düzeyinde anlamlı, Aynı üst indis istatistiksel anlamsızlığı göstermektedir.

Tablo 4.15'te bireylerin sağlık alışkanlıkları ve KRK'ya ilişkin özelliklerinin SOÖ'den alınan toplam puana göre dağılımı gösterilmektedir.

Genel sağlık durumu iyi olan katılımcıların SOÖ toplam puan ortalaması daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p =0,009).

Sigara kullanmayan katılımcıların SOÖ toplam puan ortalaması sigara kullananlara göre daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p <0,001).

KRK'ya yönelik erken tanı yöntemini duyan katılımcıların SOÖ toplam puan ortalaması daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p =0,026).

Sağlık durumu/hastalığı ile ilgili bilgilere ulaşmak için araştırma yapan katılımcıların SOÖ toplam puan ortalaması yapmayanlara göre daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p <0,001).

KRK'nın önlenabilir bir hastalık olduğunu düşünen katılımcıların SOÖ toplam puan ortalaması düşünmeyenlere göre daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p <0,001).

KRK'nın risk faktörlerini bilen katılımcıların SOÖ toplam puan ortalaması bilmeyenlere göre daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0,001$).

Kansere yakalanmaktan korkan katılımcıların SOÖ toplam puan ortalaması korkmayanlara göre daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p = 0,014$).

SOÖ toplam puanının alkol kullanma ($p=0,098$), kronik hastalığının olması ($p=0,169$), tanı konulmuş bir bağırsak hastalığının ($p=0,787$) veya herhangi bir kanser tanısı almadan ($p=0,624$) etkilenmediği; ayrıca ailede ($p=0,594$) ve çevresinde KRK tanısı alan kişinin varlığının ($p= 0,940$) ve KRK'ya yönelik herhangi bir tarama yöntemine dâhil olma durumunun ($p=0,661$) da istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 4.16. KRK Kadercilik Skalası ve SOÖ Toplam ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon İlişkisi

			SOÖ- Bilgiye Erişim Alt Boyut Puanı	SOÖ - Bilgileri Anlama Alt Boyut Puanı	SOÖ – Değer Bıçme/Değerlendirme Alt Boyut Puanı	SOÖ - Uygulama/ Kullanma Alt Boyut Puanı	SOÖ Toplam Puanı
KRK Skalası	Kadercilik	r	-0,583	-0,654	-0,660	-0,686	-0,695
		p	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*
SOÖ - Bilgiye Erişim Alt Ölçeği Puanı		r		0,804	0,844	0,761	0,910
		p		<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*
SOÖ - Bilgileri Anlama Alt Ölçeği Puanı		r			0,836	0,789	0,935
		p			<0,001*	<0,001*	<0,001*
SOÖ - Değer Bıçme/Değerlendirme Alt Ölçeği Puanı		r				0,856	0,957
		p				<0,001*	<0,001*
SOÖ Uygulama/Kullanma Alt Ölçeği Puanı		r					0,906
		p					<0,001*

r: Pearson korelasyon katsayısı, * p değeri 0.05 düzeyinde anlamlı.

KRK kadercilik skalası ve SOÖ puanları arasındaki ilişkiye ait istatistiksel veriler tablo 4.16’da gösterilmektedir. KRK kadercilik skalası puanı ile SOÖ bilgiye erişim alt boyutu puanı ($r: -0,583$; $p<0,001$) arasında istatistiksel olarak orta düzeyde negatif yönlü bir ilişki olduğu; bilgileri anlama ($r: -0,654$; $p<0,001$), değer biçme/değerlendirme alt boyutu ($r: -0,660$; $p<0,001$), uygulama kullanma alt boyutu ($r: -0,686$; $p<0,001$) ve SOÖ toplam puanı ($r: -0,695$; $p<0,001$) arasında istatistiksel olarak yüksek düzeyde negatif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır.

SOÖ bilgiye erişim alt boyutu puanı ile uygulama/kullanma alt boyutu puanı ($r: 0,761$; $p<0,001$) arasında istatistiksel olarak yüksek düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu; bilgileri anlama ($r: 0,804$; $p<0,001$), değer biçme/değerlendirme alt boyutu ($r: 0,844$; $p<0,001$), ve SOÖ toplam puanı ($r: 0,910$; $p<0,001$) arasında istatistiksel olarak çok yüksek düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

SOÖ bilgileri anlama alt boyutu puanı ile uygulama/kullanma alt boyutu puanı ($r: 0,789$; $p<0,001$) arasında istatistiksel olarak yüksek düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu; değer biçme/değerlendirme alt boyutu ($r: 0,836$; $p<0,001$), ve SOÖ toplam puanı ($r: 0,935$; $p<0,001$) arasında istatistiksel olarak çok yüksek düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır.

SOÖ değer biçme/değerlendirme alt boyutu puanı ile uygulama/kullanma alt boyutu puanı ($r: 0,856$; $p<0,001$) ve SOÖ toplam puanı ($r: 0,957$; $p<0,001$) arasında istatistiksel olarak çok yüksek düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

SOÖ uygulama kullanma alt boyutu puanı ile SOÖ toplam puanı ($r: 0,906$; $p<0,001$) arasında istatistiksel olarak çok yüksek düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.17. KRK Kaderciliği Skalası ve SOÖ Regresyon Analizine İlişkin Katsayılar ve Güven Aralıkları

Model	Standardize Edilmemiş		β_1	t	p	B için Güven Aralığı (%95)		VIF
	β_0	Std. Hata				Alt Sınır	Üst Sınır	
Sabit	110,503	1,681		65,754	<0,001*	107,196	113,810	
KRK Kadercilik Puanı (Kkp)	-3,427	0,203	-0,695	-16,897	<0,001*	-3,824	1,000	1,001

F= 285,524, *p değeri 0.05 düzeyinde anlamlı, $R^2=0,484$, Düzeltilmiş $R^2=0,482$, β_0 : Standartlaştırılmamış Beta katsayısı, β_1 : Standartlaştırılmış Beta katsayısı

Üniversitede çalışan bireylerin KRK kaderciliği ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla uygulanan lineer regresyon analiz sonuçları Tablo 4.17’de gösterilmektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda lineer regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F= 285,524$, $p<0,05$). Lineer analizi sonucuna göre; KRK kaderciliğinin bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini negatif yönde etkilediği ve bireylerdeki kaderci düşünce artıkça bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin azaldığı belirlenmiştir. KRK skala puanı bir birim artığında SOÖ’den alınan puanı 3,427 puan azalmaktadır.



5.TARTIŞMA

Üniversitede çalışan bireylerin KRK kaderciliği ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın sonuçları bu bölümde tartışılmıştır.

Kanser kaderciliği, kanser teşhisinin bir kader meselesi olduğu, bireyin kontrolünde olmadığı ve kanser mevcut olduğunda ölümün kaçınılmaz olduğu inancıdır (Powe ve Finnie, 2003; Çapık ve Aydın, 2019). Lyratzopoulos ve arkadaşlarının (2015) kaderci inanışlar ile tanı anındaki evre arasındaki ilişkiyi incelediği popülasyona dayalı çalışmasında kadercilik skalası ortalama puanı 10,7 olarak belirtilmektedir. Aydın (2017)'ın çalışmasında ise KRK kadercilik skalası toplam puan ortalamasının 7.28 ± 3.70 olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmada ise KRK kadercilik skalası toplam puan ortalaması $6,2 \pm 5,58$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.3). Elde edilen verilere göre, bu çalışmada kadercilik skala puanının literatüre göre daha düşük olduğu söylenebilir. Bu sonuç, katılımcıların çoğunluğunun akademik personel olması ve lisans ve üstü eğitime sahip olması ile açıklanabilir. Keller ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında bireylerin eğitim seviyesi arttıkça kadercilik düzeyi azalmaktadır. Bu çalışmada da, lisans ve altı eğitime ait bireylerde kaderciliğin daha yüksek olması literatürü destekler niteliktedir.

Bu çalışmada üniversitede çalışan bireylerde cinsiyet ile KRK kadercilik skalası puanı ortalama değerleri arasında anlamlı fark olduğu, kadınların kadercilik düzeyinin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4). Bireylerin KRK kadercilik düzeyini araştıran çalışmalarda da bu çalışmayı destekler nitelikte kadınların KRK kadercilik skalası puanının daha yüksek olduğu görülmektedir (Powe, 1995; Lyratzopoulos, vd., 2015; Bobov ve Çapık, 2020). Bu sonucun Türk kültüründe kadınların toplumsal alandaki dezavantajlı konumlarıyla ilişkili olduğu düşünülebilir.

Bu çalışmada medeni durum ile KRK kaderciliği skalası puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,012$) (Tablo 4.4). Evli olan katılımcıların bekar katılımcılara göre kadercilik skalası puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Evli bireylerin bekarlara göre sorumluluklarının fazla olması, toplumsal rollerinin artması sebebiyle bu sonucun ortaya çıktığı düşünülebilir. Bobov ve Çapık (2020)'un çalışmasında da evli olan katılımcıların kadercilik puanı

daha yüksek bulunarak bu çalışmaya benzer sonuçlar elde edilmiştir. Vrinten ve arkadaşlarının (2016) altı etnik grupta kadercilik düzeyini araştırdığı çalışmasında bekar olanların kadercilik puanı daha yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde ise kaderci düşünce ile medeni durum ve kadercilik arasında ilişki bulunmadığını ifade eden çalışmalar da mevcuttur (Aydoğdu, vd., 2017; Kızılarıslan, 2020).

Bu çalışmada yaşa göre KRK kaderciliği skalasından alınan toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p: 0,074$) (Tablo 4.4). Bu çalışmayı destekler şekilde Powe (1995)'nin kaderciliğe etki eden faktörleri incelediği çalışmada da yaş faktörünün kaderciliğin önemli bir belirleyicisi olmadığı belirtilmiştir. Koboyashi ve Smith (2016)'in Amerikan halkında kanser ölümcüllüğünü incelediği çalışmasında genç yetişkinlerde kaderci inanışların daha yaygın olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte, literatürde incelendiğinde yaş ile kadercilik puanı arasında pozitif bir ilişki bulunduğunu ifade eden çalışmalar da bulunmaktadır (Aydoğdu, vd., 2017; Bobov ve Çapık, 2020). Bu çalışmaya katılan bireylerin çoğunluğunun akademik personel olması, üst eğitime sahip olması ve sadece %34,5'inin 40 yaş ve üzerinde olması nedeniyle aradaki farkın önemli olmadığı düşünülmektedir.

Eğitim kanser kaderciliğinde rol oynayan en önemli faktörlerden biridir (Keller vd., 2021). Bu çalışmada eğitim durumu ve KRK kaderciliği skalasından alınan puanlar arasındaki ilişki incelendiğinde lise ve önlisans mezunlarının kadercilik puanının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0,001$) (Tablo 4.4). Elde edilen sonuçlar, bu çalışmadaki katılımcıların %68'inin akademik personel olması; akademik personelin bilgiye ulaşma, araştırma yapmaya istekli oldukları düşünüldüğünde hastalıkları kadere bağlamak yerine nedenlerini aramayı tercih etmek istemeleri ile açıklanabilir. Literatürde bu çalışmaya benzer şekilde eğitim durumu düşük olanlarda kadercilik puanının daha yüksek olduğunu belirten birçok çalışma bulunmaktadır (Powe, 1995; Lyratzopoulos, vd., 2015; Aydoğdu, vd., 2017; Emanuel, vd., 2016; Duberstein, vd., 2018). Keller ve arkadaşlarının (2021) kanser tarama programına katılan bireylerle yaptığı eğitim ve kanser kaderciliği arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmalarında eğitim seviyesi düştükçe kadercilik puanlarının arttığı belirtilmektedir.

Bu çalışmada meslek ve kadercilik skala puanı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p < 0,001$). İdari personelin kadercilik skalasından aldığı puanın akademik personelden daha düşük olduğu

saptanmıştır. (Tablo 4.4). Kızılarıslan (2020)' ın çalışmasında farklı meslek grupları incelenmiş ve meslek grupları ile kadercilik skala puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir (Kızılarıslan, 2020). Bu çalışmada katılımcıların iki farklı meslekten olması ve iki meslekte eğitim ve gelir durumu açısından farklar olması sebebiyle kadercilik puanları arasında fark görüldüğü düşünülmektedir.

Bu çalışmada gelir durumu ile kadercilik skalasından alınan puan arasındaki ilişki incelendiğinde, geliri giderinden az olan katılımcıların kadercilik skalası puanı daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$) (Tablo 4.4). Gelir düzeyinin azalması ekonomik zorlanmayı beraberinde getirmektedir. Yaşanan bu ekonomik zorluklar Türk kültüründe çoğunlukla bireylerin spiritüel olarak baş etmelerine neden olmaktadır. Dolayısıyla bu ilişki içerisinde kaderciliğin de daha yüksek olacağı varsayılmaktadır. Bu çalışmaya benzer şekilde gelir düzeyi az olanlarda kadercilik skalası puanının daha yüksek olduğunu ifade eden başka çalışmalar da mevcuttur (Powe, 1995; Lyratzopoulos, vd., 2015; Bobov ve Çapık., 2020). Aydoğdu ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında ise bu çalışmadan farklı olarak gelir durumunun kadercilik üzerinde etkili bir faktör olmadığı ifade edilmektedir.

Araştırmalar, kaderciliğin hastalıklara karşı kendini koruma davranışının benimsenmesini engelleyebildiğini göstermektedir (Vrinten, vd., 2016; Köten, 2021). Bu nedenle kaderci inanışlara sahip bireylerde daha olumsuz sağlık sonuçları gözlemlenmektedir (Kim ve Lwin, 2021). Kadercilik ve sağlık davranışları arasındaki ilişkiyi ele alan 46 araştırmayı kapsayan bir meta-analiz çalışmasında (Cohn, vd., 2015) kadercilik düzeyleri ile sağlığı tehdit edici davranışlar arasında pozitif yönde ilişkinin olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada da bu görüşü destekleyecek şekilde genel sağlık durumu kötü olan katılımcıların kadercilik puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,033$) (Tablo 4.5). Bu sonuç, kaderci inanışa sahip bireylerin hastalığın bir kader meselesi olduğunu ve kendi kontrollerinin dışında geliştiğini düşündükleri için sağlık koşullarını iyileştirici çaba göstermemesi ile açıklanabilir.

Kanser kaderciliği kanseri önleyici davranışların önünde bir engel olarak görülmektedir. Kim ve Lwin (2021)'in çalışmasında kanser kaderciliğinin sigaradan kaçınma gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sürdürmede bariyer oluşturduğu ifade edilmiştir. Bu çalışmada yer alan katılımcıların yüzde 45,3'ünün sigara, %18,9'unun alkol kullandığı saptanmıştır (Tablo 4.2). Literatür incelendiğinde sigara içenlerin kadercilik puanının daha yüksek olduğunu belirtilen daha birçok çalışma

bulunmaktadır (Haynie, 2014; Lyratzopoulos, vd., 2015; Aydın, 2017). Hall ve Vos (2019)'un kırsalda sigara içen ve içmeyenler arasında kanser kaderciliği ilişkisini araştırdığı çalışmada; sigara içenlerin içmeyenlere kıyasla daha yüksek düzeyde kaderci görüşlere sahip olduğunu belirtmektedir. Bu çalışmada da sigara ve alkol kullanan katılımcıların, kullanmayan katılımcılara oranla kadercilik puanları benzer şekilde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5). Bunun bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sürdürmede kaderci yaklaşımlarının engel olması ile açıklanabilir. Dolayısıyla kanser kaderciliği olumsuz sağlık koşulları ile de ilişkilendirilmektedir (Köten, 2021). Bobov ve Çapık (2020)'in çalışmada kronik hastalığa sahip olan katılımcıların kadercilik puanlarını daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada ise kronik hastalığa sahip olma durumu ile katılımcıların kadercilik skalasından aldıkları puan arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p=0.99$) (Tablo 4.5). Çünkü çalışmada yer alan katılımcıların sadece %16,3'ünün kronik hastalığı bulunmaktadır (Tablo 4.2). Kronik hastalığa sahip olma durumu ile KRK skala puanı arasında fark bulunmaması katılımcıların sadece %34,5'inin 40 yaşının üzerinde olması ve %63,2'sinin genel sağlık durumunun iyi olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Sağlık alışkanlıkları ve KRK'ya ilişkin değişkenlerin KRK skalasından alınan puanlara göre dağılımı incelendiğinde; bağırsak hastalığına sahip olma, kanser tanısı alma, ailesinde ve çevresinde KRK tanısı bulunan bireyin varlığı ile skala puanı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p> 0,05$) (Tablo 4.5). Aydın (2017)'in çalışmada ise KRK taramasına katılmayanların ve ailesinde kanser varlığı olan katılımcılarda kadercilik puanı daha yüksek bulunmuştur. Aydoğdu ve arkadaşlarının (2017) çalışmada ise çalışma bulgularını destekler sonuçlar göstererek kişinin kendisinde ve çevresinde kanser varlığı ile kadercilik arasında bir ilişki saptamamıştır. Bu çalışmada bireylerin çoğunluğunun kolorektal kanserin risk faktörlerini bilmemesi ve bilmeyenlerin kadercilik puan ortalamasının sonucu etkilediği düşünülmektedir.

Erken tanı, KRK'da sağ kalımının en önemli belirleyicisidir (Wolf, vd., 2018; Gomes, vd., 2021). KRK'yı, erken evrede tanılamamanın en önemli yolu hastalığı asemptomatik evrede iken tarama programları ile tanılamaktır. KRK taramaları önündeki en önemli engellerden biri kaderciliktir. Çünkü kaderci inancıya sahip bireylerde kanser tarama ve önleme çabaları önemsiz görülmektedir (Keller, vd., 2021) ve kadercilik, tarama programlarına daha az katılım ile ilişkilendirilmiştir (Vrinten,

vd., 2016). Cohen ve arkadaşlarının (2021) KKK taraması önündeki engelleri incelediği çalışması da KKK taramalarına katılımın önündeki en önemli engelin kadercilik olduğunu vurgulamıştır (Cohen, vd., 2021). Clarke ve arkadaşlarının (2021) kolorektal kanser kaderciliğinin KKK taraması ile ilişkisini inceleyen popülasyona dayalı çalışmasında da kanser kaderciliğini tarama programlarına katılmama ile ilişkilendirilmiştir (Clarke, vd., 2021). Literatürde bu görüşü destekleyen birçok çalışma mevcuttur (Chon, vd., 2015; Crosby ve Collins, 2017; Moreno, vd., 2019). Kadercilik ve kanser taraması arasında negatif bir ilişki bulan araştırmaların aksine, Lee and Lee (2018)'in Koreli Amerikalılar arasında KKK taramasına ilişkin inançları incelediği çalışmasında kadercilik ve GGTT yaptırma durumu arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Literatür incelendiğinde kaderci inanışların taramaya katılma durumu ile ilişkili olmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur (Leung, vd., 2017). Bu çalışmada da KKK taramasına katılan ve katılmayan katılımcılar arasında kadercilik puanında istatistiksel bir fark saptanmamıştır ($p=0,714$) (Tablo 4.5). Bunun nedeni kanser taramasına yönelik herhangi bir tarama programına katılan bireylerin oranının sadece %11,4 olması olabilir. Ayrıca katılımcıların %65,5'inin 40 yaş altı olması, %92,2'sinin bağırsak hastalığının olmaması, %69,1'inin KKK risk faktörlerini bilmemesi, %89,6'sının ailesinde ve %70,7'sinin çevresinde kanser tanısı alan birey olmaması nedeniyle tarama programına katılmaya ihtiyaç duymamasına bağlı olacağı düşünülmektedir.

Literatür incelendiğinde kaderci inanışa sahip olan bireylerin sağlıkları ile ilgili daha az bilgi arayışına girdiği ve sağlık bilgilerini çevrelerinde gelişen hastalık durumlarını gözlemleyerek edindiği savunulmaktadır (Fleary, vd., 2019; Keller, vd., 2021). Bu çalışmada da sağlık durumu ile ilgili bilgilere ulaşmak için araştırma yapmayan ($p<0,001$), KKK'nın önlenemez olduğunu düşünmeyen ($p<0,001$), hastalığın risk faktörlerini bilmeyen ($p<0,001$) katılımcıların kadercilik puanı daha yüksektir (Tablo 4.5). Bu saptamadan yola çıkarak bu çalışmanın sonucunun literatürü destekler nitelikte olduğu söylenebilir. Kaderci inanışa sahip bireylerin kanseri önleme çabalarını önemsiz görmesi bu sonuca neden olabilir.

Sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlık durumlarını devam ettirmeleri ve geliştirmelerinde önemli bir belirleyicidir (Kobayashi ve Smith, 2016). Bu nedenle sağlık okuryazarlığı yaşam kalitesinin artması, sağlık sonuçlarının iyileştirilmesinde önemli bir faktördür (Kugbey, vd., 2019). Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek

olması toplum sağlığı için önemli bir unsur olmasına rağmen yapılan yurt içi (Çelikyörek, vd., 2020) ve yurt dışı (Davis vd., 2020) literatür incelemesinde sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olduğu görölmektedir. Davis ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında Amerika’da toplumun %48.2’sinin yeterli, %51.8’inin ise sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyi olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada ise SOÖ toplam puanı 89.50 ± 27.54 ; bilgiye erişme alt boyutu puanı 19.24 ± 5.91 ; bilgiyi anlama alt boyut puanı 23.45 ± 9.01 ; değer biçme alt boyut puanı 29.04 ± 9.01 ve uygulama alt boyut puanı 17.78 ± 5.64 olarak belirlenmiştir. Aras ve Temel (2017)’in çalışmasında da bu çalışmaya benzer şekilde SOÖ ortalama puanını 89.18 ± 19.20 , bilgiye erişme alt boyutu puanını 18.53 ± 4.64 ; bilgiyi anlama alt boyutu puanını 23.62 ± 6.06 ; değer biçme alt boyutu puanını 28.32 ± 6.79 ve uygulama alt boyutu puanını 18.72 ± 4.07 olduğu saptanmıştır. Bu doğrultuda, bu çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyinin literatür ile benzerlik gösterdiği ve yüksek düzeyde olduğu söylenebilir.

Literatürde sağlık okuryazarlığı düzeyi ve cinsiyet arasındaki ilişki incelendiğinde farklı sonuçlar görölmektedir. Bu çalışmada cinsiyete göre SOÖ toplam ve alt boyut puanları değerlendirildiğinde cinsiyetler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.6; Tablo 4.8; Tablo 4.10; Tablo 4.12; Tablo 4.14). Davis ve arkadaşlarının (2020) sınırlı okuryazarlığı ile ilişki faktörleri incelediği toplum temelli çalışmasında kadın cinsiyette sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Nafradi ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında da kadınların erkeklere göre sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Hussein ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında ise erkek cinsiyetin SOÖ toplam puanı daha yüksek bulunmuştur. Literatürde bu görüşü destekleyen başka çalışmalar da mevcuttur (Toçi, vd., 2013; Liu, vd., 2015; Deniz ve Oğuzöncül, 2020). Literatürdeki bu farklılığın diğeri sosyodemografik özelliklerle ilgili olabileceği, bu çalışmada çoğu katılımcıların eğitim seviyelerinin yüksek olması sebebiyle cinsiyet ile SOÖ puanı arasında fark olmadığı düşünölmektedir.

Bu çalışmada yaş faktörü ile SOÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Elde edilen verilere göre yaş arttıkça SOÖ’den alınan puan azalmaktadır (Tablo 4.14). Bu bulgunun, yaşın artması ile birlikte bilişsel yetilerin azalmasına bağlı olarak bireylerin bilgiye erişim, bilgileri anlama, bilgileri kullanma gibi becerilerinde azalma ile ilişkili olduğu düşünölmektedir. Nafradi ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında da ileri yaşta sağlık

okuryazarlığı düzeyi daha düşük olarak belirtilmektedir. Literatürde bu çalışmayı destekleyecek bir çok çalışma mevcuttur (Yeşildal, 2018; GarciaCodina, vd., 2019; Deniz ve Oğuzöncül, 2020). Ancak Davis ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında yaş ve sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu farklılığın Davis ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların sadece 50-75 yaş arası bireyler olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada medeni durum ile SOÖ toplam puanı ve alt boyut puanları arasında ilişki incelendiğinde bekârların sağlık okuryazarlığı düzeyinin evli olan katılımcılardan daha yüksek olarak bulunmuştur (Tablo 4.6; Tablo 4.8; Tablo 4.10; Tablo 4.12; Tablo 4.14). Bu farklılık, bekâr katılımcıların daha genç olması ve gençlerde bilgiye erişim, bilgiyi anlama ve kullanma yeteneğinin daha fazla olması ile açıklanabilir. Literatür incelendiğinde medeni durumun sağlık okuryazarlığı düzeyini etkilemediğini belirten çalışmalar (Çimen, 2015; Davis, vd., 2020) da mevcuttur. Toçi ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında ise evli olanların sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Bu farklılık Toçi ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların 65 yaş ve üzeri olması ile açıklanabilir.

Sağlık okuryazarlığı düzeyi ve eğitim arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalar incelendiğinde eğitim seviyesi arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin arttığını ifade eden birçok çalışma (Toçi, vd., 2013; Çimen, 2015; Hussein, vd., 2018; Garcia-Codina, vd., 2019; Nafradi vd., 2019; Davis, vd., 2020; Deniz ve Oğuzöncül, 2020) bulunmaktadır. Bu çalışmada da literatürü destekler şekilde üniversite ve üzeri eğitime sahip bireylerin SOÖ toplam ve alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6; Tablo 4.8; Tablo 4.10; Tablo 4.12; Tablo 4.14). Genel okuryazarlık düzeyinin sağlık okuryazarlık düzeyini etkilemesi sebebiyle eğitilmiş bireylerde SOÖ puanının yükselebileceği söylenebilir.

Literatürde sağlık okuryazarlığı ve meslek arasındaki ilişki incelendiğinde meslek sahibi olan ve herhangi bir işte çalışmayan bireyler arasında sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır (Chajae, vd., 2018). Bu çalışmada meslek grupları ve SOÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki incelendiğinde akademik personelin SOÖ toplam ve alt boyut puanlarının idari personelden yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6; Tablo 4.8; Tablo 4.10; Tablo 4.12; Tablo 4.14). Bu sonuç akademisyen katılımcıların mesleği gereği eğitim seviyelerinin

yüksek olması ve araştırma, okuma, bilgiye ulaşma imkanlarının fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Gelir durumu ile SOÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki incelendiğinde geliri giderinden fazla olan katılımcıların SOÖ toplam puanı arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6; Tablo 4.8; Tablo 4.10; Tablo 4.12; Tablo 4.14). Elde edilen bulgulara göre, geliri giderden az olan bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Davis ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında da benzer görüşle düşük gelirli bireylerin SOY düzeyi daha düşük bulunmuştur. Literatürde bu görüşü destekleyen birçok çalışma bulunmaktadır (Toçi, vd., 2013; Hussein, vd., 2018; Liu, vd., 2015). Bu bulgunun, gelir durumu iyi olan bireylerin sağlık bilgilerine ulaşmada daha avantajlı olmaları nedeniyle sağlık okuryazarlığının artması ile ilgili olduğu düşünülebilir.

Sınırlı okuryazarlığına sahip bireyler daha olumsuz sağlık sonuçları yaşayabilmektedir (Davis, vd., 2020). Katılımcıların genel sağlık durumu ve SOÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkisine bakıldığında sağlık durumu iyi olan katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.7; Tablo 4.9; Tablo 4.11; Tablo 4.13; Tablo 4.15). Bu çalışmaya destekler biçimde Çimen (2015)'in çalışmasında da genel sağlık durum iyi olan bireylerin SOÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Liu ve arkadaşlarının (2015) sağlık okuryazarlığı ve genel sağlık durumu ilişkisini incelediği çalışmalarında da genel sağlık durumu iyi olanların SOÖ puanı daha yüksektir. Bu doğrultuda bu çalışmadaki sonucun literatür ile benzer sonuçlar gösterdiği söylenebilir. Sağlık okuryazarlık düzeyinin yüksek olması; sağlık hizmetlerinden etkin yararlanmayı, sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik davranışları uygulamayı beraberinde getirebileceğinden bu sonucu ortaya çıkarabilir.

Sigara kullanma durumu ile SOÖ toplam ve alt boyutları puanı incelendiğinde sigara kullanmayan katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7; Tablo 4.9; Tablo 4.11; Tablo 4.13; Tablo 4.15). Bu farkın katılımcıların çoğunluğunun kanserden korkması ve kanserden korkanların SOÖ toplam ve alt boyutlarından ise bilgiye erişim, değer biçme, uygulama/kullanma boyutlarında anlamlı farklılık göstermesi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Çünkü kanserden korkma; riskli davranışlardan kaçınmayı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sürdürme ve araştırma yaparak kaliteli hale dönüştürmeye

odaklanmaktadır. Liu ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında da sigara kullanmayan bireylerin SOÖ puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Çimen (2015) çalışmasında ise sigara içme ve SOÖ puanları arasında herhangi bir ilişki bulunmadığı ifade edilmektedir.

Literatürde kronik hastalık ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde farklı görüşlerin olduğu belirlenmiştir. Literatürde kronik hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha düşük olduğunu belirten çok sayıda çalışma (Jovanic, vd., 2018; Taylor, vd., 2018; Yang, vd., 2017) olduğu saptanmıştır. Nafradi ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında ise kronik hastalığı olanların SOÖ puanı daha yüksek olarak belirtilmektedir. Bu çalışmada ise kronik hastalık ve sağlık okuryazarlığı ilişki incelendiğinde kronik hastalığı olan ve olmayan katılımcıların SOÖ puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.15). Bunun nedeninin katılımcıların çoğunluğunun 40 yaş altı olması ve kronik hastalığının bulunmaması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Kanser taramalarına katılımı arttıran faktörlerden biri de yüksek sağlık okuryazarlık düzeyi olarak kabul edilmektedir (Won Jin, vd., 2019). Sağlık okuryazarlığı düzeyi ve KRK tarama davranışlarını inceleyen çalışmalarda sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olanların tarama yöntemlerine katılma oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Heide, vd., 2015; Won, vd., 2019). Davis ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında da sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olanların KRK tarama testi yaptırma oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Horshauge ve arkadaşlarının (2020) sağlık okuryazarlığı ve KRK taraması arasındaki ilişkiyi incelediği araştırmada ise sağlık okuryazarlığı ve KRK taraması arasında ilişki bulunmamıştır. Bu çalışmada da KRK taramasına dahil olma durumu ve SOÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.15). Bunun katılımcıların çoğunluğunun 40 yaş altı bireylerden oluşması ve bu nedenle %88,6'sının herhangi bir tarama programına katılmaması ve genel olarak eğitim seviyelerin yüksek olmasından kaynaklandığı varsayılmaktadır.

Sağlık okuryazarlığı ve kanser kaderciliği birbiriyle ilişkili kavramlardır. Kobayashi ve Smith (2016)'in çalışmasında sınırlı sağlık okuryazarlığı olan bireylerde kadercilik düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Davis ve arkadaşlarının çalışmasında (2020) da yüksek düzeyde kanser kaderciliği, sınırlı sağlık okuryazarlığı ile ilişkilendirilmiştir. Leung ve arkadaşlarının (2017) Hong Kong'da 60 yaş ve üzeri

bireylerle yaptıkları çalışmada da kaderci inanışlar arttıkça sağlık bilgisi arama davranışlarının azaldığı bulunmuştur. Bu çalışmada benzer şekilde sağlık okuryazarlığı toplam puanı ile KRK kaderciliği skalası puanı arasında negatif yönlü bir ilişki saptamıştır ($r = -0,695$, $p < 0,001$) (Tablo 16). Bu doğrultuda kadercilik arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin azaldığı söylenebilmektedir. Üniversitede çalışan bireylerin KRK kaderciliği ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla uygulanan lineer regresyon analizine göre modelimiz istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F = 285,524$, $p < 0,05$) (Tablo 4.17). Bu sonuca göre; KRK kaderciliğinin bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini negatif yönde etkilediği ve bireylerin KRK kaderciliğindeki bir birimlik artışın sağlık okuryazarlık düzeyini 3,4 kat azalttığı belirlenmiştir (Tablo 17).

6.SONUÇLAR

Üniversitede çalışan bireylerin KRK kaderciliği ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin incelendiği bu araştırmada şu sonuçlar elde edilmiştir:

Katılımcıların yaş ortalaması $37,56 \pm 7,89$ ’ dur.

Katılımcıların %63,2 sinin sağlık durumunun iyi olduğu, %83,7 sinin kronik hastalığı olmadığı, %92,2’sinin tanı konmuş bir bağırsak hastalığı olmadığı, %88,6’ sının kolorektal kansere yönelik herhangi bir tarama yöntemine dahil olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.2).

KRK kadercilik skalası toplam puan ortalamaları $6,12 \pm 5,58$, SOÖ Bilgiye Erişim alt boyut puan ortalaması $19,24 \pm 5,91$, Bilgileri anlama alt boyut puan ortalaması $23,45 \pm 9,01$, Değer biçme/Değerlendirme alt boyut puan ortalaması $29,04 \pm 9,01$, Uygulama/Kullanma alt boyut puan ortalaması $17,78 \pm 5,64$ SOÖ toplam puanı $89,5 \pm 27,54$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.3).

Kadınların kadercilik skala puanı daha yüksek bulunmuştur ($p=0,032$) (Tablo 4.4).

Evli olanların kadercilik skala puanı daha yüksek bulunmuştur ($p=0,012$) (Tablo 4.4).

Üniversite ve üzeri eğitim seviyesinde olanların kadercilik skala puanı daha düşük bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.4).

Geliri giderinden az olanların kadercilik skala puanı daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.4).

Genel sağlık durumu kötü olanların kadercilik skala puanı daha yüksek bulunmuştur ($p=0,033$) (Tablo 4.5).

Sigara kullananların kadercilik skala puanı daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.5).

Bekâr olanların SOÖ bilgiye erişim alt boyutundan aldığı puan daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.6).

Akademik personelin SOÖ bilgiye erişim alt boyutundan aldığı puan daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.6).

Geliri giderinden fazla olanların SOÖ bilgiye erişim alt boyutundan aldığı puan

daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.6).

Genel sağlık durumu iyi olanların SOÖ bilgiye erişim alt boyutundan aldığı puan daha yüksek bulunmuştur ($p=0,002$) (Tablo 4.7).

Sigara kullanmayanların SOÖ bilgiye erişim alt boyutundan aldığı puan daha yüksek bulunmuştur ($p=0,001$) (Tablo 4.7).

Bekâr olanların SOÖ bilgiyi anlama alt boyutundan aldığı puan daha yüksek bulunmuştur ($p=0,002$) (Tablo 4.8).

Akademik personelin SOÖ bilgiyi anlama alt boyutundan aldığı puan daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.8).

Geliri giderinden fazla olanların SOÖ bilgiyi anlama alt boyutundan aldığı puan daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.8).

Genel sağlık durumu iyi olanların SOÖ bilgiyi anlama alt boyutundan aldığı puan daha yüksek bulunmuştur ($p=0,034$) (Tablo 4.9).

Sigara kullanmayanların SOÖ bilgiyi anlama alt boyutundan aldığı puan daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.9).

Bekâr olanların SOÖ değer biçme/değerlendirme alt boyutundan aldığı puan daha yüksek bulunmuştur ($p=0,001$) (Tablo 4.10).

Akademik personelin SOÖ değer biçme/değerlendirme alt boyutundan aldığı puan daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.10).

Geliri giderinden fazla olanların SOÖ değer biçme/değerlendirme alt boyutundan aldığı puan daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.10).

Genel sağlık durumu iyi olanların SOÖ değer biçme/değerlendirme alt boyutundan aldığı puan daha yüksek bulunmuştur ($p=0,016$) (Tablo 4.11).

Sigara kullanmayanların SOÖ değer biçme/değerlendirme alt boyutundan aldığı puan daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.11).

Bekâr olanların SOÖ uygulama/ kullanma alt boyutundan aldığı puan daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.12).

Akademik personelin SOÖ uygulama/ kullanma alt boyutundan aldığı puan daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.12).

Geliri giderinden fazla olanların SOÖ uygulama/ kullanma alt boyutundan aldığı puan daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.12).

Genel sağlık durumu iyi olanların SOÖ uygulama/ kullanma alt boyutundan aldığı puan daha yüksek bulunmuştur ($p=0,018$) (Tablo 4.13).

Sigara kullanmayanların SOÖ uygulama/ kullanma alt boyutundan aldığı puan daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.13).

Bekar olanların SOÖ toplam puanı daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.14).

Akademik personelin SOÖ toplam puanı daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.14).

Geliri giderinden fazla olanların SOÖ toplam puanı daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.14).

Genel sağlık durumu iyi olanların SOÖ toplam puanı daha yüksek bulunmuştur ($p=0,009$) (Tablo 4.15).

Sigara kullanmayanların SOÖ toplam puanı daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.15).

KRK kadercilik skalası puanı ile sağlık okuryazarlığı bilgiye erişim alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak orta düzeyde negatif yönlü bir ilişki olduğu; bilgileri anlama, değer biçme/değerlendirme alt boyutu, uygulanma kullanma alt boyutu ve sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak yüksek düzeyde negatif yönlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.16).

Katılımcıların KRK kaderciliğinin bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini negatif yönde etkilediği ve bireylerdeki kaderci düşünce arttıkça bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin azaldığı belirlenmiştir. KRK kadercilik skalası ortalama puanındaki bir birimlik artışın SOÖ'den alınan ortalama puanı 3,427 kat azalttığı bulunmuştur (Tablo 4.17).

7. ÖNERİLER

1. Kanser kaderciliğinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumsuz etkilediği sonucundan yararlanılarak, hemşirelerin bakımlarında kadercilik rolünü önemsemesi ve kaderciliğin etkisini bakımlarında gözeterek sağlığın korunması, geliştirilmesi ve yükseltilmesinde holistik yaklaşım sunması
2. Sağlık okuryazarlığının, KRK'yı önleme davranışlarını etkilediği göz önüne alındığında hemşirelerin bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin farklı olduğunu benimseyerek bakımlarında bu farklılığa yer vermesi
3. Hemşirelerin, bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin arttırılmasına yönelik faaliyetlerde bulunulması
4. Sağlık okuryazarlık düzeyine bakılmaksızın sağlık personelleri tarafından KRK taramalarına katılma ile ilgili farkındalığın oluşturulması, danışmanlığın yapılması,
5. Bireylere toplumda, sağlık kurumlarında ya da kitle iletişim araçları ile bilgilendirme yapılarak KRK ile ilgili bilgi düzeylerinin arttırılması
6. Kadercilik ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi farklı örneklem grubu kullanarak ortaya koyan çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Akyolcu, N. (2017). Ameliyat sonrası hemşirelik bakımı. İçinde G. Aksoy, N. Kanan, N. Akyolcu (Eds), Cerrahi Hemşireliği I. (2. Basım). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 363-364
- Alsheridah, N. ve Akhtar, S. (2018). Diet, obesity and colorectal carcinoma risk: Results from A national cancer registry-based Middle-Eastern study. *BMC Cancer*, 18(1), 1-10.
- American Cancer Society (ACS) (2020a). Can Colorectal Polyps and Cancer Be Found Early? Erişim: 05.09.2021 <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/detection-diagnosis-staging/detection.html>
- American Cancer Society (ACS) (2020b). Colorectal Cancer Risk Factors. Erişim: 05.09.2021, <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html>
- American Cancer Society (ACS) (2020c). *Colorectal cancer: Early detection, diagnosis, and staging: Colorectal cancer screening tests*. Erişim: 07.09.2021, <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/detection-diagnosis-staging/screening-tests-used.html>
- American Cancer Society (ACS) (2020d). *American Cancer Society Guideline for Colorectal Cancer Screening*. Erişim: 16.09.2021, <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/detection-diagnosis-staging/acs-recommendations.html>
- American Cancer Society (ACS) (2020e). *Chemotherapy for Colorectal Cancer*. Erişim: 18.09.2021, <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/treating/chemotherapy.html>
- Aras, Z. ve Temel Bayık, A. (2017). Sağlık okuryazarlığı ölçeği'nin türkçe formunun geçerlik ve güvenirliğinin değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 25(2), 85-94.
- Arnold, M., Sierra, M.S., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A. ve Bray, F. (2017). Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality. *Gut*, 66(4), 683-691.
- Atalay, B.I., Emiral ,G.Ö., Işıklı, B., Alataş, İ.Ö., Metintaş, S., Önsüz ,M.F.(2018). İki farklı gaitada gizli kan testinin geçerlilik yönünden karşılaştırılması. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*, 3(2):15-21.
- Aydın, M. A. (2017). *Kolorektal kanser kaderciliği ile duyarlılık ve engel algısı arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Aydoğdu, N. G., Çapık, C., Ersin, F., Kissal, A. ve Bahar, Z. (2017). The reliability and validity of prostate cancer fatalism inventory in Turkish language. *Journal of religion and health*, 56(5), 1670-1682.
- Bagnardi, V., Rota, M., Botteri, E., Tramacere, I., Islami, F., Fedirko, V. (2015). Alcohol consumption and site-specific cancer risk: A comprehensive dose-response meta-analysis. *Br J Cancer*,;112(3):580–593.
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A. ve Jemal, A. (2020). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries (vol 68, pg 394, 2018). *Ca-a Cancer Journal for Clinicians*, 70(4), 313-313.
- Baccolini, V., Rosso, A., Di Paolo, C., Isonne, C., Salerno, C., Migliara, G., ... Romano, F. (2021). What is the prevalence of low health literacy in european union member states?

- A systematic review and meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 36, 753-761.
- Bobov, G., & Capik, C. (2020). The reliability and validity of the religious health fatalism scale in Turkish language. *Journal of religion and health*, 59(2), 1080-1095.
- Burt, R. W., Barthel, J. S., Dunn, K. B., David, D. S., Drelichman, E., Ford, J. M., ... & Weinberg, D. (2010). NCCN clinical practise guideliness in oncology: Colorectal cancer screening. *J Natl Compr Canc Netw*, 8(1), 8-61.
- Cancer, WHO, 2018. https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1. Erişim Tarihi: 10.10.2021
- Cancer, WHO, 2020a. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer> Erişim: 15.09.2021
- Canser Today, WHO 2020b.
https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=asr&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=5&ages_group%5B%5D=9&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1 . Erişim Tarihi: 20.09.2021
- Carchman, E. (2019). Crohn's disease and the risk of cancer. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 32(04), 305-313.
- Chajae, F., Pirzadeh, A., Hasanzadeh, A. ve Mostafavi, F. (2018). Relationship between health literacy and knowledge among patients with hypertension in Isfahan province, Iran. *Electronic Physician*, 10(3), 6470-6477.
- Clarke, N., Kearney, P. M., Gallagher, P., McNamara, D., O'Morain, C. A. ve Sharp, L. (2021). Negative emotions and cancer fatalism are independently associated with uptake of faecal Immunochemical test-based colorectal cancer screening: Results from a population-based study. *Preventive Medicine*, 145, 106430.
- Cohen, M., Rosenfeld, M. ve Greenblatt-Kimron, L. (2021). Associations between cancer fatalism, causal attributions, and perceptions of benefits and barriers to screening for colorectal cancer. *International Journal of Behavioral Medicine*, 1-10.
- Cohn, L., Villar, O. E. ve Armando, O. (2015). Fatalism and health behavior: A meta-analytic review. *Colección Reportes Técnicos De Investigación* ISBN: 978-607-7953-80-7. Serie ICSA, Vol. 26.
- Crosby, R. A. ve Collins, T. (2017). Correlates of community-based colorectal cancer screening in a rural population: The role of fatalism. *The Journal of Rural Health*, 33(4), 402-405.
- Çapık, C. ve Aydın, M. A. (2019). Kolorektal kanser ve erken tanısında kadercilik. R. Hacıhasanoğlu Aşılar (Ed.), *Kronik Hastalıklarda Bakımın Yönetimi ve Hemşirelik* (1. Baskı) içinde (73-77 ss.). Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Çavdar, İ. (2019). Sindirim sisteminin (Gastrointestinal sistem- GİS) cerrahi hastalıkları ve bakımı. N. Akyolcu, N. Kanan, G. Aksoy (Ed.), *Cerrahi Hemşireliği* içinde (155-245). İstanbul: II.Nobel Tıp Kitabevleri.
- Çelikyürek, N.A ., Meydan Acımuş, N. ve Özcan, B. (2020). Bir üniversite hastanesi dahiliye polikliniğine başvuranlarda sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili etmenler. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 13(2), 258-266.
- Çimen, Z. (2015). *Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisi*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

- Çokmert, S. (2016). Kolorektal Kanser ve İmmünoterapi. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(3), 131-137.
- Dağıstanlı, S., Kalaycı, M.U. ve Kara, Y. (2018). Genel cerrahide ERAS protokolünün değerlendirilmesi. *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi*, 10, 9-20.
- Davis, S. N., Wischhusen, J. W., Suttond, S. K., Christyd, S. M., ... Sutterb, M. A. (2020). Demographic and psychosocial factors associated with limited health literacy in a community-based sample of older black americans. *Patient Education and Counseling*, 103(2), 385-391.
- Deniz, S. ve Oğuzöncül, A.F. (2020). Malatya ili Akçadağ ilçesinde sağlık okuryazarlığı düzeyinin değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 25(1), 5-13.
- Li Destri, G., Rinzivillo, C., Vasquez, E., Di Cataldo, A., Puleo, S., & Licata, A. (2001). Evaluation of the Prognostic Accuracy of Astler-coller's and Jass' Classifications of Colorectal Cancer. *Tumori Journal*, 87(3), 127-129.
- Dong Y, Zhou J, Zhu Y, et al. Abdominal obesity and colorectal cancer risk: systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Biosci Rep*. 2017; 37(6): BSR20170945. Published 2017 Dec 12. Doi:10.1042/BSR20170945
- Dun, L., Xian-Yi, W. ve Xiao-Ying, J. (2020). Effects of moderate-to-vigorous physical activity on cancer-related fatigue in patients with colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis. *Archives of medical research*, 51(2), 173-179.
- Durand, M. A., Lamouroux, A., Redmond, N. M., Rotily, M., Bourmaud, A., Schott, A. M., ... & Delpierre, C. (2021). Impact of a health literacy intervention combining general practitioner training and a consumer facing intervention to improve colorectal cancer screening in underserved areas: protocol for a multicentric cluster randomized controlled trial. *BMC public health*, 21(1), 1-12.
- Dursun, N. ve Paşaoğlu, E. (2018). Kolon-rektum tümörlerinde amerikan ortak kanser komitesi 8. basım evrelemesi ve amerikan patologlar akademisi protokolündeki değişiklikler ve güncellemeler. *Güncel Patoloji Dergisi*, 3, 78-84. doi: 10.5146/jcpath.2018.31.
- Emanuel, A. S., Godinho, C. A., Steinman, C. ve Updegraff, J. A. (2018). Education differences in cancer fatalism: The role of information-seeking experiences. *Journal of health psychology*, 23(12), 1533-1544.
- Erdoğan, U. E., Çaycı, H. M., Tardu, A., Arslan, U., Demirci, H., & Yıldırım, Ç. (2020). Relationship between health literacy and quality of colonoscopy bowel preparation. *The Turkish Journal of Gastroenterology*, 31(11), 799.
- Ersin, F. ve Dedeoğlu, G.D. (2020). Hemşirelerin meme kanseri korku ve kadercilik algılarının meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi. *Gevher Nesibe Journal Of Medical & Health Sciences*, 5(9), 146-153.
- Eti Aslan, F., Karadağ Arlı, Ş. (2017). Gastrointestinal sistem cerrahisinde bakım. In: Cerrahi bakım. Eds: Eti Aslan F, Ankara, 2. Baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi, p. 472-512.
- Fernández-Gutiérrez, M., Bas-Sarmiento, P., Albar-Marín, M. J., Paloma-Castro, O. ve Romero- Sánchez, J. M. (2018). Health literacy interventions for immigrant populations: a systematic review. *International Nursing Review*, 65(1), 54-64.
- Flag, A. (2016) Lower digestive tract disorders, Introduction to Medical Surgical Nursing, Editor: Linton AD, Sixth edition, Elsevier Saunders, Canada.
- Fleary, S. A., Paasche-Orlow, M. K., Joseph, P. ve Freund, K. M. (2019). The relationship between health literacy, cancer prevention beliefs, and cancer prevention behaviors. *Journal of Cancer Education*, 34(5), 958-965.

- Galal, Y. S., Amin, T. T., Alarfaj, A. K., Almulhim, A. A., Aljughaiman, A. A., Almulla, A. K ve Abdelhai, R. A. (2016). Colon cancer among older Saudis: awareness of risk factors and early signs, and pefflearceived barriers to screening. *Asian Pac J Cancer Prev*, 17, 1837-1845.
- Garcia-Codina O., Juvinyà-Canal D., Amil-Bujan P., Bertran-Noguer C., GonzálezMestre M.A., ... Masachs-Fatjo E. (2019). Determinants of health literacy in the general population: results of the catalan health survey. *BMC Public Health*, 19, 1-12.
- Globacan, 2020a, Turkey,
<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/792-turkey-fact-sheets.pdf>
 Erişim:15. 09. 2021
- Globacan, 2020b, World,
<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-fact-sheets.pdf>
 Erişim: 15. 09. 2021
- Gomes, T., Espírito-Santo, M. ve Nascimento, T. (2021). Colorectal cancer prevention: strategies for promoting literacy. *European Journal of Public Health*, 31(Ek sayı-2), ckab120-021.
- Gu, M. J., Huang, Q. J., Bao C. Z., Li J. Y., Li X. Q., Ye, D. ve Ye, Z. H. (2018). Attributable causes of colorectal cancer in China. *BMC Cancer*, 18(38), 1-9.
- Guérin, A., Mody, R., Fok, B., Lasch, K.L.,Zhou, Z., Wu, E.Q. et al. (2014). Risk of developing colorectal cancer and benign colorectal neoplasm in patients with chronic constipation. *Aliment Pharmacol Ther*, 40(1):83-92.
- Guo, X. M., Tom, L., Leung, I., O'brian, C., Zumpf, K. ve Simon, M. (2021). Associations between fatalistic cancer beliefs and cancer-screening behaviors in chinese american immigrant women. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 23, 699-706.
- Hadjiiladis, D., Khoruts, A., Zauber, A. G., Hempstead, S.E., Maisonneuve, P., Lowenfels, A. B., ..., Gini, A. (2018). Cystic fibrosis colorectal cancer screening consensus recommendations. *Gastroenterology*, 154(3), 736-745.
- Hall, M. B. ve Vos, P. (2019). Comparison of cancer fatalism among rural smokers and nonsmokers. *Journal of community health*, 44(2), 215-221.
- Haq, A. I., Schneeweiss, J., Kalsi, V., & Arya, M. (2009). The Dukes staging system: a cornerstone in the clinical management of colorectal cancer. *The lancet oncology*, 10(11), 1128.
- Haynie, D., Soller, B. ve Williams, K. (2014). Anticipating early fatality: friends, schoolmates' and individual perceptions of fatality on adolescent risk behaviors. *Journal of Adolescence*, 43, 175-192.
- Heide, I., Uiters, E., Jantine Schuit, A., Rademakers, J., & Fransen, M. (2015). Health literacy and informed decision making regarding colorectal cancer screening: a systematic review. *The European Journal of Public Health*, 25(4), 575-582.
- Helsingen, L. M., Vandvik, P. O., Jodal, H. C., Agoritsas, T., Lytvyn, L., ... Anderson, J.C. (2019). Colorectal cancer screening with faecal immunochemicaltesting, sigmoidoscopy or colonoscopy: A clinical practice guideline. *BMJ*, 367, 1-16.
- Higashi, D., Katsuno, H., Kimura, H., Takahashi, K., Ikeuchi, H., Kono, T., ve Futami, K. (2016). Current state of and problems related to cancer of the intestinal tract associated with Crohn's disease in Japan. *Anticancer research*, 36(7), 3761-3766.

- Houstey, A. J., Gunn, C. M., Paasche-Orlow, M. K. ve Basen-Engquist, K. M. (2021). Health literacy interventions in cancer: A systematic review. *Journal of Cancer Education*, 36(2), 240-252.
- Horshaue, P. M., Gabel, P., Larsen, M. B., Kirkegaard, P., Edwards, A. ve Andersen, B. (2020). The association between health literacy and colorectal cancer screening uptake in a publicly funded screening program in Denmark: cross-sectional study. *Preventive medicine reports*, 19, 101132.
- Humphrys, E., Burt, J., Rubin, G., Emery, J. D. ve Walter, F. M. (2019). The influence of health literacy on the timely diagnosis of symptomatic cancer: A systematic review. *European Journal of Cancer Care*, 28(1), 1-9.
- Hurley S, Goldberg D, Nelson DO, et al. Risk of colorectal cancer associated with active smoking among female teachers. *Cancer Causes Control*. 2013; 24(7):1291-1304. Doi:10.1007/s10552-013-0207-z
- Hussein, S.H., Almajran, A. ve Albatineh, A.N. (2018). Prevalence of health literacy and its correlates among patients with type II diabetes in Kuwait: A population based study siabetes. *Res Clin Pract*, 141, 118-125.
- Jochem, C. ve Leitzmann, M. (2016). Obesity and colorectal cancer. *Obesity and Cancer*, 208, 17- 41.
- Jovanić, M., Zdravković, M., Stanisavljević, D. ve Jović Vraneš, A. (2018). Exploring the importance of health literacy for the quality of life in patients with heart failure. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 15(8), 1-13.
- Kanan, N. (2017). Ameliyat sırası hemşirelik bakımı. İçinde G. Aksoy, N. Kanan, N. Akyolcu (Eds), Cerrahi Hemşireliği I. (2. Basım). İstanbul: Nobel Matbaacılık; 301-334.
- Kara, M., Tanoğlu, A. (2013). Dünya Çapında Bir Halk Sağlığı Problemi Olan Kolorektal Karsinomda Tarama Stratejileri ve Kolonoskopinin Yeri. *TAF Prev Med Bull*, 12(6), 743-750.
- Kaya, A. ve Bozkur, B. (2015). Kadercilik eğilimi ölçeğinin geliştirilmesi: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 11(3), 935-946.
- Kaya, A. ve Bozkur, B. (2017). Kadercilik eğilimi ile özyeterlik inancı ve savunma mekanizmaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ege Eğitim Dergisi*, 18(1), 124-145.
- Keller, K. G., Toriola, A. T. ve Schneider, J. K. (2021). The relationship between cancer fatalism and education. *Cancer Causes & Control*, 32(2), 109-118.
- Kızılarıslan, V. (2020). *Kadercilik ölçeğinin türkçe geçerlilik ve güvenilirliği çalışması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Kim, K. ve Han, H. R. (2016). Potential links between health literacy and cervical cancer screening behaviors: a systematic review. *Psycho-Oncology*, 25, 122–130.
- Kim, H. K. ve Lwin, M. O. (2021). Cultural determinants of cancer fatalism and cancer prevention behaviors among asians in singapore. *Health Communication*, 36(8), 940-949.
- Kobayashi, R. ve Ishizaki, M. (2020). Relationship between health literacy and social support and the quality of life in patients with cancer: Questionnaire study. *Journal of Participatory Medicine*, 12(1), 1-12.
- Kobayashi, L. C. ve Smith, S. G. (2016). Cancer fatalism, literacy, and cancer information seeking in the American public. *Health Education & Behavior*, 43(4), 461-470.
- Köten, E. (2021). Kadercilik, sağlık davranışı ve covid-19: Bir literatür incelemesi. *Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi*, 10(2), 515-528.

- Kuh, Z. ve Erdem R. (2019). Fatalizm eğiliminin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisi. *SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(1), 1-16.
- Kugbey, N., Meyer-Weitz, A. ve Asante, K. O. (2019). Access to health information, health literacy and health-related quality of life among women living with breast cancer: Depression and anxiety as mediators. *Patient Education and Counseling*, 102(7), 1357-1363.
- Lee, S. Y. ve Lee, E. E. (2018). Access to health care, beliefs, and behaviors about colorectal cancer screening among Korean Americans. *Asian Pacific Journal Of Cancer Prevention: APJCP*, 19(7), 2021.
- Leung, D. Y., Chow, T. T. ve Wong, E. M. (2017). Cancer-related information seeking and scanning behaviors among older Chinese adults: Examining the roles of fatalistic beliefs and fear. *Geriatrics*, 2(4), 1-9.
- Liu, Y.B., Liu, L., Li, Y.F. ve Chen, Y.L. (2015). Relationship between health literacy, health related behaviors and health status: A survey of elderly Chinese. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(8), 9714-9725.
- Lyratzopoulos, G., Liu, M. P., Abel, G. A., Wardle, J. ve Keating, N.L. (2015). The association between fatalistic beliefs and late stage at diagnosis of lung and colorectal cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.*, 24(4), 720-726.
- Macrae, A.F. (2021). Colorectal cancer: Epidemiology, risk factors, and protective factors. R. M. Goldberg ve D. Seres (Ed.) içinde *Wolters Kluwer*. Erişim: 07.09.2021, <https://www.uptodate.com/contents/colorectal-cancer-epidemiology-risk-factors-andprotective-factors/print>
- Miri, M. R., Moodi, M., Sharif-Zadeh, G. R., Malaki Moghadam, H., Miri, M. ve Norozi, E. (2018). Cognitive predictors of cervical cancer screening's stages of change among sample of Iranian women health volunteers: A path analysis. *Plos One*, 13(3), 0193638.
- Zardanjani, M.M., Savabi-Esfahani, M. ve Taleghani, F. (2019). Fatalism in breast cancer and performing mammography on women with or without a family history of breast cancer. *BMC Women's Health*, 19(1), 1-5.
- Moreno, P. I., Yanez, B., Schuetz, S. J., Wortman, K., Gallo, L. C., Benedict, C., ... Penedo, F. J. (2019). Cancer fatalism and adherence to national cancer screening guidelines: Results from the hispanic community health study/study of latinos (HCHS/SOL). *Cancer Epidemiology*, 60, 39-45.
- Morris, N. S., Field, T. S., Wagner, J. L., Cutrona, S. L., Roblin, D. W., Gaglio, B., ... Mazor, K. M. (2013). The association between health literacy and cancer-related attitudes, behaviors, and knowledge. *Journal of Health Communication*, 18(sup1), 223-241.
- Murphy, G., Devesa, S.S., Cross, A.J., Inskip, P.D., McGlynn, K.A., Cook, M.B. (2011). Sex disparities in colorectal cancer incidence by anatomic subsite, race and age. *Int / Cancer*, 1; 128: 1668-75.
- Nair, M. ve Peate, I. (2020). *Hemşireler için bir bakışta patofizyoloji*. (Çev. F. Töre). İstanbul: İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık.
- Náfrádi, L., Papp-Zipernovszky, O., Schulz, P. J. ve Csabai, M. (2019). Measuring functional health literacy in Hungary: Validation of S-TOFHLA and Chew screening questions. *Central European Journal of Public Health*, 27(4), 320-325.
- Overbeek, J. A., Kuiper, J. G., van der Heijden, A. A., Labots, M., Haug, U., Herings, R. M., & Nijpels, G. (2019). Sex-and site-specific differences in colorectal cancer risk among people with type 2 diabetes. *International journal of colorectal disease*, 34(2), 269-276.

- Papadakos, J. K., Hasan, S. M., Barnsley, J., Berta, W., Fazelzad, R., Papadakos, C. J., ... Howell, D. (2018). Health literacy and cancer self-management behaviors: A scoping review. *Cancer*, 124(21), 4202-4210.
- Pei, J.P., Zhang, C.D., Fan, Y.C., Dai, D.Q. (2019). Comparison of Different Lymph Node Staging Systems in Patients With Resectable Colorectal Cancer. *Front Oncol*, 15; 8: 671.
- Powe, B. D. (1995). Cancer fatalism among elderly caucasians and african americans. *Oncol Nurs Forum*, 22, 1355-1359.
- Powe, B. D. ve Finnie, R. (2003). Cancer fatalism: the state of the science. *Cancer Nurs*, 26, 454-465.
- Power, A. M., Talley, N. J., & Ford, A. C. (2013). Association between constipation and colorectal cancer: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Official journal of the American College of Gastroenterology| ACG*, 108(6), 894-903.
- Rahimian Boogar, I., Talepasand, S., Norouzi, H., Mozafari, S. ve Hosseini, S. J. (2018). The prediction of colorectal cancer screening based on the extended parallel process model: Moderating the role of health literacy and cancer-related empowerment. *International Journal of Cancer Management*, 11(6), e62539.
- Ratchasan, P., Monkong, S. ve Aree-Ue, S. (2020). Selected factors related to adaptation among colorectal cancer older adults with colostomy. *The Bangkok Medical Journal*, 16(1), 50-57.
- Sağlık Bakanlığı. *Kanser Taramaları*. Erişim: 15.10.2021, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari>
- Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı 2016. Türkiye kanser kontrol programı, https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/yayinlar/raporlar/Ulusal_Kanser_Kontrol_Plani_2013_2018.pdf, 2016. Erişim Tarihi: 14.10.2021
- Samoil, D., Kim, J., Fox, C. ve Papadakos, J. K. (2021). The importance of health literacy on clinical cancer outcomes: a scoping review. *Annals of Cancer Epidemiology*, 5(3), 1-30.
- Sawicki, T., Ruszkowska, M., Danielewicz, A., Niedźwiedzka, E., Arłukowicz, T. ve Przybyłowicz, K. E. (2021). A review of colorectal cancer in terms of epidemiology, risk factors, development, symptoms and diagnosis. *Cancers*, 13(9), 1-23.
- Schmeler, K. M., Frumovitz, M. ve Ramirez, P. T. (2011). Conservative management of early stage cervical cancer: Is there a role for less radical surgery? *Gynecol Oncol.*, 120(3), 321-325.
- Selvi, A. ve Kaya, H. (2021). The relationship between learning needs and fatalism tendency in women who have a relative with breast cancer. *Journal of Religion and Health*, 1-18, <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01339-x>.
- Shaw, E., Farris, M. S., Stone, C. R., Derksen, J., Johnson, R., Hilsden, R. J., Friedenreich, C. M., & Brenner, D. R. (2018). Effects of physical activity on colorectal cancer risk among family history and body mass index subgroups: a systematic review and meta-analysis. *BMC cancer*, 18(1), 71. <https://doi.org/10.1186/s12885-017-3970-5>
- Siegel, R. L., Miller, K. D., Fuchs, H. E. ve Jemal, A. (2021). Cancer statistics, 2021. *CA: a cancer journal for clinicians*, 71(1), 7-33.
- Sohler, N. L., Jerant, A. ve Franks, P. (2015). Socio-psychological factors in the expanded health belief model and subsequent colorectal cancer screening. *Patient Educ Couns*, 98, 901-907.

- Şahinöz, T., Şahinöz, S. ve Kıvanç, A. (2018). Üniversite son sınıf öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri üzerine karşılaştırmalı bir araştırma. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(3), 71-79.
- Şimşekoğlu, Ö. ve Nordfjærn T. (2017). The role of safety culture/climate and social cognitive factors for driving behaviors of Turkish professional drivers transporting petroleum products. *J Risk Res*, 20(5), 650-663.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., ... Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the european health literacy survey questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC public health*, 13(1), 1-10.
- Sørensen, K., Makaroff, L. E., Myers, L., Robinson, P., Henning, G. J., Gunther, C. E. ve Roediger, A. E. (2020). The call for a strategic framework to improve cancer literacy in europe. *Archives of Public Health*, 78(1), 1-4.
- Spáčilová, Z., Solgajová, A., Vörösová, G., Zrubcová, D. (2018). Exogenous risk factors for colorectal cancer in people aged 50 years and older. *Kontakt*, 20:126- 122.
- Tam, S. Y., & Wu, V. W. (2019). A review on the special radiotherapy techniques of colorectal cancer. *Frontiers in oncology*, 9, 208.
- Tayhan, A. ve Özmen, D. (2019). Erkeklerin prostat kanseri taraması konusundaki bilgi düzeyleri ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki. *Çukurova Medical Journal*, 44(4), 233-240.
- Taylor, D. M., Fraser, S., Dudley, C., Oniscu, G. C., Tomson, C., Ramanan, R., ... ATTOM investigators (2018). Health literacy and patient outcomes in chronic kidney disease: a systematic review. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 33(9), 1545-1558.
- Thanikachalam, K. ve Khan, G. (2019). Colorectal cancer and nutrition. *Nutrients*, 11(1), 1-11.
- Toçi, E., Burazeri, G., Sorensen, K., Jerliu, N., Ramadani, N., Roshi, E. ve Brand, H. (2013). Health literacy and socioeconomic characteristics among older people in transitional Kosovo. *British Journal of Medicine & Medical Research*, 3(4), 1646-1658.
- Totur Dikmen, B. (2019). Gastrointestinal sistemin yapı ve fonksiyonu. Ü. Yıldız Fındık, S. Ünver, S. Eyi (Ed.), *Gastrointestinal sistemin cerrahi hastalıkları ve hemşirelik bakımı* (1. Baskı) içinde (3-12 ss.). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- TÜİK (2020). *Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2019*. Erişim: 11.10.2021, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710> (24.06.2020).
- Türk Klinik Biyokimya Derneği (2021). *Gaitada gizli kan*. Erişim: 07.10.2021, <http://www.tkbd.org/files/EK-11.php>
- Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği-TKRCD (2021a). *Flexible (bükülebilir) sigmoidoskopi*. Erişim: 07.10.2021 <https://www.tkrcd.org.tr/flexible-bukulebilir-sigmoidoskopi>
- Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği-TKRCD (2021b). *Kolonoskopi* Erişim: 07.10.2021 <https://www.tkrcd.org.tr/kolonoskopi>
- Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği-TKRCD (2021c). *Kolorektal Kanserde Tarama ve Takip*. Erişim: 07.10.2021 <https://www.tkrcd.org.tr/kolorektal-kanserde-tarama-ve-takip>
- Türk Tıbbi Onkoloji Derneği (2021). *Kanser Tarama Testleri*. Erişim: 05.10.2021, <https://www.kanser.org/saglik/toplum/kanser-tarama/ulkemizde-kanser-tarama-programlari>

- Vrinten, C., Wardle, J. ve Marlow, L.A.V. (2016). Cancer Fear and Fatalism Among Ethnic Minority Women in the United Kingdom. *Br J Cancer*, 114, 597-604.
- Weiser, M. R. (2018). AJCC 8th edition: Colorectal cancer. *Annals of Surgical Oncology*, 25(6), 1454-1455
- Wolf, A. M. D., Fontham, E. T. H., Church, T. R., Flowers, C. R., Guerra, C. E., ... Smith, R. A. (2018). Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update from the american cancer society. *A Cancer Journal of Clinicians*, 68(4), 250-281.
- Won Jin, S., Lee, Y. ve Dia, D. A. (2019). Analyzing paths from online health information seeking to colorectal cancer screening using health literacy skills frame and cognitive mediation model. *Patient Education and Counseling*, 102(3), 416-423.
- Wong, M. C., Huang, J., Lok, V., Wang, J., Fung, F., Ding, H. ve Zheng, Z. J. (2021). Differences in incidence and mortality trends of colorectal cancer worldwide based on sex, age, and anatomic location. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 19(5), 955-966.
- Woudstra, A. J., Smets, E. M., Dekker, E., Broens, T. H., Penning, J., Smith, S., ... Fransen, M. P. (2019). Development and pilot-testing of a colorectal cancer screening decision aid for individuals with varying health literacy levels. *Patient Education And Counseling*, 102(10), 1847-1858.
- Xie, J., Xie, S., Cheng, Y. ve He, Z. (2020). Beliefs and information seeking in patients with cancer in southwest china: survey study. *JMIR Cancer*, 6(2), e16138.
- Yamada A, Komaki Y, Komaki F, Micic D, Zullo S, Sakuraba A. (2018), Risk of gastrointestinal cancers in patients with cystic fibrosis: a systematic review and metaanalysis, *Lancet Oncology* ;19(6):758-67.
- Yang, X., Zhao, C., Li, S., Chen, F. Z. ve Li, J. G. (2017). Health literacy level and influence factors of occupational population in one province. *Chinese Journal of Industrial Hygiene and Occupational Diseases*, 35(9), 683-687.
- Yavuz Van Giersbergen, M. (2015). Ameliyat öncesi hemşirelik yönetimi. İçinde M. Yavuz Van Giersbergen, Ş. Kaymakçı (Eds), *Ameliyathane Hemşireliği*. İzmir: Meta Basım Matbaacılık; 274-275.
- Yeşildal M. (2018). *Yetişkin bireylerde dijital okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki: Konya örneği*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Yıldızeli Topçu, S. (2019). Kalın bağırsak tümörleri ve hemşirelik bakımı. Ü. Yıldız Fındık, S. Ünver, S. Eyi (Ed.), *Gastrointestinal Sistemin Cerrahi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı* (1. Baskı) içinde (111-125 ss). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Yılmaz, M., Dereli, F. ve Yelten, G. (2016). Elli yaş ve üzerindeki bireylerin bazı sosyodemografik özellikleri, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık inançlarının kolon kanserine ilişkin tarama davranışlarına etkisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 13, 226-34.
- Zeng, H., Umar, S., Rust, B., Lazarova, D. and Bordonaro, M. (2019). Secondary Bile Acids and Short Chain Fatty Acids in the Colon: A Focus on Colonic Microbiome, Cell Proliferation, Inflammation, and Cancer. *International Journal of Molecular Sciences*, 20(5), 1214. doi:10.3390/ijms20051214

EKLER

Ek 1. Katılımcı Tanıtıcı Bilgi Formu

Sayın Katılımcı, “Üniversitede Çalışan Bireylerin Kolorektal (Bağırsak) Kanseri Kaderciliği ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi” adlı araştırma, üniversitede çalışan bireylerde kolorektal kanser kaderciliği ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi belirlemek için tasarlanmıştır. Çalışmanın etik kurul izni alınmıştır (26.03.2021/284). Bu amaç doğrultusunda sizden cevaplamanızı istediğimiz soru formu ve ölçekler vardır. Bu çalışmanın katılımcılara kansere yönelik erken tanının önemini vurgulaması açısından katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Cevaplarınız sadece araştırmacıların mailine gelecek ve sadece onlar görecektir. Sizden alınan bilgiler bilimsel bir araştırmaya veri olarak kullanılacaktır. Bu çalışmaya katıldığınız için herhangi bir ücret ödenmeyecek ve talep edilmeyecektir. İsmiğiniz gizli kalacak ve hiçbir şekilde kaydedilmeyecektir.

Bilime katkılarınız ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

Yüksek Lisans Öğrencisi Sibel TÖRE

Doktor Öğretim Üyesi Özge İŞERİ

Sosyodemografik Özellikler

Sayın katılımcı, Aşağıdaki soruların doğru veya yanlış bir cevabı yoktur, sadece sizin konu hakkındaki görüşünüzü öğrenmek için sorulmaktadır. Lütfen soruları okuyarak sizin düşüncenizi en iyi yansıtan cevaba ‘X’ koyun.ı işaretleyin.

1. Cinsiyet:

☐ Erkek ☐ Kadın

2. Yaşınız:.....

3. Medeni durumunuz: ☐ Evli ☐ Bekar

4. Eğitim durumunuz?

☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Önlisans ☐ Lisans ☐ Yüksek Lisans

☐ Doktora

5. Mesleğiniz

☐ Akademik Personel ☐ İdari Personel ☐ Diğer.....(Belirtiniz)

6. Akademik personel iseniz unvanınız?

☐ Araştırma Görevlisi ☐ Öğretim Görevlisi ☐ Doktor Öğretim Üyesi

☐ Doçent ☐ Profesör

7. Gelir düzeyinizi nasıl tanımlarsınız?

☐ Gelir giderden az ☐ Gelir gidere eşit ☐ Gelir giderden fazla

Sağlık Alışkanlıkları ve Kolorektal Kansere İlişkin Özellikler

7. Genel olarak sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü

8. Sigara kullanıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

9. Alkol kullanıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

10. Kronik hastalığınız var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

11. Tanı konulmuş bir barsak hastalığınız var mı?

☐ yok ☐ var

12. Şimdiye kadar kanser tanısı aldınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

13. Ailenizde kolorektal kanseri tanısı alan kişi var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

14. Çevrenizde (arkadaş, komşu) kolorektal kanseri tanısı alan kişi var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

15. Kolorektal (bağırsak) kanserine yönelik herhangi bir tarama yöntemine dahil oldunuz mu?

☐ Evet ☐ Hayır

16. Kolorektal kansere yönelik erken tanı yöntemini duydunuz mu?

☐ Evet ☐ Hayır

17. Sağlık durumunuz/hastalığınız ile ilgili bilgilere ulaşmak için araştırma yapar mısınız?

☐ Evet ☐ Hayır

18. Kolorektal kanser hastalığının önlenabilir bir hastalık olduğunu düşünüyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

19.Kolorektal kanser hastalığının risk faktörlerini biliyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

20. Kansere yakalanmaktan korkuyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır



Ek 2. KOLOREKTAL KANSER KADERCİLİK SKALASI

Aşağıda kolorektal kanserine ilişkin inançlarını içeren ifadeler verilmiştir. Lütfen her ifadeyi okuyup, size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Lütfen soruları boş bırakmayınız.

1. Bence birinin bağırsak kanseri olması için ne çeşit yemekler yediğinin önemi yoktur, her şekilde bağırsak kanserine yakalanacaktır.	Evet	Hayır
2. Bence birisi bağırsak kanserine yakalanmışsa bunun tedavisi için zaten çok geçtir.	Evet	Hayır
3. Bence birisi hayatı boyunca yağlı gıdalar tüketse de bağırsak kanserine yakalanmayacaksa yakalanmaz.	Evet	Hayır
4. Bence bağırsak kanserine yakalanacak olan kişi ne olursa olsun bir şekilde yakalanır	Evet	Hayır
5. Bence bağırsak kanserine yakalanan kişi zaten yakalanacaktır.	Evet	Hayır
6. Bence bağırsak kanserine yakalanan kişinin ölüm vakti yakındır.	Evet	Hayır
7. Bence bağırsak kanserine yakalanan kişinin ölüm nedeni bu olacaktır.	Evet	Hayır
8. Bence bağırsak kanserine yönelik kontroller insanları gerçekten bağırsak kanserine yakalanmış olabilmeleri ihtimalinden dolayı korkutuyor	Evet	Hayır
9. Bence birisi bağırsak kanserine yakalanacaksa bağırsak kanserine yakalanır	Evet	Hayır
10. Bence bazı insanlar bağırsak kanseri olup olmadıklarını öğrenmek istemiyorlar çünkü bundan dolayı ölebileceklerini bilmek istemiyorlar.	Evet	Hayır
11. Bence birisi bağırsak kanserine yakalanırsa bunu erken ya da geç fark etmesinin önemi yoktur; her şekilde bu hastalıktan ölecektir.	Evet	Hayır
12. Bence birisi bağırsak kanserine yakalanıp tedavi olsa da muhtemelen yine de bağırsak kanserinden ölür.	Evet	Hayır
13. Bence birisi bağırsak kanserine yakalanacaksa doktorların ve hemşirelerin onlara ne söylediğinin önemi yoktur, her şekilde bağırsak kanserinden ölürlər.	Evet	Hayır
14. Bence birisi bağırsak kanserine yakalanacaksa sağlıklı yiyecekler yiyip yemediğinin önemi yoktur, yine de bağırsak kanserine yakalanır	Evet	Hayır
15. Bence bağırsak kanseri ne zaman teşhis edildiği ve nasıl tedavi edildiğine bakılmaksızın kişiyi öldürür	Evet	Hayır

Ek 3. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ

1= Yapamayacak Durumdayım 2= Çok Zorluk Çekiyor 3= Biraz Zorluk Çekiyor 4= Az Zorluk Çekiyor 5= Hiç Zorluk Çekmiyorum

BİLGİYE ERİŞİM		1. Yapamayacak Durumdayım	2. Çok Zorluk Çekiyor	3. Biraz Zorluk Çekiyor	4. Az Zorluk Çekiyor	5. Hiç Zorluk Çekmiyorum
1.	Hastalıklar hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?					
2.	Tedaviler hakkında bilgileniyor musunuz?					
3.	Sigara içme, şişmanlık gibi sağlık riskleri hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?					
4.	Nasıl sağlıklı kalınacağı hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?					
5.	Sağlıklı yiyecekler ve nasıl formda kalınacağı hakkında bilgileri elde edebiliyor musunuz?					
BİLGİLERİ ANLAMA						
6.	İlaç kutularında bulunan açıklayıcı bilgileri anlayabiliyor musunuz?					
7.	Tıbbi reçeteleri anlayabiliyor musunuz?					
8.	Eczanelerde, hastanelerde ya da doktor muayenahanelerinde bulunan sağlığa zararlı davranışlar hakkında bilgi sağlayan broşürleri okuyabiliyor musunuz?					
9.	Sigara içmek, uyuşturucu kullanmak, içkili araba kullanmak vb. gibi tehlikeli davranışlar hakkındaki bilgileri anlayabiliyor musunuz?					
10.	Besin etiketlerinin içeriğini anlayabiliyor musunuz?					
11.	Sağlıklı yaşam biçiminin önemini anlayabiliyor musunuz?					
12.	Ev, okul, işyeri ya da mahallede sağlıklı çevrenin önemini anlayabiliyor musunuz?					

DEĞER BİÇME/ DEĞERLENDİRME						
13.	Doktorunuzla ya da eczacınızla tıbbi bilgileri tartışabiliyor musunuz?					
14.	Tedavi seçeneklerinin yan etkilerini ya da yararlarını düşünebiliyor musunuz?					
15.	Tıbbi önerilerden hangisinin sizin için en iyisi olduğuna karar verebiliyor musunuz?					
16.	Sağlığınıza zararlı davranışlarınızı belirleyebiliyor musunuz?					
17.	Diğer insanların yaptığı sağlığa zararlı davranışlardan ders alabiliyor musunuz?					
18.	Sağlık personeli, arkadaşlarınız, aileniz ya da radyo, gazete, televizyon gibi kaynaklardan edindiğiniz sağlığa zararlı davranışlarla ilgili bilgileri dikkatli biçimde değerlendirebiliyor musunuz?					
19.	Sağlıkla ilgili alışkanlıklarınızı değerlendirebiliyor musunuz?					
20.	Sağlıklı beslenme ya da spor gibi sağlıklı seçimlerin etkilerini ve yararlarını düşünebiliyor musunuz?					
UYGULAMA/ KULLANMA						
21.	Doktor, hemşire ya da eczacının size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?					
22.	Aşı yaptıрма, bir tarama programında yer alma, güvenli araba kullanma gibi sağlık personellerinin size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?					
23.	Eğer isterseniz sağlığa zararlı alışkanlıklarınızı değiştirebiliyor musunuz?					
24.	Sağlıklı ürünlere (doğal besinler, zararsız kimyasallar gibi) ulaşabiliyor musunuz?					
25.	Sağlıkla ilgili bilgileri sizin yararınıza olacak şekilde kullanabiliyor musunuz?					

Ek 4. Kolorektal Kanser Kaderiliği Skalası Kullanım İzni

ölçek hk.



Gelen Kutusu x



Sibel Tore

Alıcı: c_capik36

12 Mart Cum 21:54 (4 gün önce)



Sayın Doç. Dr. ÇAPIK

Ben Sibel TÖRE. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim. Dr. Öğr. Üyesi Özge İŞERİ hocamın danışmanlığında yürüteceğim "Üniversitede Çalışan Bireylerin Kolorektal Kanser Kaderliliği ve Sağlık Okuryazarlığı arasındaki ilişkinin belirlenmesi" adlı tez çalışmam için izniniz olursa geçerlik ve güvenilirliğini yaptığınız " Kolorektal Kanser Kaderliliği Skalası " adlı ölçeği kullanmak istiyoruz. Gerekli iznin verilmesi ve ölçeğin değerlendirilmesi ile ilgili görüşlerinizi saygılarımla rica ederim.

İyi akşamlar dilerim

Saygılarımla

--

Öğr. Gör. Sibel TÖRE

Sinop Üniversitesi

Türkeli Meslek Yüksekokulu

Çocuk Koruma ve Bakım Hizmetleri Programı

Türkeli / SİNOP



Canturk CAPIK

Alıcı: Ali, ben

15 Mart Pzt 11:29 (1 gün önce)



Sevgili Sibel, merhaba, skalayı kullanabilirsin.

Ek 5. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Kullanım İzni



Sibel Tore

Alıcı: ayla.temel ▾

16 Mart Sal 22:44 (2 gün önce)



Sayın Prof. Dr. BAYIK TEMEL

Ben Sibel TÖRE. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim. Dr. Öğr. Üyesi Özge İŞERİ hocamın danışmanlığında yürüteceğim "Üniversitede Çalışan Bireylerin Kolorektal Kansere Kaderliliği ve Sağlık Okuryazarlığı arasındaki ilişkinin belirlenmesi" adlı tez çalışmam için izniniz olursa Aras ile geçerlik ve güvenilirliğini yaptığınız "Sağlık Okuryazarlığı" adlı ölçeği kullanmak istiyoruz. Gerekli iznin verilmesi ve ölçeğin değerlendirilmesi ile ilgili görüşlerinizi saygılarımla rica ederim.

İyi akşamlar dilerim

Saygılarımla

--

Öğr. Gör. Sibel TÖRE

Sinop Üniversitesi

Türkeli Meslek Yüksekokulu

Çocuk Koruma ve Bakım Hizmetleri Programı

Türkeli / SİNOP



Ayla Bayık Temel

Alıcı: ben ▾

17 Mart Çar 16:14 (1 gün önce)



Sayın Sibel Töre

Uzman Hemşire Zühal Aras ile birlikte geçerlik ve güvenilirliğini test ettiğimiz "Sağlık Okuryazarlık Ölçeğini" bilimsel çalışmanızda kullanabilmemiz uygundur. Çalışmalarınızda başarılar dilerim. Makaleye Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017;25(2):85-94 sayısında ulaşabilirsiniz ölçeğin son hali ve kullanımı makalede açık verilmiştir, açıklanmıştır. Makaledeki formu kullanınız. İlginize teşekkür ederim, başarılar dilerim. Prof. Dr. Ayla Bayık Temel

Ek 6. Etik Kurul İzni



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURUL KARARLARI

KARAR TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
26.03.2021	03	2021/284

KARAR NO:
2021/284

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Yüksek Lisans öğrencisi Sibel TÖRE' ve Dr. Öğr. Üyesi Özge İŞERİ' nin "Üniversitede Çalışan Bireylerin Kolorektal Kanseri Kadrcılığı Ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" isimli Yüksek Lisans Tezine ilişkin anket, ölçek ve bilgisayar ortamında anket / test uygulama çalışmalarını içeren 9347 sayılı dilekçesi okunarak görüşüldü.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Yüksek Lisans öğrencisi Sibel TÖRE' ve Dr. Öğr. Üyesi Özge İŞERİ' nin "Üniversitede Çalışan Bireylerin Kolorektal Kanseri Kadrcılığı Ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" isimli Yüksek Lisans Tezine ilişkin anket, ölçek ve bilgisayar ortamında anket / test uygulama çalışmalarının kabulüne oy birliği ile karar verildi.

Ek 7. Kurum İzni



T.C.
SİNOP ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Genel Sekreterlik

Sayı : E-57452775-044-22841
Konu : Anket, Ölçek, Test Uygulama İzni (Sibel
TÖRE)

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi : 27.04.2021 tarihli ve E-72975315-044-51240 sayılı yazınız.

İlgi yazınız ile Üniversiteniz Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek lisans öğrencisi Sibel TÖRE, Dr.Öğr.Üyesi Özge İŞERİ danışmanlığında yürüttüğü "Üniversitede Çalışan Bireylerin Kolorektal Kanseri Kaderliliği ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını Üniversitemiz akademik ve idari personeline online anket uygulaması yapabilmeyi talep etmektedir. Söz konusu anket çalışması Rektörlüğümüzce uygun görülmüştür.
Bilgilerini ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Nihat DALGIN
Rektör

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSL4SKL8HC Pin Kodu :53372

Belge Takip Adresi :
<http://ebeledogrulama.sinop.edu.tr/envision.sorgula/belgedogrulama.aspx?eD=BSL4SKL8HC&eS=22841>

Adres:Korucuk Mah. Trafo Sok. 15 Temmuz Yerleşkesi No:36 Rektörlük Binası 57000
Merkez/SİNOP
Telefon:(0 368) 271 57 68 Faks:(0 368) 271 57 70
e-Posta:gensek@sinop.edu.tr Web: www.sinop.edu.tr
Kep Adresi: sinopuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Deniz GÖLETİOĞLU
Unvanı: Sekreter
Tel No: 1201



ÖZ GEÇMİŞ

Sibel ÇİLİNGİR, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nden 2011 yılında mezun oldu. Mezuniyetinden sonra 2011-2016 yılları arasında İstanbul Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi'nde çalıştı. 2016- 2018 yılında Samsun Kavak Devlet Hastanesinde hemşire olarak çalıştı. 2018 yılından itibaren Sinop Üniversitesi'nde öğretim görevlisi olarak çalışmaktadır. 2019 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalında yüksek lisans programına başladı. Sibel Çilingir orta derecede İngilizce bilmektedir. Temel ilgi alanları kitap okuma, spor ve müziktir.

İletişim Bilgileri

ORCID ID: 0000-0003-3307-0999