



**KOLOREKTAL KANSER KADERCİLİĞİ İLE
DUYARLILIK VE ENGEL ALGISI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Muhammet Ali AYDIN

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Cantürk ÇAPIK

Yüksek Lisans Tezi – 2017

**T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KOLOREKTAL KANSER KADERCİLİĞİ İLE
DUYARLILIK VE ENGEL ALGISI ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Muhammet Ali AYDIN

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

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Cantürk ÇAPIK**

ERZURUM

2017

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

**KOLOREKTAL KANSER KADERCİLİĞİ İLE DUYARLILIK VE
ENGEL ALGISI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Muhammet Ali AYDIN

Tez Savunma Tarihi : 29.12.2017

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Cantürk ÇAPIK (Atatürk Üniversitesi)



Jüri Üyesi : Doç. Dr. Dilek KILIÇ (Atatürk Üniversitesi)



Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Nihal Gördes AYDOĞDU (Dokuz Eylül Üniversitesi)



Onay

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


Prof. Dr. Duygu ARIKAN
Enstitü Müdürü

**Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM – 2017**

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT.....	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VI
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VII
TABLolar DİZİNİ	VIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Epidemiyoloji.....	6
2.2. Kolorektal Kanserlerin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	7
2.2.1. Değişirilebilir Risk Faktörleri.....	9
2.3. Kolorektal Kanser Belirtileri	10
2.4. Kolorektal Kanser Evrelendirilmesi	11
2.5. Koruyucu Faktörler.....	12
2.6. Kolorektal Kanser Tarama Yöntemleri.....	14
2.7. Ülkemizde Kolorektal Kanser Tarama Ulusal Programı	16
2.8. Kolorektal Kanserlerden Korunma	16
2.9. Sağlık İnanç Modeli.....	17
2.10. Kadercilik.....	20
2.11. Ölçeklerde Geçerlilik ve Güvenirlik.....	22
2.11.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi	22
2.11.2 Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi.....	23
3.MATERYAL VE METOT.....	28
3.1. Araştırmanın Türü.....	28
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	28
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	28
3.4. Çalışmaya Dahil Edilme Koşulları	33
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	33
3.6. Verilerin Toplanması	34
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	36
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	38
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	38

4. BULGULAR.....	39
5. TARTIŞMA.....	54
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	62
KAYNAKLAR	64
EKLER	78
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	78
EK-2. DEMOGRAFİK TANITIM FORMU-I.....	79
EK-3. DEMOGRAFİK TANITIM FORMU-II	80
EK-4. KOLOREKTAL KANSER KADERCİLİK SKALASI.....	82
EK-5. KOLOREKTAL KANSERDE DUYARLILIK VE ENGEL ALGISINA YÖNELİK SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ	83
EK-6 ÖLÇEK DİL GEÇERLİLİĞİ İÇİN GÖRÜŞÜ ALINAN UZMANLAR	84
EK-7. ÖLÇEĞİN YAZARINDAN ALINAN İZİN MAİL YAZISI.....	85
EK-8. ETİK KURUL ONAYI.....	86
EK-9. HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ İZİN YAZISI	87

TEŞEKKÜR

Eğitimim süresince yetişmemde büyük emekleri olan ve her aşamada değerli katkılarını benden esirgemeyen danışmanım ve saygıdeğer hocam Doç. Dr. Cantürk Çapık'a, lisansüstü eğitimimde ilk günden itibaren değerli bilgi ve katkıları ile yöneten, hiçbir zaman desteklerini ve yardımlarını esirgemeyen sayın hocalarım Doç. Dr. Dilek Kılıç'a, Yrd. Doç. Dr. Sonay Bilgin'e, Yrd. Doç. Dr. Nazlı Hacıoğlu'na, araştırmayı yapmama imkan sağlayan Kars Yenışehir Aile Sağlığı Merkezi hekim ve hemşirelerine, çalışmaya gönüllü olarak katılan tüm katılımcılara ve bu çalışmayı 2016/123 sayı nolu projeye destekleyen Atatürk Üniversitesi BAP birimine,

Hayatlarını çocuklarına adayan, her zaman sevgi ve desteklerini sonsuz kere hissettiğim canım anneme ve babama varlıklarına hep şükrettiğim sevgili kardeşlerime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Muhammet Ali AYDIN

ÖZET

Kolorektal Kanser Kaderciliği ile Duyarlılık ve Engel Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Amaç: Kolorektal Kanser Kaderciliği Skalasının Türk Dilinde geçerlik ve güvenilirliğini saptamak ve geçerli çıkması durumunda kolorektal kanser taramalarına katılımda kadercilik, duyarlılık ve engel algısı arasındaki ilişkiyi ve etkileyen etmenleri incelemektir.

Materyal Metot: Birinci aşaması metodolojik ikinci aşaması tanımlayıcı türde yürütülen bu araştırma, Haziran 2016-Aralık 2017 tarihleri arasında Kars'ın Yenişehir ASM bölgesinde gerçekleştirilmiştir. Birinci bölümün örneklemi 200, ikinci bölümün örneklemi 336 kişi olup, çalışmada iki demografik form ve dört ölçek kullanılmıştır. Veriler, SPSS 17 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdelikler, ortalama ve standart sapmaların yanı sıra, faktör analizi Cronbach α katsayısı ve madde toplam korelasyon analizleri yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmanın birinci aşamasında skalanın Türkçe versiyonunun da tek alt boyutlu olduğu, tüm maddelerde 0.30'un üzerinde ve açıklanan varyansı %34.77 olduğu belirlenmiştir. Skala'nın Cronbach α katsayısı 0.80 olarak belirlendi.

Çalışmanın ikinci aşamasında gelir seviyesi, meslek, KRK bilgilerinin nereden öğrenildiği, KRK taramalarının kaç yaşında yapıldığı ve ailede kanser öyküsünün riski artırdığını bilme türüne göre; kadercilik, duyarlılık ve engel algısı puanları anlamlı olarak değişmektedir ($p<0.05$). Eğitim düzeyi, daha önce KRK taramalarına katılma, gelecekte taramalara katılmayı düşünme; kadercilik ve duyarlılık algısı puanları anlamlı olarak değişmektedir ($p<0.05$). KRK taramalarının ücretsiz olduğunu bilme, KRK taramalarının nerede yapıldığını bilme, taze sebze ve meyve tüketme, obezitenin riski artırdığını bilme durumuna göre kadercilik ve engel algısı puanları anlamlı olarak değişmektedir ($p<0.05$).

Sonuç: Kolorektal Kanser Kaderciliği Skalasının Türk dilinde geçerli ve güveniliridir. Gelir düzeyinin, mesleğin, KRK bilgilerinin nereden öğrenildiğinin, taramaların kaç yaşında yapıldığının, ailedeki kanserin riski artırdığını bilmenin kadercilik, engel ve duyarlılık algılarını etkileyen ortak faktörler olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Duyarlılık, engel, geçerlik, güvenilirlik, hemşirelik, kadercilik ve kolorektal kanser

ABSTRACT

Investigation of Relationship Between Colorectal Cancer Fatalism, Sensitivity and Barriers Perceptions

Aim: Determine the Turkish validity and reliability of Colorectal Cancer Fatalism Inventory and if it is proved valid, examine the relationship between fatalism, susceptibility and barrier perception regarding participation in colorectal cancer screenings and the associated factors.

Material and Method: This study whose first stage was methodological and second stage was descriptive was conducted in Yenişehir FHC region of Kars between June 2016 and December 2017. Sample of the first stage of the study consisted of 200 and the second stage was 336 individuals. It was used two socio demographics form and four scales in the study. The data were analyzed via SPSS 17 packaged software by using numbers, percentages, mean, standard deviations, factor analysis, Cronbach α coefficient and item total correlations.

Results: In the first stage of the study, it was determined that the Turkish version of the scale also had one subscale and was above 0.30 in all items and the variance being explained was 34.77% and the Cronbach α was 0.80. In the second stage of the study, it was found that the participants obtained scores of fatalism, susceptibility and barrier perception significantly differed in terms of the level of income, occupation, information source for their CRC knowledge, at what age CRC screenings were made, and knowing that cancer history in family increases the risk ($p<0.05$). Scores of fatalism and susceptibility perception significantly differed in terms of educational level, state of previously participating in CRC screenings and considering to participating in screenings in the future ($p<0.05$). Scores of fatalism and barrier perception significantly differed in terms of knowing that CRC screenings are made for free, knowing where CRC screenings are made, consuming fresh vegetables and fruits, and knowing that obesity increases the risk ($p<0.05$).

Conclusion: It was determined that Colorectal Cancer Fatalism Inventory is valid and reliable in the Turkish. Income, occupation, information source of CRC knowledge, at what age CRC screenings were made, and knowing about the fact that cancer history in family increases the risk were common factors affecting fatalism, barrier and susceptibility perceptions.

Keywords: Barrier, colorectal cancer, fatalism, nursing, reliability, susceptibility and validity

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ASM	: Aile Sağlık Merkezi
ÇKBE	: Çift Kontrast Baryumlu Enema
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analiz
DM	: Diabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GGKT	: Gaitada Gizli Kan Testi
GLOBACAN	: Global Burden of Cancer Study
HIV	: Human Immuno Deficiency
KGİ	: Kapsam Geçerlilik İndeksi
KKSİMÖ	: Kolorektal Kanser Sağlık İnanç Modeli Ölçeği
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin
KRK	: Kolorektal Kanser
SİM	: Sağlık İnanç Modeli
SPSS	: Statistical Package for Social Science

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Sekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 2.1. Kolon Anatomisi	5
Şekil 2.2. Yeni Dünya Kanseri İstatistikleri	6
Şekil 2.3. Kolorektal Kanseri Risk Faktörleri	7
Şekil 2.4. Kolorektal Kanseri Koruyucu Faktörler	12
Şekil 2.5. Kolorektal Kanseri Sağlık İnanç Modeli	19



TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 3.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı	29
Tablo 3.2. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı	31
Tablo 3.3. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler	37
Tablo 3.4. Verilerin Normallik Dağılım Analizleri	38
Tablo 4.1. Ölçek Maddelerine Ait KGI Skorları.....	39
Tablo 4.2. KMO ve Barlett Testi Sonuçları	41
Tablo 4.3. Kolorektal Kansere Kaderciliği Skalası Maddelerinin Faktör Yükleri	42
Tablo 4.4. Kolorektal Kansere Kaderciliği Skalası'na Ait KR-20 ve Madde Toplam Korelasyonları.....	43
Tablo 4.5. Kolorektal Kansere Kadercilik Skalası'ndan Alınabilecek En Düşük-En Yüksek Puanlar İle Ölçek Toplam Puan Ortalaması	44
Tablo 4.6. Katılımcıların Çalışmada Kullanılan Ölçeklerden Aldıkları Puanların Dağılımları	44
Tablo 4.7. Kadercilik ile Duyarlılık ve Engel Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	45
Tablo 4.8. Katılımcılarda Çeşitli Özelliklere Göre Kadercilik, Duyarlılık ve Engel Algısını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi	46
Tablo 4.9. Yaş ve BKİ ile Kadercilik, Duyarlılık ve Engel Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	52

1. GİRİŞ

Kolorektal kanser (KRK), yaygın görülen bir hastalık olmakla birlikte ölüm oranı yüksek bir hastalık olup en fazla görülen kanserler arasında dördüncü sıradadır ve kansere bağlı ölümlerde ikinci sırada yer almaktadır. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) verilerine göre 2015 yılında, 98.830 yeni kolon kanseri vakası ve yaklaşık 40.000 yeni rektal kanser vakası belirlenmiş olup, kolon ve rektum kanser mortalitesi yaklaşık 50.310 ölüm olarak tahmin edilmektedir.¹ Amerikan Kanser Birliği'nin (American Cancer Society-ACS) raporuna göre 2016 yılında KRK kadınlarda ve erkeklerde en çok görülen üçüncü kanserdir.² Sağlık Bakanlığının 2014 yılındaki bildirisine göre, KRK ülkemizde en çok görülen üçüncü kanser türüdür, erkeklerde görülme sıklığı (%20.7) kadınlara göre (%13.1) daha fazladır.³ Gaitada gizli kan testi (GGKT), sigmoidoskopi, baryumlu kolon grafisi ve kolonoskopi KRK'nın erken tanısında kullanılmaktadır. Erken tanı yöntemleri sayesinde KRK'nın görülme sıklığında son 15 yılda %7 oranında azalma görülmüştür. Milenyumdan itibaren KRK tedavisi sürekli gelişim göstermiştir.⁴ Bu gelişmeler sayesinde KRK'nın görülme sıklığında ve ölüm oranında azalma sağlanmıştır.⁵

Bireyin sağlığına etki eden birçok faktör vardır. Bu faktörlerin başında genetik özellikler gelmektedir ayrıca kültür de bireyin sağlığına genetik kadar etki eden bir unsurdur. Kültür; yöresel inançlardan tutum ve alışkanlıklardan, felsefi yorumlara kadar çok geniş bir alanı kapsamaktadır.^{6,7} Farklı gruplardan insanların yaşamı tehdit eden hastalıklara verdikleri tepkiler, büyük ölçüde o insanların kültürel arka planlarına dayanmaktadır. Her kültürün sağlık ve hastalık hakkında kendi inanç sistemleri, algıları ve düşünceleri vardır. Sağlık çalışanları için kansere ilişkin kültürel tepkileri anlamak da, istatistiksel eğilimleri bilmek kadar önemlidir. Kültür, hastaların kanseri anlamadaki farklılıkları, kanseri açıklama şekilleri ve kansere ilişkin tutumlarında belirleyicidir. Bu

faktörler hastaların kansere verdikleri duygusal tepkileri, önleme ve tedavi sürecindeki sağlık davranışlarını etkilemektedir.⁶

Bazı çalışmalar din ve sağlık davranışları arasındaki ilişkiyi olumlu gösterse de son yıllarda farklı alanlarda yapılan çalışmalarda bireylerin ruhsal ve manevi inancıyla bazı sağlık davranışlarını yapmadığı/geciktirdiği belirlenmiştir.⁸ Örneğin Stellies ve Gordon⁹ tarafından 2005 yılında yapılan kalitatif bir araştırmada kaderci düşünce nedeniyle akciğer kanseri hastalarının tedavi arayışı içinde olmadan kendilerini güvende hissettikleri belirlenmiştir. İlgili çalışmada araştırmacılar yaş, gelir durumu, eğitim seviyesi ve sağlık hizmetlerine ulaşımın kadercilik için önemli parametreler olduğunu saptamışlardır. Çalışma sonuçlarına göre yaşlılar, ekonomik geliri az olan veya eğitim düzeyi düşük olan hastalar büyük ölçüde kadercilik inancını desteklemeye yatkındırlar.^{10,11}

Ülkemizde kadercilik ile ilgili yapılan bir çalışmaya bakıldığında çok büyük bölümünün ilahiyat alanında yapıldığı görülmektedir. Diğer taraftan ise ruh sağlığı alanında yardım arama davranışının da kaderci yaklaşımlardan etkilendiğini gözlemlemek mümkün olmaktadır.¹² Kaderci eğilimlerin bir sonucu olarak cinci, üfürükçü, muskacı vb. olsun veya medyum, astrolog vb. çağdaş versiyonları olsun ruh sağlığı alanında herhangi bir eğitim almamış kişilere ruh sağlığı alanında yardım almak için başvuran veya bu kişiler tarafından suistimal edilen oldukça fazla sayıda birey olduğu bilinmektedir. Klinik örneklemde ise bu tarz kişilere başvurma oranının % 80'i bulunduğu bildirilmektedir.¹²

Son yıllarda çeşitli kanser türlerine yönelik karamsarlık, korku, ölümden kaçınılmazlık gibi tutumların belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmaların kaynaklarda yer aldığı ve kadercilik olgusunun psikolojik boyutunun yeterince araştırılmadığı görülmektedir.¹² ‘Kadercilik Eğilimi Ölçeğinin Geliştirilmesi: Geçerlilik ve Güvenirlilik

Çalışması' konu adıyla yapılan çalışmada Türk dilinde lise ve üzeri öğrencilerinin kadercilik eğilimini (kadercilik algılarını) ölçmek için gerekli psikometrik özellikleri olan bir ölçek yapmışlardır. Fakat Türkçe literatürde sağlık kaderciliği konusunda kapsamlı yapılan literatür taramasına rastlanmamıştır. Dolayısıyla Türkiye'de sağlık alanında kadercilik ile ilgili çalışmalar oldukça sınırlıdır. Arıkan ve ark.¹³ tarafından tüberküloz vakalarında hastalığa teşhis koyulması ve kişilik özellikleri üzerinde yapılan bir çalışmada bazı hastalar 'Verem hastalığı diğer hastalıklar gibi Allah tarafından onlara verilmiştir' diye açıklamışlardır. Diğer bir deyişle hastalar verem hastalığını kaderci bir anlayışla kabullenmektedirler ve onunla ilgili her hangi bir emosyonel tepki tanımlamamaktadırlar. Powe tarafından geliştirilen ve Aydoğdu ve ark.¹⁴ tarafından Türkçe'ye uyarlanan bir skala bulunmaktadır fakat sadece prostat kanserine yöneliktir. Aydoğdu ve ark. çalışmasında kaderciliğin, prostat kanserinin erken teşhis, tanı ve tedavisine yönelik davranışları etkilediği tespit edilmiştir.¹⁴ Franklin ve ark.¹⁵ tarafından geliştirilen ve Bobov¹⁶ tarafından Türkçe'ye uyarlanan bir skalada kadınların kadercilik puan ortalamasının erkeklere göre anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür.

Sağlık İnanç Modeli (SİM) günümüzde çok fazla kullanılan ölçeklerin başında yer alır. Bireyin davranışlarını etkileyen, tutum ve inançlarını açıklayan en eski psikososyal ölçektir.^{17,18} SİM, bireyin inançlarının davranışlarını nasıl etkilediğini açıklamaya çalışır. Bireyin sağlık davranışına yönelik kararlar alırken, nelerin teşvik ettiğini ya da engellediğini açıklar. SİM kişiyi sağlığa ilişkin eylemleri yapmaya nelerin motive ettiğini ya da yapmamasına nelerin sebep olduğunu tanımlamaktadır.^{6,19} Modelin duyarlılık, ciddiyet/önemseme, motivasyon, yarar ve engel olmak üzere 5 alt boyutu vardır.²⁰ Bu alt boyutların KRK taramalarına katılımında olumlu ve olumsuz etkilerinin olduğu görülmektedir.^{20,21}

Duyarlılık algısı; kişinin sağlık problemine yatkın olduğuna inanmasıdır. Bireyin sağlığını tehdit eden hastalıkla ilgili algısıdır. Engel algısı ise; kişinin davranışını değiştirmede algıladığı engellerdir. Koruyucu davranışın oluşmasında algılanan olumsuz yönleri ifade eder.

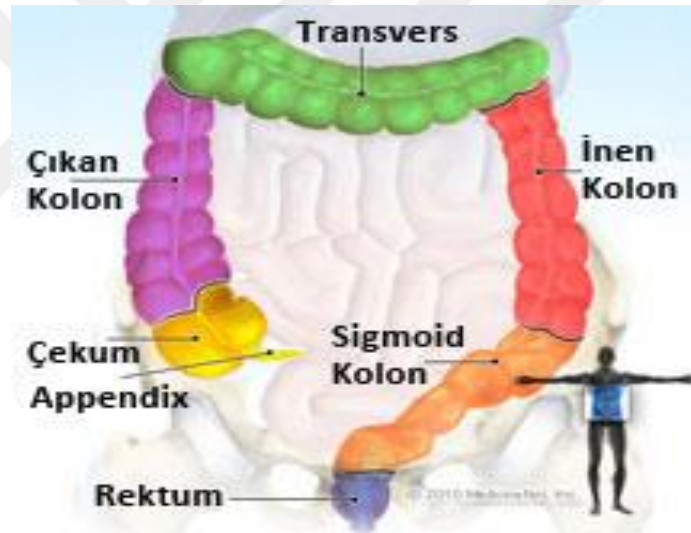
Bu çalışmada ise amaç; Kolorektal Kanser Kaderciliği Skalasının Türk Dilinde geçerlik ve güvenilirliğini saptamak ve geçerli çıkması durumunda kolorektal kanser kaderciliği ile duyarlılık ve engel algısı arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Bu amaca yönelik olarak aşağıdaki araştırma sorularına yanıt aranacaktır.

1. Türk Dilinde KRK Kaderciliği Skalası geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı mıdır?
2. KRK kaderciliği, duyarlılık ve engel algısı arasında bir ilişki var mıdır?
3. KRK kaderciliğine etki eden faktörler nelerdir?
4. KRK'ya yönelik duyarlılık algısına etki eden faktörler nelerdir?
5. KRK'ya yönelik engel algısına etki eden faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

İnce bağırsakta emilemeyen besinlerin sıvılardan ayrıştığı ve feçesin vücutta depolandığı kalın bağırsak, kolon ve rektumdan oluşur. Rektum, kalın bağırsağı anüse bağlar (Şekil 2.1). Bilindiği gibi kanser, hücredeki genetik değişmelerin sonucunda meydana gelen kontrolsüz hücre çoğalmasına bağlı bir hastalık grubudur.²² Bağırsak kanserine kolon kanseri, rektum kanseri ya da KRK da denir.^{23,24} Kanser her yaşta görülmesine rağmen görülme sıklığı yaşla birlikte artan bir hastalıktır. Nüfusun büyük bir kısmını yaşlıların oluşturduğu ülkelerde kanserin görülme sıklığı ve kanserden ölüm oranı yüksektir.^{25,26}



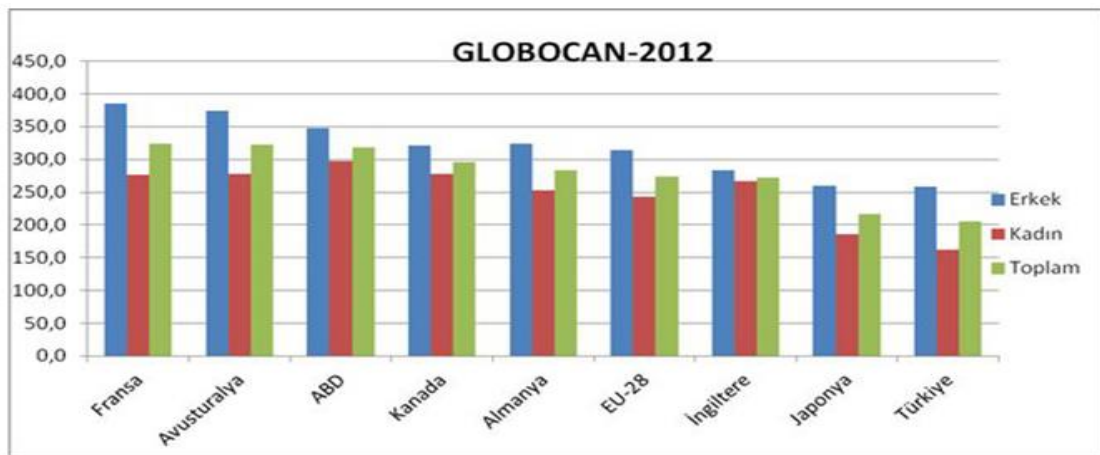
Şekil 2.1. Kolon Anatomisi^{24,27}

KRK hem kadınlarda, hem de erkeklerde en sık gözlenen kanser türlerinin başında gelmektedir.²⁴ KRK yavaş büyüyen bir yapıya sahip olup özellikle çekum ve sağ kolondaki tümörlerin semptom göstermeleri çok zaman almaktadır. Genellikle burada meydana gelen kanserlerin ilk belirtisi demir eksikliği anemisi tarzında kendini gösteren gizli kanamadır. Anemiye benzer, hatta anemi ile ayırt edilmesi zor olan belirtiler ‘çabuk yorulma, halsizlik, çarpıntı, baş dönmesi ve anjina pectoris’ tir.^{23,24}

2.1. Epidemiyoloji

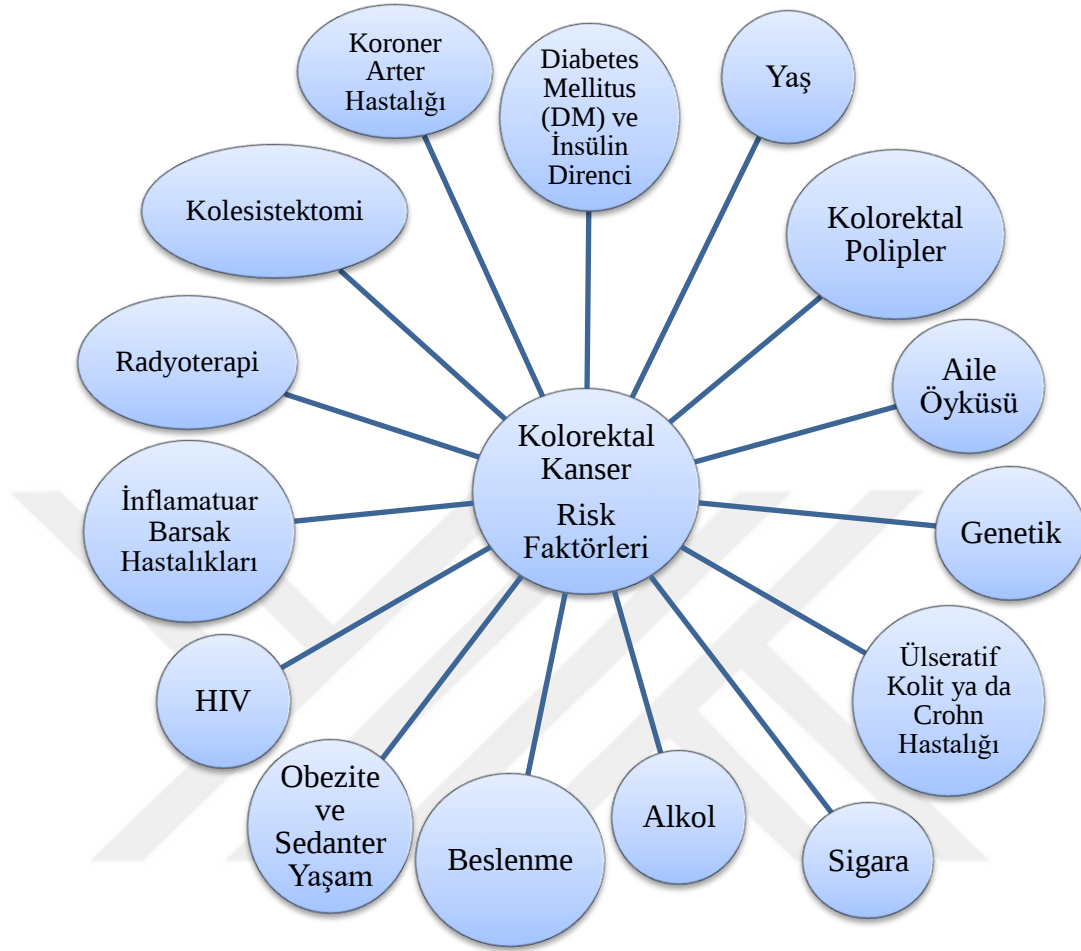
KRK yaygın görülen, önemli morbidite ve mortalite nedeni olan bir kanser türüdür.²⁷ Global Burden of Cancer Study (GLOBOCAN 2012) ve Dünya Kanser Raporu 2014 verilerine göre Dünya’da tanı konulan kolon kanseri 1.4 milyon (%9.7) olarak belirtilmiştir.^{28,29} KRK Amerika Birleşik Devletleri’nde kanser ölümleri içinde üçüncü sırada yer alırken, yeni tanılanan kanserlerin de yaklaşık %10’unu oluşturmaktadır.³⁰ Sağlık Bakanlığı’nın vermiş olduğu istatistiklere göre KRK, ülkemizde görülme sıklığı olarak ilk beş kanserden biridir, tüm kanserler içinde %7.6 oranında bulunmakta ve tüm kansere bağlı ölümlerin %7.4’ü kolorektal kansere bağlı ölümler olarak bildirilmektedir.^{31,32} Türkiye’de ölümle sonuçlanan kanser hastalıkları arasında, KRK beşinci sırada yer almaktadır.³¹ Görülme sıklığı kadın ve erkekler arasında benzerdir. Ancak insidans hızı erkeklerde kadınlara göre daha yüksektir.^{31,33}

KRK sıklığı ülkelere, yörelere ve topluluklara göre farklılıklar göstermektedir.³⁴ Şekil 2.2’de görüldüğü gibi en çok Batı Avrupa, Avustralya ve Amerika’da görülür. Asya, Afrika ve Arjantin hariç en düşük insidans Güney Amerika’dadır.



Şekil 2.2. Yeni Dünya Kanser İstatistikleri²⁸

2.2. Kolorektal Kanserin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri



Şekil 2.3. Kolorektal Kanser Risk Faktörleri^{35,36}

KRK oluşumunda rol sahibi olduğu düşünülen çok sayıda risk faktörü belirtilmiştir (Şekil 2.3). Risk faktörlerinin zamanında ve doğru tespit edilmesi, hedef kitlede tarama ve takip programlarının başarıya ulaşmasında çok önemlidir.³⁵ KRK’da risk faktörleri, değiştirilebilen ve değiştirilemeyen faktörler olarak iki grupta incelenir. Değiştirilemeyen risk faktörleri arasında;

- Yaş
- Cinsiyet
- Genetik

- Kronik kolon hastalıkları

Bireyin kontrol altına alabildiği risk faktörleri;

- Sigara kullanımı
- Alkol kullanımı
- Obezite ve dengesiz beslenme
- Sedanter yaşam
- İşlenmemiş et ürünlerini fazla tüketme sıralanabilmektedir.³⁶

Bu risk faktörlerinden bazılarına değinilecek olursa;

Yaş: Yaş KRK'da önemli bir risk faktörüdür. 50'li yaşların başında görülme oranı gözle görülür şekilde artmaya başlar. KRK vakalarının %90'ı 50 yaşından sonra görülmektedir.³⁶

Kolorektal Polipler: Çoğu tümör iyi huyludur, fakat bazı tümörler (adenomlar) sonradan kanser olabilirler. Polipleri çıkarma işlemi KRK riskini azaltabilir.³⁵

Aile Öyküsü: Ailede veya kişide adenom KRK hastalığının taramalarında önemli role sahiptir.³⁷ Ailesinde KRK görülmeyen bir kişide, yaşamı boyunca KRK gelişme riski %6 seviyesindedir. Birinci dereceden akrabalarının en az birinde KRK bulunan bireylerde ise kanser gelişim riski iki katına kadar çıkmıştır (%12).³⁶

Genetik: Genetik faktörler hakkında yapılan çalışmalar, KRK oluşumunda %35 oranında kalıtsal faktörlerin rol oynadığını göstermektedir.³⁸

Ülseratif Kolit ya da Crohn Hastalığı: Kolon inflamasyonuna neden olan bir hastalığa sahip (Ülseratif kolit ya da Crohn hastalığı) birey, uzun yıllar KRK açısından yüksek riskli gruptadır.^{38,39}

2.2.1. Değiştirilebilir Risk Faktörleri

Sigara: KKK gelişim aşamasında rol sahibi olduğu düşünölen sigara yaşam tarzıyla alakalı değiştirilebilir faktörlerdendir. Sigara kullanımı KKK riskini ve KKK'den kaynaklı ölümleri artırmaktadır.⁴⁰

Alkol: KKK'nın alkol kullanımıyla nedensel bağlantısı ancak yakın zamanda belirlenmiştir ve ortaya çıkaracağı sonuçlar henüz tam olarak bilinmemektedir. Alkol tüketiminin kanserojen etki mekanizması henüz tam olarak aydınlatılamamıştır ancak muhtemel hipotezler arasında Asetaldehit'in genotoksik etkisi, östrojen seviyelerinde yükseliş, başka kanserojenler için solvent rolü oynaması, reaktif oksijen ve nitrojen türlerinin üretimi ve folat metabolizmasının değişmesi bulunmaktadır.⁴¹

Beslenme: Beslenmenin tüm yaygın kanserler arasında en çok KKK riski üzerinde etkisi vardır. Çünkü kolorektal mukoza, gıdalar ile direkt temas halindedir buna bağlı olarak metabolik ve fizyolojik değişikliklere direkt maruz kalmaktadır.⁴⁰

Doymuş yağ ve kırmızı etten zengin, fiberden fakir, kalorisi yüksek diyetle beslenen gelişmiş toplumlarda KKK daha fazla görölmektedir.³⁶ Birçok kaynak uzun süreli kırmızı et tüketiminin veya işlenmiş et tüketiminin KKK riskiyle ilişkili olduğunu göstermektedir.⁴²

Gıdalarda doymuş ya da çoklu doymamış yağların fazla olması, KKK gelişim riskini artırmaktadır. Zeytinyağı, balık yağı vb. (oleik asitten zengin diyet) ile beslenenlerde bu risk daha düşüktür.³⁶ Tüketilen yağ miktarının artışı, karaciğerde kolesterol ve safra asidi sentezini uyarmakta ve bu sterollerin kolona geçişi artmaktadır. Kolonda bulunan bakterilerinin etkisi ile miktarlarda artış olan sekonder safra asitleri ve diğer toksik atıklar ortaya çıkarak kolon mukozasına olumsuz etki yapmaktadırlar.³⁶

Kafein tüketimiyle KKK riski arasındaki bağlantı net değildir.⁴³

Obezite ve Sedarter Yaşam: Obez ve sedanter yaşantısı olan bireylerde, diğerkanser türlerinde olduğu gibi KKK gelişme riski de artmaktadır.³⁶ Obezitenin KKK riskini artırdığı düşünölmektedir; fakat obezitenin etkileri cinsiyete ve anatomik bölgeye bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir. Bu nedenle düzenli fiziksel aktivite yapılması ve fazla kilo yüklemesinden kaçınılması, bu hastalığın önlenmesinin en etkin yollarından biri olabilir.⁴³

Diabetes Mellitus (DM) ve İnsölin Direnci: Diabet; endometriyal, kolorektal karaciğerk ve muhtemelen pankreas kanserlerinde yüksek riskle ilişkilidir.⁴³

Koroner Arter Hastalığı: Koroner arter hastalığı, KKK için bir risk faktörüdür.⁴⁴ Burada altta yatan nedenin açık olarak bilinmemesine rağmen her iki hastalığın ortak risk faktörlerini paylaşmaları risk artışının nedeni olabilir.⁴⁵

Kolesistektomi: Klinik olarak tam desteklenemese de kolesistektomi yapılmış bireylerde kolon kanserinin görülme ihtimalinin arttığına dair gözlemler mevcuttur.³⁶

İnflamatuvar Barsak Hastalıkları: Uzun süre inflamatuvarlı barsak hastalığı yaşamış bireylerde, KKK gelişme riski önemli oranda artmaktadır.⁴⁶

Radyoterapi: Radyoterapinin kanser gelişim riskini artırdığı bildirilmektedir. Prostat kanseri için radyoterapi tedavisi alanının, rektal kanserle ilişkili olduğu görölmüşür.³⁶

HIV (Human Immunodeficiency Virus): Bazı çalışmalarda HIV'li hastaların KKK açısından da riskli grupta oldukları bildirilmiştir.^{47,48}

2.3. Kolorektal Kanser Belirtileri

KKK'nın başlangıcında şikâyetlerin çok net olmaması ve ara ara olmasından dolayı hasta ve hekim şikâyetleri çok ciddiye almayabilir. Buna bağlı olarak tedavi için kıymetli olan erken dönem kaçırılabilir. Bazı hastalara demir eksikliği anemisinin sebebi araştırılırken tanı koyulabilmektedir. Bazı hastalarda hemotokrit ve hemoglobinin

seviyelerinde belirgin bir azalma olmadan erken dönemde sadece serum ferritin düzeyinde azalma saptanabilir. Gaitada Gizli Kan Testi'nin (GGKT) pozitif olduğu görülür. Sağ kolonun genişliğinden dolayı ve buradaki dışkının sıvı kıvamda olmasından dolayı tıkanma ve buna ait bulgular çok azdır. Çekum tümörleri ileoçekal valf ve çevresini tuttuğunda karında gaz, şişkinlik ve subileus/ileus bulguları (bulantı ve kusma) ortaya çıkabilir.^{49,50}

2.4. Kolorektal Kanser Evrelendirilmesi

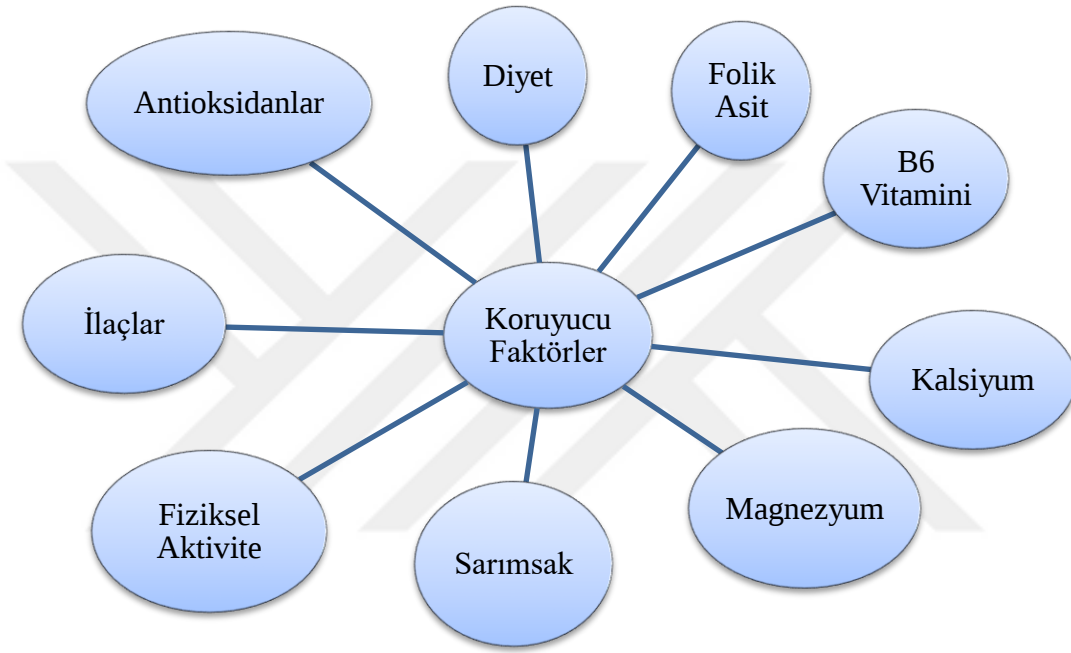
Rahatsızlığa ait evrelendirme incelendiğinde ise;

- Evre 0:
 - ✓ Kanser erken aşamada bulunmaktadır.
 - ✓ Rektum dokusu ya da kolonun iç kısmındadır.
- Evre I:
 - ✓ Rektum dokusu ya da kolonun iç kısmının büyük bölümünde görülmektedir.
- Evre II:
 - ✓ Lenf bezi tutulumu yoktur.
 - ✓ Ancak kanser, Rektum dokusu ya da kolonun dışına taşmıştır.
- Evre III:
 - ✓ Kanser lenf bezlerindedir.
 - ✓ Diğer kısımlara ulaşmamıştır.
- Evre IV:
 - ✓ Diğer bölgelere kanser yayılımı başlamıştır.
 - ✓ Karaciğer ve akciğerlere metastaz vardır.
- Nüks:
 - ✓ Daha önce ortaya çıkmış, tedavisi yapılmış ancak tekrar ortaya çıkmış hastalıktır.

- ✓ Rektum ve kolonda başlayabilmektedir.
- ✓ Bunun yanında, vücudun diğer kısımlarında da başlama ihtimali söz konusu olabilmektedir.⁵¹

2.5. Koruyucu Faktörler

Kolorektal kanser koruyucu faktörler çok çeşitlidir. Bunlardan bir kısmı Şekil 2.4’de gösterilmiştir.



Şekil 2.4. Kolorektal Kanser Koruyucu Faktörler^{36,53}

Bu risk faktörlerinden bazıları aşağıda açıklanmıştır.

Diyet: Beslenme alışkanlıkları kolon ve rektum kanserinin gelişmesinde ve önlenmesinde önemli bir role sahiptir.⁵² Beslenmeye yönelik tedbirlerle KRK’ların %80 oranında önlenebileceği öngörülmektedir.³⁶

Literatürün çok büyük bir bölümü alkol, kırmızı/işlenmiş et ve rafine karbonhidratlarla az beslenmenin ve meyve- sebze, tam tahıllar ve diyet lifleri açısından zengin bir beslenmenin KRK’nın önlenmesine yardımcı olabileceği konusunda

hemfikirdirler.⁴³ Nişastalı olmayan sebzeler, meyveler, D vitamini içeren gıdaların KRK'ye karşı koruduğuna dair kanıtlar vardır.⁵²

Dört geniş epidemiyolojik çalışma ile lifli gıda tüketiminin, kolon adenomları ve KRK riskindeki azalma gösterilmiştir.⁵³ Ancak iki randomize çalışmada, lifli gıda ile KRK arasında bir ilişki bulunmamıştır.^{54,55} Diyet veya tahıl liflerinin KRK'i önleyici rolü tartışmalıdır ancak, son bulgular yüksek lifli gıda tüketimi ile KRK arasında negatif ilişki olduğunu düşündürmektedir.⁴⁰

Folik Asit: Hayvan ve insan çalışmaları sonucu ortaya çıkan veriler folik asidin kolon dokusunda kanser gelişimin engellediğini göstermiştir. Kadınlarda KRK gelişme riski 400 mikrogram/gün folik asit içeren multivitamin kullanımıyla önemli oranda azalmaktadır. Folik asit kullanan kadınlarda 15 yıl sonra etkisi olumlu olarak ortaya çıkmaktadır.⁵⁶

B6 Vitamini (Pridoksin): Pridoksin alımıyla KRK riskinde azalma olduğunu bildirmektedir.⁵⁷

Kalsiyum: Kalsiyumun koruyucu etkisinin olduğunu belirten çalışmalar vardır. Kalsiyumun kolonik epitelyal hücre proliferasyonunu azaltmak suretiyle koruyucu etki sağladığı düşünülmektedir.⁵⁸

Magnezyum: İsveç'te kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada magnezyum alımı arttıkça KRK riskinin azaldığı saptanmıştır. KRK riskinin daha yüksek miktarda magnezyum alan kadınlarda %40 daha az görüldüğü belirlenmiştir.⁵⁹

Sarımsak: Sarımsak, süt ve kalsiyum tüketiminin KRK riskini azalttığı söylenmesine rağmen⁵², sarımsağın KRK üzerindeki etkisini belirlemek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.⁶⁰

Fiziksel Aktivite: Sürekli ve düzenli yapılan fiziksel aktivitenin KRK riskini %50 oranında azalttığı bildirilmiştir. Fizisel aktivitenin KRK üzerinde olumlu sonucu

bireylerin orta düzeyde bile olsa aktiviteye devam etmeleriyle dahi gözlenebilmiştir. Yapılan bir çalışmada haftada 3-4 saat yürüyüşün bile KRK riskini azaltabileceği savunulmaktadır.⁶¹

İlaçlar: Araştırmalara göre non-steroid antienflamatuar ilaçların (NSAI) KRK riskini azalttığı bildirilmektedir. Uzun süreli aspirin kullanmanın KRK gelişimini olumsuz yönde etkilediği görülmüştür.⁴⁰

Antioksidanlar: A,C,E vitamini, kalsiyum selenyum gibi antioksidan kullanımının, KRK riskini azalttığı belirtilmektedir.³⁶

2.6. Kolorektal Kansere Tarama Yöntemleri

Kolorektal kanserlerde tarama amacıyla birçok yöntem uygulanabilir. Bunların en önemlileri ve tarama testi olarak kullanılanları şunlardır:

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

Dijital Rektal Muayene (Rektal Tuşe): Kalın bağırsağın son kısmı olan rektumda makattan sonraki ilk 8 cm’de yerleşmiş kanserlerin parmakla yapılan muayene (rektal tuşe) ile saptanması mümkündür.⁶²

Gaitada Gizli Kan Testleri (GGKT): Dışkıda kanın gözle görülemeyecek kadar az olduğu durumlarda, dışkıda kanın olup olmadığını belirlemek için kullanılan bir testtir. Testin avantajları kolay yapılabilir olması, ucuz ve non-invaziv olmasıdır.⁶³ KRK’nin semptomatik olmayan erken döneminde hastalığın teşhis edilmesinde faydalı bir yöntem olduğu bildirilmiştir. Yüksek risk grubunda yer alan bireylere yılda bir

GGKT yapılması ile KRK mortalitesinde %31 ile %57 oranında azalma olduğu gösterilmiştir. GGKT'nin sensitivitesinin %30-92, spesifitesinin %90-99 oranında olduğu literatürde bildirilmiştir.⁶⁴ Genelde kanama özelliği olmayan poliplerin taranmasında GGKT iyi bir yöntem değildir, bu durum GGKT'nin dezavantajıdır diyebiliriz.⁶⁵

Çift Kontrast Baryumlu Enema (ÇKBE): Bağırsak yüzeyi baryumla kaplanır, kolona hava verilir ve floroskopi adı verilen cihaz ile çok sayıda görüntüleme yapılır. Hastalara işleme başlanılmadan önce bağırsak hazırlığı yaptırılmalıdır. İşlem sırasında hastalara genellikle sedasyon yapılmaz. Genelde hastalar işlem sırasında krampa benzer hafif ağrılar hissetmelerine rağmen işlem sonrasında rutinlerine geri dönebilirler.⁶⁵

Sigmoidoskopi: İşlemin avantajı sedasyon gerektirmeden yapılabilmesidir, dezavantajı ise perforasyondur. Sigmoidoskopideki perforasyon oranı %0.08'dir.⁶⁶ Kadınlarda ve yaşlılarda sigmoidoskopinin yeterli derinliğe ulaşmaması teknik zorluk olarak kabul edilebilmektedir.⁶⁷ Sigmoidoskopinin en önemi avantajı ulaşabildiği mesafede KRK'nin üçte ikisini saptamasıdır.⁶⁸

Kolonoskopi: Kolon mukozasının direkt görülmesi, biyopsi olanağı, polip ve lokal tümörlerin çıkarılmasına olanak sağlaması ile diğer testlere göre avantajlıdır. Bütün bunlar göz önüne alındığında kolonoskopiye ulaşılabilirliğinin olduğu yerlerde kolonoskopinin tercih edilen tarama testi olması gerektiği belirtmektedir.⁶⁹

Rijit Rektoskopi: KRK'yi %35 ile %45' i tespit edebilmesinden dolayı rijit retroskopi tarama testleri arasında önemli bir yere sahiptir.⁷⁰

Bilgisayarlı Tomografi ile Kolonografi (Sanal Kolonoskopi): Bilgisayarlı Tomografi ile Kolonografi'deki uygulamalar içinde oral kontrast verilmesi, karbondioksitle barsağın açılması, multidedektör ince kesitli Bilgisayarlı Tomografi tarayıcılar kullanılması, iki ve üç boyutlu polip araması yapılması sayılabilir.⁷¹

2.7. Ülkemizde Kolorektal Kanser Tarama Ulusal Programı

Toplum sağlığını geliştirme konusunda çalışma yapanlar tarafından kanserde birincil ve ikincil koruma amacına yönelik çalışmaları planlanmaları gerekmektedir.⁷² Kolon kanserine yönelik yapılan eğitimlerle toplum kolon kanserine karşı bilgilendirilebilir ve buna paralel olarak kanser farkındalığı artırılabilir. Birincil korumaya yönelik bireylerde davranış değişikliği oluşturulabilir. Klinik bulgusu olan ya da olmayan kanser açısından yüksek riskli gruba giren bireylerin hastalığın erken döneminde kliniklere başvurmaları sağlanabilir.⁷³ Ülkemizin şartları baz alındığında uygun yöntem iki yılda bir uygulanacak GGKT ve on yılda bir yapılacak kolonoskopi testleri ile yapılacak olan taramalardır.³⁷ Ülkemizin şartları göz önüne alındığında ulaşılabilir hedef, bütün erkek ve kadınlarda 50 yaşında başlayacak ve 70 yaşında bitecek olan toplum tabanlı taramadır. Taranacak nüfus, davet yöntemleriyle bir yıllık aralıklarla tekrarlanmalıdır. Son iki testi de pozitif olmayan 70 yaşındaki kadın ve erkekler tarama kapsamından çıkarılmalıdır.³⁷

Birinci derece yakınlarında polip veya KRK öyküsü olan bireyler normal popülasyonla birlikte aynı prosedüre tabi olmakla birlikte taramalara 40 yaşından itibaren başlanılmalı, şayet birinci derece yakınlarında erken yaşta KRK teşhisi alan bireyler var ise akrabalarındaki kanser başlangıç yaşından beş yıl önce kanser tarama programlarına dahil edilmelidirler. Genel durular dışında tarama ve izlem prosedürleri ilgili kliniklerce belirlenmelidir.³⁷

2.8. Kolorektal Kanserlerden Korunma

KRK Avrupa'da kanser ölümleri arasında ikinci sıradadır. KRK taramalarında en önemli amaç anksiyete ve morbiditeyi önlemektir. Risk faktörlerinin elimine edilmesi, sürekli sağlık kontrolü alışkanlığı kazandırılması, taramalar yoluyla erken tanıya ortam hazırlanması ve kanser hastasında etkin tedavi/bakım gerçekleştirerek

hastalık ve tedavi komplikasyonlarının yönetimi ile yaşam kalite ve süresinin uzatılması birincil, ikincil, üçüncül koruma olarak ele alınmaktadır.⁷⁴ Birincil korunmada kanserle alakalı hiçbir işaret, hücre değişimi yoktur. Erken dönemdeki önlemlerle kanserin gelişimi engellenebilir. İkincil korunmada erken tanı önemi olup klinik bulgunun olmadığı ancak hücresel düzeyde kanserin başladığı görülür. Üçüncül korunmada ise kanser bulguları olmakla birlikte doğru tedavi ile ölüm oranı düşürülebilir. Bu üç aşamada birincil korunma hem geniş popülasyonu koruması de ucuz olması nedeni ile önemlidir.⁷⁵

Avrupa Birliği (AB) tarafından önerilen birincil tarama testi, 50-74 yaş arasındaki erkek ve kadınlar için GGKT'dir. AB kalite güvencesi rehberinin hedefi; KRK tarama programlarının özellikle ortalama risk nüfus taraması için geliştirildiği ve yüksek riskli bireylerin yüksek riskli protokoller için sevk edilmesi gerekliliğini sağlamaktadır.³⁷

2.9. Sağlık İnanç Modeli

Sağlık İnanç Modeli (SİM), sağlıkla ilgili davranışları anlamak ve bu davranışları youmlamak için kullanılan en eski modeldir.^{76,77}

SİM, bireylerin inançlarının, değerlerinin ve tutumlarının sağlığa yönelik davranışlarını etkileyebileceğini bildirmektedir. Problemlili olan inanç ve tutumların doğru belirlenmesi halinde verilmesi planlı eğitimi ya da tedaviler bireysel olarak belirlenebilecektir⁷⁶.

Sağlık İnanç Modeli;

- Kişinin hastalıktan korunmak için yaptığı davranışın nasıl şekillendiğini ve etkilendiğini belirler.
- Bireylerin inançları ve davranışları arasındaki ilişkiyi açıklar.
- Bireyi karar verme aşamasında nelerin motive ettiğini belirler.

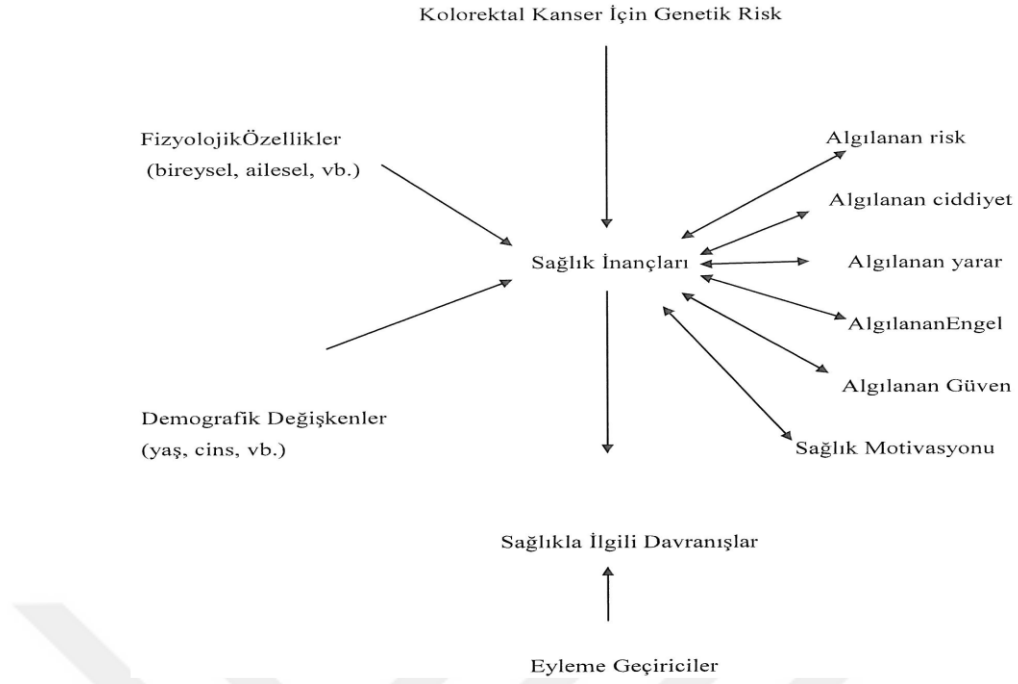
- Kişiyi sağlığa dair eylemleri yaparken nelerin motive ettiğini ya da nelerin engellediğini belirler.
- Sağlığa yönelik davranışlarının belirlenmesi ve sergilenmesinde hangi durumların etkili olduğunu tanımlar.⁷⁸

Hemşirelikte Victoria Champion Sağlık İnanç Modelini baz alarak 1984 yılında meme kanseri taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeğini geliştirmiştir ve 1993, 1997, 1999'da ölçek revize edimiştir. Kadınların meme kanseri, kendi kendine meme muayenesi ve mamografiye yönelik inançlarını SİM çerçevesinde değerlendiren bu ölçek çeşitli ülke dillerine uyarlanmıştır.⁷⁹

Champion'un meme kanseri taramalarına yönelik geliştirmiş olduğu SİM ülkemizde hemen hemen aynı zamanlarda birbirinden tamamen bağımsız ve habersiz üç ayrı çalışma ile Türkçe geçerlik güvenirliği yapılmıştır.⁷⁹

Champion modelin beş boyutunu ele alarak her boyut için alt maddeler geliştirmiş ve bu maddeleri meme kanserine odaklandırmıştır. Champion meme kanserine yönelik geliştirdiği SİM ölçeğinin sadece meme kanserinde kullanmakla kalmayıp maddelerde birkaç kelime değişikliği ile diğer kanser tiplerine uyarlanabileceğini ve diğer kanser tiplerinde de kullanılabilecek ölçekleri geliştirmenin mümkün olduğunu vurgulamıştır.^{20,80}

Jacops, meme kanserine yönelik oluşturulan SİM ölçeğinde düzenleme yaparak birkaç sorusunu değiştirerek ve altı boyutunun her birinde sorularda yer alan 'meme kanseri' kelimesini 'kolon kanserine' değiştirerek (Şekil 2.5) 'Kolorektal Kanser Sağlık İnanç Modeli' (KKSİM) ölçeğini geliştirmiştir. Ayrıca Jacops SİM'in kavramsal yapısını kolorektal kansere uyarlamıştır.^{17,20}



Şekil 2.5. Kolorektal Kanser Sağlık İnanç Modeli²⁰

Kolorektal Kanser Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin (KKSİMÖ), Türkiye’de 2007 yılında Özsoy ve ark.¹⁷ tarafından Türk dili için geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Bu ölçekte, bireyin hastalığa karşı duyarlılığını, hastalığın nedenleri ve korunmada neler yapması gerektiği konusundaki bilgisini ve hastalığın önemi ile ilgili algısını ölçmeye olanak sağlayan 33 madde yer almaktadır.

Algılanan Duyarlılık: Kişinin sağlığında risk oluşturan algısıdır. Aynı zamanda probleme yatkın olduğuna inanmasıdır. Kişi, sağlık durumunda var olabilecek bir tehlikeyi algılar, özel bir hastalık oluşması tehdidine karşı bir durum sergiler. Bu kabul edilmesini, bireyin hastalığa yakalanma ihtimalini içermektedir. Bireyde algılanan duyarlılığın artmasına bağlı olarak olası bir riski azaltmak için olumlu sağlık davranışı geliştirme oranı artmaktadır. Örneğin; ülseratif kolit tanısıyla takip edilen kişinin kolon kanseri riski nedeniyle düzenli doktora kontrole gitmesi.^{25,81,82}

Algılanan Engeller: Kişinin davranışını değiştirmede algıladığı engellerdir. Koruyucu davranışın oluşmasında algılanan olumsuz yönleri ifade eder. Örneğin; bireyin kolonoskopi yaptırmaktan utanması nedeniyle kolon kanseri teşhis ve taramalarına katılmaması.^{25,81,82}

2.10. Kadercilik

Kadercilik (Fatalizm); bütün olayların, tek ve tabiatüstü bir etken tarafından değiştirilemez şekilde belirlendiğini ileri süren teoridir. Kadercilik; felsefe, psikiyatri, ilahiyat, antropoloji ve sosyoloji gibi birçok alanda karşımıza çıkan ve incelenen bir kavramdır. Kadercilikle ilgili literatür taraması yapıldığında yukarıda saydığımız bütün alanlarda kaderciliğin ne olduğunun açıklanmaya çalışıldığı ekonomik, sosyal, psikolojik, kültürel ve dini etkilerinin tartışıldığı görülmektedir.¹² Kadercilik genellikle kadere dayanarak ilahi dinlerde bir kaynak yada fikir olarak vurgulanmaktadır. Kadercilik olay ve davranışların sonuçlarıyla birlikte önceden Allah tarafından takdir edilmiş ve değiştirilmeyeceği görüşüyle hareket etmektir.⁸³

Kaderci bakış açısı mercek altına alınmak istendiği takdirde, olaylar önceden belirlenmiş olan bir seyir halinde devam etmektedir. Bu durum da, itaatkar biçimde kabul edilmektedir. Bu noktada kadercilik olgusu, bazı kelimelerle kolaylıkla ifade edilebilmektedir. Bunlar arasında;

- Olacağı varmış, olmuş,
- Olacak olan olur kelimeleri öne çıkmaktadır.⁸⁴

Kadercilikte, insanların davranış ve eylemleri de diğer herşey gibi önceden takdir edilmiş bulunmaktadır. Bahsedilen eylem ve davranışlar, sırası ile yeri geldiğinde insan tarafından uygulanacaktır.⁸⁵

Kadercilik sağlık alanında, yıllardır kronik hastalıklar bağlamında incelenmiştir. Yüksek düzeyde kadercilik eğiliminin ergenlerde risk alma davranışını arttırdığı⁸⁶,

deprem veya trafik kazalarında risk almayı arttırdığı ve önlem almayı azalttığı^{87,88}, emniyet kemeri kullanımı^{89,90}, alkol tüketimi⁹¹, sigara içme davranışları⁹² ve aynı zamanda kanser tarama ve tedavi aşamaları^{14,93} gibi çeşitli davranışlar üzerinde etkili olduğu bildirilmektedir.

Kaderci inançlara sahip olan bireyler kendi sağlığını veya hastalıklarını kadere ya da ilahi müdahaleye bağlayıp kendi kendine başlayan bir eylem olarak değerlendirebilirler. Bunun gibi kaderci atıflar davranış değişikliklerine ve sağlığa zararlı olan davranışlara da yol açabilir. Örneğin; Unger ve ark.⁹⁴ ergenlik dönemlerinde olan bireylerde daha çok görülen kadercilik anlayışı nedeniyle birçok sağlık uyarılarını göz ardı edildiği ‘eğer benim kaderimde bir sağlık sorunu varsa, bu sorunları önlemek için onların yapabileceği hiçbir şey yoktur’ düşüncesinde olduklarını belirlemiştir. Buna benzer Powe’nin de bir hipotezi vardır. Powe’ye¹⁴ göre kanser taramalarına katılmayan birey de aynı şekilde davranabilir çünkü bu insan kanserin gelişimini Allah’ın iradesini yansıtan bir olay olarak görerek insanın bunu önlemesi için hiçbir şey yapamayacağını düşünmektedir. Benzer şekilde Lange ve Piette’nin⁹⁵ çalışması bazı diyabet hastalarının zayıf glisemik kontrollerini kendilerinin yönetmesi yerine kadere bağladığını bildirmektedir. Böyle bir durumda başarılı bir müdahale yapabilmek için katılımcıların kaderci yaklaşımları da ele alınmalıdır.

Türkiye’de kadercilik ölçeği üzerine yapılan çalışmalara bakıldığında, daha çok İlahiyat ve sağlık alanında gerçekleştirildiği görülmektedir. Kaderciliğin psikolojik boyutunun ise pek fazla önemsenmediği görülmektedir. Özellikle;

- Trafik kazaları,
- Deprem,
- Ciddi hastalıklar hususunda önlem alma ve haberdar olma konusunda geride kalındığı ortadadır.¹²

2.11. Ölçeklerde Geçerlilik ve Güvenirlik

Bir tanımlama işlemi olan ölçme, istatistik ve sembollerin belirli bir kural dahilinde harmanlanmasıyla özgün verilerin ortaya konulduğu bir yöntemdir.^{96,97} Mevcut olan bir ölçeğin farklı dil ve kültürlerle uyarlanıp üzerinde gerekli incelemelerin yapılmasına ‘ölçek uyarlaması’ denir.^{98,99} Ölçek uyarlama çalışmaları üç aşamada gerçekleştirilir.¹⁰⁰

- Psikolinguistik özelliklerin incelenmesi/dil uyarlaması
- Psikometrik özelliklerin incelenmesi
- Kültürlerarası özelliklerin karşılaştırılmasıdır.

2.11.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi

Bir ölçeği farklı bir dile çevirirken yapısında meydana gelen değişimler, bunun sebebi, psikolinguistik (dilsel) farklılıklardır.⁹⁹ Bir ölçeği uyarlarken aradaki farkı en az seviyeye indirebilmek için ölçeğin tüm maddeleri gözden geçirilerek incelenmeli, çevrileceği dilde anlam bütünlüğünün sağlanması için gerekli dönüştürmeler yapılmalı ve çevrilen dildeki kişilerin normlarına göre standartlaştırılmalıdır.⁹⁹ Bir ölçeği başka bir dile uyarlarken çeviri yöntemi olarak ‘tek yönlü çeviri’, ‘grup çevirisi’ ve ‘geri çeviri’ yöntemi kullanılır.¹⁰⁰

Ölçek çevirilerinde tek yönlü çeviri yöntemi en çok tercih edilen yöntemlerden biridir. Bu yöntemle yapılan çeviride başarı kişinin bu konudaki bilgi birikimi ve tecrübesine bağlı olduğu için yapılan araştırmalar tek yönlü çevirilerle yapılan ölçek geçerlilik ve güvenilirliğin düşük olduğunu göstermektedir.¹⁰⁰

Geri çeviri yöntemi zaman ve maliyet gerektirse de en çok kullanılan yöntemlerden biridir. Geri çeviride hem orijinal dili hem de kullanılacağı dili ve kültürü iyi bilen ve tanıyan iki kişi tarafından çeviri yapılır. Daha sonra yapılan çeviri orijinali ile karşılaştırılarak uyumsuzlukları belirlenip gereken düzeltmeler sağlanır.¹⁰¹ Ölçeğin

maddelerinin kişiler tarafından anlaşılıp anlaşılmadığını test etmek için hedef kitleden 5-10 kişi seçilerek uygulama yapılmalıdır. Dilin uygunluğu açısından anlaşılmayan herhangi bir madde varsa gerekli değişiklikler yapıldıktan sonra ölçeğe son şekli verilmelidir.¹⁰²

2.11.2 Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi

Ölçekleri değerlendirirken hem bireylerin tepkilerini objektif olarak ölçülmesi hem de değerlendirmeyi yapan kişinin objektif olması gerekmektedir.¹⁰³ İyi bir ölçüm yapabilmek için ölçme aracında aranan iki temel özellik geçerlilik ve güvenilirliktir.^{96,104,105} Her iki temel özellikte ölçme aracındaki yanılıyla ilgili olduğu için, geçerlilik ve güvenilirliğin iyileştirilmesi için yanılıları en aza indirmek gerekir.^{100,104} Ölçme araçlarının geçerliliğinin ve güvenilirliğinin sağlanması için kabul edilebilir sınırlar içerisinde olması gerekmektedir.¹⁰⁶ Psikometrik yaklaşım, bilimsel yöntemlerle test edilmiş, istatistiksel yöntemlerle geliştirilmiş, geçerliliği ve güvenilirliği belirlenmiş ölçeklere önem verilmektedir.¹⁰³

Geçerlilik

Geçerlilik, veri toplama aracının ölçmeyi hedeflediği değişkeni hatasız olarak ölçebilme derecesidir.¹⁰⁶ Ölçeklerin geçerlilik düzeylerini hesaplamak için geçerlilik katsayısı kullanılır. -1.00 ile +1.00 arasında değer alan geçerlilik katsayısı, ölçekten elde edilen değerlerle ölçülmesi hedeflenen değişken arasındaki ilişkiyi inceler. İlişki katsayısı ne kadar yüksek olursa ölçek kullanıldığı amaca o kadar iyi hizmet ediyor demektir. Güvenilir bir ölçek her daim geçerli olacak diye bir durum söz konusu değildir. Bu yüzden geçerlilik katsayısının güvenilirlik katsayısıyla beraber yorumlanması uygun olur.^{96,98} Geçerlilik kanıtlama yöntemleri; Kapsam geçerliliği, ölçüt bağımlı geçerlilik ve yapı geçerliliğidir.⁹⁷

Kapsam Geçerliliği: Kapsam geçerliliği, bir ölçme aracının ölçülmek istenilen nitelikleri kapsayabilme derecesi olarak tanımlanabilir¹⁰⁶. Kapsam geçerliliği için konu hakkında uzman olan bir gruba ölçek maddeleri inceletilerek ortak bir bütünlüğün oluşturulması sağlanır.^{100,107} Kapsam geçerliliğinin sağlanması için uzman sayısı 3 gibi düşük bir sayı ya da 20 gibi yüksek bir sayıdan da oluşabilir. Uzman görüşleri sonucunda, amacına uygun ve anlaşılır düzeyde olan ölçek maddeleri değerlendirilerek veri toplama aracı yeniden düzenlenir.

Bu değerlendirme sonrasında son iki maddenin toplamı toplam uzman sayısına bölünerek Kapsam geçerlilik indeksi (KGİ) elde edilir. KGİ'nin 0.80'den büyük olması maddenin kapsam geçerliliği açısından yeterli olduğu anlamına gelmektedir.¹⁰⁸

Yapı Geçerliliği: Yapı geçerliliği, ölçek maddelerinin ölçmek istenilen özelliği ne kadar doğru ölçtüğü ile ilgili bir kavramdır. Ölçekte bulunan her bir maddenin birbiriyle olan ilişki düzeyi olarak da tanımlanabilir.¹⁰⁶ Bir ölçeğin yapı geçerliliğini değerlendirmek için kullanılan yaklaşımlar; faktör analizi, bilinen grup ile karşılaştırma, hipotez sınaması, çok değişkenli-çok yöntemli matriks, şablonların eşleşmesi teorisidir. Yapı geçerliliğini incelemek için istatistiksel olarak en çok kullanılan yöntem faktör analizidir.^{98,100} Burada en sık kullanılan yöntem olarak faktör analizinden bahsedilecektir.

Faktör Analizi: Bir yapı geçerlilik ölçütü olan faktör analizi, kişilerin, veri toplama aracındaki maddelere verdiği ifadelerin belirli bir düzen içinde olup olmadığını belirlemek için kullanılır. Birçok değişken faktör analizi yapılarak birkaç başlık altında sıralanabilir.⁹⁸ Faktör analizinde amaç sayıca fazla olan maddelerin daha az sayıda faktörlerle ifade edilmesidir.¹⁰⁴ Ölçek geliştirme sürecinde, hazırlanan veri toplama aracı evrenden seçilen örneklem grubuna verilerek her bir maddeye verilen cevaplar puanlandırılarak faktör analizi yapılır. Yapılan analiz sonucuna bakılarak ölçekten

çıkartılması gereken madde ya da eklenmesi gereken madde varsa yeniden analiz tekrarlanır. Bu süreç, hedeflenen değişkeni ölçecek yeterli sayıda madde içeren uygun bir çözüm yolu bulunana kadar devam eder.¹⁰⁹

Açıklayıcı Faktör Analizi: Bu faktör analizinde, araştırmacı tarafından kararlaştırılan ölçek maddeleri katılımcılar üzerinde uygulandıktan sonra, analiz sonuçlarına göre uygun olan madde ekleme, çıkarma ve düzeltmeleri yapıldıktan sonra tekrar uygulamaya geçilmektedir. Bu süreç, ölçülmek istenilen yapıların, kontrol edilebilir madde sayısı ile güvenilir bir şekilde açıklanabilir hale gelmesine kadar devam ettirilir.¹¹⁰

Açıklayıcı faktör analizlerini uygularken kullanılan verinin türü, örneklemin büyüklüğü ve çok değişkenli analizlere ilişkin varsayımlar gibi çeşitli konuların üzerinde durmak gerekir.¹¹⁰ Örneklem büyüklüğü faktör analizinin hesaplanmasında önemlidir; çünkü örneklem büyüklüğü azaldıkça hesaplanan korelasyon katsayısı güvenilirliği daha az olabilir. Örneklem büyüklüğünün yeterli olup olmadığını test etmek için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi kullanılmaktadır. Testin sonucuna göre elde edilen değer 1'e yaklaştıkça mükemmel, 0.50'nin altına düştüğünde uygunsuz olarak kabul edilmektedir. Bu testin uygulanmadığı durumlarda kural olarak örneklem büyüklüğü değişken sayısının 5-10 katı olarak alınır.¹⁰⁰

Güvenilirlik

Güvenilirlik; aynı ölçütlerin kullanılarak ölçme sonuçlarındaki kararlılık derecesi olarak tanımlanabilir.^{96,98,103} Bir başka deyişle güvenilirlik, ölçme aracının tesadüfi yanılğılardan arınmasıdır.¹⁰⁵

Güvenilirliğin belirlenmesinde korelasyon katsayısı (r) hesaplanır. İki değişken arasında ilişki olup olmadığı, ilişkinin derecesi ve yönü konusunda bilgi veren korelasyon katsayısı -1 ile +1 arasında değer alır. Katsayının +1 olması pozitif yönde

mükemmel bir ilişkinin varlığını gösterir. Bir ölçeğin güvenilirlik katsayısının en az 0.70 olması gerekir.^{98,104}

Yapılan bir ölçmede, üç tür güvenilirlik ölçütü sınanmalıdır. Bunlar;

- İç tutarlılık (Internal consistency)
- Zamana göre değişmezlik (Stability)
- Bağımsız gözlemciler arası uyum (Equivalence)^{97,104}

İç Tutarlılık: İyi bir güvenilirlik ölçütü olan iç tutarlılık, ölçme aracındaki soruların kendi içindeki homojenlik durumunu, soruların anlatmak istenileni net olarak ifade edip etmediğinin yani ölçülmek istenen şeyi doğru olarak ölçüp ölçmediğini gösteren bir kavramdır.⁹⁸

İç tutarlılık güvenilirliğini sınamada kullanılan yöntemler;

- Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı
- Madde-Toplam Puan Korelasyonları
- Testi yarılama yöntemi
- Kuder-Richardson Güvenilirlik Katsayıları⁹⁷

Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı: Ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarında iç tutarlılığın belirlenmesinde kullanılan Cronbach α katsayısı, ölçeği oluşturan maddelerin birbiriyle olan uyumlarını ortaya koyar. Likert tipi ölçeklerde kullanılmaktadır.^{98,111} Bir ölçekte Cronbach α katsayısının yüksek olması, ölçekte yer alan maddelerin birbirleriyle tutarlı olduğu ve aynı özelliği ölçen maddelerden oluştuğu varsayılır.¹⁰⁷

Madde-Toplam Puan Korelasyonları: Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonunun düzeltilmiş formülü kullanılarak hesaplanan bu yöntemde her bir ölçek maddesinin varyansı ile ölçek toplam puanının varyansı kıyaslanarak aradaki ilişkiye bakılır. Ölçekteki bir maddenin kabul edilebilir düzeyde olması için madde-toplam

korelasyon katsayısının pozitif olması ve en az 0.20 olması gerekmektedir. Madde-toplam korelasyon katsayısı 0.20'nin altında olan maddeler güvenilirliği düşüreceğinden dolayı ölçekten çıkarılması gerekir.⁹⁹ Korelasyon katsayısı 0.20'nin altında olan madde ölçekten çıkarıldıktan sonra ölçeğin madde-toplam puan korelasyonları tekrardan hesaplanmalıdır. Eğer ölçekten çıkarılan madde, alfa katsayısını yükseltiyorsa o madde güvenilirliği azaltan bir etken olduğundan dolayı ölçekten çıkartılması uygun olur. Böylece ölçeğin homojenliği artırılmış olur.^{100,111}



3.MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

İki aşamadan oluşan bu araştırmanın, birinci aşaması metodolojik türde ikinci aşaması ise tanımlayıcı türde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Kars il merkezinde bulunan Yenişehir Aile Sağlığı Merkezi (ASM) bölgesinde yaşayan bireyler üzerinde Haziran 2016-Aralık 2017 tarihleri arasında yapılmıştır.

Çalışmanın yürütüldüğü Yenişehir ASM bölgesi 16.800 bireye, 4 hemşire ve 5 aile hekimi ile hizmet vermektedir. ASM genelde düşük ve orta ekonomik düzeyli bireylere bakım vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın birinci aşaması metodolojik türde olduğu için evrenden örneklem seçilmemiştir ve ölçekte bulunan madde sayısına göre çalışmanın örneklemini hesaplanmıştır. Ölçekte 15 madde olduğu için çalışmaya en az 150 kişi alınması gerekmektedir¹¹², fakat veri kayıpları göz önüne alınarak 200 kişiden veri toplanmıştır.

Çalışmanın ikinci aşamasının evrenini ise Kars il merkezinde bulunan Yenişehir Aile Sağlığı Merkezi bölgesinde yaşayan 40 yaş ve üzeri 2666 sağlam birey oluşturmuştur. Çalışmanın ikinci aşamasının örneklemini evren bilinen durumlarda örneklem hesaplama formülü kullanılarak belirlenmiştir. Bu formüle göre;

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

N= Evrendeki birey sayısı (2666)

n= Örneklem alınacak birey sayısı

p= İncelenen olayın görülüş sıklığı (0.5)

q= İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (0.5)

t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer (1.96)

d= Olayın görölüş sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma, olarak simgelenmiştir (0.05).¹¹⁴ Örneklem 336 kişiden oluşmaktadır.

Tablo 3.1.Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

		n	%
Cinsiyet	Kadın	88	44.0
	Erkek	112	56.0
Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil	29	14.5
	Okuryazar	23	11.5
	İlkokul	60	30.0
	Orta Okul	28	14.0
	Lise	34	17.0
	Üniversite ve Üstü	26	13.0
Medeni Durumu	Evli	166	83.0
	Bekar	34	17.0
Sağlık Güvencesi	Var	165	83
	Yok	35	17
Gelir Durumu	Gelir giderden az	89	44.5
	Gelir gidere eşit	98	49.0
	Gelir giderden fazla	13	6.5
Meslek	İşsiz	5	2.5
	Memur	36	18.0
	İşçi	23	11.5
	Emekli	29	14.5
	Ev Hanımı	62	31.0
	Diğer	45	22.5
Kronik Hastalığı	Var	74	37.0
	Yok	126	63.0
	Min-Max	Ort.	SS.
Yaş	40-77	53.79	9.29

Tablo 3.1’de görüldüğü gibi çalışmanın birinci aşamasında, katılımcıların %56’sı erkek, %30’u ilkokul mezunu ve %83’ü evlidir. Katılımcıların %83’ünün sağlık güvencesi var, %49’unun geliri giderine eşit ve %31’i ev hanımıdır. Katılımcıların %63’ünün her hangi bir kronik hastalığı olmadığı ve katılımcıların yaş ortalamasının 53.79 ± 9.29 olduğu belirlenmiştir.

Çalışmanın ikinci aşaması için araştırmaya katılan bireylere ait tanımlayıcı özellikler Tablo 3.2’de sunulmuştur.



Tablo 3.2. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

		n	%
Cinsiyet	Kadın	147	43.8
	Erkek	189	56.2
Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil	78	23.2
	İlköğretim mezunu	111	33.0
	Ortaokul	56	16.7
	Lise	47	14.0
	Üniversite ve üzeri	44	13.1
Medeni Durum	Evli	255	75.9
	Bekâr	81	24.1
Gelir Seviyesi	1000 TL'den den az	34	10.1
	1000-2000 TL	142	42.3
	2001-3000 TL	88	26.2
	3001 TL den fazla	72	21.4
Sağlık Güvencesi	Var	336	100
	Yok	0	0
Meslek	Memur	62	18.5
	Ev hanımı	96	28.6
	Esnaf	27	8.0
	Emekli	79	23.5
	İşçi	36	10.7
	İşsiz	13	3.9
	Çiftçi	14	4.2
	Serbest	9	2.6
Sigara Kullanma	Evet	169	50.3
	Hayır	167	49.7
Kronik Hastalık Varlığı	Var	105	31.2
	Yok	231	68.8
Daha Önce KRK	Evet	30	8.9
Taramalarına Katılma	Hayır	306	91.1
Ailede Kanser Teşhisi Alan Birey	Var	29	8.6
	Yok	307	91.4
Çevrede Kanser Teşhisi Alan Birey	Var	44	13.1
	Yok	292	86.9
Daha Önce Kanser İle İlgili Geçirilmiş Hastalık	Evet	34	10.1
	Hayır	302	89.9

Tablo 3.2. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı - Devamı

				n	%	
Gelecekte Taramaya Katılmayı Düşünme	Hayır			137	40.8	
	Emin değilim			165	49.1	
	Üç ay içinde			2	0.6	
	Altı ay içinde			6	1.8	
	Bir yıl içinde			26	7.7	
KRK Taramalarıyla İlgili Bilginin Nereden Öğrenildiği	Çevremden			45	25.4	
	İnternette			26	14.7	
	Sağlık personelinin			38	21.5	
	TV/Gazeteden			59	33.3	
	Diğer yerlerden			9	5.1	
KRK Taramalarının Ücretsiz Olduğunu Bilme	Evet			224	66.7	
	Hayır			112	33.3	
KRK Taramalarının Nerede Yapıldığını Bilme	Evet			201	59.8	
	Hayır			135	40.2	
KRK Taramalarına Kaç Yaşında Başlanıldığını Bilme	Evet			45	13.4	
	Hayır			291	86.6	
Ailede Kansere Teşhisinin Bireydeki Riski Artırdığını Bilme	Evet			167	49.7	
	Hayır			169	50.3	
Sık Sık Taze Sebze Meyve Tüketmek	Evet			106	31.5	
	Hayır			230	68.5	
Obezitenin KRK Riskini artırdığını Bilme	Evet			117	34.8	
	Hayır			219	65.2	
		n	Min	Max	Ort.	SS
Yaş		336	40.00	86.00	56.46	10.53
BMI		336	21.30	35.16	27.96	2.40

Tablo 3.2’de görüldüğü gibi, çalışmanın ikinci aşamasında, katılımcıların %56.3’ü erkek, %33’ü ilköğretim mezunu, %75.9’u evli ve %42.3’ünün gelir seviyesi 1000-2000 TL arasındadır. Katılımcıların %100’ünün sağlık güvencesi vardır, %28.6’sı ev hanımıdır ve %50.3’ü sigara kullanmaktadır. Katılımcıların %68.8’inin kronik hastalığı yoktur, %91.1’i daha önce taramalara katılmamıştır ve %91.4’ünün ailesinde kanser teşhisi alan birey yoktur. Katılımcıların %86.9’unun çevresinde kanser teşhisi alan birey yoktur, %89.9’un daha önce kanserle ilgili bir hastalık yaşamamıştır ve

%49.1'i gelecekte taramalara katılma konusunda emin değildir. Katılımcıların %33.3'ünün kolorektal kanser bilgilerini TV/gazeteden öğrendiklerini, %66.7'sinin taramaların ücretsiz olduğunu bildiklerini ve %59.8'inin KKK taramaların nerelerde yapıldığını bildiklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların %86.6'sının taramalara kaç yaşında başlanıldığını bilmediği, %50.3'ünün ailesinde kanser teşhisi alan bireyin kendisi için kanser riskini artırdığını bilmediği ve %68.5'inin taze sebze tüketmediği belirlenmiştir. Katılımcıların %65.2'sinin obezitenin kanser riskini artırdığını bilmediği ve katılımcıların yaş ortalamalarının 56.46 ± 10.53 , beden kitle indeklerinin 27.96 ± 2.40 olduğu belirlenmiştir.

3.4. Çalışmaya Dahil Edilme Koşulları

Çalışmanın örneklem grubunu Kars Yenişehir Aile Sağlığı Merkezi (ASM) bölgesinde yaşayan iletişim kurma becerisinde sorun olmayan, erişkinler ve KKK tanısı almayan 40 yaş üzeri bireyler oluşturmuştur.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler

Çalışmanın bağımlı değişkenleri;

1. Kolorektal Kanser Kadercilik Skalası puan ortalaması.
2. Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli ölçeği duyarlılık alt boyutu puan ortalaması.
3. Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli ölçeği engel alt boyutu puan ortalaması.

Bağımsız Değişkenler

Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, sağlık güvencesi, kronik hastalık, sigara kullanımı, meslek, daha önce KRK taramasına katılma, ailede kanser teşhisi alan birey, kanserle alakalı geçirilmiş hastalık, gelecekte taramaya katılmayı düşünme, KRK bilgilerinin nereden öğrenildiği, KRK taramalarının ücretsiz olduğunu bilme, KRK taramalarının nerede yapıldığını bilme, KRK taramalarının kaç yaşında yapıldığı, ailede kanserin riski artırdığını bilme, taze sebze meyve tüketimi ve obezitenin riski artırdığını bilme.

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler, araştırmacılar tarafından Haziran 2016-Eylül 2016 tarihleri arasında yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, ‘Demografik Tanıtım Formu I’, ‘Kolonorektal Kanser Kaderciliği Skalası’, ‘Demografik Tanıtım Formu II’ ve ‘Kolonorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Duyarlılık ve Engel alt boyutları’ kullanılarak toplanmıştır.

Demografik Tanıtım Formu I: Araştırmacı tarafından hazırlanan form araştırmanın birinci bölümü için kullanılmıştır; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, gelir durumu, sağlık güvencesi, meslek ve kronik hastalığı sorgulayan 8 sorudan oluşmaktadır (Ek 2).

Demografik Tanıtım Formu II: Araştırmacı tarafından hazırlanan form araştırmanın ikinci bölümü için kullanılmıştır; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, gelir durumu, sağlık güvencesi, meslek ve kronik hastalık, sigara kullanımı ve KRK’ya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır (Ek 3).

Kolorektal Kanser Kaderciliği Skalası: Bu çalışmanın birinci aşamasında geçerlik ve güvenilirliği yapılan Kolorektal Kanser Kaderciliği Skalası Barbara Powe tarafından 1995 yılında geliştirilmiştir ve 15 sorudan oluşmaktadır. Skala ‘evet, hayır’ şeklinde cevaplanmaktadır. Skaladan alınan puanın artması kaderciliğin arttığını göstermektedir. Skalada 15 madde bulunduğu için skaladan alınabilecek puanlar 0-15 arasında değişmektedir. Skala tek alt boyutludur ve 5-10 dakikada doldurulabilmektedir. Bu skala bütün sosyal sınıflar için uygundur. Powe Kadercilik Ölçeği (Powe Fatalism Inventory) Afro-Amerikan topluluğu üzerinde geliştirilmiştir. Kansere yönelik kaderci tutumları (korku, karamsarlık, önceden belirlenmişlik ve ölümden kaçınılmazlık boyutları) ölçmeyi amaçlamaktadır (Ek 4). Bu çalışmanın ikinci aşamasında ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0.850 olarak hesaplanmıştır.

Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (KKKYSİMÖ): SİM Ölçeği, Victoria Champion tarafından meme kanserine yönelik geliştirilmiştir.¹¹³ Jacobs Champion’un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği’nin birkaç sorusunu ve altı boyutunun her birinde yer alan ‘meme kanseri’ kelimesini ‘kolon kanseri’ olarak değiştirerek bu ölçeği kolorektal kansere uyarlamıştır.²⁰ Ölçeğin Türk dili için geçerlik güvenilirlik çalışması 2007 yılında Özsoy ve ark.¹⁷ tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada kullanılan Türkçe form; toplam 33 maddeden oluşmakta ve ölçeğin alt boyutları birbirinden bağımsız olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin güven-yarar algısı, duyarlılık algısı, engel algısı, sağlık motivasyonu algısı ve ciddiyet algısı olmak üzere 5 alt boyutu vardır. Ölçek 1’den 5’e kadar puanlanan likert tipi bir araçtır. Ölçekte, ‘kesinlikle katılmıyorum’ yanıtı 1 puan, ‘katılmıyorum’ 2 puan, ‘kararsızım’ 3 puan, ‘katılıyorum’ 4 puan ve ‘kesinlikle katılıyorum’ 5 puan olarak değerlendirilmektedir. Bu çalışmada Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği’nin alt boyutu olan duyarlılık ve engel algısı kullanılmıştır (Ek 5). Duyarlılık

algısı 6 sorudan oluşmaktadır. Skalada 6 soru bulunduğu için skaladan alınabilecek puanlar 6-30 arasında değişmektedir. Engel algısı da 6 sorudan oluşmaktadır. Skalada 6 soru bulunduğu için skaladan alınabilecek puanlar 6-30 arasında değişmektedir. Skala 5-10 dakikada doldurulabilmektedir. Bu skala bütün sosyal sınıflar için uygundur.¹⁷ Bu çalışmada duyarlılık alt ölçeği Cronbach Alfa kat sayısı 0.76, engel algısı alt ölçeği Cronbach Alfa katsayısı 0.71 olarak hesaplanmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, SPSS for Windows 17 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdelikler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra, çalışmanın birinci aşamasında dil ve kapsam geçerliliği sağlanmış, daha sonra yapı geçerliliği ve iç tutarlılık kat sayıları analiz edilmiştir. İkili ve çoklu grup karşılaştırmaları, ileri analizler, verilerin normallik dağılım analizleri yapılmıştır.

Dil Geçerliliği

Araştırmada 4 akademisyen hemşire, Kolorektal Kanser Kaderciliği skalasını bağımsız olarak Türk diline çevirdikten sonra, skala tekrar orijinal diline çevrilmiştir. Orijinal dile geri çevirme işlemini İngiliz Dili ve Edebiyatı Anabilim Dalı'nda öğretim elemanı olarak çalışan iki bağımsız akademisyen yapılmıştır. Çevirmenlerin ana dili Türkçedir. Ölçekteki maddelerin katılımcılar tarafından anlaşılıp anlaşılmadığını değerlendirmek için 15 katılımcıya ön değerlendirme yapılmıştır (Ön uygulama yapılan katılımcılar araştırma kapsamına alınmamıştır).

Kapsam Geçerliliği

Çeviri işlemi tamamlandıktan sonra skala on hemşire-ebe akademisyenden oluşan uzman grubun görüşüne sunulmuştur (Ek 6). E-mail yolu ile görüşleri alınan uzmanlar skalanın maddelerini anlaşılabilirlik ve kültürel uygunluk yönünden

incelemişlerdir. Uzman görüşlerine dayanarak yapılan kapsam geçerliliğinde Davis Tekniği kullanılmıştır.

Yapı Geçerliliği

Ölçeğin yapı geçerliliği için açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizi öncesinde ölçeğin örneklem büyüklüğü ve faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek için KMO ve Barlett testleri uygulanmıştır. KMO indeksi için en az değerin 0.50 olması gerektiği bildirilmektedir ve örneklem büyüklüğünün yeterliliği için kullanılmaktadır. Barlett testinin anlamlı çıkması, veri setinin faktör analizi için uygun olduğu anlamına gelmektedir. Barlett testleri ve KMO sonrasında açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır.

İç Tutarlılık

Ölçeğin iç tutarlılığının ve homojenliğini belirlemek için KR-20 katsayı ve madde-toplam puan korelasyon katsayıları hesaplanmıştır.

Çalışmanın ikinci aşamasında ise aşağıdaki tabloda yer alan istatistiksel analizler kullanılmıştır.

Tablo 3.3.Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler

	Normal dağılan ölçümlerde	Normal dağılmayan ölçümlerde
İkili grupların karşılaştırılmasında	Bağımsız gruplarda t testi	Mann Whitney –U analizi
Çoklu grupların karşılaştırılmasında	Varyans analizi	Kruskall Wallis analizi
Sürekli veriler arasında ilişki aranmasında	Pearson korelasyon analizi.	Spearman korelasyon analizi
Verilerin normallik dağılımı	Kurtosis ve skewness kat sayıları*	
İç tutarlılık	Cronbach α katsayısı	
İleri analizler	Dunnet C, LSD ve Mann Whitney- U analizleri	

Tablo 3.4. Verilerin Normallik Dağılım Analizleri

	Skewness		Kurtosis	
	Değer	SE*	Değer	SE*
Yaş	0.475	0.133	-0.633	0.265
BMI	0.009	0.133	0.362	0.265
Kadercilik Algısı	0.243	0.133	-0.905	0.265
Duyarlılık Algısı	-1.082	0.133	1.323	0.265
Engel Algısı	0.232	0.133	-0.513	0.265

* SE: Standart hata.

Tablo 3.4’te görüldüğü gibi Kurosis ve Skewness katsayılarına göre yaş, BMI, kadercilik puanı ve engel algısı değişkenleri normal dağılmamaktadır. Duyarlılık algısı puanı ise normal dağılmaktadır.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

KKKSÖ’nün Türkçe’ye uyarlanması için ilgili ölçeği geliştiren Barbara Powe’den yazılı izin alınmıştır (Ek 7). Araştırmaya başlamadan önce, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu’ndan onay (Ek 8) ve Kars Halk Sağlığı Müdürlüğü’nden yazılı izin alınmıştır (Ek 9). Veri toplanırken bütün katılımcılardan sözlü/yazılı onam alınmış ve istedikleri anda çalışmadan ayrılacakları bildirilmiştir. Çalışmada Helsinki Deklarasyonuna uygun davranılmıştır.

Araştırma verilerinin toplanması esnasında katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilerek ‘Aydınlatılmış Onam’ ilkesi, araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları bildirilerek ‘Özerkliğe Saygı’ ilkesi, araştırmaya katılan katılımcılara bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek ‘Gizlilik ve Gizliliğin Korunması’ ilkesi yerine getirilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Bu çalışmanın bir ASM bölgesinde yürütülüyor olması sınırlılık olarak kabul edilebilir. Bu araştırmanın sonuçları araştırma kapsamına benzer gruptaki bireylere genellenebilir.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Ölçek Maddelerine Ait KGİ Skorları

	Maddeler	4	3	2	1	KGİ Skoru
1.	Bence bir insan bağırsak kanseri olacaksa ne yediğinin bir önemi yoktur bir şekilde zaten bağırsak kanseri olacaktır.	9	1	-	-	1.0
2.	Bence birisi bağırsak kanserine yakalanmışsa bunun tedavi için zaten çok geçtir.	6	4	-	-	1.0
3.	Bence birisi bağırsak kanserine yakalanmayacaksa hayatı boyunca yağlı gıdalar tüketse de yine de bağırsak kanseri olmaz.	7	1	1	1	0.8
4.	Bence bir insan bağırsak kanseri olacaksa ne yaparsa yapsın bağırsak kanserine yakalanacaktır.	10	-	-	-	1.0
5.	Bence bir insan bağırsak kanseri olacaksa bunun olacağı vardır.	8	2	-	-	1.0
6.	Bir kişi bağırsak kanseri olursa kısa sürede öleceğini düşünürüm.	7	3	-	-	1.0
7.	Bence bir insan bağırsak kanseri olacaksa bu şekilde ölmesi gerektiğindendir.	7	2	-	1	0.9
8.	Bence bağırsak kanseri için kontrole gitmek insanları gerçekten bağırsak kanseri olacağı konusunda korkutmaktadır.	9	1	-	-	1.0
9.	Bence birisi bağırsak kanserine yakalanacaksa bağırsak kanserine yakalanır.	8	2	-	-	1.0
10.	Bence bazı insanlar bağırsak kanseri olup olmadığını bilmek istemez çünkü bundan dolayı ölebileceklerini bilmek istemezler.	8	-	1	1	0.8
11.	Bence birisi bağırsak kanserine yakalanırsa bunu erken ya da geç fark etmesinin önemi yoktur; her şekilde bu hastalıktan ölecektir.	8	2	-	-	1.0
12.	Bence birisi bağırsak kanserine yakalanıp tedavi olsa da muhtemelen yine de bağırsak kanserinden ölür.	9	1	-	-	1.0
13.	Bence birisi bağırsak kanserine yakalanacaksa doktorların ve hemşirelerin onlara ne söylediğinin önemi yoktur, her şekilde bağırsak kanserinden ölürlər.	6	3	-	1	0.9

Tablo 4.1 Ölçek Maddelerine Ait KGİ Skorları-Devamı

	Maddeler	4	3	2	1	KGİ Skoru
14.	Bence birisi bağırsak kanserine yakalanacaksa sağlıklı yiyecekler yiyip yemediğinin önemi yoktur, yine de bağırsak kanserine yakalanır.	10	-	-	-	1.0
15.	Bence bağırsak kanseri ne zaman teşhis edilirse edilsin ve nasıl tedavi edilirse edilsin kişiyi öldürecektir.	9	1	-	-	1.0
Kapsam Geçerlilik İndeksi		0.91				

Davis tekniği kullanılarak kapsam geçerliliği değerlendirilen skalaya ait maddelerin KGİ skorları Tablo 4.1’de görülmektedir. Skalaya ait bütün maddelerin KGİ skorları 0.8-1.0 arasında değişmektedir. Kapsam geçerlilik indeksi ise 0.91’dir. Dolayısıyla kapsam/içerik geçerliliği yönünden herhangi bir madde ölçekten çıkarılmamıştır.

Kolorektal Kanser Kaderciliği Skalası’nın Geçerliliğine İlişkin Bulgular

Kapsam geçerliliği sonrasında, çalışmada daha net ve kesin bulgular elde edebilmek için Kolorektal Kanser Kaderciliği Skalası’nın (KKKS) yapı geçerliliğini belirlemek üzere faktör yapıları incelenmiştir. İlk önce KMO (Kaiser-Mayer Olkin) analizi örneklemin büyüklüğünün yeterli olup olmadığını belirlemek için kullanılmıştır. Verinin faktör analizine uygunluğunu belirlemek için ise Barlet Testi yapılmıştır. Daha sonra ise ölçeğin faktör yapısı Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.2.KMO ve Barlett Testi Sonuçları

Testler	Sonuçlar	p
KMO	0.854	
Bartlett Testi	$\chi^2=1084.230$	0.000

Tablo 4.2 incelendiğinde KMO katsayısının değeri 0.854 olduğu ve Barlett testine ilişkin ki-kare değerinin $p<0.001$ önem düzeyinde anlamlı olduğu görülmektedir. Bu bulgular verilerin birbiri ile ilişki gösterdiğini ve veri setinin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.3. Kolorektal Kanser Kaderciliği Skalası Maddelerinin Faktör Yükleri

Madde	Faktör Yüğü
1. Bence bir insan bağırsak kanseri olacaksa ne yediğinin bir önemi yoktur bir şekilde zaten bağırsak kanseri olacaktır.	0.706
2. Bence birisi bağırsak kanserine yakalanmışsa bunun tedavi için zaten çok geçtir.	0.697
3. Bence birisi bağırsak kanserine yakalanmayacaksa hayatı boyunca yağlı gıdalar tüketse de yine de bağırsak kanseri olmaz.	0.622
4. Bence bir insan bağırsak kanseri olacaksa ne yaparsa yapsın bağırsak kanserine yakalanacaktır.	0.704
5. Bence bir insan bağırsak kanseri olacaksa bunun olacağı vardır.	0.639
6. Bir kişi bağırsak kanseri olursa kısa sürede öleceğini düşünürüm.	0.502
7. Bence bir insan bağırsak kanseri olacaksa bu şekilde ölmesi gerektiğindendir.	0.387
8. Bence bağırsak kanseri için kontrole gitmek insanları gerçekten bağırsak kanseri olacağı konusunda korkutmaktadır.	0.334
9. Bence birisi bağırsak kanserine yakalanacaksa bağırsak kanserine yakalanır	0.592
10. Bence bazı insanlar bağırsak kanseri olup olmadığını bilmek istemez çünkü bundan dolayı ölebileceklerini bilmek istemezler.	0.312
11. Bence birisi bağırsak kanserine yakalanırsa bunu erken ya da geç fark etmesinin önemi yoktur; her şekilde bu hastalıktan ölecektir.	0.571
12. Bence birisi bağırsak kanserine yakalanıp tedavi olsa da muhtemelen yine de bağırsak kanserinden ölür.	0.535
13. Bence birisi bağırsak kanserine yakalanacaksa doktorların ve hemşirelerin onlara ne söylediğinin önemi yoktur, her şekilde bağırsak kanserinden ölürlər.	0.678
14. Bence birisi bağırsak kanserine yakalanacaksa sağlıklı yiyecekler yiyip yemediğinin önemi yoktur, yine de bağırsak kanserine yakalanır.	0.688
15. Bence bağırsak kanseri ne zaman teşhis edilirse edilsin ve nasıl tedavi edilirse edilsin kişiyi öldürecektir.	0.659
Açıklayan Varyans	%34.771

Tablo 4.3’de görüldüğü gibi, tek boyutlu olarak incelenen Kolorektal Kanser Kaderciliği skalasında faktör yükleri 0.31-0.71 arasında değişmektedir ve açıklanan varyans %34.771’dir. Bu aşamada hiçbir soru ölçekten çıkarılmamıştır.

Kolorektal Kanser Kaderciliği Skalası'nın Güvenirliğine İlişkin Bulgular

Tablo 4.4. Kolorektal Kanser Kaderciliği Skalası'na Ait KR-20 ve Madde Toplam Korelasyonları

Madde No	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	Madde Silinirse Ölçeğin Ortalaması	Düzeltilmiş Madde-Toplam Puan Korelasyonu	Madde Silinirse Ölçeğin Cronbach Alfa Katsayısı
1.	0.56	0.50	6.715	0.578	0.773
2.	0.41	0.49	6.865	0.597	0.771
3.	0.49	0.50	6.785	0.505	0.779
4.	0.64	0.48	6.635	0.557	0.775
5.	0.73	0.45	6.550	0.491	0.780
6.	0.36	0.48	6.915	0.428	0.785
7.	0.30	0.46	6.980	0.328	0.792
8.	0.45	0.50	6.830	0.227	0.832
9.	0.70	0.46	6.580	0.440	0.784
10.	0.59	0.49	6.690	0.210	0.831
11.	0.30	0.46	6.980	0.532	0.777
12.	0.38	0.49	6.900	0.464	0.782
13.	0.51	0.50	6.770	0.562	0.774
14.	0.56	0.50	6.720	0.568	0.773
15.	0.34	0.48	6.935	0.631	0.769
KR-20					0.798

Kolorektal Kanser Kaderciliği Skalası'nın iç tutarlılığının ve homojenliğini belirlemek için KR-20 katsayı ve madde-toplam puan korelasyon katsayıları

hesaplanmıştır. Skala'nın KR-20 katsayısı 0.79 olarak ve madde toplam puan korelasyonları 0.22-0.63 arasında değişmektedir (Tablo 4.4). Hiçbir maddenin silinmesi KR-20 katsayısını yükseltmediği için herhangi bir madde ölçekten çıkarılmamıştır.

Tablo 4.5. Kolorektal Kanser Kadercilik Skalasından Alınabilecek En Düşük-En Yüksek Puanlar İle Ölçek Toplam Puan Ortalaması

Kolorektal Kanser Kaderciliği Skalası	Ölçekten Alınabilecek En Düşük-En Yüksek Puanlar	Ölçekten Alınan En Düşük-En Yüksek Puanlar	Ortalama±SS
Toplam	0-15	0-15	7.28±3.70

Tablo 4.5'de görüldüğü gibi ölçek puan ortalamasının 7.28±3.70 olduğu, ölçekten alınan en düşük ve en yüksek puanların 0-15 arasında değiştiği belirlenmiştir. Skala tek alt boyuludur ve ters çevrilen madde yoktur.

Çalışmanın ikinci aşaması için araştırmaya katılan bireylerin ölçeklerden aldıkları puanların dağılımı Tablo 4.6'da sunulmuştur.

Tablo 4.6. Katılımcıların Çalışmada Kullanılan Ölçeklerden Aldıkları Puanların Dağılımları

	n	Min	Max	Ort.	SS
Kolorektal Kanser Kaderciliği	336	0	15	6.65	4.03
Duyarlılık Algısı	336	8	30	23.01	4.01
Engel Algısı	336	6	30	18.37	4.7

Tablo 4.6'da görüldüğü gibi, Kolorektal Kanser Kadercilik ölçeğinden ortalama 6.66±4.04, Duyarlılık Algısı ölçeğinden 23.01±4.01 ve Engel Algısı ölçeğinden 18.39±4.7 puan alınmıştır.

Tablo 4.7. Kadercilik ile Duyarlılık ve Engel Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Duyarlılık Algısı	Engel Algısı
Kadercilik Algısı	r	-0.167	-0.380
	p	0.002	0.000

*Sperman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Kadercilik algısı ile duyarlılık algısı ve engel algısı arasında negatif yönlü düşük düzeyli anlamlı ilişki vardır ($p<0.05$). Kadercilik algısı arttıkça duyarlılık algısı ve engel algısı puanları düşmektedir.

Tablo 4.8. Katılımcılarda Çeşitli Özelliklere Göre Kadercilik, Duyarlılık ve Engel Algısını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

		n	Kadercilik			Duyarlılık			Engel		
			Ort.	SS.	Önemlilik	Ort.	SS.	Önemlilik	Ort.	SS.	Önemlilik
Cinsiyet	Kadın	147	7.11	4.16	t= -1.825	22.31	4.53	U=12551.0	17.54	5.01	t=2.898
	Erkek	189	6.30	3.92	p= 0.069	23.41	3.52	p=0.127	19.03	4.43	P=0.004
Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil	78	8.27	3.96	F=24.462 p=0.000	23.38	4.03	χ^2_{KW} =4.830 p=0.305	18.96	5.20	F=6.925 p=0.000
	İlköğretim mezunu	111	7.79	3.74		22.63	4.18		17.69	4.67	
	Ortaokul	56	6.59	3.58		22.70	3.62		16.59	3.91	
	Lise	47	5.43	3.49		23.36	3.31		18.66	4.29	
	Üniversite ve üzeri	44	2.32	2.19		22.36	4.70		21.07	4.24	
Medeni Durum	Evli	255	6.12	3.79	t= -4.412	23.06	3.99	U=10060.0	18.59	4.67	t=1.472
	Bekâr	81	8.33	4.35	p=0.000	22.88	4.13	p=0.724	17.70	4.92	P=0.142
Gelir	1000 TL'den az	34	8.91	3.79	F=34.561 p=0.000	23.06	3.98	χ^2_{KW} =10.593 p=0.014	17.32	4.33	F=10.550 p=0.000
	1000-2000	142	8.01	3.80		22.72	4.04		17.66	5.02	
	2001-3000	88	6.43	3.57		22.68	3.75		17.77	4.29	
	3001 tl'den fazla	72	3.19	2.77		23.99	4.19		21.04	3.92	
Meslek	Memur	62	2.53	2.29	F=19.546 p=0.000	23.94	3.94	χ^2_{KW} =16.843 p=0.018	20.89	3.89	F=9.286 p=0.000
	Ev hanımı	96	8.49	3.73		22.17	4.42		17.13	4.69	
	Esnaf	27	6.41	2.59		24.37	2.54		19.19	4.32	
	Emekli	79	6.89	4.07		23.56	3.46		19.33	4.89	
	İşçi	36	7.64	3.29		22.22	4.30		15.22	2.97	
	İşsiz	13	8.15	3.78		22.62	4.65		17.54	4.81	
	Çiftçi	14	9.29	3.41		21.36	4.58		15.43	4.15	
	Serbest	9	4.00	2.29		23.22	2.54		22.11	3.69	

Tablo 4.8. Katılımcılarda Çeşitli Özelliklere Göre Kadercilik, Duyarlılık ve Engel Algısını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi - Devamı

		n	Kadercilik			Duyarlılık			Engel		
			Ort.	SS.	Önemlilik	Ort.	SS.	Önemlilik	Ort.	SS.	Önemlilik
Sigara Kullanma	Evet	169	6.12	3.88	t= -2.441	22.75	4.36	U=13451.500	18.28	4.44	t= -0.388
	Hayır	167	7.19	4.14	p= 0.015	23.28	3.62	p=0.456	18.48	5.03	p= 0.698
Kronik Hastalık	Var	105	8.32	4.073	t=5.313	22.89	3.79	U=11381.000	17.92	4.89	t= -1.185
	Yok	231	5.90	3.79	p=0.000	23.07	4.11	p=0.364	18.58	4.67	p=0.237
Daha Önce KRK	Katılmadı	306	6.91	4.05	t= 5.002	23.40	3.61	U=2503.500	18.39	4.75	t=0.135
Taramasına Katılma	Katıldı	30	4.08	2.83	p=0.000	19.07	5.61	p=0.000	18.27	4.77	p=0.893
Ailede Kanser Teşhisi	Yok	307	6.79	4.02	t= 1.932	23.32	3.71	U=2761.500	18.32	4.61	t= -0.561
Alan Birey	Var	29	5.28	4.08	p=0.054	19.76	5.46	p=0.001	18.97	6.00	p=0.579
Kanserle Alakalı Geçirilmiş Hastalık	Hayır	302	6.57	4.00	t= -1.154	23.33	3.80	U=3034.000	18.54	4.73	t= 1.910
	Evet	34	7.41	4.34	p=0.249	20.24	4.77	p=0.000	16.91	4.65	p=0.057
Gelecekte Taramaya Katılmayı Düşünme	Hayır	137	7.93	3.92		23.51	3.96		18.78	4.78	
	Emin değilim	165	6.16	3.96	F=8.987	23.09	3.60	x ² _{KW} =11.111	18.00	4.59	F=15.60
	Üç ay içinde	2	5.50	3.54	p=0.000	21.00	2.83	p=0.025	13.00	1.41	p=0.185
	Altı ay içinde	6	2.33	1.97		18.50	7.97		20.83	3.31	
	Bir yıl içinde	26	4.19	3.02		21.15	4.70		18.46	5.59	
KRK Bilgilerinin Nereden Öğrenildiği	Çevremden	45	6.80	4.07		21.84	4.65		17.87	5.11	
	İnternette	26	3.31	3.75	F=8.512	24.96	2.68	x ² _{KW} =14.825	21.04	3.01	F=6.732
	Sağlık personeline	38	3.50	2.82	p=0.000	20.61	5.55	p=0.005	19.45	5.01	p=0.000
	TV/Gazete	59	6.48	3.36		22.63	3.77		16.14	3.80	
	Diğer	9	6.67	3.57		22.11	3.22		19.11	5.67	

Tablo 4.8. Katılımcılarda Çeşitli Özelliklere Göre Kadercilik, Duyarlılık ve Engel Algısını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi - Devamı

		n	Kadercilik			Duyarlılık			Engel		
			Ort.	SS.	Önemlilik	Ort.	SS.	Önemlilik	Ort.	SS.	Önemlilik
KRK Taramalarının Ücretsiz Olduğunu Bilme	Evet	224	5.35	3.61	t= -9.385	22.89	4.19	U=12161.500	18.85	4.59	t= 2.594
	Hayır	112	9.26	3.58	p=0.000	23.27	3.63	p=0.647	17.44	4.92	p=0.010
KRK Taramalarının Nerede Yapıldığını Bilme	Evet	201	5.08	3.59	t= -9.954	22.84	4.31	U=13287.000	19.45	4.59	t= 5.270
	Hayır	135	9.01	3.50	p=0.000	23.28	3.51	p=0.739	16.78	4.52	p=0.000
KRK Taramalarının Kaç Yaşında Yapıldığı	Evet	45	3.24	3.39	t= 7.111	21.89	5.28	U=5930.000	20.44	4.90	t= -3.185
	Hayır	291	7.18	3.87	p=0.000	23.19	3.76	p=0.0306	18.06	4.64	p=0.002
Ailedeki Kanserin Riski Artırdığını Bilme	Evet	167	5.65	3.63	t= -4.661	22.15	4.32	U=10799.000	17.58	4.28	t= -3.104
	Hayır	169	7.65	4.19	p= 0.000	23.87	3.48	p=0.000	19.17	5.05	p= 0.002
Taze Sebze Meyve Tüketimi	Evet	106	4.15	3.27	t= -9,017	22.63	4.90	U=11916.000	20.33	4.62	t= 5.331
	Hayır	230	7.81	3.84	p= 0.000	23.19	3.53	p=0.739	17.48	4.53	p= 0.000
Obezitenin Riski Artırdığını Bilme	Evet	117	4.22	3.14	t= -9.558	22.75	4.45	U=12796.000	19.90	4.62	t= 4.412
	Hayır	219	7.95	3.86	p=0.000	23.16	3.76	p=0.985	17.57	4.61	p=0.000

Tablo 4.8’de katılımcılarda çeşitli özelliklere göre kadercilik, duyarlılık ve engel algısını etkileyen faktörlerin ölçek puan ortalamasının karşılaştırmaları verilmiştir.

Katılımcıların çeşitli özelliklerine göre ***Kadercilik algısı puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde;*** Eğitim düzeyi, medeni durum, gelir, meslek, sigara kullanma, kronik hastalık, daha önce taramaya katılma, gelecekte taramaya katılmayı düşünme, KRK bilgisini nereden öğrendiği, taramaların ücretsiz olduğunu bilme, taramaların nerede yapıldığını bilme, taramalara kaç yaşında başlanıldığını bilme, ailede kanser öyküsünün olmasının riski artırdığı, taze sebze ve meyve tüketimi ve obezitenin riski artırdığı durumlarına göre kadecilik puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bekârların, sigara kullanmayanların, kronik hastalığı olanların, daha önce KRK taramalarına katılmayanların, KRK taramalarının ücretsiz olduğunu bilmeyenlerin, KRK taramalarının nerelerde yapıldığını bilmeyenlerin, KRK taramalarına kaç yaşında başlanıldığını bilmeyenlerin, ailede kanser varlığının bireyde kanser riskini artırdığını bilmeyenlerin, sık sık taze sebze meyve tüketmeyenlerin ve obezitenin KRK riskini artırdığını bilmeyenlerin kadercilik algısı puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eğitim düzeyi için farkın nereden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde; okuryazar olmayan katılımcıların puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gelir durumu için farkın nereden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde; geliri 1000 TL’den az olanların puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Meslek için farkın nereden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde; çiftçi olanların puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gelecekte taramalara katılmayı düşünme durumları için farkın nereden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde; gelecekte taramaya katılmayı düşünmeyenlerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

KRK bilgilerinin nereden öğrenildiği durumuna göre farkın nereden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde; ‘çevremden öğrendim’ diyenlerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Cinsiyet, ailede kanser teşhisi alma, daha önce kanserle alakalı bir hastalık geçirip geçirmeme durumuna göre kadercilik puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Katılımcıların çeşitli özelliklerine göre ***Duyarlılık algısı puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde;*** Gelir, meslek, daha önce taramaya katılma, ailede kanser teşhisi alma durumu, daha önce kanserle ilgili hastalık geçirilmesi, gelecekte taramaya katılmayı düşünme, bilgiyi nereden öğrendiği, taramalara kaç yaşında başlanıldığı, ailede kanserin riski artırdığını bilme durumuna göre ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Daha önce taramaya katılanların, ailesinde kanser teşhisi almayanların, daha önce kanserle alakalı bir hastalık geçirmeyenlerin, kolorektal kanser taramalarına kaç yaşında başlanıldığını bilmeyenlerin ve ailede kanser varlığının bireyde kanser riskini artırdığını bilmeyenlerin duyarlılık algısı puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gelir durumu için farkın nereden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde; geliri 3001 TL’den fazla olanların puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Meslek grupları için farkın nereden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde; esnaf olanların puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gelecekte taramalara katılmayı düşünme durumları için farkın nereden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde; gelecekte taramaya katılmayı düşünmeyenlerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kolorektal kanser bilgilerinin nereden öğrenildiği durumuna göre farkın nereden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde; internetten öğrendim diyenlerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, sigara, kronik hastalık, taramaların ücretsiz olduğunu bilme, taramaların nerede yapıldığını bilme, sık sık taze sebze ve meyve tüketimi, obezitenin kolorektal kanser riskini artırdığını bilme durumuna göre duyarlılık algısı puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Katılımcıların çeşitli özelliklerine göre ***Engel algısı puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde;*** Cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir, meslek, KRK bilgisini nereden öğrendiği, kolorektal kanser taramalarının ücretsiz olup olmadığını bilip bilmeme, KRK taramalarının nerede yapıldığını bilme, KRK taramalarının kaç yaşında başlanması gerektiği, ailedeki kanser olgusunun bireydeki kanser riskini artırdığını bilme, sık sık taze sebze meyve tüketimi, obezitenin KRK riskini artırdığını bilme durumuna göre ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Erkeklerin, kolorektal kanser taramalarının ücretsiz olduğunu bilenlerin, kolorektal kanser taramalarının nerelerde yapıldığını bilenlerin, kolorektal kanser taramalarına kaç yaşında başlanıldığını bilenlerin, ailede kanser varlığının bireyde kanser riskini artırdığını bilmeyenlerin, sık sık taze sebze ve meyve tüketenlerin ve obezitenin kanser riskini artırdığını bilenlerin engel algısı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eğitim düzeylerine göre farkın nereden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde; üniversite ve üstü mezunu katılımcıların puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gelir durumu için farkın nereden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde; geliri 3001 TL'den fazla olanların puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Meslek grupları için farkın nereden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde; serbest meslekle uğraşanların puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kolorektal kanser bilgilerinin nereden öğrenildiği durumuna göre farkın nereden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde; internetten öğrendim diyenlerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Medeni durum, sigara kullanımı, kronik hastalık, daha önce KRK taramalarına katılma, ailede kanser teşhisi alan birey varlığı, daha önce kanserle alakalı hastalık geçirme, gelecekte KRK taramalarına katılmayı düşünme durumuna göre aradaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.9. Yaş ve BKİ ile Kadercilik, Duyarlılık ve Engel Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*

		Kadercilik Algısı	Duyarlılık Algısı	Engel Algısı
Yaş	r	0.397	-0.450	-0.149
	p	0.000	0.408	0.006
BMI	r	0.346	-0.221	-0.260
	p	0.000	0.000	0.000

*Sperman korelasyon analiz kullanılmıştır.

Tablo 4.9’da görüldüğü gibi; yaş ile kadercilik algısı arasında düşük düzeyli pozitif yönlü anlamlı ilişki, yaş ile engel algısı arasında negatif yönlü çok düşük düzeyli anlamlı ilişki olduğu ($p<0.05$) ve yaş ile duyarlılık algısı arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Yaş arttıkça kadercilik algısı artmakta, engel algısı düşmektedir.

BMI ile kadercilik algısı arasında düşük düzeyli pozitif yönlü anlamlı ilişki, BMI ile duyarlılık algısı ve engel algısı arasında negatif yönlü düşük düzeyli anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). BMI arttıkça; kadercilik algısı puanı artmakta, duyarlılık ve engel algısı puanı azalmaktadır.

5. TARTIŞMA

Ölçek uyarlama çalışmalarının ilk aşaması ölçeğin dil çevrisidir. Kolorektal Kanser Kaderciliği Skalası'nın dil çevrisinde günümüzde en çok kullanılan çeviri-geri çeviri yönteminden faydalanılmıştır.^{99,100} Çeviri-geri çeviri yönteminde ilk olarak iki İngilizce dil ve edebiyat uzmanı tarafından Kolorektal Kanser Kadercilik Skalası'nı İngilizce'den Türk Diline tercüme edilmiştir. Elde edilen Türkçe versiyonuyla araştırmacının tez danışmanı araştırmacı ile beraber düzeltmeler yaptıktan sonra yeni ortak tek bir form elde etmişlerdir. Skalayı tekrar orijinal diline çevirmesi için elde edilen Türkçe versiyonu her iki dile (Türkçe-İngilizce) ve kültüre aşina olan aynı zamanda iyi anlayan ve konuşan bir İngilizce dil bilim uzmanı tarafından geri çevrilmiştir. Tüm çeviriler farklı uzmanlar tarafından yapılmıştır.

Çeviri işleminden sonra ölçek e-mail yoluyla 10 uzman akademisyene gönderilmiştir (Ek 6). Akademisyenler Davis tekniğine göre her maddeyi 1-4 arasında değerlendirmiştir. Uzman görüşü sonrası tüm maddelerin KGİ skorlarının 0.80'nin üzerinde olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla skala kapsam geçerliliği yönünden yeterli olduğu varsayılmaktadır.¹⁰⁰

Yapı geçerliliğinde de skalanın maddelerinin birbirine homojen veya benzer nitelikte olması gerekmektedir ve bunun istatistiksel değerlendirilmesi için en iyi yol faktör analizidir.¹⁰⁶ Faktör analizinin esas hedefi skala maddelerinin hangi alt boyutlar altında toplanacağını belirlemesidir.¹⁰⁰ Kolorektal Kanser Kaderciliği Skalası'nın faktör analizi yapılmadan önce örneklem grubunun yeterli olup olmadığını belirlemek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) ve örneklem grubunun faktör analizi için uygunluğunu belirlemek için Barlett's Test of Sphericity analizleri yapılmıştır. KMO değeri, 0.90-1.00: mükemmel; 0.80-0.89: çok iyi; 0.70-0.79: iyi; 0.60-0.69: orta; 0.50-0.59: zayıf; 0.50'dan az ise kabul edilemez olarak

yorumlanır.⁹⁹ Bu araştırmada KMO değeri 0.85 olarak belirlenmiştir ve sonuç olarak çok iyi olarak yorumlanmaktadır. KMO neticeleri faktör analizi yapması için örneklem büyüklüğünün yeterli varsaymaktadır. Barlett's Test of Sphericity testin sonucuna göre $\chi^2=1084.230$, $p<0.000$ olarak bulunmuştur. Bu bulgunun anlamlı çıkması faktör analizi için örneklem büyüklüğünün iyi ve korelasyon matrisinin uygun olduğunu göstermektedir.¹⁰⁹

Yapılan faktör analizi neticesinde skalanın tek boyutlu olduğu grlmştir. Aynı zamanda, maddelerin faktör yüklerinin 0.31 ve 0.71 arasında değiştiği ve açıklanan varyansın %34.771 olduğu belirlenmiştir. Tüm maddelerin faktör yükleri 0.30'un üzerinde olması nedeniyle ölçekten madde çıkarılmamıştır.¹¹⁴

Kolorektal Kanser Kaderciliği Skalası'nın iç tutarlılığının ve homojenliğini belirlemek için KR-20 katsayı ve madde-toplam puan korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Skala'nın KR-20 katsayısı 0.79'dur. Hiçbir maddenin silinmesi KR-20 katsayısını yükseltmediği için herhangi bir madde ölçekten çıkarılmamıştır.

Madde toplam korelasyonu i tutarlılığın diğer ölçütü sayılmaktadır. Bir maddenin kabul edilebilir olması için madde-toplam korelasyon katsayısı pozitif ve en az 0.20 olmalıdır.⁹⁶ Bu çalışmada skalanın madde toplam korelasyonunun 0.22- 0.63 arasında değişmektedir. Madde analizi için bütün maddelerin toplam puan korelasyonları yeterli düzeydedir. Bu bulgular 15 maddeden oluşan Kolorektal Kanser Kaderciliği Skalası'nın Türk Dilinde sorunlu maddesinin olmadığını ve i tutarlılığına sahip olduğunu göstermektedir. Buraya kadar elde edilen bulgulara göre bu çalışmanın birinci araştırma sorusu olan '*Türk Dilinde KKK Kaderciliği Skalası geçerli ve güvenilir bir lme aracı mıdır?*' sorusuna olumlu yanıt vermek mümkün olmaktadır. Skala Türk Dilinde geçerli ve güvenilirdir denilebilir.

Geçerlilik ve güvenilirliği tamamlanan Kolorektal Kanseri Kadercilik Skalasından, katılımcıların aldıkları puan, ölçeğin toplamından alınabilecek puan ile aynıdır, en düşük puanın 0, en yüksek puanın 15 ve puan ortalamasının 7.28 ± 3.70 olduğu belirlenmiştir.

Çalışmanın ikinci bölümüne yönelik bulgular incelenecek olursa;

Dünyada ve ülkemizde sık görülen kanserler arasında yer alan kolorektal kanserlerinde kanseri erken evrede yakalamak önemlidir. Kanserli erken evrede yakalayabilmek içinde ulusal düzeyde tarama programlarının oluşturulması ve riskli grubun bu tarama programlarına katılmasını sağlamak gerekir. Tarama programlarına katılımda kadercilik, duyarlılık algısı ve engel algısının incelendiği bu çalışmada tartışma bölümü araştırma soruları sıralaması ile incelenmiştir.

Çalışmanın ikinci araştırma sorusu olan **‘KRK kaderciliği, duyarlılık ve engel algısı arasında bir ilişki var mıdır?’** sorusuna yönelik bulgular incelendiğinde; Kadercilik algısı ile duyarlılık algısı ve engel algısı arasında negatif yönlü düşük düzeyli anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. Kadercilik algısı arttıkça duyarlılık algısı ve engel algısı puanları düşmektedir. Bu bulgulardan kadercilik puanı ile duyarlılık puanı arasındaki negatif ilişki beklenen bir sonuçtur. Indira ve ark.¹¹⁵ belirttiğine göre her iki değişken de düşük eğitim düzeyi, cinsiyet, düşük gelir gibi faktörlerden etkilenmektedir. Bu nedenle, aralarındaki negatif korelasyonun beklenebileceğini düşünmekteyiz. Fakat kadercilik puanı yükselirken engel algısının düşmesi beklenen bir durum değildir.

Çalışmanın üçüncü araştırma sorusu olan **‘KRK kaderciliğine etki eden faktörler nelerdir?’** sorusuna yönelik bulgular incelendiğinde; Okuryazar olmayanların, bekârların, geliri 1000 TL’den az olanların, çiftçi olanların, sigara kullanmayanların, kronik hastalığı olanların, daha önce KRK taramalarına katılmayanların, gelecekte

taramaya katılmayı düşünmeyenlerin, KRK kanser bilgilerini çevremden öğrendim diyenlerin, KRK taramalarının ücretsiz olduğunu bilmeyenlerin, KRK taramalarının nerelerde yapıldığını bilmeyenlerin, KRK taramalarına kaç yaşında başlanıldığını bilmeyenlerin, ailede kanser varlığının bireyde kanser riskini artırdığını bilmeyenlerin, sık sık taze sebze meyve tüketmeyenlerin ve obezitenin KRK riskini artırdığını bilmeyenlerin kadercilik algısı puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kadercilik, insanın hayatta karşısına çıkan her olayı doğüstü bir gücün yani Allah'ın takdiri ile açıklamasıdır. Allah'tan gelen alinyazısının insan gücü ve çabası ile değişmeyeceği, meydana gelen olayların kaçınılmaz olduğunu kabul etmesidir. Paralel olarak kader de insanın kendi yaşamını kontrol edemeyeceği, bir şeyi değiştiremeyeceği, seçim yapma şansının olmadığı inancı olarak tanımlanmaktadır.^{116,117} Bobov¹⁶ sağlık kaderciliğini çalıştığı bir araştırmasında; eğitim durumunun, gelir durumu, medeni durum, yaş, meslek ve kronik hastalık ile kadercilik puan ortalamalarını daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Benzer şekilde, Freeman'da¹¹⁸ kanser kaderciliği üzerine yaptığı bir çalışmada ekonomik düzeyi düşük olanların, eğitim seviyesi düşük olanların daha kaderci olduğunu belirlemiştir. Yine prostat kanseri kaderciliği ile ilgili, Aydoğdu ve ark.¹⁴ bir çalışmada bizim çalışmamıza benzer olarak okuryazar olmayanların ve gelecekte taramalara katılmayı düşünmeyenlerin kadercilik puan ortalamalarının daha yüksek bulmuşlardır. Haynie⁸⁶ bir çalışmada bizim bulgularımıza benzer olarak kaderci eğilimindeki bireylerin sigara kullanan bireylerin, kadercilik puan ortalamasının daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Kaderci inançlara sahip bireyler kendi sağlığını veya hastalığını kadere ya da ilahi müdahaleye bağlayıp kendi kendine başlayan bir eylem olarak değerlendirebilirler. Dolayısı ile kaderciliğin koruyucu sağlık hizmetlerine karşı bir engel oluşturduğu söylenilebilir. Literatür taraması yapıldığında kaderciliğin düşük eğitim seviyesi ve düşük gelir seviyesi ile arasında ters orantı olduğu

görülmektedir. Bizim çalışmamızda da katılımcıların eğitim düzeyi ve gelir seviyesinin düşük olduğu görülmektedir. Bu duruma paralel olarak daha önce KRK taramalarına katılmayanların, KRK taramalarının ücretsiz olduğunu bilmeyenlerin, KRK taramalarının nerede yapıldığını bilmeyenlerin, KRK taramalarının kaç yaşında yapıldığını bilmeyenlerin, ailedeki kanserin riski artırdığını bilmeyenlerin, sık sık taze sebze meyve tüketmeyenlerin ve obezitenin kanser riskini artırdığını bilmeyenlerin kadercilik algısı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durumun sebebeinin KRK hakkında yeterli bilginin olmadığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmanın dördüncü araştırma sorusu olan **‘KRK’ya yönelik duyarlılık algısına etki eden faktörler nelerdir?’** sorusuna yönelik bulgular incelendiğinde; Geliri 3001 TL’den fazla olanların, esnaf olanların, daha önce taramaya katılmayanların, ailesinde kanser teşhisi almayanların ve KRK bilgilerini internetten öğrendim diyenlerin duyarlılık algısı puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Nar¹¹⁸ da bizim sonuçlarımıza benzer olarak eğitim düzeyi, medeni durum, gelir seviyesi, sigara kullanma ile duyarlılık algısı arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını belirlemiştir. Farklı olarak, Türk¹²⁰ de yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ile duyarlılık algısı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirlemiştir. Yine Ersin’de¹²¹ serviks kanserine yönelik yaptığı bir çalışmada eğitim, medeni durum, sigara kullanımı ile duyarlılık algısı arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını belirlemiştir. Taştan¹²² çalışmasında, ailede kanser teşhisi alan birey ile duyarlılık algısı arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu, yaş ve eğitimin ise duyarlılık algısını etkilemediğini belirlemiştir. Nar¹¹⁹ ise, ailesinde kanser teşhisi olmayanların duyarlılık algısı puan ortalamasının anlamlı olarak yüksek bulmuştur. Durmuş¹²³ meme kanserinde yaptığı bir çalışmada bizim sonuçlarımıza benzer olarak meslek, ailede kanser öyküsü ve daha önce taramaya

katılmanın duyarlılık algısını etkilediğini belirlemiştir. Kahraman¹²⁴ prostat kanseri çalıştıkları bir çalışmada bilginin nereden öğrenildiği ile duyarlılık algısı arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu belirlemiştir. Bulgularımız ve literatür birlikte düşünüldüğünde demografik etmenlerin bir çoğunun duyarlılık algısı üzerinde etkili olduğu söylenebilir.

Duyarlılık; kişinin sağlığını tehdit eden hastalıkla ilgili algısıdır. Çalışmamızda anlamlı bulunan diğer değişkenler; gelecekte taramalara katılmayı düşünme ve taramaların kaç yaşında yapıldığı idi. Gelecekte taramalara katılmayı düşünmüyorum ve taramaların kaç yaşında yapılacağını bilmiyorum diyenlerin puan ortalamaların daha yüksekti. Bu durum katılımcıların yaş ortalamalarının daha düşük olmasından veya KRK için riskli yaş grubunda olmadıklarını düşünmelerinden veya katılımcıların KRK hakkında yeterli bilgilerinin olmamasından kaynaklanabilir. Aynı zamanda duyarlılık kişinin probleme inanmasıdır. Kansere alakalı geçirilmiş bir hastalık, ailede kanserin riski artırdığı ile duyarlılık algısı arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu, kansere alakalı hastalık geçirmeyenlerin ve ailedeki kanserin riski artırdığını bilmeyenlerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar katılımcıların problemin varlığından veya ciddiyetinden haberdar olmamalarıyla ya da kanser ihtimalini kendilerinden çok uzakta görmeleriyle ilişki olabilir.

Çalışmanın beşinci araştırma sorusu olan ***‘KRK’ya yönelik engel algısına etki eden faktörler nelerdir?’*** sorusuna yönelik bulgular incelendiğinde; Erkeklerin, doktora mezunu olanların, geliri 3001 TL’den fazla olanların, serbest meslekle uğraşanların ve KRK bilgilerimi internetten öğrendim diyenlerin engel algısı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Nar’da¹¹⁹ bizim sonuçlarımıza benzer olarak kolorektal kanser taramalarında yaş ve eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki belirlemiştir. Yine bizim çalışmamıza

benzer olarak sigara kullanımı, gelecekte KRK taramalarına katılmayı düşünme ile engel algısı arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını belirlemiştir. Omran ve İsmail'in¹²⁵ çalışmasında da KRK ve taramalarıyla ilgili bilgiye sahip olan bireylerin engel algılarının, bu konuda bilgisi olmayan bireylerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yılmaz ve ark.¹²⁶ yaptıkları bir çalışmalarında bizim çalışmamıza benzer olarak KRK taramalarına katılımda erkeklerin engel algısının yüksek olduğunu, eğitim durumu yüksek olan bireylerin aktif çalışmaları nedeniyle taramalara katılımda isteksiz olduklarını belirtmişlerdir. Durmuş¹²³ da meme kanserinde yaptığı bir çalışmada bizim sonuçlarımıza benzer olarak meslek, eğitim düzeyi, yaş ile engel algısı arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu belirlemiştir. Ersin¹²¹ serviks kanserine yönelik yaptığı bir çalışmada bizim sonuçlarımıza benzer olarak eğitim durumu, gelir ile engel arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu ailede kanser teşhisi alan birey, sigara kullanma ile engel algısı arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını belirlemiştir. Türk¹²⁰ de bizim sonuçlarımıza benzer olarak medeni durum ile engel algısı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirlemiştir. Taştan¹²² da bizim sonuçlarımıza benzer olarak eğitim düzeyi ve BMI ile engel algısı arasında anlamlı bir ilişki, ailede kanser teşhisi alan ile engel algısı arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını belirlemiştir. Çapık¹⁸ prostat kanserinde yaptığı bir çalışmada bizim sonuçlarımıza benzer olarak medeni durum, ailede kanser teşhisi alan birey ile engel algısı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını eğitim ile engel algısı arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu belirlemiştir. Kahraman¹²⁴ prostat kanseri çalıştıkları bir çalışmada daha önce kanser taramalarına katılma, ailede kanser teşhisi, gelecekte taramalara katılma ile engel algısı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirlemiştir.

Engel; sağlıkla ilgili koruyucu bir davranışın gerçekleştirilmesini engelleyen ya da zorlaştıran etmenlerle ilgili algılardır. Çapık ve Gözüm¹⁸ 2012 yılında ölçek

geçerliliği üzerine yaptıkları bir çalışmada, bireylerin prostat kanseri taramaları ve tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirilmelerinin taramaya katılımında engel algılarını azalttığını saptamışlardır. Aynı şekilde Pınar¹²⁷ testis kanseri hakkında yaptığı çalışmada en önemli engelin bilgisizlik olduğunu belirtmiştir. Bizim çalışmamızda da benzer olarak katılımcıların KKK bilgi düzeyleri (KKK taramalarının ücretsiz olduğunu bilme, KKK taramalarının nerede yapıldığını bilme, KKK taramalarının kaç yaşında yapıldığını bilme, ailedeki kanserin riski arttığını bilme, taze sebze meyve tüketimi, obezitenin riski arttığını bilme) ile engel algıları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların KKK'ye yönelik bilgi düzeylerin artırılması sonucunda engel algılarının düşebileceğini düşünmekteyiz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma sonucunda; Kolorektal Kanser Kaderciliği Skalası'nın Türk dilinde geçerli ve güvenilir göstergelere sahip bir araç olduğu saptanmıştır. Bu skalanın kolorektal kanserde kaderci tutumu belirlemek için kullanılabilir olduğu,

Kadercilik algısı arttıkça duyarlılık algısı ve engel algısı puanlarının düştüğü,

Okuryazar olmayanların, bekârların, geliri düşük olanların, çiftçilerin, sigara kullanmayanların, kronik hastalığı olmayanların, daha önce KRK taramalarına katılmayanların, gelecekte taramalara katılmayı düşünmeyenlerin, KRK bilgilerini çevrelerinden öğrenenlerin, KRK taramalarının ücretsiz olduğunu bilmeyenlerin, KRK taramalarının nerelerde yapıldığını bilmeyenlerin, KRK taramalarına kaç yaşında başlanması gerektiğinin bilmeyenlerin, ailedeki kanser öyküsünün kanser riskini artırdığını bilmeyenlerin, sık sık aze sebze meyve tüketmeyenlerin ve obezitenin riski artırdığını bilmeyenlerin kadercilik algılarının yüksek olduğu,

Geliri 3001 TL'den yüksek olanların, esnafların, daha önce KRK taramalarına katılmayanların, ailesinde kanser öyküsü olmayanların, kanserle alakalı bir hastalık geçirmeyenlerin, gelecekte taramalara katılmayı düşünmeyenlerin, KRK bilgilerini internetten öğrenenlerin, KRK taramalarının kaç yaşında yapıldığını bilmeyenlerin ve ailede kanser öyküsünün kanser riskini artırdığını bilmeyenlerin duyarlılık algılarının daha yüksek olduğu,

Erkeklerin, üniversite ve üstü mezunların, geliri 3001 TL'den fazla olanların, serbest meslekle uğraşanların, KRK bilgilerini internetten öğrenenlerin, KRK taramalarının ücretsiz olduğunu bilenlerin, KRK taramalarının nerelerde yapıldığını bilenlerin, KRK taramalarının kaç yaşında yapıldığını bilenlerin, ailedeki kanser öyküsünün kanser riskini artırdığını bilmeyenlerin, taze sebze meyve tüketenlerin ve obezitenin kanser riskini artırdığını bilenlerin engel algılarının daha yüksek olduğu,

Öneriler:

- Literatürde benzer çalışmanın azlığından dolayı kolorektal kanser yanı sıra serviks kanseri, meme kanseri, prostat kanseri ve testis kanserleri hakkında yapılan çalışmalardan da faydalanıldığı göz önünde bulundurulması,
- Skalanın başka çalışmalarda kullanılırken iç geçerliliğinin tekrar değerlendirilmesi,
- Katılımcıların büyük çoğunluğu KRK bilgilerini çevresinden ve internetten öğrenmeleri nedeniyle, sağlık personelleri eğitim programları düzenleyerek toplumda kolorektal kanser bilgi seviyesini artırmaya çalışmaları.
- Katılımcıların büyük çoğunluğu çiftçi, esnaf serbest meslek çalışanlarından oluşmaktadır. Sağlık hizmetlerine ulaşması sınırlı olan bu gruplarda KRK hakkındaki bilgi düzeylerini artırma yolu ile kadercilik ve engel algılarının düşülmesine, duyarlılık algılarının yükseltilmesine yönelik girişimlerin yapılması önerilmektedir.
- Çalışmada kadercilik puanı ve engel algısı arasında çıkan negatif korelasyonun başka çalışmalar ile tekrar değerlendirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Colon Cancer, Version 2.
http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp. 01 Ocak 2017.
2. American Cancer Society (ACS). . Colorectal Cancer Facts and Figures 2014-2016.
American Cancer Society, Inc. Atlanta.
<http://www.cancer.org/acs/groups/content/documents/document/acspc-042280.pdf>
01 Ocak 2017.
3. Kolorektal Kanser. <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-turleri/45-kalin-bagirsak-kanseri.html>. 17 Ekim 2017
4. Jemal A, Simard EP, Dorell C, Noone AM, Markowitz LE, Kohler B, Ehemann C, Saraiya M, Bandi P, Saslow D, Cronin KA, Watson M, Schiffman M, Henley SJ, Schymura MJ, Anderson RN, Yankey D, Edwards BK. Annual report to the nation on the status of cancer, featuring the burden and trends in human papilloma virus (HPV)-associated cancers and HPV vaccination coverage levels. *J Natl Cancer Inst*, 2013, 105:175.
5. Nishin B, Christopher HC, Miguel RB, Scott K, Cathy E. *World J Gastroenterol*, 2th ed. Mc Graw Hill, 2011, 57-60.
6. Korkmaz E. Kanser ve Kanser Hastalarına İlişkin Tutumların İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2010.
7. Baltaş Z. *Halk Sağlığında Davranış Bilimleri*, 3.Baskı. İstanbul, Remzi Kitapevi, 2007: 110-117.
8. Levin J. How religion influences morbidity and health: Reflections on natural history, salutogenesis and host resistance. *Soc Sci Med*, 1996, 43: 849-864.

9. Sharf BF, Stellies LA, Gordon HS. 'A little bitty spot and I'm a big man: Patients' perspectives on refusing diagnosis or treatment for lung cancer. *Psycho-Oncology*, 2005, 14: 636-646.
10. Powe BD. Cancer fatalism among elderly Caucasians and African Americans. *Oncol Nurs Forum*, 1995, 22: 1355-1359.
11. Powe BD, Finnie R. Cancer fatalism: The state of the science. *Cancer Nurs*, 2003, 26: 454-466.
12. Kaya A, Bozkur B. Kadercilik eğilimi ölçeğinin geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Mersinefd Dergisi*, 2015, 11: 935-946.
13. Arıkan Z, Kuruoğlu AÇ, Beler N, Oral N, Ekim NN, Kaktürk O, Levent E. Tüberküloz olgularında hastalığın algılanması ve kişilik özellikleri. *Kriz Dergisi*, 2000, 8: 39-45.
14. Aydoğdu NG, Çapık C, Ersin F, Kıssal A, Bahar Z. The reliability and validity of prostate cancer fatalism inventory in Turkish language. *J Relig Health*, 2016, 56: 1670-1682.
15. Franklin MD, Schlundt DG, Wallston KA. Development and validation of a religious health fatalism measure for the African American faith community. *J Health Psychol*, 2008, 13: 323-335.
16. Bobov G. Sağlık Kaderciliği Skalası'nın Türk Dilinde Geçerlik ve Güvenirliği. Sağlık Bilimleri Entitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2016.
17. Özsoy S, Ardahan M, Özmen D. Reliabilty and Validity of the colorectal cancer screening belief scale in Turkey. *Cancer Nurs*, 2007, 30: 139-145

18. Çapık C, Gözüm S. The effect of web-assited education and reminders on health belief, level of knowledge and early diagnosis behaviors regarding prostate cancer screening. *Eur J Oncol Nurs*, 2012, 16: 71-77.
19. Nahcivan NÖ, Seçginli S. Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: Bir rehber olarak sağlık inanç modelinin kullanımı. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2003, 7: 33-38.
20. Jacobs L. Health beliefs of first-degree relatives of individuals with colorectal cancer and participation in health maintenance visits: a opulation-based survey. *Cancer Nurs*, 2002, 25: 251-265.
21. Rawl S, Champion VL, Menon U, Loehrer P, Vance GH, Skinner CS. Validation of scales to measure benefits of and barriers to colorectal cancer screening. *J Psychosoc Oncol*, 2001, 19: 47-63.
22. Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2001, 25: 145-154.
23. Meyerhardt JA, Giovannucci EL, Holmes MD, Chan AT, Chan JA, Colditz GA, Fuchs CS. Physical activity and survival after colorectal cancer diagnosis. *J Clin Oncol*, 2006, 24: 3527–3534.
24. Kuzu I, Kuzu A. Kolorektal Kanser Patolojisi Histopatolojik Rapor, Evreleme ve Prognostik Faktörler.
http://www.tkrcd.org.tr/KolonRektumKanserleri/007_isinsu_kuzu.pdf. 15 Mayıs 2017.
25. Özmen D. Sağlık İnanç Modeli Yaklaşımı İle Servikal Kanser Erken Tanısına İlişkin Tutumlara Yönelik Ölçek Çalışması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2004.

26. Edwards BK, Ward E, Kohler BA, Ehemann C, Zauber AG. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2006, featuring colorectal cancer trends and impact of interventions (risk factors, screening, and treatment) to reduce future rates. *Cancer*, 2010, 116:544.
27. Soytürk M. Risk temelli tarama önerileri ve cerrahi yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri J Med Oncol-Special Topics*, 2013, 6: 14-19.
28. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanseri Daire Başkanlığı. <http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri.html>. 20 Nisan 2017.
29. International Agency for Research on Cancer. http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2014/pdfs/pr224_E.pdf. 20 Nisan 2017.
30. American Cancer Society.
www.cancer.org/acs/groups/content/documents/document/acspc-042280.pdf. 20 Nisan 2017.
31. Okyay P. Kolorektal kanser epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Med Oncol-Special Topics*, 2013, 6: 1-5.
32. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanseri Daire Başkanlığı.
<http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-turleri/45-kalin-bagirsak-kanseri.html>. 10 Şubat 2017.
33. Gönen Ö. Kolorektal kanser epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics*, 2004, 9: 11-14.
34. Yıldız MK. Evre I-III Kolon Kanseriinde Prognostik Faktörlerin Araştırılması. Tıp Fakültesi. İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, 2008.
35. Çavdar G. *Kolon, Rektum ve Anal Kanseri*. 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2014:120-132.

36. Ertürk S. Kolorektal Kanserler: Epidemiyoloji, etiyolojide rol oynayan etkenler, tarama ve kemoprevansiyon. İçinde: Baykan A, Zorluoğlu A, Geçim E, Terzi C (editörler). Kolon ve Rektum Kanserleri, *Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği*, İstanbul, 2010: 15-30.
37. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı Değerlendirme Raporları. Kolorektal kanser taramaları.
http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/kolorektal_kanser_tarama_programi.pdf. 12 Haziran 2017.
38. Lichtenstein GR, Hanauer SB, Sandborn WJ. Management of crohn's disease in adults. *Am J Gastroenterol*, 2008, 28: 149-161.
39. Crohn's Disease, The National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda. <http://www.niddk.nih.gov/health-information/health-topics/digestive-diseases/crohns-disease/Pages/facts.aspx>. 22 Nisan 2017.
40. Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu & Dünya Kanser Raporu 2008. Bölüm 5.7: Kolorektal Kanser. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789283204237_tur_p329-379.pdf. 4 Ağustos 2017
41. Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu & Dünya Kanser Raporu 2008. Bölüm 2.6: Alkol İçimi. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789283204237_tur_p105-188.pdf 4 Ağustos 2017.
42. Cross AJ, Ferrucci LM, Risch A, Graubard BI, Ward MH, Park Y, Hollenbeck AR, Schatzkin A, Sinha R. A large prospective study of meat consumption and colorectal cancer risk: an investigation of potential mechanisms underlying this association. *Cancer Res*, 2010, 70: 2406-2414.

43. Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu & Dünya Kanser Raporu 2008. Bölüm 2.16: Tıbbi ve İatrojenik Nedenler. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789283204237_tur_p105-188.pdf. 4 Ağustos 2017.
44. Chan AO, Jim MH, Lam KF. Prevalence of colorectal neoplasm among patients with newly diagnosed coronary artery disease. *JAMA*, 2007, 298: 1412-1419.
45. Uptodate. Colorectal cancer: Epidemiology, risk factors and protective factors. www.uptodate.com. 15 Haziran 2017.
46. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines Inflammatory bowel disease: a global perspective. <http://www.worldgastroenterology.org/2009/documents/acspc-042280.pdf>. 17 Temmuz 2016.
47. Clifford GM, Polesel J, Rickenbach M. Cancer risk in the Swiss HIV Cohort Study: associations with immunodeficiency, smoking, and highly active antiretroviral therapy. *J Natl Cancer Inst*, 2005, 97: 425-432.
48. Bini EJ, Park J, Francois F. Use of flexible sigmoidoscopy to screen for colorectal cancer in HIV-infected patients 50 years of age and older. *Arch Intern Med*, 2006, 166: 1626-1632.
49. Dobrucalı A. Kolon Kanseri, Ders Notları. <http://194.27.141.99/dosya-depo/ders-notlari/ahmet-dobrucali/Kolon-kanseri.pdf>. 17 Temmuz 2017.
50. CCFF-Colorectal Cancer Facts Figures 2014; Colorectal Cancer Screening Prevalence (%) among Adults Age 50 Years and Older by State, 2012. <http://www.cancer.org/acs/groups/content/documents/document/acspc-042280.pdf> 01 Ocak 2017.

51. <http://www.rocheilac.com.tr/home/faaliyet-alanlari/onkoloji---hematoloji/solid-kanserler/kolorektal-kanser.htm>, 01.11.2017.
52. Cancer Research Fund&American Institute for Cancer Research. Colorectal Cancer 2011 Report (Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Colorectal Cancer). <http://www.wcrf.org/PDFs/CUP-reports-SLRs/Colorectal-Cancer-2011-Report.pdf> 20. Mart 2017.
53. Dahm CC, Keogh RH, Spencer EA. Dietary fiber and colorectal cancer risk: a nested case-control study using food diaries. *J Natl Cancer Inst*, 2010, 102: 614-626.
54. Schatzkin A, Lanza E, Corle D. Lack of effect of a low-fat, high-fiber diet on the recurrence of colorectal adenomas. Polyp Prevention Trial Study Group. *N Engl J Med*, 2000, 342: 1149-1155.
55. Alberts DS, Martínez ME, Roe DJ. Lack of effect of a high-fiber cereal supplement on the recurrence of colorectal adenomas. Phoenix Colon Cancer Prevention Physicians Network. *N Engl J Med*, 2000, 342: 1156-1162.
56. Ulvik A, Evensen ET, Lien EA, Hoff G, Vollset SE, Majak BM, Ueland PM. Smoking, folate and methylenetetrahydrofolate reductase status as interactive determinants of adenomatous and hyperplastic polyps of colorectum. *Am J Med Genet*, 2001, 101: 246-54.
57. Larsson SC, Orsini N, Wolk A. Vitamin B6 and risk of colorectal cancer: a meta-analysis of prospective studies. *JAMA*, 2010, 303: 1077-1083.
58. Baron JA, Beach M, Mandel JS, van Stolk RU, Haile RW, Sandler RS, Rothstein R, Summers RW, Snover DC, Beck GJ, Bond JH, Greenberg ER. Calcium supplements and colorectal adenomas. Polyp Prevention Study Group. *N Engl J Med*, 1999, 340: 138-45.

59. Larsson SC, Bergkvist L, Wolk A. Magnesium intake in relation to risk of colorectal cancer in women. *JAMA*, 2005, 293: 86-89.
60. Ngo SN, Williams DB, Cobiac L, Head RJ. Does garlic reduce risk of colorectal cancer? A systematic review. *J Nutr*, 2007, 137 :2264-2269.
61. Geelen A, Schouten JM, Kamphuis C. Fish consumption, n-3 fatty acids, and colorectal cancer: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Am J Epidemiol*, 2007, 166: 1116-1125.
62. Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği. Kolon ve Rektum Kanseri. <http://www.tkrcd.org.tr/icerik.php?id=135>. 5 Mayıs 2017.
63. Şen O. Kolorektal Kanserlerde Tarama (Pilot Çalışma). Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara: T.C. Ankara Üniversitesi, 2008.
64. Trowbridge B. Burt RW. Colorectal cancer screening. *Surg Clin N Am*, 2002, 82: 943-957.
65. Uptodate. Tests for screening for colorectal cancer: Stool tests, radiologic imaging and endoscopy. www.uptodate.com 15 Mayıs 2017.
66. Gatto NM, Frucht H, Sundararajan V. Risk of perforation after colonoscopy and sigmoidoscopy: a population-based study. *J Natl Cancer Inst*, 2003, 95: 230-236.
67. Walter LC, De Garmo P, Covinsky KE. Association of older age and female sex with inadequate reach of screening flexible sigmoidoscopy. *Am J Med*, 2004, 116: 174-178.
68. Imperiale TF, Wagner DR, Lin CY, Larkin GN, Rogge JD, Ransohoff DF. Risk of advanced proximal neoplasms in asymptomatic adults according to the distal colorectal findings. *N Engl J Med*, 2000, 343: 169-174.

69. Rex DK, Johnson DA, Anderson JC. American College of Gastroenterology guidelines for colorectal cancer screening 2009. *Am J Gastroenterol*, 2009, 104: 739-750.
70. Özdal AN, Karahasanoğlu T. Kolon Kanserinde Klinik. İçinde: Alemdaroğlu K, Akçal T, Buğra D (editörler). *Kolon Rektum ve Anal Bölge Hastalıkları*, 1. Baskı. İstanbul, Akedemi Basın, 2003: 413-25.
71. Johnson CD, Chen MH, Toledano AY. Accuracy of CT colonography for detection of large adenomas and cancers. *N Engl J Med*, 2008, 359: 1207-1217.
72. Fidaner C. Kanserde Erken Yakalama: Erken Tanı ve Taramalar. Sağlık Bakanlığı. Ankara, 2007: 19-32.
73. Açıkgöz A, Çehrelı R, Ellidokuz H. Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik yavrancıları. *DEÜ Tıp Fakóltesi Dergisi*, 2011, 25: 145-154.
74. Kolorektal Kanser Korunmasında Hemşirenin Rolü. 4. Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliğı Kongresi, 2004: 63-73
75. Kanserin Ölkemiz ve Dünyadaki Önemi, Hastalık Yüğü ve Kanser Kontrol Politikaları. Sağlık Bakanlığı. Ankara, 2007: 5-7.
76. Gözüml S, Çapık C. Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: Sağlık inanç modeli. *DEUHYO ED*, 2014, 7: 230-237.
77. Rohleder P. Critical İssues in Clinical And Health Psychology. London, SAGE Publications 2012.
78. Güney E. İzmir’de Bir Fabrikada Çalışan Kadınların Sağlık İnançları İle Sosyodemografik Özelliklerinin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliğı Anabil Dalı. Yüksek lisans tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2009.

79. Karayurt Ö, Coşkun A, Cerit K. Hemşirelerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesine ilişkin inançları ve uygulama durumu. *Eur J Breast Health*, 2008, 4: 15-20.
80. Poss EJ. Developing a new model for cross-cultural research: synthesizing the health belief model and the theory of reasoned action advances in nursing science. *ANS Adv Nurs Sci*, 2001, 23: 1-15.
81. Çenesiz E. Atak N. Türkiye’de Sağlık İnanç Modeli ile Yapılmış Araştırmaların Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2004, 6: 427-434.
82. Aydoğdu NG, Bahar Z. Yoksul kadınlarda sağlık inanç modeli ve sağlığı geliştirme modeli kullanımının meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarındaki değişime etkisi. *DEUHYO ED*, 2011, 4: 34-40
83. Macit M. *Boyun Eğme-Baş Çıkma Sarkacında Kadercilik*, 1. Baskı. İstanbul, Yaylacık Matbaası, 2014: 66.
84. Giddens A. Modernity and Self-Identity. Çeviri: Tatlıcan Ü. *Modernite ve Bireysel Kimlik*, 1. Baskı. İstanbul, Say Yayınları, 2010: 147.
85. *Felsefi Doktrinler ve Terimler Sözlüğü*, 11. Baskı. İstanbul, Paradigma Yayınları, 2013: 447.
86. Haynie D, L Soller B, Williams K. Anticipating early fatality: friends, schoolmates’ and individual perceptions of fatality on adolescent risk behaviors. *Journal of Adolescence*, 2014, 43: 175-192.
87. Kayani A, King MJ, Fleiter JJ. Fatalism and road safety in developing countries, with a focus on pakistan. *Journal of ACRS*, 2011, 22: 41-47.
88. Türküm SA. Are fatalism and optimism an obstacle to developing self protecting behaviors study with a turkish sample. *SBP Journal*, 2006, 34: 51-58.
89. Byrd C, Gonzalez P, Cortes T, Cohn LD, Gonzalez E, Parada M, Cortes M.

- Seatbelt use and belief in destiny among Hispanic and non-Hispanic drivers. *Accident Analysis & Prevention*, 1998, 31: 63–65.
90. Colón I. Race, belief in destiny, and seat belt usage: A pilot study. *Am J Public Health*, 1992, 82: 6–7.
91. Natera G, Herrejon ME, Casco M. Locus of control in couples with different patterns of alcohol consumption. *Drug and Alcohol Dependence*, 1988, 22:179-186.
92. Schnoll RA, Malstrom M, James C, Rothman RL, Miller SM, Ridge JA, Movsas B, Unger M, Langer C, Goldberg M. Correlates of tobacco use among smokers and recent quitters diagnosed with cancer. *Patient Educ Couns*, 2002, 46: 137-145.
93. Classen C, Koopman C, Angell K, Spiegel D. Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychol*, 1996, 15: 434–437.
94. Unger JB, Ritt-Olson A, Terán L, Huang T, Hoffman BR, Palmer P. Cultural values and substance use in a multiethnic sample of California adolescents. *Addiction Research & Theory*, 2002, 10:260.
95. Lange LJ, Piette JD. Personal models for diabetes in context and patients health status. *Journal of Behavioral Medicine*, 2006, 29: 239-253.
96. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. *UTF Dergisi*, 2004, 30: 211-216.
97. Aksayan S, Bahar Z, Bayık A, Emiroğlu ON, Erefe İ, Görak G, Karataş N, Kocaman G, Kubilay G, Sevgi Ü. *Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemler*, 1. Baskı. İstanbul, Odak Ofset, 2002:17.
98. Karakoç F, Dönmez L. Ölçek Geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 2014, 40: 39-49.
99. Öner N. *Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler*. 2. Baskı. İstanbul, Boğaziçi Matbaası, 2009: 520-525.

100. Gözüm S, Aksayan S. Kùltürler arası ölçek uyarlaması için rehber I: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *KUHEAD*, 2002, 4: 9-14.
101. Wood G, Haber J. Reliability and validity. Nursing research. *Nurs Stand*, 2002: 311-330.
102. Dağ İ. Psikolojik test ve ölçeklerde geçerlilik ve güvenilirlik. *3P Dergisi*, 2005, 13: 17-23.
103. Özgüven İ. *Psikolojik Testler*. 1. Baskı. Ankara, Sistem Ofset, 2004: 110-113.
104. Karasar N. *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. 20. Baskı. Ankara, Nobel Yayın Dağıtım, 2009: 147-153.
105. Güleç E. Psikiyatride psikometri: Temel kavramlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2009, 1: 175-186.
106. Seçer İ. *SPSS ve LISREL İle Pratik Veri Analizi*. Geliştirilmiş 2. Baskı. Ankara, Anı Yayıncılık, 2015: 211-224.
107. Akgül A. *İstatistiksel Analiz Teknikleri*. 3.Baskı. Ankara, Emek Ofset Ltd. Şti, 2003: 86-92.
108. Yurdugül H. Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması.
<http://yunus.hacettepe.edu.tr/~yurdugul/3/indir/PamukkaleBildir.pdf>. Erişim Tarihi: 10.05.2017
109. Büyüköztürk Ş. Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirme kullanımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 2002, 32: 470-483.
110. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. *Multivariate Data Analysis*. 7. Baskı. Pearson Prentice Hall Upper Saddle River, NJ, 2006.
111. Özdamar K. *Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi*. 5. Baskı. Eskişehir, Kaan Kitapevi, 2004: 450-455.

112. Şencan H. *Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik*, 1. Baskı. Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2005: 135-136.
113. Champion VL, Scott C. Reliability and validity of breast cancer screening belief scales in African American women. *Nurs Res*, 1997,46: 331-337.
114. Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. *Sosyal Bilimler için Çok Değişkenli İstatistik. SPSS ve LISREL Uygulamaları*, 2. Baskı. Ankara, Pegem Akademi, 2010: 120-134.
115. Indira DT, Bertha LD, Pamela VH, Barbara AC, Phyllis DM, Joshua F. Colorectal cancer knowledge, cancer fatalism and religious coping among individuals attending an African American church. *Jnep*, 2013, 3: 3-7.
116. Kasapoğlu A. Kuran açısından fatalizm-inkârcıların bir tutumu olarak kadercilik. *Hikmet Yurdu*, 2008, 1: 87-107.
117. Sobol K, Hedonism M. Fatalism and carpe diem: Profiles of attitudes towards the present time. *Time & Society*, 2013, 22: 271-290.
118. Freeman HP. Cancer and the socioeconomically disadvantaged. *CA-A Journal for Clinicians*, 1989, 22: 263-295.
119. Nar Ş. Kolorektal Kanserli Hastaların Birinci Derece Akrabalarının Hastalıkla İlgili İnançları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, 2010.
120. Türk S. Kolon Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Tutumların ‘Sağlık İnanç Modeline’ Temellendirilerek İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Manisa: Celal Bayar Üniversitesi, 2015.

121. Ersin F, Kıssal A, Polat P, Koca BD, Erdoğan M. Kadın sağlığı personelinin servikal kansere yönelik algıları ve bunu etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2016, 18: 31-43.
122. Taştan S, Andsoy II, İyigün E. Evaluation of the knowledge, behavior and health beliefs of individuals over 50 regarding colorectal cancer screening. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2013, 14: 5157-5163.
123. Durmuş T. Kadın Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri Risk Düzeyi ve Tarama Davranışlarına Yönelik Sağlık İnançlarının Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2010.
124. Kahraman F. 40 Yaş Üzeri Bireylerin Prostat Kanseri Taramalarına İlişkin Sağlık İnanç ve Tutumları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2015.
125. Omran S, Ismail AA. Knowledge and beliefs of jordanians toward colorectal cancer screening. *J Cancer Educ*, 2015, 333: 141-147.
126. Yılmaz M, Dereli F, Yelten G. Elli yaş ve üzerindeki bireylerin bazı sosyodemografik özellikleri, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık inançlarının kolon kanserine ilişkin tarama davranışlarına etkisi. *KUHEAD*, 2016, 13: 226-234.
127. Pınar G, Öksüz E, Bedel A, Elbaş NÖ. Testis kanseri taramalarında Champion'un sağlık inanç modeli ölçeğinin Türkçe uyarlamasının güvenirlik ve geçerliliği. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 2011, 9: 89-96.

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
Adı Soyadı : Muhammet Ali Aydın
Doğum tarihi : 17.07.1988
Doğum yeri : Erzurum
Medeni hali : Bekar
Uyruğu : T.C.
Adres : Erkent Yapı Koop. Dupleks Evler No:6/1 Aziziye/Erzurum
Tel : 05079460786
E-mail : maliaydin_25@hotmail.com
Eğitim
Lise : Aziziye Lisesi (2006)
Lisans : Kafkas Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu (2010-2014)
Yüksek lisans : Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı (2015-2017)
Yabancı Dil Bilgisi
İngilizce : Orta derecede (Yökdil 62.5, Mart 2017)
İlgi Alanları ve Hobiler
Sağlık, felsefe, spor, kayak

EK-2. DEMOGRAFİK TANITIM FORMU-I

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.

1) Yaşınız

2) Cinsiyetiniz

☐ Erkek

☐ Kadın

3) Eğitim Durumunuz

☐ Okuryazar değil

☐ İlköğretim mezunu

☐ Ortaokul mezunu

☐ Lise mezunu

☐ Üniversite mezunu

☐ Yüksek lisans mezunu

☐ Doktora mezunu

4) Medeni Durumunuz

☐ Evli

☐ Bekar

☐ Ayrı yaşıyor

☐ Boşanmış

☐ Dul

☐ Diğer

5) Gelir Durumu

☐ 1000 TL den az

☐ 1000-2000 TL arası

☐ 2000-3000 TL arası

☐ 3000 TL den fazla

6) Sağlık Güvenceniz

☐ Emekli Sandığı

☐ SSK

☐ Bağkur

☐ Yeşil Kart

☐ Yok

7) Meslek

8) Herhangi bir kronik rahatsızlığınız var mı? (Cevabınız Evet İse Hastalığı Belirtiniz)

☐ Evet

☐ Hayır

EK-3. DEMOGRAFİK TANITIM FORMU-II

Yaşınız

2) Cinsiyetiniz

☐ Erkek ☐ Kadın

3) Eğitim Durumunuz

☐ Okuryazar değil ☐ İlköğretim mezunu ☐ Ortaokul mezunu
☐ Lise mezunu ☐ Üniversite mezunu ☐ Yüksek lisans mezunu
☐ Doktora mezunu

4) Medeni Durumunuz

☐ Evli ☐ Bekar ☐ Boşanmış ☐ Dul ☐ Ayrı yaşıyor ☐ Diğer

5) Gelir Durumu

☐ 1000 TL den az ☐ 1000-2000 TL arası
☐ 2000-3000 TL arası ☐ 3000 TL den fazla

6) Sağlık Güvenceniz

☐ Emekli Sandığı ☐ SSK ☐ Bağkur ☐ Yeşil Kart ☐ Yok

7) Meslek

8) Herhangi bir kronik rahatsızlığınız var mı? (Cevabınız Evet İse Hastalığı Belirtiniz)

☐ Evet

☐ Hayır

9) Daha önce kolorektal kanser taramasına katıldınız mı?

☐ Katılmadım ☐ Katıldım (Ne zaman?)

10) Ailenizde veya akrabalarınızda kolorektal kanser teşhisi alan birey oldu mu?

☐ Hayır ☐ Evet (Kim/kimler?).....

11) Çevrenizde (arkadaş, komşu vb.) kolorektal kanser teşhis edilen birisi var mı?

☐ Hayır ☐ Evet (Kim/kimler?).....

12) Daha önce kanserle ilgili bir rahatsızlık geçirdiniz mi?

☐ Hayır, bir rahatsızlığım olmadı

☐ Diğer(yazınız).....

13) Gelecekte kolorektal kanser taramasına katılmayı düşünüyor musunuz?

- ☐ Hayır, ☐ Emin değilim ☐ 1 ay içinde
☐ 3 ay içinde ☐ 6 ay içinde ☐ 1 yıl içinde

14) Kolorektal kansere ilişkin bilgilerinizi nereden öğrendiniz?

- ☐ Çevremdekilerden ☐ İnternette(açıklayınız)
☐ Sağlık personelinin ☐ TV/radyo/gazete/dergi vb.
☐ Diğer.....

15) Kolorektal kanser taramalarının ücretsiz olduğunu biliyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

16) Kolorektal kanser taramalarının nerede yapıldığını biliyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

17) Kolorektal kanser taramalarına kaç yaşından sonra başlanması gerektiğini biliyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

18) Ailenizde bağırsak kanseri varlığının bağırsak kanseri riskini artırdığını biliyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

19) Sigara kullanıyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

20) Taze sebze, meyve ve tam tahıllı ekmemk her zaman ve sık sık tüketmenin kolorektal kanser riskini azalttığını biliyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

21) Obez ve aşırı kilolu olmanın kolorektal kanser riskini artırdığını biliyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

EK-4. KOLOREKTAL KANSER KADERCİLİK SKALASI

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-5. KOLOREKTAL KANSERDE DUYARLILIK VE ENGEL ALGISINA YÖNELİK SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Orta Derecede Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
FAKTÖR 2 (DUYARLILIK)				
1- Gelecekte büyük olasılıkla barsak kanseri olacağım.				
2- Gelecekte barsak kanseri olacağımı hissediyorum.				
3- Gelecek on yıl içinden barsak kanseri olma olasılığım var.				
4- Barsak kanseri olma olasılığım yüksek.				
5- Benim barsak kanseri olma olasılığım herkesten daha yüksek.				
6- Barsak kanseri olursam eşimle ilişkilerim bozulur.				
FAKTÖR 3 (ENGEL)				
1- Barsak kanseri hakkında konuşmaktan rahatsız olurum.				
2- Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırsaydım, barsak kanseri hakkında fazla endişelenmeyecektim.				
3- Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptıрма beni utandırır.				
4- Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptıрма barsak kanseri hakkında beni endişelendirir.				
5- Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptıрма çok zaman alır.				
6- Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırmak hoş değildir.				

EK-6 ÖLÇEK DİL GEÇERLİLİĞİ İÇİN GÖRÜŞÜ ALINAN UZMANLAR*

1. Doç. Dr. Arzu YILDIRIM
2. Doç. Dr. Ayşe PARLAK GÜROL
3. Doç. Dr. Emine KIYAK
4. Doç. Dr. Murat BEKTAŞ
5. Doç. Dr. Papatya DEMİRCİ
6. Doç. Dr. Rahşan ÇEVİK AYKIL
7. Doç. Dr. Serap EJDER
8. Yrd. Doç. Dr. Aygöl KISSAL
9. Yrd. Doç. Dr. Gülay İPEK ÇOBAN
10. Yrd. Doç. Dr. Yalçın KANBAY

*Uzmanların isimleri unvan ve alfabetik sıraya göre sıralanmıştır.

EK-7. ÖLÇEĞİN YAZARINDAN ALINAN İZİN MAİL YAZISI

Happy New Year to you as congratulations on your thesis. You have my permission to use the Powe Fatalism Inventory in your research. I would appreciate a summary of your research as well as a copy of the Powe Fatalism Inventory that you have translated into the Turkish language. I have attached at copy of my original scale with the words “bowel cancer” included.

Barbara D. Powe, PhD, RN, FAAN

From: M.Ali Aydın [mailto:maliaydin_25@hotmail.com]
Sent: Saturday, January 2, 2016 10:27 AM
To: pbarbd@comcast.net
Subject:

Dear Powe

I am very happy and excited to hear your return. I want to start my words by wishing you a happy new year.

I want to write a master’s thesis called ‘effect of fatalism on the perception of disabilities’ in colorectal cancer scans of M. Ali Aydın. However, there are no scales to measure the perception of fatalism in Turkish language. In my literature scans, I found a scale that you used in colorectal cancer scans. But I noticed that this scale measures the general perception of fatalism. Can we use this scale in measuring the perception of fatalism in colon cancer scans? If we can use it, can I perform a Validity Reliability study of the scale in Turkish language within the scope of my thesis? If you let us, I can send the study partly or wholly to you when it is completed.

Kindly accept the assurance of my highest consideration and know that I am waiting for your email to start the study.

Happy Christmas .

M.Ali Aydın

EK-8. ETİK KURUL ONAYI



Sağlık Bilimleri Fakültesi
ETİK KURUL SONUÇ FORMU



Sayı:2016/04/09

Tarih:18/04/2016

Araştırmanın Adı: “Kolorektal Kanser Taramalarına Katılımda Kadercilik mi Duyarsızlık mı Engel ”

Araştırmanın Yürütülmesi Uygundur (X)
Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygundur ()
Araştırmanın Yürütülmesi Uygun Değildir ()

Açıklamalar (Uygun değil ya da düzeltme gerekiyorsa): Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'nun 18.04.2016 tarihinde yapılan toplantısında “Kolorektal Kanser Taramalarına Katılımda Kadercilik mi Duyarsızlık mı Engel ” konulu Doç.Dr.Cantürk ÇAPIK ve Hemşire Muhammet Ali AYDIN'ın çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.


Prof.Dr. Mehtap TAN
Başkan


Prof.Dr.Duygu ARIKAN
Üye


Doç. Dr. Nadiye ÖZER
Üye


Prof.Dr.Gülşen ERYILMAZ
Üye


Doç. Dr. Serap ALTUNTAŞ
Sekreter/Raportör

EK-9. HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ İZİN YAZISI



T.C
KARS VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

KARS HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - KARS HALK
SAĞLIĞI ATAMA BİRİMİ
16.03.2016/33-16 - 58739558 - 757.01 - E.336



00020413087

Sayı : 58739558/757.01
Konu : 45046467196 Muhammet Ali
AYDIN (Yenişehir ASM' de
çalışma Yapma Talebi)

Sayın Muhammet Ali AYDIN
Şhitler Mah. Şhitler Sok. Karsuit Apt.No: 87 Kat: 4 Daire: 31
Kars/Merkez

İlgi: 07/03/2016 tarih ve 1484 sayılı dilekçeniz.

İlgi tarih ve sayılı dilekçeniz incelenmiş olup söz konusu çalışmalarınızı Yenişehir
Aile Sağlığı Merkezinde 2016 yılı Mart ve Eylül ayları arasında yapmanızda bir sakınca
bulunmamaktadır.

Bilgilerinize rica ederim.

Dr. Mehmet KAN
Vali a.
Halk Sağlığı Müdürü

Dağıtım:
Gereği:
Muhammet Ali AYDIN

Bilgi:
Kars Merkez Toplum Sağlığı Merkezi

Destek Hizmetleri Şube Müdürlüğü - Atama Birimi - Ersin KABAK Yusufpaşa Mah. Ordu Cad. 36100 / KARS
0474 212 65 23 - 0474 212 27 41

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 224a5f17-f2ba-44d5-9674-fa93e5eba0e7 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.