



**T.C.**

**MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**ÖĞRETMENLERİN KOLOREKTAL KANSERDEN  
KORUNMAYA YÖNELİK SAĞLIK İNANÇLARI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**AYLA AYKAÇ KOÇAK**

**ARALIK, 2018**

**MUĞLA**



**T.C.**

**MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**ÖĞRETMENLERİN KOLOREKTAL KANSERDEN  
KORUNMAYA YÖNELİK SAĞLIK İNANÇLARI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**AYLA AYKAÇ KOÇAK**

**DANIŞMAN**

**DR. ÖĞR. ÜYESİ ADİLE TÜMER**

**ARALIK, 2018**

**MUĞLA**

T.C.  
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ÖĞRETMENLERİN KOLOREKTAL KANSERDEN  
KORUNMAYA YÖNELİK SAĞLIK İNANÇLARI

AYLA AYKAÇ KOÇAK

Sağlık Bilimleri Enstitüsünce  
“Yüksek Lisans”  
Diploması Verilmesi İçin Kabul Edilen Tezdir.

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih:  
Tezin Sözlü Savunma Tarihi: 14.12.2018

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Adile TÜMER

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Güngör Güler

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Gülendamar Karadağ

Enstitü Müdürü: Prof. Dr. Feral ÖZTÜRK

ARALIK, 2018  
MUĞLA

## TUTANAK

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 5./12./2018 tarih ve 122/01 sayılı toplantısında oluşturulan jüri, Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin **24/6** maddesine göre, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek lisans öğrencisi Ayla AYKAÇ KOÇAK'ın "**Öğretmenlerin Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnançları**" adlı tezini incelemiş ve aday 14/12./2018 tarihinde saat 12:00'da jüri önünde tez savunmasına alınmıştır.

Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini savunmasından sonra **60** dakikalık süre içinde gerek tez konusu, gerekse tezin dayanağı olan anabilim dallarından sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin **kabul** olduğuna **Oy Birliği** ile karar verildi.



Dr. Öğr. Üyesi Adile TÜMER  
Tez Danışmanı



Doç. Dr. Güngör Güler  
Üye



Doç. Dr. Gülendam Karadağ  
Üye

## YEMİN

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “**Öğretmenlerin Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnançları**” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

20/12/2018

AYLA AYKAC KOÇAK

|                                                                                       |                                      |                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------|
| <b>YÜKSEKÖĞRETİM KURULU DOKÜMANTASYON MERKEZİ</b>                                     |                                      |                           |
| <b>TEZ VERİ GİRİŞ FORMU</b>                                                           |                                      |                           |
| <b>YAZARIN</b>                                                                        | <b>MERKEZİMİZCE DOLDURULACAKTIR.</b> |                           |
| <b>Soyadı:</b> AYKAÇ KOÇAK                                                            |                                      |                           |
| <b>Adı</b> : AYLA                                                                     | <b>Kayıt No:</b>                     |                           |
| <b>TEZİN ADI</b>                                                                      |                                      |                           |
| <b>Türkçe</b> : Öğretmenlerin Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnançları |                                      |                           |
| <b>Y. Dil</b> : Health Beliefs for Teachers to Protect Against Colorectal Cancer      |                                      |                           |
| <b>TEZİN TÜRÜ: Yüksek Lisans</b>                                                      | <b>Doktora</b>                       | <b>Sanatta Yeterlilik</b> |
| (X)                                                                                   | O                                    | O                         |
| <b>TEZİN KABUL EDİLDİĞİ</b>                                                           |                                      |                           |
| <b>Üniversite</b>                                                                     | : Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi    |                           |
| <b>Fakülte</b>                                                                        | : Hemşirelik Fakültesi               |                           |
| <b>Enstitü</b>                                                                        | : Sağlık Bilimleri Enstitüsü         |                           |
| <b>Diğer Kuruluşlar :</b>                                                             |                                      |                           |
| <b>Tarih</b>                                                                          | : .../.../2018                       |                           |
| <b>TEZ YAYINLANMIŞSA</b>                                                              |                                      |                           |
| <b>Yayınlayan</b>                                                                     | :                                    |                           |
| <b>Basım Yeri</b>                                                                     | :                                    |                           |
| <b>Basım Tarihi</b>                                                                   | :                                    |                           |
| <b>ISBN</b>                                                                           | :                                    |                           |
| <b>TEZ YÖNETİCİSİNİN</b>                                                              |                                      |                           |
| <b>Soyadı, Adı</b>                                                                    | : TÜMER, ADİLE                       |                           |
| <b>Ünvanı</b>                                                                         | : Doktor Öğretim Üyesi               |                           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| <b>TEZİN YAZILDIĞI DİL :</b> Türkçe                                                                                                                                                                                                                                        | <b>TEZİN SAYFA SAYISI:</b> 83 |
| <b>TEZİN KONUSU (KONULARI):</b><br><br>1. Kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inançları<br><br>2. Sosyo-demografik özelliklerine göre kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inanç düzeyi<br><br>3. Kolorektal kanserden korunma                          |                               |
| <b>TÜRKÇE ANAHTAR KELİMELER:</b><br><br>1. Öğretmen<br><br>2. Kolorektal Kanser<br><br>3. Korunma<br><br>4. Sağlık İnanç Modeli<br><br>Başka vereceğiniz anahtar kelimeler varsa lütfen yazınız.                                                                           |                               |
| <b>İNGİLİZCE ANAHTAR KELİMELER:</b> Konunuzla ilgili yabancı indeks, abstract ve thesaurus'u kullanınız.<br><br>1. Teacher<br><br>2. Colorectal Cancer<br><br>3. Prevention<br><br>4. Health Belief Model<br><br>Başka vereceğiniz anahtar kelimeler varsa lütfen yazınız. |                               |
| 1- Tezimden fotokopi yapılmasına izin vermiyorum                                                                                                                                                                                                                           | O                             |
| 2- Tezimden dipnot gösterilmek şartıyla bir bölümünün fotokopisi alınabilir                                                                                                                                                                                                | O                             |
| 3- Kaynak gösterilmek şartıyla tezin tamamının fotokopisi alınabilir                                                                                                                                                                                                       | (X)                           |
| Yazarın İmzası :                                                                                                                                                                        | Tarih : 20/12/2018            |

## ÖZET

**Amaç:** Bu araştırma öğretmenlerin kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inançlarının incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı kesitsel tipte tasarlanan araştırma 2017-2018 Eğitim-Öğretim Yılı'nda, Antalya'nın bir ilçesinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın evrenini Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı okullarda çalışan öğretmenler oluşturmuştur. Örneklem seçme yöntemine gidilmemiş, 40 yaş ve üzeri tüm öğretmenler araştırmaya dahil edilmiş, 186 öğretmenden veri toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak, "Tanımlayıcı Özellikler Formu" ve "Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (KKKYSİMÖ)" kullanılmıştır. Verilerin analizi SPSS 20.0 paket programında, Kolmogorov Smirnov testi, tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma), Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri ile yapılmıştır. Araştırmada tanımlayıcı özellikler bağımsız değişken, kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları ise bağımlı değişken olarak incelenmiştir. Çalışma için etik kurul ve kurum izni, ayrıca katılımcıların aydınlatılmış onamları alınmıştır.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan öğretmenlerin %61,3'ünün 40-44 yaş grubunda, %50,5'inin kadın ve %72'sinin evli olduğu belirlenmiştir. Öğretmenlerin %92,5'inin lisans, %7,5'inin lisansüstü eğitim aldığı saptanmıştır. Ailesinde kolon kanseri tanısı alanların oranı %12,9, daha önceden Gaitada Gizli Kan (GGK) testi ve kolonoskopi yaptırmış olanların oranı ise %11,8 olarak belirlenmiştir. Çalışmada Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; en yüksek puanın Güven-Yarar Algısı alt boyutundan alındığı (49,77±5,37), bunu sırasıyla Ciddiyet Algısı (16,92±4,06), Motivasyon Algısı (16,55±2,70), Engel Algısı (14,33±3,91) ve Duyarlılık Algısı (11,29±3,57)'nin izlediği saptanmıştır. Yaş, medeni durum, en uzun süre yaşanan yer, sağlık algısı, sigara ve alkol kullanma, egzersiz yapma ve ailede kolorektal kanser öyküsüne göre ölçeğin bazı alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Cinsiyet, eğitim ve gelir durumuna göre ise ölçek alt boyut puan ortalamalarında anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Sonuç:** alışmaya katılan öğretmenlerin kolorektal kanserden korunmaya yönelik, güven-yarar algısının çok iyi, ciddiyyet algısının ve motivasyon algısının iyi, engel algısının orta düzeyde, duyarlılık algısının ise ortalamanın altında, bir başka ifadeyle düşük düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır. Sağlık inanç puan ortalamalarının bazı sosyo-demografik değişkenlere göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Kolorektal kanserden korunmada hemşirelik girişimlerinin etkili olacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** ğretmenler, Kolorektal Kanser, Kanserden Korunma, Sağlık İnanç Modeli.



## ABSTRACT

**Aim:** The study was carried out in order to determine the health beliefs of teachers working in the province of Antalya Kaş related to the National Education Directorate for protection from colorectal cancer and to examine the factors affecting them.

**Material and Method:** The research, which was designed as a descriptive type, was conducted in 2017 with the participation of 186 teachers over 40 years of age working in schools affiliated to the Directorate of National Education in a province of Antalya. As a data collection tool, "Descriptive Characteristics Form" and "Health Belief Model Scale for the Protection from Colorectal Cancer" (KKKYSİMÖ) were used.

Analysis of data was made in the SPSS 20.0 package program with Kolmogorov Smirnov test, descriptive statistics (number, percentage, mean, standard deviation), Mann Whitney U and Kruskal Wallis tests. Descriptive features in the study were examined as independent variable, and mean scores of the health belief model scale for protection from colorectal cancer were examined as dependent variables. Permission was obtained from the ethics committee, the institution and the participants for the study.

**Findings:** It was determined that 61,3% of the teachers participating in the survey were in the age range of 40-44, 50,5% were women and 72% of the teachers were married. It was determined that 92,5% of the teachers were undergraduates and 7,5% of them were receiving post-graduate education. The proportion of patients with colon cancer in the family was 12,9%, and the percentage of those who had previously undergone Fecal Occult Blood Test (FOBT) and colonoscopy was 11,8%. When the subscale scores of the Health Belief Model for Protection from Colorectal Cancer Survey were examined, the highest score was taken from the subscale of Trust-Benefit Perception ( $49,77 \pm 5,37$ ), followed by the Perception of Severity ( $16,92 \pm 4,06$ ), Motivational Perception ( $16,55 \pm 2,70$ ), Obstacle Perception ( $14,33 \pm 3,91$ ) and Sensitivity Perception ( $11,29 \pm 3,57$ ). In the mean of confidence-benefit perception sub-dimension according to marital status; statistically significant

difference was found in the mean of trust-benefit, motivation, severity perception subscale scores according to age ( $p < 0,05$ ).

**Conclusion:** It can be said that the teachers who participated in the study had very good confidence-benefit perception, good perception of seriousness and motivation, obstacle perception perceived moderately and sensitivity perception was below average towards protection from colorectal cancer. It is thought that nursing initiatives will be effective in changing health beliefs positively, decreasing the perception of obstacles and increasing the sensitivity.

**Key Words:** Teacher, Colorectal Cancer, Cancer Prevention, Health Belief Model.



## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca mesleki ve kişisel gelişimime katkıda bulunan, tez danışmanı olarak araştırma konumun belirlenmesinden tamamlanmasına kadar olan süreçlerde öneri ve katkılarıyla bilimsel yardımlarını aldığım, yönlendirmeleriyle çalışmama ışık tutan, çalışmalarımı büyük bir sabırla inceleyip değerlendiren, her daim güler yüzüyle motive eden Dr. Öğr. Üyesi Adile Tümer'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Yüksek lisans eğitimimde her daim destek olan hocalarım Doç. Dr. Güngör Güler ve Doç. Dr. Media Subaşı Baybuğa hocalarıma çok teşekkür ederim. Ayrıca istatistik programı ile ilgili bilgisine başvurduğum ve yardımını esirgemeyen değerli hocam Doç. Dr. Atilla Göktaş'a çok teşekkür ederim.

Her daim desteğini esirgemeyen değerli arkadaşım Betül'e, ayrıca Kaş İlçe Milli Eğitim Müdürlüğünde çalışan tüm öğretmenlere çok teşekkür ederim.

Her zaman desteklerini hissettiğim aileme ve özellikle yüksek lisans eğitimim boyunca sonsuz sabır ve destek gösteren eşim Burak'a çok teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

|                                                                                                |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| ÖZET.....                                                                                      | i    |
| ABSTRACT.....                                                                                  | iii  |
| TEŞEKKÜR.....                                                                                  | v    |
| İÇİNDEKİLER .....                                                                              | vi   |
| TABLO LİSTESİ.....                                                                             | viii |
| KISALTMALAR .....                                                                              | ix   |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ .....                                                                         | 1    |
| 2. GENEL BİLGİLER .....                                                                        | 4    |
| 2.1. Kolorektal Kanser .....                                                                   | 4    |
| 2.1.1. Kolorektal Kanser Epidemiyolojisi.....                                                  | 4    |
| 2.1.2. Kolorektal Kanser Etiyolojisi.....                                                      | 5    |
| 2.1.2.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri .....                                                | 5    |
| 2.1.2.2. Değiştirilebilen Risk Faktörleri.....                                                 | 6    |
| 2.1.3. Kolorektal Kanser Gelişimi ve Belirtileri .....                                         | 7    |
| 2.1.4.Kolorektal Kanser Tanı Yöntemleri.....                                                   | 8    |
| 2.1.4.1.Gaitada Gizli Kan (GGK) .....                                                          | 8    |
| 2.1.4.1.1.Guaiac Tabanlı Gaitada Gizli Kan Testi .....                                         | 8    |
| 2.1.4.1.2.Gaitada Gizli Kan Taramasında İmmünokimyasal Testler .....                           | 9    |
| 2.1.4.2.Fekal DNA Testi .....                                                                  | 9    |
| 2.1.4.3.Fleksible Sigmoidoskopi.....                                                           | 9    |
| 2.1.4.4.Kolonoskopi .....                                                                      | 9    |
| 2.1.4.5.Kapsül Endoskopi .....                                                                 | 10   |
| 2.1.4.6.Bilgisayarlı Tomografik Kolonografi (Virtual-Sanal Kolonoskopi) .....                  | 10   |
| 2.1.4.7.Çift Kontrastlı Baryum Enema (ÇKBE) .....                                              | 10   |
| 2.1.5.Kolorektal Kanser Tarama Stratejileri .....                                              | 11   |
| 2.1.6.Kolorektal Kanser Tedavi .....                                                           | 12   |
| 2.1.7. Kolorektal Kanserden Korunma, Erken Tanı ve Tarama Programlarında Hemşirenin Rolü ..... | 12   |
| 2.1.7.1.Kolorektal Kanserde Primer Korunmada Hemşirenin Sorumlulukları.....                    | 13   |
| 2.1.7.2.Kolorektal Kanserde Sekonder Korunmada Hemşirenin Sorumlulukları.....                  | 13   |
| 2.2. Sağlık İnanç Modeli .....                                                                 | 14   |
| 3. YÖNTEM.....                                                                                 | 17   |

|                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.1. Araştırmanın Modeli .....                                         | 17 |
| 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....                                  | 17 |
| 3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....                             | 17 |
| 3.4. Veri Toplama Tekniği ve Veri Toplama Araçları.....                | 17 |
| 3.5. Verilerin Değerlendirilmesi .....                                 | 19 |
| 3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri .....               | 19 |
| 3.7. Çalışmada Etik .....                                              | 19 |
| 3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları .....                                 | 20 |
| 3.9. Çalışma Planı .....                                               | 20 |
| 4. BULGULAR.....                                                       | 21 |
| 5. TARTIŞMA .....                                                      | 33 |
| 6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....                                              | 41 |
| EKLER.....                                                             | 58 |
| Ek 1. Öğretmenlerin Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık..... | 58 |
| İnançları Anket Formu .....                                            | 58 |
| Ek 2. Kurum izni .....                                                 | 63 |
| Ek 3. Etik Kurul izni .....                                            | 65 |
| Ek 4. Ölçek Kullanım İzni .....                                        | 66 |
| ÖZGEÇMİŞ .....                                                         | 67 |

## TABLO LİSTESİ

|                                                                                                         |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tablo 1. Çalışma Planı .....                                                                            | 20 |
| Tablo 2. Öğretmenlerin Tanımlayıcı Özellikleri.....                                                     | 21 |
| Tablo 3. Öğretmenlerin Sağlık Algısı ve Sağlık Davranışı Özellikleri .....                              | 22 |
| Tablo 4. Öğretmenlerin Kolorektal Kansere Geçmişi .....                                                 | 23 |
| Tablo 5. Öğretmenlerin KKKYSİMÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı .....                                     | 24 |
| Tablo 6. Öğretmenlerin Yaş Gruplarına Göre KKKYSİMÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı .....                 | 24 |
| Tablo 7. Öğretmenlerin Cinsiyetine Göre KKKYSİMÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı .....                    | 25 |
| Tablo 8. Öğretmenlerin Medeni Durumuna Göre KKKYSİMÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı .....                | 26 |
| Tablo 9. Öğretmenlerin Eğitim Durumuna Göre KKKYSİMÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı .....                | 26 |
| Tablo 10. Öğretmenlerin En Uzun Süre Yaşadıkları Yere Göre KKKYSİMÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı ..... | 27 |
| Tablo 11. Öğretmenlerin Gelir Durumuna Göre KKKYSİMÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı .....                | 27 |
| Tablo 12. Öğretmenlerin Sağlık Algısına Göre KKKYSİMÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı .....               | 28 |
| Tablo 13. Öğretmenlerin Alkol Kullanma Durumuna Göre KKKYSİMÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı .....       | 29 |
| Tablo 14. Öğretmenlerin Sigara Kullanım Durumlarına Göre KKKYSİMÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı .....   | 30 |
| Tablo 15. Öğretmenlerin Egzersiz Yapma Durumlarına Göre KKKYSİMÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı .....    | 31 |
| Tablo 16. Ailede Kolorektal Kansere Öyküsüne Göre KKKYSİMÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı .....          | 32 |

## KISALTMALAR

**ACS:** American Cancer Society

**BT:** Bilgisayarlı Tomografi

**Ca:** Kanser

**FAP:** Familial Adenomatosis Poliposis

**gGGK:** Guaiac Tabanlı Gaitada Gzli Kan

**GGK:** Gaitada Gizli Kan

**GLOBOCAN:** International Agency For Research On Cancer

**HNPCC:** Herediter Non Poliposis Kolorektal Kanser

**IARC:** International Agency for Research on Cancer

**iGGK:** İmmunokimyasal Gaitada Gizli Kan

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

**KKKYSİMÖ:** Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

**KRK:** Kolorektal Kanser

**NCI:** National Cancer Institute

**PSK:** Primer Sklerozan Kolanjit

**SİM:** Sağlık İnanç Modeli

**WHO:** World Health Organization

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanserle ilgili morbidite ve mortalitenin önemli sebeplerinden biri olan kolorektal kanser (KRK), evrensel bir sorun olarak nitelendirilmekte, en sık görülen kanserler arasında erkeklerde üçüncü, kadınlarda ise ikinci sırada yer almaktadır (Ferlay ve ark., 2013). İngiltere’de yaklaşık 40.000 bireyi etkileyen KRK, her yıl 16.000 kanser ölümünden sorumlu tutulmaktadır (Cancer Research UK, 2014, <http://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/bowel-cancer#heading-Zero>). En yüksek insidanslar Kuzey Amerika, Avustralya, Kuzey ve Batı Avrupa’dadır. Amerika’da erkekler ve kadınlar arasında KRK en yaygın ve ölüme neden olan üçüncü kanserdir (American Cancer Society, 2011, <http://www.cancer.org/research/cancerfactsfigures/colorectalcanerfactsfigures/colorectal-cancer-facts-figures-2011-2013>). Daha az gelişmiş ülkelerde özellikle Asya ve Afrika’da KRK insidansının daha düşük olduğu görülmektedir. Uluslararası Kanser Enstitüsüne göre; 2018’de 1.735.350 yeni kolorektal kanser tanısının olabileceği ve 609.640 insanın da bu hastalıktan hayatı kaybedebileceği tahmin edilmektedir (National Cancer Institute, 2018, <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/colorect.html>). Türkiye’de 2014 yılında yaşa standardize kanser hızı erkeklerde yüz binde 246,8 kadınlarda ise yüz binde 173,6’dır. Kolorektal kanserler hem kadınlarda hem de erkeklerde üçüncü sırada yer almaktadır. Erkeklerde yüz binde 22,8 ve kadınlarda ise yüz binde 13,8 sıklığında rapor edilmektedir (Türkiye Kanser İstatistikleri, 2017; [http://kanser.gov.tr/Dosya/ca\\_istatistik/2014-RAPOR\\_uzuuun.pdf](http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2014-RAPOR_uzuuun.pdf)). KRK sıklığı, yaygınlığı, yüksek mortalite ve morbidite değerleri ve tüm bunların yanında sağlık harcamalarına getirdiği ciddi yük sebebiyle tüm dünyada önemini koruyan bir halk sağlığı problemi olarak değerlendirilmektedir (Tanoğlu ve Kara, 2013).

Hastalığın etiyolojisinde erkek cinsiyet, ileri yaş, adenomlar, genetik faktörler ve aile hikâyesi (familyal adenomatöz polipozis ve diğer otozomal dominant gastrointestinal polipozis sendromlar), obezite, yaşam tarzı ve beslenme alışkanlıkları, kronik inflamatuvar bağırsak hastalıkları, radyasyon, diyabetes mellitus (DM) gibi eşlik eden bazı kronik hastalıkların varlığı rol oynamaktadır (Turan ve ark., 2012). Tümörler kolon ve/veya rektum duvarlarına yerleşebilen polip olarak ifade edilen kontrolsüz çoğalan hücrelerden gelişebilir, iyi huylu veya kötü huylu

olabilir. Benign poliplerin zamanla adenomatoz dokuya dönüşmesi adenokarsinomaya neden olabilir ve aslında, tüm kolorektal kanserlerin yaklaşık %96'sı adenomatoz dokulardan oluşur (Taib ve ark., 2014; American Cancer Society. Colorectal Cancer Facts & Figures 2011-2013). KRK hastalığının %75'i sporadik olarak oluşurken; %15-20 aile hikayesi, %5 herediter non-polipozis koli (HNPKK), %1 familial adenomatöz polip (FAP), %1 iltihabi barsak hastalığı nedeniyle gelişmektedir (Uyanıkoğlu, 2015).

Kolorektal kanserin ortaya çıktığı yaş, KRK olan akraba sayısı ve yakınlığı hastalığın oluşumu için belirleyici faktörlerdir. İleri evre adenomatöz lezyon ( $\geq 10$  mm adenom, villöz komponent veya ağır displazi) tespit edilenlerde, yıllık kanser oluşma riski %2,6-5,7 oranındadır (Ergül ve ark., 2013; Brenner ve ark., 2007). Birinci derece akrabalarında kolorektal kanser veya adenomatöz polip olan bireyler, ülseratif kolit, Crohn hastalığı ya da kalıtsal polipozis (HNPCC) veya polipozis dışı sendrom (FAP) öyküsü olan bireyler yüksek risk grubundadır ve 40 yaşından itibaren tarama ve izlem önerilir. 50-70 yaş arası asemptomatik bireyler ise orta risk grubunda kabul edilir ve 50 yaşından itibaren tarama ve izlem programına dahil olmaları önerilir (Koç, 2017).

Kolorektal kanser taramalarına katılımı etkileyen bireysel faktörler, sağlık inancı ve sağlık davranışları ile yakından ilişkilidir. Kişiyi sağlığa ilişkin eylemleri yapmaya ya da yapmamaya neyin motive ettiğini ve özellikle sağlık davranışlarının sergilenmesinde etkili olan durumları anlatan Sağlık İnanç Modelinde (SİM) inanç ve davranışlarla ilgili kavramlar; duyarlılık, ciddiye/önemseme, motivasyon, yarar ve engel algılarıdır. Farklı örneklem gruplarında yapılan çalışma sonuçları, sağlık inançlarının KRK taramalarına katılımı etkili olduğunu göstermektedir. Rawl ve arkadaşlarının araştırmasında yarar algısının yüksek ve engel algısının düşük olmasının kolonoskopi yaptırmada önemli derecede etkili olduğu belirlenmiştir (Yılmaz ve ark., 2016; Rawl ve ark., 2008; Ueland ve ark., 2006; Omran ve İsmail, 2010).

Türkiye'de hemşirelik literatüründe kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inançlarının belirlendiği çalışmalar oldukça sınırlıdır (Baysal ve Türkoğlu, 2013; Koç ve Esin, 2014; Türk, 2015; Yılmaz ve ark., 2016). Baysal ve Türkoğlu'nun

(2013) birinci basamağa başvuran yetişkin bireyler üzerinde yaptıkları çalışmada, katılımcıların çoğunluğunun kolorektal kanserde erken tanılama yöntemlerini bilmediği (%89,7) ve KKKYSİMÖ duyarlılık alt boyut puan ortalamasının düşük olduğu bildirilmiştir.

Bireylerin yeterli farkındalığa sahip olması ve kolorektal kanser hakkındaki sağlık inançlarının bilinmesi, risk, engel ve yarar gibi sağlık algılarının değişmesine yardım ederek taramaya katılımı artırılabilir ve kanserin topluma getirdiği yük azaltılabilir (Baysal, Türkoğlu, 2013). Yaşam ve sağlık ile ilgili değerlerin daha çok erken yaşlarda öğrenildiği ve değiştirilmesinin oldukça zor olduğu, bu konuda öğretmenlerinin belirleyici rol oynadığı bilinmektedir. Çünkü öğretmenlerin okulda ve toplumda, rehberlik, danışmanlık ve rol modeli olma gibi sorumlulukları vardır (Bek ve Şen, 2018; Spilt ve ark.,2011; Tsouloupas ve ark., 2010).

Yapılan literatür taramasında öğretmenlerin kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inançlarının belirlendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmanın öğretmenler üzerinde yapılan ilk araştırma olması nedeniyle özgün olduğu, hemşirelik literatürüne katkı sağlayacağı ve araştırma sonuçlarının yapılacak yeni araştırmalara ışık tutacağı düşünülmektedir.

### **Araştırmanın Amacı**

Bu çalışma öğretmenlerin kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inançlarının belirlenmesi amacı ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada şu sorulara yanıt aranmıştır:

1. Öğretmenlerin kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inançları (güven-yarar algısı, duyarlılık algısı, sağlık motivasyonu algısı, engel algısı ve ciddiyet algısı alt boyut puan ortalaması düzeyleri) ne düzeydedir?
2. Öğretmenlerin sosyo-demografik özelliklerine göre kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inanç düzeyi alt boyut puan ortalamalarında fark var mıdır?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Kolorektal Kanser

Kolon ve rektumun malign epitelyal tümörü kolorektal kanser olarak tanımlanır (Hamilton, S., Aaltonen, L., 2000). KRK tanı ve tedavi yöntemlerindeki ilerlemelere rağmen en yaygın kanser çeşitlerinden biri olması önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmesini sağlamaktadır (Schaeybroeck ve ark., 2014).

#### 2.1.1. Kolorektal Kanser Epidemiyolojisi

Kanser, tüm dünyada morbidite ve mortalitenin önemli bir nedenidir ve dünya sağlık örgütünün 2014 yılında yayınlanan raporuna göre 2012 yılında yaklaşık 14 milyon yeni kanser vakası ve 8 milyon kansere bağlı ölüm gerçekleşmiştir. Tüm kanser çeşitleri arasında kolorektal kanser %9,7 oranı ile üçüncü sırada yer almaktadır. (World Health Organization (WHO), 2017).

Dünyada kolorektal kanser vakalarının neredeyse %55'i daha gelişmiş bölgelerde saptanmaktadır. GLOBOCAN 2012 verilerine göre de en fazla kolorektal kanser Avrupa, Kuzey Amerika, Avustralya, Yeni Zelanda ve Japonya'da görülürken, daha az gelişmiş bölgeler olan tüm Afrika ülkeleri, Asya (Japonya hariç) ve Latin Amerika'da daha az görülmektedir. Bu insidans farklılıklarının sosyo ekonomik düzeylerle de etkili olduğu düşünülmektedir (GLOBOCAN, 2012; Kuipers ve ark., 2015).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2018 yılında yaklaşık 97.220 kişinin kolon ve 43.030 kişinin rektum kanseri tanısı alacağı tahmin edilmektedir. Ayrıca hem erkeklerde hem kadınlarda en fazla görülen kanser bakımından üçüncü sırada olduğu ve 2004-2013 yılları arasında 50 yaş altında kolorektal kansere yakalanma oranının arttığı belirtilmektedir (American Cancer Society, 2018).

Kanada'da 2017 verilerine göre, yaklaşık olarak 14.900 erkek ve 11.900 kadının kolorektal kanser tanısı aldığı belirtilmektedir. Kanada'da kolorektal kanser tüm kanser çeşitleri arasında ikinci sırada olup, erkeklerde ölüme neden olan ikinci en yaygın kanser, kadınlarda ise üçüncü en fazla ölüme neden olan kanserdir

(Canadian Cancer Society, 2017; Canadian Cancer Statistic, 2016; Canadian Cancer Statistic, 2017)

Türkiye’de kolorektal kanser görülme sıklığı Türkiye Kanser İstatistikleri raporuna göre (2014) erkeklerde %22,8, kadınlarda ise %13,8 olup tüm kanser çeşitleri arasında üçüncü sırada yer almaktadır (Türkiye Kanser İstatistikleri, 2017).

### **2.1.2. Kolorektal Kanser Etiyolojisi**

Kolorektal kanser oluşumunda çevresel ve genetik faktörler etkilidir (Weiser, M., Posner, M., Saltz, L., 2013). Kolorektal kanserin çoğunlukla oluşumu sporadik olup, daha küçük oranda aile öyküsü olanlarda kolorektal kanser oluşumunun olduğu belirtilmektedir (Schaeybroeck ve ark., 2014, Lopez ve ark.,2014).

Kolorektal kanser olma ile ilişkili değiştirilebilen faktörler; sigara içmek, obezite, işlenmiş et ve et ürünleri tüketmek, aşırı alkol alımı ve fiziksel aktivite azlığı şeklinde tanımlanmaktadır (Lopez ve ark., 2014, Johnson ve ark., 2013). Değiştirilemeyen ve müdahale edilemeyen kolorektal kanser oluşumunu etkileyen faktörler ise inflamatuvar bağırsak hastalığı, kolorektal kanser hastalığına sahip akrabasının olması, adenomatöz polip öyküsü ve yaşın ilerlemesi şeklinde belirtilmektedir (American Cancer Society, 2014, Johnson ve ark., 2013)

#### **2.1.2.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri**

##### **Yaş**

Kolorektal kanser riski yaş ile birlikte artmaktadır ve kolorektal kanser tanısı alanların yaklaşık olarak % 93 ve kolorektal kanser mortalitesinde % 95’i 50 yaş ve yukarısı olarak değerlendirilmektedir (Stanesby., Jenkins., 2017; American Cancer Society, 2014).

##### **Genetik**

Kolorektal tanısı alanların yaklaşık %15-18 arası aile öyküsüne sahip olduğu görülmektedir (Nasrallah, El-Sibai, 2014, Half ve ark., 2009). Aile öyküsünde özellikle birinci derece akrabalarında kolorektal kanser tanısı olan bireylerin kolorektal kanser olma riski daha fazla olmaktadır (ACS, 2018). KKK olma olasılığı KKK tanısını birinci derece

akrabası 45 yaşından daha önce almış ve birden fazla birinci derece akrabasında KRK hastalığı var ise daha da artmaktadır (ACS, 2018 Erişim tarihi: 02 Nisan 2018 <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8605.00.pdf>).

Kolorektal kanser oluşumunda FAP (Familial adenomatous polyposis) ve HNPCC (Lynch sendromu, Hereditary nonpolyposis colorectal cancer) iki etkili genetik bozukluk olduğu bilinmektedir. Kolorektal kanser tanısı alanların yaklaşık %3'ü HPNCC, kalıtsal bozukluğundan ise yaklaşık %2'si FAP kökenlidir (Cunningham ve ark., 2010).

Her iki sendromda otozominal dominant geçiş göstermektedir ve 50 yaş öncesi kolorektal kanser oluşumunda bu iki sendromun varlığı öngörülmektedir (Brenner ve ark., 2014, Cunningham ve ark., 2010).

### **İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı**

İnflamatuvar bağırsak hastalığı (Ülseratif Kolit ya da Crohn Hastalığı) kolorektal kanser oluşumunu arttırmaktadır (Weiser, M., Posner, M., Saltz, L., 2013; Sapmaz ve ark.,2016). Hastalığın süresi kolorektal kanser olma riskini arttıran en önemli faktör olmasının yanında, hastalığın yaygınlığı, primer sklerozan kolanjit (PSK) olması ve inflamasyonun ne derece artmış olduğu diğer önemli faktörlerdendir (Özer, 2011).

### **2.1.2.2. Değiştirilebilen Risk Faktörleri**

#### **Fiziksel Aktivite Yetersizliği**

Fiziksel aktivitenin yetersizliği kolorektal kanser riskinin artmasına sebep olmaktadır. Literatürde, fiziksel aktivitedeki artışın, kolorektal kanser oluşumunu engellediği yönünde araştırma bulguları vardır (World Cancer Research Fund, 2017; Çürük, Kaçmaz, 2017; Johnson ve ark., 2013).

#### **Fazla Kilo ve Obezite**

Kilolu bir kişinin kolorektal kansere yakalanma olasılığı yaklaşık olarak %9 iken, obez bir kişinin normal ağırlıktaki kişiye oranla kolorektal kansere yakalanma riski %19 daha fazladır (Shaw ve ark., 2018, Moghaddam ve ark., 2007).

## **Tütün Kullanımı**

Sigaranın karsinojen olduğu iyi bilenen bir gerçek olup, sigara içmek kolorektal kansere de yakalanma olasılığını arttırmaktadır (ACS, 2018; Fagunwa ve ark., 2017). Geniş, çok merkezli yapılan kohort ve meta analiz çalışmalarında sigara içenlerin %38 kolorektal kanser olma riskine, sigarayı bırakanların hiç içmeyenlere oranla kolorektal kansere olma riskinin ise %18 daha fazla olduğu belirtilmektedir (Chen ve ark., 2009; Tso ve ark., 2009).

Ülkemizde onkoloji kliniğinde yatan hastalarla yapılan bir çalışmada halen sigara içen bireylerin oranı %9,6, sigarayı içmeyi bırakan bireylerin oranı %48,1 olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada kanser türleri arasında kolorektal kanser üçüncü sırada olup, erkeklerde %18,9, kadınlarda ise %12,5 oranındadır. (Kutlu ve ark., 2014)

## **Alkol Kullanımı**

Aşırı alkol kullanımının, kolorektal kanser oluşumunda etkili olduğu belirtilmektedir. Yaşamı boyunca günde ortalama 2 ya da 4 bardak alkol alımı olan kişinin, günlük alkol alımı 1 bardaktan daha az olan kişiye oranla kolorektal kansere yakalanma olasılığı %23 daha fazla olmaktadır (ACS, 2018, Colorectal Cancer Facts and Figures, 2014-2016, Ferrari ve ark., 2007).

## **Diyet**

Kolorektal kanser risk değerlendirmesi üzerine yapılan bazı çalışmalarda günde 3 porsiyon ve daha fazla meyve tüketiminin kolorektal kansere yakalanma riskinde %15'lik bir azalma sağladığı belirtilmiştir (Johnson ve ark.,2013). Meta analiz çalışmalarında, günlük 50 gram işlenmiş et tüketiminin kolorektal kanser oluşumunu ciddi bir şekilde arttırdığı, kırmızı et tüketiminin ise kolorektal kanser oluşumunda ki etkisinin belirsizliğini koruduğu bildirilmiştir (CUP, 2017).

### **2.1.3. Kolorektal Kanser Gelişimi ve Belirtileri**

Normal bağırsak mukozasında adenom oluşumu ve bu adenomun kanserleşmesi çok uzun yıllar içinde olmaktadır. Eğer adenom kanserleşmeden

saptanırsa KKK önenebilir (Lian ve ark, 2009). Adenomatöz poliplerin hepsi kanserle sonuçlanmaz fakat polip sayısı ve büyüklüğü, villöz komponent varlığı ve derecesi, yerleşimin nerede olduğu ve displazi derecesi kanserleşmede etkili rol oynamaktadır (Meydan, 2013; Haboubi, Scott,2000).

Erken dönemde kolorektal kanser çoğunlukla semptomsuz olup, belli başlı semptomları; rektal kanama, bağırsak alışkanlığında değişimler, gaita çapının incilmesi, karın ağrısı, istemsiz kilo kaybı, yorgunluk ve anemidir (Soytürk, 2013; ACS, Colorectal Cancer Signs and Symptoms. <https://www.cancer.org/cancer/colorectal-cancer/detection-diagnosis-staging/signs-and-symptoms.html#references>, ACS, 2018 <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2018/cancer-facts-and-figures-2018.pdf>)

#### **2.1.4.Kolorektal Kanser Tanı Yöntemleri**

Kolorektal kanser tarama yöntemlerini iki grupta değerlendirilmektedir. Birinci grupta, gaitada gizli kan testi (GGK) ve dökülen DNA'ların değerlendirildiği gaita testleri, ikinci grupta ise çift kontrastlı kolon grafisi, fleksibl rektosigmoidoskopi, kolonoskopi, bilgisayarlı tomografi ile kolonografi ve kapsül endoskopi yer almaktadır (Kara, Tanoğlu, 2013).

##### **2.1.4.1.Gaitada Gizli Kan (GGK)**

Gaitada gizli kan testi polip ya da kitle yüzeyinden oluşabilen kanamaları dışkıda saptamak amaçlı yapılmaktadır (Soytürk, 2005). Gaitada Gizli Kan yöntemiyle yapılan taramalar KKK riskini %15-35 oranında düşürmektedir (Liberman, 2009). Guaiac tabanlı GGK testi ve fekal immunokimyasal test olarak iki türü vardır.

##### **2.1.4.1.1.Guaiac Tabanlı Gaitada Gizli Kan Testi**

Guaiac tabanlı Gaitada Gizli Kan testinde gaitadaki hemoglobinin peroksidaz reaksiyonuyla ortaya çıkması ile yapılmaktadır (Taylor ve ark., 2010). Guaiac tabanlı gaitada gizli kan (gGGK) testi kırmızı et gibi yiyeceklerle alınan hemoglobini de

belirleyebilmektedir. Bu durum yanlış pozitifliğe sebebiyet verebileceği için bu test öncesi diyet yapmak gerekmektedir (NCI, 2016).

#### **2.1.4.1.2.Gaitada Gizli Kan Taramasında İmmünokimyasal Testler**

İmmünokimyasal method ile insan hemoglobinin gaitada taranması yöntemidir (Taylor ve ark., 2010). İmmünokimyasal test uygulanmasında örneğin işlenmesi için geçen süre ne kadar kısa olursa testin duyarlılığı da o kadar fazla olmaktadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kansere Daire Başkanlığı Değerlendirme Raporları. <http://kanser.gov.tr/Dosya/Bilgi-Dokumanlari/raporlar/kolorektal.pdf>; Rossum ve ark., 2009). İmmünokimyasal gaitada gizli kan (iGGK) testi gGGK testine göre maliyeti yüksek olmasına rağmen diyet kısıtlamasına ihtiyaç duyulmaması ve duyarlılığının daha yüksek olması bakımından daha avantajlı görülmektedir (Altekin ve ark., 2003).

#### **2.1.4.2.Fekal DNA Testi**

Kolorektal Kansere ile alakalı genetik bozuklukların tümü DNA testine aktarılamadığı için yanlış negatiflik gösterebilmektedir. Fekal DNA testin KRK duyarlılığı %62-100, ileri derecede adenom için %27-82 olup özgüllüğü ise %82-100'dür (Türkiye Kansere Kontrol Programı 2016; Ahlquist ve ark.,2008).

#### **2.1.4.3.Fleksible Sigmoidoskopi**

Fleksible sigmoidoskopi distal kolonun yaklaşık olarak 50-60 cm'nin incelenmesine olanak sağlayan bir endoskopi yöntemidir (Bengi, Soytürk, 2013; Liberman,2010). İşlem 10- 20 dakika sürmektedir. Sedasyonlu ya da sedasyonsuz yapılabilmektedir. Eğer işlem sırasında polip ya da kolorektal kanser bulgusu saptanırsa kolonun geri kalan bölümünde incelenebilmesi için daha sonrasında kişiye kolonoskopi işlemi yapılması gerekmektedir (ACS, Colorectal Cancer Early Detection, Diagnosis, and Staging, 2018).

#### **2.1.4.4.Kolonoskopi**

Kolonoskopi kolon mukozasının net bir şekilde görüntülenmesi ve kansere dönüşme ihtimali olan polip ve intramukozal tümörlerin çıkartılmasına olanak

sağlaması bakımından diğer testlerden üstün görülmektedir (Kara, Tanoğlu, 2013; Steinback ve ark., 2010; Zauber ve ark., 2012, Ontario Health Technology Assessment Series, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3377532/pdf/ohtas-0940a.pdf>, Yamaner, 2007). Kolonoskopi yöntemiyle yapılan taramalarda KRK morbiditesinde %53-72 ve mortalitesinde %31 azalma görülmektedir (Bengi, Soytürk, 2013; Liberman, 2010).

#### **2.1.4.5.Kapsül Endoskopi**

İki yanına kamera yerleştirilmiş olan kapsülün, kolonun görüntülenmesi amacıyla kişiye yutturulması işlemidir. Bir prospektif çalışmada kolonoskopiyle yapılan karşılaştırılmasında duyarlılığı daha düşük saptanmıştır (Gossum ve ark.,2009).

#### **2.1.4.6.Bilgisayarlı Tomografik Kolonografi (Virtual-Sanal Kolonoskopi)**

Bilgisayarlı tomografik kolonografi (BTK) ya da sanal kolonoskopi işleminde kalın bağırsağın çok sayıda 3 boyutlu görüntüleri elde edilmektedir (Taviloğlu, 2017; NCI, 2016). Konvansiyonel kolonoskopinin yapılamadığı ya da yetersiz kaldığı durumlarda tamamlayıcısı olabilen sanal kolonoskopi iyi bir radyolojik görüntüleme yöntemidir (Haliloğlu, Uzun,2016).

Bilgisayarlı tomografik kolonografi ya da sanal kolonoskopi daha az invaziv bir yöntem olup 1 cm ve üzeri lezyonları saptamada duyarlı olduğu bilinmektedir (Şahin,2015; Arda ve Çiledağ,2009). Yapılan randomize kontrollü bir çalışmada kolorektal kanser saptama oranları GGK ile %64, sanal kolonoskopi ile %77 ve kolonoskopi ile %80 olarak belirlenmiştir (John ve ark.,2015).

#### **2.1.4.7.Çift Kontrastlı Baryum Enema (ÇKBE)**

Çift kontrastlı baryum enema (ÇKBE) işleminde bağırsak mukozası baryumla boyanır ve floroskopi yardımıyla çok sayıda grafi çekilmektedir (Taylor, 2010; NCI, 2016). Kolonoskopiye göre daha az invazif olan çift kontrastlı baryum enema, kolonoskopi yapılması riskli olan bireylerde uygulanması tercih edilebilmektedir (Akay ve ark., 2012, NCI, 2016).

### 2.1.5.Kolorektal Kanser Tarama Stratejileri

KRK tarama stratejisini belirlemede ilk ve en önemli basamağını risk gruplarını belirleme oluşturmaktadır. Örneğin ailesinde kolorektal kanser olan bireyin KRK tarama programı ile ailesinde KRK olmayan bir bireyin KRK tarama programı farklıdır (Kara, Tanoğlu, 2013).

Amerikan Kanser Derneği (ACS), Amerika Birleşik Devletleri Dernekler Federasyonu Görev Gücü (MSTF) ve Amerikan Radyoloji Koleji (ACR) 2008 yılında ortak rehber yayınlamışlardır. Bu rehberde göre herhangi bir KRK riski taşımayan birey için adenomatöz polip ve KRK tarama hem erkek de hem de kadında 50 yaşında başlanması gerektiği belirtilmektedir.

Aşağıdaki KRK risk faktörlerine sahip bireylerin ortalama risk gruplarındakilere göre daha erken yaşta ve daha sık kolonoskopi yöntemiyle taranmasını önermektedirler.

- Aile öyküsünde KRK ve polip olanlar
- Aile öyküsünde genetik özellikli KRK sendrom olanlar (HPNCC ve FAP)
- Geçmişinde KRK öyküsü olanlar
- Geçmişinde kronik inflamatuvar bağırsak hastalığı olması (Ülseratif kolit veya Crohn Hastalığı)

#### **Ortalama risk gruplarında önerilen adenomatöz polip ve KRK tarama öneri ve sıklıkları;**

- Flexible sigmoidoskopi (Her 5 yıl da bir)
- Kolonoskopi (Her 10 yıl da bir)
- Çift Kontrastlı Baryum Enema (Her 5 yıl da bir)
- Bilgisayarlı Tomografik Kolonografi (Her 5 yılda bir)

#### **Ortalama risk gruplarında önerilen KRK tarama öneri ve sıklıkları;**

- Guibac Gaitada Gizli Kan Testi (Yıl da bir defa)
- Gaitada İmmunokimyasal Test (Yıl da bir defa)
- Fekal DNA test (Henüz zaman aralığı belli değil) (Cabebe,2017; Levin ve ark., 2008).

Ülkemizde KRK tarama programının yürütüldüğü merkezler; Aile Sağlığı Merkezleri ve Kanseri Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri olup 50-70 yaş arasındaki tüm bireylerin taramaya katılımını öngörmektedir (Pirinççi ve ark., 2015, Kolorektal Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları, <http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/kolorektal.pdf>; Kolorektal Kanseri <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/324-kal%C4%B1n-ba%C4%9F%C4%B1rsak-kanseri-kolorektal-kanser.html>).

Tarama programını 50 yaşından sonra iki yılda bir GGK ve 10 yılda bir kolonoskopi kapsamaktadır. Ülkemizin tarama protokolünde; yüksek riskli bireyler birinci derece akrabalarında KRK ya da adenomatöz polip tanısı olanlar inflamatuvar bağırsak hastalığı olanlar şeklinde tanımlanmıştır ve 40 yaşında tarama programına alınmaya başlanmaktadır (Kolorektal Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları, <http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/kolorektal.pdf>). Birinci derece akrabalarında erken yaşta KRK tanısı olan kişilerde akrabasının KRK tanısı aldığı yıldan 5 yıl önce KRK tarama programına alınması önerilmektedir (Ulusal Kanseri Kontrol Programı 2013-2018).

#### **2.1.6.Kolorektal Kanseri Tedavi**

Metastatik olmayan Kolorektal kanserin primer tedavisi çoğunlukla cerrahi rezeksiyon olmaktadır. Neoadjuvan ya da adjuvan kemoterapi, kemoterapi-radyoterapi ya da immunoterapi ile tedaviye devam edip edilmeyeceği tümörün bağırsak duvarını ne derecede etkilediğine, lenf nodu yayılımı olup olmadığına göre karar verilmektedir (ACS, 2018).

#### **2.1.7. Kolorektal Kanseri Korunma, Erken Tanı ve Tarama Programlarında Hemşirenin Rolü**

Kanseri ile mücadele kanserin erken teşhis edilebilmesinden, kanseri kayıtlarının düzenli tutulmasına, tedavi ve palyatif bakımına kadar komplike bir süreçtir ve bu sürecin en iyi şekilde yönetimi için etkin bir Kontrol Programı'na ve profesyonel sağlık çalışanlarına ihtiyaç duyulmaktadır (Türkiye Kanseri İstatistikleri, 2017; Bray ve ark., 2015)

Hemşireler kanser kontrol programının her aşamasında etkin ve önemli görevlere sahip sağlık profesyonelleridir. Hemşireler kanser riski altında olan bireylerin saptanması, uygun tarama yöntemlerine yönlendirilmeleri ve tanılama aşamalarında danışmanlık yapma, kanserden korunmaya yönelik eğitimler düzenleme, kanser vakalarını yönetme ve bu konuda bilimsel araştırmalar yapma rollerine sahiptir (Nural, Akdemir,2000; Eroğlu, Koç, 2014; Çürük, Kaçmaz, 2017; Bayçelebi ve ark.,2015)

Hemşirelerin KRK ‘den korunmada bireylere risk değerlendirmesini yapabilmesi ve uygun tarama yöntemlerine yönlendirmesi KRK’ın erken teşhisi aşamasında önemlidir. Ayrıca bu durumun morbidite-mortalite oranlarının azaltılmasında ve hastalık halinde daha iyi bir prognoz sağlanmasında etkili bir yöntem olduğu belirtilmiştir. (Bayçelebi ve ark.,2015; Çürük, Kaçmaz, 2017).

Kolorektal kanser kontrolünün etkin bir şekilde yapılabilmesi için özellikle primer ve sekonder koruma önlemlerinin bir arada yürütülmesi gerekmektedir. Bu bağlamda özellikle TSM, KETEM ve ASM birimlerinde çalışan halk sağlığı hemşiresine çok fazla sorumluluk düşmektedir (Koç, 2017; Kanbur, Çapık, 2011)

#### **2.1.7.1.Kolorektal Kanserde Primer Korunmada Hemşirenin Sorumlulukları**

- Kolorektal kanserin oluşumunu sağlayan etkenler ve risk grupları hakkında eğitimler planlamak
- Sağlıksız beslenme, fiziksel aktivite yetersizliği, sigara içmek ve KRK arasındaki ilişkinin etkili bir şekilde anlaşılmasını sağlayacak eğitimler planlamak ve danışmanlık yapmak
- KRK de primer koruma önlemlerinin etkinliği ile ilgili araştırmalar planlanıp sonuçlarının uygulamaya aktarımı sağlanmalıdır.
- KRK ile ilgili düzenli literatür takibi ile bilgilerin güncellenmesi sağlanmalıdır (Çürük, Kaçmaz, 2017).

#### **2.1.7.2.Kolorektal Kanserde Sekonder Korunmada Hemşirenin Sorumlulukları**

- KRK açısından riskli grupların kanser tarama programlarına dahil edilmesi

- Orta ve yüksek risk grubuna dahil olan bireylerin özel erken tanı yöntemlerinin uygulanmasını sağlamak
- Riskli bireylerin vaka yönetimi ile takibi
- KRK taramaları sonucunda KRK olasılığı olan bireylerin daha ileri tetkik ve tedavi amaçlı planlarında danışmanlık yapmak
- KRK tanısı alan bireylerin ihtiyacı olan sosyal, ruhsal ve tıbbi desteğe ulaşmalarını sağlamak (İlgaz, 2015; Nar, 2010).

## 2.2. Sağlık İnanç Modeli

Sağlık inanç modeli 1950'lerin başında Hochbaum, Kegeles, Leventhal ve Rosenstock tarafından geliştirilmiştir. Model bireylerin hastalıktan korunma ve erken tanı programlarına katılma davranışlarını göstermesinde etkili olan faktörleri açıklamayı hedeflemiştir (Bal, 2014; Holwerda, 2000; Çenesiz, 2007; Nahcivan ve Seçginli, 2003). Sağlık inanç modeli bireylerin sahip olduğu inançların, değerlerin ve tutumların sağlık davranışlarını etkilemesi nedeniyle hastalığı önlemeye odaklanmıştır. (Gözüm, Çapık, 2014; Bahar, Açıl,2014).

Sağlık İnanç Modeli ölçeği Victorya Champion tarafından 1984 yılında 'meme kanseri taramalarında sağlık inanç modeli' olarak geliştirilmiştir (Gözüm ve ark.,2004). Champion sağlık inanç modelininin maddelerinde bir ya da birkaç kelime değişikliği yapılarak diğer kanser türlerinde de kullanılabileceğini önermiştir. Jacobs meme kanserine uyarlanmış olan Sağlık İnanç modelinin birkaç sorusunda değişiklikler yapıp, meme kanseri ifadesi yerine kolorektal kanser kullanarak kolorektal kanser sağlık inanç modelini oluşturmuştur (Jacobs, 2002; Nar, 2010).

Sağlık İnanç Modeli;

- Bireyin hastalıktan korunmak için yaptığı davranışın nasıl şekillendiğini ve etkilendiğini belirler.
- Bireyin inanç ve davranışları arasındaki ilişkiyi açıklar.
- Bireysel karar verme düzeyinde sağlık davranışlarına bireysel motivasyonun etkisini belirler.
- Bireyin sağlığa ilişkin eylemleri yapmaya ya da yapmamaya neyin motive ettiğini belirler.

- Sağlık davranışlarının sergilenmesinde etkili olan durumları tanımlar (Türk, 2015; Nahcivan ve Seçkinli, 2003; Güney, 2009).

Sağlık inanç modelinin kavramsal yapısına bakıldığında modelin bileşenlerini; bireysel algılar, değişikliğe neden olan etkenler ve beklenen davranışın olmasını etkileyen faktörler oluşturmaktadır (Jacobs, 2002; Özsoy ve ark. 2007).

**Algılanan Duyarlılık:** Bireyin sağlığını tehdit eden hastalık için olan algısıdır. Bu, tanının kabulünü, hasta olma olasılığını da kapsar (Glanz ve ark., 2008).

**Algılanan Ciddiyet:** Bireyin hastalığı ne derecede ciddiye aldığını ifade eder. Tedavinin red edilmesi sonucu oluşabilecek durumları da kapsar. Hastalığın ağrı, ölüm, oluşabilecek engel durumlarını ve ayrıca iş, arkadaş çevresi kayıpları gibi olası durumlarla ilgili değerlendirmeleri de kapsamaktadır. Duyarlılık ve ciddiyetin birlikte değerlendirilmesi, ‘algılanan tehdit’ olarak belirtilmektedir (Glanz ve ark., 2008).

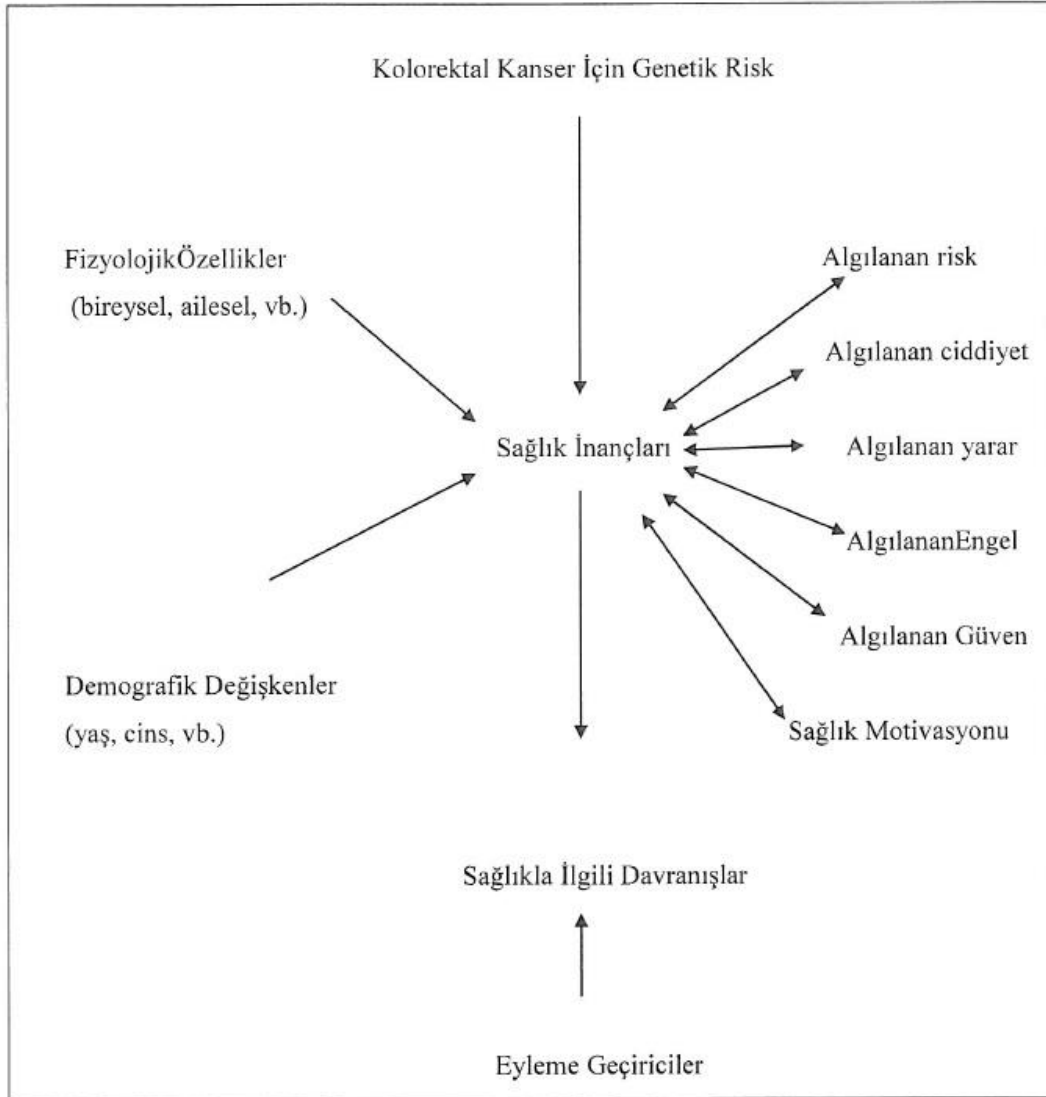
**Algılanan Yarar:** Ciddiyetine inandığı ve duyarlı olunduğunun kabulü kişiyi davranış değişikliğine zorlar. Kişinin yapacağı davranış değişikliğinin, hastalığa yakalanma olasılığını azaltacağı ile ilgili algılanan yarar durumudur. Kişinin koruyucu sağlık davranışlarının faydasına inanmasıdır (Glanz ve ark., 2008).

**Algılanan Engeller:** Kişinin değiştirmek istediği davranış için algıladığı engellerdir. Kişi davranışı değiştirmesi durumundaki olumlu ve olumsuz koşulları değerlendirir. Algılanan duyarlılık, ciddiyet ve yarar, algılanan engellerin etkisini azaltmayı başarır, kişide davranış değişikliği gerçekleşebilir (Glanz ve ark., 2008).

**Öz Yeterlilik:** Kişinin gerçekleşmesi planlanan sağlık davranışını yapabileceğine karşı kendine olan inancını ifade etmektedir. Davranış değişikliğinin başlatılması ve devam ettirilebilmesinde öz yeterlilik önemlidir (Glanz ve ark., 2008).

**Sağlık Motivasyonu Algısı:** Kişinin sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesi için ihtiyacı olan inanç ve davranışların tümünü kapsar (Nahcivan, Seçkinli, 2003).

**Şekil 1. Kolorektal Kansere Sağlık İnanç Model Ölçeği (Jacobs, 2002)**



### 3. YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Modeli

Bu çalışma; öğretmenlerin kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inançlarının incelenmesi amacıyla tanımlayıcı kesitsel tipte tasarlanmıştır (Erdoğan ve ark., 2015).

#### 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma 15 Ekim 2017-Ekim 2018 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmanın verileri Kasım 2017 ile Ocak 2018 tarihleri arasında Antalya'nın Kaş ilçesinde toplanmıştır.

#### 3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Kaş İlçe Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı okullarda çalışan (N=725) öğretmenler oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçme yöntemine gidilmemiş, evrenden 40 yaş ve üzeri 200 öğretmen araştırma kapsamına alınmıştır. Verilerin toplandığı tarihlerde okulda olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 186 öğretmenden veri toplanmıştır (katılım oranı %93).

#### Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Antalya-Kaş İlçe Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı devlet okullarında çalışan öğretmen olmak
- Gönüllü olmak
- 40 yaş üzeri olmak

#### 3.4. Veri Toplama Tekniği ve Veri Toplama Araçları

Veriler anket yöntemi ile okulların öğretmenler odasında, öz bildirime dayalı ve araştırmacı gözlemi altında toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak “Tanımlayıcı Özellikler Formu” ve “Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği” kullanılmıştır (Ek- 1).

## **Tanımlayıcı Özellikler Formu**

Tanımlayıcı özellikler formu araştırmacı tarafından hazırlanmış olup, yaş, cinsiyet, gelir durumu, vb. ile öğretmenlerin kolorektal kanserine ilişkin genetik yatkınlığı, bağırsak problemleri ve erken tanı yöntemlerine başvurmalarına ilişkin toplam 16 sorudan oluşmuştur (Türk, 2015; Ilgaz, 2015). Bu formun anlaşılabilirliğini test etmek için örneklem dışındaki 20 öğretmene ön deneme yapılmış ve son şekli verilmiştir.

## **Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (KKKYSİMÖ)**

Jacobs (2002) tarafından geliştirilen, Özsoy ve arkadaşları (2007) tarafından Türkçe'ye uyarlanan, 33 maddeden oluşan, 5'li likert tipi bir ölçektir. KKKYSİMÖ'nin 5 alt boyutu vardır ve alt boyutlar birbirinden bağımsız olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin geneli için toplam puan yoktur. Her bir madde için cevaplama seçenekleri; "Tamamen katılıyorum (5), Katılıyorum (4), Orta derecede katılıyorum (3), Katılmıyorum (2), Kesinlikle katılmıyorum (1) puan" olarak belirtilmiştir. Ölçekte ters puanlama yoktur.

### **Ölçeğin alt boyutları:**

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

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

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

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

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

Ölçeğin Cronbach Alpha katsayıları güven-yarar algısı için 0,88, duyarlılık algısı için 0,76, sağlık motivasyonu algısı için 0,54, engel algısı için 0,60 ve ciddiyet algısı için 0,58 dir (Özsoy ve ark., 2007). Bu çalışmada güven-yarar algısı için 0,87, duyarlılık algısı için 0,82, sağlık motivasyonu algısı için 0,55, engel algısı için 0,40, ciddiyet algısı için 0,69 bulunmuştur.

### 3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada veriler SPSS 20.0 paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde, Kolmogorov Smirnov testi (normallik testi), tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma), Mann Whitney U Testi ve Kruskal Wallis Testleri kullanılmıştır. İstatistiksel testlerin anlamlılık düzeyleri için  $p < 0,05$  değeri kabul edilmiştir.

### 3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmaya katılan öğretmenlerin “tanımlayıcı özellikleri” bağımsız, Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (KKKYSİMÖ) puan ortalamaları bağımlı değişken olarak incelenmiştir.

### 3.7. Çalışmada Etik

Araştırmaya başlamadan önce çalışmada kullanılan ölçeklerin kullanım izni, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Etik Kurul’undan (Protokol 170015 /Karar No:18) etik izin, araştırmanın uygulanabilmesi için Antalya İl Milli Eğitim Müdürlüğünden kurum izni alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılan öğretmenlere aydınlatılmış onam formu imzalatılmış, gönüllü katılım sağlanmıştır.

### 3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın verileri öğretmenlerin öz bildirimlerine dayalıdır. Öğretmenlerin sosyal kabul edilebilirliği düşünerek cevap vermiş olma ihtimalleri vardır. Örneklem grubunun sosyo-kültürel düzeyi yüksek olduğu için sonuçlar sadece bu gruba genellenebilir.

### 3.9. Çalışma Planı

**Tablo 1. Çalışma Planı**

| YIL                | 2017 |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 2018 |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|--------------------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| Ay*                | N    | M | H | T | A | E | E | K | A | O | Ş    | M | N | M | H | T | A | E | E |  |
| Konu Seçimi        |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| Kaynak İnceleme    |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| Konu Önerisi       |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| Planlama           |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| İzin ve Onay Alma  |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| Tez Projesi Kabulü |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| Veri Toplama       |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| Veri Analizi       |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| Tez Yazımı         |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |  |

\*N=Nisan, M=Mayıs, H=Haziran, T=Temmuz, A=Ağustos, E=Eylül, E=Ekim, K=Kasım, A=Aralık, O=Ocak, Ş=Şubat, M=Mart, N=Nisan, M=Mayıs, H=Haziran, T=Temmuz, A=Ağustos, E=Eylül, E=Ekim

#### 4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan öğretmenlerin tanımlayıcı özellikleri, KKKYSİMÖ puan ortalamaları ve tanımlayıcı özelliklerine göre KKKYSİMÖ puan ortalamalarının dağılımına yer verilmiştir.

Araştırmaya katılan öğretmenlerin tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamasının  $44,85 \pm 4,54$  ve %61,3'ünün 40-44 yaş aralığında olduğu, %50,5'inin kadın ve %72,0'ının evli olduğu, %92,5'inin lisans eğitimi aldığı, %46,2'sinin en uzun süre şehirde yaşadığı saptanmıştır (Tablo 2).

**Tablo 2. Öğretmenlerin Tanımlayıcı Özellikleri**

| Tanımlayıcı Özellikler     |                      | n                | %     |
|----------------------------|----------------------|------------------|-------|
| Yaş                        | 40-44                | 114              | 61,3  |
|                            | 45-49                | 42               | 22,6  |
|                            | 50-54                | 22               | 11,8  |
|                            | 55-59                | 8                | 4,3   |
| Yaş Ortalaması             |                      | $44,85 \pm 4,54$ |       |
| Cinsiyet                   | Kadın                | 94               | 50,5  |
|                            | Erkek                | 92               | 49,5  |
| Medeni Durum               | Evli                 | 134              | 72,0  |
|                            | Bekar                | 52               | 28,0  |
| Eğitim Durumu              | Lisans               | 172              | 92,5  |
|                            | Lisansüstü           | 14               | 7,5   |
| En Uzun Süre Yaşanılan Yer | Köy                  | 44               | 23,7  |
|                            | İlçe                 | 56               | 30,1  |
|                            | Şehir                | 86               | 46,2  |
| Gelir Durumu               | Gelir Giderden Az    | 30               | 16,2  |
|                            | Gelir Gidere Eşit    | 94               | 50,5  |
|                            | Gelir Giderden Fazla | 62               | 33,3  |
| TOPLAM                     |                      | 186              | 100,0 |

Tablo 3'de araştırmaya katılan öğretmenlerin sağlık durumu özellikleri incelendiğinde; %50,5'inin sağlık durumunu iyi olarak değerlendirdiği, %44,1'inin alkollü içki tükettiği, %44,1'inin sigara içtiği ve %43'ünün egzersiz yapmadığı saptanmıştır.

**Tablo 3. Öğretmenlerin Sağlık Algısı ve Bazı Sağlık Davranışları Özellikleri**

|                  |                             |    |      |
|------------------|-----------------------------|----|------|
| Sağlık Algısı    | Çok İyi                     | 16 | 8,6  |
|                  | İyi                         | 94 | 50,5 |
|                  | Orta                        | 74 | 39,8 |
|                  | Kötü                        | 2  | 1,1  |
| Alkol Kullanımı  | Evet                        | 82 | 44,1 |
|                  | Hayır                       | 80 | 43,0 |
|                  | Bıraktım                    | 24 | 12,9 |
| Sigara Kullanımı | Evet                        | 82 | 44,1 |
|                  | Hayır, Hiç Kullanmadım      | 70 | 37,6 |
|                  | Kullanıyordum, Bıraktım     | 34 | 18,3 |
| Egzersiz Yapma   | Haftada 150 Dakikadan Fazla | 34 | 18,3 |
|                  | Haftada 150 Dakikadan Az    | 72 | 38,7 |
|                  | Yapmıyorum                  | 80 | 43,0 |

Tablo 4’de araştırmaya katılan öğretmenlerin kolorektal kanser geçmişi incelendiğinde; %12,9’unun ailesinde kolorektal kanser tanısı alan kişiler olduğu, ancak bu kişilerin hiçbirisinin 1. derece yakın olmadığı saptanmıştır. Bireylerin %7,5’inin bağırsak hastalığı olduğu, %11,8’inin GGK testi ve kolonoskopi yaptırdığı belirlenmiştir. Ayrıca öğretmenlerin ifadelerine göre %2,2’sinde polip çıktığı tespit edilmiştir.

**Tablo 4. Öğretmenlerin Kolorektal Kansere Geçmişi**

|                                  |                                          |     |      |
|----------------------------------|------------------------------------------|-----|------|
| Ailede Kolorektal Kanseri Tanısı | Evet                                     | 24  | 12,9 |
|                                  | Hayır                                    | 162 | 87,1 |
| Var ise, Akrabalık Derecesi      | Anne-Baba-Kardeş-Evlat (1.derece yakını) | 0   | 0,0  |
|                                  | Dede-Nine-Torun (2.Derece Yakını)        | 4   | 2,2  |
|                                  | Amca-Dayı-Hala-Teyze (3.Derece Yakını)   | 20  | 10,8 |
| Bağırsak Hastalığı               | Evet                                     | 14  | 7,5  |
|                                  | Hayır                                    | 172 | 92,5 |
| GGK(Gaitada Gizli Kan) Testi     | Evet                                     | 22  | 11,8 |
|                                  | Hayır                                    | 164 | 88,2 |
| Kolonoskopi                      | Evet                                     | 22  | 11,8 |
|                                  | Hayır                                    | 164 | 88,2 |
| Evet ise, Polip Olma Durumu      | Evet                                     | 4   | 2,2  |
|                                  | Hayır                                    | 18  | 9,7  |

Araştırmaya katılan öğretmenlerin KKKYSİMÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; en yüksek puanın Güven-Yarar Algısı alt boyutundan alındığı ( $49,77 \pm 5,38$ ), bunu sırasıyla Ciddiyet Algısı ( $16,92 \pm 4,06$ ), Motivasyon Algısı ( $16,56 \pm 2,71$ ), Engel Algısı ( $14,33 \pm 3,92$ ) ve Duyarlılık Algısı ( $11,29 \pm 3,57$ )'nin izlediği saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Öğretmenlerin KKKYSİMÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

| KKKYSİMÖ Alt Boyutları             | Toplam Puan Ortalaması | Katılımcıların KKSİM Ölçeğinden Aldıkları Min. ve Maks. Puanlar | KKSİM Ölçeğinden Alınabilecek Min. ve Maks. Puanlar | Madde Puan Ortalaması |
|------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------|
| Güven Yarar Algısı (11 madde)      | 49,77 ± 5,38           | 28-55                                                           | 11-55                                               | 4,52 ± 0,49           |
| Duyarlılık Algısı (6 Madde)        | 11,29 ± 3,57           | 6-23                                                            | 6-30                                                | 1,88 ± 0,60           |
| Engel Algısı (6 Madde)             | 14,33 ± 3,92           | 7-26                                                            | 6-30                                                | 2,39 ± 0,65           |
| Sağlık Motivasyon Algısı (5 Madde) | 16,56 ± 2,71           | 9-25                                                            | 5-25                                                | 3,31 ± 0,54           |
| Ciddiyet Algısı (5 Madde)          | 16,92 ± 4,06           | 8-25                                                            | 5-25                                                | 3,38 ± 0,81           |

Araştırmaya katılan öğretmenlerin tanımlayıcı özelliklerine göre KKKYSİMÖ alt boyut puan ortalamaları incelenmiş; yaş, medeni durum, en uzun süre yaşanan yer, alkol kullanımı, sigara kullanımı, egzersiz yapma sıklığı, ailede kolorektal kanser tanısı ve sağlık algısı değişkenlerine göre bazı alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Anlamlı fark çıkan üç ya da daha fazla grubu olan değişkenlerde, farkın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek için ileri analiz (Mann Whitney U testi) yapılmıştır. Cinsiyet, eğitim düzeyi ve gelir durumuna göre ise tüm alt boyut puan ortalamalarında anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Tablo 6. Öğretmenlerin Yaş Gruplarına Göre KKKYSİMÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

|     |                                    | Güven Yarar Algısı | Duyarlılık Algısı  | Engel Algısı       | Sağlık Motivasyon Algısı | Ciddiyet Algısı      |
|-----|------------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------------|----------------------|
| YAŞ |                                    | $\bar{X} \pm S.S.$ | $\bar{X} \pm S.S.$ | $\bar{X} \pm S.S.$ | $\bar{X} \pm S.S.$       | $\bar{X} \pm S.S.$   |
|     | 40-44(a) n=114                     | 49,96±5,18         | 10,67±2,85         | 13,86±3,64         | 16,26±2,51               | 17,61±4,06           |
|     | 45-49(b) n=42                      | 49,57±5,95         | 12,76±4,92         | 15,57±4,21         | 16,52±3,01               | 16,81±4,15           |
|     | 50-54(c) n=22                      | 48,09±5,39         | 11,64±3,33         | 14,91±4,73         | 17,55±2,67               | 14,73±3,12           |
|     | 55-59(d) n=8                       | 52,75±4,17         | 11,50±3,42         | 13,00±2,27         | 18,25±3,06               | 13,75±2,43           |
|     | Kruskal Wallis Testi<br>(p Değeri) | <b>,043</b>        | ,053               | ,170               | <b>,028</b>              | <b>,001</b>          |
|     | Fark                               | <b>d&gt;a-b-c</b>  |                    |                    | <b>c&gt;a d&gt;a</b>     | <b>a&gt;c a&gt;d</b> |

Araştırmaya katılan öğretmenlerin yaş gruplarına göre KKKYSİMÖ puan ortalamaları incelendiğinde, güven-yarar algısı ( $p=,043$ ), sağlık motivasyon algısı ( $p=,028$ ) ve ciddiye algısında ( $p=,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Duyarlılık algısı ( $p=,053$ ), engel algısı ( $p=,170$ ) alt boyutları puan ortalamalarında ise anlamlı fark belirlenmemiştir ( $p>0,05$ ).

Güven yarar algısındaki farkın ileri analizinde ikili karşılaştırmalar yapılmış 55-59 yaş grubundaki öğretmenlerin güven-yarar algısı puan ortalamasının ( $52,75\pm4,17$ ) diğer yaş grupları ile karşılaştırıldığında, daha yüksek olduğu saptanmış ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Sağlık motivasyon algısı için yaş gruplarına göre ikili karşılaştırmalar yapıldığında, 40-44 yaş aralığındaki katılımcıların sağlık motivasyon algısı puan ortalamasının ( $16,26\pm2,51$ ) hem 50-54 yaş, hem de 55-59 yaş aralığındaki katılımcılardan daha düşük olduğu saptanmış ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Ciddiye algısındaki farkın ileri analizinde ikili karşılaştırmalar yapılmış ve 40-44 yaş aralığındaki öğretmenlerin ciddiye algısı puan ortalamasının ( $17,61\pm4,06$ ) hem 50-54 yaş, hem de 55-59 yaş aralığındaki öğretmenlerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ), (Tablo 6).

**Tablo 7. Öğretmenlerin Cinsiyetine Göre KKKYSİMÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı**

|  | CİNSİYET                           | Güven Yarar<br>Algısı | Duyarlılık Algısı  | Engel Algısı       | Sağlık Motivasyon<br>Algısı | Ciddiye<br>Algısı  |
|--|------------------------------------|-----------------------|--------------------|--------------------|-----------------------------|--------------------|
|  |                                    | $\bar{X} \pm S.S.$    | $\bar{X} \pm S.S.$ | $\bar{X} \pm S.S.$ | $\bar{X} \pm S.S.$          | $\bar{X} \pm S.S.$ |
|  | Kadın(a) n=94                      | 49,55 $\pm$ 5,20      | 10,79 $\pm$ 3,45   | 14,47 $\pm$ 4,03   | 16,32 $\pm$ 2,56            | 17,26 $\pm$ 3,97   |
|  | Erkek(b) n=92                      | 50,00 $\pm$ 5,57      | 11,80 $\pm$ 3,65   | 14,20 $\pm$ 3,81   | 16,80 $\pm$ 2,84            | 16,59 $\pm$ 4,15   |
|  | Mann Whitney U Testi<br>(P Değeri) | ,300                  | ,071               | ,996               | ,263                        | ,189               |
|  | Fark                               |                       |                    |                    |                             |                    |

Araştırmaya katılan öğretmenlerin cinsiyetine göre KKKYSİMÖ puan ortalamaları incelendiğinde, güven-yarar algısı ( $p=,300$ ), duyarlılık algısı ( $p=,071$ ), engel algısı ( $p=,996$ ), sağlık motivasyon algısı ( $p=,263$ ) ve ciddiye algısında ( $p=,189$ ) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ), (Tablo 7).

**Tablo 8. Öğretmenlerin Medeni Durumuna Göre KKKYSİMÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı**

| MEDENİ DURUM                    | Güven Yarar        | Duyarlılık Algısı  | Engel Algısı       | Sağlık Motivasyon  | Ciddiyet           |
|---------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
|                                 | Algısı             |                    |                    | Algısı             | Algısı             |
|                                 | $\bar{X} \pm S.S.$ | $\bar{X} \pm S.S.$ | $\bar{X} \pm S.S.$ | $\bar{X} \pm S.S.$ | $\bar{X} \pm S.S.$ |
| Evli(a) n=134                   | 50,43±4,44         | 11,40±3,82         | 14,54±4,25         | 16,61±2,69         | 16,82±4,06         |
| Bekar(b) n=52                   | 48,08±7,03         | 11,00±2,87         | 13,81±2,87         | 16,42±2,76         | 17,19±4,09         |
| Mann Whitney U Testi (p Değeri) | ,049               | ,831               | ,788               | ,869               | ,484               |
| Fark                            | a>b                |                    |                    |                    |                    |

Araştırmaya katılan öğretmenlerin medeni durumuna göre KKKYSİMÖ puan ortalamaları incelendiğinde, alt boyutlardan sadece güven-yarar algısında medeni duruma göre anlamlı fark ( $p=,049$ ) saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Duyarlılık algısı ( $p=,831$ ), engel algısı ( $p=,788$ ), sağlık motivasyon algısı ( $p=,869$ ), ciddiyet algısı ( $p=,484$ ) alt boyutlarında ise anlamlı fark belirlenmemiştir ( $p>0,05$ ). Yapılan ileri analizde, evli öğretmenlerin güven yarar algısının ( $50,43\pm4,44$ ), bekar öğretmenlerden daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ), (Tablo 8).

**Tablo 9. Öğretmenlerin Eğitim Durumuna Göre KKKYSİMÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı**

| EĞİTİM                          | Güven Yarar        | Duyarlılık Algısı  | Engel Algısı       | Sağlık Motivasyon  | Ciddiyet           |
|---------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
|                                 | Algısı             |                    |                    | Algısı             | Algısı             |
|                                 | $\bar{X} \pm S.S.$ | $\bar{X} \pm S.S.$ | $\bar{X} \pm S.S.$ | $\bar{X} \pm S.S.$ | $\bar{X} \pm S.S.$ |
| Lisans(a) n=172                 | 49,87±5,35         | 11,27±3,54         | 14,36±3,94         | 16,62±2,77         | 17,06±4,02         |
| Lisansüstü(b) n=14              | 48,57±5,79         | 11,57±4,15         | 14,00±3,76         | 15,86±1,70         | 15,29±4,32         |
| Mann Whitney U Testi (P Değeri) | ,412               | ,917               | ,803               | ,270               | ,210               |
| Fark                            |                    |                    |                    |                    |                    |

Araştırmaya katılan öğretmenlerin eğitim durumuna göre KKKYSİMÖ puan ortalamaları incelendiğinde, güven-yarar algısı ( $p=,412$ ), duyarlılık algısı ( $p=,917$ ), engel algısı ( $p=,803$ ), sağlık motivasyon algısı ( $p=,270$ ) ve ciddiyet algısında ( $p=,210$ ) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ), (Tablo 9).

**Tablo 10. Öğretmenlerin En Uzun Süre Yaşadıkları Yere Göre KKKYSİMÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı**

| EN UZUN YAŞADIĞI YER               | Güven Yarar        | Duyarlılık Algısı  | Engel Algısı       | Sağlık Motivasyon  | Ciddiyet           |
|------------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
|                                    | Algısı             |                    |                    | Algısı             | Algısı             |
|                                    | $\bar{X} \pm S.S.$ | $\bar{X} \pm S.S.$ | $\bar{X} \pm S.S.$ | $\bar{X} \pm S.S.$ | $\bar{X} \pm S.S.$ |
| Köy(a) n=44                        | 49,68±6,02         | 11,36±3,43         | 15,05±4,93         | 16,95±3,09         | 16,00±3,94         |
| İlçe(b) n=56                       | 49,50±5,34         | 10,36±2,60         | 13,89±3,70         | 16,25±2,94         | 16,68±4,42         |
| Şehir(c) n=86                      | 50,00±5,10         | 11,86±4,07         | 14,26±3,44         | 16,56±2,32         | 17,56±3,82         |
| Kruskal Wallis Testi<br>(P Değeri) | ,610               | ,048               | ,475               | ,286               | ,076               |
| Fark                               | c>b                |                    |                    |                    |                    |

Öğretmenlerin en uzun süre yaşadıkları yere göre KKKYSİMÖ puan ortalamaları incelendiğinde, alt boyutlardan sadece duyarlılık algısında anlamlı fark ( $p=,048$ ) saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Güven yarar algısı ( $p=,610$ ), engel algısı ( $p=,475$ ), sağlık motivasyon algısı ( $p=,286$ ), ciddiye algısı ( $p=,076$ ) alt boyutlarında ise anlamlı fark belirlenmemiştir ( $p>0,05$ ).

Öğretmenlerin en uzun süre yaşadığı yere göre duyarlılık algısındaki farkın ileri analizinde ikili karşılaştırmalar yapılmış, uzun süre şehirde yaşayan öğretmenlerin duyarlılık algısının ( $11,86\pm4,07$ ), ilçede yaşayanlardan ( $10,36\pm2,60$ ) daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). En uzun süre yaşanan yere göre ölçeğin diğer alt boyut puan ortalamalarında anlamlı fark belirlenmemiştir ( $p>0,05$ ), (Tablo 10).

**Tablo 11. Öğretmenlerin Gelir Durumuna Göre KKKYSİMÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı**

| GELİR DURUMU                       | Güven Yarar        | Duyarlılık Algısı  | Engel Algısı       | Sağlık Motivasyon  | Ciddiyet           |
|------------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
|                                    | Algısı             |                    |                    | Algısı             | Algısı             |
|                                    | $\bar{X} \pm S.S.$ | $\bar{X} \pm S.S.$ | $\bar{X} \pm S.S.$ | $\bar{X} \pm S.S.$ | $\bar{X} \pm S.S.$ |
| Gelir < Gider(a) n=30              | 49,60±6,47         | 11,73±3,18         | 15,67±4,47         | 16,27±3,43         | 17,07±4,39         |
| Gelir = Gider(b) n=94              | 49,98±4,77         | 11,49±3,58         | 14,28±4,09         | 16,51±2,61         | 17,38±3,85         |
| Gelir > Gider(c) n=62              | 49,55±5,74         | 10,77±3,73         | 13,77±3,22         | 16,77±2,47         | 16,16±4,17         |
| Kruskal Wallis Testi<br>(P Değeri) | ,981               | ,224               | ,134               | ,821               | ,103               |
| Fark                               |                    |                    |                    |                    |                    |

Araştırmaya katılan öğretmenlerin gelir durumuna göre KKKYSİMÖ puan ortalamaları incelendiğinde, güven-yarar algısı ( $p=,981$ ), duyarlılık algısı ( $p=,224$ ),

engel algısı ( $p=,134$ ), sağlık motivasyon algısı ( $p=,821$ ) ve ciddiye algısında ( $p=,103$ ) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p> 0,05$ ), (Tablo 11).

**Tablo 12. Öğretmenlerin Sağlık Algısına Göre KKKYSİMÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı**

|               |                                    | Güven Yarar<br>Algısı | Duyarlılık Algısı    | Engel Algısı       | Sağlık Motivasyon<br>Algısı | Ciddiyet<br>Algısı   |
|---------------|------------------------------------|-----------------------|----------------------|--------------------|-----------------------------|----------------------|
| SAĞLIK ALGISI |                                    | $\bar{X} \pm S.S.$    | $\bar{X} \pm S.S.$   | $\bar{X} \pm S.S.$ | $\bar{X} \pm S.S.$          | $\bar{X} \pm S.S.$   |
|               | Çok İyi(a) n=16                    | 52,88±2,22            | 8,88±2,70            | 12,25±2,86         | 18,00±2,25                  | 18,63±3,79           |
|               | İyi(b) n=94                        | 48,38±6,23            | 11,60±3,54           | 14,60±3,38         | 16,13±2,41                  | 16,21±3,74           |
|               | Orta(c) n=74                       | 51,03±3,97            | 11,38±3,67           | 14,46±4,64         | 16,84±3,05                  | 17,49±4,40           |
|               | Kruskal Wallis Testi<br>(P Değeri) | <b>,001</b>           | <b>,020</b>          | ,082               | <b>,007</b>                 | <b>,017</b>          |
|               | Fark                               | <b>a&gt;b c&gt;b</b>  | <b>b&gt;a c&gt;a</b> |                    | <b>a&gt;b</b>               | <b>a&gt;b c&gt;b</b> |

Öğretmenlerin sağlık algısına göre KKKYSİMÖ puan ortalamaları incelendiğinde, alt boyutlardan güven yarar algısı ( $p=,001$ ), duyarlılık algısı ( $p=,020$ ), sağlık motivasyon algısı ( $p=,007$ ) ve ciddiye algısı ( $p=,017$ ) puan ortalamalarında anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Engel algısı ( $p=,082$ ) alt boyut puan ortalamasında ise anlamlı fark belirlenmemiştir ( $p>0,05$ ), (Tablo 12).

Sağlık algısına göre, güven-yarar algısındaki farkın ileri analizinde ikili karşılaştırmalar yapılmış ve sağlık algısı “iyi” olan katılımcıların (48,38±6,23) sağlık algısı “orta” ve “çok iyi” olan katılımcılardan daha düşük güven-yarar algısına sahip oldukları tespit edilmiştir. Bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

Öğretmenlerin sağlık algısına göre duyarlılık algısındaki farkın ileri analizinde ikili karşılaştırmalar yapılmış ve sağlık algısı “iyi” (11,60±3,54) ve “orta” (11,38±3,67) olan öğretmenlerin “çok iyi” olanlardan daha yüksek duyarlılık algısına sahip oldukları saptanmıştır. Bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

Öğretmenlerin sağlık algısına göre sağlık motivasyon algısındaki farkın ileri analizinde, sağlık algısı “çok iyi” (18,00±2,25) olan öğretmenlerin “iyi” (16,13±2,41) olanlardan daha yüksek sağlık-motivasyon algısına sahip oldukları saptanmış ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

Öğretmenlerin sağlık algısına göre ciddiyet algısındaki farkın ileri analizinde, sağlık algısı “orta” ( $17,49 \pm 4,40$ ) ve “çok iyi” ( $18,63 \pm 3,79$ ) olan öğretmenlerin, sağlık algısı “iyi” ( $16,21 \pm 3,74$ ) olanlardan daha yüksek ciddiyet algısına sahip oldukları tespit edilmiştir. Bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ) (Tablo 12).

**Tablo 13. Öğretmenlerin Alkol Kullanma Durumuna Göre KKKYSİMÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı**

|       |                                 | Güven Yarar Algısı | Duyarlılık Algısı  | Engel Algısı       | Sağlık Motivasyon Algısı | Ciddiyet Algısı    |
|-------|---------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------------|--------------------|
| ALKOL |                                 | $\bar{X} \pm S.S.$ | $\bar{X} \pm S.S.$ | $\bar{X} \pm S.S.$ | $\bar{X} \pm S.S.$       | $\bar{X} \pm S.S.$ |
|       | Evet(a) n=82                    | 49,22±6,05         | 11,88±3,85         | 15,27±3,52         | 16,44±2,77               | 18,15±3,94         |
|       | Hayır(b) n=80                   | 50,20±4,70         | 11,10±3,16         | 14,03±4,31         | 16,68±2,70               | 16,25±3,85         |
|       | Bıraktım(c) n=24                | 50,25±5,08         | 9,92±3,60          | 12,17±2,76         | 16,58±2,59               | 15,00±4,04         |
|       | Kruskal Wallis Testi (P Değeri) | ,624               | ,025               | ,000               | ,785                     | ,001               |
|       | Fark                            | a>c b>c            |                    | a>b-c<br>b>c       | a>b-c                    |                    |

Öğretmenlerin alkol kullanma durumlarına göre KKKYSİMÖ puan ortalamaları incelendiğinde, alt boyutlardan duyarlılık algısı ( $p = ,025$ ), engel algısı ( $p = ,000$ ) ve ciddiyet algısı ( $p = ,001$ ) puan ortalamasında anlamlı fark saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Güven yarar algısı ( $p = ,624$ ), sağlık motivasyon algısı ( $p = ,785$ ) alt boyut puan ortalamalarında ise anlamlı fark belirlenmemiştir ( $p > 0,05$ ).

Öğretmenlerin alkol kullanma durumuna göre duyarlılık algısındaki farkın ileri analizinde ikili karşılaştırmalar yapılmış “alkol kullanıyordum bıraktım ( $9,92 \pm 3,60$ ) cevabını veren katılımcıların hem alkol kullananlardan ( $11,88 \pm 3,85$ ), hem de hiç kullanmayanlardan ( $11,10 \pm 3,16$ ) daha düşük duyarlılık algısına sahip oldukları tespit edilmiştir. Bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ).

Öğretmenlerin alkol kullanma durumuna göre engel algısındaki farkın ileri analizinde alkol kullanıyorum ( $15,27 \pm 3,52$ ) cevabını veren katılımcıların, hem alkol kullanmayan ( $14,03 \pm 4,31$ ), hem de alkol kullanmayı bıraktım ( $12,17 \pm 2,76$ ) cevabını veren katılımcılardan daha yüksek engel algısına sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ).

Alkol kullanım durumuna göre, ciddiye algısındaki farkın ileri analizinde, “evet, kullanıyorum” (18,15±3,94) cevabını veren öğretmenlerin “kullanıyordum, bıraktım” (15,00±4,04) ve “hayır, kullanmıyorum” (16,25±3,85) cevabını verenlerden daha yüksek ciddiye algısına sahip oldukları saptanmıştır. Bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ), (Tablo 13).

**Tablo 14. Öğretmenlerin Sigara Kullanım Durumlarına Göre KKKYSİMÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı**

|        |                                       | Güven Yarar Algısı | Duyarlılık Algısı  | Engel Algısı       | Sağlık Motivasyon Algısı | Ciddiyet Algısı    |
|--------|---------------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------------|--------------------|
| SİGARA |                                       | $\bar{X} \pm S.S.$ | $\bar{X} \pm S.S.$ | $\bar{X} \pm S.S.$ | $\bar{X} \pm S.S.$       | $\bar{X} \pm S.S.$ |
|        | Evett, Kullanıyorum(a)<br>n=82        | 50,41±4,11         | 11,80±4,22         | 14,15±3,55         | 16,54±2,62               | 17,44±4,18         |
|        | Hayır,<br>Kullanmıyorum(b)<br>n=70    | 49,14±5,78         | 10,46±2,64         | 14,66±4,44         | 15,97±2,76               | 17,06±3,87         |
|        | Kullanıyordum,<br>Bıraktım(c)<br>n=34 | 49,53±6,99         | 11,76±3,31         | 14,12±3,67         | 17,82±2,42               | 15,41±3,89         |
|        | Kruskal Wallis Testi<br>(P Değeri)    | ,403               | <b>,049</b>        | ,764               | <b>,011</b>              | ,071               |
|        | Fark                                  | <b>a&gt;b</b>      |                    | <b>c&gt;a-b</b>    |                          |                    |

Öğretmenlerin sigara kullanma durumlarına göre KKKYSİMÖ puan ortalamaları incelendiğinde, alt boyutlardan duyarlılık algısı ( $p=,049$ ) ve sağlık motivasyon algısında ( $p=,011$ ) anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Güven yarar algısı ( $p=,403$ ), engel algısı ( $p=,764$ ) ve ciddiye algısı ( $p=,071$ ) alt boyutlarında ise anlamlı fark belirlenmemiştir ( $p>0,05$ ).

Sigara kullanma durumuna göre, duyarlılık algısındaki farkın ileri analizinde, “sigara kullanmıyorum” (10,46±2,64) cevabını veren öğretmenlerin, sigara kullanıyorum (11,80±4,22) cevabını verenden daha düşük duyarlılık algısına sahip oldukları tespit edilmiştir. Bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

Sigara kullanma durumuna göre, sağlık-motivasyon algısı puan ortalamasındaki farkın ileri analizinde, sigara “kullanıyordum bıraktım” (17,82±2,42) cevabını veren öğretmenlerin “sigara kullananlardan (16,54±2,62) ve sigara kullanmayanlardan (15,97±2,76) daha yüksek sağlık-motivasyon algısı puan

ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır. Bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ), (Tablo 14).

**Tablo 15. Öğretmenlerin Egzersiz Yapma Durumlarına Göre KKKYSİMÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı**

|          |                                     | Güven Yarar Algısı | Duyarlılık Algısı  | Engel Algısı       | Sağlık Motivasyon Algısı | Ciddiyet Algısı    |
|----------|-------------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------------|--------------------|
| EGZERSİZ |                                     | $\bar{X} \pm S.S.$ | $\bar{X} \pm S.S.$ | $\bar{X} \pm S.S.$ | $\bar{X} \pm S.S.$       | $\bar{X} \pm S.S.$ |
|          | Haftada 150 dakikadan fazla(a) n=34 | 49,88±6,17         | 11,12±3,25         | 12,94±3,54         | 18,00±1,97               | 15,71±3,53         |
|          | Haftada 150 dakikadan az (b) n=72   | 51,72±3,71         | 11,44±3,47         | 14,69±3,73         | 17,33±2,70               | 16,50±4,24         |
|          | Yapmıyorum(c) n=80                  | 47,98±5,72         | 11,23±3,83         | 14,60±4,14         | 15,25±2,41               | 17,83±3,96         |
|          | Kruskal Wallis Testi (P Değeri)     | ,000               | ,999               | ,083               | ,000                     | ,027               |
|          | Fark                                | a>c b>c            |                    |                    | a>c b>c                  | c>a c>b            |

Öğretmenlerin egzersiz yapma durumlarına göre KKKYSİMÖ puan ortalamaları incelendiğinde, alt boyutlardan güven yarar algısı ( $p=,000$ ), sağlık motivasyon algısı ( $p=,000$ ) ve ciddiye algısında ( $p=,027$ ) anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Duyarlılık algısı ( $p=,999$ ) ve engel algısı ( $p=,083$ ) alt boyutlarında ise anlamlı fark belirlenmemiştir ( $p>0,05$ ).

Egzersiz yapma durumuna göre, güven yarar algısındaki farkın ileri analizinde, egzersiz yapmayanların ( $47,98\pm5,72$ ), haftada 150 dakikadan fazla egzersiz yapanlardan daha düşük güven-yarar algısına ( $49,88\pm6,17$ ) sahip oldukları tespit edilmiştir. Bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

Egzersiz yapma durumuna göre sağlık motivasyon algısındaki farkın ileri analizinde, egzersiz yapmayanların ( $15,25\pm2,41$ ), haftada 150 dakikadan fazla egzersiz yapan öğretmenlerden daha düşük sağlık-motivasyon algısına ( $18,00\pm1,97$ ) sahip oldukları saptanmıştır. Bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

Egzersiz yapma durumuna göre ciddiye algısındaki farkın ileri analizinde, egzersiz yapmayanların ( $17,83\pm3,96$ ), haftada 150 dakikadan fazla egzersiz yapanlardan daha yüksek ciddiye algısına ( $15,71\pm3,53$ ) sahip olduğu tespit

edilmiştir. Bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ), (Tablo 15).

**Tablo 16. Ailede Kolorektal Kanser Öyküsüne Göre KKKYSİMÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı**

|                                          |                                       | Güven Yarar        | Duyarlılık         | Engel Algısı       | Sağlık Motivasyon  | Ciddiyet           |
|------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
|                                          |                                       | Algısı             | Algısı             |                    | Algısı             | Algısı             |
| AİLEDE<br>KOLOREKTAL<br>KANSER<br>TANISI |                                       | $\bar{X} \pm S.S.$ | $\bar{X} \pm S.S.$ | $\bar{X} \pm S.S.$ | $\bar{X} \pm S.S.$ | $\bar{X} \pm S.S.$ |
|                                          | Evet(a) n=24                          | 50,58±3,37         | 12,92±5,17         | 16,50±5,23         | 16,33±3,07         | 17,33±3,27         |
|                                          | Hayır(b)<br>n=162                     | 49,65±5,61         | 11,05±3,23         | 14,01±3,59         | 16,59±2,66         | 16,86±4,17         |
|                                          | Mann Whitney<br>U Testi<br>(P Değeri) | ,980               | ,128               | <b>,020</b>        | ,876               | ,619               |
|                                          | Fark                                  | <b>a&gt;b</b>      |                    |                    |                    |                    |

Ailede kolorektal kanser öyküsüne göre KKKYSİMÖ puan ortalamaları incelendiğinde, güven yarar algısı ( $p=,980$ ), duyarlılık algısı ( $p=,128$ ), sağlık motivasyon algısı ( $p=,876$ ) ve ciddiyet algısı ( $p=,0619$ ) alt boyutlarının puan ortalamalarında anlamlı fark belirlenmemiştir ( $p>0,05$ ).

Ailesinde kolorektal kanser öyküsü olan öğretmenlerin engel algısının ( $16,50\pm5,23$ ) ailesinde kolorektal kanser öyküsü olmayanlardan ( $14,01\pm3,59$ ) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ), (Tablo 16).

## 5. TARTIŞMA

Kanserle ilgili morbidite ve mortalitenin önemli sebeplerinden biri olan KRK, ülkemizde ve dünya genelinde önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır (Çürük ve Kaçmaz, 2017). DSÖ kanserden korunma ve erken teşhis amacıyla birincil ve ikincil korunma programlarının uygulanmasını önermektedir (Özkan ve ark., 2014). Bu bağlamda halk sağlığı hemşirelerine önemli görevler düşmektedir.

Öğretmenlerin kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inançlarının incelendiği bu çalışmaya 186 kişi katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalamasının  $44,85 \pm 4,54$  (min. 40, max. 59), yarısının (%50,5) kadın, çoğunluğunun (%72) evli ve yarıya yakınının (%46,2) en uzun süre şehir merkezinde yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 2). Öğretmenlerin %44,1'inin alkollü içki tükettiği, %44,1'inin sigara içtiği ve %43'ünün egzersiz yapmadığı saptanmıştır (Tablo 3). Amerikan Kanser Cemiyeti'ne göre aşırı alkol tüketimi, sigara içme ve fiziksel aktivite yetersizliği KRK risk faktörleri arasında değerlendirilmektedir (Çürük ve Kaçmaz, 2017). Bu nedenle KRK'den korunmada sigaranın bırakılması, kadınların günde bir, erkeklerin ise günde iki ölçüden fazla alkol alımının kısıtlanması, günlük aktivitelere ek, düzenli olarak haftada 150 dakika orta şiddetli fiziksel aktivite yapılması önerilmektedir (American Cancer Society, 2014). KRK insidansı ilerleyen yaşla birlikte arttığı için 50 yaş ve üzerindeki bireyler ortalama riske sahip bireyler olarak değerlendirilmekte, ülkeler arasında farklılıklar olmakla birlikte, ülkemizde KRK taraması ortalama riske sahip yetişkinler için 50 yaşından sonra başlamaktadır (Çürük ve Kaçmaz, 2017). Bu çalışmada katılımcıların %16,1'i 50 yaş ve üzerindedir.

Araştırmaya katılan öğretmenlerin kolorektal kanser öyküleri incelendiğinde; %12,9'unun ailesinde kolorektal kanser tanısı alan bireyler olduğu (2. ve 3. derece akrabalar) saptanmıştır. KRK artmış risk grubunda olan bu öğretmenlerin hem birincil hem de ikincil korunma programlarına alınmasının gereği ve önemi açıktır. Türkün'ün (2015) çalışmasında kolorektal kanser tanısı alan bireylerin oranı %7,5, Bulduk ve ark.'nın (2017) çalışmasında ise %6,4 olarak bildirilmiştir. Bu çalışmanın bulgusu literatür bulgularından yüksektir. Bu durum KRK risk faktörlerinin ve KRK görülme sıklığının artmaya devam ettiğini düşündürmektedir. Çalışmada

katılımcıların %11,8'inin GGK testi ve kolonoskopi yaptırdığı belirlenmiştir. Şahin ve ark.'nın (2015) çalışmasında %7,7'sinin GGK testi; %5,4'ünün ise kolonoskopi yaptırdığı, Yılmaz ve ark.'nın (2016) araştırmasında %10,7'sinin GGK testi ve %9,2'sinin kolonoskopi yaptırdığı, Yiğitbaş ve ark.'nın (2016) çalışmasında %4,5'inin GGK; %1,8'inin kolonoskopi yaptırdığı bildirilmiştir. Çalışmanın bulgusu literatür bulgularından yüksektir. Bu durumun öğretmenlerin kanser farkındalık düzeyinden ve araştırmanın yapıldığı ilçedeki sağlık hizmeti sunum şeklinden (tarama amaçlı hem GGK hem de kolonoskopi birlikte istenmektedir) kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmaya katılan öğretmenlerin KKKYSİMÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, güven yarar algısının ( $49,77 \pm 5,37$ ) çok iyi, ciddiye algısının ( $16,92 \pm 4,06$ ) ve sağlık motivasyon algısının ( $16,55 \pm 2,70$ ) iyi, engel algısının ( $14,33 \pm 3,91$ ) orta, duyarlılık algısının ise ( $11,29 \pm 3,57$ ) ortalamanın altında, bir başka ifadeyle düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin alt boyut puanları ayrı başlıklar halinde tartışılmıştır.

### **Güven Yarar Alt Boyutu**

Güven yarar algısı bireyin hastalıklardan korunmak ya da hastalık halinde hastalığın şiddetini azaltmak amaçlı önerilen koruyucu davranışın kendinde gerçekleşeceği yarara inanması olarak tanımlanır (Hayden, 2009; Gözüm, Çapık, 2014). Bu çalışmaya katılan öğretmenlerin güven yarar algısı ( $49,77 \pm 5,38$ ) alt boyut puan ortalamasının oldukça yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 5). Nar'ın (2010) kolorektal kanserli hastaların birinci derece yakınları üzerinde yaptığı çalışmada güven-yarar algısı puan ortalamasının  $48,9 \pm 5,1$ , Baysal ve Türkoğlu'nun (2013) çalışmasında  $42,3 \pm 9,0$ , Türk'ün (2015) araştırmasında ise  $22,13 \pm 5,51$  olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmanın bulgusu Koç ve Esin (2014), Nar (2010), Baysal ve Türkoğlu (2013), Öztaş ve ark. (2018), Sohler ve ark. (2016) 'nın çalışma bulgularıyla benzerlik göstermiştir. Türk'ün (2015) çalışma bulgusundan ise oldukça yüksektir. Güven yarar algısının yüksek olması bireyin koruyucu sağlık davranışını uygulamaya açık olduğunu düşündürür. Aynı zamanda erken tanı / tarama programlarına katılımı da olumlu yönde etkiler (Koç ve Esin 2014).

### **Duyarlılık Alt Boyutu**

Duyarlılık algısı bireyin sağlık durumunda var olacak bir tehlikeyi algılaması olarak ifade edilmektedir. Duyarlılık algısının yüksek olması bireyin hastalıklardan korunma ve tarama davranışlarına katılma olasılığını arttırır (Hayden, 2009; Gözüm, Çapık, 2014; Nar, 2010). Bu çalışmaya katılan öğretmenlerin Duyarlılık Algısı alt boyut puan ortalamasının  $(11,29 \pm 3,57)$  düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Literatür incelendiğinde benzer şekilde, duyarlılık algısının Öztaş ve ark. (2018) çalışmasında  $14,41 \pm 4,28$ ; Nar'ın (2010) çalışmasında  $15,1 \pm 4,3$ ; Baysal ve Türkoğlu'nun (2013) çalışmasında  $12,6 \pm 4,3$ ; Koç ve Esin'in (2014) araştırmasında  $15,28 \pm 4,15$  olduğu görülmüştür. Türk'ün (2015) çalışmasında ise duyarlılık algısı puan ortalamasının yüksek olduğu  $(22,72 \pm 3,64)$  bildirilmiştir. Duyarlılık algısının orta ve düşük düzeyde olması, bireylerin kolorektal kanserle ilgili riskleri algılama ve KRK den korunma davranışı gösterme olasılığını da azaltabilir. O nedenle hastalıklardan korunmada risk danışmanlığı yapılması ve duyarlılık algısının artırılması önemlidir.

### **Engel Alt Boyutu**

Engel algısı gerçekleşmesi istenilen olumlu sağlık davranışının olumsuz yönlerinin algılanmasıdır. Sağlık inanç modeline göre engel algısı ne kadar yüksek olursa bireyin koruyucu sağlık davranışını yapma olasılığı o kadar azalmaktadır (Hayden, 2009; Gözüm, Çapık, 2014; Nar, 2010). Bu çalışmaya katılan öğretmenlerin engel algısı alt boyutu  $(14,33 \pm 3,92)$  puan ortalamasının orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Tablo 5). Konuyla ilgili literatür incelendiğinde, Nar'ın (2010), Baysal ve Türkoğlu'nun (2013), Koç ve Esin'in (2014) çalışmalarında engel algısı puan ortalamalarının sırasıyla  $15,2 \pm 3,8$ ,  $15,6 \pm 4,3$ ,  $15,5 \pm 3,8$  olduğu ve bu çalışma bulgusu ile benzerlik gösterdiği belirlenmiştir. Farklı olarak Türk (2015)'ün çalışmasında ise engel algısının  $(19,30 \pm 3,87)$  yüksek olduğu bildirilmiştir. Engel algısının yüksek olması, bireyin erken tanı ve tarama programlarına katılımını olumsuz etkileyebilir. Literatüre bakıldığında yüksel engel algısının kolonoskopi yaptırma davranışını olumsuz etkilediği görülmüştür (Öztaş ve ark. 2018; Sohler ve ark. 2016)

### **Sağlık Motivasyon Alt Boyutu**

Sağlık motivasyonu bireyin sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesi için ihtiyacı olan inanç, tutum ve davranışların tümünü kapsar (Nahcivan, Seçkinli, 2003). Bu çalışmaya katılan öğretmenlerin sağlık motivasyon algısı alt boyutu puan ortalamasının ( $16,56 \pm 2,71$ ) iyi düzeyde olduğu saptanmıştır. Literatüre bakıldığında ise benzer şekilde Öztaş ve ark.'nın (2018) çalışmasında sağlık motivasyon algısı puan ortalamasının  $16,29 \pm 2,94$ , Türk'ün (2015) çalışmasında  $14,61 \pm 2,76$ , Nar'ın (2010) çalışmasında  $15,8 \pm 2,8$ , Baysal ve Türkoğlu'nun (2013) çalışmasında  $15,1 \pm 3,2$  olduğu görülmüştür. Sağlık motivasyonun yüksek olması bireyin sağlığını koruma ve geliştirme davranışlarını olumlu etkiler. Koç ve Esin'in (2014) çalışmasında kolonoskopi yaptıran katılımcıların ( $18,74 \pm 2,70$ ) sağlık motivasyon algısının daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

### **Ciddiyet Alt Boyutu**

Ciddiyet algısı tehdit edici durumun kişide yarattığı endişeler ve tehdit edici durumun zararlı sonuçlarının algılanmasını yani hastalığın ve sonuçlarının önemsenmesini ifade etmektedir (Nar, 2010). Bu çalışmaya katılan öğretmenlerin ciddiyet algısı alt boyutu puan ortalamasının ( $16,92 \pm 4,06$ ) iyi düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Tablo 5). Araştırmanın bulgusunun, Nar'ın (2010), Baysal ve Türkoğlu'nun (2013), Öztaş ve ark.'nın (2018) çalışma bulguları ( $16,5 \pm 4,3$ ;  $16,5 \pm 4,0$ ;  $16,73 \pm 3,43$ ) ile benzerlik gösterdiği saptanmıştır. Türk'ün (2015) çalışmasında ise ciddiyet algısı puan ortalamasının ( $12,77 \pm 3,48$ ) düşük olduğu görülmüştür. Bu çalışmada ciddiyet algısının iyi düzeyde olması, öğretmenlerin KKK'den korunmaya yönelik sağlık inançlarının iyi olduğunu düşündürmektedir. Sosyo kültürel düzeyi yüksek olan bu grup kolaylıkla risk danışmanlığı ve tarama programları için motive edilebilir.

### **Bazı Değişkenlere Göre KKKYSİMÖ Puan Ortalamalarının Dağılımları**

Bu çalışmada cinsiyete göre KKKYSİMÖ alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ). Wonk ve ark.

(2013) yapmış olduğu çalışmada duyarlılık, sağlık motivasyon ve engel algısı alt boyutlarında cinsiyete göre farklılıklar saptanmıştır. Bajracharya ve Wigglesworth'ın (2013) ve Koç ve Esin'in (2014) çalışmasında ise engel algısı alt boyutunda anlamlı farklılık belirlenmiştir. Omran ve Ismail'in (2010) çalışmasının sonuçları bu çalışma bulgusu ile benzerlik göstermektedir. Yılmaz ve ark. 'nın (2016) çalışmasında erkeklerin engel ve ciddiye algılarının kadınlara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Çalışmalar arasındaki farklılıkların örneklem gruplarının sosyo kültürel özelliklerinden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Eğitim durumuna göre KKKYSİMÖ alt boyutlarının puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ). Çalışmada öğretmenlerin tamamına yakını (%92) lisans mezunudur, dolayısıyla eğitim düzeyleri yüksektir. Literatür incelendiğinde, eğitim düzeyi arttıkça sağlık inançlarının bundan olumlu yönde etkilendiği görülmektedir. Varlow ve ark.'nın (2014) çalışmasında eğitim düzeyi düşük olan katılımcıların engel algıları yüksek bulunmuştur. Yılmaz ve ark.'nın (2016) çalışmasında ise eğitim düzeyi arttıkça duyarlılık algısının arttığı belirtilmiştir. Bir başka çalışmada ise eğitim düzeyi arttıkça güven yarar algısının arttığı, engel algısının azaldığı bildirilmiştir (Taştan ve ark. 2013).

Araştırmaya katılan öğretmenlerin yaş gruplarına göre KKKYSİMÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde güven-yarar, sağlık motivasyon ve ciddiye algılarında anlamlı farklılıklar saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Çalışmada güven yarar ve sağlık motivasyon algısı yaşa paralel olarak artmıştır. Bununla beraber 40-44 yaş aralığında ciddiye algısının en yüksek noktaya ulaştığı dikkat çekmektedir (Tablo 6). İlerleyen yaşın kolorektal kanser için risk oluşturmaları nedeniyle bireylerin tarama programlarına katılımı ve olumlu sağlık davranışı gösterme eğiliminin artması beklenir. Literatür gözden geçirildiğinde konuyla ilgili farklı çalışma bulgularına ulaşılmıştır. Omran ve Ismail'in (2010) çalışmasında yaşa göre KKKYSİMÖ alt boyut puan ortalamalarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Taştan ve ark.'nın (2013) çalışmasında ise yaş arttıkça ciddiye algısının arttığı belirtilmiştir. Varlow ve ark.'nın (2014) çalışmalarında ise yaş arttıkça güven yarar algısının azaldığı ifade edilmiştir.

Öğretmenlerin medeni durumuna göre KKKYSİMÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, evli olanların güven yarar algısının daha yüksek olduğu ve bu farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ), (Tablo 8). Varlow ve ark. (2014) çalışmasında evli olanların güven yarar algısı yüksek olarak belirtilmiştir. Koç ve Esin' nin (2014) çalışmasında ise evli olanların ciddiyet algısı daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda medeni duruma göre KKK tarama davranışı göstermede anlamlı fark saptanmadığı bildirilmiştir (Gregory ve ark., 2011; Almadi ve ark., 2014). Evli bireylerin KKK riskini arttıran davranışlardan (aşırı alkol tüketimi, sigar içme gb.) vazgeçme ve riski azaltan sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını (fiziksel aktivite yapma, sağlıklı beslenme gb.) benimseme olasılığının daha yüksek olacağı düşünülmektedir.

Öğretmenlerin en uzun yaşadığı yere göre KKKYSİMÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, şehirde yaşayan öğretmenlerin duyarlılık algısı puan ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ), (Tablo 10). Baran'ın (2014), Wang ve ark.'nın (2017) araştırma bulguları da bu çalışmanın bulgusunu destekler niteliktedir. Literatürde, yaşanan yerin sağlık inançlarını etkilemediğini gösteren çalışma bulguları da vardır. Nar (2010), Türk (2015), Yılmaz ve ark.'nın (2016) çalışmalarında yaşanan yere göre KKKYSİMÖ alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmiştir. Şehirde yaşamının farkındalık düzeyini ve duyarlılık algısını arttıracak, sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıracağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada öğretmenlerin yarıdan fazlasının sağlığını iyi ve/veya çok iyi olarak (%50,5 / %8,6) algıladığı belirlenmiştir. Sağlık algısına göre KKKYSİMÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde güven-yarar, duyarlılık, sağlık-motivasyon ve ciddiyet algılarında anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ), (Tablo 12). Sağlığını iyi ve çok iyi algılayanların sağlık inançları daha iyi düzeydedir. Yılmaz ve ark.'nın (2016) çalışmasında katılımcıların sağlık algısına göre KKKYSİMÖ alt boyutlarının puan ortalamalarında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir. Yapılan bir çalışmada sağlığını iyi olarak tanımlayanların KKK tarama programına katılımları diğer katılımcılardan daha yüksek bulunmuştur (Sohler ve ark., 2015). Türkiye'de insanların yaşamlarını engelleyecek sağlık problemleri olmadığı sürece genel sağlık kontrolünden geçme eğiliminde olmadıkları düşünülmektedir.

Öğretmenlerin alkol kullanma durumuna göre KKKYSİMÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde duyarlılık, engel ve ciddiyet algılarında anlamlı farklılıklar saptanmıştır ( $p<0,05$ ), (Tablo 13). Yılmaz ve ark.'nın (2016) çalışmasında alkol kullanıyorum cevabını veren katılımcıların duyarlılık algısı düşük olarak belirtilmiştir. Nar'ın (2010) çalışmasında ise alkol kullanma durumuna göre KKKYSİMÖ alt boyutlarında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Koç ve Esin'in (2014), Öztaş ve ark.'nın (2018) çalışmasında kolonoskopi yaptıрма ile alkol kullanımı arasında anlamlı bir ilişki belirtilmemiştir. Literatür de sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimseyen bireylerin erken tanı yöntemlerine katılımları olumlu yöndedir (Yılmaz ve ark., 2016). Çalışmalarda ki farklılıkların örneklem gruplarının sosyo kültürel düzeylerinden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan öğretmenlerin sigara kullanım durumlarına göre KKKYSİMÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde duyarlılık ve sağlık-motivasyon algılarında anlamlı farklılıklar saptanmıştır ( $p<0,05$ ) (Tablo 14). Özellikle sigarayı bırakanların sağlık motivasyon algısının sigara içen ve içmeyen gruplardan daha yüksek olması dikkat çekicidir. Literatür bulguları sigara kullanımının sağlık inançlarını etkilemediği yönündedir (Nar, 2010; Türk, 2015; Yılmaz ve ark. 2016). Koç ve Esin'in (2014), Öztaş ve ark.'nın (2018) çalışmalarında kolonoskopi yaptıрма ile sigara kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bildirilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan öğretmenlerin yarıdan fazlasının (% 57) egzersiz yaptığı belirlenmiştir. Dünya genelinde görülen KKK'lerin %10-16'sından yetersiz fiziksel aktivite sorumlu tutulmaktadır. Yetersiz fiziksel aktivite/egzersiz kolorektal kanser risk faktörleri arasındadır. Orta yoğunlukta ve düzenli yapılan fiziksel aktivite kolorektal kanserden korunmada önemlidir (ACS, 2017-2019). Egzersiz yapma durumlarına göre KKKYSİMÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde güven-yarar, sağlık-motivasyon ve ciddiyet algılarında anlamlı farklılıklar saptanmıştır ( $p<0,05$ ), (Tablo 15). Egzersiz yapanların güven yarar ve sağlık motivasyon algılarının egzersiz yapmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde düzenli egzersiz yapanların sağlık motivasyon algılarının yüksek olduğu bildirilmiştir (Taştan ve ark. 2013; Yılmaz ve ark. 2016; Koç ve Esin. 2014).

Bu çalışmada ailesinde kolorektal kanser öyküsü olan öğretmenlerin engel algısının ( $16,50 \pm 5,23$ ), ailesinde kolorektal kanser öyküsü olmayanlardan ( $14,01 \pm 3,59$ ) daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). Diğer alt boyut puan ortalamalarında anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ), (Tablo 16). Öztaş ve ark.'nın (2018) birinci derece akrabalarında KKK tanısı olan bireylere yaptıkları çalışmada engel algısı yüksek ve bununla birlikte GGK ve kolonoskopi yaptırma oranları düşük (%26) olarak belirtilmiştir. Omran ve Ismail'in (2010) çalışmasında ailede kolorektal kanser olma durumuna göre duyarlılık ve ciddiye algısında farklılık saptanmıştır. Ailesinde kolorektal kanser öyküsü olan bireyler kolorektal kanser açısından yüksek risk grubundadır. Bu nedenle risk danışmanlığı ve uygun KKK tarama programlarına katılım ile KKK morbidite ve mortalite oranları azaltılabilir. Bireylerin yaşam kalitesi arttırılabilir. Dolayısıyla aile sağlığı ve toplum sağlığına katkı sağlanmış olur.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışma ile öğretmenlerin kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inançlarının incelenmesi amaçlanmış, araştırma bulgularına dayanılarak elde edilen sonuçlar ve bu sonuçlara göre geliştirilen önerilere yer verilmiştir.

### Sonuçlar

Bu araştırmada;

- Öğretmenlerin yaş ortalamasının  $44,85 \pm 4,54$  (min. 40, max. 59) ve %16,1'inin 50 yaş ve üzerinde, bir başka ifadeyle KKK ortalama risk grubunda olduğu;
- %44,1'inin alkollü içki tükettiği, %44,1'inin sigara içtiği ve %43'ünün egzersiz yapmadığı;
- %12,9'unun ailesinde kolorektal kanser öyküsü olduğu (2. ve 3. derecede akraba);
- %11,8'inin GGK testi ve kolonoskopi yaptırdığı belirlenmiştir.
- Öğretmenlerin KKKYSİMÖ alt boyutlarından güven yarar algısı puan ortalamasının ( $49,77 \pm 5,37$ ) çok iyi düzeyde, ciddiyet algısının ( $16,92 \pm 4,06$ ) ve sağlık motivasyon algısının ( $16,55 \pm 2,70$ ) iyi düzeyde, engel algısının ( $14,33 \pm 3,91$ ) orta düzeyde ve duyarlılık algısının ( $11,29 \pm 3,57$ ) ise ortalamanın altında/düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir.
- Sosyo-demografik değişkenlerden yaş, medeni durum, en uzun süre yaşanan yer, alkol kullanımı, sigara kullanımı, egzersiz yapma sıklığı, ailede kolorektal kanser öyküsü ve sağlık algısına göre bazı alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Cinsiyet, eğitim düzeyi ve gelir durumuna göre ise tüm alt boyut puan ortalamalarında anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ).

### Öneriler

Çalışmaya katılan öğretmenlerin KKK'dan korunmaya yönelik sağlık inançlarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesine yönelik müdahale programlarına (eğitim, danışmanlık, tarama, izlem, araştırma) gereksinim

vardır. Özellikle duyarlılık algısının arttırılması ve engel algısının azaltılması gerekmektedir.

- Birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarında KRK riski olan bireylerin saptanmasına yönelik taramaların yapılması, risk gruplarının belirlenmesi ve izlenmesi,
- Halk sağlığı hemşirelerinin, KRK risk faktörleri ve sağlığı geliştirme davranışları ile ilgili eğitim ve danışmanlık hizmeti vermeleri,
- Özellikle değiştirilebilir risk faktörlerine yönelik olarak, bireylere sağlıklı beslenme, sigarayı bırakma ve fiziksel aktivite danışmanlığı yapılması önerilir.

Benzer çalışmaların farklı örneklem gruplarında tekrarlanması, hem literatüre katkı sağlaması, hem de bireylerde konuyla ilgili farkındalık yaratması, dolayısıyla toplum sağlığını geliştirmesi açısından önemlidir.

## 7. KAYNAKLAR

Ahlquist, DA., Sargent, D.J., Loprinzi, C.L., Levin, T.R., Rex, D.K., Ahnen, D.J., Knigge, K., Lance, M.P., Burgart, L.J., Hamilton, S.R., Allison, J.E., Lawson, M.J., Devens, M.J. Harrington, J.J, Hillman, S.L. (2008). Stool DNA and Occult Blood Testing for Screen Detection of Colorectal Neoplasia. *Ann Intern Med*, 149, 441.

Almadi, M.A., Mosli, H.M., Bohlega, S.M., Al Essa, M.A., Aldohan, S.M., Alabdallatif, A.T., Alsagri, Y.T., Algahtani, A.F., Mandil, A. (2014). Effect of Public Knowledge, Attitudes, and Behavior on Willingness to Undergo Colorectal Cancer Screening Using the Health Belief Model. *The Saudi Journal of Gastroenterology*, 21(2), 71-77.

Altekin, E., Solak, A., Tuncel, P. (2003). Gaitada Gizli Kan Testlerinde Guaiak ve İmmunokimyasal Yöntemlerin Karşılaştırılması. *Türk Klinik Biyokimya Dergisi*, 3, 143-147.

Akay, S. Akay, H. Yeşil, M. (2012) Fatal Rectal Perforation Following Double Contrast Barium Enema. *Journal of Academic Emergency Medicine*, 3, 113-115.

**American Cancer Society** (2018). American Cancer Facts and Figures 2017. <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2017.html> (Erişim Tarihi: 11 Ocak 2018).

**American Cancer Society** (2018). Cancer Facts & Figures. <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics> (Erişim tarihi: 01 Nisan 2018).

**American Cancer Society** (2018). Colorectal Cancer Early Detection, Diagnosis, and Staging Erişim tarihi: 27 Mart 2018 <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8606.00.pdf>

**American Cancer Society** (2014). Colorectal Cancer Facts and Sheets 2017-2019. <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and->

[statistics/colorectal-cancer-facts-and-figures/colorectal-cancer-facts-and-figures-2017-2019.pdf](#) (Erişim Tarihi:01 Mart 2018).

**American Cancer Society** (2011). Colorectal Cancer Facts & Figures for 2011–2013. <http://www.cancer.org/research/cancerfactsfigures/colorectalcancerfactsfigures/colorectal-cancer-facts-figures-2011-2013> (Erişim Tarihi: 19.06.2017).

**American Cancer Society** (2014). Colorectal Cancer Facts and Figures 2014-2016. <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/colorectal-cancer-facts-and-figures/colorectal-cancer-facts-and-figures-2017-2019.pdf> (Erişim Tarihi: 03 Mart 2018).

**American Cancer Society** (2018). Causes, Risk Factors and Prevention. <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8605.00.pdf> (Erişim tarihi: 02 Nisan 2018).

**American Cancer Society**, Colorectal Cancer Signs and Semptoms. <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/detection-diagnosis-staging/signs-and-symptoms.html#references> (Erişim tarihi: 21 Mart 2018).

**Arda, K., Çiledağ, N.** (2009). Multidedektör BT Kolonografi ve Sanal Kolonoskopi. *Endoskopi Gastrointestinal Dergi*, 17 (2), 99-104.

**Bahar, Z., Açıl, D.** (2014). Sağlığı Geliştirme Modeli: Kavramsal Yapı. *DEUHYO ED*, 7 (1), 59-67.

**Bajracharya, M.S., Wigglesworth, J.K.** (2013). Colorectal Cancer Screening: Knowledge, Perceived Benefits and Barriers, and Intentions Among College and University Employees. *American Journal of Health Education*, 44, 88–95.

**Bal, M.D.** (2014). Kadınların Pap Smear Testi Yaptırma Durumlarının Sağlık İnanc Modeli Ölçeğı ile Değerlendirilmesi. *MUSBED*, 4(3), 133-138.

**Baran, G.K.** (2014). 50 yaş ve Üzeri Kadınların Kolorektal Kansere Yönelik Farkındalık Durumları Ve Kolorektal Kanser Risk Faktörlerinin İncelenmesi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

**Bayçelebi, G., Aydın, F., Gökosmanoğlu, F., Tat, S.T., Varım, C.** (2015). Trabzon ‘da Kanser Tarama Testleri Farkındalığı. *J Hum Rhythm* - September 2015, 1(3), 90-94.

**Baysal, H., Türkoğlu, N.** (2013).Bireylerin Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnançlarının ve Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi; *International Journal of Human Sciences*, (10)1, 1239-1240.

**Bengi, G., Soytürk, M.** (2013). Kolorektal Premalign ve Malign Lezyonlarda Endoskopik Tanı ve Tedavi Yöntemleri. *Türkiye Klinikleri J Med Oncol-Special*, 6(3), 34-39.

**Bek, H. ve Şen, B.** (2018). İlköğretim Okullarında Görev Yapan Öğretmenlerin Rehberlik Görevleri İle İlgili Tutumlarının İncelenmesi. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 18(1), 95-106.

**Bray, F., Znaor, A., Cueva, P., Korir, A., Swaminathan, R., Ullrich, A., Wang, SA., Parkin, DM.** (2015). Planning and Developing Population-Based Cancer Registration in Low- and Middle-Income Settings IARC Technical Publication No. 43. [http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/treport-pub/treport-pub43/IARC\\_Technical\\_Report\\_No43\\_1.pdf](http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/treport-pub/treport-pub43/IARC_Technical_Report_No43_1.pdf) (Erişim Tarihi: 13 Mayıs 2018).

**Brenner, H., Hoffmeister, M., Stegmaier, C., Brenner, G., Altenhofen, L., Haug, U.** (2007). Risk of Progression of Advanced Adenoma to Colorectal Cancer by Age and Sex: Estimates Based on 840149 Screening Colonoscopies. *Gut* 2007, 56, 1585-1589.

**Brenner, H., Kloor, M., Pox, C.P.** (2014). Colorectal Cancer. *Lancet* 2014, 383, 1490–1502.

**Bulduk, S., Dinçer, Y., Usta, E.** (2017). Identification of Colorectal Cancer Risks of Individuals Aged Over Fifty and Their Beliefs Towards Having Fecal Occult Blood Test. *Konuralp Tıp Dergisi* 2017, 9(3), 88-97.

**Cabebe C.E.** (2017). Colorectal Cancer Guidelines. <https://emedicine.medscape.com/article/2500006-overview> (Erişim Tarihi: 08 Nisan 2018).

**Canadian Cancer Society** (2017). Colorectal Cancer Statistic. <http://www.cancer.ca/en/cancer-information/cancer-type/colorectal/statistics/?region=on> (Erişim tarihi: 28 şubat 2018).

**Canadian Cancer Statistic** (2016). <http://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2016-EN.pdf?la=en> (Erişim tarihi: 28 şubat 2018).

**Canadian Cancer Statistic** (2017). <http://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/publications/Canadian%20Cancer%20Statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2017-EN.pdf> (Erişim tarihi: 28 şubat 2018).

**Cancer Research UK**, (2014). <http://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/bowel-cancer#heading-Zero> (Erişim Tarihi: 19.06.2017).

**Chen, J., Lin, H.H.** (2009). Colorectal Cancer Screening. *Tzu Chi Medical Journal*, 21(3) ,191-196.

**Continuous Update Project (CUP)**. World Cancer Research Fund. Diet, Nutrition, Physical Activity and Colorectal Cancer. <https://www.wcrf.org/sites/default/files/Colorectal-Cancer-2017-Report.pdf> (Erişim Tarihi: 11 Mart 2018).

**Cunningham, D., Atkin, W., Lenz, H., Lynch, H.T., Minsky, B., Nordlinger, B., Starling, N.** (2010). Colorectal Cancer. *Lancet*, 375, 1030–1047.

**Çenesiz, E.** (2007). Türkiye’de Yapılmış Sağlık İnanç Modeli İle İlgili Çalışmaların Değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

**Çürük, N.G., Kaçmaz, H.Y.** (2017). Kolorektal Kanserden Korunma ve Hemşirenin Sorumlulukları. *Gümüşhane Sağlık Bilimler Dergisi*, 6(4), 224-233.

**Erdoğan, S., Nahcivan, N. ve Esin, M.** (ed). (2015). Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama ve Kritik. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

**Eroğlu, K., Koç, G.** (2014). Jinekolojik Kanser Kontrolü ve Hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 77–90.

**Ergül, B., Sarıkaya, M., Doğan, Z., .Ve Fıllık L.** (2013). Kolorektal Kanserli Hastaların Asemptomatik Birinci Derece Yakınlarının Kolonoskopik Değerlendirme Sonuçları: Tek Merkezli Prospektif Çalışma; *Endoskopi*, 21(2), 37.

**Fagunwa, O. I., Loughrey B. M., Colemon, G.H.** (2017). Alcohol, Smoking and the Risk of Premalignant Colorectal Neoplasms. *Best Practice&Research Clinical Gastroenterology*, 31, 561-568.

**Ferlay, J., Soerjomataram, I., Ervik, M., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., Parkin, DM., Forman, D., Bray, F.** (2015). GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide. *Int. J. Cancer*, 136, 359–386.

**Ferlay, J, Steliarova-Foucher, E., Lortet-Tieulent, J., Rosso, S., Coebergh, J.W.W., Comber, H., Forman, D., Bray, F.,** (2013). Cancer Incidence and Mortality Patterns In Europe: Estimates For 40 Countries In 2012. *European Journal of Cancer* 49, 1374–1403.

**Ferrari, P., Jenab, M., Norat. T.** (2007). Lifetime and Baseline Alcohol Intake and Risk of Colon and Rectal Cancers In The European Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition (EPIC). *Int J Cancer*, 121, 2065-2072.

**Glanz, K., Rimer, K.B., Viswanath, K.** (2008). Health Behavior and Health Education Theory, Research and Practice, 4th Edition. Foreword by C. Tracy Orleans

**GLOBOCAN** (2012). International Agency for Research on Cancer, Estimated Cancer Incidence Mortality and Prevalence Worldwide, [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx) (Erişim Tarihi: 26 Şubat 2018).

**Gossum, V.A., Munoz-Navas, M., Fernandez-Urien, I., Carretero, C., Gay, G., Delvaux, M., Lepalus, M.G., Ponchon, T., Neuhaus, H., Philipper, M., Costamagna, G., Riccioni, M.E., Spada, C., Petruzzello, L., Fraser, C., Postgate, A., Fitzpatrick, A., Hagenmuller, F., Keuchel, M., Schoofs, N., Deviere, J.** (2009). Capsule Endoscopy versus Colonoscopy for the Detection of Polyps and Cancer. *N Engl J Med*, 361, 264-270.

**Gözüm, S., Çapık C.** (2014). Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Bir Rehber: Sağlık İnanç Modeli. *DEUHYO ED*, 7(3), 230-237.

**Gözüm, S., Ilgaz, A.** (2014). Kanser Taramalarında Öncelikli Hedef Birinci Derece Akrabalar, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7 (4), 345-353.

**Gözüm, S., Karayurt, S., Aydın, İ.** (2004). Meme Kanseri Taramalarında Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Türkçe Uyarlamalarına İlişkin Sonuçlar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1 (2), 71-85.

**Gregory, A.T., Wilson, C., Duncan, A., Turnbull, D., Cole, R. S., Young, G.** (2011). Demographic, Social Cognitive and Social Ecological Predictors of Intention and Participation in Screening for Colorectal Cancer. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/38> (Erişim tarihi: 31.07.2018).

**Güney, E.** (2009). İzmir'de Bir Fabrikada Çalışan Kadınların Sağlık İnançları İle Sosyo-Demografik Özelliklerinin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü*. İzmir.

**Haboubi, NY, Scott, NA.** (2000). Clinicopathological Management of The Patient With A Malignant Colorectal Adenoma. *Colorectal Dis*, 2(1), 2-7.

**Half, E., Bercovich, D., Rozen, P.** (2009). Familial Adenomatous Polyposis. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 4(22), 1-23.

**Haliloğlu, N., Uzun, Ç.** (2016). Sanal Kolonoskopi: Çekim Tekniği ve Klinik Uygulamalar. *Türk Radyoloji Dergisi*, 35, 64-69.

**Hamilton, S., Aaltonen, L.** (2000). Pathology and Genetics of Tumours of the Digestive System. World Health Organization Classification of Tumours. <https://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/pat-gen/bb2/BB2.pdf> (Erişim tarihi: 28 şubat 2018).

**Holwerda, V.L.** (2000). The Health Belief Model and Self Breast Examination in Nurses. Grand Valley State University Yüksek Lisans Tezi. <https://scholarworks.gvsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.com.tr/&httpsredir=1&article=1524&context=theses> (Erişim Tarihi: 02.06.2018).

**Hayden J.** (2009). Health Belief Model. Introduction to Health Behavior Theory. Canada. Jones and Barlett Publishers.

**İlgaz, A.** (2015). Tarımda Çalışan Bireylerin Kolorektal Kanseri Risk Düzeyleri, KKK Taramalarına Katılım Oranları ve Taramaya Katılmayı Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Antalya.

**Jacobs, A.L.** (2002). Health Beliefs of First-Degree Relatives of Individuals With Colorectal Cancer and Participation In Health Maintenance Visits: A Population-Based Survey. *Cancer Nursing*, 25, (4), 2002, 251-265.

**John, J., You, J.J., Liu, Y., Kirby, J., Vora, P., Moayyedi, P.** (2015). Virtual Colonoscopy, Optical Colonoscopy or Fecal Occult Blood Testing For Colorectal Cancer Screening: Results of A Pilot Randomized Controlled Trial. *Trials* (2015), 16, 296.

**Johnson, C.M., Wei, C., Ensor, J.E., Smolenski, D.J., Amos, C.I., Levin, B., Berry D.A.** (2013). Meta-Analyses of Colorectal Cancer Risk Factors. *Cancer Causes Control*, 24, 1207-1222.

**Kanbur, A., Çapık, C.** (2011). Servikal Kanserden Korunma, Erken Tanı-Tarama Yöntemleri ve Ebe/Hemşirenin Rolü. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 61-72.

**Kara, M., Tanoğlu, A.** (2013). Dünya Çapında Bir Halk Sağlığı Problemi Olan Kolorektal Karsinomda Tarama Stratejileri ve Kolonoskopinin Yeri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(6), 743-750.

**Koç, Ş.** (2017). Kolorektal Kanseri Önleme: Kolorektal Kanseri Risk Danışmanlığı. *Flornance Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2017, 25(1), 69-77.

**Koç, S., Esin, M.N.** (2014). Screening Behaviors, Health Beliefs, and Related Factors First-Degree Relatives Of Colorectal Cancer Patients With Ongoing Treatment In Turkey. *Cancer Nursing TM* 2014, 37(6), 51-60. <https://dx.doi.org/10.1097/NCC.0000000000000121> (Erişim Tarihi: 06 Nisan 2018).

**Kolorektal Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları.** <http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/kolorektal.pdf> (Erişim Tarihi: 08 Nisan 2018).

**Kuipers, E., Grady, W., Lieberman, D., Seufferlein, T., ve ark.** (2015). Colorectal Cancer. *Nature Reviews Disease Primers*, 1,2.

**Kutlu, R., Demirbaş, N., Börüban, C.M., Güler, T.** (2014). Sigara İçmeye Atfedilebilir Kanseri Türleri ve Sosyodemografik Özellikleri. *Türk Onkoloji Dergisi*, 29(3), 81-88.

**Levin, B. Lieberman, A.D., McFarland, B., Smith, A.R., Brooks, D., Andrews, S.K., Dash, C., Giardiello, M.F., Glick, S., Levin, R.T., Pickhardt, P., Rex, K.D., Thorson, A., Winawer, J.S.** (2008). Screening and Surveillance For The Early Detection of Colorectal Cancer and Adenomatous Polyps, 2008: A Joint Guideline From The American Cancer Society, The US Multi-Society Task Force On Colorectal Cancer, and The American College of Radiology. *CA Cancer J Clin* 2008, 58, 130–160.

**Lian, PS., Chen, T., Giovannucci, E.** (2009). Cigarette Smoking and Colorectal Cancer Incidence and Mortality: Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Canc* 2009, 124, 2406-2415.

**Lieberman D.** (2009) Kolon Kanseri Tarama ve İzleme Tartışmaları. (Ed) Onuk, M.D. *Current Opinion In Gastroenterology*, 2(5), 265-272.

**Liberman, D.** (2010). Progress and Challenges In Colorectal Cancer Screening and Surveillance. *Gastroenterology*, 138, 2115–2126.

**Lopez, T.J.P., Albero, S.J., Rodriguez-Montes, J.A.** (2014). Primary and Secondary Prevention of Colorectal Cancer. *Clinical Medicine Insights: Gastroenterology*, 7, 33-46.

**Meydan, N.** (2013). Moleküler Patogenetik Mekanizmalar ve Kalıtsal Kolorektal Kanser Sendromları. *Türkiye Klinikleri J Med Oncol-Special Topics* 2013, 6(3), 6-13.

**Moghaddam, A.A., Woodward, M., Huxley, R.** (2007). Obesity and Risk Of Colorectal Cancer: A Meta-Analysis Of 31 Studies With 70,000 Events. *Cancer Epidemiology Biomark Prev*, 16 (12), 2533–2547.

**Nahcivan, N., Seçkinli, S.** (2003). Meme Kanserinde Erken Tanıya Yönelik Tutum Ve Davranışlar: Bir Rehber Olarak Sağlık İnanç Modelinin Kullanımı. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7 (1), 33-38.

**Nar, Ş.** (2010). Kolorektal Kanserli Hastaların Birinci Derece Akrabalarının Hastalıkla İlgili İnançları. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

**Nasrallah, A., El-Sibai, M.** (2014). Colorectal Cancer Causes and Treatments: A Minireview Anita Nasrallah and Mirvat El- Sibai. *The Open Colorectal Cancer Journal*, 2014, 7, 1-4.

**National Cancer Institute (NCI)** (2016) Tests to Detect Colorectal Cancer and Polyps. <http://www.cancer.gov/cancertopics/types/colorectal/screening-fact-sheet> (Erişim Tarihi: 30 Mart 2018).

**National Cancer Institute (NCI)** (2017) <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/colorect.html> (Erişim Tarihi:19.06.2017).

**Nural, N., Akdemir, N.** (2000). Dahiliye Servislerinde Yatan Hastalarda Kanseri Risk Faktörleri ve Erken Tanı Belirtilerinin Saptanması. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2000, 4 (2), 1-13.

**Ontario Medical Advisory Secretariat Ministry of Health and Long-Term Care**

(2008). Fecal Occult Blood Test for Colorectal Cancer Screening. *Ontario Health Technology Assessment Series* 2009; Vol.9, No.10.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3377532/pdf/ohtas-09-40a.pdf>

(Erişim tarihi: 13 Mart 2018).

**Omran, S., Ismail, A.A.** (2010). Knowledge and Beliefs of Jordanians Toward Colorectal Cancer Screening. *Cancer Nursing*, 33 (2), 141-148.

**Özer, B.** (2011). İnflamatuvar Barsak Hastalıklarında Kolorektal Kanseri ve Displazi. *Güncel Gastroenteroloji*, 15(4), 235-239. <http://guncel.tgv.org.tr/journal/39/pdf/100037.pdf> (Erişim tarihi: 11 Mart 2018).

**Özkan, S., Keskin, B., Gültekin, M., Karaca, A.S., Öztürk, C., Boztaş, G.** (2014). T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ulusal kanser kontrol planı 2013-2018. Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayınları.

**Özsoy, S., Ardahan, M., Özmen, D.** (2007). Reliability and Validity of The Colorectal Cancer Screening Belief Scale In Turkey. *Cancer Nursing TM*, 30, 2, 139-145.

**Öztaş, B., İyigün, E., Taştan, S., Can, F.M., Öztaş, M.** (2018). Kolorektal Kanseri Tanısı ile Opere Edilmiş Hastaların Birinci Derece Akrabalarının Kanseri Risk Algıları ve Sağlık İnançlarının Belirlenmesi. *Türk J Colorectal Dis*, 28, 80-87.

**Pirinççi, S., Benli, C., Okyay, P.** (2015). Üçüncü Basamak Sağlık Merkezine Başvuranlarda Kolorektal Kanseri Tarama Programı Farkındalık Çalışması. *TAF Prev Med Bull*, 14(3), 209-214.

**Rawl, M.S., Champion, L.V., Scott, L.L., Zhou, H., Monahan, P., Ding, Y., Loehrer, P., Sugg, S.** (2008). A Randomized Trial of Two Print Interventions to Increase Colon Cancer Screening Among First-Degree Relatives. *Patient Educ Couns*, 71(2), 215-227. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2492833/> (Erişim Tarihi: 07 Kasım 2018).

**Rossum, V.L.G.M., Rijn V.A.F., Oijen, M.G.V., Fockens, P., Laheij J.F.R., Verbeek, L.M.A., Jansen, B.M.J.J., Dekker, E.** (2009). False Negative Fecal Occult Blood Tests Due to Delayed Sample Return In Colorectal Cancer Screening. *Int. J. Cancer*, 125, 746–750

**Sapmaz, F., Başıyigit, S., Kalkan, İ.H.,** (2016). İnflamatuvar Barsak Hastalıklarında Kolorektal Kanser Gözetimi ve Kemoprevensiyon. *Güncel Gastroenteroloji*, 2(1), 61-66.

**Schaeybroeck, S.V., Lawler, M., Johnston, B., Salto-Tellez, M., Lee, J., Loughlin, P., Wilson, R., Patrick, G.** (2014) Johnston Abeloff's Clinical Oncology, 77, 1278-1335.e14. [https://www.clinicalkey.com/#!/content/book/3-s2.0-B9781455728657\\_000771?scrollTo=%23hl0002582](https://www.clinicalkey.com/#!/content/book/3-s2.0-B9781455728657_000771?scrollTo=%23hl0002582) (Erişim Tarihi: 12 Ocak 2018).

**Shaw, E., Farris, M.S., Stone R.C., Derksen J.W.G., Johnson, R., Hildsden, R.J., Fiedenreich, M.C., Brenner, R.D.** (2018). Effects of Physical Activity On Colorectal Cancer Risk Among Family History and Body Mass Index Subgroups: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BMC Cancer*, 18(71), 1-16

**Sohler L.N., Jerant, A., Franks, P.** (2016). Socio-Psychological Factors in the Expanded Health Belief Model and Subsequent Colorectal Cancer Screening. *Patient Educ Couns.* 2015 July, 98(7), 901–907.

**Soytürk, M.** (2005). Kolorektal Kanser Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri. 7. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi. <http://www.tihud.org.tr/uploads/content/kongre/7/7.28.pdf> (Erişim tarihi: 31 Mart 20).

**Soytürk, M.** (2013). Risk Temelli Tarama Önerileri ve Cerrahi Yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri J Med Oncol-Special Topics* 2013, 6(3), 14-9.

**Spilt, J. L., Koomen, H. M., & Thijs, J. T. (2011).** Teacher wellbeing: The importance of teacher–student relationships. *Educational Psychology Review*, 23(4), 457- 477.

**Stanesby, O., Jenkins, M.** (2017). Comparison of The Efficiency of Colorectal Cancer Screening Programs Based On Age and Genetic Risk For Reduction of Colorectal Cancer Mortality. *European Journal of Human Genetics*, 25, 832–838.

**Steinback, G., Terdiman, J.P., Weinberg, D.** (2010). Colorectal Cancer Screening. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 8(1), 8-60.

**Şahin, S.** (2015). Kanserde Erken Tanı ve Tarama Programları. *Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine* 2015, 54, 41-45.

**Şahin, N. Ş., Üner, B. A., Aydın, M., Akçan, A., Gemalmaz, A., Dişçigil, G., Demirağ, S., Başak, O.** (2015). Aydın Merkez İlçede Kolorektal Kanser Taramasına İlişkin Bilgi, Tutum ve Engeller. *Türk Aile Hek. Derg.*, 19 (1), 37-48.

**Taib J., İğci M., Borazan E., Bayraktar E., Balık, A., Çakmak, E., ve Arslan A.** (2014). Kolorektal Kanserde MACC1-AS1 Gen Mutasyonlarının Araştırılması. *Gaziantep Medical Journal Tıp Dergisi*, 20(2), 174-175.

**Tanoğlu, A., Kara, M.** (2013). Dünya Çapında Bir Halk Sağlığı Problemi Olan Kolorektal Karsinomda Tarama Stratejileri ve Kolonoskopinin Yeri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(6), 743-750.

**Taştan S., Andsoy I.I., İyigün E.** (2012), Evaluation of the Knowledge, Behavior and Health Beliefs of Individuals Over 50 Regarding Colorectal Cancer Screening. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14, 2013.

**Taviloğlu, K.** (2017). Sanal Kolonoskopi. <http://www.taviloglu.com/endoskopi/sanal-kolonoskopi.html> (Erişim tarihi: 31 Mart 2018).

**Taylor, I., Aguila, G. Ward, R.** (2010). Fast Facts: Colorectal Cancer. Health Press Limited. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/mugla-ebooks/detail.action?docID=744430> (Erişim tarihi: 30 Mart 2018).

**T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı** (2015). Türkiye Kanser Kontrol Planı. Uluslararası Standart Kitap Numarası (ISBN): T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1. Baskı, Ankara, 56.

**T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kanser İstatistikleri,** (2017). [http://kanser.gov.tr/Dosya/2017Haberler/2014-RAPOR\\_uzun.pdf](http://kanser.gov.tr/Dosya/2017Haberler/2014-RAPOR_uzun.pdf) (Erişim tarihi: 13 Mayıs 2018).

**T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kanser İstatistikleri** (2017). [http://kanser.gov.tr/Dosya/ca\\_istatistik/2014-RAPOR.pdf](http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2014-RAPOR.pdf) (Erişim Tarihi: 01.06.2017).

**T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu,** Ulusal Kanser Kontrol Programı 2013-2018. [http://kanser.gov.tr/Dosya/NCCP\\_2013-2018.pdf](http://kanser.gov.tr/Dosya/NCCP_2013-2018.pdf) (Erişim tarihi: 11 Nisan 2018).

**Tso, K.K., Pau, C.Y., Wu, WK., Chan, F.K., Griffiths, S., Sung, J.J.** (2009). Cigarette Smoking and The Risk of Colorectal Cancer: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 7, 682-685.

**Tsouloupas, C. N., Carson, R. L., Matthews, R., Grawitch, M. J., & Barber, L. K.** (2010). Exploring the association between teachers' perceived student misbehavior and emotional exhaustion: The importance of teacher efficacy beliefs and emotional regulation. *Educational Psychology*, 30, 173–189.

**Turan, E., Yalçın, B., Yücel, İ., Ve Ünal, M.** (2012). İlk Kez Tanı Konan Kolorektal Kanser Hastalarının Epidemiyolojik Özellikleri, *Türk Aile Hek. Derg.*, 16(4), 170.

**Türk, S.** (2015). Kolon Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Tutumların “Sağlık İnanç Modeline” Temellendirilerek İncelenmesi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Manisa.

**Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı Değerlendirme Raporları.** Kolorektal Kanser Taramaları, Tarama Programları; <http://kanser.gov.tr/Dosya/Bilgi-Dokumanlari/raporlar/kolorektal.pdf> (Erişim tarihi: 08 Nisan 2018).

**Türkiye Kanser İstatistikleri** (2017). T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. [http://kanser.gov.tr/Dosya/ca\\_istatistik/2014-RAPOR\\_uzuuun.pdf](http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2014-RAPOR_uzuuun.pdf) (Erişim Tarihi: 26 Şubat 2018).

**Türkiye Kanser Kontrol Programı** (2016). T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kansere Daire Başkanlığı. [http://kanser.gov.tr/Dosya/Kitaplar/turkce/Turkiye\\_Kanser\\_Kontrol\\_Programi\\_tr.pdf](http://kanser.gov.tr/Dosya/Kitaplar/turkce/Turkiye_Kanser_Kontrol_Programi_tr.pdf). (Erişim Tarihi: 27 Mart 2018).

**Ueland, A.S., Hornung, P.A., Greenwald, B.** (2006). Colorectal cancer prevention and screening: a Health Belief Model based research study to increase disease awareness. *Gastroenterol Nurs*, 29(5),357-363.

**Uyanıkoğlu, A.** (2015). Kolorektal Kansere Taramasında Yeni Yöntemler, 13. Doğu ve Güneydoğu Anadolu Hepato-Gastroenteroloji Sempozyumu; 5-7 Haziran, 158.

**Varlow, M., Stacey, I., Dunlop, S., Young, J., Kite, J., Dossaix, A., McAulay, C.** (2014). Self-Reported Participation and Beliefs About Bowel Cancer Screening In New South Wales, Australia. *Health Promotion Journal of Australia*, 25, 97–103.

**Wang, H., Qiu, Fang, Gregg, A., Chen, B., Kim, J., Young, L., Wan, N., Chen, L.** (2017). Barriers and Facilitators of Colorectal Cancer Screening for Patients of Rural Accountable Care Organization Clinics: A Multilevel Analysis. *The Journal of Rural Health*, 00, 1–11.

**Weiser, M., Posner, M., Saltz, L.** (2013). Adenocarcinoma of the Colon and Rectum. *Surgery Alimentary Tract*, 7. Basım Bölüm 164, 2051-2074.

**Williams, E.A.** (2012). Folate, Colorectal Cancer and the Involvement of DNA Methylation. *Proceedings of the Nutrition Society*, 71, 592–597.

**Wonk, K.R., Wong L.M., Chan, H.Y., Zhu Feng, Z., Wai, T.C., Yeoh, G.K.** (2013). Gender Differences in Predictors of Colorectal Cancer Screening Uptake: A National Cross Sectional Study Based on the Health Belief Model. *Wong et al. BMC Public Health*, 13, 677.

**World Cancer Research Fund** (2017). Colorectal Cancer. <https://www.wcrf.org/int/research-we-fund/continuous-update-project-findings-reports/colorectal-bowel-cancer> (Erişim Tarihi: 11 Mart 2018).

**World Health Organization (WHO)** (2017). World Cancer Report 2014. <http://publications.iarc.fr/Non-Series-Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-2014> (Erişim Tarihi: 24 şubat 2018).

**Yamaner, Y.** (2007). Kolorektal Polipler. *Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği*, 17 (1), 1-8.

**Yılmaz, M., Dereli, F., Yelten, G.** (2016). Elli Yaş Ve Üzerindeki Bireylerin Bazı Sosyodemografik Özellikleri, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık İnançlarının Kolon Kanseri İlişkin Tarama Davranışlarına Etkisi, *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 13 (3), 226-234.

**Yiğitbaş, Ç., Bulut, A., Bulut, A., Semerci, M.** (2016). Bingöl Devlet Hastanesine Başvuran Yetişkinlerin Kanseri Tarama Testlerine İlişkin Bilgi ve Tutumları. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 2, 29-38.

**Zauber, A.G., Winawer, J.S., O'Brien, M.J., Lansdorp-Vogelaar, I., Ballegooijen, M.V., Hankey, B.F., Shi, W., Bond, J.H., Schapiro, M., Panish, J. F., Stewart, E.T., Waye, J.D.** (2012). Colonoscopic Polypectomy and Long-Term Prevention of Colorectal-Cancer Deaths. *N Engl J Med*. 2012 February 23, 366(8), 687–696.

**Ek 1. Öğretmenlerin Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnançları Anket Formu**

**“ÖĞRETMENLERİN KOLOREKTAL KANSERDEN KORUNMAYA YÖNELİK SAĞLIK İNANÇLARI” ANKET FORMU**

“Öğretmenlerin Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnançları” adlı çalışma Ayla Aykaç KOÇAK tarafından gerçekleştirilecektir. Araştırma öğretmenlerin kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inançlarını incelemek amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilir veya anketi doldururken sonlandırabilirsiniz. Anket formunun üzerine adınızı ve soyadınızı yazmayınız. Bu anket ile toplanan bilgiler sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Bu nedenle soruların tümüne doğru ve eksiksiz yanıt vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Anket 49 sorudan oluşmaktadır. Anketi tamamlamak yaklaşık 15-20 dk zamanınızı alacaktır.

Çalışma ile ilgili her hangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki isimle iletişim kurabilirsiniz.

**Sorumlu Araştırmacının**

Unvanı, Adı Soyadı: Ayla Aykaç KOÇAK

Telefon Numarası: (505) 833 08 07

Anketi doldurduğunuz için teşekkür ederiz.

☐ Şartları Okudum, Kabul Ediyorum.

**KİŞİSEL BİLGİ FORMU**

1- Yaşınızı yazınız:

☐ 40-44

☐ 45-49

☐ 50-54

☐ 55-59

☐ 60 yaş ve üzeri

2- Cinsiyetiniz: ☐ Kadın ☐ Erkek

3- Medeni durumunuz: ☐ Evli ☐ Bekar

4- Eğitim durumunuz nedir?

☐ Lisans ☐ Lisans üstü

5- En uzun yaşadığınız yer?

- ☐ Köy
- ☐ İlçe
- ☐ Şehir

6- Gelir durumunuz nedir?

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

7- Alkol kullanıyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır, hiç kullanmadım
- ☐ Kullanıyordum, bıraktım

8- Sigara kullanıyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır, hiç kullanmadım
- ☐ Kullanıyordum, bıraktım

9- Egzersiz yapıyor musunuz?

- ☐ Haftada 150 dakikadan fazla
- ☐ Haftada 150 dakikadan az
- ☐ Yapmıyorum

10- Ailenizde bağırsak kanseri(kolorektal kanser) tanısı alan var mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

11- Ailenizde bağırsak kanseri(kolorektal kanser) tanısı alan varsa yakınlığınız nedir?

- ☐ Anne-Baba-Kardeş-Evlat (1.derece yakını)
- ☐ Dede-Nine-Torun (2.derece yakını)
- ☐ Amca-Dayı-Hala-Teyze (3.derece yakını)

12- Sağlığınızı genel olarak nasıl tanımlıyorsunuz?

- ☐ Çok İyi
- ☐ İyi
- ☐ Orta
- ☐ Kötü
- ☐ Çok Kötü

13- Bağırsak ile ilgili bir hastalığınız var mı? (Ülseratif kolit, Crohn hastalığı, Spastik kolon,vs.)

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

14- Gaitada gizli kan(GGK) erken tanı testini daha önce yaptırdınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

15- Daha önce kolonoskopi yaptırdınız mı? (kolonoskop denilen ışıklı uzun bir tüp kullanarak rektum ve tüm kolonun içinin görüntülenmesi)

☐ Evet ☐ Hayır

16- Önceki soruda cevabınız evet ise; adenomatöz polip çıktı mı?

☐ Evet ☐ Hayır

### KOLOREKTAL KANSERDEN KORUNMAYA YÖNELİK SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ

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

|                                                                                                                | Tamamen Katılıyorum | Katılıyorum | Orta Derecede katılıyorum | Katılmıyorum | Kesinlikle Katılmıyorum |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|---------------------------|--------------|-------------------------|
| 1-Sağlık sorunlarımı erken saptamak isterim.                                                                   |                     |             |                           |              |                         |
| 2- Sağlığımı sürdürme benim için son derece önemlidir.                                                         |                     |             |                           |              |                         |
| 3- Gerekirse, barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırma konusunda kendime güvenirim.        |                     |             |                           |              |                         |
| 4-Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırmak, kanseri erken dönemde yakalama fırsatı verir. |                     |             |                           |              |                         |
| 5- Sağlıklı olmak için yeni bilgiler araştırırım.                                                              |                     |             |                           |              |                         |
| 6- Barsak kanseri olursam, düzenli kontrolleri sürdürebilirim.                                                 |                     |             |                           |              |                         |
| 7- Sağlıklı olmak için yapılacakların önemini biliyorum.                                                       |                     |             |                           |              |                         |

|                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 8-Barsak alışkanlığımdaki (boşaltımındaki) normal ve anormal değişiklikleri fark edebilirim.                                                                     |  |  |  |  |  |
| 9-Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırırsam, bağırsak kanserinden ölme olasılığım azalır.                                                  |  |  |  |  |  |
| 10-Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırırsam, barsak kanseri geliştiğinde büyük ve biçimsiz ameliyat (kolostomi) olma olasılığım azalacak. |  |  |  |  |  |
| 11- Düzenli kontrol yaptırırsam, barsak kanserini erken saptarım.                                                                                                |  |  |  |  |  |
| 12- Gelecekte büyük olasılıkla barsak kanseri olacağım.                                                                                                          |  |  |  |  |  |
| 13- Gelecekte barsak kanseri olacağımı hissediyorum.                                                                                                             |  |  |  |  |  |
| 14- Gelecek on yıl içinde barsak kanseri olma olasılığım var.                                                                                                    |  |  |  |  |  |
| 15- Barsak kanseri olma olasılığım yüksek.                                                                                                                       |  |  |  |  |  |
| 16- Benim barsak kanseri olma olasılığım herkesten daha yüksek.                                                                                                  |  |  |  |  |  |
| 17- Barsak kanseri olursam eşimle ilişkilerim bozulur.                                                                                                           |  |  |  |  |  |
| 18- Barsak kanseri hakkında konuşmaktan rahatsız olurum.                                                                                                         |  |  |  |  |  |
| 19-Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırırsaydım, barsak kanseri hakkında fazla endişelenmeyecektim.                                        |  |  |  |  |  |
| 20-Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırma beni utandırır.                                                                                  |  |  |  |  |  |
| 21- Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırma barsak kanseri hakkında beni endişelendirir.                                                    |  |  |  |  |  |
| 22-Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol                                                                                                           |  |  |  |  |  |

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

## Ek 2. Kurum izni



T.C.  
ANTALYA VALİLİĞİ  
İl Milli Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 98057890-605.01-E.20290816  
Konu: Anket Uygulaması

28.11.2017

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi :27/10/2017 tarih ve 17857 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Ayla AYKAÇ'ın "**Öğretmenlerin Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnançları**" adlı araştırmasını, İlimiz Kaş İlçesine bağlı Okulöncesi/İlkokul/Ortaokul ve Ortaöğretim kurumlarında uygulama isteği ile ilgili 27/10/2017 tarih ve 17857 sayılı yazısı, İl Milli Eğitim Müdürlüğü Araştırma Değerlendirme ve İnceleme komisyonumuz tarafından, 21/11/2017 tarihinde incelenerek "**Milli Eğitim Bakanlığına Bağlı Okul ve Kurumlarda Yapılacak Araştırma, Yarışma ve Sosyal Etkinlik İzinlerine Yönelik İzin ve Uygulama Genelgesi**" gereğince uygun görülmüş olup, Müdürlüğümüzün 23/11/2017 tarihli ve 19853344 sayılı onayı ve uygulanacak veri toplama araçları onaylanarak ekte gönderilmiştir.

Müdürlüğümüz ve Üniversiteniz arasında yapılan "**Eğitim İşbirliği Protokolü**"nın 5. Maddesinin "d" bendinde yer alan "**Yapılan Çalışmaların Sonuçları Taraflarca Paylaşılır**" hükmü gereğince; araştırmanın bitiminde, sonuç raporunun iki örneğinin CD ortamında (başvuru sahibinin ekte örneği bulunan dilekçe ile) Müdürlüğümüz Ar-Ge bürosuna gönderilmesi hususunda;

Gereğini arz ederim.

Erhan BAYDUR  
Müdür a.  
Müdür Yardımcısı

EKLER:

- 1- Onay ve ekleri (6 sayfa)
- 2-Dilekçe Örneği(1 sayfa)

Antalya İl Milli Eğitim Müdürlüğü  
Soğuksu Mah. Hamidiye Cad. MERKEZ/ANTALYA  
E-posta: projeler07@meh.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için: Mehmet KARAKAŞ Md. Yrd.  
Tel: (0 242) 238 60 00  
Faks: (0 242) 238 61 11

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <https://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden 8620-33d2-343e-8893-662d kodu ile teyit edilebilir.



T.C.  
ANTALYA VALİLİĞİ  
İl Milli Eğitim Müdürlüğü

3509  
Öst Karı Yumalı

Sayı : 98057890-20-E.19853344  
Konu : Anket Uygulaması

22.11.2017

İL MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜNE  
ANTALYA

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Ayla AYKAÇ'ın **“Öğretmenlerin Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnançları”** adlı araştırmasını, İlimiz Kaş İlçesine bağlı Okulöncesi/İlkokul/Ortaokul ve Ortaöğretim kurumlarında uygulama isteği ile ilgili 27/10/2017 tarih ve 17857 sayılı yazısı, İl Milli Eğitim Müdürlüğü Araştırma Değerlendirme ve İnceleme komisyonumuz tarafından, 21/11/2017 tarihinde incelenerek **“Milli Eğitim Bakanlığına Bağlı Okul ve Kurumlarda Yapılacak Araştırma, Yarışma ve Sosyal Etkinlik İzinlerine Yönelik İzin ve Uygulama Genelgesi”** esaslarına uygun olduğu tespit edilmiştir.

Komisyonumuzca, **“Öğretmenlerin Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnançları”** isimli araştırmasını, İlimiz Kaş İlçesine bağlı Okulöncesi/İlkokul/Ortaokul ve Ortaöğretim kurumlarında görev yapan öğretmenlere, Okul Müdürlüklerinin bilgisi, takibi ve sorumluluğunda, bahse konu Genelge ve çalışma takvimi doğrultusunda, eğitim-öğretim faaliyetlerini aksatmaksızın yapılması,

Söz konusu araştırmanın bitimine müteakip; sonuç raporunun iki örneğinin CD ortamında Müdürlüğümüz Ar-Ge bürosuna gönderilmesi kaydıyla uygulanması, Komisyonca uygun görülmüştür.

Makamlarınızca da uygun görüldüğü takdirde, Valilik Makamının 23/02/2015 tarih ve 5347 sayılı yetki devrine göre olurlarınıza arz ederim.

Erhan BAYDUR  
Müdür a.  
Müdür Yardımcısı

OLUR  
22.11.2017

Yüksel ARSLAN  
Vali a.  
İl Milli Eğitim Müdürü

Antalya İl Milli Eğitim Müdürlüğü  
Soğuksu Mah. Hamidiye Cad. MERKEZ/ANTALYA  
E-posta: projeler07@meb.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için: Mehmet KARAKAŞ Md. Yrd.  
Tel: (0 242) 238 60 00  
Faks: (0 242) 238 61 11

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <https://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden 75c2-2f35-3b3a-bf47-4b77 kodu ile teyit edilebilir.

### Ek 3. Etik Kurul izni

## MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURUL KARARI

Protokol No : 170015

Karar No : 18

Araştırma Yürütücüsü

Yüksek Lisans Öğrencisi AYLA AYKAÇ

Kurumu / Birimi

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ / SAĞLIK BİLİMLERİ  
FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Araştırmanın Başlığı

Öğretmenlerin Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnançları

Başvuru Formunun Etik Kurula  
Geldiği Tarih

14.07.2017

Başvuru Formunun Etik Kurulda  
İncelendiği Tarih

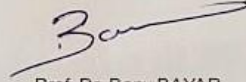
İlk İnceleme Tarihi : **15.08.2017**  
1. Düzeltme Tarihi : **07.09.2017**  
2. Düzeltme Tarihi : **03.10.2017**

Karar Tarihi

**04.10.2017**

KARAR : **UYGUNDUR**

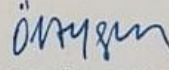
AÇIKLAMA : Araştırmanın uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca yoktur.



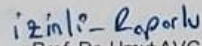
Prof. Dr. Banu BAYAR  
Başkan



Prof. Dr. Ali AKAR  
Üye

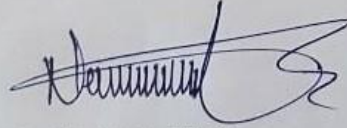


Prof. Dr. Özcan SAYGIN  
Üye

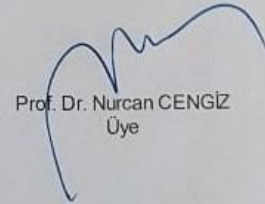


Prof. Dr. Umut AVCI  
Üye

Prof. Dr. Harun ÜRSÜNCÜ  
Üye



Prof. Dr. Nevide DELLAL  
Üye



Prof. Dr. Nurcan CENGİZ  
Üye

#### Ek 4. Ölçek Kullanım İzni

---

**Gönderen:** melek ardahan <melekardahan@hotmail.com>

**Gönderildi:** 19 Aralık 2017 Salı 12:55

**Kime:** aaa\_ayla@hotmail.com

**Konu:** kolorektal kanser ölçeği

Sayın Ayla Aykaç Koçak,

Ölçeği tezinde ve/ veya yapacağın yayında bizim çalışmamıza atıf yapman koşuluyla kullanmana izin veriyoruz. Ölçeği ekte gönderiyorum, belki elinde olmayabilir, başarılar dileriz. Metin içinde gerekli açıklamaları bulabilirsin, kolaylıklar.....

Doç.Dr. Melek Ardahan

---

5.06.2017 (Pzt), 14:18

suheyyla.ozsoy@ege.edu.tr

İyi Günler Süheyyla Hocam,

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği alanında yüksek lisans yapmaktayım. Yüksek lisans tezim olarak "Öğretmenlerin Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnançları" konusunda çalışma yapmak istiyorum. Sizin yapmış olduğunuz "**Kolorektal Kanser Sağlık İnanç Modeli Ölçeği(KKSİM)**" çalışmasını yüksek lisans tezimde kullanabilmek için izninizi istiyorum. Bu konu hakkında bilgi verebilerseniz çok memnun olurum.

İyi Çalışmalar,

Ayla AYKAÇ

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Ana Bilim Dalı

Yüksek Lisans Öğrencisi

## KİŞİSEL BİLGİLER

**Adı Soyadı:** Ayla AYKAÇ KOÇAK

**Doğum Yeri:** Antalya

**Doğum Yılı:** 1982

**Medeni Hali:** Evli

## ***EĞİTİM VE AKADEMİK BİLGİLER***

**Lise**      **1996-1999** : Antalya Lisesi

**Lisans**    **1999-2003** : Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

**Yabancı Dil**                      : İngilizce

## ***MESLEKİ BİLGİLER***

**2003-2004:** Antalya Özel Lara Hastanesi

**2004-2007:** Akdeniz Üniversitesi Hastanesi

**2007-2015:** Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi

**2015-....** : Kaş Devlet Hastanesi