



**T. C.
DEMİROĞLU BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ELLİ YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERİN KOLON KANSERİ TARAMALARINA
KATILIMLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

HEVES KENİ KÖSEOĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. AYGÜL AKYÜZ

2023 - İSTANBUL



**T. C.
DEMİROĞLU BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ELLİ YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERİN KOLON KANSERİ TARAMALARINA
KATILIMLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

**HEVES KENİ KÖSEOĞLU
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**DANIŞMAN
Prof. Dr. AYGÜL AKYÜZ**

**JÜRİ ÜYELERİ
Prof. Dr. AYGÜL AKYÜZ
Prof. Dr. AYŞE KILIÇ UÇAR
Dr. Öğr. Üyesi CANSU POLAT DÜNYA**

2023 - İSTANBUL

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

12 EYLÜL 2023

Yüksek Lisans öğrencisi Heves KENİ KÖSEOĞLU, Hemşirelik Yüksek Lisans Programı'nda hazırlanmış olduğu "Elli Yaş ve Üzeri Bireylerin Kolon Kanseri Taramalarına Katılımlarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" konulu tezini savunmuş ve aday jüri tarafından BAŞARILI/BAŞARISIZ bulunarak tez hakkında OYBİRLİĞİ/OYÇOKLUNLUĞU ile KABUL /DÜZELTME/ RED kararı verilmiştir.

Prof. Dr. Aygöl AKYÜZ (Danışman)
(Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Cansu POLAT DÜNYA
(Başkan)

Prof. Dr. Ayşe KILIÇ UÇAR
(Üye)

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarda etik dışı hiçbir davranışımın olmadığını, tezimdaki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması sonucu elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlar için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Heves KENİ KÖSEOĞLU

TEŞEKKÜR

Tez çalıőmamda titiz yaklaőımı ve bilgisi ile bana yol gosterip, çalıőmamın planlanması, yurütülmesi ve her aőamasında gostermiş olduğu bilimsel katkı ve destekleri için değerli hocam ve danıőmanım Sayın Prof. Dr. Ayėul AKYÜZ' e, araőtırmama katılmayı kabul eden ve anketim için zaman ayıran tüm katılımcılara, tez çalışmam boyunca desteğini esirgemeyen Esra TANRIVERDİ' ye, yardımlarını eksik etmeyen arkadaşım Eda YÜZÜGÜLER' e, çalıőmamın her aőamasında manevi desteklerini hissettiğim çalışma arkadaşlarıma, beni yetiőtirip bu günlere getiren motivasyon kaynaklarım annem ve babama, son olarak da her daim yanımda olan eőim Okan KÖSEOĞLU' na

Tüm kalbimle sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

Heves KENİ KÖSEOĞLU

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGELER ve KISALTMALAR	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ	vii
TABLOLAR LİSTESİ	viii
ÖZET	1
SUMMARY	2
1. GİRİŞ ve AMAÇ	3
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. KOLON, REKTUM ANATOMİSİ ve FİZYOLOJİSİ	6
2.2. KOLOREKTAL KANSER EPİDEMİYOLOJİSİ ve ETİYOLOJİSİ	7
2.3. KOLOREKTAL KANSER RİSK FAKTÖRLERİ	9
2.3.1. Genetik Risk Faktörleri	9
2.3.2. Çevresel Risk Faktörleri	9
2.4. KOLON KANSER GELİŞİM SÜRECİ ve KOLON KANSER KLİNİK ÖZELLİKLERİ	10
2.5. KOLOREKTAL KANSERDE ERKEN TANI	11
2.6. KOLOREKTAL KANSERDE TARAMA YÖNTEMLERİ	11
2.7. DÜNYA'DA ve TÜRKİYE'DE KOLOREKTAL KANSER TARAMA ORANLARI	13
2.8. KOLON KANSERDEN KORUNMADA HEMŞİRENİN ROLÜ ...	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM	16
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI ve TİPİ	16
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER ve ZAMAN	16
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEKLEMİ	16
3.4. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	17
3.5. VERİLERİN TOPLANMASI	17
3.6. VERİLERİN TOPLANMA ARAÇLARI	17
3.6.1. Sosyo-Demografik Verileri Toplama Formu	18

3.6.2. Kolon Kanseri Risk Faktörleri Belirleme Formu	18
3.6.3. Kolon Kanseri ile İlgili Farkındalık ve Uygulama Belirleme Formu	19
3.6.4. Kolorektal Kanseri Taraması Tutum İnanç (KKTİ) Ölçeği	19
3.7. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI	20
3.8. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ ve SINIRLILIKLARI	21
3.9. VERİLERİN İSTATİKSEL ANALİZİ	21
4. BULGULAR	22
4.1. KATILIMCILARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN DAĞILIMI	23
4.2. KATILIMCILARIN KOLON KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİNE İLİŞKİN VERİLER	24
4.3. KATILIMCILARIN KOLON KANSERİNE YÖNELİK FARKINDALIKLARI İLE TARAMA TESTLERİNE KATILIMLARINA İLİŞKİN VERİLER	28
4.4. KATILIMCILARIN KOLOREKTAL KANSER TARAMASI TUTUM İNANÇ (KKTİ) ÖLÇEĞİ VERİLERİ	30
4.5. KKTİ ÖLÇEĞİNİN ALT BOYUTLARI ile KATILIMCILARIN TEST YAPTIRMA DURUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİYİ GÖSTEREN BULGULAR	31
5. TARTIŞMA	32
5.1. KOLON KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	32
5.2. KOLON KANSERİ FARKINDALIK ve TARAMA UYGULAMALARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	36
5.3. KATILIMCILARIN KKTİ ÖLÇEĞİNİN ALT BOYUTLARINDAN ALDIĞI PUANLARIN ve TEST YAPTIRMA DURUMLARIN KARŞILAŞTIRILMASININ TARTIŞILMASI	39
5.4. KATILIMCILARIN TEST YAPTIRMA DURUMLARI ile KENDİNİ GELECEKTE RİSKLİ GÖRME DURUMLARI KARŞILAŞTIRILMASININ TARTIŞILMASI	41
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	42
7. KAYNAKLAR	44

EKLER

EK 1: ÖZGEÇMİŞ	57
EK 2: ETİK KURUL ONAYI	58
EK 3: ANKET FORMU	60
EK 4: ÖLÇEK İZİN FORMU	70
EK 5: ANKET VE ÖLÇEK UYGULAMA İZİN FORMU I	71
EK 6: ANKET VE ÖLÇEK UYGULAMA İZİN FORMU II	72



SİMGE VE KISALTMALAR

GLOBOCAN	Global Burden of Cancer Study
BKİ	Beden Kitle İndeksi
KKTTİ	Kolorektal Kanser Taraması Tutum İnanç
SPSS	Statistical Program For Social Sciences
TÜİK	Türkiye İstatik Kurumu
IARC	International Agency for Research on Cancer
GGK	Gaitada Gizli Kan
FAP	Famılyal Adenomatöz Polipozis
HNPCC	Hereditör Non-Polipöz Kolorektal Kanser Sendromu
KETEM	Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi
TSM	Toplum Sağlığı Merkezi
ASM	Anadolu Sağlık Merkezi
THSK	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Yüksek Lisans Tez Projesi Numarası HEM/YL/3042021

ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa No
Şekil 1. Tüm Yaş Gruplarındaki Kadınlarda En Sık Görülen Kanserlerin Yüzde Dağılımları	7
Şekil 2. Tüm Yaş Gruplarındaki Erkeklerde En Sık Görülen Kanserlerin Yüzde Dağılımları	7



TABLolar LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo 1. Verilerin Toplanma Süreci	18
Tablo 2. Kolorektal Kanser Taramaları Tutum İnanç Ölçeğinden Elde Edilen Verilerin Dağılımı	21
Tablo 3. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı	23
Tablo 4. Katılımcıların Beslenme Durumlarına İlişkin Bazı Özellikler ..	24
Tablo 5. Katılımcıların Bireysel Alışkanlıklarının Dağılımı	25
Tablo 6. Katılımcıların Kronik Hastalık Varlığı, Sağlık Kontrolü Yaptırma Durumları, Ailede Bağırsak Hastalığı ve Kanser Öyküsü Varlığı Özelliklerinin Dağılımı	26
Tablo 7. Katılımcıların Bağırsak Alışkanlıkları ve Bağırsak Hastalığı Öyküsüne İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	27
Tablo 8. Kolon Kanseri Taramalarını Bilme ve Yaptırma Durumlarının Dağılımı	29
Tablo 9. Katılımcıların Kolorektal Kanser Taraması Tutum İnanç Ölçeği Puanlarının Dağılımları	30
Tablo 10. Katılımcıların Test Yaptırma Durumları ile KKTTİ Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Karşılaştırılması	31
Tablo 11. Katılımcıların Test Yaptırma Durumları ile Kendini Gelecekte Riskli Görme Durumlarının Karşılaştırılması	31

ÖZET

Elli Yaş ve Üzeri Bireylerin Kolon Kanseri Taramalarına Katılımlarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

Öğrencinin Adı: Heves KENİ KÖSEOĞLU

Danışman: Prof. Dr. Aygül AKYÜZ

Anabilim Dalı: Hemşirelik

Amaç: Bu çalışmada elli yaş ve üzeri bireylerin kolon kanseri taramalarına katılımlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmamızın örneklemini, Türkiye geneli 50-71 yaş arasındaki 100 birey oluşturmaktadır. Çalışmada bireylerin sosyodemografik özelliklerini ve kolorektal kanser risk faktörlerini belirleyen anket formu ile Kolorektal Kanseri Taraması Tutum İnanç Ölçeği ile veriler online bir şekilde toplanmıştır.

Bulgular: Araştırmamıza katılan bireylerin bugüne kadar %11'i kolon kanseri taramalarından en az birini yaptırmıştır. Elde edilen verilere göre Kolorektal Kanseri Taraması Tutum İnanç (KKTİ) Ölçeği'nin alt boyutlarından alınan puan ortalamaları sırasıyla; önemseme-tutarlılık alt boyutu puan ortalaması (14,080±2,334), sosyal etki alt boyutu puan ortalaması (11,640±2,758), duyarlılık algısı alt boyutu puan ortalaması (10,440±1,909), yanıt etkinliği alt boyutu puan ortalaması (7,430±1,430) ve kanser endişesi alt boyutu puan ortalaması (5,850±1,966) olarak bulunmuştur.

Sonuç: KKTİ Ölçeği alt boyutları puanları ile kişilerin kolon kanseri tarama testi yaptırma durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışmamızdaki katılımcılardan sadece %11'i daha önce tarama testi yaptırmış, %89'u yaptırmamıştır. Test yaptıranların %27,3'ü kendini riskli gördüğü için test yaptırdığı, hiç tarama testi yaptırmayanların da %18'i kendini gelecekte riskli görmektedir. Tarama testi yaptırmayan ve kendini kolon kanseri için riskli görenlerin gerekli eğitim ile farkındalıklarının arttırılmasıyla tarama testlerine katılımının artacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Kolorektal Kanseri, Kolorektal Kanseri Taraması, KKTİ Ölçeği

SUMMARY

Determination of the Factors Affecting the Participation of Individuals Aged Fifty and Older in Colon Cancer Screenings

The Name of the Student: Heves KENİ KÖSEOĞLU

Supervisor: Prof. Dr. Aygöl AKYÜZ

Department: Nursing

Aim: This variable is the measurement range of parameters that indicate the transition of people aged fifty and over to colon cancer screening.

Material and Method: The sampling of our research consists of 100 people between the ages of 50-71 throughout Turkey. In the study, the sociodemographic characteristics of the individuals and the colorectal cancer risk factors were collected online with the questionnaire formula and the Colorectal Cancer Screening Attitude Belief Scale.

Conclusion: To date, %11 of the individuals participating in our study have had at least one colon cancer screening done. According to the data obtained the mean scores obtained from the sub-dimensions of the Colorectal Cancer Screening Attitude Belief Scale are respectively; Caring-intimacy sub-dimension mean score (14,080±2,334), social influence sub-dimension mean score (11,640±2,758), perceptive perception sub-score mean (10,440±1,909), responsiveness sub-dimension score mean (7,430±1,430) and cancer anxiety sub-dimension mean score was found to be (5,850±1,966).

Result: There was no significant relationship between the scores of the CCTTI Scale sub-dimensions and the status of individuals having colon cancer screening test. Only 11% of the participants in our study had a screening test before, and 89% did not. 27.3% of those who have had the test see themselves as risky, and 18% of those who have never had a screening test see themselves as risky in the future. It is thought that participation in screening tests will increase as there are situations that do not have a screening test and see themselves as risky.

Keywords: Colorectal Cancer, Colorectal Cancer Screening, CCTTI Sca

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanserin tarihi çok eski çağlara dayanmaktadır. Kanser kelimesi ilk olarak, tıbbın duayeni Yunan fizikçi Hippocrates (MÖ 460-370) tarafından oluşturulmuştur. Carcinoma ve carcinoma terimleri, ülser oluşturan ve ülser oluşturmeyen tümörler için kullanılan terimlerdir (ACS, 2012). Kanser, bir organ veya dokudaki hücrelerin düzensiz olarak bölünüp çoğalmasıyla beliren kötü huylu tümöre denmektedir. Kanser vücudumuzun farklı bölgelerindeki hücrelerin işlevinin bozulmasıyla ortaya çıkan bir hastalık türüdür (Bayakara, 2016). Dünyada yaklaşık 19,3 milyon insan kansere yakalanmaktadır (IARC, 2020). Türkiyede ise 2017 kanser istatistiklerine göre 180.288 kişinin kansere yakalandığı tahmin edilmektedir (TÜİK, 2021). Dünya Kanseri Yükü Araştırmaları (GLOBOCAN) 2020 verilerine göre; dünyada görülme sıklığı açısından en çoktan aza doğru sıralandığında kanser türleri meme, prostat, akciğer, kolorektum, rahim ağzı, karın, karaciğer, yumurtalık ve tiroid şeklinde sıralanmaktadır (Globocan, 2020). Erkeklerde en sık görülen kanser türleri akciğer, prostat, kolorektal, mesane ve mide kanseri iken, kadınlarda ise bu sıralama meme, tiroid, kolorektal, akciğer ve uterus korpusu şeklindedir (TÜİK, 2021).

Uluslararası Kanseri Araştırma Ajansı tarafından, 2018’de kolorektal kanser ile ilgili 1,8 milyon yeni vaka ve 0,8 milyon ölüm bildirilmiştir (El Kinany ve ark., 2019). GLOBOCAN 2020 verilerinde 5 milyon kişide kolon kanseri görüldüğü tahmin edilmektedir (Globocan, 2020). Tüm dünyada görülme sıklığı açısından kolon kanseri, erkekler arasında üçüncü kadınlar arasında ikinci sırada yer almaktadır (TÜİK, 2021). Ülkemizde ise kolon kanseri erkeklerde ve kadınlarda üçüncü sırada görülen kanser türüdür (TÜİK, 2021). Yaşın önemini arttığı kolon kanserinde kadınlarda insidans oranı 100.000’de 16,2, mortalite oranı 100.000’de 7,2 iken erkeklerde ise insidans oranı 100.000’de 23,4 ve mortalite oranı 100.000’de 11 olduğu saptanmıştır (Globocan, 2020). Yaş, genetik ve çevresel etmenler kolorektal kanserlerin etyolojisinde rol oynamaktadır. En fazla risk artışı genetikten kaynaklanmaktadır (Wei ve ark., 2004).

Kolon kanseri 50 yaşından sonra daha sık görülebilmektedir. Sporadik kolon kanseri için risk faktörlerinden en önemli olan yaş faktörüdür. 40 yaşın altında kolon kanseri nadir görülürken, 40-50 yaşlarda insidans artmaktadır (Sahin ve ark., 2015).

Kolorektal kanserlerin yaklaşık %25'i çekum ve çıkan kolon, %25'i rektum ve sigmoid kolon, %25'i ise inen kolon ve sigmoid kolonda görülmektedir (Emre ve ark., 2021). Kolon kanserinde klinik bulgular tümörün yerleşim yerine göre farklılık gösterebilmektedir. Sağ kolon tümörlerinde karın ağrısı, halsizlik, kilo kaybı ve kronik demir eksikliği anemisi belirtileri daha çok görülürken sol kolon tümörlerinde ise dışkılama alışkanlıklarında değişiklikler ve bulantı, kusma gibi belirtileri daha sık görülmektedir (Değerli ve ark., 2005). Kalın bağırsağın, polip ve kanserleri büyüyene kadar belirti vermezler. Henüz kansere dönüşmemiş (premalig) adenomatöz polipler ve erken dönemde lokalize kanserler tarama testleri ile saptanarak, tedavi edilmektedir (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2017). Kolon kanseri, tarama yöntemleri kullanıldığında erken evrede saptanmaktadır. Bu nedenle erken tanı, tedavi başarısında ve sağkalımda en önemli noktadır.

Ülkemizde 2009 yılında yürürlüğe giren kolorektal kanserlerin erken tanısı için “Kolorektal Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları” oluşturulmuştur. Bu programla, ülke şartları göz önünde bulundurularak gerçekleştirilebilir toplum tabanlı bir tarama programı amaçlanmaktadır. Ülkemiz için ideal olduğu düşünülen tarama programında “iki yılda bir uygulanacak Gaitada Gizli Kan Testi (GGK) ve 10 yılda bir yapılacak kolonoskopi” yer almaktadır. Kanser taramalarında test sonuçlarının yeterli olması ile bu süreler içerisinde her bireye bir kez tarama yapılır ve yapılan taramalar vatandaşlık kimlik numaraları ile kaydedilerek tekrarlı testlerden kaçınılır (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2017).

Kolorektal kanser taramaları, morbidite ve mortalitesini azalttığı düşünülen, etkinliği kanıtlanmış az sayıdaki yöntemlerdendir. Kolon kanseri tarama programlarının 2025 yılına kadar her yıl 2000 bireyin yaşamını kurtaracağı bildirilmektedir. Kolon kanseri taramalarını batı toplumunda yaşayan insanlar yaygın olarak yaptırmakta fakat ülkemizde tarama programlarına katılım oranı buna rağmen düşüktür. Kolorektal kanser ile ilgili bilgi eksikliğinin var olması ve yanlış tutumların bu duruma sebep olduğu ön görülmektedir (Genç ve ark., 2020).

Bunun yanında taramalara katılımı negatif yönde etkileyen diğer faktörlerin; tarama testleri hakkında bilgi eksikliği, sağlık profesyonelleri tarafından yeteri kadar önerilmemesi, tarama testlerinin ulaşılabilir olmaması, testlerin maliyetinin fazla olması, testlerin uygulanmasında utanma veya endişe duyulacağı, testlerin sonucundan ve testlerin yan etkilerinden korkma gibi etmenler olduğu da bildirilmektedir (James ve ark., 2002; Dolan ve ark., 2004). Kanser erken tanılama konusunda ve kanser tarama testlerinin varlığı konusunda hemşireler ve hekimler birbirlerini tamamlayıcı ve destekleyicidirler (Gençtürk, 2007). Kanser vakalarında insidans giderek artmaktadır ve hekimlerin ilişiği kadar hemşirelerin de bilgi ve deneyime sahip olmaları üzerinde durulmaktadır (Türk, 2015).

Kolon kanseri hakkında yapılan çalışmalar incelendiğinde; hemşireler tarafından kolon kanseri önlenmesinde; kolon kanser risk faktörlerinin bilinmesi, sağlık inanç ve tutumlarının kazandırılması, farkındalığın artırılması ve taramalara katılım oranlarının artırılması için çalışmaların az sayıda yapıldığı görülmektedir.

Dünya Kanser Bildirgesi (2015) 2025 hedeflerinde, Hedef 6'da tarama programlarının ve erken tanı yöntemlerinin yaygınlaştırılacağına ve kanserin erken belirti bulguları konusunda toplum ve sağlık çalışanlarının bilinçlendirilmesi yer almaktadır (Yılmaz ve ark., 2016). Tarama programının tüm ülkeye yaygınlaştırılarak, toplumun katılım sağlanması hedeflenmektedir (Baysal ve ark., 2013). Katılımın artırılması için bireylerin engellerini ve algılarını belirlenmesi önerilmektedir. Yapılan çalışmaya bakıldığında, yurtdışında taramalara katılımdaki inanç ve tutumları engelleyen faktörler kolay belirlenirken, ülkemizde kolorektal kanser çalışmalarının sınırlı olduğu saptanmıştır (Yılmaz ve ark., 2016).

Bu çalışmada elli yaş ve üzeri bireylerin kolon kanseri taramalarına katılımlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KOLON, REKTUM ANATOMİSİ VE FİZYOLOJİSİ

Kalın bağırsağın boyu ortalama 150 cm ve genişliği 2-8 cm arasında değişkenlik gösterip, ileumdan başlayarak anüste sonlanmaktadır. Kolon ve rektum olarak iki bölümden oluşmaktadır. Gastrointestinal sistemin 1/5'ini oluşturup karaciğer, dalak, mide, duodenum, ince bağırsak, böbrek ve mesane gibi organlarla kalın bağırsak komşudur. Kalın bağırsak, ince bağırsaktan sonra gelerek sindirim sisteminin son bölümüdür. İleum çekum birleşme yerinde ileoçekal valv olarak bilinen kapak sayesinde, kalın bağırsak içeriği ince bağırsağa geçmemektedir.

Kalın bağırsağın öncelikli görevi ağızdan alınarak bağırsağa gelen gıdaları boşaltmadan önce bazı dışkıları ve gıdaları depolayarak, emilim sağladıktan sonra taşıma ve salgılamadır. Kalın bağırsağın suyun geri emilmesini sağlamak en büyük görevidir. Kalın bağırsakta %90'ı su olan, 600-1000 ml ileum içeriği ortalama her gün kolona geçmektedir. Dışkı ile 180 ml su atıldığı için su kaybı önlenip, dışkının katılaşması sağlanmaktadır. Sindirim sonrasında emilemeyen atık maddeler kalın bağırsak ile rektuma geçer ve dışkılama gerçekleşmektedir. Dışkılama, rektumdaki kasların gevşemesi ile, karın içi basınç artarak atık maddeler rektumdan atılmasıyla gerçekleşir. Rektumdan atılması ile defekasyon işlemi gerçekleşmektedir. Dışkı miktarı günlük 200-400 gram olduğu bilinmektedir (Türkay ve ark., 2016).

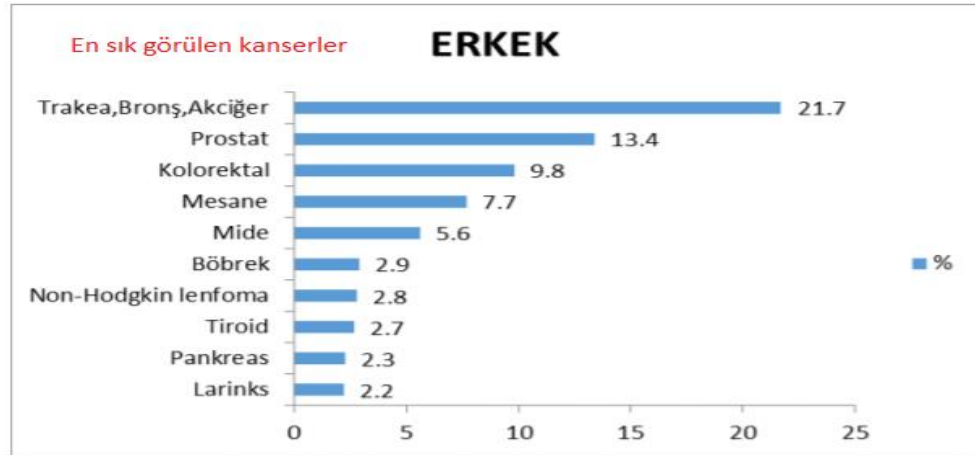
Kalın bağırsak çekum, transvers kolon, sigmoid kolon, inen (sol) ve çıkan (sağ) kolon ve rektumdan oluşmaktadır. Kolorektal kanserler; kalın bağırsakta (kolon) ve son kısmında ki (rektum) kanserlerdir (Çalışkan ve ark., 2009). Gastrointestinal sistemin en çok görülen tümörleri kolorektal kanserdir. Kolorektal kanserlerin 1/3'ü rektumda, 2/3'lük kısmı ise kolonun diğer bölümlerinde yerleşim göstermektedir (Yakan, 2018).

2.2. KOLOREKTAL KANSER EPİDEMİYOLOJİSİ VE ETİYOLOJİSİ

Dünyada kolon kanseri, erkeklerde üçüncü kadınlarda ise ikinci sırada görülmektedir (Yılmaz ve ark., 2016). Ülkemizde ise kolon kanseri erkeklerde ve kadınlarda Şekil 1 ve Şekil 2’de gösterilmektedir;



Şekil 1. Tüm yaş gruplarındaki kadınlarda en sık görülen kanserlerin yüzde dağılımları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2017)



Şekil 2. Tüm yaş gruplarındaki erkeklerde en sık görülen kanserlerin yüzde dağılımları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2017)

Dünyada her yıl bir milyon kolon kanser tanısı koyulurken tanısı koyulan hastaların yarısının kaybedildiği bilinmektedir (Şahin ve ark., 2017). DSÖ, Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu (IARC) tarafından tahmini rakamlarına bakıldığında Türkiye’de 2020 yılında 233,834 kanser vakası; ölümlerin 126,335 olduğu öngörülmektedir. Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı tarafından 2018 yılında 1,8 milyon kolorektal kanser yeni vakası ve 0,8 milyon ölümü bildirmiştir (El Kinany ve ark., 2019). Kolorektal kanser sıklığının ülkelere ve topluluklara göre yaşam koşulları, stres, beslenme, uyku düzeni, alkol ve sigara kullanımı, egzersiz yapma durumu, kronik hastalıklar ve genetik yatkınlığa göre farklılık gösterdiği bilinmektedir (Gönen, 2004). Yapılan araştırmalarda kanserin en fazla gelişmiş ülkelerde görüldüğü saptanmıştır. Kanser, Kuzey Amerika, Avustralya, Kuzey ve Batı Avrupa’da yeni çıkma olasılığı fazla iken gelişmekte olan ülkelere Asya ve Afrika’da düşük oranlarda çıkma olasılığı olduğu görülmektedir (Ertürk, 2010). Ülkelerin sosyodemografik özellikleri, değişen ve gelişen toplumda kanserin ortaya çıkma olasılığını arttırmaktadır.

Kolorektal karsinomların %50’si rektum, sigmoid ve inen kolonda, %30’u çıkan kolonda, %10’u transvers kolonda ve %10’u çekumda yaklaşık olarak yerleşim göstermektedir (Rosai, 2011; Cooper, 2015). Kolon kanseri gelişimde yaşın ilerlemesi ile kanser gelişme riski artmaktadır. Kolon kanserinin 50 yaşından sonra görülme sıklığı arttığından tarama programlarının yapılma yaşı buna göre belirlenmiştir. Erkeklerde kolon kanseri görülme sıklığı kadınlara göre daha fazla, kadınlarda ise mortalite oranı erkeklere göre daha yüksektir (Potter, 1997). Bireylerin sahip olduğu risk faktörleri ile bu oran yükselmektedir (Johnson ve ark., 2013; Wilkes ve ark., 2011).

Kolorektal kanserlerde genetik faktörler ve çevresel faktörler gelişimi etkilemektedir. Kolon kanserinde risk faktörlerinin belirlenmesi, hedef toplumda taramaların uygulanabilmesi için önemli yer tutmaktadır (Ertürk, 2010). Kolorektal kanserlerin genetiğinin en fazla risk artışına temel olduğu bilinse de çoğunluğunu sporadik vakalar oluşturmaktadır. Kolorektal karsinomlar; %85’i sporadik tümörlerdir ve %15’i kalıtsal özellik göstermektedir, poliplerden köken alarak ortaya çıkmaktadır. (Wei ve ark., 2004; Hamilton ve ark., 2010; Erdoğan, 2011).

2.3. KOLOREKTAL KANSER RİSK FAKTÖRLERİ

2.3.1. Genetik Risk Faktörleri

Bireyde veya ailesinde adenom ve kolorektal kanser hikayesi, kanser taramalarında önemlidir (Kolorektal Kanser Taramaları, 2014). Ailedeki birinci derece akrabalarda veya kişide daha önceden bu hastalık ile ilgili öyküsü bulunması durumunda kişilerdeki risk artmaktadır. Kolorektal kanser riski olarak, genetik bozuklukları ile bilinen Ailesel Adenomatöz Polipozis (FAP) ve Herediter Non Polipozis Kolorektal Kanser (HNPCC) en önemli kalıtsal kolorektal kanserler arasında yer almaktadır (Baran, 2014). Otozomal dominant kalıtım ile geçerek; FAP, kolorektal kanserlerin %1'ini, HNPCC ise %1-6'sını oluşturmaktadır (Ertürk, 2010).

2.3.2. Çevresel Risk Faktörleri

Yaş; Kolorektal kanserler için önemli bir yere sahiptir. Kolorektal kanserlerde insidans 50 yaştan sonra artmaktadır. Kolorektal kanser bulgularının çoğu 50 yaşından sonra görüldüğü için kişinin 50 yaşından itibaren tarama yaptırması gerekmektedir (Ertürk, 2010; Yıldız, 2008).

Tıbbi Öykü; Kolon kanser insidansı, inflamatuvar bağırsak hastalıklarında (Ülseratif kolit ve Crohn hastalığı) artar. Ülseratif kolit hastalığında crohn hastalığına göre kolon kanseri gelişme riski daha fazla olduğu bilinmektedir. Başlangıcında %3-8 kanserleşme oranı olan hastalığın 10 yıl sonra oranı %10'a, 25 yıl sonra ise oranın %30'lara yükseldiği bilinmektedir (Türk, 2015). Adenomatöz poliplerde de kolon kanser görülme olasılığı artmaktadır. Adenomlar; kolon kanser gelişimini etkileyen kolorektal poliplerde en sık görülen, benign glandüler neoplazilerdir (Petras ve ark., 2009). İnsülin kolonik mukozal hücreler için önemli büyüme faktörü olduğundan ve tümör hücrelerini uyardığı için diyabetli bireylerde hiperinsülinemi sebebiyle kolon kanseri riski de artmaktadır (Larsson ve ark., 2005; He ve ark., 2010).

Beslenme; Tüm kanser türleri arasında en fazla kolorektal kanserde önemli bir yere sahiptir. Doymamış hayvansal yağlar ve bitkisel yağlar içeren kalorili beslenme, karbonhidrattan zengin beslenme, yetersiz ve düzensiz alınan gıda çeşitleri, yeterli bir miktarda alınamayan vitamin ve mineraller, çok fazla hazır yiyecek, asitli ve kafein içeren içecekler, işlenmiş etler, aşırı yağ tüketimi kolorektal kansere yakalanma riskini önemli oranda arttırmaktadır. Proteinlerin yüksek ısıda pişirilmesinden poliaromatik hidrokarbonlar ve karsinojenler ortaya çıkarak kolon kanseri riskini arttırmaktadır (Cross ve ark., 2010).

Sigara ve Alkol Tüketimi; Kolorektal kansere yakalanma riskini önemli bir oranda arttırmaktadır. Sigara ve alkolün içerisinde bulunan zararlı maddeler, erken yaşta başlama, kullanım sıklığı gibi faktörler kolorektal kanseri önemli oranda arttırmaktadır. Sigara içimi adenomatöz polip ve yüksek riskli polip gelişimi için risk faktörüdür ve Kolon kanserinde sigara kullanımına bağlı ölümlerin oranı %12'dir. (Botteri ve ark., 2008). Alkol kullanımı ile sigara kullanımı birlikte Kolon kanseri riskini iki kat arttırmaktadır.

2.4. KOLON KANSER GELİŞİM SÜRECİ VE KOLON KANSER KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Kolon kanser zemininin büyük çoğunluğu adenomlardan oluşmaktadır. Adenomlar kalın bağırsak epiteli içeren benign tümörlerdir. Adenomlar kolon mukozasında kimyasallar, bakteriler gibi karsinojenik etkenlerle temas halindedirler. Adenomların bu etkisi, epitel hücrelerin yenilenme hızını artırır ve hücrelerde olgunlaşma yetersizliklerini gerçekleştirir sonucunda poliferasyon submukozayı invaze ederek invaziv kansere dönüşür (Kodner ve ark., 2004; Kuzu ve ark., 2010). Adenomlar normalde 10 yıl gibi bir sürede oluşabilir ve kansere dönüşmesi de 2-30 yıl arasında olur. Eğer adenomlar kansere dönüşmeden tespit edilebilirse kolon kanser önlenir (Chen ve ark., 2009). Kolon kanseri genellikle yavaş şekilde ilerlemektedir. Semptomlarında çeşitlilik göstermekle beraber 10-15 adet önemli belirtileri vurgulanmıştır (Yakan, 2018).

Semptomlar; abdominal ağrı, distansiyon, gaz, kramp, mide bulantısı, kusma, kilo verme, palpe edilebilen abdominal ya da rektal kitle, anemi, bağırsak alışkanlığındaki değişim (diyare, konstipasyon, dışkı yoğunluğu) şeklindedir (Yıldız, 2008; Buyruk, 2010; Demirbaş, 2010; Aksoy ve ark., 2012). Belirtilerde; tümörün büyüklüğüne, bulunduğu bölgesine ve durumuna göre değişiklik olabilmektedir.

2.5. KOLOREKTAL KANSERDE ERKEN TANI

Kolorektal kanserlerde belirtiler genellikle hastalık ilerleyince ortaya çıkar. Bu sebeple erken tanınan kolorektal kanserler hastalığın gerilemesinde önemli yere sahiptir. Kolorektal kanserlerin büyük çoğunluğu kolon poliplerinde olduğundan, erken teşhis edebilmek için tarama çok önemlidir. Kanserleşmemiş polip halindeki tümörler taramalar ile saptanır ve kanserin ilerlemesi önlenir. Kanser gelişen olgularda ise erken teşhis morbidite ve mortalitenin yanı sıra tedavi maliyetini de düşürüp, yaşam süresi ve kalitesi artırılır (Tuncer ve ark., 2009).

2.6. KOLOREKTAL KANSERDE TARAMA YÖNTEMLERİ

Tarama; herhangi bir belirtisi olmayan sağlıklı kişilerde basit test ve muayenelerin yapılmasını kapsamaktadır. Taramanın öncül amacı kanserin iyileşme oranının üst düzey olduğu süreçte yakalamayı hedeflemektedir. Tarama yöntemleri ekonomik açıdan toplum için makul olmalıdır (Yakan, 2018).

Ülke genelinde kolorektal kanser taramaları; 50-70 yaş aralığındaki nüfusa Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM), Toplum Sağlığı Merkezleri, ve Aile Sağlığı Merkezlerinde Gaitada Gizli Kan testi ile hızlı sonuç alınarak, pratik ve güvenilir bir şekilde iki yılda bir ücretsiz olarak yapılmaktadır. Kolonoskopi işlemi yine 50-70 yaş arasındaki nüfusa 10 yılda bir yapılması önerilmektedir. Ailede polip, kolon kanseri, ülseratif kolit, crohn hastalığı gibi bağırsak hastalığı öyküsü olan bireylerde 40 yaşından itibaren taramaya başlanmaktadır (İlgaz, 2015; Ersoy ve ark., 2017).

Gaitada Gizli Kan Testi (GGKT); Bağırsakta gözle görünemeyecek olan kanamaların dolayısıyla tümörün tespit edilmesini sağlar (Dobrucalı, 2003; Yakan, 2018). Test ucuz, kolaylıkla ulaşılabilir ve cerrahi bir işlem gerektirmemektedir (Çelik, 2003). Kolorektal kanserin subklinik evrede yakalanmasında oldukça faydalı bir testtir. Bu test uygulanmadan önce bireyin kırmızı et, turp, şalgam, elma, muz, brokoli, karnabahar, lahana, demir vitamini kullanımı ve bol C vitamini kullanımı uygulanacak olan testin yalancı pozitif çıkma olasılığını arttırmaktadır. (Altekin ve ark., 2003; Yakan, 2018). Bu nedenle testten önce bu tür beslenmeden kaçınılmalıdır.

Risk grubunda yer alan kişilerin yılda en az bir kez bu testi yapması gerekmektedir. Gaitada gizli kan testinde sonuç pozitif çıkarsa daha fazla araştırma yapmak için kolonoskopi yapılması gerekmektedir.

Sigmoidoskopi; Bu test uygulanmadan önce kişinin öncesinde sulu gıda içeren bir diyet yapması ve işlemden önce bağırsağın temizlenmesi gerekmektedir. Sigmoidoskopi de rektum ve bağırsağın ortalama olarak 60 cm'lik bölümü incelenip, yaklaşık 10-20 dk olarak işlem uygulanmaktadır. Kolonoskopiye benzer ancak tüm kolon bu işlemde incelenemez. Bağırsaklarda işlem sonrası sigmoidoskopiden kaynaklanan ağrı olabilir (Tarhan, 2015).

Kolonoskopi; Tarama, tanı ve tedavi amacı ile uygulanmaktadır. Kolonoskopi öncesi bireyler yine sulu bir gıda ile diyet yaptıktan sonra kolon temizliği için laksatif bir ilaç verilerek kolon temizliği sağlanır. Kolonik mukozanın direk görülmesi, biyopsinin kolay yapılabilmesi, poliplerin çıkarılmasına olanak sağlaması gibi diğer testlerden daha fazla avantajlıdır. Kolonoskopi ile kolon ve ileumun sonu değerlendirildiğinden güvenilirlik oranı artmaktadır (Yakan, 2018). Sigmoidoskopi ile taramadan daha fazla riski vardır. Majör kanamalar ve perforasyon gibi komplikasyonların görülme sıklığı düşük orandadır (Iqbal ve ark., 2008). Ağrılı ve acılı bir işlem değildir (Warren ve ark., 2009).

BT Kolonografi; Polipler veya kanser gibi anormal alanları gösterebilen kolon ve rektumun gelişmiş bir bilgisayarlı tomografi (BT) taramasıdır. Sedasyon gerektirmez. Kolonda veya rektumda kalan herhangi bir dışkıyı tanımlamaya yardımcı olması için testten önce bir kontrast solüsyonu içirilebilir, rektuma küçük esnek bir tüp yerleştirilebilir, hava tüpün içinden kolon ve rektuma pompalanır ve daha iyi görüntüler elde etmek için genişler.

Kolon ve rektumdaki hava nedeniyle şişkinlik veya kramp olabilir. Ancak hava vücuttan geçtikten sonra bu semptomlar kaybolmalıdır. Kolonun hava ile şişirilmesinin onu yaralayabileceği konusunda çok küçük bir risk vardır. Bu riskin kolonoskopiden çok daha az olduğu düşünülmektedir, test bireyi az miktarda radyasyona maruz bırakmaktadır (Uyanıkoğlu, 2015).

Rektal Muayene (Rektal Tuşe); Kalın bağırsağın son kısmı olan rektumda, makattan sonraki 8 cm'e yerleşen kanserlerin parmakla yapılan muayenesinde (rektal tuşe) saptanmasıdır (Türk Kolon Cerrahisi, 2022).

2.7. DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE KOLOREKTAL KANSER TARAMA ORANLARI

Kanser gelişen ve değişen dünyamızın en önemli hastalıkları arasında yer almaktadır. Kanser artmasını önlemek ve erken tanı müdahaleleri için Dünya'da ve Türkiye'de birçok kurum ve kuruluşlar önemli adımlar atmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından kanserin risk faktörlerine karşı önlenbilir faaliyet planlarını harekete geçirmiştir (Yakan, 2018). Bu eylem planlarının öncelikli amacı erken tanı ve tarama programlarının kullanılması amaçlamaktadır. Bu amaçla beraber tarama oranları %70 ve üzerine ulaştığı zaman kanserlerden kaynaklı ölümlerin azalacağı öngörülmektedir (Yakan, 2018). Ülkemizde yapılan taramaların %30-40 oranındaki kısmını kolorektal taramaları oluşturmaktadır (Emre ve ark., 2021).

İngiltere'de kolorektal kanser tarama programı ilk kez 2006 yılında gaitada gizli kan testi ile başlatılmıştır. Çin'de gaitada gizli kan test oranı %17,5 kolonoskopi yaptırma oranı ise %2,8 olarak bulunmuştur. Asya Pasifik ülkelerinde ise 50 yaş üzeri bireylerde kolorektal kanser taramaları %27 oranında yapıldığı bulunmuştur. Birleşik Amerika'da ise tarama oranları yaklaşık %55'tir (Yakan, 2018).

Ülkemizde 2009 yılında yürürlüğe giren "Kolorektal Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları" kapsamında iki yılda bir gaitada gizli kan testi ve on yılda bir kolonoskopi yer almaktadır (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021). Türkiye'de birinci basamakta yer alan Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM), Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) ve Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'de dahil edilerek 2014 yılında birinci basamakta 800 000 kadın ve erkeğe kolorektal kanser taraması

yapılmıştır. 2014 yılında tarama hizmetleri erken evrede kolon kanseri teşhis edilmiştir. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) Kanser Daire Başkanlığı'nın 2015 verilerine göre; kolorektal kanser tarama testleri %20-30 oranında yapılmaktadır, sonuçlarına göre çoğu ileri evrede olduğu bulunmuştur. 2016 yılında, 1.708.025 kişi kolon kanser tarama testlerine katılmış, 2015 yılına göre taramaya katılma sayısının arttığı görülmüştür (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2022; Yakan, 2018).

2.8. KOLON KANSERDEN KORUNMADA HEMŞİRENİN ROLÜ

Dünyada sağlık bakım profesyonellerinden hemşireler sağlığın korunması ve geliştirilmesinde gerekli önemi verilerse kanser insidansında düşüşlerin görüleceği kaçınılmazdır. Gerek klinik alanda gerekse birinci basamak hizmetlerde çalışan hemşirelere kanserden korunma ve erken tanı-tarama programlarının başarı ile yürütülmesinde önemli sorumluluklar düşmektedir. Hemşirelerin sorumluluklarından biri de bireylerin sağlık inanç ve tutumlarında kanserden korunmaya yönelik engelleyici durumları saptayarak, bireyin sağlık algılarını geliştirebilecek ve kanserden korunma yöntemlerine katılımlarını arttıracak programlar organize etmektir.

Kolon kanser risk faktörlerinin saptanması ve ortadan kaldırılabilmesi için yaşam biçimi değişiklikleri yapılması gerekmektedir. Bu kapsamda birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hemşireler de dahil olarak tüm sağlık çalışanları; sağlık eğitimi vererek topluma yardımcı olmalıdırlar. Öncelikli hedef toplumdaki her bir bireyin kanser konusunda bilinçlendirilmesidir. Kolorektal kanserden korunmaya yönelik hemşirelik yaklaşımlarıyla kanserin bireylerde fiziksel, psikolojik, sosyal etkisi önlenerek, kişinin yaşam kalitesi artmakta ve sağlığa harcanan maliyet de düşmektedir (Çürük ve Yüceler Kaçmaz, 2017). Hemşireler sağlık danışmanlığı yaparak, sağlıklı alışkanlıkları kazandırabilir, sağlıksız beslenme ve sigara alkol kullanımı gibi kötü alışkanlıkları bırakma konusunda bireylere yardımcı olabilir.

Kolon kanserinde korunmanın asıl amacını eğitimler ve bireysel çabalar oluşturmaktadır (Baran, 2014). Toplumun kanser konusunda dikkatlerini toplaması, kanser risk tanınması, korkuya yer vermeden paylaşım öncelik verilerek uyarılmaları kanserden korunmada önemlidir.

Kolon kanseri erken tanı sürecinde hemşirelerin, destek ve yardım sağlama durumu; taramaları açıklama, bilgilendirilmiş onam sağlama, iletişimi sürdürme gibi önemli rolleri ile bireylerin endişe ve korkularını en aza indirmeye yardımcı olduğu bilinmelidir (Baysal ve Türkoğlu, 2013). Sağlık kuruluşlarındaki hemşireler kanser hakkında bilgiye ve tecrübeye sahip olarak birlikte çalıştığı hekimler ile devamlı iletişim ve etkileşimdedir. (Nar, 2010). Gerek birinci basamak gerekse diğer sağlık kuruluşundaki hemşireler aynı amaç doğrultusunda ilerlemektedirler. Kanser taramalarından en uygun olan için sağlık öyküsünü öğrenerek, hasta ve ailesine kanser taraması ile ilgili en uygun eğitimi planlamak ve farkındalık sağlamak önemli hemşirelik rollerindendir (Bazensky ve ark., 2007). Hemşireler rollerini yerine getirirken kolon kanserinden korunma konusunda düzenli olarak literatür takip etmeyi ve bilgilerini güncellemeyi unutmamalıdır (Çürük ve Yüceler Kaçmaz, 2017).

Kolon kanseri ile ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde hemşirelerin tarama testlerini ve bireylere tarama varlığını kazandırma yetkinliği olduğu görülmüştür. Özellikle birinci basamak sağlık kuruluşlarında tarama testlerinden olan gaitada bakılan gizli kan testinin ücretsiz yapılması ve bu tarama testinin varlığının yayılması hemşirelerin bilinçli ve farkındalığı artırma konusunda etkinliğinden kaynaklıdır. Hemşireler rol ve sorumluluklarının bilincinde olup kolon kanserinden korunma konusunda etkinliğini arttırdığı sürece toplumda tarama farkındalığı konusunda olumlu yönde kazançlar sağlanacaktır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Bu çalışma elli yaş ve üzeri bireylerin kolon kanseri taramalarına katılımlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte gerçekleştirilmiştir.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma 50 yaş ve üzerindeki bireylere Kasım-Mart 2022 tarihleri arasında online olarak uygulanmıştır. Araştırmanın yürütüldüğü süreçte Covid-19 salgınının yaygın olması nedeniyle hastaneye başvurulardaki azalma, yüz yüze tekniğinin sakıncalı olması ve ayrıca daha geniş kitlelere ulaşım imkanı sağlayabilmek amacıyla bu yöntem tercih edilmiştir.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel olduğundan bir örneklem hesabı yapılmamış olup, çalışmanın yapıldığı tarihler arasında (1 Kasım 2021 – 1 Mart 2022) ulaşılabilen tüm kişiler araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırmaya katılmayı kabul eden ve anketleri eksiksiz dolduran toplam 100 kişi ile tamamlanmıştır (n=100).

Dahil etme kriterleri;

- 50 yaş ve üzeri olma,
- Türkçe okuyup yazabilme,
- Akıllı telefon/sosyal medya kullanma,
- Çalışmaya katılmayı kabul etme

Örneklemden dışlanma kriterleri;

- Fiziksel veya zihinsel engel durumu olma,
- Daha önce geçirilmiş ya da yaşanmakta olan herhangi bir kanser öyküsü bulunması.

3.4. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

- Kolorektal Kanser Taraması Tutum İnanç Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik güvenilirliğini yapan araştırmacı Şerife Koç'tan ölçeğin kullanılabilmesi için gerekli izinler alınmıştır (Ek 4).
- Verilerin toplanabilmesi için Demiroğlu Bilim Üniversitesi Etik Kurulundan Onay (Ek 2) alınmıştır.
- Araştırmaya katılan tüm bireylere link tıklandıktan sonra veri toplama formundan önce Bilgilendirilmiş Onam Formu, araştırmanın amacı ve kapsamı (isim ve kimlik bilgilerinin kullanılmayacağı, elde edilecek verilerin gizliliği, verilerin sadece akademik amaçlarla kullanılacağı) açıklanmıştır. 'Araştırmaya katılmayı kabul etmiyorum.' ve 'Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.' seçeneklerinden birini işaretlemeleri istenmiştir. Anket soruları sadece araştırmaya katılmayı kabul edenlere açılarak sorulara cevap vermeleri sağlanmıştır.

3.5. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırma verileri, 1 Kasım 2021- 1 Mart 2022 tarihleri arasında toplandı. Sorular Google doc. ile hazırlanan anket formu ile toplanmıştır. Anket formu whatsapp, instagram, facebook gibi sosyal medya kaynakları aracılığıyla link paylaşımı sonucu yayılmıştır. Paylaşılan bağlantıyı 108 kişi açmış ve çalışmaya katılmayı kabul ettiklerini onaylamışlardır. Araştırmaya katılmayı kabul edenlerden sekiz kişi araştırma kriterlerine uymadığı için araştırma dışı bırakılmıştır. Sonuçta araştırma 100 kişi ile tamamlanmıştır. Verilerin toplanma süreci Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Verilerin Toplanma Süreci

1. <i>Aşamada</i>	Araştırma öncesinde araştırmacı tarafından, araştırmanın yürütülebilmesi için Etik Kurul Onayı alındı.
2. <i>Aşamada</i>	Araştırmaya katılmayı kabul eden kişilerden çevrimiçi ankete katılması istendi.
3. <i>Aşamada</i>	Online olarak toplanan veriler istatistiksel olarak değerlendirildi.

3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Anket formu içerik olarak dört bölümden ve 36 sorudan oluşmaktadır (Ek 3). Birinci bölümde bireylerin sosyodemografik özelliklerine, ikinci bölümde kolon kanser risk faktörleri verilerini belirleme, üçüncü bölümde kolon kanser ile ilgili farkındalıklar ve uygulamaları, son olarak da Kolorektal Kanser Taraması Tutum İnanç Ölçeği soruları yer almaktadır.

3.6.1. Sosyo-Demografik Verileri Toplama Formu

Birinci bölümde; bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, sağlık güvencesi, gelir düzeyi algısı gibi sosyo-demografik özellikler (sekiz soru) sorgulanmıştır.

3.6.2. Kolon Kanser Risk Faktörleri Belirleme Formu

İkinci bölümde; kolon kanser risk faktörlerine yönelik sorulara (17 soru) yer verilmiştir. Bunlar arasında; bireylerin boy ve kilo oranları, sigara-alkol kullanımı, kronik hastalık öyküsü, düzenli olarak sağlık kontrolü yaptırma, bağırsak hastalığının varlığı ve türü, bağırsak alışkanlığı, beslenme alışkanlığı, fiziksel aktivite, ailede kolon kanser varlığını sorgulayan sorular sorulmuştur.

3.6.3. Kolon Kanseri ile ilgili Farkındalık ve Uygulamaları Belirleme Formu

Üçüncü bölümde; bireylerin kolon kanseri tarama testlerini yaptırma durumları, yaptırılan tarama testlerinin neler olduğu, yaptırmama sebeplerini sorgulayan sorular (11 soru) bulunmaktadır.

3.6.4. Kolorektal Kanseri Taraması Tutum İnanç (KKTİ) Ölçeği

Vernon ve ark. tarafından 1997 yılında kolorektal taraması ile ilgili psikososyal etkilerini (algılarını ve engellerini) belirlemek amacıyla geliştirilmiştir.

KKTİ Ölçeği'nde 16 madde bulunmaktadır. Bu araştırmada KKTİ ölçeğinin güvenilirliği Cronbach's Alpha=0,789 olarak yüksek bulunmuştur.

Ölçeğin maddeleri; Sağlık İnanç Modeli (Health Belief Model), Gerekçeli Eylem Teorisi (Theory of Reasoned Action) ve Sosyal Bilişsel Teoriyi (Social Cognitive Theory) temel alan Koruyucu Sağlık Modeli (Preventive Health Model) kapsamında geliştirilmiştir. Ölçeğin ilk versiyonu 1997 yılında geliştirilmiş ve önemseme ve tutarlılık, öz-yeterlilik, duyarlılık algısı, endişe ve niyet algısı olmak üzere beş alt boyut ve 21 madde yer almıştır (Vernon ve ark., 1997). Ölçeğin 2005 yılında yayınlanan versiyonunda önemseme ve tutarlılık, duyarlılık algısı, yanıt etkinliği, kanser endişesi ve sosyal etki olmak üzere beş alt boyuta ve 16 maddeye yer verilmiştir. Ölçeğin Türkçe diline uyarlama ile geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2014 yılında Şerife Koç tarafından yapılmıştır (Koç, 2014). Ölçeğin alt boyutları birbirinden bağımsız olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten önemseme ve tutarlılık algısı (4-20 puan), duyarlılık algısı ve sosyal etki (4-20 puan), yanıt etkinliği algısı ve kanser endişe algısı (2-10 puan) puanları elde edilmektedir.

- **Önemseme ve Tutarlılık Alt Boyutu:** Ölçeğin 1., 3., 4. ve 6. maddeleri bu alt boyutu oluşturmaktadır. Ölçekte 6. Madde ters olduğu için değerlendirmede “kesinlikle katılmıyorum 5 puan”, “kesinlikle katılıyorum 1 puan” olacak şekilde değerlendirilmelidir. Bu alt boyuttan alınan puanlar arttıkça kansere karşı tutumu davranışları ve kanseri önemsemesi arttığı anlamına gelmektedir (Myers ve ark., 1994; Tiro ve ark., 2005).

- **Duyarlılık Algısı Alt Boyutu:** Ölçeğin 11., 12., 13. ve 15. Maddeleri bu alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte 12. madde ters olduğu için değerlendirmede “kesinlikle katılmıyorum 5 puan”, “kesinlikle katılıyorum 1 puan” olacak şekilde değerlendirilmelidir. Bu alt boyuttan alınan puanlar arttıkça bireyin kendini risk grubunda görme olasılığı arttığı için duyarlılık algısı da artmaktadır (Myers ve ark., 1994; Tiro ve ark., 2005).
- **Yanıt Etkinliği Alt Boyutu:** Ölçeğin 14. ve 16. maddeleri bu alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınan puanlar arttıkça bireyin tarama testlerine tutumu artmaktadır (Vernon ve ark., 1997; Tiro ve ark., 2005).
- **Kanser Endişesi Alt Boyutu:** Ölçeğin 5. ve 8. maddeleri bu alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte 5. ve 8. madde ters olduğu için değerlendirmede “kesinlikle katılmıyorum 5 puan”, “kesinlikle katılıyorum 1 puan” olacak şekilde değerlendirilmelidir. Kanser endişesi arttıkça taramaya karşı bireyin sergilediği davranış azalmaktadır (Myers ve ark., 1997; Tiro ve ark., 2005; Flight ve ark., 2010).
- **Sosyal Etki Alt Boyutu:** Ölçeğin 2., 7., 9. Ve 10. Maddeleri bu alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınan puanlar arttıkça taramaya karşı bireyin tutumu ve katılımı artmaktadır (Tiro ve ark., 2005; Rees ve ark., 2008; Ait Ouakrim ve ark., 2013).

3.7. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI

Verilerin toplanmasında, ‘Google anketler’ üzerinden oluşturulan elektronik anket formu kullanılmış olup, veriler sosyal medya gruplarından (herkese açık forumlar, whatsapp, twitter, Instagram ve facebook hesapları üzerinden) link paylaşılarak toplanmıştır. Veriler 01 Kasım 2021-1Mart 2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Bir formun doldurulmasının yaklaşık 5-7 dakika sürmüştür.

3.8. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ VE SINIRLILIKLARI

Araştırmanın bağımsız değişkenleri KKTİ Ölçeği, sosyodemografik değişkenler, bilgileri iken, bağımlı değişken ise tarama yaptırma durumlarıdır. Bu çalışmanın Covid-19 pandemi sürecinde yüz yüze yapılamama durumu ise sınırlılığını oluşturmaktadır. Çalışma çevrimiçi ortamda, ankete yalnızca yanıt verenler ile yapılmıştır.

3.9. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 22.0 istatistik programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizlerinden, ölçeğin incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir.

Tablo 2. Kolorektal Kansere Taramaları Tutum İnanç Ölçeğinden Elde Edilen Verilerin Dağılımı

	N	Basıklık	Çarpıklık
Önemseme Ve Tutarlılık	100	0,054	-0,244
Duyarlılık	100	-0,686	-0,137
Yanıt Etkinliği	100	1,272	-0,797
Kanser Endişesi	100	-0,358	0,262
Sosyal Etki	100	0,650	0,502

İlgili literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1.5 ile -1.5 (Tabachnick ve Fidell, 2013), +2.0 ile -2.0 (George, ve Mallery, 2010) arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir.

Değişkenlerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Bu nedenle verilerin analizinde parametrik yöntemler kullanılmıştır. Bireylerin ölçek düzeylerini belirleyen boyutlar ile yaş ve BKİ arasındaki ilişkiler pearson korelasyon analizleri aracılığıyla incelenmiştir. Korelasyon katsayıları (r) 0,00-0,25 çok zayıf; 0,26-0,49 zayıf; 0,50-0,69 orta; 0,70-0,89 yüksek; 0,90-1,00 çok yüksek olarak değerlendirilmiştir (Kalaycı, 2006, s.116). Bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek düzeylerindeki farklılaşmaların incelenmesinde t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) ve post hoc (Tukey, LSD) analizlerinden faydalanılmıştır. Etki büyüklüğünü hesaplamak için Cohen(d) ve Eta kare(η^2) katsayıları kullanılmıştır. Cohen değeri 0.2:küçük; 0.5:orta; 0.8:büyük olarak, eta kare değeri 0.01:küçük; 0.06:orta; 0.14:büyük olarak değerlendirilmektedir (Büyüköztürk ve ark., 2018).

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları beş bölüm olarak tablolar halinde incelenmiştir.

4.1. KATILIMCILARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN DAĞILIMI

Araştırmaya katılan katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı Tablo 3’de yer almaktadır.

Tablo 3. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı (N=100)

Özellikler	Sayı	%
<u>Yaş</u>		
50-59	80	80.0
60-69	18	18.0
70 ve üzeri	2	2.0
<u>Cinsiyet</u>		
Kadın	70	70.0
Erkek	30	30.0
<u>Medeni Durum</u>		
Evli	89	89.0
Bekar	11	11.0
<u>Eğitim Durumu</u>		
İlkokul ve Altı	18	18.0
Ortaokul	18	18.0
Lise	29	29.0
Üniversite	35	35.0
<u>Çalışma Durumu</u>		
Emekli	32	32.0
Çalışıyor	42	42.0
Çalışmıyor	26	26.0
<u>Gelir Düzeyi</u>		
Gelir Giderden Az	29	29.0
Gelir Gidere Eşit	52	52.0
Gelir Giderden Fazla	19	19.0
<u>Sağlık Güvencesi</u>		
Var	91	91.0
Yok	9	9.0
<u>Hastane İmkânı</u>		
Erişebileceği Mesafede	66	66.0
Yakında Yoktur	34	34.0

Çalışmaya katılan bireylerin %70,0 kadın, %30,0 erkektir, %89,0 evlidir, %18,0 ilkokul ve altı, %18,0 ortaokul düzeyinde eğitim almıştır.

Katılımcıların %26,0 çalışmamakta, %42,0'si ise emekli olmuştur. Bireylerin kendi algılarına göre gelir düzeyleri %52,0 oranında gelir gidere eşit olarak belirlenmiştir. Katılımcıların %91,0'ının sağlık güvencesi vardır. Katılımcıların %85'inin sağlık güvencesi SGK' dır ve %66,0' ının ise erişebileceği mesafede hastane imkanı vardır.

4.2. KATILIMCILARIN KOLON KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİNE İLİŞKİN VERİLER

İkinci bölümde araştırmaya katılan kişilerin kolon kanseri risk faktörlerine ilişkin bulguları yer almaktadır.

Tablo 4. Katılımcıların Beslenme Durumlarına İlişkin Bazı Özellikler (N=100)

Özellikler	Sayı	%
<u>Beden Kitle İndeksi (BKİ)</u>		
Normal (18.5<24.9)	26	26.0
Fazla Kilolu (25.0<29.9)	52	52.0
I.Derece Obez ve üzeri (30.0<39.9)	22	22.0
<u>Son Zamanlarda İstemsiz Kilo Değişikliği</u>		
<u>Yaşama Durumu</u>		
Yaşayan	8	8.0
Yaşamayan	92	92.0
<u>Dengeli ve Düzenli Beslendiğini Düşünme</u>		
Genelde	54	54.0
Nadiren	24	24.0
Hiç	22	22.0
<u>Yemeklerin Pişme Derecesi Tercihleri</u>		
Az Pişmiş	6	6.0
Orta Pişmiş	46	46.0
Çok Pişmiş	48	48.0
<u>Günlük Su Tüketimi (bardak)</u>		
1-2	13	13.0
3-5	44	44.0
6-10	35	35.0
10'dan fazla	8	8.0

Katılımcıların BKİ değerine göre %26'sı normal kilolu, %52'si fazla kilolu olup, %92'si son altı ayda istemsiz kilo kaybı yaşamamıştır. Katılımcılardan %63'ünün günlük öğün sayısı üç ve üzeridir. Katılımcıların %54'ü genelde dengeli beslendiğini düşünmektedir ve %48'i yiyecekleri çok pişmiş tükettiğini belirtmiştir; katılımcıların günlük su tüketimleri %44 oranında 3-5 bardak olarak belirlenmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların Bireysel Alışkanlıklarının Dağılımı (N=100)

Özellikler	Sayı	%
<u>Sigara Kullanımı</u>		
Kullanıyor	36	36.0
Kullanmıyor	64	64.0
<u>Günde Sigara Kullanım Miktarı (n=36)</u>		
5'ten az-9 adet	5	13.9
Yarım paket-1 paket	26	72.2
2 paket	3	8.3
2 paketten fazla	2	5.6
<u>Alkol Tüketimi</u>		
Kullanıyor	18	18.0
Kullanmıyor	82	82.0
<u>Alkol Kullanım Sıklığı (n=18)</u>		
Her gün	4	22.2
Haftada 1-2 gün	3	16.7
Haftada 3-4 gün	3	16.7
Ayda birkaç defa- Nadiren	8	44.5
<u>Fiziksel Aktivite</u>		
Evet	26	26.0
Hayır	74	74.0
<u>Aktivite Türleri (n=26)</u>		
Yürüyüş	20	50
Koşu	2	7.7
Yüzme	3	11.5
Bahçe İşleri	7	26.9
<u>Aktivite Sıklığı (haftalık) (n=26)</u>		
Haftada 1-2 gün	8	30.8
Haftada 3-4 gün	6	23.1
Haftada 5-6 gün	3	11.5
Her gün	9	34.6

Katılımcılardan %36'sı sigara kullanmakta olup bunlardan %72,2'si günde bir paket kullanmaktadır. Bunun yanında bireylerin %82'si alkol kullanmadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların düzenli fiziksel aktivite yapma oranları da düşüktür. %74'ü ise düzenli fiziksel aktivite yapmamaktadır. Yapanlar ise en yüksek oranda (%50,0) yürüyüş yapmaktadır.

Tablo 6. Katılımcıların Kronik Hastalık Varlığı, Sağlık Kontrolü Yaptırma Durumları, Ailede Bağırsak Hastalığı ve Kanser Öyküsü Varlığı Özelliklerinin Dağılımı (N=100)

Özellikler	Sayı	%
<u>Kronik Hastalık</u>		
Var	41	41.0
Yok	59	59.0
<u>Kronik Hastalık Türü * (n=41)</u>		
Hipertansiyon	24	58.5
Diyabetes Mellitus	12	29.3
Kardiyovasküler Hastalıklar	3	7.3
KOAH	1	2.4
Tiroid	7	17.1
Astım	3	7.3
<u>Düzenli Genel Sağlık Kontrolü Yaptırma Durumu</u>		
Yaptıran	12	12.0
Yaptırmayan	53	53.0
Nadiren Yaptıran	35	35.0
<u>Ailede Bağırsak Hastalığı Varlığı</u>		
Evet	6	6.0
Hayır	79	79.0
Bilmiyor	15	15.0
<u>Ailedeki Bağırsak Hastalığı Olan En Yakın Akraba (n=6)</u>		
Anne-Baba	3	50.0
Amca-Dede	3	50.0
<u>Ailede Kanser Öyküsü Varlığı</u>		
Evet	45	45.0
Hayır	49	49.0
Bilmiyor	6	6.0
<u>Kanser Öyküsü Olan Kişi (n=45)</u>		
Anne, Baba, Kardeş (Birinci Derece Akraba)	28	62.1
Amca, Dayı, Teyze, Hala, Dede (İkinci Derece Akraba)	17	37.9

*Katılımcılar birden fazla seçeneği işaretleyebildiği için N katlanmıştır.

Çalışmaya katılan katılımcıların %41,0'inde kronik hastalık vardır. Kronik hastalığı olan katılımcıların %58,5'inde hipertansiyon vardır. Katılımcılardan düzenli olarak sağlık kontrolünü %53,0'ı yaptırmamaktadır. Katılımcıların %79'unun ailesinde bağırsak hastalığı olmadığı, bağırsak hastalığı olan yakınları; %33,3' ü amca ve %33,3'ü babadır. Katılımcıların ailesinde %49'unda kanser öyküsü yoktur, %45'inin ise ailede kanser öyküsü vardır. Kanser öyküsü olanların ise %62.1' inde birinci derece akrabalarında vardır.

Tablo 7. Katılımcıların Bağırsak Alışkanlıkları ve Bağırsak Hastalığı Öyküsüne İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (N=100)

Özellikler	Sayı	%
<u>Bağırsak Alışkanlığı</u>		
Günde en az bir kez	65	65.0
İki günde bir kez	22	22.0
Üç – dört günde bir kez	10	10.0
<u>Son Altı Ayda Defekasyon Sıklığında Değişim Yaşama Durumu</u>		
Evet	7	7.0
Hayır	93	93.0
<u>Bağırsak Alışkanlık Değişimi Yaşama Nedenleri (n=7)</u>		
Sıklığında azalma	3	42.9
Tam boşaltamama	2	28.6
Sıklığında artma	2	28.6
<u>Bağırsak Alışkanlığındaki Değişimi Bir Sorun Olarak Algılama Durumu (n=7)</u>		
Düşünen	5	71.4
Düşünmeyen	2	28.6
<u>Bilinen Bağırsak Hastalığı</u>		
Var	7	7.0
Yok	67	67.0
Bilmiyorum	26	26.0
<u>Bağırsak Hastalığının Adı (n=7)</u>		
Crohn Hastalığı	1	14.3
Çölyak	1	14.3
Geçirgen Bağırsak	1	14.3
Hemoroid	2	28.6

Polip-adenom	1	14.3
Ülseratif Kolit	1	14.3
<u>Son Altı Aydır Yaşanan Bağırsak Hastalıkları İle İlişkili</u>		
<u>Olabilecek Sağlık Sorunları*</u>		
Geçmeyen karın ağrısı	1	1.0
İştahsızlık	7	7.0
Bulantı-kusma	1	1.0
Yorgunluk	36	36.0
Dışkılamada gelen kan	4	4.0
Dışkılama alışkanlığının değişmesi (ishal, kabızlık)	7	7.0
Rektal akıntı veya dışkı ile gelen mukus	2	2.0
Karında ele gelen kitle	1	1.0
Kötü kokulu gaz	9	9.0
Anemi	8	8.0
Hiçbiri	52	52.0

* Birden fazla cevap verildiğinden N katlanmıştır.

Katılımcıların 65'i günde en az bir kez defekasyonu olduğunu, 7'si son altı ayda defekasyon sıklığında bir değişiklik yaşadığını, 3'ünün bunun eskisine göre tuvalete çıkma sıklığında azalma şeklinde olduğunu belirtmiştir. Katılımcılar bu değişiklikleri 5'i bağırsak sindirim sisteminde bir sorun olarak algılamıştır. Katılımcıların 67'si bir bağırsak hastalığı sorunu olup olmadığını bilmemekte, varlığını bilenlerden 2'si ise hemoroid sorunu yaşadığını belirtmektedir. Katılımcılardan 36'sı bağırsak sorunuyla ilgili olabilecek yorgunluk şikayeti olduğunu belirtirken 52'si hiçbirini yaşamamıştır.

4.3. KATILIMCILARIN KOLON KANSERİNE YÖNELİK FARKINDALIKLARI İLE TARAMA TESTLERİNE KATILIMLARINA İLİŞKİN VERİLER

Araştırmaya katılan katılımcıların kolon kanserine karşı farkındalık ve uygulama verilerinin ilişkin bulguların dağılımı Tablo 8' de yer almaktadır.

Tablo 8. Kolon Kanseri Taramalarını Bilme ve Yaptırma Durumlarının Dağılımı
(N=100)

ÖZELLİKLER	Sayı	%
<u>Kolon Kanseri Tarama Yöntemini Bilme</u>		
Bilen	64	64.0
Bilmeyen	36	36.0
<u>Bilinen Kolon Kanseri Tarama Testleri (n=64)*</u>		
Gaitada gizli kan	41	64.1
Kolonoskopi	49	76.6
<u>Kolon Kanseri Taraması Yaptırma Durumu</u>		
Yaptırmış	11	11.0
Yaptırmamış	89	89.0
<u>Yaptırılan Test Türü*</u>		
Kolonoskopi	6	54.5
Gaitada gizli kan	8	72.7
Sigmoidoskopi	1	9.1
Tüm batın BT	2	18.2
CA 19-9 ve GGT	1	9.1
<u>Bundan Sonra Kolon Tarama Testi Yaptırmayı Düşünme</u>		
Evet	67	67.0
Hayır	33	33.0
<u>Yaptırmak İstenilen Tarama Testi Türü*</u>		
Gaitada gizli kan	28	41.8
Kolonoskopi	24	35.8
Doktor muayanesi- rektal tuşe	27	42.2
Doktor hangi testi gerekli görürse	44	65.7
<u>Kendini Gelecekte Kolon Kanseri Açısından Riskli Görme</u>		
Gören	19	19.0
Görmeyen	81	81.0

*Birden fazla seçilen madde

Tablo incelendiğinde katılımcıların %64,0’ü kolon kanseri tarama yöntemleri ile erken tanısı olduğunu bilmektedir. Tarama testlerini bilenlerden %64,1’i gaitada gizli kan testini, %76,6’sı kolonoskopiye kolon kanseri tarama testi olarak bilmektedir. Araştırmamıza katılan katılımcıların bugüne kadar sadece 11’i kolon kanseri için tarama testi yaptırmıştır. Bunlardan en yüksek oranda yaptırılan %72,7 (8kişi) oranında gaitada gizli kan testidir. Katılımcılardan 67’si bundan sonra düzenli kolon kanseri testi yaptıracığını düşündüğünü belirtmiştir. Bu kapsamda en yüksek oranda verilen cevap %65,7 oranında “doktorunun istediği test” olarak belirlenmiştir. Katılımcıların 19’u kendini kolon kanseri olabilme açısından gelecekte riskli görmektedir.

4.4. KATILIMCILARIN KOLOREKTAL KANSER TARAMASI TUTUM İNANÇ (KKTİ) ÖLÇEĞİ VERİLERİ

Bu bölümde katılımcıların Kolorektal Kanseri Taraması Tutum İnanç (KKTİ) Ölçeği ile belirlenen kolorektal kansere ilişkin tutum ve inançlarına yer verilmiştir.

Tablo 9. Katılımcıların Kolorektal Kanseri Taraması Tutum İnanç Ölçeği Puanlarının Dağılımları (N=100)

KKTİ Ölçeğinin Alt Boyutları	Ort	Ss	Min.	Maks.	Alpha
Önemseme Ve Tutarlılık	14,080	2,334	8,000	20,000	0,793
Duyarlılık Algısı	10,440	1,909	6,000	14,000	0,765
Yanıt Etkinliği	7,430	1,430	2,000	10,000	0,739
Kanser Endişesi	5,850	1,966	2,000	10,000	0,786
Sosyal Etki	11,640	2,758	5,000	20,000	0,782

Katılımcıların KKTİ Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları incelenmiş, “önemseme ve tutarlılık” alt boyutu puan ortalaması 14,080±2,334 (Min=8; Maks=20), “duyarlılık algısı” alt boyutu puan ortalaması 10,440±1,909 (Min=6; Maks=14), “yanıt etkinliği” alt boyutu puan ortalaması 7,430±1,430 (Min=2; Maks=10), “kanseri endişesi” alt boyutu puan ortalaması 5,850±1,966 (Min=2; Maks=10), “sosyal etki” alt boyutu puan ortalaması 11,640±2,758 (Min=5; Maks=20) olarak bulunmuştur.

4.5. KKTİ ÖLÇEĞİNİN ALT BOYUTLARI ile KATILIMCILARIN TEST YAPTIRMA DURUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİYİ GÖSTEREN BULGULAR

Bu bölümde; araştırmaya katılan bireylerin test yaptırma durumlarının KKTİ Ölçeği ile karşılaştırılması ve katılımcıların test yaptırma durumları ile kendini gelecekte riskli görme durumlarına yer verilmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların Test Yaptırma Durumları ile KKTİ Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Karşılaştırılması (N=100)

<u>Ölçek Alt Boyutları</u>	<u>Test Yaptırma Durumu</u>	<u>Sayı (N=100)</u>	<u>Ortalama</u>	<u>Standart Sapma</u>	<u>p</u>	<u>T test</u>
Önemseme ve Tutarlılık	Yaptıran	11	15,272	2,195	0,568	1,817
	Yaptırmayan	89	13,932	2,319		1,898
Duyarlılık Algısı	Yaptıran	11	11,181	2,182	0,395	1,372
	Yaptırmayan	89	10,348	1,865		1,213
Yanıt Etkinliği	Yaptıran	11	6,636	1,566	0,430	-1,927
	Yaptırmayan	89	7,528	1,390		-1,802
Kanser Endişesi	Yaptıran	11	5,363	2,377	0,151	-0,869
	Yaptırmayan	89	5,910	1,916		-0,733
Sosyal Etki	Yaptıran	11	11,000	2,932	0,864	-0,814
	Yaptırmayan	89	11,719	2,742		-0,773

Tablo incelendiğinde KKTİ Ölçek alt boyutları puanları ile kişilerin kolon kanseri tarama testi yaptırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

Tablo 11. Katılımcıların Test Yaptırma Durumları ile Kendini Gelecekte Riskli Görme Durumlarının Karşılaştırılması (N=100)

<u>Test Yaptırma Durumu</u>	<u>Sayı</u>	<u>Kendini Gelecekte Riskli Görme Durumu</u>	<u>Sayı</u>	<u>%</u>	
Yaptıran	11	Riskli Gören	3	27,3	p= 0,55 $\chi^2= 0,43$
		Riskli Görmeyen	8	72,7	
Yaptırmayan	89	Riskli Gören	16	18,0	
		Riskli Görmeyen	73	82,0	

Katılımcıların verdikleri yanıtı göre tablo incelendiğinde kolon kanseri tarama testi yaptıranlardan 3'ünün (%27,3) kendini gelecekte kanser açısından riskli gördüğü, test yaptırmayanların da 16'sının (%18) kendini riskli gördüğü ve 100 katılımcıdan %81'i kendini kolon kanseri açısından riskli görmediği sonuçlarına varılmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

5. TARTIŞMA

Bu çalışma; elli yaş ve üzeri bireylerin kolon kanseri taramalarına katılımlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirildi. Araştırmada elde edilen bulgular dört ana bölüm halinde sunulmuştur.

1. Kolon Kanseri Risk Faktörlerine İlişkin Bulguların Tartışılması
2. Kolon Kanseri Farkındalık ve Tarama Uygulamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması
3. KKTTİ Ölçeği' nin Alt Boyutlarından Aldığı Puanların Ve Test Yaptırma Durumların Karşılaştırılmasının Tartışılması
4. Katılımcıların Test Yaptırma Durumları ile Kendini Gelecekte Riskli Görme Durumları Karşılaştırılmasının Tartışılması

5.1. KOLON KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Kolon kanseri gelişiminde etkisi olan risk faktörleri arasında beslenme alışkanlıkları, sigara ve alkol kullanımı, fiziksel aktivite ve kronik hastalıklar sayılabilir (Ertürk, 2010; Türkçapar ve ark., 2005). Kanserli hastalarında malnütrisyon sık görülmektedir. Yeni tanı konmuş kanser hastaların yaklaşık %50'sinde, ileri evre kanser hastalarının ise %75'den fazlasında kilo kaybı saptanmıştır (Yılmaz ve ark., 2016). Çalışmamızda son zamanlarda istemsiz kilo değişikliğini katılımcıların %8,0'i yaşamıştır. Çalışmamızda kilo kaybı görülme oranı oldukça düşük olmakla birlikte bunun bir kanser belirtisi olma olasılığı açısından önemlidir. Ancak katılımcılar bunu bir hastalık belirtisi olarak da görmemektedir. Toplumda bu konuda farkındalık artırılmalıdır. Fazla kilolu ve obez bireylerde, kolon kanseri gelişme riski artmaktadır.

Fiziksel aktivite içerisinde olan bireylerin ise kolon kanserine yakalanma riski daha düşüktür. Yapılan çalışmalarda obezitenin kolon kanseri riskini 1,5 kat arttırdığı ortaya konulmuştur (Türk, 2015; Ertürk, 2010). Çalışmamızdaki katılımcıların BKİ' sine bakıldığında %52'si fazla kilolu, %22'sinin ise 1.derecede obez ve üzerinde olduğu görülmüştür. Baysal ve ark. (2013) tarafından “birinci basamağa başvuran bireylerin kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inançlarının ve kolorektal kanser ile ilgili bilgi düzeylerinin belirlenmesi” konulu çalışmalarındaki katılımcıların %52,6'sının kilolu olması çalışmamız ile benzerlik göstermektedir (Baysal ve ark., 2013). BKI yüksek bireylere kolon kanseri risk altında olduklarının fark ettirilmesinin önemli olduğu, sağlık personelinin BKI yüksek kişilere kolon kanser riski açısından da değerlendirilmesi gerektiğinin önemli olduğu kaçınılmazdır.

Beslenmenin önemi kadar yediklerimizin pişirilme şeklide çok önemlidir. Sağlıklı beslenme yanında su tüketimine de bir o kadar dikkat edilmelidir. Çalışmada görüldüğü gibi, kolon kanseri olgularının %50'sinde etmenin diyet ve yaşam şekli olduğu belirlenmiştir (Kadayıfçı, 2003). Çalışmamıza bakıldığında %54,0'ü genelde dengeli ve düzenli beslendiğini düşünmekte, %24,0'ü ise nadiren dengeli ve düzenli beslendiğini düşünmektedir. Çalışmamızda besinlerin pişme derecesine göre %48'inin çok pişmiş şekilde beslendiğini söylemek mümkündür. Çalışmamızda ise; günlük su tüketimine bakıldığında; %44,0'ının günde 3-5 bardak, %35'inin ise 6-10 bardak günde su tükettiğine, düşük oranda %8'i günde 10 bardaktan fazla tükettiğine varılmıştır. Bu çalışmadan beslenme, egzersiz ve günlük yaşam aktivitelerine yönelik verilere baktığımızda katılımcıların kolon kanseri risk faktörlerini taşıdıkları görülmektedir. Bu konuda sağlık personellerinin risk azaltıcı davranışların farkına varmalarını ve geliştirmelerini sağlayacak çalışmalar yapmasını, bireylere sağlıklı beslenme ve aktivitelerin artırılması konusunda eksik hissedilen bölümlerde destek vermeleri önerilmektedir.

Çalışmamızdaki bireylerin sigara ve alkol kullanımları incelendiğinde; %36'sı sigara kullanmakta, sigara kullananlardan da %47,2'si günde bir paket sigara kullandığını, bireylerden %18'inin de alkol kullandığı görülmüştür. Sigara ve alkol kullanımı kolon kanserine yakalanma riskini arttıran, kolon kanseri ve riskli polip gelişiminde önemli risk faktörleridir.

Sigara kullananlarda adenom görülme riski 2,5 kat daha fazla gözlenmektedir. Sigara ile birlikte alkol kullanımı kolon kanseri görülme riskini iki kat arttırmaktadır (Wilkes, 2011; Kahı ve ark., 2008). Alkol kullananların kullanım sıklığına bakıldığında ise %27,8'i nadiren, %22,2'si her gün alkol kullanmaktadır. Çalışmamıza benzer oranlar elde edilen Baysal ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada da katılımcıların %83,8'inin sigara ve %97,1'inin alkol kullanmadığı bulunmuştur (Baysal ve ark., 2013). Çalışmamızda sigara ve alkol kullanım oranlarının çoğunluğa göre düşük olduğunu saptamak katılımcıların sigara ve alkol kullanımı yönünde farkındalık düzeyinin iyi olmasından kaynaklı olduğu ve bu farkındalığı çevremizde yayılan sigara ve alkolün olumsuz etkilerinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Bilindiği üzere, fiziksel aktivite kolon kanserden korur, fiziksel aktivite azaldığında kolorektal polip ve kolon kanser görülme riski artmaktadır. Yapılan birçok çalışmanın analizinde düzenli fiziksel aktivitesi olan bireylerin daha az fiziksel aktivitesi olan bireylere göre kolon kanseri riski %24 daha az olduğu görülmüştür. Fiziksel aktivitenin eksikliği ise kanserlerde risk etmeni olmuştur (Açıkgöz ve ark., 2011; Wolin ve ark., 2009). Çalışmamızdaki katılımcıların fiziksel aktivite durumlarına bakıldığında sadece %26'sının fiziksel aktivite yaptığı belirlenmiştir. Fiziksel aktivite yapanların %76,9'unun yürüyüşü tercih ettiği bulunmuştur. Katılımcıların BKİ düzeyleride fazla kilolu bulunmuştu, fiziksel aktiviteye katılım oranı da az olduğundan bu iki faktör kolon kanseri riskini daha da arttırmaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların %41'inde kronik hastalık öyküsü mevcut olup %58,5 (n=24) oranında hipertansiyon, %29,3 (n=12) oranında Diyabetes Mellitus varlığı söz konusudur. Hipertansiyon ve Diyabet günümüzde sık rastlanılan kronik hastalıklardır. Her iki hastalık da yaş ile birlikte artış göstermektedir. Bir araştırmaya göre 54 yaş grubunda her üç kişiden birinde hipertansiyon görülmektedir. Yapılan bir çalışmada %61,82'inde kronik hastalıkların olduğu bulunmuştur (Baysal ve ark., 2013). Diyabetli hastalarda ise kolon kanseri insidansının arttığı çalışmalar mevcuttur. Yuhara ve arkadaşlarının çalışmasında diyabetin kolon kanseri riskini arttırdığı sonucu çıkmıştır (Yuhara ve ark., 2019). Yapılan bir diğer çalışmada diyabeti olan ve olmayanlar kıyaslanmış kolon kanseri görülme sıklığı açısından diyabetli hastaların üç kat daha fazla riskli olduğu görülmüştür (Arslan ve ark., 2013).

Kolon kanserine eşlik eden hastalıkların başında hipertansiyon, diyabet ve KOAH'ın geldiği Turan ve arkadaşlarının çalışmasında da bulunmuştur (Turan ve ark., 2012). Çalışmamız ve diğer çalışmaların sonuçlarına göre kronik hastalıklardan hipertansiyon ve diyabetin önemli olduğu sonucuna varılmıştır. İnsanlarda yaşam kalitesini arttırmak için sağlık hizmetlerinin yeri çok önemlidir. Çalışmamızda katılımcıların genel sağlık kontrolünü yaptırmayanların oranı %53 olarak, nadiren yaptıranların ise %35 olarak bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada araştırmaya katılanların %22,1'isi iki yılda bir düzenli sağlık kontrolü yaptırdığı görülmüştür (Kılıç ve Koç, 2014).

Aile bireylerinde kolon kanseri görülmüşse, genetik yatkınlıktan dolayı kolon kanserine yakalanma riski göz ardı edilmemelidir. Katılımcılardan ailesinde bağırsak hastalığı olmayanların oranının %79,0 olduğu bulunmuştur. Ailesinde bağırsak hastalığı olanların ise %50'si (n=3) anne ve babasında, %50'si (n=3) amca ve dedesinde vardır. Katılımcıların ailesinde kanser öyküsü ise %45'inde vardır, birinci derece akrabalarında %57,5 (n=26), ikinci derece akrabalarında %33,4 (n=14) kanser öyküsü olduğu görülmüştür. Baysal ve arkadaşlarının çalışmasında çalışmaya katılanların %69,1'inin ailesinde kanser öyküsü olmadığı, kolon kanserinin genetik faktörlerin %6-10 oranında olduğu görülmüş ve katılımcıların 1/3'ünün birinci derece akrabalarında kanser olduğu görülmüştür (Baysal ve ark., 2013). Açık göz ve arkadaşlarının çalışmasında, %56,3 oranda birinci derece, %21,1 oranda ikinci derece, %22,6 oranında üçüncü derece yakınlarında ailede kanser öyküsü olduğu bulunmuştur (Açık göz ve ark., 2011). Genetik faktörlerin yapılan çalışmalarda da etkisinin olduğu, ailede genetik dolayısıyla akrabalarda da görülmesi dikkat çekmektedir.

Araştırmamızdaki katılımcıların son zamanlardaki bağırsak alışkanlıklarındaki değişimlere bakıldığında; %65'i günde en az bir kez defekasyona çıktığını, bağırsak alışkanlığında değişim yaşayanlardan %42,9 (3) oranında sıklığında azalma sorunu yaşadığı ve bu değişimi bir sorun olarak görme durumları incelendiğinde %71,4'ü (5) bu değişimi bir sorun olarak gördüğü saptanmıştır. "Bağırsak alışkanlığında değişiklik" olan durum ishal, kabızlık ve gaitada değişiklik olarak anlaşılmalı, bazı analizlerde bağırsak alışkanlığındaki değişikliğin kolon kanseri belirtileri olduğu bilinmektedir (Demirbaş, 2010).

Turan ve arkadaşlarının kolon kanser tanısı almış bireylerde yaptığı araştırmada, doktora başvuranların ilk üç şikayetinin sırasıyla dışkıda kan gelmesi (%62,6), kabızlık (%51,2) ve karın ağrısı (%47,2) olduğu saptanmış (Turan ve ark., 2012). Kolon kanserinin erken belirtilerinden gaita özelliğinin değişmesi sayılmaktadır. Katılımcıların bağırsak hastalığı olarak kendilerinde var olduğunu bilenlerin oranı %7, var olmadığını bilenler ise %67 oranındadır. Bağırsak hastalığı olarak bilinenler; crohn hastalığı (n=1), çölyak (n=1), geçirgen bağırsak (n=1), hemoroid (n=2), polip-adenom (n=1), ülseratif kolit (n=1) hastalıklarıdır. Katılımcıları bağırsak hastalıkları hakkında fikirlerinin olduğu, bildiği bazı hastalıkların ise yanlış bildiği görülmüştür. Kolon kanseri ve kolon hastalıkları hakkında bilgi seviyesinin artırılması gerektiği saptanmıştır.

Katılımcıların ise son altı aydır yaşadığı bağırsak hastalıkları ile ilgili gördükleri sağlık sorunlarından %36 oranında yorgunluk, %9 kötü kokulu gaz, %8 anemi, %7 dışkılama alışkanlığında değişim, %7 oranında iştahsızlık ve son olarak %52 oranında hiçbirini seçtikleri görülmüştür. Crohn hastalığı ve kronik ülseratif koliti olanlarda kolon kanseri riski ile hastalığın yaygınlığı ve süresi orantılı artmaktadır. Tıbbi öyküsünde polip olan kişilerde kolon kanseri riski fazladır (Taskila ve ark., 2009). Bağırsak hastalığı öyküsü varlığı kolon kanseri riski için çok önemlidir ve bireylerde kolon kanser semptomlarının olması taramalara katılımı etkilemektedir (Jo ve ark., 2008). Jo ve arkadaşlarının çalışmasında kolon kanseri belirtileri bulunan bireylerin daha fazla kolon kanser taramalarına katıldığı görülmüştür (Jo ve ark., 2008). Kolon kanseri taramalarına katılımların artırılması bireylerde var olan belirtilerin farkına varılması ile sağlanacaktır. Bireyler de kolon kanseri ve belirtileri farkındalığı arttıkça, taramalara katılımında artacağı düşünülmektedir.

5.2. KOLON KANSERİ FARKINDALIK ve TARAMA UYGULAMALARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Çalışmamızda katılımcılardan kolon kanseri testlerini bilenlerin oranı (%64) bilmeyenlerin oranına (%36) göre daha fazladır. Kolon kanseri taramaları olarak doğru bilinen testlerden %64,1 gaitada gizli kan testi, %76,6 kolonoskopidir.

Katılımcıların çoğunun kolon kanser taramalarını bilmelerinin güzel sonuçlar olduğu ve kanser tarama programları hakkında yapılan bilgilendirmelerin (basın, televizyon, vb.) başarısından kaynaklandığı düşünülmektedir. Tarama testlerinin bilinme oranının fazla bulunmasına rağmen kolon kanseri tarama testi yaptırmama durumu incelendiğinde ise sadece %11 oranda katılımcının bugüne kadar bir tarama testi yaptırdığı, %89 oranında katılımcıların ise tarama testi yaptırmadığı görülmüştür. Tarama yaptıran 11 kişiden %72,7'si (8) Gaitada Gizli Kan testi, %54,5'i (6) kolonoskopi yaptırmıştır. Baysal ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların %89,7'sinin kolon kanseri erken tanı yöntemlerini bilmediği, %94,1'inin taramaya başlamak için yaşın sınırını bilmediği, %79,4'ünün kanser belirtilerini bilmediği varılmıştır (Baysal ve ark., 2013). Nar'ın çalışmasında da bireylerin %62'sinin kolon kanserinden korunmak için herhangi bir bilgiye sahip olmadıklarına saptanmıştır (Nar, 2010). Çalışmamız ve diğer yapılan çalışmaların sonuçlarına bakıldığında kolon kanseri hakkında bilgi eksikliği, kolon kanseri tarama testlerine katılım hakkında yetersiz olduğu bulunmuştur.

Yapılan bir çalışmada katılımcıların %91,2'sinin kolon kanseri taraması yaptırmadığı saptanmıştır (Baysal ve ark., 2013). Şen'in çalışmasında kolon kanser taramasına katılanların %84,4'ü daha önce hiç tarama testi yaptırmadığı, %15,6'sının daha önceden tarama amaçlı kolonoskopi veya sigmoidoskopi yaptırdığı görülmüştür (Şen, 2008). Güven'in çalışmasında katılımcıların %81'inin son beş yılda kolon kanseri taraması yaptırmadığı bulunmuştur (Güven, 2010). Bu sonuçlar ile diğer çalışmalar ve çalışmamızda kolon kanser tarama oranının düşük olduğunu göstermektedir. Bu sebeple bireylerin kolon kanseri tarama yöntemlerini bilmek ve taramalara katılımını sağlamak, sağlık algılarını etkilemek ve farkındalığı arttırmak için eğitime, bilgiye ihtiyaç olduğu düşünülmektedir. Bu oranların düşüklüğünde bireylerin kendilerinde meydana gelen ve kanser belirtisi olabilecek değişiklik ve sağlık sorunlarını da bilmemelerinin ve şüphelenmemelerinin etkisi olduğu değerlendirilmektedir.

Katılımcılardan kolon kanseri tarama testlerini bundan sonra yaptırmayı düşünenler %67'dir. Doktor hangi testi gerekli görürse yaptırmayı düşünenler %65,7, gaitada gizli kan testini yaptırmayı düşünenler %41,8, kolonoskopi yaptırmayı düşünenler %35,8 olarak görülmüştür.

Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2022 yılında 1,8 milyon kolorektal kanser taraması gerçekleştirildiği bulunmuştur. Tarama programı olan ülkelerde de gaitada gizli kan testi ya da kolonoskopi yaptırma oranı pek yüksek değildir. Avrupa ülkelerinde yapılan çalışmalarda elli yaş ve üzeri bireyler hayatında gaitada gizli kan testi yaptırılanların oranının yaklaşık %50 olduğu bilinmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013). Açıköz ve arkadaşlarının çalışmasında kolonoskopi yaptırılanların %86,7'sinin bir kez yaptırdığı belirlenmiştir (Açıköz ve ark., 2011). Batı Avustralya'da yapılan benzer bir çalışmada ise kolonoskopi yaptırma oranı %5,6'dır (Christou ve ark., 2012). Çalışmamız ve yapılan benzer çalışmalarda kolon kanseri tarama testlerini yaptırılanların oranlarının düşük olduğuna varılmaktadır. Sağlık personelinin, yaş gruplarına göre yaptırması gereken kolon tarama testleri konusunda bilgilendirme yapması gerekmektedir.

Çalışmamızdaki katılımcılar kendini gelecekte kolon kanseri açısından yüksek oranda (%81) riskli görmediği, %19 oranda ise kendini kolon kanseri açısından riskli gördüğünü belirtmektedir. 50 yaşında olmak bile kolon kanser açısından bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Şen, 2008). Yapılan bir araştırmada katılımcıların %32'si kolon kanseri açısından riskli olduğunu düşünürken, %68'i ise kolon kanseri açısından riskli olmadığını düşünmektedir (Christou ve ark., 2012).

Yapılan farklı bir çalışmada ise ailesinde kanser öyküsü olan katılımcıların %35,8'i gelecekte kansere yakalanma riskinin çoğu bireyle aynı olduğunu düşünürken, %26,8'i çoğu bireyden daha yüksek yakalanma riski olduğunu, %18,4'ü ise daha düşük yakalanma riski olduğunu düşünmektedir (Karadağ Çaman ve ark., 2014). Ailede bilinen kanser varlığı hakkında genetik etmenlerle, geçişi hakkında bilgi eksikliği varlığı görülmektedir. Ailede var olan herhangi bir kanser bilindiğinde farkındalık artırma çalışmaları ve tarama testlerine katılım doğrultusunda kansere yakalanma riskinin azalma olasılığı kabul edilmektedir.

5.3. KKTTİ ÖLÇEĞİ'NİN ALT BOYUTLARINDAN ALDIĞI PUANLARIN ve TEST YAPTIRMA DURUMLARIN KARŞILAŞTIRILMASININ TARTIŞILMASI

Önemseme ve Tutarlılık Alt Boyutu Puanları

Önemseme ve Tutarlılık alt boyutu, bireyin taramalara katılım sağlaması için önce ilk olarak kanseri önemli bir hastalık olarak görmesi gerektiğini ifade etmektedir. Ciddi bir hastalık olan kanser ile karşı karşıya kalan bireylerde, hastalığa karşı savunma mekanizması geliştirmesi ve bu hastalıktan korunmaya yönelik davranışlarının tutarlı olması istenir. Önemseme ve Tutarlılık alt boyutundan alınan puan $14,080 \pm 2,334$ (Min=8; Maks=20) bulunmuştur. Önemseme ve Tutarlılık alt boyut puanının yüksek olması, bireyin hastalığı önemseydiği ve hastalıktan korunmaya yönelik davranış değişikliğine gittiğini ifade etmektedir. Önemseme ve Tutarlılık algısı düşük olan bireye eğitim planlanabilir ve eğitim sonrası davranış değişikliğine gitme olasılığı fazladır.

Çalışmamızda Önemseme ve Tutarlılık alt boyutu test yaptıranların ve yaptırmayanların puanı $15,272 \pm 13,932$ bulunmuştur. Katılımcıların tarama testlerini yaptırma durumları ile KKTTİ Ölçeği Önemseme ve Tutarlılık alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Duyarlılık Algısı Alt Boyutu Puanları

Duyarlılık Algısı alt boyutu, bireyin sağlığında beklenmeyen durumu algılaması olarak ifade edilmektedir. Bu algının yüksek olması durumunda bireyler sağlığındaki tehlikeyi farkettiğinde davranışında değişikliğe gitmesi olarak açıklanabilir. Duyarlılık algısı yüksek olan bireylerin koruyucu davranışı ve taramaları düzenli olarak uygulaması beklenir. Duyarlılık Algısı alt boyutundan alınan puan $10,440 \pm 1,909$ (Min=6; Maks=14) bulunmuştur. Çalışmamızda Duyarlılık Algısı alt boyutu test yaptıran ve yaptırmayanların puanı $11,181 \pm 10,348$ bulunmuştur. Katılımcıların tarama testlerini yaptırma durumları ile KKTTİ Ölçeği Duyarlılık Algısı alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Yanıt Etkinliği Alt Boyutu Puanları

Yanıt Etkinliği alt boyutu, kolorektal kanserin tedavi edilebilirliği ve önlenebilirliğini içeren davranışları sergilemede etkili inançlar şeklinde açıklanmaktadır. Yanıt etkinliği puanı tarama testlerine tutum ile doğru orantılıdır, alınan puan arttıkça yanıt etkinliği de artmaktadır. Yanıt Etkinliği alt boyutundan alınan puan $7,430\pm 1,430$ (Min=2; Maks=10) bulunmuştur. Çalışmamızda Yanıt Etkinliği alt boyutu test yaptıran ve yaptırmayanların puanı $6,636\pm 7,528$ bulunmuştur. Katılımcıların tarama testlerini yaptırma durumları ile KKTTİ Ölçeği Yanıt Etkinliği alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Kanser Endişesi Alt Boyutu Puanları

Kanser Endişesi alt boyutu, sağlığını etkileyen durumun bireyde yarattığı endişeler ve sonuçların davranışları olumsuz etkilediğini ifade etmektedir. Kolorektal kanser taramasının sonusunda polip ya da kanser göstereceğini, sağlıklı olmayan sonuçlar doğrultusunda endişeleri içermektedir. Kanser Endişesi yüksek olması taramaya karşı davranış sergilemeyi engelleyen faktördür, tarama davranışı ile ters orantılıdır. Bireyin kanser endişesi azaldıkça taramalara katılım sergileyebileceği anlamına gelmektedir. Kanser Endişesi alt boyutundan alınan puan $5,850\pm 1,966$ (Min=2; Maks=10) bulunmuştur. Çalışmamızda Kanser Endişesi alt boyutu test yaptıran ve yaptırmayanların puanı $5,363\pm 5,910$ bulunmuştur. Katılımcıların tarama testlerini yaptırma durumları ile KKTTİ Ölçeği Kanser Endişesi alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Sosyal Etki Alt Boyutu Puanları

Sosyal Etki alt boyutu, bireylerin kolorektal kanser taramasına ilişkin olumlu yönde önemli bulduğu kişilerin fikirlerine ve davranışlarına uyma isteği olarak açıklanmaktadır. Bu alt boyuttan alınan puan yüksek ise, bireyin taramaya yönelik sosyal destek aldığı anlamına gelmektedir. Sosyal etki puanı arttıkça taramaya katılım artar. Sosyal Etki alt boyutundan alınan puan $11,640\pm 2,758$ (Min=5; Maks=20) bulunmuştur. Çalışmamızda Sosyal Etki alt boyutu test yaptıran ve yaptırmayanların puanı $11,000\pm 11,719$ bulunmuştur.

Katılımcıların tarama testlerini yaptırma durumları ile KKTİ Ölçeği Sosyal Etki alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Araştırma grubuna alınan katılımcıların kolorektal kanser taraması tutum ve inanç ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar incelendiğinde; en yüksek alt ölçek puan ortalaması önemseme ve tutarlılık (14,080±2,334) alt boyutu olduğu, en düşük alt ölçek puan ortalamasının ise kanser endişesi (5,850±1,966) olduğuna ulaşılmıştır.

Türkiye de insidansı yüksek olan kanserler arasında %7,9 oranında olan kolorektal kanserin mortalitesini azaltmak için taramaların artırılması gerekir (TÜİK, 2022). Dünyada yapılan çalışmalarda, bireylerin kolorektal kanser taramaları yapılma oranı %6-50 arasında değişmektedir (Jo ve ark., 2008; Gimeno-Garcia ve ark., 2011). Türkiye’de ise taramaların yapılma oranı %8-23 arasındadır (TÜİK, 2014). Uluslararası literatür ile Türkiye’deki bireylerin kolorektal kanser taramalarına katılım oranları kıyaslandığında Türkiye’de daha düşük olduğu görülmüştür. Kolorektal kanser taramalarına katılmama sebepleri ortadan kaldırılarak, sağlık profesyonelleri tarafından taramaya yönlendirilmenin doğru ve farkındalık oluşturacak şekilde yapılması gerekir. Sağlık profesyonelleri tavsiye ve yönlendirme ile kolorektal kanser taramalarına katılımı arttırmada önemli yer tutmaktadır (Griffith ve ark., 2012). Bireyler kolorektal kanser risk faktörleri, kolorektal kanserin belirtileri ve kolorektal kanser taramaları konusunda bilinçlendirilmelidir.

5.4. KATILIMCILARIN TEST YAPTIRMA DURUMLARI ile KENDİNİ GELECEKTE RİSKLİ GÖRME DURUMLARI KARŞILAŞTIRILMASININ TARTIŞILMASI

Katılımcıların %81’i kendini kolon kanseri açısından riskli görmediği, tarama testi yaptıranların %27,3’ü kendisini gelecekte riskli gördüğü, test yaptırmayanların ise %18’i kendini gelecekte riskli gördüğü bulunmuştur. Ancak kendini kanser açısından riskli görmekle test yaptıрма açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir.

Bireylere; sağlık algılarını etkileme, kolorektal kanserde erken tanı ve taramaların önemini ve farkındalıklarını artırma doğrultusunda sağlık eğitimine ihtiyaç olduğu düşünölmektedir. Topluma bu eğitimler, sağlık profesyonelleri tarafından duyurulmalıdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Elli yaş ve üzeri bireylerin kolon kanseri taramalarına katılımlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada aşığıda belirtilen sonuçlar elde edilmiştir.

- Araştırmada yer alan katılımcıların, kolorektal kanser risk faktörlerinden; %52 oranında fazla kilolu, %22 oranında obezitenin mevcut olduğu, %22 oranında dengeli ve düzenli beslenilmediği, %41'inin kronik hastalık varlığı, %53'ünün genel sağlık kontrollerini yaptırmadığı, %6'sının ailede bağırsak hastalığı varlığı, %45'inin ailede kanser öyküsü varlığı, ailede kanser öyküsü olan kişilerin birinci derece akraba olduğu, bağırsak hastalığı belirti ve bulgularından bağırsak alışkanlığında değişimi sorun olarak algılayanlar %71,4 görölmüştür.
- Kolorektal kanser risk faktörlerinden; %64'ünün sigara kullanmadığı ve %82'sinin alkol kullanmadığı, %26'sının düzenli fiziksel aktivite yaptığı, %49'unun ailede kanser öyküsü olmadığı, %79'unun ailesinde bağırsak hastalığı olmadığı ve %67'sinin bağırsak hastalığı olmadığı görölmüştür.
- Çalışmamızdaki katılımcılardan sadece 11'i daha önce tarama testi yaptırmış, 89'u yaptırmamıştır. Test yaptıranların 3'ü kendini riskli gördüğu için test yaptırdığı, hiç tarama testi yaptırmayanların da 16'sı kendini gelecekte riskli görmektedir. Tarama testi yaptırmayan ve kendini kolon kanser için riskli görenlerin gerekli eğitim ile farkındalıkların artırılmasıyla tarama testlerine katılımın artacağı düşünölmektedir.

Öneriler;

- Toplumun kolorektal kansere yol açan risk faktörleri, kolorektal kanser belirtileri, kolorektal kanser tarama yöntemleri ve kolorektal kanserden korunmaya yönelik bilgisinin artırılması konularında çalışmaların yapılması,
- Prognozu kötü ilerleyerek ölüme sonuçlanma oranı dikkate alınarak kolorektal kanser tarama programları konusunda bilinçlendirme, topluma farkındalık sağlayarak taramaların daha etkin uygulanması,
- Sağlıklı davranışlar konusunda yönlendirmeyi en etkin ve doğru şekilde sağlayacak en etkili grup sağlık profesyonelleridir. Toplumun kolorektal kansere ilişkin sağlıklı yaşam davranışları kazandırmaya yönelik hemşirelerin eğitim ve danışman rollerini arttırmalarını ve bireylerin kanser kaynaklı yaşayacağı zararı en aza indirmeleri ve kaliteli yaşam sürdürmelerini sağlamada hemşirelere büyük rol düşmesi,
- Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda; dengeli ve düzenli beslenmenin kolorektal kanser için önemi, sigara ve alkol kullanımının bırakılması, fiziksel aktivitenin artırılması, kronik hastalığı olan ve olmayanlarında genel sağlık kontrollerini yaptırmalarını arttırma, bağırsak alışkanlığında değişim yaşama durumunda doktora başvurma, özellikle ailede kanser öyküsü olanlarda temkinli davranma ve ailede kanser öyküsü olmayanlarında tarama ve eğitim konusunda daha öncelikli ele alınması,
- Bu çalışmada tarama yaptıranların oranları düşük olarak belirlendiğinden KKTİ Ölçeği ile karşılaştırma yapma sınırlı kalmıştır. Çalışmanın taramaların yapıldığı birimlerde tarama yaptıran hastalarla, toplumda yaptırmayanlarla tekrarlanması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

Açıkgöz A., Çehreli R., Ellidokuz H. (2011). Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 25 (3):145-154.

Ait Ouakrim D., Lockett T., Boussioutas A., Keogh L., Flander L.B., Hopper J.L. ve ark. (2013a). Screening participation predictors for people at familial risk of colorectal cancer: A systematic review. American Journal of Preventive Medicine. 44(5): 496-506.

Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N. Cerrahi Hemşireliği. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul. 2012.

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

Arslan E., Özçelik F., Demirbaş Ş. (2013). Obezite ile ilişkili kanser türleri. Anatol J Clin Investig. 7(3):176-184.

Babaoğlu, A., Büyüközmen, E. & Can, F. (2021). İzmir’de Toplumda Kanser Tarama Testleri Farkındalığı ve Bireylerin Kanser Tarama Testlerine Katılımını Etkileyen Faktörler. Batı Karadeniz Tıp Dergisi , 5 (2) , 173-181 . DOI: 10.29058/mjwbs.853692.

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

Baykara O. (2016). Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi; 5(3):154-165.

Baysal HY, Türkoğlu N. Birinci basamağa başvuran bireylerin kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inançlarının ve kolorektal kanser ile ilgili bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *IJHS* 2013; (10)1: 1238-50.

Bazensky I, Shoobridge-Moran C, Yoder LH. Colorectal cancer: An overview of the epidemiology, risk factors, symptoms, and screening guidelines. *MEDSURG Nursing*. 2007, 16(1):46-51.

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

Buyruk B.A. (2010). Cerrahi Tedavi Sonrası Adjuvan Kemoterapi Alan ve Almayan Evre II Kolon Kanserli Hastaların Klinik ve Patolojik Özelliklerinin ve Sağkalımlarının Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara.

Büyüköztürk, Ş., Çokluk, Ö. Ve Köklü, N. (2018). Sosyal bilimler için istatistik, Ankara: Pegem Akademi.

Chen J.H., Lin H.H. (2009). Colorectal Cancer Screening, *Tzu Chi Medical Journal*. Volume:21 no:3 S:190-196, taiwan.

Christou A, Thompson SC. Colorectal cancer screening knowledge, attitudes and behavioural intention among Indigenous Western Australians. *BMC Public Health*. 2012, 12:528. doi:10.1186/1471-2458-12-528.

Cooper H.S. (2015). Intestinal Neoplasms. In: Mills SE (eds). *Sternberg's Diagnostic Surgical Pathology*, 6th Ed. Wolters Kluwer Health. 1505-1576.

Cross A.J., Ferrucci L.M., Risch A. (2010). A large prospective study of meat consumption and colorectal cancer risk: an investigation of potential mechanisms underlying this association. *Cancer Res*. 70:2406.

Çalışkan C., Güler N., Makay Ö., Fırat Ö., Yeniay L., Korkut M.A. (2009). Rektal Kanama ve Yandaş Kolorektal Hastalığın Kolorektal Kanselerde Prognoz Üzerine Olumlu Etkileri. *Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi*; 19:112-117.

Çelik İ. (2003). Kanserde Tarama Testleri: Kime ve Ne Zaman?, *Türkiye Tıp Dergisi*, 10(2): 71-78.

Çürük, N.G. ve Yüceler Kaçmaz, H. (2017). Kolorektal Kanserden Korunma ve Hemşirenin Sorumlulukları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*; 6(4): 224-233.

Değerli Ü, Erbil Y. Kolon kanseri. *Cerrahi Gastroenteroloji. Nobel Tıp Kitabevleri*, 2005:191-198.

Demirbaş S., (2010). Kolorektal Kanser Karşımıza Nasıl Çıkar? Semptomları, Süresi ve Yerleşim Yeri Hakkında Bilgiler, *Kolon ve Rektum Kanseri içinde Editör: Baykan A., Zorluoğlu A., Geçim E., Terzi C.* 39-68.

Dobrucalı A. (2003). Kalın Bağırsak Kanseri (Kolon kanseri, kolorektal kanser). Erişim Adresi: <http://www.drahmetdobrucali.com/hastaliklar/kalin-barsak-kanseri-kolon-kanserikolorektal-kanser> Erişim Tarihi: 12.10.2017.

Dolan NC, Ferreira MR, Davis TC, Marian L, Rademaker FA. Colorectal cancer screening knowledge, attitudes, and beliefs among veterans: does literacy make a difference? *J Clin Oncol* 2004; 22: 2617-2622.

El Kinany, K., Huybrechts, I., Kampman, E., Boudouaya, H. A., Hatime, Z., Mint Sidi Deoula, M., ... & El Rhazi, K. (2019). Concordance with the World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research recommendations for cancer prevention and colorectal cancer risk in Morocco: A large, population-based case-control study. *International journal of cancer*, 145(7), 1829-1837.

Emre N. ve Yılmaz S. (2021). 50-70 Yaş Arası Kişilerin Kolorektal Kanser Risk Faktörleri ve Erken Tanısına Yönelik Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*.

Erdoğan Ö. (2011). Kolorektal Kanser ve Öncü Lezyonlarında Kras ve Braf Mutasyon Analizleri Yoluyla Tanısal Yaklaşım ve Hedefe Yönelik Tedavi Seçimi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Biyoteknoloji Enstitüsü, Ankara.

Ersoy E., Saatçi E. (2017). Kanser taramaları: İhtilaflar. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 21 (3): 96-100.

Ertürk S. (2010). Kolorektal Kanseler: Epidemiyoloji, Etiyolojide Rol Oynayan Etkenler, Tarama ve Kemoprevansiyon. Bölüm 1. İçinde: Baykan A, Zorluoğlu A, Geçim E, Terzi C (editörler). *Kolon ve Rektum Kanseler, Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği*, İstanbul. 15-30.

Flight H.I., Wilson C.J., McGillivray J. ve Myers R.E. (2010). Cross-cultural Validation of the Preventive Health Model for Colorectal Cancer Screening: An Australian Study. *Health Education&Behavior*. 37:724-736.

Genç Z, Yalçınöz Baysal H. Birinci basamağa başvuran bireylerin kolorektal kansere yönelik sağlık inançlarının gaitada gizli kan testi yaptırma durumlarına etkisi. *Sağlık ve Toplum*. 2020;30:90-97.

Gençtürk N. (2007). Meme Kansesinde Korunma. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 10(4):72-82.

George, D., & Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson

Gimeno-Garcia A.Z., Quintero E., Nicolas-Perez D., Jimenez-Sosa A. (2011) Public awareness of colorectal cancer and screening in a Spanish population. *Public Health*. 125(9):609-15.

GLOBOCAN: 2020 Estimated age-standardized incidence and mortality rates (World) widerates: bothsexes, all ages.

GLOBOCAN: 2020 Estimated Cancer İncidence, Mortalityand Prevalence World widerates:bothsexes.

Gönen Ö. (2004). Kolorektal Kanser Epidemiyolojisi, Kolorektal Özel Sayısı. Türkiye Klinikleri Journal of Surgery; 9:57-65.

Griffith K.A., Passmore S.R., Smith D., Wenzel J. (2012.) African Americans With a Family History of Colorectal Cancer: Barriers and Facilitators to Screening. Oncology Nursing Forum. 39(3):299-306.

Güven E. Kolorektal Kanser Öncesi Beslenme Alışkanlığının İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: T.C. Haliç Üniversitesi, 2010.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Temel Bulgular. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

Hamilton S.R, Bosman F.T, Boffetta P. Et al. (2010). Carcinoma of The Colon Rectum. WHO Classification of Tumours of the Digestive System, 4th edition. 132-173.

He J., Stram D.O., Kolonel L.N. (2010.) The association of diabetes with colorectal cancer risk: the Multiethnic Cohort. British Journal of Cancer. 103(1):120-126.

Hodge F., Maliski S., Itty T., Martinez F., (2014), Colorectal Cancer Screening: The Role Of Perceived Susceptibility, Risk And Cultural Illness Beliefs Among American Indians, Journal of Cultural Diversity, Vol. 21, No. 2:48-55 (Hodge ve ark.,2014)

Ilgaz A. (2015). Tarımda Çalışan Bireylerin Kolorektal Kanseri (Kırk) Risk Düzeyleri, Kırk Taramalarına Katılım Oranları Ve Taramaya Katılmayı Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya.

International Agency For Research On Cancer. (2020). International Agency For Research On Cancer. Aralık, 2020 Küresel Kanseri Gözlemi.

Iqbal CW, Cullinane DC, Schiller HJ. Surgical management and outcomes of 165 colonoscopic perforations from a single institution. Arch Surg. 2008, 143(7):701- 707.

James AS, Campbell MK, Hudson MA. Perceived barriers and benefits to colon cancer screening among African Americans in North Carolina: how does perception relate to screening behavior? Cancer Epidemiol 2002; 11(4):529-34.

Jo A.M., Maxwell A.E., Wong W.K., Bastani R. (2008) Colorectal Cancer Screening among Underserved Korean Americans in Los Angeles County. Journal of Immigrant and Minority Health. 10(2):119–126.

Johnson C.M., Wei C., Ensor J.E., Smolenski D.J., Amos C.I., Levin B. ve ark. (2013). Meta-analyses of colorectal cancer risk factors. Cancer Causes Control, 24: 1207-1222.

Kadayıfçı A. (2003). Kolorektal kanserlerin epidemiyolojik ve klinik özellikleri. Akademik Gastroenteroloji Dergisi, 2 (2): 43-45.

Kahı C.J., Rex D.K. ve Imperiale T.F. (2008). Kolorektal Kanselerde Tarama, Toplumsal İzlem ve Primer Korunma: Güncel Literatüre Bir Bakış. Gastroenterology Türkçe Baskı. 3(4): 193-217.

Kalaycı, Şeref (2006) SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri, Ankara: Asil Yayın Dağıtım Ltd. Şti, s.116.

Kara F, Keskinliç B, Türkyılmaz M, Öztür M, Dünder S, Ergün A, ve ark. Türkiye kanser istatistikleri. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Yayını; 2017. Erişim Adresi :https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2017.pdf Erişim tarihi: 7 Eylül 2021.

Karadağ Çaman Ö, Bilir N, Özcebe H. Ailede kanser öyküsü ve algılanan kanser riski, kanserden korunma davranışları ile ilişkili mi? Fırat Tıp Derg/Fırat Med J. 2014, 19(2):95-100.

Kılıç M., Koç A. (2014). İl merkezindeki birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranların tarama testleri yaptırma durumu ve etkileyen faktörlerin çok değişkenli analizi. Nobel Med. 10(1):36-42.

Koç Ş. (2014). Kolorektal Kanser Risk Danışmanlığının Riskli Bireylerin Birincil ve İkincil Koruma Davranışlarını Geliştirmeye Etkisi. Halk Sağlığı Hemşireliği Programı Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Kodner I.J., Fry R.D., Fleshman J.W., Birnbaum E.H., Read T.E., (2004). Principles of Surgery (Cerrahinin İlkeleri). Türkçe çeviri editörü; Geçim G.Ethem. 7th ed. Antıp. 1283-1394.

Kolorektal Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları. Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/kolorektal-kanser-tarama-programi-ulusal-standartlari.html> Erişim Tarihi:18.09.2022

Kuzu I., Kuzu M.A. (2010). Kolorektal Kanser Patolojisi Histopatolojik Rapor, Evreleme ve Prognostik Faktörler. Bölüm 7. İçinde: Baykan A., Zorluoğlu A., Geçim E., Terzi C. (editörler). Kolon ve Rektum Kanserleri, Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği, İstanbul. 117-144.

Lagersstedt R.K., Liu T., Vandrovcova J., Halvarsson B., Clendenning M., Frebourg T. et al. (2007). Lynch syndrome (hereditary nonpolyposis colorectal cancer) diagnostics. J Natl Cancer Inst. 99 (4):291-299.

Larsson S.C., Orsini N., Wolk A. (2005). Diabetsmellitus and risk of colorectal cancer: a meta-analysis. *J Natl Cancer Inst.* 97:1679.

Myers R.E., Ross E., Jepson C., Wolf T., Balshem A., Millner L. ve ark. (1994). Modeling adherence to colorectal cancer screening. *Preventive Medicine*, 23: 142151.

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

Petras R.E., Frankel W. Large İntestine. In: Weidner N., Cote R.J., Suster S., Weiss L.M., (2009). *Modern surgical pathology*, 2nd ed. Philadelphia: Saunders, Vol I. 755-836.

Pirinççi, S., Benli, C., & Okyay, P. (2015). Üçüncü basamak sağlık merkezine başvuranlarda kolorektal kanser tarama programı farkındalık çalışması. *TAF Prev Med Bull*, 14(3), 209-214.

Potter, J.D. (1997). Food and Cancer Prevention II: summary of the meeting. *Cancer Lett.* 114: 337-8.

Rees G., Martin P.R. ve Macrae F.A. (2008). Screening participation in individuals with a familyhistory of colorectalcancer: a review. *European Journal of Cancer Care*, 17: 221-232.

Rosai J. (2011). Gastrointestinaltract. Large Bowel. In: Rosai and Ackerman's *Surgical Pathology*, 10th ed. Philadeldphia: Mosby, Vol I. 731-802.

Sahin S.Y., İyigün E., Açikel C. (2015). Determination of the information needs of patients having under gone colorectal cancer surgery. *TAF Prey Med Bull* 14(5):401-405.

Şahin A., Tunç N., Kılıç S., ve ark. (2017). Kolon polipleri sayı ve büyüklüğü malignite göstergesi olabilir mi? *Endoscopy Gastrointestinal*. 25(1):14-18.

Şahin N.Ş., Başak O., Üner B.A., Aydın M., Akçan A., Gemalmaz A., Dişçigil G., Demirağ S., Başak O. (2015). Aydın merkez ilçede kolorektal kanser taramasına ilişkin bilgi, tutum ve engeller. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 19 (1): 37-48.

Şen O. Kolorektal Kanselerde Tarama (Pilot Çalışma). Genel Cerrahi Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi. Ankara: T.C. Ankara Üniversitesi, 2008.

T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü. Kanser Kontrol Programı. Erişim Adresi:

https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/yayinlar/raporlar/2021_Kanser_Kontrol_Programi_/17.Agustos_2021_Kanser_Kontrol_Programi_versiyon-1.pdf

Erişim Tarihi: 01.12.2022

T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. 2013. Erişim adresi: <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/462> Erişim tarihi: 29.07.2023.

Tabachnick and Fidell, 2013 B.G. Tabachnick, L.S. Fidell Using Multivariate Statistics (sixth ed.)Pearson, Boston (2013)

Tarhan R.Ö. (2015). Kolon ve Rektum Kanseri. Erişim Adresi: <https://www.turkcerrahi.com/wp-content/uploads/kolon-ve-rektum-kanseri.pdf>

Erişim Tarihi: 30.07.2023.

Taskila T., Wilson S., Damery S., Roalfe A., Redman V., Ismail T., Hobbs R. (2009) Factors affecting attitudes toward colorectal cancer screening in the primary care population. British Journal of Cancer. 101(2):250-5.

The American Cancer Society. (2012). The History of Cancer. Aralık 24, 2013 tarihinde The American Cancer Society: Erişim Adresi: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002048-pdf.pdf> Erişim Tarihi: 30.07.2023.

Tiro A.J., Vernon W.S., Hyslop T. ve Myers R.E. (2005). Factorial Validity and Invariance of a Survey Measuring Psychosocial Correlates of Colorectal Cancer Screening among African Americans and Caucasians. *Cancer Epidemiology, Biomarkers&Prevention*.14: 2855-2861.

Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği (2015) Yayın tarihi:05 Şubat 2015 Sayı:29258. Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150205-5.htm> Erişim tarihi: 01.12.2022

TÜİK. “2017 Yılı Türkiye Kanser İstatistikleri”. Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri/yillar/2017-turkiye-kanser-istatistikleri.html>. Erişim Tarihi:30.11.2022

Tuncer M., Özgül N., Olcayto E.Ö., Gültekin M., Erdin B. (2009). T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı. Ulusal Kanser Programı 2009-2015. Nisan-2009.

Turan E., Yalçın B.M., Yücel İ., Unal M. (2012). İlk Kez Tanı Konan Kolorektal Kanser Hastalarının Epidemiyolojik Özellikleri, *Türk Aile Hekimliği Dergisi*,16(4):169-177.

TÜİK, Türkiye İstatistik Kurumu. *Hane Halkı Tipine Göre Yoksul Sayıları ve Yoksulluk Oranı* (Mayıs2023). Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/DownloadIstatistikselTablo?p=RyFQgZ36IYV6UGqM06tSmpZ2ri69aqiO0AKJ2G1c7XSIYsflk32VH0qByklsJzq9>. Erişim Tarihi:30.07.2023

TÜİK. Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri. Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2022-49679>. Erişim Tarihi: 10.11.2022.

Türk Kolon ve Rektum Cerrahi Derneği. Kolon Kanseri. Erişim Adresi: <https://www.tkrcd.org.tr/hastaliklar/kolon-kanseri>. Erişim Tarihi: 01.12.2022

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

Türkay, Ö., & Saka, M. (2016). Konstipasyon ve diyet. Güncel Gastroenteroloji, 20(3), 234-239.

Türkçapar N, Özden A. (2005). Tümör Markırları ve Klinik Önemi. Güncel Gastroenteroloji. 9: 271-281.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı Değerlendirme Raporları. Kolorektalkansertaramaları. ErişimAdresi:

http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/kolorektal_kanser_tarama_programi.pdf 12

Haziran 2014. Erişim Tarihi:30.07.2023.

Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) (2014) Ölüm Nedeni İstatistikleri. Erişim Adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18855> . Erişim Tarihi:30.07.2023.

Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) (2022) Ölüm Nedeni İstatistikleri. Erişim Adresi: <http://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2022-49679> . Erişim Tarihi: 30.07.2023.

Uyanıkoğlu. (2015). Kolorektal Kanser Taramasında Yeni Yöntemler. Güncel Gastroenteroloji. 19(3), 157-160.

Vernon W.S., Myers E R. ve Tilley C.B. (1997). Development and validation of an instrument to measure factors related to colorectal cancer screening adherence. Cancer Epidemiology, Biomarkers&Prevention.6:825-832.

Warren JL, Klabunde CN, Mariotto AB. Adverse events after outpatient colonoscopy in the Medicare population. Ann Intern Med. 2009, 150(12):849-857

Wei E.K., Giovannucci E., Wu K., Rosner B., Fuchs C.S., Willett W.C., Colditz G.A. (2004). Comparison of risk factors for colon and rectal cancer. *Int J Cancer*. 108(3): 433-42.

WHO. Estimated age-standardized incidence rates (World) in 2020, World, both sexes, all ages: Erişim Adresi: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2020&mode=cancer&mode_population=countries&population=900&populations=900&key=asr&sex=1&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=10&group_cancer=1&include_nmssc=0&include_nmssc_other=1&type_multiple=%257B%2522inc%2522%253Atrue%252C%2522mort%2522%253Atrue%252C%2522prev%2522%253Afalse%257D&orientation=horizontal&type_sort=0&type_nb_items=%257B%2522top%2522%253Atrue%252C%2522bottom%2522%253Afalse%257D.

Erişim tarihi 21.12.2022.

Wilkes G.M. Colon, Rectal and Anal Cancers. Yarbro C.H., Wujcik D., Gobe, B.H. (Eds.). *Cancer Nursing Principles and Practice, Seventh Edition*, Jones and Bartlett Publishers, LLC., Sudbury, Massachusetts, 2011;1205-1257.

Wolin K.Y., Yan Y., Colditz G.A., Lee I.M. (2009). Physical activity and colon cancer prevention: a meta-analysis. *Br J Cancer*. 100:611-616.

Yakan G. (2018). Adıyaman İli Gölbaşı İlçesinde Yaşayan Bireylerde Kolorektal Kanseri Taraması Tutumlarının Belirlenmesi ve Gaitada Gizli Kan Taraması. Yüksek Lisans Tezi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Gaziantep.

Yıldız M.K. (2008). Evre I-III Kolon Kanseri Prognostik Faktörlerinin Araştırılması. Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Edirne.

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

Yuhara H., Steinmaus C., Cohen S.E., Corley D.A., Tei Y., Buffler P.A. (2011). Is diabetes mellitus an independent risk factor for colon cancer and rectal cancer? *Am J Gastroenterol.* 106(11):1911-1921.

EKLER

EK 1: ÖZGEÇMİŞ

Adı	Heves	Soyadı	KENİ KÖSEOĞLU
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	
Tel		E-mail	

	Mezun Olduğu Kurum Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	T.C. Demiroğlu Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı	Devam Ediyor
Lisans	T.C. Demiroğlu Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu	2020
Lise	Akşemsettin Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi	2016

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	65.484	62.118	56.857
Program			Kullanma Becerisi
MS Office Programları (Excel, World, Powerpoint)			İyi Seviyede

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Hemşire	Amerikan Hastanesi	2021- Devam Ediyor
Hemşire	İstanbul Cerrahi Hastanesi	2017-2021

EK 2: ETİK KURUL ONAYI



EK 2: ETİK KURUL ONAYI



EK 3: ANKET FORMU

1. Yaşınızı yazınız.
2. Cinsiyetinizi seçiniz.
 - a) Kadın
 - b) Erkek
3. Medeni durumunuzu seçiniz.
 - a) Evli
 - b) Bekar
 - c) Eşini kaybetmiş
4. Eğitim durumunuzu seçiniz.
 - a) İlkokul ve altı
 - b) Ortaokul
 - c) Lise
 - d) Üniversite ve üzeri
5. Son beş yıl için düşündüğünüzde hangisini yaptınız?
 - a) Çalışmıyor
 - b) Çalışıyor
 - c) Emekli
6. Gelir durumunuzu seçiniz.
 - a) Gelirim giderimden az
 - b) Gelirim giderime eşit
 - c) Gelirim giderimden fazla
7. Sağlık harcamalarınızı hangi kanaldan yapıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
 - a) Özel sağlık sigortası
 - b) SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu)
 - c) Sağlık güvencem yok
8. Yaşadığınız bölgede hastane imkanlarına ulaşımınız nasıl?
 - a) Kolaylıkla ulaşabileceğim mesafede tam teşekküllü bir hastane yoktur.
 - b) Kolaylıkla ulaşabileceğim mesafede tam teşekküllü bir hastane vardır.
 - c) Diğer.....
9. Boyunuzu yazınız:
10. Kilonuzu yazınız:

11. Herhangi bir hastalığınız olmadan düzenli olarak kontrol için doktora gider misiniz?
- Hayır
 - Nadiren
 - Evet
12. Son 6 ay içerisinde istemsiz bir şekilde kilo kaybınız oldu mu?
- Hayır
 - Evet
13. Günde kaç öğün yemek yersiniz?
- 1-2
 - 3
 - 4 ve üzeri
14. Dengeli ve düzenli beslendiğinizi düşünüyor musunuz?
- Hayır
 - Nadiren
 - Genelde
 - Her zaman
15. Yediklerinizi pişmiş olma derecesini göre nasıl tüketirsiniz?
- Çiğ
 - Az pişmiş
 - Orta pişmiş
 - Çok pişmiş
16. Günde kaç bardak su tüketirsiniz?
- 1-2 bardak
 - 3-5 bardak
 - 6-10 bardak
 - 10 bardaktan fazla
17. Sigara kullanıyor musunuz?
- Hayır
 - Evet
- 17.1. Bir günde ne kadar sigara içiyorsunuz?
- Beşten az,
 - ½ paket
 - 1 paket
 - 2 paket
 - 2 paketten fazla
18. Alkol tüketiyor musunuz?
- Hayır
 - Evet

18.1. Ne sıklıkla alkol tüketirsiniz?

- a) Nadiren
- b) Ayda birkaç defa
- c) Haftada 1-2 gün
- d) Her gün
- e) Diğer...

19. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

- a) Hayır
- b) Evet

19.1. Kronik hastalığınızı lütfen aşağıdaki seçeneklerden seçiniz (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

- a) Hipertansiyon (Yüksek tansiyon)
- b) Diyabetes Mellitus (Şeker hastalığı)
- c) Kardiyovasküler hastalıklar (Kalp yetmezliği vb.)
- d) KOAH(Kronik akciğer hastalığı)
- e) Böbrek yetmezliği
- f) Tiroid (Hipotiroid, hipertroid, guatr)
- g) Nörolojik hastalıklar (Demans, multiple skleroz, vb.)
- h) Diğer..... (açıklayınız.)

20. Düzenli olarak fiziksel aktivite yapıyor musunuz?

- a) Hayır
- b) Evet

20.1. Hangi aktiviteyi/aktiviteleri yapıyorsunuz?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a) Yürüyüş
- b) Koşu
- c) Bahçe işleri
- d) Yüzme
- e) Diğer :

20.2. Fiziksel aktivitelerden yaptıklarınızı ne sıklıkla yaparsınız?

- a) Haftada 1-2 kez
- b) Haftada 3-4 kez
- c) Haftada 5-6 kez
- d) Her gün

21. Bağırsak alışkanlığınız genelde nasıldır?

- a) Günde en az bir kez büyük abdeste çıkarım
- b) İki günde bir kez büyük abdeste çıkarım
- c) Üç- dört günde bir kez büyük abdeste çıkarım
- d) Diğer.....(belirtiniz..)

22. Büyük abdeste çıkma sıklığınızda son zamanlarda bir değişim yaşadınız mı?
a) Hayır
b) Evet

- 22.1. Büyük abdestiniz ile ilgili ne gibi değişim yaşadınız?
a) Eskisine göre tuvalete çıkma sıklığım azaldı,
b) Eskisine göre tuvalete çıkma sıklığım arttı,
c) Daha sık çıkıyorum ama tam rahatlayamadığım için tekrar gitmek zorunda kalıyorum.
d) Diğer.....(açıklayınız)

- 22.2. Bağırsak alışkanlığınızda yaşadığınız bu değişim ile sindirim sisteminizde bir sorun olduğunu düşündünüz mü?
a) Hayır
b) Evet

23. Bağırsak ile ilgili bilinen bir hastalığınız var mı?
a) Hayır
b) Bilmiyorum
c) Evet

- 23.1. Hastalığınız aşağıdaki seçeneklerden hangisidir?
a) Polip-adenom (Kalın bağırsakta kist olması)
b) Ülseratif kolit (İnflamatuvar bağırsak hastalığı)
c) Crohn hastalığı (Ağızdan anüse kadar olan gastrointestinal sistemin iltihaplanmasına neden olan bağırsak hastalığı)
d) Diğer (Açıklayınız)

24. Yakın akrabalarınızda (anne, baba, kardeş, teyze, dayı, hala, amca, vb.) kolon/kalın bağırsak ile ilgili bir hastalığı olan var mı?
a) Hayır
b) Bilmiyorum
c) Evet

24.1. Yakın akrabalarınızdan kolon/kalın bağırsak ile ilgili kimde veya kimlerde ne hastalığı var açıklayınız.

25. Ailenizde/akrabalarınızda kanser öyküsü var mı?
a) Hayır
b) Bilmiyorum
c) Evet

25.1. Ailenizde kanser öyküsü olan en yakın akrabanız kim ve ne kanseri açıklayınız.

25.2. Kanser olan en yakın akrabanızın şuan sağlık durumu nasıl?

26. Aşağıdaki belirti-bulgulardan son 6 aydır sizde mevcut olanları işaretleyiniz.
(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) Geçmeyen karın ağrısı
- b) İştahsızlık
- c) Bulantı-kusma
- d) Yorgunluk
- a) Dışkılamada gelen kan
- b) Dışkılama alışkanlığının değişmesi (kabızlık, ishal)
- c) Rektal akıntı veya dışkı ile gelen mukus
- d) Karında ele gelen kitle
- e) Kötü kokulu gaz
- f) Kansızlık
- g) Hiçbiri

27. Kolon/Barsak kanserinin erken tanısı mümkündür, bununla ilgili tarama yöntemi olduğunu biliyor musunuz?

- a) Hayır
- b) Evet

27.1. Aşağıda yer alan tarama testlerinden hangisi veya hangilerini kolon tarama testi olarak bildiklerinizi işaretleyiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a) Mamografi (Meme dokusunun röntgen filminin çekilmesi)
- b) Gaitada gizli kan (Dışkı örneğinin incelenmesi)
- c) Kolonoskopi (Barsakların iç yüzeyinin kamera ile görüntülenmesi)
- d) Sigmoidoskopi (Kalın barsağın son kısmı olan sigmoid barsak ve rektumun incelenmesi)
- e) Pap smear testi (Rahim ağzından sürüntü şeklinde örnek alınması)
- f) Doktor muayenesi-rektal tuşe (makattan muayene)

28. Herhangi bir nedenle doktorunuz, kolon/kalın bağırsak kanser tarama testlerini yaptırmanızı önerdi mi?

- a) Hayır
- b) Evet

28.1. Doktorunuzun önerisi üzerine kolon/kalın bağırsak tarama testlerini yaptırдыңız mı?

- a) Hayır
- b) Evet

28.2. En son yaptırmış olduğunuz tarama testlerini ne zaman yaptırдыңız? (Ne kadar zaman önce yaptırdığınızı ay, yıl olarak belirtiniz)

28.3. Yaptırmış olduğunuz tarama test/testler nelerdir aşağıdaki seçeneklerden işaretleyiniz (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz) .

- a) Kolonoskopi
- b) Gaitada gizli kan
- c) Sigmoidoskopi
- d) Kontrastlı tüm batın BT(bilgisayarlı tomografi)
- e) Rektal muayene
- f) CA 19-9 ve GGT (Gama Glutamil Transferaz) kan testi
- g) Diğer.....

29. Bundan sonra kolon/kalın bağırsak kanser tarama testlerini yaptırmayı düşünür müsünüz?

- a) Hayır
- b) Evet

29.1. Aşağıdaki tarama testlerinden hangilerini yaptırmak istersiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) Gaitada gizli kan (Dışkı örneğinin incelenmesi)
- b) Kolonoskopi (Bağırsağın iç yüzeyinin kamera ile incelenmesi)
- c) Doktor muayene-rektal tuşe (Makattan muayene)
- d) Tüm batın BT (Karnın bilgisayarlı tomografi ile görüntülenmesi)
- e) Kan testleri (CA 19-9 ve GGT)
- f) Doktorumun istediği testler

29.2. Tarama testlerini yaptırmak istememe nedeniniz nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) İmkanım olmadığı için
- b) Testler ile ilgili bir bilgim yok
- c) Kimse önermedi
- d) Kanser tanısı almaktan korkuyorum
- e) İşlemlerin acı vermesinden korkuyorum
- f) Diyet, ilaç içme gibi işlemlerin ön hazırlığından çekiniyorum.
- g) Kendimi riskli görmüyorum
- h) Ailede hiç kanser olan yok, o nedenle endişelenmiyorum.

30. Gelecekte kolon kanserine yakalanma açısından kendinizde risk görüyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

Kolorektal Kanser Taraması Tutum İnanç Ölçeği

31. Kalın bağırsak kanseri taraması benim için uygundur.

- a) Kesinlikle katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Bilmiyorum
- d) Katılıyorum
- e) Kesinlikle katılıyorum

32. Kalın bağırsak kanseri taraması yaptırmamla ilgili aile bireylerim ne düşünüyorsa onu yapmak isterim.

- a) Kesinlikle katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Bilmiyorum
- d) Katılıyorum
- e) Kesinlikle katılıyorum

33. Kalın bağırsak kanseri taraması yaptırmak benim için önemlidir.

- a) Kesinlikle katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Bilmiyorum
- d) Katılıyorum
- e) Kesinlikle katılıyorum

34. Kalın bağırsak kanseri taraması yaptırmak sağlığımı korumama yardımcı olabilir.

- a) Kesinlikle katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Bilmiyorum
- d) Katılıyorum
- e) Kesinlikle katılıyorum

35. Kalın bağırsak kanseri tarama testlerinden olumsuz bir sonuç almaktan korkuyorum.

- a) Kesinlikle katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Bilmiyorum
- d) Katılıyorum
- e) Kesinlikle katılıyorum

36. Kalın bağırsak kanseri taraması yaptırmamda aynı düzeyde sağlıklı kalırım.

- a) Kesinlikle katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Bilmiyorum
- d) Katılıyorum
- e) Kesinlikle katılıyorum

37. Birinci derece akrabalarım kalın bağırsak kanseri taraması yaptırmam gerektiğini düşünüyorlar.

- a) Kesinlikle katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Bilmiyorum
- d) Katılıyorum
- e) Kesinlikle katılıyorum

38. Kalın bağırsak kanseri taramasının kalın bağırsak kanseri ya da poliplerimin olduğunu göstereceğinden korkuyorum.

- a) Kesinlikle katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Bilmiyorum
- d) Katılıyorum
- e) Kesinlikle katılıyorum

39. Doktorum ya da hemşirem kalın bağırsak kanseri taraması yaptırmam gerektiğini düşünüyor.

- a) Kesinlikle katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Bilmiyorum
- d) Katılıyorum
- e) Kesinlikle katılıyorum

40. Kalın bağırsak kanseri taraması yaptırmam konusunda doktorum ya da hemşirem ne düşünüyorsa onu yapmak isterim.

- a) Kesinlikle katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Bilmiyorum
- d) Katılıyorum
- e) Kesinlikle katılıyorum

41. Kalın bağırsak kanseri olma ihtimalim yüksektir.

- a) Kesinlikle katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Bilmiyorum
- d) Katılıyorum
- e) Kesinlikle katılıyorum

42. Kendimi benim yaşındaki diğer insanlarla karşılaştığımda, kalın bağırsak kanseri olma ihtimalim daha düşük.

- a) Kesinlikle katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Bilmiyorum
- d) Katılıyorum
- e) Kesinlikle katılıyorum

43. Bende kalın bağırsak kanseri olma ya da polip oluşma ihtimali çok yüksek.

- a) Kesinlikle katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Bilmiyorum
- d) Katılıyorum
- e) Kesinlikle katılıyorum

44. Kalın bağırsak polipleri bulunup çıkarıldığında, kalın bağırsak kanseri önlenebilir.

- a) Kesinlikle katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Bilmiyorum
- d) Katılıyorum
- e) Kesinlikle katılıyorum

45. Bende kalın bağırsak polipleri oluşma ihtimali yüksek.

- a) Kesinlikle katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Bilmiyorum
- d) Katılıyorum
- e) Kesinlikle katılıyorum

46. Kalın bağırsak kanseri erken teşhis edildiğinde, tedavi edilebilir ve iyileştirilebilir.

- a) Kesinlikle katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Bilmiyorum
- d) Katılıyorum
- e) Kesinlikle katılıyorum

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

“Sayın katılımcı;

Bu çalışma ‘Elli yaş ve üzeri bireylerin kolon kanseri taramalarına katılımlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi’ amacıyla yapılmaktadır. Anketimize katılmanız gönüllülük esasına bağlı olup, kişisel bilgileriniz istenmeyecek ve herhangi bir şekilde kullanılmayacaktır. Ankete başladıktan sonra doldurmaktan vazgeçebilir, araştırmadan çekilebilirsiniz. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar sadece bilimsel araştırma amaçlıdır. Sorulara samimi bir şekilde ve eksiksiz cevap vermeniz araştırmada sağlıklı sonuçların elde edilebilmesi açısından çok önemlidir. Gönüllülere bu çalışma için bir ödeme yapılmayacak, çalışmadan ayrılmaları durumunda da herhangi bir tazminat talep edilmeyecektir. Çalışma sırasında ve sonrasında bir işlem ya da bir tedavi uygulanmayacaktır, araştırmaya katılımınız sadece anket sorularına cevap vermenizden ibarettir.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı açıklama araştırmacı tarafından yapıldı.

Katılımınız ve ayıracağınız zaman için teşekkür ederiz.

-Söz konusu araştırmayı gönüllü olarak hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum. (Onaylamadığınız takdirde ankete katılamayacaksınız. Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim)

- Onaylıyorum
- Onaylamıyorum

-Geçmişte veya devam eden herhangi bir kanser öykünüz var mı? (Kanser öykünüz varsa, bu çalışmaya dahil olamayacaksınız, zaman ayırdığınız için teşekkür ederim ve sağlıklı günler dilerim)

- Yok
- Var

EK 4: ÖLÇEK İZİN FORMU



EK 5: ANKET VE ÖLÇEK UYGULAMA İZİN FORMU I



EK 6: ANKET VE ÖLÇEK UYGULAMA İZİN FORMU II

