

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

KOLOREKTAL KANSERLİ HASTALARIN BİRİNCİ
DERECE AKRABALARININ HASTALIKLA İLGİLİ
İNANÇLARI

ŞERİFE NAR

DANIŞMAN
DOÇ. DR. M. NİHAL ESİN

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

İSTANBUL-2010

TEZ ONAYI

Aşağıda tanıtımı yapılan tez, jüri tarafından başarılı bulunarak Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

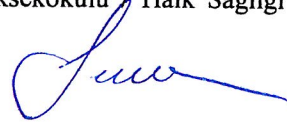

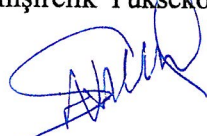
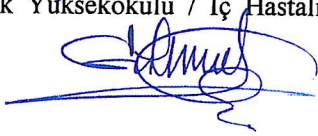
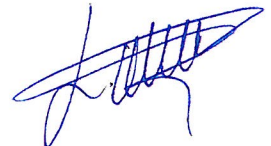
27 / 07 / 2010



Prof.Dr.Tamer DEMİRALP
Müdür

Kurum : İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Program Adı : Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Programın seviyesi : Yüksek Lisans Doktora
Anabilim Dalı : Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Tez Sahibi : Şerife Nar
Tez Başlığı : Kolorektal Kanserli Hastaların Birinci Derece Akrabalarının Hastalıkla İlgili İnançları
Sınav Yeri : Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
Sınav Tarihi : 20 / 07 / 2010

Tez Sınav Jürisi

- | <u>Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı)</u> | <u>İmzası</u> |
|---|---|
| 1.Prof.Dr.Semra Erdoğan İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi |  |
| 2.Prof.Dr.Nevin Kanan İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi |  |
| 3.Doç.Dr.M.Nihal Esin (Danışman) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi |  |
| 4.Doç.Dr.Gülbeyaz Can İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi |  |
| 5.Yard.Doç.Dr.Leyla Küçük İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi |  |

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara 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.

Şerife NAR



İTHAF

Sevgili Aileme ve Eşime ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Araştırmanın planlanması, yürütülmesi ve yazım aşamalarında göstermiş olduğu bilimsel katkı ve destek için danışmanım Sayın Doç. Dr. Melek Nihal ESİN'e,

Yüksek lisans eğitim süresince bilimsel katkıları için hocam Sayın Prof. Dr. Semra ERDOĞAN'a, tezimin veri toplama aşamasında teknik ve manevi desteklerini esirgemeyen İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi ve Onkoloji Enstitüsü çalışanlarına, çalışmaya katılan hasta yakınlarına ve ailelerine, tez çalışmam süresince görüşlerini aldığım değerli hocalarıma, manevi desteklerini esirgemeyen aileme, sevgili eşime ve arkadaşlarıma teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	ii
BEYAN.....	iii
İTHAF	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	xi
ÖZET	xii
ABSTRACT.....	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. KOLOREKTAL KANSER EPİDEMİYOLOJİSİ.....	5
2.2. KOLOREKTAL KANSER ETYOLOJİSİ	8
2.2.1. Genetik Faktörler	8
2.2.2. Kronik Ülseratif Kolitis ve Crohn Hastalığı	11
2.2.3. Yaş	12
2.2.4. Cinsiyet ve İrk.....	12
2.2.5. Beslenme.....	12
2.2.6. Obezite	13
2.2.7. Alkol, Sigara Kullanımı	14
2.3. KOLOREKTAL KANSER GELİŞİMİ VE YAYILIMI	14
2.4. KOLOREKTAL KANSERDEN KORUNMA, ERKEN TANI VE TARAMA ...	16
2.4.1. Primer Koruma Önlemleri	16
2.4.2. Sekonder Korunma Önlemleri	17
2.4.3. Kolorektal Kanser Tarama Yöntemleri.....	19
2.4.4. Kolorektal Kanser Tarama Stratejileri	21
2.5. KOLOREKTAL KANSERDEN KORUNMA VE ERKEN TANIDA SAĞLIK İNANÇLARININ ETKİSİ.....	22
2.5.1. Sağlık İnanç Modeli	22

2.6. TÜRKİYE’DE KOLOREKTAL KANSERDEN KORUNMA VE ERKEN TANI UYGULAMALARI.....	27
2.7. KOLOREKTAL KANSERDEN KORUNMA, ERKEN TANI VE TARAMA PROGRAMLARINDA HALK SAĞLIĞI HEMŞİRESİNİN ROLÜ.....	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	31
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ŞEKLİ.....	31
3.2. ARAŞTIRMADA YANITLANMASI BEKLENEN SORULAR.....	31
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	33
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	33
3.4.1. Tanıtıcı Özellikleri Formu (EK-1).....	34
3.4.2. Kolorektal Kanser Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (KKSİM) (EK-2).....	34
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ.....	36
3.5.1. Kolorektal Kanser Sağlık İnanç Modeli Ölçeği.....	36
3.6. ETİK KONULAR.....	40
3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	40
4. BULGULAR.....	41
4.1. KATILIMCILARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ BULGULAR.....	42
4.2. KATILIMCILARIN KKSİM ÖLÇEĞİNİN ALT BOYUTLARINDAN ALDIĞI PUANLARI GÖSTEREN BULGULAR.....	48
4.3. KKSİM ÖLÇEĞİNİN ALT BOYUTLARI İLE KATILIMCILARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİYİ GÖSTEREN BULGULAR.....	51
4.4. KATILIMCILARIN SAĞLIK İNANÇLARI ÜZERİNDE ETKİLİ OLAN DEĞİŞKENLER.....	60
5. TARTIŞMA.....	70
KAYNAKLAR.....	83
FORMLAR.....	91
ETİK KURUL KARARI.....	97
ÖZGEÇMİŞ.....	102

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Kolorektal Kanser Risk Grupları	19
Tablo 2-2: Risk Gruplarına Göre Kolorektal Kanser Tarama Stratejileri	22
Tablo 3-1: Sağlık İnanç Modeli'nin Bileşenleri, Bileşenleri Ölçen Değişkenler Ve Ölçüm Araçları	32
Tablo 3-2: Kolorektal Kanser Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin İç Tutarlılık Katsayıları	36
Tablo 3-3: Kolorektal Kanser Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Madde Alt Grupları Toplam Puan Korelasyon Katsayıları	38
Tablo 3-4(Devamı): Kolorektal Kanser Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Madde Toplam Puan Korelasyon Katsayıları	39
Tablo 4-1: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri (N=400).....	43
Tablo 4-2: Katılımcıların Ailesel Özellikleri.....	44
Tablo 4-3: Katılımcıların Ailesindeki Hastanın Hastalığı İle İlgili Özellikleri (N=400)	45
Tablo 4-4: Katılımcıların Kolorektal Kanserden Korunma İle İlgili Bilgi Durumları, Bilgi Alma Yolları Ve Sağlık Davranışları İle İlgili Özellikler.....	47
Tablo 4-5: Katılımcıların KKSİM Ölçeğinden Aldıkları Puanlar	48
Tablo 4-6: Katılımcıların KKSİM Ölçeğinin Madde Ortalamalarına Göre Puan Dağılımları	49
Tablo 4-7: KKSİM Ölçeğinin Alt Boyut Puanları İle Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulgular (^{1>2}).....	53
Tablo 4-8: KKSİM Ölçeğinin Alt Boyut Puanları İle Katılımcıların Ailesel Özellikleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulgular	55
Tablo 4-9: KKSİM Ölçeğinin Alt Boyut Puanları İle Eyleme Geçiriciler Ve Sağlık Davranışları Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulgular	58
Tablo 4-10: Çoklu Regresyon Analizi: Bağımsız Değişkenlerin Güven-Yarar Algısı Üzerine Etkisi	61
Tablo 4-11: Çoklu Regresyon Analizi: Bağımsız Değişkenlerin Duyarlılık Algısı Üzerine Etkisi	63
Tablo 4-12: Çoklu Regresyon Analizi: Bağımsız Değişkenlerin Engel Algısı Üzerine Etkisi.....	65

Tablo 4-13: Çoklu Regresyon Analizi: Bağımsız Değişkenlerin Sağlık Motivasyonu Algısı Üzerine Etkisi.....	67
Tablo 4-14: Çoklu Regresyon Analizi: Bağımsız Değişkenlerin Ciddiyet Algısı Üzerine Etkisi	69

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Türkiye’de Görülen İlk 10 Kansere Türü (2005).....	6
Şekil 2-2: Türkiye’de Erkeklerde Görülen İlk 10 Kansere Türü.....	7
Şekil 2-3: Türkiye’de Kadınlarda Görülen İlk 10 Kansere Türü.....	7
Şekil 2-4: Kolorektal Kansere Sağlık İnanç Modeli.....	26

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

- ABD: Amerika Birleşik Devletleri
BT: Bilgisayarlı Tomografi
CEA: Karsinoembriyojenik antijen
ÇKKG: Çift Kontrastlı Kolon Grafisi
FAP: Familyal Adenomatöz Polipozis
FS: Fleksible Sigmoidoskopi
GGKT: Gaitada Gizli Kan Testi
HNPCC: Herediter Non-Polipozis Colorectal Cancer
KETEM: Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi
KKSİM: Kolorektal Kanser Sağlık İnanç Modeli
MR: Manyetik Rezonans
NSAI: Non Steroid Antiinflamatuvar İlaçlar
SİM: Sağlık İnanç Modeli

ÖZET

Nar, Ş. (2010). Kolorektal Kanseri Hastaların Birinci Derece Akrabalarının Hastalıkla İlgili İnançları. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu araştırma, birinci derece akrabasına (anne-baba, kardeş, çocuk) kolorektal kanser tanısı konmuş bireylerin hastalıkla ilgili sağlık inançlarını ve etkileyen faktörleri tanımlamak amacıyla tanımlayıcı-ilişki arayıcı tipte yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini İstanbul'daki iki üniversite hastanesinin ilgili bölümlerinde tedavi gören hastaların toplam 400 birinci derece akrabası oluşturmuştur. Araştırmanın verileri Sağlık İnanç Modeli temel alınarak araştırmacı tarafından geliştirilen "Hasta Yakınlarının Tanıtıcı Özellikleri Formu" ve Linda Jacobs tarafından geliştirilen ve Özsoy ve arkadaşları tarafından Türk dili için geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan "Kolorektal Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Verilerin istatistiksel analizi; student-t testi, Varyans analizi, Mann Whitney U Testi, Çoklu Regresyon Analizi ile yapılmıştır.

Katılımcıların % 51,3'ünün erkek olduğu, % 73'ünün evli olduğu bulunmuştur. Katılımcıların % 73,8'inin anne ya da babası kolorektal kanser tanısı almıştır. % 5,3'ünün bir başka birinci derece akrabasında kolorektal kanser bulunmaktadır. % 74'ü kolorektal kanserden korunmak için herhangi bir şey yapmadıklarını belirtmişlerdir.

Kolorektal Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin alt gruplardan alınan puanlar sırasıyla; güven-yarar alt grubu için (48,9±5,1), duyarlılık alt grubu için (15,1±4,3), engel alt grubu için (15,2±3,8), sağlık motivasyonu alt grubu için (15,8±2,8) ve ciddiyet alt grubu için (16,5±4,3) olarak bulunmuştur.

Güven-yarar algısı üzerinde etkili olan faktörler; yaşın genç olması, kolorektal kanserden korunmak için koruyucu davranış sergilemek olarak belirlenmiştir (F= 4,498; df= 399; p<0,001)

Engel algısını etkileyen değişkenler olarak; yaşın artması, evli olmak, ailedeki hastanın tanı süresinin azalması, belirlenmiştir (F= 3,268; df= 399; p<0,001)

Sağlık motivasyonu algısını etkileyen değişkenler olarak; aileden birini kanserden kaybetmek, düzenli hekime muayene olmak, sağlıklı beslenmenin artması belirlenmiştir (F= 4,016; df= 399; p<0,001)

Ciddiyet algısını etkileyen değişkenler olarak; eğitim düzeyinin azalması, ailesindeki hastanın kemoterapi alması, sağlıklı beslenme davranışının artması belirlenmiştir (F= 2,894; df= 399; p<0,001).

Çalışma sonuçları kolorektal kanser açısından genetik riski bulunan bireylerin tarama davranışlarının ve bu davranışları sergilemelerini destekleyen sağlık inanç düzeylerinin yetersiz olduğunu göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Kolorektal Kanseri, Birinci derece akrabalar, Sağlık İnançları, Sağlık İnanç Modeli, Hemşirelik

ABSTRACT

Nar, Ş. (2010). Health Beliefs Of First-Degree Relatives Of Individuals With Colorectal Cancer. Istanbul University, Institute of Health Science, Department of Public Health Nursing. Master Thesis. İstanbul

This research has been performed in the type of descriptive-correlational. The purpose of the study was to describe the health beliefs of first degree relatives (parents, siblings and children) of individuals with colorectal cancer, describe screening intentions or behaviors of first degree relatives and examine the associations among age, gender, level of education, and the Health Belief Model(HBM) variables.

The sample of research was consisted of 400 first-degree relatives of the patients who have been treated in the relevant sections of two university hospitals in İstanbul. The data of the study were collected by using the "Patients Relatives' Identifying Characteristics Form" which is developed by the researcher in the basis of The Health Belief Model and by using the "Colorectal Cancer Health Belief Model Scale" which is developed by Linda Jacobs and which is studied the validity and reliability for the Turkish language by Özsoy and his colleagues. Statistical analysis of the data was done with the student-t test, variance analysis, Mann Whitney U test, and multiple regression analysis.

It has been found that 51.3% of the participants were men and 73% of the participants were married. 73.8% of the participants' mother or father was diagnosed with colorectal cancers. 5.3% of participants have another first degree relative diagnosed colorectal cancer. 74% of them stated that they did not do anything to protect from the colorectal cancer.

The scores were taken from the sub-groups of Colorectal Cancer Health Belief Model Scale have been found as (48.9 ± 5.1) for the confidence-benefit sub-group, (15.1 ± 4.3) for the susceptibility sub-group, $(15, 2 \pm 3.8)$ for the barrier sub-group, (15.8 ± 2.8) for the health motivation sub-group and (16.5 ± 4.3) for seriousness sub-group, respectively.

Factors effect on perceived confidence-benefit have been identified as to be young, to exhibit protective behaviors against colorectal cancer ($F = 4.498$, $df = 399$, $p < 0.001$). The variables that affect the perceived barrier have been determined as increasing age, being married and the reduction of the diagnosis duration of the patient in the family ($F=3.268$, $df=399$, $p<0,001$). The variables that affect perceived health motivation as to lose someone in the family because of the cancer, to have regular medical examinations and to increase in the healthy diet ($F = 4.016$, $df = 399$, $p < 0.001$). The variables that affect the perceived seriousness have been determined as the decrease in the education level, having a patient in the family receiving chemotherapy, and increase in the healthy eating behaviors ($F = 2.894$, $df = 399$, $p < 0.001$).

Study results showed that the scanning behaviors of individuals having a genetic risk in terms of colorectal cancer and the levels of health belief which support them to exhibit these behaviors are insufficient.

Key words: Colorectal Cancer, First-Degree Relatives, Health Beliefs, Health Belief Model, Nursing

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, günümüzün en önemli sağlık sorunlarından biridir. Sık görülmesi ve mortalite hızının yüksek olması nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Türkiye’de 1970’li yıllarda sebebi bilinen ölümler arasında 4. sırada yer alan kanser, son yıllarda kardiyovasküler sistem hastalıklarından sonra 2. sıraya yükselmiştir. Kanserlin ölüm nedenleri arasındaki yeri bilinmesine rağmen hastalığın görülme sıklığı konusunda güvenilir bilgiler yeterli olmadığı belirtilmektedir.. Ülkemizde güvenilir veriler elde etmek amacıyla 1983 yılından itibaren "bildirimi zorunlu" hastalıklar grubuna alınmasına rağmen, kansere ait gerçek veriler elde edilememekte ve gerçek kanser insidansı bilinmemektedir. Yılda beklenen yeni kanser olgusu sayısı, 70-100 bin iken 1999 yılında bildirilen olgu sayısı 25.942 olmuş ve bu sayı hiçbir zaman yılda 40.000’i aşmamıştır. 1999 yılında saptanan insidans ise yüz binde 39.4 olarak belirtilmiştir (Alıcı ve ark. 2006; TKASKD 2010).

Kolorektal kanserlerin, tüm kanser çeşitleri arasında en sık görülen kanserlerden biri olduğu belirtilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre; her yıl 945 bin kişi kolorektal kansere yakalanmakta ve 492 bin kişi kolorektal kanser nedeniyle ölmektedir (Ay ve ark. 2006; CDC 2008; WHO 2007). Kolorektal kanserler Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) kanserden ölüm sebepleri arasında ikinci sırada yer alırken Türkiye’de üçüncü sırada yer aldığı görülmektedir. Türkiye’de en sıklıkla görülen kanser türleri değerlendirildiğinde; akciğer kanserinin %33,5, meme kanserinin %24,1 ve kolorektal kanserlerin %7,7 oranında olduğu görülmektedir (CDC 2008; Özsoy ve ark. 2007).

Kolorektal kanserlerin oluşumunda yaşın, genetik faktörlerin, sağlık davranışlarının ve bireyin hastalıkla ilgili inançlarının rol oynadığı belirlenmiştir

Yaş

Kolorektal kanser görülme oranı yaşla birlikte artmaktadır. Kolorektal kanser için 50 yaşın üzerindeki hastalar riskli gruptadır. Gelişmiş ülkelerde kolorektal kanser için tanılanmış olguların % 90’ı 50 yaş üzerindeki bireylerdir. Kolorektal kanser riski yaşla birlikte artmaktadır (Dizdaroğlu 1998; ACS 2007; Glanz ve ark. 2007; Özsoy ve ark. 2007).

Genetik Faktörler

Kolorektal kanserlerin % 10-15'inin, birinci derece yakınlarında tanılanmış kolorektal kanser öyküsü olan bireylerde görüldüğü ifade edilmiştir (ACS 2007; Glanz ve ark. 2007).

Kolorektal kanser görülme riskinin; özellikle 50 yaşından sonra ve genetik mutasyonlarla ilişkili olarak ailede birinci derece akrabalarda (anne, baba, kardeş ve çocukları gibi yakın aile bireyleri) kolorektal kanser, bağırsak polipleri veya kronik bağırsak hastalığı hikâyesi bulunmasıyla arttığı çeşitli çalışmalarla belirlenmiştir (ACS 2007).

Yapılan çalışmalarda ailesinde kolorektal kanser hikâyesi bulunan bireylerin yüksek riskli olduğu görülmektedir (Akhtar ve ark. 2007; Palmer ve ark. 2007). Birinci derece bir akrabada kolorektal kanser bulunmasıyla riskin 1,7 kat arttığı, birinci derece akrabalarda ikiden fazla kolorektal kanser bulunduğu riskin 2,7 kat ve 45 yaş altı birinci derece akrabalarda kolorektal kanser varlığında riskin 5,3 kat arttığı belirtilmektedir (Karahasanoğlu, 2001).

Kolorektal kanser gelişme riski familial adenomatöz polipozis ve herediter non polipozis olan bireylerde yüksektir (Karahasanoğlu 2001). 40 yaşın üzerinde olan, ailesinde kolon kanseri veya polip hikâyesi bulunanlar, soy geçmişinde Jüvenil polipozis, kolon kanseri veya polip, familial polipozis hikayesi bulunan kişiler ve Peutz-Jeghers Sendromu, Crohn Hastalığı ve Ülseratif Kolit gibi hastalığı bulunan kişiler risklidir (Alemdaroğlu, 2000).

Kolon kanserlerinin % 33 ünün etyolojisinde polip bulunmuştur. Polipler; adenomatözse, çapı 2 cm'den büyükse, sapsız, geniş bir tabanla mukozada oturmuş ve villöz yapıdaysa, displazi varsa ve multipl ise kanser riski yüksektir (Aykan 2000). Herediter non polipozis kolorektal kanser ise; polipozis sendromları ile ilişkisiz olup Lynch sendromu olarak adlandırılırlar. Bu grup tüm kolon kanserlerinin %5-6 sını oluşturur. Kolonda polipozis yoktur ancak kolon kanseri kalıtsal geçiş gösterir. Ortalama kanser başlama yaşı 40-45'tir. Klinik tanısında Amsterdam kriterleri kullanılır. Kolorektal kanserli hastanın en az üç akrabasında kolorektal kanser vardır ve bu hastaların en az biri 50 yaş altında olup en az biri birinci derece akrabadır ve bu durum en az iki nesilden beri devam etmektedir (Aykan 2000; Dizdaroğlu 1998; Karahasanoğlu 2001).

Sağlık Davranışları ile ilgili Faktörler

Kolorektal kanser oluşumunda rol oynayan diğer risk faktörleri ise daha çok yaşam biçimi alışkanlıkları ile ilgilidir; beslenme alışkanlıkları(yağdan zengin ve posalı yiyeceklerden fakir beslenme), sigara kullanımı, aşırı alkol kullanımı ve sedanter yaşam tarzı hastalığın görülme riskini artırmaktadır (ACS 2007; Özsoy 2007).

Beslenme: Epidemiyolojik çalışmalar kolon ve rektum kanserlerinde bazı beslenme davranışlarının kanser oluşma riskini artırdığını, bazı beslenme davranışlarının ise, bu riski azaltabileceğini göstermektedir. Olumsuz beslenme davranışları;

- Hayvansal yağ ve kırmızı etin sık tüketilmesi (özellikle sığır, domuz ve kuzu eti),
- Obezite, aşırı kilo alımı ve düşük fiziksel aktivite,
- Sigara ve alkol kullanımı,

Olumlu beslenme davranışları;

Düzenli olarak lifli gıdalar; sebze meyve ve tahılları tüketmek,

Yeterli Kalsiyum ve vitamin D almak,

Non-steroid antiinflatuar ilaçların (NSAI) kullanımı (Aspirin vb.) (Aykan, 2000).

Sağlık İnançları ile ilgili faktörler

Kolorektal kanser oluşumunda rol oynayan önemli risk faktörlerinden biri de bireyin; hastalığı tanıma, önleme ile ilgili davranışları bilmesi ve uygulaması, hastalıkla ilgili duyarlılığı ve hastalığın önemini algılaması gibi faktörleri içeren inançlarıdır (Özsoy ve ark. 2007). Birey ailesinde kolorektal kanserli birey olduğunu ve risk altın da olduğunu bilse ve kendisine öğretilse bile, inanç sisteminde yetersizlik varsa gerekli koruyucu önlemleri almayabilecektir. Bu nedenle risk altındaki bireylere hastalıkla ilgili koruyucu sağlık programları geliştirilirken bireylerin hastalıkla ilgili inançları da göz önüne alınmalıdır (Jacobs 2002; Sessa ve ark. 2008).

Bireylerin hastalıkla ilgili inançlarını ve etkileyen faktörleri belirleme ve açıklamada sağlık inanç modeli (SİM) temel alınmaktadır. Sağlık inanç modeli 1950 yılında Hochbaum, Rosenstock ve Kegels tarafından geliştirilmiştir. Modelin kuramsal

çerçevesi bireyin koruyucu sağlık davranışları üzerinde etkili olan bireysel algılar üzerine odaklanmıştır (Çenesiz ve Atak 2007; Nahcivan ve Seçginli 2003).

Kolorektal kanserden korunmada sıklıkla yapılan uygulamalar; erken tanıya yönelik olarak kolorektal kanser taraması ile kolorektal poliplerin saptanması, kanserleşmeden çıkarılması ve kanserin erken dönemde saptanması ile ilgili uygulamalardır (ACS, 2007). Ancak erken tanıya yönelik uygulamalardan önce birinci aşamada, risk faktörlerine sahip bireyler için; sağlığı geliştirme programları uygulanmalı ve bu programlar ile bireylerin hastalığı tanımaları, hastalıkla ilgili yanlış inançlarının farkına varmaları ve hastalığa verdikleri önem düzeyinin geliştirilmesine olanak sağlanmalıdır (Sessa ve ark., 2008).

Kolorektal kanserlerde bireylerin hastalıkla ilgili inançlarını belirlemeye yönelik olarak SİM temel alınarak geliştirilmiş veri toplama araçlarından en sık kullanılanı Jacobs tarafından geliştirilen ve Özsoy ve arkadaşları (2007) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılan "kolorektal kanser sağlık inanç modeli ölçeği" dir. Bu çalışmada da kolorektal kanser tanısı konmuş bireylerin birinci derece akrabalarının hastalıkla ilgili inançlarını belirlemede bu ölçek kullanılmıştır.

Kolorektal kanserlerden korunma ve erken dönemde belirlenmesi ile ilgili çalışmalar birinci basamak sağlık hizmeti sunan merkezler tarafından yürütülmektedir. Bu hizmetlerin sunulmasında hemşirelerin önemli rolleri vardır. Hemşirelerin kolorektal kanserlerden korunmaya yönelik yapacakları eğitim programlarında bireylerin hastalıkla ilgili inançlarını ve etkileyen faktörleri göz önüne alarak bu programları düzenlemeleri hastalıktan korunmada olumlu bir etken olabilecektir.

Bu çalışma, kolorektal kanser tanısı konmuş bireylerin birinci derece akrabalarının hastalıkla ilgili sağlık inançlarını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

Kolorektal kanser kolon ve rektumda oluşan kanserdir. Kalın bağırsak kolon ve rektumdan oluşur. Rektum kalın barsağı anüse bağlayan bir geçit özelliği taşır. Kalın bağırsak ince barsakta emilemeyen hazmedilmeyen besinlerin, sıvılardan ayrıştığı ve feçesin vücutta depolandığı yerdir. Kalın bağırsakta depolanan feçes vücuttan atılana kadar bağırsağın uç kısmı olan rektumda durur ve anüs yoluyla dışarı atılır. Bağırsak kanserine kolon kanseri, rektum kanseri veya kolorektal kanser de denir (CDC 2009; BKKAV 2005).

2.1. KOLOREKTAL KANSER EPİDEMİYOLOJİSİ

Tüm dünyada ve Türkiye’de kanser en önemli mortalite ve morbidite nedenidir. Kolorektal kanser dünyada en sık görülen 4. malign tümördür (Göral 2002; Lieberman 2009). Kolorektal Kanser özellikle gelişmiş ülkelerde ciddi morbidite ve mortaliteye yol açan önemli bir hastalıktır. Kolorektal kanser sıklığı aynı ülkede yörelere ve topluluklara göre farklılıklar göstermektedir. Bu farklılığın diyet ve çevresel faktörlerin farklılık göstermesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Yıldız, 2008).

Sanayileşmiş bölgelerde görülme sıklığı gelişmekte olan bölgelerden daha fazladır. Düşük riskli bölgelerden yüksek riskli bölgelere göç edenlerde de kolorektal kanser görülme sıklığı artmaktadır (Gönen 2004; KSDB 2009; Yıldız 2008). En sık ABD, Kanada, Batı Avrupa, Avustralya ve Yeni Zellanda’da görülmektedir (Göral, 2002). Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, İngiltere, Fransa, Almanya vb. gelişmiş ülkelerde toplumda görülme sıklığı yüz binde 40-60 arasında değişmektedir.

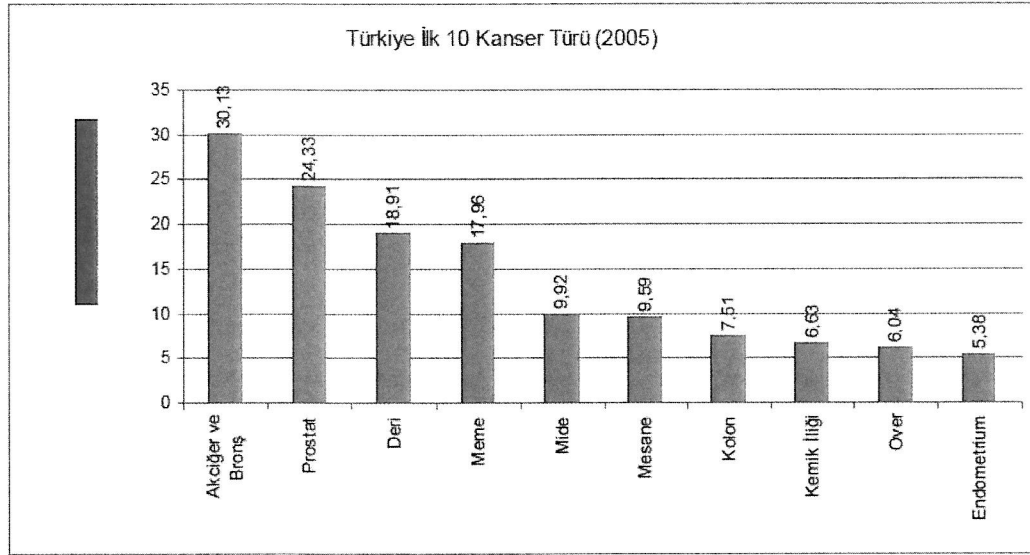
Amerika Birleşik Devletleri’nde yılda yaklaşık olarak 150.000 Avrupa da ise 170.000 yeni vaka görülmektedir (Erol, 2008). Kolorektal kanser ABD’de en sık görülen kanserler arasında 4. sırada yer alırken ikinci en sık kansere bağlı ölüm nedenidir.

2006 yılında yapılan Amerika Kanseri İstatistiklerine göre; 70,270 erkek ve 68,857 kadın Kolorektal kanser tanısı almıştır. 26,801 erkek ve 26,395 kadının kolorektal kanserden öldüğü bildirilmiştir (CDC, 2009).

İngiltere’de yaklaşık olarak her 20 kişiden biri kolon kanseri olmaktadır. İngiltere’de en yaygın üçüncü, en çok ölüme yol açan ikinci kanser türüdür ve yılda 16.000’den fazla kişinin ölümüne yol açmaktadır (Akhtar ve ark. 2008; BKKAV 2005)

Dünyada meydana gelen ölümlerin sıralamasına göre erkeklerde en sık rastlanan dört kanser türü akciğer, mide, karaciğer, kolorektal kanserler; kadınlarda ise meme, akciğer, mide, kolorektal ve servikal kanser olarak belirtilmektedir.

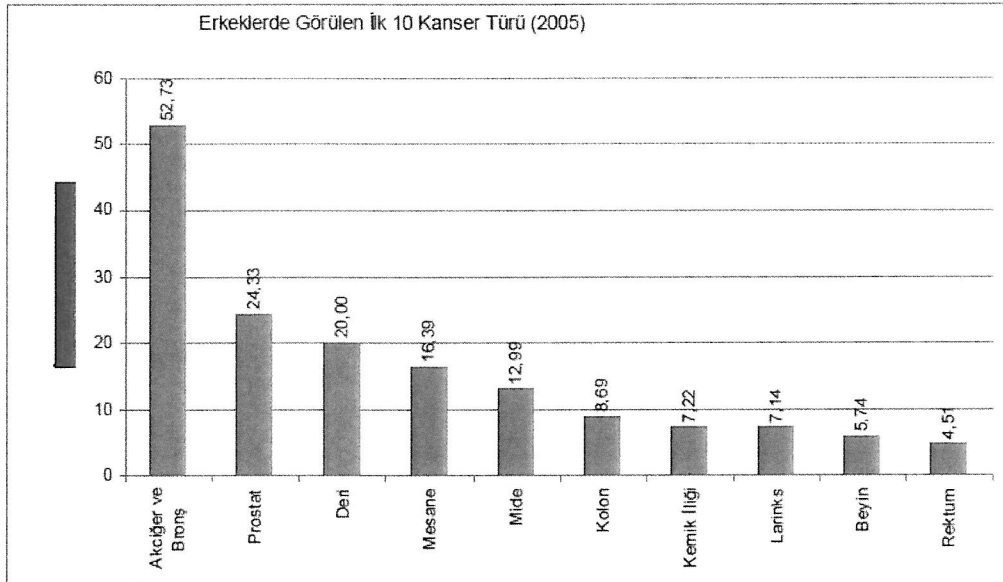
Kolorektal kanserler, Türkiye’de ise en sık görülen 10 kanser sıralamasında 7,51/100.000 insidans ile 7. sırada olup yılda yaklaşık 5000 yeni vaka görülmekte ve yaklaşık 3200 kolorektal kansere bağlı ölüm gerçekleşmektedir (Şekil 2-1) (Tuncer 2009).



Şekil 2-1: Türkiye’de Görülen İlk 10 Kanser Türü (2005)

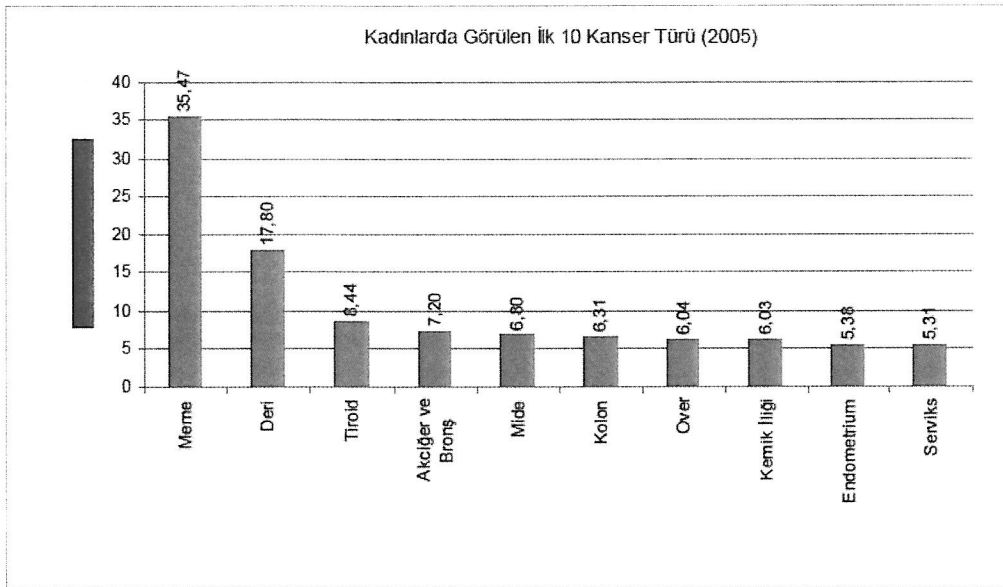
(Tuncer, 2009)

Türkiye’de erkeklerde en sık rastlanan kanser türleri sırasıyla; trakea, bronş ve akciğer kanserleri, mide kanseri, lösemi, mesane kanseri ve kolorektal kanser; Kadınlarda ise meme, mide, lenfomalar, multiple myelom, over kanseri ve kolorektal kanserler olduğu belirtilmiştir (Yardım ve Mollahaliloğlu, 2007) (Şekil 2-2ve Şekil 2-3).



Şekil 2-2: Türkiye’de Erkeklerde Görülen İlk 10 Kanser Türü.

(Tuncer, 2009)



Şekil 2-3: Türkiye’de Kadınlarda Görülen İlk 10 Kanser Türü.

(Tuncer, 2009)

Türkiye’de Kolorektal kanserden ölümler bütün kanserden ölümlerin, % 10-14’ ünden sorumludur. Vakaların 1/3’ü rektumda, 2/3’ü kolonda (özellikle sol kolon) lokalizedir (Göral 2002; Gönen 2004). Tümör yerleşim yeri bakımından sigmoid kolon % 36-38 oranla 1. sırada gelmektedir. Daha sonra sırasıyla %24-27 çekum ve çıkan kolonda, %15 rektumda, %10-16 transvers kolonda, %7 inen kolonda ve %3 anüste görülür. Erkek ve

kadın dağılımı genelde eşittir. Ancak kolon kanseri kadınlarda, rektum kanseri ise erkeklerde biraz daha fazladır (Erol 2008, Göral 2002).

2.2. KOLOREKTAL KANSER ETYOLOJİSİ

Kolorektal kanserin oluşumunda rol oynayan etkenler olarak;

- Genetik,
- Kronik ülseratif kolit, Crohn hastalığı olmak,
- Yaş,
- Cinsiyet ve ırk
- Beslenme
- Obezite
- Alkol sigara kullanımı sayılmaktadır (Gönen 2004).

2.2.1. Genetik Faktörler

Kolorektal kanserlerin %10- 15 inin birinci derece yakınlarında tanılanmış kolorektal kanser öyküsü olan bireylerde görüldüğü ifade edilmiştir (ACS, 2007; Glanz ve ark. 2007). Kolorektal kanser görülme riskinin; özellikle 50 yaşından sonra ve genetik mutasyonlarla ilişkili olarak ailede birinci derece akrabalarda (anne, baba, kardeş, çocuk) kolorektal kanser, bağırsak polipleri veya kronik bağırsak hastalığı hikâyesi bulunmasıyla arttığı çeşitli çalışmalarla belirlenmiştir (ACS, 2007). Kolorektal kanserlilerin birinci derece yakınlarında kolorektal kanser gelişme riski 2-4 kat artmaktadır.

Kanser, aile üyesinin 50 yaşından küçük bir bireyinde ortaya çıkmışsa risk daha da artmaktadır (Kaya 2008; Yıldız 2008.). Genel popülasyonda bir tane birinci derece akrabasında kanser gelişen bireylerde risk 1,7 ye çıkarken, iki akrabası etkilenenlerde 2,7'ye ve 45 yaş altı birinci derece akrabasında kolorektal kanser varlığında risk 5,3'e yükselmektedir. Birinci derece akrabada 60 yaşından önce adenomatöz polip geliştiğinde de risk artışı gözlenmektedir. Birinci derece akrabalarında adenomatöz polip olanlarda kolon kanseri relatif riski 1.9 saptanmıştır.

Başka bir çalışmada ikinci derece akrabasında (büyükanne-baba, hala-teyze ya da amca-dayı) kolon kanseri olanlarda kişisel relatif risk yaklaşık 1.5 bulunmuştur.

Hereditör kolorektal kanserler, tüm vakaların %6-10'unu oluşturmaktadırlar (Akarsu ve Şimşek 2004; Akhtar ve ark. 2008; Erol 2008; Ersoy ve Akbayır 2009; Karahasanoğlu 2001; Parlak 2009; Rubin ve ark. 2009; Yıldız 2008).

Yapılan çalışmalarda;

- 40 yaşın üzerinde olan,
- ailesinde kolon kanseri veya polip hikâyesi bulunanlar,
- soy geçmişinde Jüvenil polipozis, kolon kanseri veya polip, familyal polipozis hikayesi bulunan kişiler
- Hereditör non polipozis kolorektal kanser olanlar
- Crohn Hastalığı ve Ülseratif Kolit gibi hastalığı bulunan kişilerin riskli olduğu belirtilmiştir (Akhtar ve ark. 2007; Alemdaroğlu 2000; Kaya 2008; Palmer ve ark. 2007).

Kolon kanserlerinin %33'ünün etiolojisinde polip bulunmuştur. Ancak sporadik kolon poliplerinin %90'ı hiperplastiktir ve bunların kanserleşme oranı hemen hemen sıfırdır. Kanserleşme yönünden önemli olan adenomatöz poliplerdir.

Adenomlar erkeklerde kadınlardan daha sık oluşur. Adenom insidansı 60- 70 yaşlarında pik yapar. Sol kolon adenomları genç hastalarda sık görülürken, sağ kolonda lokalize olanlar 65 yaş üstünde daha sıktır. Adenomlarda malignite riski boyut, histolojik yapı ve epitel displazisinin derecesine bağlıdır (Gürbüzel 2008).

Sıklıkla kolorektal kanser oluşumuna neden olan kalıtsal kolon hastalıkları Familyal Adenomatöz Polipozis (FAP) ve Hereditör Non polipozis Kolorektal Kanser (HNPCC)'dir (Jacobs 2002; Kampman 2007; Rees ve ark. 2008)

Familyal Adenomatöz Polipozis (FAP)

Familyal Adenomatöz Polipozis, gençlik yaşlarında oluşmaya başlar ve profilaktik total kolektomi yapılmazsa tüm hastalarda kolon kanseri oluşması hemen hemen kaçınılmazdır. Kolorektal kanser gelişiminde başlangıç olaylar adenomatoz polipozis koli geninde somatik mutasyonlarla ilişkili gibi görünmektedir. Bu genin değişmesi hem sporadik hem de familyal adenomatoz polipozis gibi ailesel kolorektal kanserlerin oluşumunda anahtar rol oynamaktadır. (Boardman 2007; Ersoy ve Akbayır 2009; Yıldız 2008).

Adenomatöz polipozis geni otozomal dominant geçer. Hastada birkaç polip FAP varlığını göstermez. En az 100 polip olmalıdır. Polipozisin görülmeye başlamasından yaklaşık olarak 15 yıl sonra kanser görülür. Taşıyıcıların, 10 yaş civarında %15'i, 20 yaşta % 75'i, 30 yaşta %90'ı adenom sahibi olacaktır. Birinci derece yakın akrabalara 10 yaş civarında görüntüleme yapmak gerekir. Tedavi edilmeden bırakılırsa hemen hemen daima kalın bağırsakta bir veya daha fazla karsinom gelişmektedir. Profilaktik kolektomi en geç 20- 25 yaşlarında yapılmalıdır (Gönen 2004; Dönmez 2009; Erol 2008; Gürbüz 2008; Parlak 2009).

Hereditör Non-polipozis Kolorektal Kanser (HNPCC) (Lynch Sendromu I ve II): Otozomal dominant kalıtımla geçen HNPCC tüm kolorektal kanserlerin %2-6'sıdır (Gönen 2004; Yıldız 2008). Henry T. Lynch tarafından tanımlanan bu sendromlarda kolonda polipozis yoktur, ancak kolon kanseri kalıtsal(otozomal dominant) geçiş gösterir. FAP'dan farklı olarak adenomatöz kolonik poliplerle ilişkili değildir (Boardman, 2007).

Kolon dışı tümörlerle birlikte olup olmamalarına göre iki alt gruba ayrılırlar. Genellikle erken (ortalama 45) yaşta başlayıp proksimal kolon tutulumu, müsinöz veya kötü diferansiye histoloji, psödodiploidi ve senkron ya da metakron tümör gibi belirgin klinik özelliklerle karakterize Lynch I yani kolonik sendromu içermektedir.

Lynch I sendromunda izole, erken yaşta başlayan kolorektal kanser söz konusu iken Lynch II sendromunda yine erken yaşta başlayan kolorektal kansere ek olarak meme, endometrium, over, mide, ince barsak, renal pelvis, üreter ve pankreatikobiliyer sistem kanserleri gibi ekstrakolonik adenokanserler de görülmektedir. Ortalama kolon kanseri gelişme yaşı 50'nin altında 40-45 yaş arasındadır.

Hereditör Nonpolipozis Kolorektal Kanser için 1991 yılında "Amsterdam Kriterleri" belirlenmiştir (Aykan 2000; Dizdaroğlu 1998; Dönmez 2009; Erol 2008; Ersoy ve Akbayır 2009; Karahasanoğlu 2001; Parlak 2009; Yıldız 2008).

Bu kriterler;

- Ailede 3 veya daha fazla kolorektal kanserli birey olması, bunlardan birinin 1. dereceden akraba olması,
- En az 2 kuşağın kolon kanserinden etkilenmiş olması,
- Tanı konulan aile bireylerinden en az birisinin 50 yaş veya altında olması,

- Familial Adenomatöz Polipozisin olmaması, olarak belirtilmiştir.

Ancak Amsterdam kriterlerinin HNPCC'nin belirlenmesinde çok yeterli bir rehber olmadığı belirtilmektedir. Bu nedenle 1996 yılında bu kriterleride içeren ve erken tanıda daha doğru karar vermeyi destekleyen Bethesda kriterleri geliştirilmiştir. Bu kriterlere göre birinci derece akrabalarında birden fazla kolorektal kanser tanısı konmuş birey olması riski arttırmaktadır (Göral 2002, Jacobs 2002)

Bu kriterler;

- Amsterdam kriterlerine sahip olmak,
- Ailesinde HNPCC kanserli birey olması
- Ailesinde kolorektal kanserli birey ve 1. dereceden kolorektal kanserli birey olması
- 50 yaş altında kolorektal veya endometrial kanser bulunması
- 50 yaş altında sağ kolorektal kanser ve histolojide undiferansiye pattern olması
- 50 yaş altında taşlı yüzük hücreli kolorektal kanser olması
- 40 yaşın altında kolorektal adenoma olması (Göral 2002).

Erken tanı girişimleri riskli bireylerde 21 yaşında başlamalı ve 5 yılda bir tekrarlanmalıdır (Aykan 2000; Dizdaroğlu 1998; Dönmez 2009; Erol 2008; Ersoy ve Akbayır 2009; Karahasanoğlu 2001; Parlak 2009; Yıldız 2008).

Ailesinde HNPCC veya ailesel adenomatoz polipozis öyküsü bulunan kişilere yıllık veya 6 ayda bir kolonoskopi yapılmalıdır (Ersoy ve Akbayır 2009).

2.2.2. Kronik Ülseratif Kolitis ve Crohn Hastalığı

Kronik ülseratif kolitis ve Crohn Hastalığı olanlarda kolon kanser riskinin hastalık süresi ile orantılı olarak arttığı bilinmektedir. Bu grupta ortalama %3-8 olan kanserleşme oranı, hastalığın başlamasından 10 yıl sonra %10'a, 25 yıl sonra %30'lara kadar yükselmektedir. Crohn'lu hastalarda kolon kanseri genel toplumdan daha erken yaşta görülür (Gönen 2004, Kune 2007b) .

Ülseratif kolitte pankolit tanısından 7-8 yıl sonra, sol taraf kolitin tanısından 12-15 yıl sonra tarama başlamalıdır. Her bir- iki yılda bir displazi için kolonoskopi ile biyopsi alınmalıdır (Gürbüz 2008).

2.2.3. Yaş

Kolorektal kanserler genellikle ileri yaşta görülmektedir ve 50 yaş ve üzeri orta derecede bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Gönen 2004). Hastaların %90'ından fazlasının 50 yaşın üzerinde olduğu belirtilmektedir (KSDB 2009; CDC 2009; Murff ve ark. 2007).

Görülme sıklığı yaşla birlikte artmaktadır; genel popülasyonda kolorektal kanser görülme sıklığı 40 yaşından itibaren artar. 40 yaşından sonra risk, her 10 yılda ikiye katlanır. 80 yaşından sonra görülme sıklığı yılda 3.7/1000 ulaşır. En sık hastalık görülme yaşı 60-65'tir ve ortalama tanı yaşı 62'dir (Chen and Lin 2009; Gürbüz 2008; Karahasanoğlu 2001; Terzi ve ark. 2000; Yıldız 2008).

2.2.4. Cinsiyet ve Irk

Kolon kanseri insidansı kadınlarda daha fazla iken rektum kanseri erkeklerde daha yaygındır (Erol 2008; Parlak 2009). Hastalığın dünyadaki dağılımı bölgeler arasında farklılıklar gösterir. Kolorektal kanser, Kuzey Amerika, Batı Avrupa, İskandinavya, Yeni Zelanda ve Avustralya gibi gelişmiş ülkeler başta olmak üzere tüm dünyada yaygın olarak rastlanan ve kanser ile ilişkili ölümlerin yaklaşık %10'undan sorumludur. En yüksek görülme oranları Avustralya, ABD ve Yeni Zelanda'da; en düşük oranlar ise Hindistan, Güney Amerika ve Afrika, Orta Amerika, Ortadoğu ülkelerinde görülmektedir (Gürbüz 2008; Karahasanoğlu 2001; Yıldız 2008).

Kalın bağırsak ya da kolon ve rektum kanserleri özellikle gelişmiş batı ülkelerinin önemli bir sağlık sorunudur. ABD, Kanada, İngiltere, Fransa, Almanya gibi ülkelerde toplumda görülme sıklığı yüz binde 40-60 arasında değişmektedir. ABD ve Avrupa'da yılda yaklaşık 160.000 yeni vaka görülmektedir. Kanseri oluşumu Afrikalı Amerikanlarda beyazlardan daha yaygındır ve mortalite Afrikalı Amerikanlarda %32 artmaktadır (Erol 2008; Parlak 2009). Bazı Ashkenazi Yahudi ailelerinde bulunan kalıtsal Adenomatöz Polipozis Coli(APC) gen mutasyonu, I1307K kolorektal kanser riskinde artışı gösteriyor. DNA mismatch onarım genlerindeki kalıtsal mutasyonlar Afrikalı Amerikalılarda daha yaygındır (Gürbüz 2008; Kaya 2008).

2.2.5. Beslenme

Yüksek yağ içeren beslenme tarzının kolorektal kanseri arttırdığı belirtilmektedir. Kolon kanseri, yağ tüketimi az olan toplumlarda daha az sıklıkta görülür. Kolon kanseri görülme sıklığı yüksek olan batı ülkelerinde ortalama yağ oranı,

toplam kalorisinin %40-50'sini oluştururken, düşük sıklıkta görülen toplumlarda yalnızca %10-15'ini oluşturmaktadır. Diyetle yağ alımıyla karaciğer tarafından kolesterol ve safra asidi sentezi artar. Kolon bakterileri bu bileşikleri sekonder safra asitlerine, kolesterol metabolitlerine ve diğer toksik metabolik bileşiklere dönüştürür. Safra asitleri ve serbest yağ asitlerinin kolon mukozasında hasar yaptığı ve epitel hücrelerinin proliferatif aktivitesinde artışa yol açtığı gösterilmiştir (Kaya 2008).

Hayvansal protein içeren kırmızı et tüketimi kolorektal kansere yol açan bağımsız faktör olarak görülmektedir. Balık ve tavuk eti yerine kırmızı et tüketiminin artması, kolon kanseri insidansında artmaya neden olmuştur (Gürbüz 2008; Kaya 2008; Yıldız 2008). Epidemiyolojik çalışmalarda sebze ve meyvenin bol tüketimi ile kolon kanseri riskinin azaldığı bulunmuştur (Kaya 2008; Yıldız 2008). Lifli yeşil yapraklı sebzeler ve meyveler antioksidan vitamin kaynağı olup kanser oluşumunu engellemektedir (Gürbüz 2008; Kaya 2008). Diyetdeki lif, dışkı hacmini ve buna bağlı transit hızını arttırarak intraluminal karsinogenlerin mukozaya ile temasını azaltır. Ayrıca lifli gıdalar, barsaktaki karsinogen safra asitlerinin konsantrasyonunu azaltırlar (Yıldız 2008).

Beslenme ile ilgili başlıca risk faktörleri şunlardır;

- Hayvansal yağ ve kırmızı etin(özellikle sığır, domuz ve kuzu eti) sık tüketimi,
- Liften fakir gıdalarla beslenme,
- Obezite, aşırı kilo alımı ve düşük fiziksel aktivite (sedanter yaşam tarzı) (Erol 2008; Özsoy 2007).

2.2.6. Obezite

Obezite ve fazla kalorili beslenmenin kolorektal kanser için bağımsız risk faktörleri olduğu kohort ve vaka kontrol çalışmalarında gösterilmiştir. Artmış vücut kitlesi kolorektal kanser de iki kat artışla sonuçlanabilir (Kaya 2008). Özellikle abdominal yağlanma ve artmış vücut kitle indeksi kolon kanseri riskini ve kanserden ölümleri arttırmaktadır. Fazla kilolu ve fiziksel olarak inaktif kişilerde kolon kanseri gelişimi riski yüksektir (Gürbüz 2008).

Epidemiyolojik çalışmalarda bel çevresi, bel-kalça oranı ve kolon kanseri arasında ilişki gösterilmiştir (Yıldız 2008).

2.2.7. Alkol, Sigara Kullanımı

Aşırı alkol alımı kolorektal kanser riskini artırmaktadır. Huxley ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir meta-analiz çalışmasına göre; aşırı alkol tüketen bireylerin az tüketen veya hiç alkol kullanmayan bireylere göre %60 daha riskli olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada yapılan karşılaştırmalara göre sigara içmek, diabetes mellitus, obezite ve kırmızı etin fazla tüketilmesi gibi faktörlerin her biri kolorektal kanser riskini %20 oranında arttırdığı bulunmuştur (Huxley ve ark., 2009).

Sigara tüketimi ve pelvik radyasyon kolorektal kanser riski artırır. Sigara içimi ile artmış sıklık ve mortalite bildirilmiştir (Gönen, 2004).

2.3. KOLOREKTAL KANSER GELİŞİMİ VE YAYILIMI

Normal mukozada adenoma gleams yaklaşık olarak 10 yıldan daha uzun bir süre almaktadır ve adenomun kansere dönüşmesi yaklaşık 2-30 yıl almaktadır. Normal mukozadan adenom oluşması ve adenomun kanserleşmesi yani ilerlemesi yavaş olmaktadır dolayısıyla adenomlar saptanırsa ve bunlar kanserleşmeden yok edilebilirse Kolorektal kanser önlenbilir (Chen, 2009). Kolorektal kanser erken saptandığında; bu hastalığıdaki kişilerin %90'ından fazlası tanıdan itibaren 5 yıldan fazla yaşamaktadır. Ancak ne yazık ki Kolorektal kanserlerin sadece % 37'si metastaz yapmadan saptanabilmektedir (Göral, 2002).

Kolorektal kanserlerin %90-95'i adenokanser olup %10 kadarı taşlı yüzük hücreli tipler de dahil olmak üzere müsinöz adenokanserdir. Kolon kanserlerinin yaklaşık yarısı kolonun sağ yarısında bulunurken 50 yaşından sonra tümörlerin büyük çoğunluğu kolonun sol yarısında oluşur. Bu değişimin sebebi bilinmemektedir. Başvuru semptomları tümörün kolondaki lokalizasyonuna bağlıdır (Menteş Ve Leventoğlu 2004; Dönmez 2009).

Kolon-rektum kanserlerinde belli başlı semptomlar şunlardır:

- Aralıklarla gelen (bazen kolik tarzında) belirgin karın ağrısı
- Bağırsak alışkanlığındaki değişiklikler (defekasyon sıklığı, gaitanın kıvamı ve şekli ile ilgili değişiklikler)
- Anemi,
- Kilo kaybı

- Elektrolit bozuklukları ve karaciğer enzim yükselmeleri gibi klinik bulgular
- Bulantı ve kusma
- Kanama(gastrointestinal kanama, rektal kanama)
- Kabızlık
- İshal (Dönmez 2009; Erol 2008; Menteş ve Leventoğlu 2004; Parlak 2009).

En önemli semptom, 40 yaşını aşmış bir bireyde dışkılama alışkanlığında değişme gözlenmesidir; bu ishal ya da kabızlık şeklinde olabilir.

Sağ kolon tümörlerinde bağırsak alışkanlığında herhangi bir değişiklik olmaması tipiktir (Menteş ve Leventoğlu 2004). Sol kolon tümörlerinde semptom daha çoktur.(ağrı, dışkının kalem gibi incilmesi “pencil stool”, sık laksatif kullanma) ve bu nedenle erkenden tanınırlar. Uzun süren anemi halsizlik ve güçsüzlüğe yol açar. Bu vakaların 1/3’i metastazla gelir (Erol, 2008).

Obstrüksiyon, perforasyon, dışkılama alışkanlığında değişkenlik ve hematokezya daha çok sol yerleşimli tümörlerde görülür. Demir eksikliği anemisi sıklıkla sağ yerleşimli tümörlerde görülür (Dönmez 2009; Ersoy ve Akbayır 2009).

Kolorektal kanserli hastaların çoğunda, başlıca görülen akut semptomlar kolonik tıkanma ve perforasyondur (Menteş ve Leventoğlu 2004). Karaciğerde metastazların olduğu ilerlemiş vakalarda karın ağrısı, sarılık ve portal hipertansiyon karakteristik bulgulardır. Tümör metabolizmasının bir parçası olarak, kas ve kilo kaybıyla birlikte görülen anoreksi şeklindeki tükenme sendromu (wasting syndrome) ortaya çıkabilir (Ersoy ve Akbayır 2009). Ayrıca karaciğer metastazlarında enzimler (Gama GT, ALT, AST) yükselebilir (Erol, 2008).

Anamnez ve fizik muayeneden sonra laboratuvar tetkikleri içerisinde dışkıda gizli kan aranması basit fakat değerli bir incelemedir. Tam kan sayımında anemi saptanabilir.

Tüm vakalarda olmamakla birlikte, kolorektal adenokarsinomlarında karsinoembriyjenik antijen(CEA) seviyesi yüksek bulunur (Ersoy ve Akbayır 2009; Parlak 2009). Tanıda en güvenilir yöntem kolon ve rektumun endoskopik incelemeleri (kolonoskopi, sigmoidoskopi, rektoskopi)’dir. Bilgisayarlı Tomografi(BT) lokal invazyon ve metastaz tayininde kullanılır (Erol, 2008). Manyetik Rezonans(MR) rutin değildir. Daha çok karaciğer metastazlarının değerlendirilmesinde, nükslerin tespitinde,

BT sonuçları yeterli olmazsa başvurulabilir (Erol 2008; Yıldız 2008). Kesin tanı biyopsi ile konur (Erol, 2008).

Kolorektal kanserlerin prognozu tümörün evresine göre değişir. Kolorektal karsinomlu hastalarda küratif rezeksiyondan sonra 5 yıllık sağ kalım oranı %40-60 arasındadır. Rekürrenslerin %70'i ilk 2 yılda, %90'ı ise ilk 5 yılda meydana gelir. Uzak metastaz saptandıktan sonra ortalama sağkalım süresi tedavi almayan hastalarda 6-9 ay arasındadır. Günümüzde yeni kullanıma giren kemoterapötik ve hedefe yönelik tedavi uygulamaları ile ortalama sağkalım süreleri 2 yılı geçmiştir (Yıldız, 2008).

2.4. KOLOREKTAL KANSERDEN KORUNMA, ERKEN TANI VE TARAMA

Halk sağlığı konusunda en önemli hedef, hastalıkları henüz tedavi edilebilir en erken evrede yakalayabilmek veya mümkünse ortaya çıkışını önleyebilmektir. Taramadaki temel hedef, hastalığı tedavi edilebileceği veya tercihen önlenilebileceği en erken evrede tespit etmektir.

Kanserden korunma, Primer Koruma ve ikincil Koruma olarak iki aşamalı incelenmektedir.

2.4.1. Primer Koruma Önlemleri

Beslenmenin Düzenlenmesi: Birçok epidemiyolojik çalışma sebze ve meyveden zengin diyet ile beslenmenin kolorektal kanserden korunmayla ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu koruyucu etki; sebze ve meyvelerdeki lif içeriği, antioksidan vitaminler, folik asit, selenyum gibi mineraller, diğer mikronutrientler veya fitokimyasallara veya henüz tam bilmediğimiz elementlere bağlı olabilmektedir (Gönen, 2004). Antioksidanlardan (folat, vitamin E, Vitamin C ve vitamin D) eksik beslenme kanser riskini artırabilir (Mahon 2009; Parlak 2009).

Lifli Besinlerin Korunmada Etkisi: Bir çok grup laboratuvar, nutrisyonel veya epidemiyolojik çalışmada; kolorektal kanser korumasında diyetsel lifin potansiyel rolü olduğu gösterilmiştir. Düşük diyetsel lif alan toplumlarda gıdadaki total lif alımını iki katına çıkarmakla kolorektal kanser riskinin %40 oranında düşürülebileceği ileri sürülmüştür (Gönen 2004).

Folik Asit Kullanımının Etkisi: Hayvan ve insan çalışmalarından elde edilen bilgiler folik asidin kolorektal kanseri inhibe ettiğini göstermektedir. Folik asit içeren multivitamin kullanan kadınlarda kolorektal kanser gelişme riski önemli oranda

azalmaktadır (Gönen, 2004). Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda folatın diyetle eklenmesiyle kolorektal adenom ve kanser riskini azalttığı gösterilmiştir (Yıldız, 2008).

Kalsiyum Kullanımının Etkisi: Bir diğer muhtemel koruyucu faktör artmış diyetle kalsiyum alımı veya diyetle kalsiyum ilavesidir. Kolonda adenomanın primer ve sekonder korunmasında kalsiyum ilavesi önerilmiştir (Gönen, 2004). Vitamin D ve metabolitlerinin kolonda karsinogenezi önlediğini destekleyen çalışmalar vardır. Kalsiyum ve D vitamini büyük oranda birlikte etki ederek kolonda adenom rekürrens riskini azaltırlar. Son yapılan randomize çalışmalarda, kalsiyum eklenmesiyle tekrarlayan kolorektal adenom riskinde azalma olduğu saptanmıştır. Kalsiyumun, sekonder safra asitlerini ve iyonize yağ asitlerini bağlayarak etkili olduğu düşünülmektedir (Kaya 2008; Yıldız 2008).

Fiziksel Aktivitenin Düzenlenmesi: Fiziksel aktivite kolon kanseriyle ters ilişkili bulunmuştur (Yıldız, 2008). İş sırasında veya istirahat zamanında yapılan düzenli fiziksel aktivitenin kolon kanserinden koruduğu belirtilmiştir (Gönen, 2004).

İlaç kullanımının Etkisi (Aspirin ve Non Steroid Antiinflatuar İlaçlar (NSAI)): Kolon kanseri gelişiminde aspirin ve diğer NSAI ilaçların koruyucu etkisini gösteren önemli kanıtlar mevcuttur (Gönen, 2004, Kune 2007a).

2.4.2. Sekonder Korunma Önlemleri

Kanserde sekonder korunmada kastedilen “erken tanı”dır. Erken tanı için çok önemli olan bir yöntem taramadır (Dinçer, 2000).

Kolorektal kanserlerin büyük çoğunlukla iyi huylu poliplerden gelişmeleri ve bunu zaman alması nedeniyle, erken tanının korunmada önemli bir yer tuttuğu belirtilmiştir (Erkişi, 2006).

Tarama Programları

Çeşitli çalışmalar tarama programlarının kolorektal kanser mortalitesini azalttığını göstermektedir. Kolorektal kanser erken yakalandığında hastaların yaşam süresi uzamaktadır. Böylece mortalite morbidite ve kanserli hasta bakım maliyetleri üzerine önemli etkisi olmaktadır. Ayrıca malign potansiyeli olan adenomatöz poliplerin tanınması ve çıkarılmasına olanak sağlamaktadır (Akarsu ve Şimşek 2004).

Tarama, asemptomatik bireylere yapılır. 2000 yılında tavsiye edilen ve uygulanan, 50 yaş ve yukarıdaki bireylerdir. Ailesinde kolorektal kanser öyküsü olanlarda, erken yaşlarda taramaya başlanmalıdır (Göral, 2002).

Taramalarda yapılacak işlemler,

- *Periyodik dışkıda gizli kan incelemesi,*
- *Periyodik sigmoidoskopi incelemesi,*
- *Yıllık dışkıda gizli kan incelemesi ile birlikte aralıklı sigmoidoskopi incelemesi,*
- *Periyodik kolonoskopi incelemesi,*

önerilmektedir. Geniş çaplı tarama programlarında genellikle dışkıda gizli kan incelemesi kullanılmaktadır (Akarsu ve Şimşek 2004).

Son yıllarda ağırlıklı olarak bireylerin risk faktörlerine göre gruplandırılması ve risk gruplarına göre tarama programlarının planlaması önerilmektedir (Karahasanoğlu, 2001).

Kolorektal kanserde risk grupları Tablo 2-1'de gösterilmiştir (Göral, 2002).

Tablo 2-1: Kolorektal Kansere Risk Grupları**1. Orta Derecede Risk Grubu**

- 50 yaş ve üzerindeki tüm bireyler
- Ailesinde bir tane 2. derece akraba(büyükanne-baba, hala-teyze ya da amca-dayı) ya da 3. derece akrabada(büyük-büyükanne-baba ya da kuzen) kolorektal kanser olması
- *Ailesinden birinci derece akrabasında 60 yaş ve üzerinde kolorektal kanser olması**
- *İki 2. derece akrabada kolorektal kanser olması**

2. Yüksek Derecede Risk Grubu

- İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı ve Ülseratif Kolit veya Crohn hastalığı
- 55 yaşından küçük kolorektal kanser hastalarının 1. derece yakınları
- Familial Adenomatöz Polipozis ve buna bağlı sendromlar (Turcot Sendromu, Oldfield's Sendromu, Juvenil Polipozis) ve HNPCC Lynch I ve Lynch II)olanlar,
- Özgeçmişinde; kolorektal sporadik adenoma, kolorektal kanser, polipektomi, İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı, Meme, Over veya Endometrial Kansere olanlar,
- Soygeçmişinde; Familial Adenomatöz Polipozis, Hereditör Non Polipozis Kolorektal Kansere, Gardner Sendromu, Sporadik Kolorektal Kansere olması.

2.4.3. Kolorektal Kansere Tarama Yöntemleri

Kolorektal kansere yönelik tarama testlerinin çok olması ve değişik risk gruplarına göre tarama önerilerinin değişmesi nedeniyle diğer kanser (meme ve serviks) taramalarına göre daha karmaşıktır.

Gaitada Gizli Kan Testi (GGKT): Nonspesifik bir testtir. GGKT ile tarama, ilk defa 1967 yılında, Gregor tarafından ortaya atılmıştır. Yapılan çalışmalarda, GGKT pozitifliği saptanan vakalarda, çift kontrastlı Ba'lu kolon grafisi ve kolonoskopi önerilmektedir. Dışkıda 2 cc kan olması, GGKT için yeterlidir. GGKT'yi etkileyen faktörler; kırmızı et (hem nedeniyle), şalgam, bayırturpu yenilmesi (peroksidaz aktivitesi nedeniyle), salisilat alınımı yanlış pozitif, vit. C alınımı ise yanlış negatif etki yapar. GGKT yapılırken bunlara dikkat edilmelidir. Pozitif prediktif değeri % 2-50' dir.

Birçok küçük kanser ve prekanseröz lezyonlarda, negatif sonuç verebilir. GGKT, hidrojen peroksit ilavesinden önce, dışkının rehidrate edilmesi ile daha iyi sonuç verir. Arka arkaya yapılan üç dışkılamanın her birinden ikişer örnek verilir. Eğer herhangi biri pozitif bulunursa kolonoskopi ya da çift kontrastlı kolon grafisi ile birlikte sigmoidoskopi yapılır.

Yıllık GGKT taramaları, kolorektal kanser mortalitesini % 15-35 oranında azaltmaktadır (Lieberman, 2009).

Flexible Sigmoidoskopi (FS): Kolorektal kanserlerin yaklaşık 2/3'ü 60 cm'lik sigmoidoskop ile ulaşılabilecek bölgededir. Kalın barsağın distal bölümlerinden kaynaklandığı düşünülen patolojilerin saptanmasında ve özellikle asemptomatik hastalarda tarama amacıyla kullanılabilir. Gizli veya belirgin kanama varlığında kolonoskopi tercih edilmelidir. FS'de adenomatöz lezyon saptandığında tüm kolonu incelemek için kolonoskopi yapılmalıdır. Çünkü vakaların 1/3'ünde de proximal kolonda neoplastik lezyonlar bulunabilir. 3 yılda bir yapıldığında, mortaliteyi % 60 oranında azaltır. Kolonoskopiden daha az duyarlı olması nedeniyle kısa intervallerle yapılmaktadır (Karahasanoğlu 2001; Lieberman 2009).

Çift Kontrastlı Kolon Grafisi(ÇKKG): Bu yöntem, 1cm'den küçük poliplerin % 50-80'nini, 1cm'den büyük poliplerin % 70-90, stage I ve II adenokarsinomaların % 70-90'ında tanı koydurucudur. Tek kontrastlı kolon grafisi çekilmişse, bu FS ile doğrulanmalıdır. Çift kontrastlı baryum enema tüm kolonu göstermesi, yaygın kullanımı ve yaklaşık büyük poliplerin yarısını göstermesi nedeniyle alternatif yöntemdir. Ancak ÇKKG'de kolonoskopideki gibi görülen polipler çıkarılamaz ve kanserden biyopsi alınamaz

Kolonoskopi: Tarama ve rezeksiyon amaçlı kullanılır. Kolon mukozasını incelemede altın standarttır. Bütün tarama testlerinin son ortak noktasıdır. Her 5-10 yılda bir yapıldığında, mortaliteyi % 70 oranında azaltır. Perforasyon, kanama gibi komplikasyonlar, 1/10.000 civarındadır (Göral, 2002). Kolonoskopi her tarama programının genel yolunun sonudur. 2000 yılından bu yana büyük toplum çalışmaları öncelikli tarama testi olarak kolonoskopinin uygulanabilirliğini ve güvenilirliğini göstermiştir (Menges ve ark., 2006).

Kolonoskopide kolon segmentlerinin tümü görülmektedir. Kolonoskopi poliplerin tanısını ve çıkarılmasını ve kolon boyunca saptanan kanserlerden biyopsi alınmasını

sağlar. Bununla birlikte kolonoskopi diğer tarama testlerine göre daha pahalı, daha riskli ve daha rahatsızlık vericidir. Bir adenomatöz polipten kanser gelişmesi için geçmesi gereken süre ortalama 10 yıldır ve bu nedenle 10 yıllık aralarla tarama önerilmektedir (Akarsu ve Şimşek 2004; Erkişi 2006; Göral 2002; Karahasanoğlu 2001).

Laboratuvar tetkikleri: Laboratuvar testlerinin hiçbiri kolorektal kanserlere spesifik değildir. Dışkıda gizli kan tanısı ve tarama amaçlı kullanılabilir. CEA kolorektal kanser hastaların yanı sıra mide, pankreas, meme, akciğer, prostat, over, safra yolları ve uterus gibi çeşitli organların selim ve habis durumlarında artabilir. Bu nedenle erken tanıdan daha çok takipte kullanılmalıdır (Karahasanoğlu, 2001).

2.4.4. Kolorektal Kanser Tarama Stratejileri

Tarama öncesi hastaların kişisel risk durumu tanımlanmalıdır. Tarama programlarına bireylerin kişisel, ailesel risk faktörleri ve medikal öyküleri değerlendirilip hastaların risk grupları sınıflandırılarak başlanmalıdır. Böylece kişiye özgün uygun tarama yöntemleri de tanımlanabilir (Akarsu ve Şimşek 2004).

Kolorektal kanser ve adenomlar için her bireyin kişisel ve ailesel risk seviyesi 20'li yaşlardan başlayarak belirlenmelidir ve her 5 yılda bir yeniden tanımlama yapılmalıdır (Chen, 2009). Hastanın risk durumu belirlendikten sonra tarama için hangi testin hangi sıklıkta uygulanacağı belirlenmelidir. Kolorektal kanser için risk ayırımında kişide kolorektal kanser ya da adenomatöz polip varlığı, kolorektal kansere predispozisyon yaratacak bir hastalık varlığı, aile bireylerinde kolorektal kanser ya da adenomatöz polip varlığı ve varsa ailede kaç kişide olduğu, birinci derece (anne-baba, kardeşler ya da çocuklar)de olup olmadığı, kaç yaşında tanı konulduğunun sorgulanması gerekir (Akarsu ve Şimşek 2004).

Risk gruplarına göre tarama stratejileri Tablo 2-2'de gösterilmiştir. (Beeker ve ark., 2000).

Tablo 2-2: Risk Gruplarına Göre Kolorektal Kansere Tarama Stratejileri

Orta Risk Grubu:

50 yaşından büyük tüm bireyler;

- Gaitada Gizli Kan Testi(Yılda bir kez)
- Flexible Sigmoidoskopi(5 yılda bir)
- Çift kontrastlı baryumlu kolon grafisi(5-10 yılda bir)
- Kolonoskopi(10 yılda bir)

Yüksek Risk Grubu:

- *55 yaşından küçük kolorektal kanser hastalarının 1. derece yakınları:* 40 yaşından itibaren 2 yılda bir kolonoskopi veya çift kontrastlı kolon grafisi
- *Birinci derece akrabasında kolorektal kanser veya adenomatöz polip hikayesi olan bireyler:* 40 yaşında veya ailesindeki kolorektal kanserli bireye tanı konulan yaştan 10 yıl öncesinde taramaya başlanmalıdır.
- *Ailesinde FAP olanlar:* 10-20 yaşları arası proktoskopi, her 1-2 yılda bir fleksible sigmoidoskopi veya kolonoskopi, genetik danışmanlık ve genetik test
- *Ailesinde HNPCC(Lynch Sendromu) olanlar:* 21 yaşında taramaya başlanmalı, her yıl kolonoskopi, 25 yaşından sonra 2 yılda bir kolonoskopi; 35 yaşından sonra yılda bir kolonoskopi, genetik danışma ve genetik test
- *Ülseratif Kolitis olanlar:* 8-10 yıldan beri ülseratif kolitis hastalığı olanlar, her yıl kolonoskopi ile birlikte segmental biyopsi
- *Pankolitit olanlar:* 8 yıldan sonra; Distal Kolitiste 12 yıldan sonra kolonoskopi
- *Polipektomi olanlar:* 1 cm'den büyük veya villöz polipte, 3-5 yılda bir kolonoskopi

(Becker ve ark., 2000).

2.5. KOLOREKTAL KANSERDEN KORUNMA VE ERKEN TANIDA SAĞLIK İNANÇLARININ ETKİSİ

2.5.1. Sağlık İnanç Modeli

İnsan sağlığı; tutum ve inançlarla önemli düzeyde ilgilidir. Bu etkilenme nedeniyle kuramcılar tarafından sağlık davranış modelleri geliştirilmiştir. Bu modellerden biri olan ve 1950 yılında Rosentock tarafından geliştirilen SİM sağlığı

koruma ve geliştirme kavramlarına açıklık getiren ve geçerliliği birçok çalışmada kanıtlanmış olan bir modeldir (Poss, 2001). Sağlık inanç modeli bireylerin davranışlarını etkileyen tutum ve inançlarını açıklayan psikososyal modellerden biridir (Seçginli, 2007). Temelde bilişsel bir yaklaşım olan SİM'de; bireyin sağlığına yönelik bir tehdit algıladığında, ya da birey sağlık tehdidini önleyici birtakım şeyler yapıp yararını gördüğünde, birey tarafından koruyucu sağlık davranışı gösterildiği öne sürülmektedir (Roden, 2004).

Sağlık İnanç Modeli, davranış bilimleri kuramlarının sağlık alanına uyarlanması ile geliştirilen en eski modellerden biridir ve günümüzde sağlık davranışları uygulamalarında en fazla tanınan ve kullanılan modellerdendir (Özsoy ve ark., 2007).

Model, ilk olarak 1950 yılında Hochbaum, Kegeles, Leventhal ve Rosenstock tarafından geliştirilmiştir (Karayurt ve ark 2008; Nahcivan ve Seçginli 2003; Seçginli 2007) Amerika'da halk sağlığı hizmetleri kapsamında sunulan sağlık taramalarına ve koruyucu programlara (ücretsiz tüberküloz tarama programları ve aşılama programları) halkın katılımının düşük olmasının nedenlerini anlamak ve açıklık getirmek amacıyla yapılan çalışmalar modelin geliştirilmesinde etkili olmuştur (Seçginli, 2007). Model geliştirildiği ilk yıllarda bireylerin tarama ve aşılama davranışları gibi koruyucu sağlık davranışlarını açıklamayı hedeflemiş olsa da, hastalık ve genel sağlık davranışlarını kapsayan diğer alanlarda da kullanılmıştır (Nahcivan ve Seçginli 2003).

Model sadece tarama davranışlarını açıklamakla kalmayıp, hasta davranışı, hasta rolü davranışlarını ve sağlık davranışlarının geliştirilmesini kolaylaştıran etmenleri de açıklamaktadır (Çenesiz ve Atak 2007). Modelin oluşumunda Lewin ve Becker'in sosyopsikolojik kuramından esinlenilmiştir (Nahcivan ve Seçginli 2003). Model, kişinin hastalık ve yetmezlik durumlarından korunmak için yaptığı davranışın nasıl şekillendiğini ve etkilendiğini açıklar. Kişinin inanç ve davranışları arasındaki ilişkiyi ve bireysel karar verme düzeyinde sağlık davranışlarına bireysel motivasyonun etkisini açıklamaktadır. Aynı zamanda, model kişiyi sağlığa ilişkin eylemleri yapmaya ya da yapmamaya neyin motive ettiğini ve özellikle sağlık davranışlarının oluşmasında etkili olan durumları tanımlamaktadır (Seçginli 2007; Poss 2001).

Sağlık İnanç Modelinin kavramsal yapısı incelendiğinde; modelin üç temel bileşeni ve altı boyutu içerdiği görülmektedir. Modelin bileşenleri; bireysel algılar,

değişikliğe neden olan faktörler, beklenen davranışı etkileyen faktörlerdir (Jacobs 2002; Özsoy ve ark. 2007; Poss 2001; Yarbrough ve Braden 2001; Greenwald 2006).

1. *Algılanan risk algısı*: İki bölümden oluşur. Bunlar duyarlılık algısı ve hastalığa ilişkin ciddiye algısıdır.

Algılanan duyarlılık: Bireyin sağlık problemine yatkın olduğuna inanmasıdır. Kişinin sağlığını tehdit eden hastalıkla ilgili algısıdır yani sağlık durumunda var olacak bir tehlikeyi kişinin algılamasıdır. Bu, tanının kabulünü, hastalığa yakalanma olasılığını içermektedir

Algılanan ciddiyet: Tehdit edici sağlık probleminin kişide yarattığı endişe ve tehdit edici durumun zararlı sonuçlarının algılanmasıdır. Tedavi kabul edilmediğinde ortaya çıkacak sonuçları içermektedir. Hastalığın ölüm, sakatlık, ağrı, sosyal kayıplar gibi olası sonuçları ile ilgili değerlendirmelerini kapsamaktadır. Duyarlılık ve ciddiyetin birlikte ele alınması, algılanan tehdit olarak tanımlanmaktadır

2. *Algılanan yarar (yarar algısı)*: Bireyin koruyucu davranışın ya hastalıktan korunmada ya da hastalığın şiddetini azaltmada yararlı olacağına hissedilmesidir. Koruyucu davranışın oluşmasında algılanan olumlu yönleri ifade eder. Gerçekleştirilecek davranış sonucu, hastalığa yakalanma riskinin azalacağı ile ilgili algılanan yararlar. Kişi, koruyucu sağlık davranışını gerçekleştirmesinin yarar sağlayacağını düşünmektedir. Bu yarar, hastalığa yakalanma olasılığının azalacağı beklentisidir. Hastalık tehdidinin ya da risklerin azaltılmasında kullanılan yöntemlerin olumlu sonuçlarının, yararlarının algılanmasıdır.

3. *Algılanan engel (engel algısı)*: Bireyin davranışını değiştirmede algıladığı engellerdir. Koruyucu davranışın oluşmasında algılanan olumsuz yönleri ifade eder. Önerilen davranışın gerçekleştirilmesini zorlaştırdığı düşünülen engeller ya da davranışın olası olumsuz yönleridir. Kişi, davranışın olumlu ve olumsuz sonuçlarını tartar. Algılanan duyarlılık, ciddiyet ve yarar, algılanan engellerin etkisini azaltırsa, davranış gerçekleştirilir. Başka bir deyişle, sağlıkla ilgili koruyucu bir davranışın gerçekleştirilmesini engelleyen ya da zorlaştıran etmenlerle ilgili algıdır. Sağlık davranışını engelleyen fiziksel, psikososyal ve finansal durumların algılanmasıdır. Koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesini engelleyen en önemli değişken, algılanan engel ve algılanan yarar arasındaki farktır.

4. *Güven (Öz yeterlilik)*: Bireyin sağlık davranışını başarılı bir şekilde yapabilmeye olan bireysel inancıdır. Bir sağlık davranışını uygulamada bireysel yeterliliği ifade eder. Bu değişken modele 1977 yılında Bandura tarafından eklenmiştir. Albert Bandura'nın Sosyal Bilişsel Kuramı'nın bileşenlerinden biri olan öz yeterlilik, beklenen sonuçlara ulaşmak için davranışın gerçekleştirilmesi ile ilgili kişinin kendine olan inancını, kararlılığını ve iradesini kapsamaktadır. Bu nedenle, davranış değişikliğinin başlatılması ve davranışın sürdürülmesinde öz yeterlilik önemli rol oynamaktadır.

5. *Sağlık motivasyonu*: Eylemin davranışa geçirilmesi ya da davranışın sergilenmesinde istekli olma durumu olarak tanımlanır. Sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesinde davranışlarının oluşması için genel niyet ve istek durumunu ifade eder (Çenesiz ve Atak 2007; Gözüm ve ark 2004; Seçginli 2007).

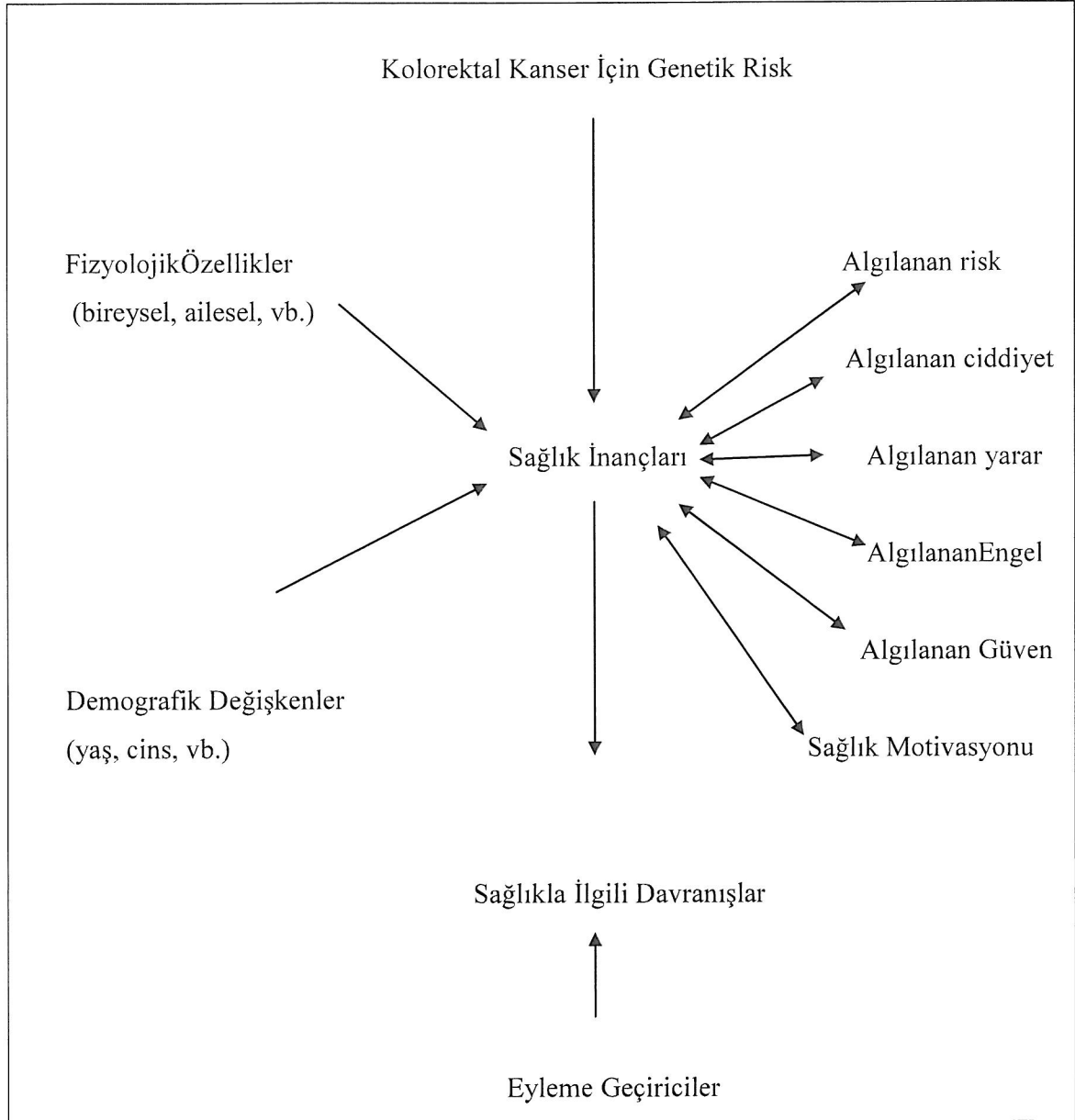
Hemşirelik alanında Victoria Champion Sağlık İnanç Modelini temel alarak 1984 yılında meme kanseri taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeğini geliştirmiş, 1993, 1997 ve 1999'da revize etmiştir. Kadınların meme kanseri, kendi kendine meme muayenesi ve mamografiye yönelik inançlarını SİM çerçevesinde değerlendiren bu ölçek çeşitli ülke dillerine uyarlanmıştır.

Champion'un meme kanseri taramalarına ilişkin sağlık inanç modeli ölçeği Türkiye'de birbirlerinden habersiz ve hemen hemen eş zamanlı üç ayrı çalışma ile Türkçeye uyarlanmıştır; (Gözüm ve Aydın 2003; Karayurt 2003; Seçginli 2003).

Seçginli ölçeğin 1993 versiyonunu yüksek lisans tezi kapsamında, Karayurt ölçeğin meme kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi boyutlarının en son versiyonlarını doktora tezi kapsamında ve Gözüm ve Aydın ise bir doktora tezinde kullanmak amacıyla bağımsız bir çalışmada ölçeğin tüm boyutlarının (meme kanseri, Kendi Kendine Meme Muayenesi, mamografi) en son versiyonlarını Türkçe'ye uyarlamışlardır (Gözüm ve ark 2004).

Champion modelin altı boyutu ele alarak her boyut için alt maddeler geliştirmiştir ve bu maddeleri meme kanserine odaklandırmıştır. Ancak Champion, meme kanserine yönelik geliştirdiği Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin sadece meme kanserinde kullanılmakla kalmayıp maddelerinde bir/birkaç kelime oynamasıyla diğer kanser tiplerine uyarlanabileceğini ve diğer kanser tiplerinde de kullanılabilecek ölçekleri geliştirmenin mümkün olduğunu vurgulamıştır (Jacobs 2002; Poss 2001).

Jacobs, Champion'dan izin alarak meme kanserine yönelik oluşturulan Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin birkaç sorusunu değiştirerek ve altı boyutun her birinde sorularda yer alan "meme kanseri" kelimesini "kolon kanserine" değiştirerek "Kolonorektal kanser sağlık inanç modeli" (KKSİM) ölçeğini düzenlemiştir. Ayrıca, Jacobs SİM'in kavramsal yapısını kolorektal kansere uyarlamıştır (Şekil 2-4) (Jacobs 2002; Özsoy 2007).



Şekil 2-4: Kolorektal Kanser Sağlık İnanç Modeli

(Jacobs, 2002)

Kolorektal kanser sağlık inanç modeli ölçeğinin, Türkiye’de 2007 yılında Özsoy ve arkadaşları tarafından Türk dili için geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Bu ölçekte, bireyin hastalığa karşı duyarlılığını, hastalığın nedenleri ve korunmada neler yapması gerekliliği konusundaki bilgisini ve hastalığın önemi ile ilgili algısını ölçmeye olanak sağlayan 33 madde yer almaktadır.

2.6. TÜRKİYE’DE KOLOREKTAL KANSERDEN KORUNMA VE ERKEN TANI UYGULAMALARI

Türkiye’de sağlık bakım hizmetlerinin tedavi edici hizmetlere verdiği önem koruyucu ve rehabilite edici hizmetlere verdiği önemden daha fazladır. Sağlık Bakanlığı, erken tanı ve koruma için birçok sağlık hizmeti planlasa da uygulamada bu hizmetlerin ulaşılabirliği oldukça düşüktür (Özsoy, 2007).

Kanserin son yıllarda dünyada olduğu gibi ülkemizde de en önemli halk sağlığı sorunu haline gelmesinden sonra Sağlık Bakanlığı da kanserin önlenmesi ve kanser tarama programlarına odaklanmıştır. Bu amaçla, sivil toplum örgütleri ve üniversitelerle koordineli bir “Ulusal Kanser Kontrol Programı” organize edilmiştir 2008 yılında kolorektal kanser için tarama standartları oluşturulmuş ve yürürlüğe girmiştir. (Kolorektal Kanser Taraması Ulusal Standartları 31.12.2008 tarih ve 3239 sayılı onay ve 11.08.2009 tarih ve 2669 sayılı değişikliğe ait makam onayı ile yürürlüğe girmiştir.) Meme ve serviks kanseri tarama programları da ülke genelinde sürdürülmekte olup 2009 yılından itibaren kolorektal kanserler de tarama kapsamına alınmıştır (KSDB 2009; Tuncer 2009). Toplum tabanlı tarama programlarını yürütmek üzere Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) kurulmuştur. KETEM’lerin görevleri;

- Sağlık personeline ve halka, kanser konusunda bilgilendirme ve bilinçlendirmeye yönelik eğitimler düzenlenmesi (Farkındalığın artırılması),
- Tanımlanmış risk gruplarına, oluşturulmuş tarama standartları doğrultusunda yapılacak toplum tabanlı tarama programlarıyla (Meme, Serviks , kolorektal kanserler, vb.) erken dönemde tanı konulması
- Kanseri tanısı konan hastalara gerekli tıbbi yönlendirme yapıp tedavi merkezlerine sevk edilmesi, hasta takip ve değerlendirmelerinin yapılması,

- Olanaklar ölçüsünde sosyal, ruhsal ve tıbbi destek sağlanmasıdır.
- 20 Temmuz 2004 tarihinde “Kadınlarda Meme Kanseri Taramaları için Ulusal Standartları” yayınlamıştır.
- 29 Mayıs 2007 tarihinde “Serviks Kanseri Ulusal Tarama Standartları” yayınlanmıştır.
- 25 Mart 2009 tarihinde “Kolorektal Kanseri Ulusal Tarama Standartları” yayınlanmıştır.

25 mart 2009 tarihinde yayınlanan Kolorektal Kanseri Ulusal Tarama Standartları’ na göre ;

- 50-70 yaş arası tüm erkek ve kadınlarda her yıl gaitada gizli kan testi (GGKT),
- Her 10 yılda bir kolonoskopi yapılmalıdır.
- GGKT poliklonal veya monoklonal antikorlar kullanarak gaitada hemoglobin varlığını kantitatif olarak gösterebilmeli ve testlerde kullanılacak antijenler sadece insan hemoglobinine hassas olmalı (Yıldırım ve Mollasalihoğlu 2007).

Ülkemizde kolon kanserinin tanısındaki gecikmenin nedenleri; kolorektal kanser hakkında toplum bilincinin yetersiz olması, taramanın gerekliliği konusundaki görüş birliğinin henüz son zamanlarda oluşması, halkın ve profesyonel kişilerin tarama konusunda ve uygulamadaki engellerinin olması, görsel ve yazılı basının konuya olan duyarsızlığı, doktora gitmeye çekinme, hastaların kendi sağlıklarına karşı ilgisizlikleri, sağlık politikaları düzenlenirken koruyucu sağlık hizmetlerine gerekli önemin gösterilmemesi ve alt yapı eksiklikleri gibi faktörler belirtilmektedir.

Ülkemizde bazı batı toplumlarında sınır değer olan 50 yaş üzerindeki bireylere tarama testi yapıldığı için hastalar hastalığın ileri evrelerinde hekime başvurmakta ve kolo-rektal kanserlerdeki ölüm oranı artmaktadır. Geç evrede yakalanan kolo-rektal kanserli hastaların ameliyat, kemoterapi, radyoterapi, hastanede kalış süreleri ve işlerinden geri kaldıkları dönemler dikkate alındığında sağlık giderlerinin erken evrede yakalanan hastalara göre oldukça fazla olması kaçınılmazdır (Altuğ ve ark 2002).

2.7. KOLOREKTAL KANSERDEN KORUNMA, ERKEN TANI VE TARAMA PROGRAMLARINDA HALK SAĞLIĞI HEMŞİRESİNİN ROLÜ

Kanserde giderek artan bir insidansın gözlenmesi, hekimlerin olduğu kadar hemşirelerin de bu konuda geniş bilgi ve deneyime sahip olmaları gereğinin her geçen gün biraz daha önem kazanmasının haklı gerekçeleri olarak gösterilmektedir. Günlük çalışmaları sırasında hasta, aile bireyleri, arkadaş, hasta yakınları ile yakın ilişkileri nedeniyle; hemşirelerin kanser ve bilinen risk faktörleri konusunda toplumun bilinçlendirilmesi, kanserden korunma, erken tanının ve tedavinin gerçekleştirilerek yaşam süresinin ve niteliğinin artırılmasında, rehabilitasyon ve sürekli bakımın sağlanmasında oldukça etkili rol oynayacağı açıktır. Sağlık eğitimi ve toplumu bilinçlendirme konusunda, önemli bir yere sahip olan halk sağlığı hemşireleri, eğitim ve bilinçli tutum yoluyla erken tanı yüzdesini yükseltmede etkin olabilecek konumdadırlar (Gençtürk, 2004).

Kolorektal kanser mortalite ve morbiditesini azaltmak için risk gruplarına göre önerilen uygulamaların yapılması gereklidir. Tüm toplum grupları için planlanması gereken koruma ve tarama programlarında halk sağlığı hemşirelerinin etkin rol alması gerekliliği belirtilmektedir. Ülkemizde kanserden korunma ve erken tanı amacıyla kurulmuş olan KETEM ekibinde hemşire bulunmaktadır. Ayrıca halk sağlığı hemşireliğinin uygulama alanları olan; okul, iş, yaşlı bakım merkezleri ve birinci basamak sağlık hizmeti sunan tüm merkezlerde bulunan hemşirelerin kolorektal kanserden korunma ve erken tanı programlarında rolleri tanımlanmıştır. Ayrıca, tedavi edici sağlık hizmeti sunan hastanelerin cerrahi ve onkoloji bölümlerinde çalışan hemşirelerin kolorektal kanserli hastaların yakınlarının farkındalığını arttırmada çok önemli rolleri tanımlanmıştır

Kolorektal Kansерlerden Korunmada Hemşirenin Rollerі;

- Toplumdaki tüm bireylerin kolorektal kanser nedenleri, risk grupları ile ilgili farkındalığı arttırmak için eğitim programları düzenlemek,
- Bireylerin erken tanı uygulamalarını yapmalarını engelleyen sağlık inançlarını ve etkileyen faktörleri göz önüne alarak sağlık algılarını geliştiren programlar geliştirmek,

- Lifli beslenme ve sebze-meyve tüketimini arttırmaya ve yağ oranı, kırmızı et tüketimi fazla beslenmeyi azaltmaya yönelik sağlığı geliştirme programları planlamak,
- Düzenli ve yeterli fiziksel aktivite yapmayı sağlayan sağlığı geliştirme programları planlamak,
- Sigara bırakmayı sağlayan sağlığı geliştirme programları planlamak,

Erken Tanı ve Tarama Programlarında Hemşirenin Rollerini;

- Öz ve soy geçmiş özellikleri nedeniyle riskli olan bireylerin erken tanı incelemelerinin önemi konusunda eğitmek,
- Orta ve yüksek risk grubundaki bireylere risk grubuna özel erken tanı incelemelerinin (GGKT ve Kolonoskopi) yapılmasını sağlamak,
- Riskli bireyleri vaka yönetimi ile izlemek,

Ayrıca;

- Kolorektal kanser tanısı konmuş bireylerin tedavilerini izlemek,
- Tedavi sonrası izlemlerini yapmak.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ŞEKLİ

Bu araştırma, birinci derece akrabasına (anne,baba, kardeş ya da çocuk) kolorektal kanser tanısı konmuş bireylerin; kolorektal kanserle ilgili sağlık inançlarını ve sağlık inançlarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı-ilişki arayıcı araştırma tipinde planlanmıştır.

3.2. ARAŞTIRMADA YANITLANMASI BEKLENEN SORULAR

Bu çalışmada, “Sağlık İnanç Modeli” kullanılarak birinci derece akrabası kolorektal kanser hastası olan bireylerin hastalık ile ilgili sağlık inançları ve etkileyen faktörler tanımlanmıştır. Bu faktörler Tablo 3-1’de gösterilen model bileşenleri, bileşenleri ölçen değişkenler ve ölçüm araçları kullanılarak tanımlanmıştır.

Bu bağlamda araştırma soruları aşağıdaki gibi belirlenmiştir.

Birinci derece akrabasına kolorektal kanser tanısı konmuş bireylerin;

- Kolorektal kanser ile ilgili sağlık inançları nedir?
- Sağlık inançlarını etkileyen faktörler nedir?
 - Fizyolojik özellikleri ile sağlık inanç düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
 - Demografik özellikleri ile sağlık inanç düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
 - Eyleme geçiriciler ile sağlık inanç düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
 - Sağlık davranışları ile sağlık inanç düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

Tablo 3-1: Sağlık İnanç Modeli'nin Bileşenleri, Bileşenleri Ölçen Değişkenler Ve Ölçüm Araçları

<u>Model Bileşenleri</u>	<u>Değişkenler</u>	<u>Ölçüm Araçları</u>
Demografik Değişkenler	Yaş	Tanıtıcı özellikler Formu
	Cinsiyet	
	Medeni durum	
	Eğitim	
	Yaşanılan yer	
	Ekonomik durum	
	Sağlık Güvencesi	
Fizyolojik Özellikler	Soygeçmiş özellikleri	Tanıtıcı özellikler Formu
	Ailedeki hastanın özellikleri	
Eyleme geçiriciler	Kolorektal kanser bilgi düzeyi	Tanıtıcı özellikler Formu
	Bilgi kaynakları	
Sağlık ile ilgili davranışlar	Sigara-alkol kullanma durumu	Tanıtıcı özellikler Formu
	Düzenli doktora gitme	
	Beslenme özellikleri	
	Kolonoskopi-GGK yaptırma	
Sağlık inançları	Güven-Yarar algısı	Kolorektal Kanser Sağlık İnanç Modeli Ölçeği
	Duyarlılık algısı	
	Sağlık motivasyonu algısı	
	Engel algısı	
	Ciddiyet algısı	

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Mart 2009- Nisan 2010 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Servisine, Medikal Onkoloji polikliniğine ve İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü ayaktan kemoterapi ünitesine kemoterapi tedavisi için başvuran kolorektal kanserli hastaların 1. derece akrabaları oluşturmuştur. Evrenin seçiminde;

- İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinin Türkiye'nin tüm bölgelerinden hastanın başvurduğu ve İstanbul ilinde hasta yoğunluğunun en fazla olduğu hastanelerden olması,
- Kolorektal kanserli hastaların 1. derece akrabalarının kemoterapi alan akrabasının yanında gelmeleri ve dolayısıyla 1. derece akrabalarına kolay ulaşılabileceği bir ortam olması,
- Araştırmacının İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Onkoloji bilim dalında çalışan bir hemşire olması etkili olmuştur.

İlgili kurumların ilgili birimlerinden alınan bilgiye göre; kolorektal kanser ile ilgili olarak, 2008 yılında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Onkoloji polikliniğine yılda yaklaşık 100 hasta, Cerrahi Servisine yaklaşık 100 hasta, Onkoloji Enstitüsüne yılda yaklaşık 300 hastanın başvurduğu belirlenmiştir. Bu nedenle amaçlı örnekleme yöntemi seçilerek veri toplama aşamasının başladığı Mart 2009 tarihinden itibaren Mart 2010 tarihine kadar bir yıl süresince 500 birinci derece akrabaya ulaşmak amaçlanmıştır.

Her hastanın bir birinci derece akrabası ile görüşülmüştür. Çalışmaya katılmayı kabul eden, 18 yaş ve üzerinde olan, okur-yazar olan, iletişim sorunu olmayan, sağlıklı bireyler ile görüşülmüştür. 40 kişinin çalışmaya katılmayı kabul etmemesi, 58 hastanın yanında 1. derece akrabası dışında başka bir akrabasının bulunması ve 2 hastanın 1. derece akrabasının işitme ve konuşma sorunu olduğu için çalışmanın örneklemini toplam 400 hastanın 1. derece akrabaları oluşturmuştur. Evrenin % 80'ine ulaşılmıştır.

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veriler “ Tanıtıcı Özellikleri Formu” ve “Kolorektal Kanser Sağlık İnanç Modeli” ölçeği” olmak üzere iki farklı veri toplama aracı kullanılarak toplanmıştır.

3.4.1. Tanıtıcı Özellikleri Formu (EK-1)

Bu form, kolorektal kanserli hastaların birinci derece akrabalarına ait tanıtıcı özellikleri tanımlamak amacıyla araştırmacı tarafından ilgili literatürlerin kritik edilmesi sonucu geliştirilmiştir (Akhtar ve ark., 2007; Jacobs, 2002; Özsoy 2007)

Form; Kolorektal kanserli hastaların 1. derece akrabalarının sosyo-demografik, fizyolojik özellikleri, eyleme geçiricileri ve sağlık davranışlarını değerlendiren 4 bölüm ve toplam 24 sorudan oluşmuştur (Tablo 3-1)

Fizyolojik özellikler bölümünde; bireylerin öz ve soygeçmiş özellikleri, ailedeki hastanın hastalığı ilgili özellikler (hastanın yaşı, yakınlığı, hastalığı ve hastalığı ile ilgili aldığı tedavileri içeren 5 soru, ailede başka kolorektal kanser, kolorektal kanser dışında başka kanser tanısı alan akrabası ve kanserden kaybedilen akrabası olup olmadığını içeren 3 sorudan oluşmaktadır.

Sosyodemografik özellikler bölümünde; yaş, cins, yaşanılan yer, eğitim, ekonomik ve medeni durum, sağlık güvencesini içeren toplam 8 madde yer almıştır.

Eyleme geçiriciler bölümünde; kolorektal kanserden korunmaya yönelik bilgi durumu ve bilgi alma yolları, kolorektal kanserden korunmaya yönelik davranışlarını içeren 1 madde yer almıştır.

Sağlık davranışları bölümünde ise; sigara, alkol kullanımı, beslenme davranışları, düzenli sağlık kontrolleri ile ilgili toplam 7 madde yer almaktadır. Beslenme davranışlarını içeren soru 5'li likert tipte yanıtlamayı gerektiren bir soru ile değerlendirilmiştir.

3.4.2. Kolorektal Kanser Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (KKSİM) (EK-2)

Sağlık inanç modeli ölçeği, 1984-1993 yılları arasında Victoria Champion tarafından meme kanserine yönelik geliştirilmiştir. Champion, meme kanserine yönelik geliştirdiği Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin sadece meme kanserinde kullanılmakla kalmayıp maddelerinde bir/birkaç kelime değiştirilerek diğer kanser tiplerine uyarlanabileceğini ve diğer kanser tiplerinde de kullanılabilecek ölçekleri geliştirmenin mümkün olduğunu vurgulamıştır (Jacobs 2002; Poss 2001).

Bu nedenle Linda A. Jacobs, Champion'dan izin alarak meme kanserine yönelik oluşturulan Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin birkaç sorusunu değiştirerek ve altı boyutun her birinde sorularda yer alan "meme kanseri" kelimesini "kolon kanseri" olarak

değiştirerek “Champion Health Belief Model Scale” yi düzenlemiştir. (Jacobs 2002, Özsoy 2007).

Ölçeğin Türk dili için geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Özsoy ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılmıştır. Bu çalışmada bu Türkçe form kullanılmıştır. Ölçek toplam 33 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları birbirinden bağımsız olarak değerlendirilmektedir, Toplam puan yoktur. Her bir madde için cevaplama seçenekleri; “Tamamen katılıyorum” 5 puan, “Katılıyorum” 4 puan, “Orta derecede katılıyorum” 3 puan, “Katılmıyorum” 2 puan ve “Kesinlikle katılmıyorum” 1 puan olarak belirlenmiş ve puanlanmıştır. Ölçekte ters puanlama yoktur.

Ölçeğin beş alt grubu vardır. Bu alt gruplar;

Güven-yarar algısı: Bu grup 11 maddeden oluşmuştur. Ölçeğin ilk 11 maddesini içerir. Bireyin, yapacağı koruyucu davranışın hastalıktan korunmada ya da hastalığın şiddetini azaltmada yararlı olacağı ile ilgili inanç düzeyini ve bu davranışını uygulamada bireysel yeterlilik düzeyini belirlemeye olanak sağlar. Ölçeğin en düşük puanı 11, en yüksek puanı 55 dir. Puanın toplam puana yakın olması beklenir. Puan arttıkça güven yarar algısı artmaktadır.

Duyarlılık algısı: Bu grup 6 maddeden oluşmuştur. 12, 13, 14, 15, 16 ve 17. Maddeleri içerir. Bireyin sağlık problemine yatkın olduğu ile ilgili inanç düzeyini ve sağlığını tehdit eden hastalıkla ilgili algısını belirlemeye olanak sağlar. Ölçeğin en düşük puanı 6, en yüksek puanı 30’dur. Puanın toplam puana yakın olması beklenir. Puan arttıkça duyarlılık artmaktadır.

Engel algısı: Bu grup 6 maddeden oluşmuştur. 18, 19, 20, 21, 22 ve 23. Maddeleri içerir. Sağlıkla ilgili koruyucu bir davranışın gerçekleştirilmesini engelleyen ya da zorlaştıran; fiziksel, psikososyal ve finansal durumlar ile ilgili algı düzeyini belirlemeye olanak sağlar. Ölçeğin en düşük puanı 6, en yüksek puanı 30’dur. Puanın en düşük puana yakın olması beklenir. Puan azaldıkça engel algısı artmaktadır.

Sağlık motivasyonu algısı: Bu grup 5 maddeden oluşmuştur. 24, 25, 26, 27 ve 28. Maddeleri içerir. Eylemin davranışa geçirilmesi ya da davranışın sergilenmesinde istekli olma düzeyini belirlemeye olanak sağlar. Ölçeğin en düşük puanı 5, en yüksek puanı 25’dir. Puanın toplam puana yakın olması beklenir. Puan arttıkça sağlık motivasyonu algısı artmaktadır.

Ciddiyet algısı: Bu grup 5 maddeden oluşmuştur. 29, 30, 31, 32 ve 33. Maddeleri içerir. Tehdit edici sağlık probleminin kişide yarattığı endişe ve tehdit edici durumun zararlı sonuçlarının algılanma düzeyini belirler. Ölçeğin en düşük puanı 5, en yüksek puanı 25'dir. Puanın toplam puana yakın olması beklenir. Puan arttıkça ciddiyet algısı artmaktadır.

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

3.5.1. Kolorektal Kanser Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Ölçeğinin daha önce Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapıldığı için güvenirlik analizlerinden iç tutarlılık ve madde toplam puanları değerlendirilmiştir.

Ölçeğin iç tutarlığı Cronbach Alpha katsayısı ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin tüm maddelerin verilen yanıtlardaki tutarlılığın ve madde homojenliğinin incelendiği bu değerlendirmede ölçeğin alt gruplarının cronbach alpha değerleri 0,40 ile 0,85 arasında bulunmuştur (Tablo 3.2).

Özsoy ve ark. (2007) ölçeğin iç tutarlılık katsayılarını; güven-yarar alt grubu için; 0,88 duyarlılık alt grubu için; 0,76 engel alt grubu için 0,60; sağlık motivasyonu alt grubu için 0,54; ciddiyet alt grubu için 0,58 olarak bulmuştur. Bu çalışmada iç tutarlılık katsayıları; duyarlılık, ciddiyet alt grupları için daha yüksek, sağlık motivasyonu alt boyutu için daha düşük bulunmuştur.

Tablo 3-2: Kolorektal Kanser Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin İç Tutarlılık Katsayıları

Ölçek Alt Grupları	İç Tutarlılık Katsayısı (α)
Güven- Yarar	0,85
Duyarlılık	0,82
Engel	0,64
Sağlık Motivasyonu	0,40
Ciddiyet	0,75

Ölçeğin madde analizleri madde toplam puan korelasyonları ile değerlendirilmiştir. Madde toplam puan korelasyonları; 0,84 ve 0,14 olarak bulunmuştur. Sağlık motivasyonu alt boyutundan 24, 25 ve 27. maddelerin madde toplam puan korelasyonları 0,30'un altında bulunmuştur. Özsoy ve ark. (2007)'nin çalışmasında ise madde toplam puan korelasyonları 0,41 ve 0,79 olarak bulunmuştur. Ölçeğin madde toplam puan korelasyonları Tablo 3-3'de gösterilmiştir.

Tablo 3-3: Kolorektal Kansere Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Madde Alt Grupları Toplam Puan Korelasyon Katsayıları

Kolorektal Kansere Sağlık İnanç Modeli Ölçeği	Madde Numaraları	r değeri
Sağlık sorunlarımı erken saptamak isterim.	1	0,83
Sağlığım sürdürme benim için son derece önemlidir.	2	0,83
Gerekirse, barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırma konusunda kendime güvenirim.	3	0,82
Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırmak, kanseri erken dönemde yakalama fırsatı verir.	4	0,82
Sağlıklı olmak için yeni bilgiler araştırırım.	5	0,83
Barsak kanseri olursam, düzenli kontrolleri sürdürebilirim.	6	0,82
Sağlıklı olmak için yapılacakların önemini biliyorum.	7	0,83
Barsak alışkanlığımdaki (boşaltımındaki) normal ve anormal değişiklikleri fark edebilirim.	8	0,84
Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırırsam, barsak kanserinden ölme olasılığım azalır.	9	0,82
Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırırsam, barsak kanseri geliştiğinde büyük ve biçimsiz ameliyat (kolostomi) olma olasılığım azalacak.	10	0,82
Düzenli kontrol yaptırırsam, barsak kanserini erken saptarım.	11	0,82
Gelecekte büyük olasılıkla barsak kanseri olacağım.	12	0,77
Gelecekte barsak kanseri olacağımı hissediyorum.	13	0,76
Gelecek on yıl içinde barsak kanseri olma olasılığım var.	14	0,77
Barsak kanseri olma olasılığım yüksek.	15	0,75
Benim barsak kanseri olma olasılığım herkesten daha yüksek.	16	0,77
Barsak kanseri olursam eşimle ilişkilerim bozulur.	17	0,86

Tablo 3-4(Devamı): Kolorektal Kansere Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Madde Toplam Puan Korelasyon Katsayıları

Kolorektal Kansere Sağlık İnanç Modeli Ölçeği	Madde Numaraları	r değeri
Barsak kanseri hakkında konuşmaktan rahatsız olurum.	18	0,60
Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırsaydım, barsak kanseri hakkında fazla endişelenmeyecektim.	19	0,69
Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırma beni utandırır.	20	0,53
Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırma barsak kanseri hakkında beni endişelendirir.	21	0,52
Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırma çok zaman alır.	22	0,54
Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırmak hoş değildir.	23	0,58
Dengeli beslenirim.	24	0,25
Haftada en az üç kez egzersiz (spor) yaparım.	25	0,19
Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırma ileride kansere dönüşebilecek oluşumların (polip, kronik kabızlık vs.) erken tanısında bana yardımcı olur.	26	0,32
Hasta olmasam da düzenli kontrollerimi yaptırırım.	27	0,14
Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırma çok pahalıya mal olur.	28	0,57
Barsak kanseri olma düşüncesi beni korkutur.	29	0,68
Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol (check-up) yaptırsaydım, kendimi iyi hissedecektim.	30	0,74
Barsak kanseri olabileceğimi düşündüğümde kalbim daha hızlı çarpar.	31	0,66
Barsak kanseri olursam, tüm yaşamım değişecektir.	32	0,68
Barsak kanseri olursam, 5 yıldan fazla yaşayamam.	33	0,78

3.6. ETİK KONULAR

Hasta yakınlarının tanıtıcı özellikleri ve KKSİM ölçeğindeki veriler yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Hastaların 1. derece akrabaları ile hastanelerin servis ve polikliniklerinde uygun bir ortamda görüşülmüştür.

Çalışmaya başlamadan önce İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Etik Kurulu'ndan etik kurul izni alınmıştır (EK-3). İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı'ndan yazılı çalışma izni alınmıştır (EK-4). İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Müdürlüğü Araştırma Biriminden yazılı onay alınmıştır (EK-5).

Araştırmada veri toplama aracı olan KKSİM ölçeğinin kullanım izni Prof. Dr. M. Süheyla Özsoy'dan alınmıştır. (EK-6)

Araştırmaya katılmayı kabul eden 1. derece akrabalara araştırmanın konusu ve amacı hakkında bilgi verilerek sözel onayları alınmıştır.

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tüm veriler bilgisayarda SPSS 11.5 (Statistical Package for Social Science) ile değerlendirilmiştir. Öncelikle veriler gruplanmış, sınıflandırılmış ve kodlanmıştır. Tüm değişkenlerin etiketleme işlemi yapıldıktan sonra verilerin girişi yapılmıştır.

Verilerin istatistiksel analizinde tanımlayıcı parametrik ve nonparametrik istatistiksel analizler kullanılmıştır. Katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile ilgili veriler sayı yüzdeler ve ortalama ile değerlendirilmiştir. Bu özellikler ile ölçek toplam puan ve alt boyut puanları arasındaki ilişkinin incelenmesinde; normal dağılıma uyan verilerde student-t testi, Varyans analizi, normal dağılıma uymayan verilerde, Mann Whitney U Testi, Bonferoni Düzeltmeli Man Whitney U Testi, Çoklu Regresyon Analizi istatistiksel yöntemleri kullanılmıştır. Güvenirlik analizleri için Cronbach Alpha katsayısı, madde toplam puan korelasyonu testleri kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular 4 bölüm halinde sunulmuştur.

Birinci bölümde; katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile ilgili bulgular,

İkinci bölümde; katılımcıların KKSİM leğinin alt boyutlarından aldığı puanları gösteren bulgular,

nc bölümde; KKSİM leği alt boyutları ile tanıtıcı özellikler arasındaki ilişkiyi gösteren bulgular,

Dördüncü bölümde; sağlık inançları üzerinde etkili olan değişkenleri gösteren bulgular yer almaktadır.

4.1. KATILIMCILARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Bu bölümde katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile ilgili bulgular yer almıştır. Buna göre Katılımcıların sosyo-demografik ve fizyolojik özelliklerini, eyleme geçiricileri ve sağlık davranışlarını değerlendiren bulgular Tablo 4-1, Tablo 4-2 ve Tablo 4-3'te gösterilmiştir.

Katılımcıların yaş ortalaması $37,7 \pm 10,6$ 'dır ve büyük çoğunluğunun 33-47 (% 45,8) yaş grubunda olduğu bulunmuştur. % 51,3'ü erkek ve % 73'ü evlidir. Katılımcıların % 45'inin ortaokul ve lise mezunu olduğu % 86'sının ise büyük şehirde yaşadığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin büyük şehirde oturma süresi ortalama $26,2 \pm 14,2$ yıldır. Katılımcıların ekonomik durumu incelendiğinde; % 80,8'i ekonomik durumunu "iyi" olarak tanımlamıştır ve % 89,3'ünün sağlık güvencesi vardır (Tablo 4-1).

Tablo 4-1: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri (N=400)

Değişkenler	Demografik Özellikler	n	%
Yaş	18-32	149	37,3
	33-47	183	45,8
	48-62	58	14,5
	63 ve üzeri	10	2,4
Cinsiyet	Kadın	195	48,8
	Erkek	205	51,3
Medeni Durum	Evli	292	73,0
	Bekâr	108	27,0
Eğitim Durumu	İlkokul ve altı	89	22,3
	Ortaokul ve Lise	180	45,0
	Üniversite ve daha üst düzey	131	32,8
Yaşanılan Yer	Büyükşehir	344	86,0
	Şehir merkezi	27	6,8
	Kırsal(ilçe ve köy)	29	7,3
Ekonomik Durumu	Çok kötü	4	1,0
	Kötü	63	15,8
	İyi	323	80,8
	Çok iyi	10	2,5
Sağlık Güvencesi	Var	357	89,3
	Yok	43	10,8

Tablo 4-2’de araştırma kapsamına alınan bireylerin fizyolojik özelliklerinden soy geçmiş özelliklerini değerlendiren bulgular gösterilmiştir. % 78’inin ailesinde başka kolorektal kanserli hastanın olmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların % 58,5’i ailesinde diğer kanser türlerine sahip hasta olmadığını belirtmiştir. Ancak, % 29’unun ikinci derece akrabasında kolorektal kanser dışında başka kanserli hasta vardır. Araştırma kapsamına alınan bireylerin % 46,5’inin ailesinden herhangi bir kişiyi kanserden kaybettiği belirlenmiştir (Tablo 4-2).

Tablo 4-2: Katılımcıların Ailesel Özellikleri

	Değişkenler	n	%
Ailede başka Kolorektal Kanserli Birey Durumu	Yok	315	78,8
	1.derecede var	21	5,3
	2.derecede var	64	16,0
Ailede başka kanserli birey durumu	Yok	234	58,5
	1.derecede var	50	12,5
	2.derecede var	116	29,0
Ailede kanserden kayıp	Evet	186	46,5
	Hayır	214	53,5

Katılımcıların ailesindeki hastanın hastalığı ile ilgili bulgular Tablo 4-3'te gösterilmiştir. Katılımcıların ailesindeki hastaların yaş ortalaması $57,2 \pm 11,2$ 'tür. Hastaların % 62'si 45-65 yaş grubundadır. Hastaların % 82'si kolon kanseri tanılıdır. Katılımcıların % 73'ü ailesindeki hastanın çocuğudur. Katılımcıların ailesindeki hastanın tanı süresi incelendiğinde; hastaların % 41'inin 1-6 ay önce Kolon/Rektum Kanseri tanısı aldıkları belirlenmiştir. Hastaların % 90'ının ameliyat olduğu, % 90'ının kemoterapi tedavisi aldığı ve % 19'unun radyoterapi aldığı belirlenmiştir. Hastaların % 67'sine en az iki tedavi türü uygulanmıştır. Hastaların % 29,5'i kolostomili olup % 70,5'inin kolostomisi yoktur.

Tablo 4-3: Katılımcıların Ailesindeki Hastanın Hastalığı İle İlgili Özellikleri (N=400)

Demografik Özellikler	n	%	
Hastanın Yaşı	24-44	59	14,8
	45-65	249	62,3
	66 ve üzeri	92	23,0
Hastanın Tanısı	Kolon Kanseri	328	82,0
	Rektum Kanseri	68	17,0
	Bilinmiyor	4	1,0
1.derece akrabanın ailesindeki hastaya Yakınlık Derecesi	Annesi ya da Babası	17	4,3
	Kardeşi	88	22,0
	Çocuğu	295	73,8
Hastanın Tanı Süresi	1 aydan az	15	3,8
	1-6 ay	166	41,5
	7-11 ay	67	16,8
	1yıl-3 yıl	113	28,3
	3 yıl ve daha fazla	39	9,8
Hastanın Gördüğü Tedaviler	Ameliyat	362	90,5
	Kemoterapi	361	90,3
	Radyoterapi	77	19,3
Kolostomi Durumu	Evet	118	29,5
	Hayır	282	70,5

Tablo 4-4'de araştırma kapsamına alınan bireylerin eyleme geçiriciler ve sağlık davranışları ile ilgili bulguları yer almıştır. Katılımcıların kolorektal kanserden korunmaya yönelik bilgi durumları incelendiğinde; % 62'sinin bilgi almadıkları belirlenmiştir. Bilgi alanların ise %21,8'i bilgiyi doktordan aldığını belirtmiştir. %19,5'i internet sitelerinden bilgi edindiğini belirtmiştir. %1,3'ü ise hemşirelerden bilgi aldığını belirtmiştir. Katılımcıların % 74'ü kolon kanserinden korunmak için herhangi bir şey yapmadıklarını belirtmişlerdir. Sigara kullanmayan katılımcıların oranı % 48'dir. Sigara kullanan katılımcıların sigaraya başlama yaşı ortalama 20'dir. Toplam sigara içme yılı 16,5 olarak saptanmıştır. Sigara kullanan bireylerin % 48,3'ünün 10-20 yıldır sigara kullandığı belirlenmiştir. Sigara kullanan bireylerin % 49,4'ü günde bir paketten az sigara kullandıklarını belirtmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin % 69'unun alkol kullanmadıkları belirlenmiştir. Katılımcıların % 72'si sadece "hastalanınca" hekime başvurduklarını belirtmişlerdir.

Katılımcıların % 44,8'i sebze meyve ve lifli posalı gıdaları "her zaman" tükettiklerini belirtmiştir. % 37,3'ü ise tereyağı, kırmızı et gibi hayvansal kaynaklı gıdaları "sık sık" tükettiklerini belirtmişlerdir. % 47,5'inin Pizza Kebap Döner gibi hazır gıdaları "arada sırada" tükettikleri bulunmuştur. (Tablo 4-4).

Tablo 4-4: Katılımcıların Kolorektal Kanserden Korunma İle İlgili Bilgi Durumları, Bilgi Alma Yolları Ve Sağlık Davranışları İle İlgili Özellikler

Demografik Özellikler	Değişkenler	n	%
Bilgi alma durumu	Var	152	38
	Yok	248	62
Bilgi kaynağı	Doktordan	87	21,8
	Gazeteden	38	9,5
	Televizyon	24	6,0
	İnternette	78	19,5
	Eğitim alma	8	2,0
	Hemşirelerden(diğer)	5	1,3
Korunma yolları	Şu anda bir şey yapmıyor	296	74,0
	Beslenmeye dikkat ediyor	76	19,0
	Alkol sigaradan kaçınıyor	2	0,5
	Kolonoskopi yaptırıyor	15	3,8
	Stresten uzak duruyor	3	0,8
	Dışkılamasına dikkat ediyor	5	1,3
		3	0,8
	Diğer		
Sigara kullanımı	Evet	157	39,3
	Hayır	193	48,3
	Bırakmış	50	12,5
Alkol kullanımı	Evet	100	25,0
	Hayır	276	69,0
	Bırakmış	24	6,0
Düzenli hekime muayene olma durumu	Hastalanınca	288	72,0
	6 ayda birden sık	15	3,8
	6-12 ayda bir	14	3,5
	1-2 yılda bir	14	3,5
	İki yılda birden az	21	5,3
	Hiç muayene olmamış	48	12
Beslenme Davranışları	Lifli posalı gıdaların tüketimi(sebze meyve)	179	44,8
	Hayvansal kaynaklı besinlerin tüketimi(kırmızı et, tereyağı)	149	37,3
	Hazır gıdaların tüketimi	190	47,5

4.2. KATILIMCILARIN KKSİM ÖLÇEĞİNİN ALT BOYUTLARINDAN ALDIĞI PUANLARI GÖSTEREN BULGULAR

Bu bölümde, katılımcıların sağlık inançları KKSİM Ölçeği ile belirlenmeye çalışılmıştır.

Tablo 4-5’de KKSİM Ölçeği alt grup puanlarını gösteren bulgular yer almıştır. Alt gruplardan alınan puanlar sırasıyla; güven-yarar (48,9±5,1), ciddiye (16,5±4,3), sağlık motivasyonu (15,8±2,8), engel (15,2±3,8), ve duyarlılık (15,1±4,3) olarak bulunmuştur.

Tablo 4-5: Katılımcıların KKSİM Ölçeğinden Aldıkları Puanlar

<i>Ölçeğin alt grupları</i>	<i>Ölçeğin alt-üst puanları</i>			<i>ölçekten alınan Min-Max puan</i>
		<i>X</i>	<i>SD</i>	
Güven-Yarar	11-55	48,9	5,1	26-55
Duyarlılık	6-30	15,1	4,3	6-28
Engel	6-30	15,2	3,8	6-30
Sağlık motivasyonu	5-25	15,8	2,8	8-25
Ciddiyet	5-25	16,5	4,3	5-25

Tablo 4-6’da katılımcıların KKSİM Ölçeğinin her bir maddesinden yanıtlama seçenekleri ortalamasına göre aldıkları puanlar gösterilmiştir. Güven-yarar algısı alt boyutunda en düşük puanın (3,90+0,97) “Sağlıklı olmak için yeni bilgiler araştırırım” maddesi, Duyarlılık algısı alt boyutundan en düşük puanın (2,38+0,92) “ Gelecekte bağırsak kanseri olacağımı hissediyorum” maddesi, Engel algısı alt boyutundan en yüksek puanın (3,80+1,14) “Bağırsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırıyordım, bağırsak kanseri hakkında fazla endişelenmeyecektim” maddesi, sağlık motivasyonu alt boyutundan en düşük puanın (22,45+1,23) “Hasta olmasam da düzenli kontrollerimi yaptırıyım” maddesi ve ciddiye algısı alt boyutundan en düşük puanın (2,40+1,04) ” Bağırsak kanseri olursam, 5 yıldan fazla yaşayamam” maddesine ait olduğu bulunmuştur.

Tablo 4-6: Katılımcıların KKSİM Ölçeğinin Madde Ortalamalarına Göre Puan Dağılımları

Kolorektal Kanser Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Maddeleri			
	Madde No		–
			X ±SD
GÜVEN-YARAR	1	Sağlık sorunlarımı erken saptamak isterim.	4,71 0,51
	2	Sağlığımı sürdürme benim için son derece önemlidir.	4,68 0,55
	3	Gerekirse, barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptıрма konusunda kendime güvenirim.	4,08 0,94
	4	Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırmak, kanseri erken dönemde yakalama fırsatı verir.	4,63 0,61
	5	Sağlıklı olmak için yeni bilgiler araştırırım.	3,90 0,97
	6	Barsak kanseri olursam, düzenli kontrolleri sürdürebilirim.	4,61 0,68
	7	Sağlıklı olmak için yapılacakların önemini biliyorum.	4,12 0,96
	8	Barsak alışkanlığımdaki (boşaltımındaki) normal ve anormal değişiklikleri fark edebilirim.	4,54 0,72
	9	Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırırsam, barsak kanserinden ölme olasılığım azalır.	4,51 0,77
	10	Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırırsam, barsak kanseri geliştiğinde büyük ve biçimsiz ameliyat (kolostomi) olma olasılığım azalacak.	4,57 0,67
	11	Düzenli kontrol yaptırırsam, barsak kanserini erken saptarım.	4,60 0,65
DUYARLILIK	12	Gelecekte büyük olasılıkla barsak kanseri olacağım.	2,53 0,85
	13	Gelecekte barsak kanseri olacağımı hissediyorum.	2,38 0,92
	14	Gelecek on yıl içinde barsak kanseri olma olasılığım var.	2,52 0,92
	15	Barsak kanseri olma olasılığım yüksek.	2,69 1,04
	16	Benim barsak kanseri olma olasılığım herkesten daha yüksek.	2,60 1,10
	17	Barsak kanseri olursam eşimle ilişkilerim bozulur.	2,40 1,07
ENGEL	18	Barsak kanseri hakkında konuşmaktan rahatsız olurum.	2,38 1,19
	19	Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırırsaydım, barsak kanseri hakkında fazla endişelenmeyecektim.	3,80 1,14
	20	Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptıрма beni utandırır.	2,06 0,98
	21	Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptıрма barsak kanseri hakkında beni endişelendirir.	2,32 1,02
	22	Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptıрма çok zaman alır.	2,55 1,10
	23	Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırmak hoş değildir.	1,15 1,08

Tablo 4-6(Devamı): Katılımcıların KKSİM Ölçeğinin Madde Ortalamalarına Göre Puan Dağılımları

Kolorektal Kansere Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Maddeleri				
Madde		-		
No		X	±SD	
SAĞLIK MOTİVASYONU	24	Dengeli beslenirim.	3,57	0,91
	25	Haftada en az üç kez egzersiz (spor) yaparım.	2,46	1,18
	26	Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırma ileride kansere dönüşebilecek oluşumların (polip, kronik kabızlık vs.) erken tanısında bana yardımcı olur.	4,41	0,69
	27	Hasta olmasam da düzenli kontrollerimi yaptırırım.	2,45	1,23
	28	Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırma çok pahalıya mal olur.	2,93	1,20
CİDDİYET	29	Barsak kanseri olma düşüncesi beni korkutur.	3,51	1,26
	30	Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol (check-up) yaptırsaydım, kendimi iyi hissedecektim.	3,97	1,14
	31	Barsak kanseri olabileceğimi düşündüğümde kalbim daha hızlı çarpar.	3,18	1,30
	32	Barsak kanseri olursam, tüm yaşamım değişecektir.	3,43	1,28
	33	Barsak kanseri olursam, 5 yıldan fazla yaşayamam.	2,40	1,04

4.3. KKSİM ÖLÇEĞİNİN ALT BOYUTLARI İLE KATILIMCILARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİYİ GÖSTEREN BULGULAR

Bu bölümde katılımcıların sağlık inanç düzeyleri ile fizyolojik, demografik özellikleri, eyleme geçiriciler ve sağlık davranışları arasındaki ilişkiyi gösteren bulgular yer almıştır. Tablo 4-7’de katılımcıların KKSİM Ölçeği ile sosyo-demografik özellikleri arasındaki ilişkiyi gösteren bulgular gösterilmiştir.

Tüm alt gruplar için yaş grupları arasında anlamlı fark vardır. Katılımcıların **güven-yarar algısı puanı**; 18-32 yaş grubunda, 48-62 yaş grubuna göre daha yüksek ($p=0,00$) bulunmuştur. İlkokul ve altı eğitim düzeyine sahip olanlarda diğer gruplara göre düşük bulunmuştur ($p=0,00$). Cinsiyet, medeni durum, yaşanılan yer, ekonomik durum ve sağlık güvencesi ile anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Duyarlılık algısı puanları ile sosyo-demografik özellikler incelendiğinde; 33-47 yaş grubunun puanı, 18-32 yaş grubuna göre daha yüksek ($p=0,03$) bulunmuştur. Eğitim düzeyi, cinsiyet, medeni durum, yaşanılan yer, ekonomik durum ve sağlık güvencesi ile anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Engel algısı puanları ile sosyo-demografik özellikler incelendiğinde; yaş grupları, medeni durum ve eğitim durumu ile engel algısı arasında anlamlı fark vardır. 18-32 yaş grubunun engel algısı puanı diğer gruplardan anlamlı olarak daha düşüktür ($p=0,00$). 33-47 yaş grubunun engel puanı 63 yaş ve üstünden anlamlı olarak düşüktür ($p=0,00$). Evlilerin engel puanı anlamlı olarak yüksektir ($p=0,00$). İlkokul ve altı eğitim düzeyine sahip bireylerin engel puanları diğer eğitim düzeyi gruplarına göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,00$). İkamet yılı ile engel puanı arasında olumlu ilişki vardır. İkamet yılı 26 ve altı olanların engel puanları anlamlı olarak daha düşüktür ($p=0,04$). Cinsiyet, yaşanılan yer, ekonomik durum ve sağlık güvencesi ile anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Sağlık Motivasyonu algısı puanları ile sosyo-demografik özellikler incelendiğinde; küçük yaş grubunun (18-32), 33-47 yaş grubuna göre motivasyon algısı daha yüksektir ($p=0,00$). Orta- lise ve üniversite mezunlarının sağlık motivasyonu algısı, ilkokul mezunlarına göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,00$). Ekonomik durum ile anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Ciddiyet algısı puanları ile sosyo-demografik özellikler incelendiğinde; 18-32 yaş grubunun ciddiyet algısı puanı 33-47 yaş grubunununkinden anlamlı şekilde düşüktür ($p=0,00$).

Evlilerin ciddiyet algısı puanı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,00$). Eğitim düzeyi üniversite ve daha üst düzey olan katılımcıların ciddiyet puanı diğer gruplardan anlamlı olarak düşük çıkmıştır ($p=0,00$).

Tablo 4-7: KKSİM Ölçeğinin Alt Boyut Puanları İle Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulgular ($1 > 2$)

Özellikler	GÜVEN		DUYARLILIK		ENGEL		MOTİVASYON		CİDDİYET	
	$\bar{X} \pm SD /$ (Mean Rank)	p	$\bar{X} \pm SD /$ Mean Rank	p	$\bar{X} \pm SD /$ Mean Rank	p	$\bar{X} \pm SD /$ Mean Rank	p	$\bar{X} \pm SD /$ Mean Rank	p
YAŞ										
18-32	226,10 ¹		184,19 ²		164,64 ²		224,10 ¹		167,06 ²	
33-47	195,44	0,00	216,19 ¹	0,03	212,13 ¹	0,00	184,58 ²	0,01	222,02 ¹	0,00
48-62	162,27 ²		202,63		237,72 ¹		191,39		213,48	
63 ve üzeri	133,30		144,10		306,05 ¹		193,05		229,60	
CİNSİYET										
Kadın	48,90 \pm 4,93	0,76	15,31 \pm 4,29	0,42	210,45	0,09	16,03 \pm 2,92	0,17	16,60 \pm 4,34	0,67
Erkek	49,05 \pm 5,32		14,96 \pm 4,31		191,04		15,64 \pm 2,78		16,42 \pm 4,33	
MEDENİ DURUM										
Evlü	48,75 \pm 5,31	0,13	15,14 \pm 4,23	0,92	215,13 ¹	0,00	15,68 \pm 2,88	0,07	214,86 ¹	0,00
Bekar	49,61 \pm 4,57		15,10 \pm 4,51		160,94 ²		16,25 \pm 2,75		161,66 ²	
EĞİTİM DURUMU										
İlkokul ve altı	158,46 ²		214,22		240,67 ¹		148,56 ²		235,89 ¹	
Ortaokul ve Lise	207,04 ¹	0,00	199,11	0,40	201,21 ²	0,00	215,62 ¹	0,00	205,88 ¹	0,00
Üniversite ve daha üst düzey	220,08 ¹		193,09		172,23 ²		215,01		169,06 ²	
YAŞANILAN YER										
Büyükşehir	201,53		201,59		199,30		200,75		198,48	
Şehir merkezi	197,63	0,88	207,31	0,62	195,02	0,63	201,65	0,93	188,70	0,21
Kırsal (ilçe ve köy)	190,98		181,28		219,86		193,72		235,41	
EKONOMİK DURUM										
Çok kötü	219,38		163,25		224,75		140,75		209,50	
Kötü	178,22	0,40	214,66	0,59	211,15	0,81	175,79	0,12	219,27	0,46
İyi	204,25		198,97		198,54		204,75		196,04	
Çok iyi	212,05		175,75		186,85		242,80		222,60	
SAĞLIK GÜVENCESİ										
Var	48,93 \pm 5,22	0,58	15,07 \pm 4,08	0,51	15,24 \pm 3,96	0,67	15,87 \pm 2,87	0,49	16,50 \pm 4,40	0,90
Yok	49,39 \pm 4,37		15,67 \pm 5,85		15,51 \pm 3,19		15,55 \pm 2,69		16,58 \pm 3,71	

Katılımcıların ailesel özellikleri ile KKSİM Ölçeği arasındaki ilişkiyi gösteren bulgular Tablo 4-8'de gösterilmiştir.

Katılımcıların **Güven-yarar algısı** puanları ile ailesel özellikler incelendiğinde; yakınlık derecesi ve tanı süresi arasında anlamlı fark bulunmuştur. Anne veya babası hasta olanların güven-yarar puanı diğer gruplardan anlamlı olarak daha düşüktür ($p=0,00$). Güven puanı tanı süresine göre tüm gruplarda anlamlı olarak farklı bulunmuş ancak ileri analizde gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Duyarlılık algısı puanları ile ailesel özellikler incelendiğinde; katılımcıların ailesindeki hastanın yaşı, tanısı, tanı süresi, ailesindeki hastaya yakınlık derecesi ve ailesindeki hastanın kolostomi durumuna göre anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Engel algısı puanları ve ailesel özellikler incelendiğinde; engel puanları çalışmaya katılan bireylerin ailesindeki hastaya yakınlık derecesine göre anlamlı olarak farklıdır. Anne ve babası hasta olanların engel puanı hasta çocuğu olanların puanına göre anlamlı olarak yüksektir ($p=0,00$).

Sağlık Motivasyonu algısı puanları ve ailesel özelliklere bakıldığında; katılımcıların ailesindeki hastanın yaşı, tanısı, tanı süresi, ailesindeki hastaya yakınlık derecesi, kolostomi durumuna göre anlamlı bir fark bulunamamıştır. Hastası ameliyat olmayanların motivasyon puanı anlamlı olarak yüksek çıkmıştır ($p=0,04$).

Ciddiyet algısı puanları ve ailesel özelliklere bakıldığında; katılımcıların ailesindeki hastanın yaşı tanısı, tanı süresi, ailesindeki hastaya yakınlık derecesi, kolostomi durumuna göre anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ayrıca hastanın aldığı tedavi sayısı arttıkça duyarlılık ve engel puanı artmaktadır (olumlu ilişki).

Araştırmaya katılan bireylerden hastası ameliyat olmayanların sağlık motivasyonu puanı anlamlı olarak yüksektir ($p=0,04$). Kemoterapi tedavisi almayanların engel puanı anlamlı olarak düşüktür ($p=0,04$) Kemoterapi almayanların ciddiye puanı anlamlı olarak düşüktür($p=0,02$) Radyoterapi almayanların duyarlılık puanı anlamlı olarak düşüktür ($p=0,00$). Tedavi türüne göre ise radyoterapi almayanların duyarlılık puanı anlamlı olarak düşüktür ($p=0,00$). Alınan tedavi türü sayısı arttıkça duyarlılık ve engel puanı artmaktadır.

Tablo 4-8: KKSİM Ölçeğinin Alt Boyut Puanları İle Katılımcıların Ailel Özelliikleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulgular

Özellikler	GÜVEN		DUYARLILIK		ENGEL		MOTİVASYON		CİDDİYET	
	$\bar{X} \pm SD /$ (Mean Rank)	p	$\bar{X} \pm SD /$ Mean Rank	p	$\bar{X} \pm SD /$ Mean Rank	p	$\bar{X} \pm SD /$ Mean Rank	p	$\bar{X} \pm SD /$ Mean Rank	p
HASTANIN YAŞI										
24-44	173,63		192,36		207,89		181,91		204,17	
45-65	203,83	0,14	196,09	0,26	196,86	0,71	204,04	0,40	196,95	0,71
66 ve üzeri	208,73		217,65		205,61		202,83		207,76	
HASTANIN TANISI										
Kolon kanseri	199,85		196,81		205,43		196,89		201,40	
Rektum Kanseri	202,79	0,95	221,16	0,19	178,26	0,18	213,42	0,22	196,08	0,94
Bilinmiyor	214,88		151,63		174,38		276,88		201,63	
YAKINLIK DERECESESİ										
Hasta Annesi ya da Babası	106,59 ²		179,03		276,35 ¹		140,44		237,50	
Hasta Kardeşi	188,81 ¹	0,00	197,52	0,68	210,97	0,00	191,86	0,05	212,49	0,18
Hasta Çocuğu	209,40 ¹		202,63		193,01 ²		206,54		194,79	
TANI SÜRESİ										
1 aydan az	150,43		196,23		266,20		179,77		219,53	
1-6 ay	193,21		202,87		208,26		194,55		207,75	
7-11 ay	214,08	0,04	195,83	0,89	181,13	0,07	213,40	0,70	181,70	0,36
1yıl-3 yıl	195,61		195,23		197,72		200,25		192,37	
3 yıl ve daha fazla	241,62		215,37		183,53		212,36		218,15	
KOLOSTOMİ DURUMU										
Var	48,87 \pm 5,66	0,79	15,61 \pm 4,66	0,14	15,15 \pm 3,93	0,68	15,85 \pm 2,97	0,93	16,72 \pm 4,34	0,51
Yok	49,03 \pm 4,90		14,93 \pm 4,13		15,32 \pm 3,87		15,82 \pm 2,80		16,42 \pm 4,33	

(1>2)

Eyleme geçiriciler ve katılımcıların sağlık davranışları ile KKSİM Ölçeği arasındaki ilişkiyi gösteren bulgular Tablo 4-9'da gösterilmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerden kolorektal kanserden korunmaya yönelik bilgi alanların **güven-yarar algısı** puanı almayanlara göre yüksektir ($p=0,00$). Korunma yöntemlerine göre güven puanı anlamlı olarak farklıdır. Beslenmesine dikkat edenler ve kolonoskopi yaptıranların güven puanları hiçbir şey yapmayanlara göre anlamlı olarak yüksektir ($p=0,00$). Muayene sıklığına göre güven algısı puanı arasında anlamlı fark vardır. 6-12 ayda bir muayene olanların güven puanı sadece hastalanınca olanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,00$).

Duyarlılık algısı puanı ile eyleme geçiriciler ve sağlık davranışları incelendiğinde; katılımcıların ailesinde başka kalın bağırsak kanseri olma durumu ile duyarlılık algısı puanı arasında anlamlı fark vardır. İkinci derece akrabasında kalın bağırsak kanseri olanların duyarlılık puanı ailesinde başka kalın bağırsak kanseri olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,00$). Ailesinde başka kanser hastası olma durumuna göre duyarlılık puanı arasında anlamlı fark vardır ancak ileri analizler anlamsız çıkmıştır. Katılımcıların aileden birini kanserden kaybedenlerin duyarlılık algısı puanı ailesinde kanserden kayıp olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,00$).

Engel algısı puanı ile eyleme geçiriciler ve sağlık davranışları incelendiğinde; katılımcıların ailesinde başka kalın bağırsak kanseri olma durumu ile duyarlılık algısı puanı arasında anlamlı fark vardır. Katılımcıların ailesinde başka kalın bağırsak kanseri olmayanların ikinci derece akrabasında olanlara göre engel puanı anlamlı olarak yüksek çıkmıştır ($p=0,01$). Katılımcılardan kolorektal kanserle ilgili bilgi alanların engel algısı puanı bilgi almayanlara göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p=0,00$).

Sağlık motivasyonu algısı puanı ile eyleme geçiriciler ve sağlık davranışları incelendiğinde; katılımcılardan kolorektal kanser hakkında bilgi alanların motivasyon puanı bilgi almayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,00$). Katılımcıların korunma yöntemlerine göre sağlık motivasyonu algısı puanı anlamlı olarak farklıdır. Katılımcılardan beslenmesine dikkat edenlerin puanı hiçbir şey yapmayanlara göre anlamlı olarak yüksektir ($p=0,00$). Katılımcılardan 6-12 ayda bir hekime muayene olanların sağlık motivasyonu puanı hastalanınca, 1-2 yılda bir ve hiç muayene olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,00$).

Ciddiyet algısı puanı ile eyleme geçirciler ve sağlık davranışları incelendiğinde; katılımcıların ailede başka kanser hastası olma durumuna göre ciddiyet algısı puanı arasında anlamlı fark vardır ancak ileri analizler anlamsız çıkmıştır. Katılımcılardan kolorektal kanser hakkında bilgi alanların ciddiyet algısı puanı bilgi almayanlara göre anlamlı olarak daha düşüktür ($p=0,00$).

Tablo 4-9: KKSİM Ölçeğinin Alt Boyut Puanları İle Eyleme Geçiriciler Ve Sağlık Davranışları Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulgular

Özellikler	GÜVEN		DUYARLILIK		ENGEL		MOTİVASYON		CİDDİYET	
	$\bar{X} \pm SD /$ (Mean Rank)	p	$\bar{X} \pm SD /$ Mean Rank	p	$\bar{X} \pm SD /$ Mean Rank	p	$\bar{X} \pm SD /$ Mean Rank	p	$\bar{X} \pm SD /$ Mean Rank	p
AİLEDE BAŞKA KRK OLMA DURUMU										
Yok	193,79	0,07	193,27	0,00	208,70 ¹	0,01	194,47	0,10	205,29	0,27
1. derece akrabamda var	219,26		170,90 ²		176,31		210,07		184,07	
2. derece akrabamda var	227,35		245,79 ¹		168,09 ²		227,02		182,33	
AİLESİNDE BAŞKA KANSER OLMA DURUMU										
Yok	203,05	0,69	188,94	0,04	205,67	0,49	204,59	0,59	213,36	0,03
1.derece akrabamda var	187,64		225,13		185,95		202,33		179,75	
2.derece akrabamda var	200,89		213,20		196,34		191,46		183,51	
AİLEDE KANSERDEN KAYIP DURUMU										
Evet	49,20 \pm 4,89	0,41	223,66 ¹	0,00	15,39 \pm 4,03	0,55	16,09 \pm 2,95	0,09	15,55 \pm 4,10	0,85
Hayır	48,78 \pm 5,34		180,37 ²		15,16 \pm 3,75		15,61 \pm 2,74		16,47 \pm 4,53	
KRK KORUNMA BİLGİSİ										
Evet	249,57 ¹	0,00	14,88 \pm 4,33	0,35	175,35 ²	0,01	246,35 ¹	0,00	174,59 ²	0,00
Hayır	170,42 ²		15,29 \pm 4,28		215,91 ¹		172,40 ²		216,38 ¹	

(1>2)

Tablo 4-9 (Devamı): KKSİM Ölçeğinin Alt Boyut Puanları İle Eyleme Geçiriciler Ve Sağlık Davranışları Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulgular

Özellikler	GÜVEN		DUYARLILIK		ENGEL		MOTİVASYON		CİDDİYET	
	$\bar{X} \pm SD /$ (Mean Rank)	p	$\bar{X} \pm SD /$ Mean Rank	p	$\bar{X} \pm SD /$ Mean Rank	p	$\bar{X} \pm SD /$ Mean Rank	p	$\bar{X} \pm SD /$ Mean Rank	p
KORUNMA YÖNTEMİ										
Şu anda bir şey yapmıyor	174,64 ²		202,02		206,08		179,04 ²		208,55	
Beslenmeye dikkat ediyor	275,59 ¹		189,00		192,98		261,73 ¹		170,43	
Alkol sigaradan uzak duruyor	154,50		218,75		108,25		189,00		180,00	
Kolonokopi yapıyor	302,97 ¹		234,93		162,90		267,33		174,67	
Stresten uzak duruyor	157,17	0,00	128,00	0,69	136,17		203,17	0,00	198,50	0,11
Dışkılama alışkanlığına dikkat ediyor	267,60		190,80		181,60		291,50		284,70	
Diğer	299,50		246,17		185,33		260,17		172,50	
SİĞARA										
Evete	195,89		206,03		198,61		191,52		205,85	
Hayır	199,58		204,13		206,12		204,76		194,26	
Bırakmış	218,53	0,47	169,12	0,11	184,75	0,48	212,28	0,41	207,81	0,57
ALKOL										
Evete	194,87		197,25		180,84		196,44		184,44	
Hayır	198,61	0,13	204,88	0,23	207,67		200,10	0,61	204,11	0,18
Bırakmış	245,73		163,71		200,00		222,00		225,98	
HEKİM MUAYENESİ										
Hastalanınca	192,64 ²		201,78		207,45		189,09 ²		205,49	
6 ayda birden sık	221,20		252,77		237,27		252,17		228,50	
6-12 ayda bir	294,14 ¹		206,93		180,18		329,43 ¹		187,86	
1-2 yılda bir	208,50	0,00	192,50	0,46	188,96		189,39 ²	0,00	202,39	0,42
İki yılda birden az	196,02		183,81		178,64		211,14		167,90	
Hiç muayene olmadım	213,50		184,23		166,18		213,80 ²		179,19	

(1>2)

4.4. KATILIMCILARIN SAĞLIK İNANÇLARI ÜZERİNDE ETKİLİ OLAN DEĞİŞKENLER

Katılımcıların sağlık inançlarına etki eden faktörleri belirlemek amacıyla bağımsız ve bağımlı ve bağımsız değişkenler arasında beş farklı regresyon modeli oluşturulmuştur. KKSİM ölçeğinin her alt boyutu ayrı bağımlı değişken olarak alınmış ve bu bağımlı değişken ile toplam 23 bağımsız değişken modele sokularak etkili olan bağımsız değişkenler belirlenmeye çalışılmıştır.

Tablo 4-10'da bağımsız değişkenlerin katılımcıların güven-yarar algısına etkisini gösteren çoklu regresyon analizi sonuçları gösterilmiştir. Güven-yarar algısında bağımsız değişkenler varyansın % 23,3'ünü açıklamıştır. Yaşın azalması, kanserden korunmak için davranış sergilemek ve sağlıklı beslenme bireylerin güven-yarar algılarını doğrudan etkileyen bağımsız değişkenler olarak belirlenmiştir.

Tablo 4-10: Çoklu Regresyon Analizi: Bağımsız Değişkenlerin Güven-Yarar Algısı Üzerine Etkisi

Değişkenler	Beta(β)	t	p
(Constant)		13,009	0,000
Yaş	-0,224	-3,107	0,002
Cinsiyet	-0,074	-1,435	0,152
Medeni durum	0,014	0,250	0,803
Eğitim düzeyi	0,018	0,337	0,736
İkamet edilen yer	-0,006	-0,129	0,898
İkamet yılı	0,071	1,243	0,215
Ekonomik durumu	-0,001	-0,030	0,976
Sağlık güvencesi	-0,068	-1,387	0,166
Ailedeki hastanın yaşı	0,046	0,838	0,403
Yakınlık derecesi	0,055	0,889	0,375
Tanı süresi	0,027	0,550	0,582
Ameliyat	0,007	0,156	0,876
Kemoterapi	-0,052	-1,092	0,276
Radyoterapi	0,010	0,202	0,840
Kolostomi durumu	-0,44	-0,852	0,395
Ailede kolorektal kanser	0,028	0,568	0,571
Ailede başka kanser	-0,084	-1,468	0,143
Kanserden kayıp	0,082	1,378	0,169
Korunma yolu	0,309	6,132	0,000
Sigara	-0,020	-0,387	0,699
Alkol	0,016	0,315	0,753
Hekim muayenesi	0,078	1,650	0,100
Beslenme tutumu	0,199	4,164	0,000

(Bağımlı Değişken: Güven-Yarar (F= 4,498; df= 399; p<0,001; R²= 0,233; R= 0,482))

Tablo 4-11’de bağımsız değişkenlerin katılımcıların duyarlılık algısına etkisini gösteren çoklu regresyon analizi sonuçları gösterilmiştir. Duyarlılık algısında bağımsız değişkenler varyansı açıklayamamıştır. Kanserden bir yakını kaybetmek bireylerin duyarlılık algılarını doğrudan etkileyen bağımsız değişken olarak belirlenmiştir.

Tablo 4-11: Çoklu Regresyon Analizi: Bağımsız Değişkenlerin Duyarlılık Algısı Üzerine Etkisi

Değişkenler	Beta(β)	t	p
(Constant)		3,040	0,003
Yaş	0,039	0,493	0,622
Cinsiyet	-0,11	-1,197	0,844
Medeni durum	-0,071	-1,161	0,246
Eğitim düzeyi	-0,081	-1,399	0,163
İkamet edilen yer	0,039	0,761	0,447
İkamet yılı	0,044	0,706	0,481
Ekonomik durumu	-0,001	-0,20	0,984
Sağlık güvencesi	-0,029	-0,548	0,584
Ailedeki hastanın yaşı	0,036	0,611	0,541
Yakınlık derecesi	0,079	1,163	0,246
Tanı süresi	-0,066	-1,216	0,225
Ameliyat	0,074	1,423	0,156
Kemoterapi	0,010	0,191	0,849
Radyoterapi	0,093	1,700	0,090
Kolostomi durumu	0,068	1,206	0,228
Ailede kolorektal kanser	0,034	0,624	0,533
Ailede başka kanser	-0,018	-0,286	0,775
Kanserden kayıp	0,154	2,368	0,018
Korunma yolu	-0,019	-0,337	0,736
Sigara	-0,008	-0,150	0,881
Alkol	-0,019	-0,335	0,738
Hekim muayenesi	0,049	0,953	0,341
Beslenme tutumu	0,071	1,360	0,174

(Bağımlı Değişken: Duyarlılık (F= 41,469; df= 399; p>0,05; R²= 0,082; R=0,287)

Tablo 4-12’de bağımsız değişkenlerin katılımcıların engel algısına etkisini gösteren çoklu regresyon analizi sonuçları gösterilmiştir. Engel algısında bağımsız değişkenler varyansın %16,7’sini açıklamıştır. Yaşın artması, evli olmak, tanı süresinin azalması, ailedeki hastanın kemoterapi görmesi, ailedeki bağırsak kanserli bireyle yakınlık derecesinin azalması(genetik riskin azalması), ailedeki başka kanserli bireyle yakınlık derecesinin az olması(genetik riskin azalması) bireylerin engel algılarını doğrudan etkileyen bağımsız değişkenler olarak belirlenmiştir.

Tablo 4-12: Çoklu Regresyon Analizi: Bağımsız Değişkenlerin Engel Algısı Üzerine Etkisi

Değişkenler	Beta(β)	t	p
(Constant)		5,936	0,000
Yaş	0,174	2,308	0,022
Cinsiyet	0,065	1,205	0,229
Medeni durum	0,126	2,173	0,030
Eğitim düzeyi	-0,092	-1,652	0,099
İkamet edilen yer	-0,017	-0,358	0,720
İkamet yılı	-0,013	-0,221	0,825
Ekonomik durumu	-0,013	-0,265	0,791
Sağlık güvencesi	-0,060	-1,168	0,244
Ailedeki hastanın yaşı	-0,008	-0,137	0,891
Yakınlık derecesi	0,016	0,246	0,806
Tanı süresi	-0,118	-2,280	0,023
Ameliyat	0,068	1,363	0,174
Kemoterapi	0,104	2,086	0,038
Radyoterapi	0,079	1,552	0,129
Kolostomi durumu	-0,036	-0,668	0,504
Ailede kolorektal kanser	-0,111	-2,141	0,033
Ailede başka kanser	-0,151	-2,524	0,012
Kanserden kayıp	0,098	1,580	0,115
Korunma yolu	-0,038	-0,720	0,472
Sigara	-0,056	-1,045	0,297
Alkol	-0,040	-0,751	0,453
Hekim muayenesi	0,020	0,410	0,682
Beslenme tutumu	-0,007	-0,137	0,891

Bağımlı Değişken: Engel (F= 3,268; df= 399; p<0,001; R²= 0,167; R=0,408)

Tablo 4-13'de bağımsız değişkenlerin katılımcıların sağlık motivasyonu algısına etkisini gösteren çoklu regresyon analizi sonuçları gösterilmiştir. Sağlık motivasyonu algısında bağımsız değişkenler varyansın % 19,7'sini açıklamıştır. Aileden birini kanserden kaybetmek, kanserden korunmak için davranış sergilemek, düzenli hekime muayene olması, sağlıklı beslenmenin artması bireylerin sağlık motivasyonu algılarını doğrudan etkileyen bağımsız değişkenler olarak belirlenmiştir.

Tablo 4-13: Çoklu Regresyon Analizi: Bağımsız Değişkenlerin Sağlık Motivasyonu Algısı Üzerine Etkisi

Değişkenler	Beta(β)	t	p
(Constant)		5,720	0,000
Yaş	-0,065	-0,875	0,382
Cinsiyet	-0,011	-0,217	0,829
Medeni durum	-0,061	-1,071	0,285
Eğitim düzeyi	0,057	1,056	0,292
İkamet edilen yer	-0,008	-0,167	0,867
İkamet yılı	0,058	0,992	0,322
Ekonomik durumu	0,047	0,934	0,351
Sağlık güvencesi	-0,027	-0,533	0,594
Ailedeki hastanın yaşı	0,008	0,142	0,887
Yakınlık derecesi	0,052	0,829	0,408
Tanı süresi	0,017	0,345	0,730
Ameliyat	-0,074	-1,514	0,131
Kemoterapi	-0,025	-0,504	0,615
Radyoterapi	-0,029	-0,571	0,569
Kolostomi durumu	0,001	0,013	0,989
Ailede kolorektal kanser	0,026	0,516	0,606
Ailede başka kanser	-0,072	-1,236	0,217
Kanserden kayıp	0,126	2,067	0,039
Korunma yolu	0,239	4,647	0,000
Sigara	-0,013	-0,250	0,803
Alkol	0,006	0,110	0,913
Hekim muayenesi	0,108	2,258	0,025
Beslenme tutumu	0,208	4,253	0,000

Bağımlı Değişken: Sağlık Motivasyonu (F= 4,016; df= 399; p<0,001; R²= 0,197; R=0,444)

Tablo 4-14’de bağımsız değişkenlerin katılımcıların ciddiye algısına etkisini gösteren çoklu regresyon analizi sonuçları gösterilmiştir. Ciddiyet algısında bağımsız değişkenler varyansın % 15’ini açıklamıştır. Eğitim düzeyinin azalması, ailesindeki hastanın kemoterapi alması, başka kanserli bir yakınının olmaması(yakınlık derecesinin azlaması), sağlıklı beslenme davranışının artması bireylerin ciddiye algılarını doğrudan etkileyen bağımsız değişkenler olarak belirlenmiştir.

Tablo 4-14: Çoklu Regresyon Analizi: Bağımsız Değişkenlerin Ciddiyet Algısı Üzerine Etkisi

Değişkenler	Beta(β)	t	p
(Constant)		4,575	0,000
Yaş	0,103	1,363	0,174
Cinsiyet	0,056	1,030	0,304
Medeni durum	0,115	1,957	0,051
Eğitim düzeyi	-0,116	-2,073	0,039
İkamet edilen yer	-0,037	-0,762	0,447
İkamet yılı	-0,019	-0,317	0,751
Ekonomik durumu	-0,029	-0,564	0,573
Sağlık güvencesi	-0,034	-0,651	0,516
Ailedeki hastanın yaşı	-0,052	-0,916	0,360
Yakınlık derecesi	0,060	0,926	0,355
Tanı süresi	-0,012	-0,223	0,823
Ameliyat	0,051	1,012	0,312
Kemoterapi	0,115	2,266	0,024
Radyoterapi	-0,023	-0,430	0,668
Kolostomi durumu	0,058	1,055	0,292
Ailede kolorektal kanser	-0,077	-1,470	0,142
Ailede başka kanser	-0,211	-3,512	0,000
Kanserden kayıp	0,113	1,802	0,072
Korunma yolu	-0,96	-1,815	0,070
Sigara	0,044	0,820	0,412
Alkol	-0,018	-0,327	0,744
Hekim muayenesi	0,015	0,305	0,760
Beslenme Tutum	0,144	2,867	0,004

Bağımlı Değişken: Ciddiyet (F= 2,894; df= 399; p<0,001; R²= 0,150; R=0,388)

5. TARTIŞMA

Kolorektal kanser dünyada ve Türkiye’de önemli bir halk sağlığı sorunudur. Kolorektal kansere yakalanma oranı ve kolorektal kanserden ölüm oranları tüm dünyada her geçen gün artmaktadır. Bu durum kolorektal kanser koruma ve tarama programları geliştirilmesini ve kolorektal kanser önleme stratejileri oluşturulmasına önemin artmasını sağlamıştır. Türkiye’nin sağlık politikaları tedavi edici sağlık hizmetleri üzerine odaklanmıştır. Koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili uygulamalar daha az yer almaktadır. Ancak son birkaç yıl içinde kanseri gelişmeden önlemek ve erken evrede yakalayabilmek için koruma programlarına önem vermeye başlanmıştır. Buna yönelik serviks ve meme kanserinden sonra kolorektal kanserler de tarama programları içine alınmıştır ve Ulusal Kolorektal Kanseri Tarama Standartları geliştirilmiştir (KSDB, 2009).

Kolorektal kanseri erken devrede yakalama ve uygun tedavi i azalmış kolorektal kanser ölüm oranları ve artmış sağ kalım oranlarını sağlamada etkilidir; bu da sadece tarama programları ile başarılabilir (Rawl ve ark., 2008).

Sağlık bakım hizmetlerinde koruma ulusal bir öncelik ve önem arz etmektedir. Bu yüzden tarama programlarının artırılması ve geliştirilmesi kolorektal kanser mortalite ve morbiditesinde özellikle artmış riskli bireylerde önemli yararlar elde edilmesini sağlamaktadır (Tuncer, 2007).

Taramanın kolorektal kanser mortalite ve morbiditesinde önemli olduğunu gösteren kanıtlar bulunmasına rağmen tarama programlarına katılım oranları oldukça düşüktür. İkincil korumada tarama programları oldukça değerlidir çünkü kolorektal kanser asemptomatik düzeyde ancak saptanabilir (Davila ve ark., 2006).

Kolorektal kanserde aile hikâyesi birinci derecede risk faktörü olarak kabul görmektedir. Kolorektal kanserde artmış yaş ve genetik riskin dışında yaşam biçimi ile ilgili kanıtlanmış bazı risk faktörleri; beslenme alışkanlıkları (kırmızı et, tereyağı gibi hayvansal kaynaklı gıdalardan fazla ve lifli gıdalardan az beslenme), düşük fiziksel aktivite ve obezite, sigara ve alkol kullanımı gibi faktörlerdir. Bu faktörlerin yanında kolorektal kanserden korunmada davranış bilimleri kuramlarına göre; istek ve niyet tek başına yeterli olmamakla birlikte oldukça gereklidir çünkü bireysel eyleme geçişin habercisidir (Price, 2002).

Türkiye’de kolorektal kanser kanserden ölümlerin üçüncü nedenidir. Böylece sorunun önemini dikkate alarak/ alma, önleme, erken tanı ve tedavi toplumun sağlığına büyük ölçüde katkıda bulunacaktır. Bu hedefin başarılması halk sağlığı eğitimine ve primer sağlık bakım hizmetlerinde etkili toplum tarama programlarına bağlıdır. Halk sağlığı alanında çalışan hemşireler toplumu özellikle ailesinde kolorektal kanserli hasta olan bireyleri kolorektal kanser tarama yöntemlerine ilişkin bilgilendirmelidir. Hemşireler sağlık eğitiminde ve tarama uygulamalarını arttırmada primer role sahip sağlık profesyonelidir (Özsoy ve ark., 2007).

Bu çalışma, Sağlık İnanç Modeli temel alınarak ailesinde kolorektal kanserli hasta olan bireylerin sağlık inançları ve sağlığı geliştirme davranışlarına odaklanmıştır. Bu araştırmada birinci derece akrabası kolorektal kanser olan 400 bireyin sağlık inançları, sağlık inanç modeli boyutlarına (güven, yarar, engel, sağlık motivasyonu, ciddiyet) göre belirlenmeye çalışılmıştır. Ayrıca sağlık inançlarını etkileyen fizyolojik özellikler, demografik özellikler, eyleme geçiriciler ve sağlık davranışlarının etkisi de değerlendirilmiştir.

Tartışmanın bölümleri araştırmanın soruları kapsamında ele alınmıştır. Buna göre birinci bölümde; araştırmaya katılan bireylerin sağlık inançlarına yönelik bulgular; ikinci bölümde, sağlık inançlarını etkileyen faktörlere yönelik bulgular tartışılmıştır.

5.1. BİRİNCİ DERECE AKRABASINA KOLOREKTAL KANSER TANISI KONMUŞ BİREYLERİN SAĞLIK İNANÇLARI NEDİR?

Birinci derece akrabasında kolorektal kanser bulunan bireylerin sağlık inançları ve sağlık inançlarını etkileyen faktörlerin incelendiği bu araştırmanın kapsamına toplam 400 birey alınmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $37,7 \pm 10,6$ 'dır ve büyük çoğunluğunun 33-47 yaş grubunda (% 45,8) olduğu % 51,3'ünün erkek, % 48,8'inin kadın ve % 73'ünün evli, % 45'inin ortaokul ve lise mezunu olduğu bulunmuştur. Katılımcıların % 86'sı büyükşehirde yaşamaktadır ve büyük çoğunluğu (% 86) ekonomik durumunu iyi olarak tanımlamıştır. % 89,3'ünün sağlık güvencesi vardır. % 78,8'inin ailesindeki kolorektal kanserli bireyden başka ailesinde başka kolorektal kanserli hasta bulunmamaktadır. % 5,3'ünün bir başka birinci derece akrabasında kolorektal kanser bulunurken % 16'sının ikinci derece akrabasında da kolorektal kanser bulunmaktadır. % 58,5'inin ailesinde kolorektal kanser dışında başka kanserli hasta bulunmamaktadır. % 12,5'inin birinci derece akrabasında kolorektal kanserli birey

dışında başka kanserli hasta bulunmakta ve % 29'unun ikinci derece akrabasında kolorektal kanser dışında başka kanser tanısı almış hasta vardır. % 53,5'inin ailesinde kanserden kaybedilen birey yoktur. Araştırma kapsamına alınan bireylerin % 46,5'inin ise ailesinden herhangi bir kişiyi kanserden kaybettiği belirlenmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin % 62,3'ünün ailesindeki hasta 45-65 yaş grubundadır. Katılımcıların ailesindeki hastaların yaş ortalaması $57,2 \pm 11,2$ 'tür. % 73,8'i ailesindeki kolorektal kanserli hastanın çocuğudur. Bireylerin % 41,5'inin ailesindeki hasta 1-6 aydır kolorektal kanser hastasıdır ve çeşitli tedaviler almaktadır. Katılımcıların birinci derece akrabalarının % 90, 5'i ameliyat olmuş, % 90,3'ü kemoterapi tedavisi görmüş ve %19,3'ü radyoterapi almıştır. Bireylerin % 70,5'inin ise ailesindeki hastanın kolostomi torbası bulunmamaktadır. Katılımcıların kolorektal kanserden korunmaya yönelik bilgi durumları incelendiğinde; % 62'sinin bilgi almadığı; bilgi alanların ise % 21,8'inin doktordan, % 19,5'inin internet sitelerinden, % 1,3'ünün hemşirelerden bilgi aldığı belirlenmiştir. Katılımcıların % 74'ü kolorektal kanserden korunmak için herhangi bir şey yapmadıklarını belirtmişlerdir. Sigara kullanmayan katılımcıların oranı % 48'dir. Sigara kullanan katılımcıların sigaraya başlama yaşı ortalama 20'dir. Toplam sigara içme yılı 16,5 olarak saptanmıştır. Sigara kullanan bireylerin % 48,3'ünün 10-20 yıldır sigara kullandığı belirlenmiştir. . Sigara kullanan bireylerin % 49,4'ü günde bir paketten az sigara kullandıklarını belirtmiştir. Bireylerin % 69'u alkol kullanmadığını belirtmiştir. % 72'si sadece "hastalanınca" hekime başvurduğunu belirtmiştir.

Katılımcıların % 44,8'i sebze meyve ve lifli posalı gıdaları "her zaman" tükettiklerini; % 37,3'ü ise tereyağı, kırmızı et gibi hayvansal kaynaklı gıdaları "sık sık" tükettiklerini ve % 47,5'inin Pizza Kebap Döner gibi hazır gıdaları "arada sırada" tükettiklerini belirtmiştir.

Sağlık inanç modeline göre kolorektal kanseri ciddi bir hastalık olarak algılayan bir bireyin tarama testlerinden herhangi birini yaptırması ya da yaptırma eğiliminde olması, beslenme davranışlarına dikkat etmesi beklenir. Aynı zamanda tarama davranışlarının sağlığına olan yararını algılayan, bu davranışları yapmaktan alıkoyan nedenlerin farkında olan ve bu nedenlerle baş edebilen bir bireyin Gaitada Gizli Kan Testi, kolonoskopi, vb. diğer tarama yöntemlerinden herhangi birini yaptırması ve beslenme davranışlarına dikkat etmesi beklenir (Rawl ve ark., 2000).

Bu bilgiler açısından araştırma grubunu oluşturan ve genetik riski bulunan katılımcıların davranışlarının yetersiz olduğu belirtilebilir

Güven-Yarar alt boyutu puanları

Güven-Yarar alt boyutu bireyin göstereceği koruyucu davranışın hastalıktan korunmadaki yararı ile ilgili inanç düzeyini ve bu davranışı sürdürebilmede bireysel yeterlilik düzeyini ifade etmektedir. Güven-Yarar alt boyutundan alınan puan $(48,98 \pm 5,13)$ 'dür. Güven-Yarar puanı toplam puana yakın bulunmuştur. Uelang, Hornung ve Greenwald (2006) çalışmasında güven alt boyutunu madde ortalamalarına göre $(3,68 \pm 1,11)$ olarak bulmuştur.

Güven-yarar puanının yüksek olması bireyin hastalıktan korunma davranışı göstermede kendine olan güveninin yüksek olmasını ifade eder. Güven yarar algısı yüksek olan bir bireye eğitim verilebilir ve bu eğitim sonrası olumlu davranışı sergilemesi ve bu olumlu davranışı sürdürmesi olasılığı yüksektir.

Duyarlılık alt boyutu puanları

Duyarlılık alt boyutu bireyin hastalığa yakalanmadaki yatkınlığını ve hastalıkla ilgili algısını ifade etmektedir. Diğer bir deyişle; duyarlılık algısı sağlık durumunda var olacak bir tehlikeyi kişinin algılamasıdır. Duyarlılık algısının yüksek olması hastalığa yakalanmada algılanan tehlikenin bireyi sağlık davranışına yönlendirmesi olarak açıklanabilir. Duyarlılık algısı yüksek bireylerin koruyucu davranışı ve tarama davranışlarını düzenli olarak uygulamaları beklenir. Duyarlılık alt boyutundan alınan puan $(15,13 \pm 4,30)$ olarak bulunmuştur. Duyarlılık algısı puanı ortalamanın üzerinde yüksek bulunmuştur. Uelang ve ark (2006) risksiz bireylerde yaptığı çalışmada duyarlılık algısını $(3,42 \pm 1,18)$ olarak bulmuştur. Duyarlılık algısı puanları birbirine çok yakın buldukları görülmektedir.

Engel alt boyutu puanları

Engel alt boyutu bireyin olumlu davranışı gerçekleştirmedeki engel algısını yani koruyucu davranışın oluşmasında algılanan olumsuz yönleri ifade etmektedir. Engel puanının yüksek olması engel algısı için engellerin yüksek algılandığını ifade etmektedir. Engel alt boyutundan alınan puan $(15,27 \pm 3,88)$ olarak bulunmuştur. Engel alt boyutu için ölçeğin alt ve üst puanları 6-30 arasında olduğuna göre çalışmaya katılan bireylerin engel algısı yüksek bulunmuştur. Uelang ve ark (2006) çalışmasında ise engel

puanı $2,90 \pm 0,98$ olarak bulunmuştur. Bu çalışmadaki sonucun daha yüksek olduğu görülmektedir.

Sağlık Motivasyonu alt boyutu puanları

Sağlık motivasyonu algısı, sağlığı sürdürülmesi ve geliştirilmesinde davranışlarının oluşması için genel niyet ve istek durumunu ifade etmektedir. Sağlık motivasyonu puanı yüksek olan bireylerin sağlığı sürdürülmesi ve geliştirilmesindeki isteğinin yüksek olması ile açıklanabilir. Sağlık motivasyonu puanı yüksek olan bireylerin koruyucu davranışı sergilemedeki motivasyonun yüksek bulunmasını açıklayabilir. Sağlık motivasyonu alt boyutu puanı ($15,83 \pm 2,85$) bulunmuştur. Uelang ve ark (2006) sağlık motivasyonu alt boyutu puanını ($3,27 \pm 0,91$) olarak bulmuştur. Uelang ve ark (2006) çalışması ile karşılaştırıldığında sağlık motivasyonu puanı daha düşük bulunmuştur. Sağlık motivasyonu algısı düşük bulunan bireylerin koruyucu davranışı sergilemede ve sürdürmedeki sağlık motivasyonlarının düşük olması olarak yorumlanabilir.

Ciddiyet alt boyutu puanları

Ciddiyet algısı tehdit edici durumun kişide yarattığı endişeler ve tehdit edici durumun zararlı sonuçlarının algılanmasını yani hastalığın ve sonuçlarının önemsenmesini ifade etmektedir. Ciddiyet alt boyut puanı ($16,51 \pm 4,33$) olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan bireylerin ciddiyet algısı puanı düşüktür. Çalışmaya katılan bireylerin sağlık motivasyonu algısına göre ciddiyet algısı daha yüksektir. Uelang ve ark (2006) yaptığı çalışmada ise ciddiyet alt boyut puanını ($3,97 \pm 1,22$) olarak bulunmuştur; buna göre Uelang ve arkadaşlarının (2006) çalışmasındaki ciddiyet algısı daha yüksektir (Uelang ve ark., 2006).

Katılımcıların sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar incelendiğinde; güven-yarar algısı oldukça yüksek bulunmuştur. Bireylerin güven ve yarar algısının yüksek olması sağlık davranışına başlama ihtimalinin yüksek olacağını gösterir. Katılımcıların kolorektal kanserden korunmak için uygulanan tarama davranışlarını (GGKT, Kolonoskopi, vb) benimseyeceklerini gösterir. Engel algısının yüksek olması kolorektal kanser taramalarıyla ilgili algılanan içsel ve dışsal engellerin fazla olmasıdır. Birey koruyucu davranışın etkinliğine inanmasına rağmen olumlu sağlık davranışını yapmıyorsa bu durum engellere bağlı olabilir. Engel algısı düşük olan bir bireyin koruyucu davranışı uygulamasının daha fazla olacağı açıktır; yapılan

çalışmada bireylerin engel algısı yüksek bulunmuştur. Engel algısı puanı yüksek olan bireylerin kolorektal kanserden korunmaya yönelik davranışları uygulamadığı ya da uygulamada aksaklıklar olduğu sonucu çıkarılabilir. Duyarlılık algısı puanı yüksek çıkmıştır. Duyarlılık algısını yüksek olması bireylerin kolorektal kansere yakalanma yönünden kendilerini risk altında gördükleri ve kolorektal kanser taramalarının önemine inandıkları olarak yorumlanabilir. Bireylerin sağlık motivasyonu algısının düşük olması bireylerin koruyucu davranışları uygulamada genel niyet ve istek düzeylerinin düşük olduğunu göstermektedir. Çalışmaya katılan bireylerin ciddiyet puanları sağlık motivasyonuna göre daha iyidir.

5.2. BİRİNCİ DERECE AKRABASINA KOLOREKTAL KANSER TANISI KONMUŞ BİREYLERİN SAĞLIK İNANÇLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER NELERDİR?

Bu bölümde sağlık inançlarını etkileyen faktörler alt boyutlarla birlikte tartışılacaktır.

Güven-Yarar algısını etkileyen faktörler

Güven-Yarar algısını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla güven yarar puanı ile sosyo-demografik, fizyolojik özellikler, eyleme geçiriciler ve sağlık davranışlarının ilişkisine bakılmıştır.

Güven yarar puanı ile 23 bağımsız değişkenin ilişkisi incelendiğinde; yaş grubu ve eğitim düzeyi, yakınlık derecesi, kolorektal kanserden korunma bilgisi, korunma yöntemi ve düzenli hekime muayene sıklığı ile ilişkisi bulunmuştur. 18-32 yaş grubundaki katılımcıların güven-yarar algısının 48-62 yaş grubuna göre daha yüksek olması ($p=0,00$) 18-32 yaş grubuna verilecek bir eğitimin etkinliğinin daha yüksek olmasının bekleneceğini açıklamaktadır. İlkokul ve altı eğitim düzeyine sahip bireylerin güven-yarar algısının diğer eğitim gruplarına göre düşük olması ($p=0,00$) eğitim düzeyinin artmasıyla bireylerin koruyucu davranışı sergilemedeki öz etkililiklerinin artacağını açıklamaktadır.

Kolorektal kanserden korunmaya yönelik bilgi alanların güven-yarar algısı puanının bilgi almayanlara göre yüksek olması ($p=0,00$) koruyucu davranışa ve tarama davranışlarını sürdürmede eğitimin önemini göstermiştir.

Beslenmesine dikkat edenlerin, kolonoskopi yaptıranların ve 6-12 ayda bir hekime muayene olanların güven-yarar algısı hiçbir koruyucu önlem uygulamayanlara göre yüksek bulunmuştur ($p=0,00$) Bu sonuç SİM'ni doğrulayan bir sonuç olarak değerlendirilebilir. Modele göre tarama davranışları sergileyen bireylerin güven-yarar algısı düzeylerinin yüksek olması beklenir (Greenwald 2006; Karayurt ve ark. 2008). Koruyucu davranışlara başlamasını ve düzenli hekime muayene olmayı sürdürmesinde etkili olacaktır.

Güven yarar alt boyutunu etkileyen en etkili faktör/faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çoklu regresyon analizi sonuçlarına göre; güven-yarar algısını üzerinde etkili olan faktörler; yaşın genç olması, kolorektal kanserden korunmak için koruyucu davranış sergilemek ve beslenmeye dikkat etme olarak belirlenmiştir.

Jacops ve ark. (2002) çalışmasında bu çalışmanın sonuçlarının tersine ileri yaşın güven-yarar algısını arttırdığını ve bu çalışmanın sonuçlarını destekler nitelikte sigara içmeme, hekime düzenli muayene olma gibi koruyucu davranış sergileme ve beslenmeye dikkat etmenin güven-yarar algısını üzerinde etkili olduğunu bulmuştur.

Duyarlılık algısını etkileyen faktörleri

Duyarlılık puanı ile 23 bağımsız değişkenin ilişkisi incelendiğinde; yaş grubu, ailesinde başka bağırsak kanserli birey olması ve ailesinden birini kanserden kaybetme ile ilişkisi bulunmuştur. 33-47 yaş grubunun duyarlılık puanı 18-32 yaş grubuna göre daha yüksek ($p=0,03$) bulunmuştur. 33-47 yaş grubunun kolorektal kanseri bir risk olarak algılamasının bu yaş grubunun koruyucu davranışlara yönelme oranının daha yüksek olabileceğini düşündürmüştür.

Birinci derece akrabasında kalın bağırsak kanseri olmanın yanında ikinci derece akrabasında da kalın bağırsak kanseri olanların, ailesinde başka kalın bağırsak kanseri olmayanlara göre duyarlılık puanının yüksek olması ($p=0,000$) ailede kolorektal kanserli birey sayısının artmasının kolorektal kansere olan duyarlılığı arttırdığını göstermektedir. Bu durum bireylerin kolorektal kansere yakalanma yönünden kendilerini risk altında gördükleri ve kolorektal kansere yönelik erken tarama programlarının önemine inandıkları şeklinde açıklanabilir. Ailesinde bir bireyi kanserden kaybedenlerin ailesinde kanserden kayıp olmayanlara göre duyarlılık algısının yüksek ($p=0,000$) olduğu bulunmuştur bu durumun nedeninin ise bireylerin

deneyimlerinden elde ettikleri öğretiler olduğu düşünülmektedir (Green 2004; Kılıç ve ark. 2009).

Duyarlılık alt boyutunu etkileyen en etkili faktör/faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çoklu regresyon analizinde; bir akrabasını kanserden kaybetmek duyarlılık algısını doğrudan etkileyen faktör olarak bulunmuş ancak ileri analizde istatistiksel olarak anlamlılık bulunamamıştır.

Engel algısını etkileyen faktörleri

Engel puanı ile 23 bağımsız değişkenin ilişkisi incelendiğinde; yaş grupları, medeni durum ve eğitim durumu, bireylerin ailesindeki hastaya yakınlık derecesi, ailesinde başka kolorektal kanserli birey olması ve kolorektal kanserden korunma bilgisi ile ilişkisi bulunmuştur.

18-32 yaş grubunun engel puanının diğer gruplardan anlamlı olarak daha düşük ($p=0,00$) olması ve 33-47 yaş grubunun engel puanının 63 yaş ve üstünden anlamlı olarak düşük ($p=0,00$) olması genç ve eğitim düzeyi daha yüksek olan grubun kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık davranışına başlama ihtimalinin daha yüksek olacağını göstermektedir (Berkowitz ve ark., 2008; Karayurt ve ark., 2008).

Evlilerin engel puanının yüksek olması ($p=0,00$); evli bireylerin, yaşamsal şartlar, artmış sorumluluklar ve azalmış zaman engelleri nedeniyle tarama programlarına katılmada isteksiz olmaları ile açıklanabilir (Green, 2004).

İlkokul ve altı eğitim düzeyine sahip bireylerin engel puanlarının diğer eğitim gruplarına göre daha yüksek ($p=0,00$) olması; eğitim düzeyinin artmasıyla kolorektal kanserden korunmaya yönelik davranışların artacağı ve kolorektal kanser tarama programlarına katılımın artacağı şeklinde açıklanabilir (Jacobs, 2002).

Anne ve babası kolorektal kanser hastası olanların engel puanı çocuğu hasta olanların engel puanına göre anlamlı olarak yüksektir ($p=0,00$). Bu durum anne ve babası hasta olanların kendilerini korunma ve tarama davranışlarını yerine getirmede daha engellenmiş hissettiklerini göstermektedir. Kolorektal kanserle ilgili bilgi alanların engel puanı bilgi almayanlara göre anlamlı olarak düşük ($p=0,00$) bulunmuştur. Bireylerin sağlık ve hastalıklara ilişkin bilgi düzeyleri, koruyucu davranışların yaşam süresine ve kalitesine olan etkilerini kavramaları ve olumlu sağlık algıları ile öz sağlık sorumluluğu davranışın oluşmasını sağlayacak ve engelleri azaltmaktadır. Başka bir

deyişle; bireylerin hastalık ve hastalıktan korunma bilgisini almaları kendi engellerini ortadan kaldırmalarını sağlayacaktır (Gerçek ve ark., 2008).

Engel alt boyutunu etkileyen en etkili faktör/faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çoklu regresyon analizi sonuçlarına göre; engel algısını yükselten faktörler; yaşın artması, evli olmak, tanı süresinin azalması, ailedeki hastanın kemoterapi görmesi, ailedeki bağırsak kanserli bireyle yakınlık derecesinin azalması, bireylerin engel algılarını doğrudan etkileyen değişkenler olarak bulunmuştur.

Sağlık Motivasyonu algısını etkileyen faktörler

Sağlık motivasyonu puanı ile 23 bağımsız değişkenin ilişkisi incelendiğinde; yaş grubu, eğitim düzeyi, ameliyat durumu, kolorektal kanserden korunma bilgisi, korunma yöntemleri, düzenli hekime muayene olma ile ilişkisi bulunmuştur. Sağlık motivasyon algısı; 18-32 yaş grubunda, 33-47 yaş grubuna göre ($p=0,00$), ortaöğretim ve üniversite mezunlarında ilkökul mezunlarına göre ($p=0,00$) ve hastası ameliyat olanlarda olmayanlara göre ($p=0,04$) yüksek bulunmuştur. Ayrıca, kolorektal kanserden korunmaya yönelik bilgi alanların sağlık motivasyonu puanları bilgi almayanlara göre ($p=0,00$), beslenmesine dikkat edenlerin sağlık motivasyonu puanı hiçbir koruyucu davranış göstermeyen bireylere göre ($p=0,00$), 6-12 ayda bir düzenli hekime muayene olanların sağlık motivasyonu puanını sadece hastalanınca muayene olanlara göre ($p=0,00$) bulunmuştur.

Sağlık motivasyonu alt boyutunu etkileyen en etkili faktör/faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çoklu regresyon analizi sonuçlarına göre; sağlık motivasyonu algısını yükselten faktörler; aileden birini kanserden kaybetmek, kanserden korunmak için davranış sergilemek, düzenli hekim muayenesi, sağlıklı beslenmenin artması olarak belirlenmiştir.

Sağlık inanç modeli, bireyin koruyucu davranışa sahip olması ve sürdürmesinde “Sağlık motivasyonu algısının” yüksek olması üzerinde durur. Bu durumda birey koruyucu davranışı sergilemese bile bu konuda yapılacak eğitimlerle kolayca istenen davranışa sahip olabilecek ve sürdürebilecektir (Finfgeld ve ark. 2003; Greenwald 2006).

Ciddiyet algısını etkileyen faktörler

Ciddiyet puanı ile 23 bağımsız değişkenin ilişkisi incelendiğinde; yaş grubu, medeni durum, eğitim düzeyi, ailede başka kanser hastası olma durumu, kolorektal kanser hakkında bilgi alma ile ilişkisi bulunmuştur. 18-32 yaş grubunun ciddiyet algısı puanı 33-47 yaş grubundan daha düşüktür ($p=0,00$). Bu sonuç, kolorektal kanserin bir ileri yaş hastalığı olarak bilinmesi ve 18-32 yaş grubunun hastalığa yakalanmada erken yaşta olduğunu düşünmeleri şeklinde açıklanabilir (Coups ve ark., 2007).

Evlilerin ciddiyet algısı puanı anlamlı olarak yüksek ($p=0,000$) bulunmuştur; bu durum evli bireylerin bu hastalığı ve hastalığın sonuçlarını kendileri, aileleri ve sevdikleri için ciddi bir yaşamsal tehdit olarak algılamaları ile açıklanabilir (Jacobs 2002; Özsoy ve ark., 2007).

Ciddiyet alt boyutunu etkileyen en etkili faktör/faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çoklu regresyon analizi sonuçlarına göre; ciddiyet algısını yükselten faktörler; eğitim düzeyinin azalması, ailesindeki hastanın kemoterapi alması, başka kanserli bir yakınının olmaması (varsa da yakınlık derecesinin azalması), sağlıklı beslenme davranışının artması olarak belirlenmiştir.

Araştırma grubuna alınan bireylerin sağlık inançları üzerinde etkili olan değişkenler bir bütün olarak değerlendirildiğinde; beslenmeye dikkat etmek düzenli hekime muayene olmak, koruyucu davranış sergilemek gibi davranışlara sahip olanların sağlık inanç düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca genç yaş grubunda olmak, evli olmak, kanser nedeniyle yakınına kaybetmek, yakınının tanı süresinin uzaması ve kemoterapi görmesi gibi faktörlerin de etkili olduğu belirlenmiştir

Çalışmanın Sınırlılıkları

- Bu çalışma sadece; İstanbul'da bir üniversitenin hastahanelerine belirli bir sürede başvuran sınırlı sayıda hasta yakınına kapsamaktadır.
- Bu çalışmada veri toplama aracı olarak kullanılan KKSİM ölçeğinin bazı maddelerinin güvenilirliği düşük bulunmuştur. Bu aracı kullanmayı düşünen araştırmacıların bu maddeleri tekrar değerlendirmesi önerilir.

Çalışmanın Güçlü Yönleri

Bu çalışmanın güçlü yönleri olarak:

- Bu konuda Türkiye'de ilk yapılan çalışma olması,

- Verilerin analizinde ileri istatistik testlerden Çoklu regresyon analizinin kullanılması ve kurulan beş regresyon modelinden dördünün toplam varyansı açıklama yüzdelerinin yüksek olması belirtilebilir

Çalışmanın Hemşirelik Uygulamasına Katkısı

Bu çalışma; hemşirelik alanında çok kullanılan SİM 'ne göre geliştirilen geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı ile toplanan ve ileri istatistik yöntemi ile değerlendirilen verileri sunması ve Türkiye'de ilk kez yapılan bir çalışma olması açısından hemşirelik literatürüne katkı sağlayan bir çalışma olarak değerlendirilebilir.

Çalışma sonuçları; kolorektal kanser açısından genetik riski bulunan bireylere yönelik farkındalık yaratma, tarama davranışları geliştirme programları planlamada hemşirelere yol gösterici olacaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kolorektal kanser tanısı konmuş bireylerin birinci derece akrabalarının hastalıkla ilgili sağlık inançlarını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanan bu çalışmanın sonuçları;

Kolorektal kanser açısından genetik riski bulunan bireylerin;

- Kolonoskopi yaptırma, gaitada gizli kan baktırma ve hekime muayene olma tarama davranışlarının yetersiz olduğunu,
- Güven-yarar, engel, duyarlılık algısı puanlarının yüksek olduğu,
- Sağlık motivasyonu ve ciddiyet algısının düşük olduğu,
- Güven-yarar algısı üzerinde etkili olan faktörlerin; yaşın genç olması, kolorektal kanserden korunmak için koruyucu davranış sergilemek ve beslenmeye dikkat etmenin olduğu,
- Duyarlılık alt boyutunu etkileyen en etkili faktör/faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çoklu regresyon analizinde; bir akrabasını kanserden kaybetmek duyarlılık algısını doğrudan etkileyen faktör olarak bulunmuş ancak ileri analizde istatistiksel olarak anlamlılık bulunmadığı,
- Engel algısını yükselten faktörlerin; yaşın artması, evli olmak, tanı süresinin azalması, ailedeki hastanın kemoterapi görmesi, ailedeki bağırsak kanserli bireyle yakınlık derecesinin azalması olduğu,
- Sağlık motivasyonu algısını yükselten faktörlerin; aileden birini kanserden kaybetmek, kanserden korunmak için davranış sergilemek, düzenli hekim muayenesi, sağlıklı beslenmenin artması olduğu,
- Ciddiyet algısını yükselten faktörlerin; eğitim düzeyinin azalması, ailesindeki hastanın kemoterapi alması, sağlıklı beslenme davranışının artması olduğu bulunmuştur

Çalışma sonuçlarına göre öneriler;

- Çalışma sonucunda bulunan ve sağlık inançları üzerinde etkili olan değişkenlerin; kolorektal kanser açısından genetik riski bulunan bireylere yönelik farkındalık yaratma, tarama

davranışları geliştirme programları planlamada göz önüne alınması,

- Hastanelerin ayaktan kemoterapi ünitesi ve onkoloji polikliniğinde çalışan hemşirelerin de, hastaların aile üyelerine kolorektal kanserden korunma, erken tanı ve tarama programlarına yönelik eğitimler yapması önerilir.

KAYNAKLAR

Alemdaroğlu, K. (1998). Kolorektal Kanserlerde Etyoloji, Patogenez ve Patoloji. Topuz, E., Aykan, F. (Ed), Sindirim Sistemi Kanserleri Biyoloji, Patoloji, Tanı, Tedavi. İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Yayınları: 05. A4 Ofset Matbaacılık San. Ve Tic. Ltd. Şti., İstanbul, 392-397.

Alıcı, S., İzmirli M., Doğan E. (2006). Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'na başvuran kanser hastalarının epidemiyolojik değerlendirilmesi. Türk Onkoloji Dergisi, 21(2): 87-97.

Altuğ, E., ve ark. (2002). Kolo-rektal Kanserlerin Erken Teşhisinde Kullanılan Tarama Testlerine Doktorların Yaklaşımı. Güncel Gastroenteroloji, 6/1, 25-28, Ankara.

Akarsu, M., Şimşek, İ. (2004). Kolorektal Kanser İçin Tarama. Türkiye Klinikleri Cerrahi Dergisi. 9(1): 28-35.

Akhtar, S., Sinha, S., McKenzie, S., Sagar, P. M., Finan, P. J., Burke, D. (2007). Awareness of Risk Factors Amongst First Degree Relative Patients With Colorectal Cancer. Colorectal Disease. U.K.

American Cancer Society (ACS) (2007). Global Cancer Facts and Figures. www.cancer.org/downloads/STT/Global_Cancer_Facts_and_Figures_2007_rev.pdf (10.09.2008).

Ersoy, Ö., Akbayır N. (2009). Kolonun Malign Tümörleri. Gastroenteroloji El Kitabı, 2. basım, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, 381-385, <http://www.hiperkitap.com/ekitap/show.jsp?init=true&bookId=BOOK2009040918582618885707&pageNo=381>.

Aykan, N.F. (2000). Kolorektal Kanser. Topuz, E., Aydınar, A., Karadeniz, A.N. (Ed) Klinik Onkoloji. İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Yayınları: 06. Tunç Matbaası, İstanbul, 90-93.

Berkowitz, Z., Hawkins, N., Peipins, L. A., White, C. M., Nadel M. R. (2008). Beliefs, Risk Perceptions, and Gaps in Knowledge as Barriers to Colorectal Cancer

Screening in Older Adults. *Journal Of American Geriatrics Society*. Volume:56, No:2, 307-314. Georgia.

Beeker, C., et all. (2000). Colorectal Cancer Screening In Older Men And Women: Qualitative Research Findings And Implications For Intervention. *Journal of Community Health* Volume: 25, No:3, 263-278.

Birleşik Krallık Kanser Araştırma Vakfı (BKKAV) (2005). Bağırsak Kanseri Taraması:Gerçekler,1-7. <http://www.cancerscreening.nhs.uk/bowel/publications/the-facts-turkish.pdf> (Erişim Tarihi: 06.03.2010).

Boardman, L. A. (2007). Colorectal Cncer Risks in Relatives of Young-Onset Cases: Is Risk the Same Across All First Degree Relatives? *Clin Gastroenterol Hepatol Journal*. Volume: 5(10): 1195-1198. USA. (PMC 2008)

Colorectal Cancer. (2008). Centers for Disease Control and Prevention (CDC). www.cdc.gov/cancer/colorectal/ (10.09.2008).

Colorectal Cancer Basic Information. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) http://www.cdc.gov/cancer/colorectal/basic_info/index.htm (06.03.2009).

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

Coups E.J., Manne S.L., Meropol N.J., Weinberg D.S. (2007). Multiple Behavioral Risk Factors For Colorectal Cancer and Colorectal Cancer Screening Status. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.*, 16(3): 510-516.

Çenesiz, E., Atak, N. (2007). Türkiye'de Sağlık İnanç Modeli ile Yapılmış Araştırmaların Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*: 6(6), Ankara, 427-434.

Davila, R.E., Rajan, E., Baron, T. H. (2006). ASGE guideline: colorectal cancer screening and surveillance *Gastrointestinal Endoscopy Journal*. Volume 63, No 4: 546-557.

Dinçer, M. (2000). Kanserden Korunma. Topuz, E., Aydın, A., Karadeniz, A.N. (Ed), *Klinik Onkoloji*. İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Yayınları: 06. Tunç Matbaası, İstanbul, 59-65.

Dizdaroğlu F. (1998). Kolorektal Kanserlerde Etyoloji, Patogenez ve Patoloji. Topuz, E., Aykan, F. (Ed) Sindirim Sistemi Kanseri Biyoloji, Patoloji, Tanı, Tedavi. İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Yayınları: 05. A4 Ofset Matbaacılık San. Ve Tic. Ltd. Şti., İstanbul, 373-391.

Dinçer, S. T. (2009). Kolon Kanseri ve Rektal Kanseri. B. Dönmez (Ed). Harrison Onkoloji El Kitabı. Nobel Tıp Kitabevleri; 423-433.

Erkişi, M. K., (2006). Kanseri taraması, Erken tanı ve tümör belirleyicilerinin yeri. 5. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi Konuşma Metinleri. <http://www.tihud.org.tr/uploads/content/kongre/5/5.55.pdf> (Erişim Tarihi: 10.04.10).

Erol, Ç. (2008). Kanserden Korunma ve Kanseri Taraması. İç Hastalıkları. Medikal ve Nobel Tıp Kitabevleri. Ankara, 241-247.

Finfgeld, D.L., Wongvatunyu, S., Conn, V.S., Grando, V.T., Russel, C.L. (2003). Health Belief Model and Reversal Theory: A Comparative Analysis. Journal of Advanced Nursing, 43(3): 288-297.

Gençtürk, N., (2004). Meme Kanseri Hastalarının Birinci Derece Akrabalarının Bilgi Arama Davranışlarının Değerlendirilmesi ve Bilgi Gereksinimlerinin Giderilmesinde Eğitimin Etkinliği. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul.

Gerçek, S., Duran, Ö., Yıldırım, G., Karayel, H., Demirliçakmak, H. (2008). Kredi Yurtlar Kurumunda Kalan Kız Öğrencilerin Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi, Sağlık İnançları ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Meme Sağlığı Dergisi, 4(3): 157-161.

Glanz, K., Steffen, A.D., Tagliabue, L. A. (2007). Effects of Colon Cancer Risk Counseling for First- Degree Relatives. Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention. volume: 16(7). U.S.A.

Green, P.M., Kelly, B.A. (2004). Colorectal Cancer Knowledge, Perceptions and Behaviors in African Americans. Cancer Nursing, 27(3):206-215.

Greenwald, B. (2006). Promoting Community Awareness of the Need for Colorectal Cancer Screening: A Pilot Study. Cancer Nursing, 29(2): 134-141.

Göral, V. (2002). Kolorektal Kanser Taramasında Algoritma. *Güncel Gastroenteroloji*, 6(2): 103-109.

Gönen, Ö., (2004). Kolorektal Kanser Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Cerrahi Dergisi*, 9(1), 11-14.

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

Gürbüz, M., Tez Yöneticisi: Kabukçuoğlu, F. (2008). Kolorektal Karsinomlarda P16 Ekspresyonu Ve Prognostik Parametrelerle Karşılaştırılması. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Bölümü Uzmanlık Tezi. (15.03.2010)

Huxley, R. R., Moghaddam, A. A., Clifton, P., Czernichow, S., Parr, C. L. (2009). The impact of dietary and lifestyle factors on risk of colorectal cancer: A quantitative overview of the epidemiological evidence. *Int. J. Cancer*. Volume: 125, 171-180.

Jacobs, L. (2002). Health beliefs of first degree relatives of individuals with colorectal cancer and participation in health maintenance visits: a population-based survey. *Cancer Nursing*, 25(4):251-265.

Kampman E. (2007). A First Degree Relative With Colorectal Cancer: What Are We Missing? *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.*, 16(1): 1-3.

Karahasanoğlu, T. (2001). Kolorektal Kanseler: Tanı ve Cerrahi Tedavi. *Gastrointestinal Sistem Hastalıkları Sempozyumu Kitabı*. İstanbul, 271-279.

Karayurt, Ö., Coşkun, A., Cerit, K., (2008). Hemşirelerin Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesine İlişkin İnançları ve Uygulama Durumu. *Meme Sağlığı Dergisi*. 4(1): 15-20.

Kaya, S., Tez Yöneticisi: Prof.Dr.Mustafa Yaylacı. (2008). Kolorektal Kanserli Hastalarda Survivin Ekspresyonunun Sağkalım Ve Histopatolojik Değişkenlerle İlişkisi. *Kartal Dr.Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2.İç Hastalıkları Kliniği*. Uzmanlık Tezi, (15.03.2010)

- Kılıç, D., Sağlam, R., Kara, Ö. (2009). Üniversite Öğrencilerinde Meme Kanseri Farkındalığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*. 5(4): 195-199.
- Kune, G. (2007a). Commentary: Aspirin and Cancer Prevention. *International Journal of Epidemiology*, 36: 957-959.
- Kune, G., Kune S., Watson L.F. (2007b). Colorectal Cancer Risk, Chronic Illnesses, Operations and Medications: Case-Control Results From the Melbourne Colorectal Cancer Study. *International Journal of Epidemiology*, 36: 951-957.
- Lieberman, D. (2009). Kolon Kanseri Tarama ve İzleme Tartışmaları. Çeviren: M. D. Onuk, *Current Opinion in Gastroenterology*, 2(5): 265-272.
- Mahon, S. M., (2009.) Prevention And Screening Of Gastrointestinal Cancers. *Seminars in Oncology Nursing*, Vol 25, No: 1: 15-31.
- Menges M., Gärtner B., Georg T., Fischinger J., Zeitz M. (2006). Cost- Benefit Analysis of Screening Colonoscopy in 40- to 50- Year-old First Degree Relatives of Patients With Colorectal Cancer. *Int J Colorectal Disease*, 21: 596-601.
- Menteş, B.B., Leventoğlu, S. (2004). Kolorektal Kanserlerin Klinik Özellikleri. *Türkiye Klinikleri Cerrahi Dergisi*. 9(1): 36-38.
- Merey, S., (2007). Kadınlarda Meme Kanseri Tarama Davranışları. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisan Tezi, İstanbul.
- Murff J.H., Peterson, N.B., Greevy, R.A., Shrubsole, M.J., Zheng, W. (2007). Early Initiation of Colorectal Cancer Screening in Individulas with Affected First-Degree Relatives. *Society of General Internal Medicine*. Volume: 22 121-126. USA.
- Nahcivan, N., Seçginli, S. (2003). Meme Kanserinde Erken Tanıya Yönelik Tutum ve Davranışlar: Bir Rehber Olarak Sağlık İnanç Modelinin Kullanımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 7(1), 33–38.
- Özsoy, S., Ardahan, M., Özmen, D. (2007). Reliability and Validity of the Colorectal Cancer Screening Belief Scale in Turkey. *Cancer Nursing*, 30(2): 139–145.

Palmer, C.R., Emmons, K. M., Fletcher, R.H., Lobb, R., Miroshnik, İ., Kemp A.J., Bauer, M. (2007). Familial risk and colorectal cancer screening health beliefs and attitudes in an insured population. *Preventive Medicine* 45, 336–341.

Parlak, C., (2009). *Kolorektal Kanser*. Bethesda Onkoloji El Kitabı. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 107-121.

Poss, E. J. (2001). Developing A New Model for Cross-Cultural Research: Synthesizing the Health Belief Model and the Theory of Reasoned Action. *Advances in Nursing Science*, 23(4):1-15.

Price, S. A. (2002). Primary and Secondary Prevention of Colorectal Cancer. *Gastroenterology Nursing*, 26(2): 73-81.

Rabin C., Pinto B. (2006). Cancer- Related Beliefs and Health Behaviour Change Among Breast Cancer Survivors and Their First- Degree Relatives. *Psycho-Oncology*, 15: 701-712.

Rawl, M.S., Menon, U., Champion V.L., Foster J.L., Skinner C.S. (2000). Colorectal Cancer Screening Beliefs Focus Groups With First-Degree Relatives. *Cancer Practice*, 8(1): 32-37.

Rawl M, S., Champion V.L., Scott L.L., Zhou H., Monahan P., Ding Y., Loehrer P., Skinner C.S. (2008). A Randomized Trial of Two Print Interventions to Increase Colon Cancer Screening Among First-Degree Relatives. *Patient Education and Counseling*, 71: 215-227.

Rees G., Martin P.R., Macrae F.A. (2008). Screening Participation in Individuals with A Family History of Colorectal Cancer: A Review. *European Journal of Cancer Care*, 17: 221-232.

Roden, J. (2004). Revisiting the Health Belief Model: Nurses Applying It to Young Families and Their Health Promotion Needs. *Nursing and Health Sciences*, 6: 1-10.

Rubin, D. T., et all. (2009). Do Colorectal Cancer Patients Understand That Their Family Is at Risk? *Dig Dis Sci*: 54, 2473-2483. SPRINGER

Sessa, A., Abbate, R., Di Giuseppe,G., Marinelli, P., Angelillo, F. I. (2008). Knowledge, attitudes, and preventive practices about colorectal cancer among adults

in an area of Southern Italy. BMC Cancer. 8:171. www.biomedcentral.com/1471-2407/8/171, Italy.

Stephens J.H., Moore W.E. (2007). Can Targeted Intervention in Colorectal Cancer Patients' Relatives Influence Screening Behaviour? A Pilot Study. Colorectal Disease, 10: 179-186.

T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserele Savaş Daire Başkanlığı (KSDB) (2009). Kolorektal Kansere Taraması Ulusal Standartları, Ankara, 1-4.

www.kanser.gov.tr/folders/file/mevzuat/kolokteral_kanser_taramasi.pdf(Erişim Tarihi: 23. 03.2010).

Terzi, C., ve ark. (2000). Kolorektal Kansere Cerrahisi Yaşlı Hastalarda Güvenlidir. Geriatri. Cilt: 3, Sayı:2, Sayfa: 51-55.

Tuncer, M. A. (Ed). (2007). Kansere Ülkemiz ve Dünyada Önemi, Hastalık Yükü ve Kansere Kontrol Politikaları. Türkiye'de Kansere Kontrolü Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserele Savaş Daire Başkanlığı Yayınları. Yayın No:707: 5-9.

Tuncer, M. A. (Ed). (2009). Ulusal Kansere Kontrol Programı. Ulusal Kansere Programı 2009-2015. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserele Savaş Daire Başkanlığı Yayınları, Yayın No: 760: 9-108,

http://ukdk.org/pdf/Ulusal%20Kansere%20Kontrol%20Prog_Kitabi.pdf(Erişim Tarihi: 30.01.2010).

Türk Kansere Araştırma ve Savaş Kurumu Derneği(TKASKD). Dünyada Kansere İstatistikleri.http://turkkanser.org.tr/newsfiles/61dunya_kanser_istatistikleri.pdf (Erişim Tarihi: 23.01.2010).

Yarbrough, S.S., Braden, C.J. (2001) Utility of Health Belief Model as a Guide for Explaining or Predicting Breast Cancer Screening Behaviours. Journal of Advanced Nursing, 33(5):677-688.

Yardım, N., Mollahaliloğlu, S. (2007) M. A. Tuncer(Ed.), Türkiye'de Kansere Durumu ve Uluslararası Göstergelerle Uyumun Değerlendirmesi. Türkiye'de Kansere Kontrolü Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserele Savaş Daire Başkanlığı Yayınları. Yayın No:707: 113-130.

Yıldız, M. K. Tez Yöneticisi: Karagöl, H. (2008) Evre I-III Kolon Kanserinde Prognostik Faktörlerin Araştırılması. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, (15.03.2010)

FORMLAR

EK-1: Tanıtıcı Özellikler Formu

HASTA YAKINLARININ TANITICI ÖZELLİKLERİ FORMU

Değerli Hasta Yakını;

Bu çalışma, ailesinde bağırsak kanseri olan bireylerin kalın bağırsak (kolon ve rektum) kanseri hakkındaki bilgi ve inançlarını belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bu çalışma sonuçlarına göre sizlerin kolorektal kanserden korunmaya yönelik bilgi, tutum ve davranışlarınızı geliştirmeye yönelik eğitim programları geliştirilecektir. Bu formu doldurmanız yaklaşık 15 dakika alacaktır. Lütfen size en yakın olan seçeneği X işareti koyarak işaretleyiniz. Soruları boş bırakmamaya özen gösteriniz. Vereceğiniz cevaplar gizli tutulacaktır. İsim belirtmenize gerek yoktur. Zaman ayırdığımız için teşekkür ederim.

Şerife Nar

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Onkoloji Hemşiresi

Uygulanan Klinik/Tarih:

1. Yaş: (lütfen yazınız).....

2. Cinsiyet

a) Kadın ()

b) Erkek ()

3. Medeni Durum:

a) Evli ()

b) Bekâr ()

4. Eğitim durumunuz nedir?

a) Okur- yazar ()

b) İlkokul mezunu ()

c) Ortaokul mezunu ()

d) Lise mezunu ()

e) Üniversite ve daha üst düzey

5. Şu an yaşadığınız yer:

a) Büyük şehir ()

b) Şehir merkezi ()

c) İlçe ()

d) Köy ()

6. Şuan yaşadığınız yerde kaç yıldır yaşıyorsunuz?(.....)
7. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
- Çok iyi ()
 - İyi ()
 - Kötü ()
 - Çok kötü ()
8. Sağlık güvenceniz nedir?
- SSK ()
 - Bağ – Kur ()
 - Emekli Sandığı ()
 - Memur ()
 - Yeşil Kart ()
 - Sağlık Güvencem Yok ()
9. Hastanızın yaşı ve tanısı nedir?
- Kalın bağırsak (kolon) kanseri ()
 - Anüs (rektum) kanseri ()
 - Bilmiyorum ()
10. Ailenizdeki bağırsak (kolon/rektum) kanserli hastaya yakınlık dereceniz:
- Annesiyim ()
 - Babasıyım ()
 - Kardeşiyim ()
 - Çocuğuyum ()
11. Hastanıza bağırsak kanseri tanısı konulduğundan bu yana ne kadar zaman geçti?(.....)
12. Hastanız bağırsak kanseri ile ilgili hangi tedavileri gördü?
- Ameliyat oldu. ()
 - İlaç tedavisi (Kemoterapi) gördü. ()
 - Işın tedavisi (Radyoterapi) gördü. ()
13. Hastanızın stoması/kolostomisi var mı?
- Evet ()
 - Hayır ()
14. Ailenizde başka kalın bağırsak (kolon/rektum) kanseri olan birisi var mı?
- Yok ()
 - 1.derecede akrabamda var. () (belirtiniz.....)
 - 2.derecede akrabamda var. () (belirtiniz.....)
15. Ailenizde başka kanserli hasta var mı?
- Yok ()
 - 1.derecede akrabamda var. () (belirtiniz.....)

c) 2.derecede akrabamda var. () (belirtiniz.....)

16. Ailenizde birisini kanserden kaybettiğiniz oldu mu?

- a) Evet ()
b) Hayır ()

17. Bağırsak kanserinden nasıl korunulacağı ile ilgili bilginiz var mı?

- a) Evet ()
b) Hayır ()

(Cevabınız “Evet” ise bu bilgiyi nereden aldınız?

- a) Doktordan
b) Yazılı basından
c) Televizyondan
d) İnternette
e) Eğitim aldım
f) Diğer) (belirtiniz.....)

Bağırsak kanserinden korunma ile ilgili neler yapıyorsunuz belirtiniz. (.....)

18. Sigara içiyor musunuz?

- a) Evet ()
b) Hayır, hiç içmedim. ()
c) İçiyordum, bıraktım. ()

(Cevabınız “Hayır” ise 22. soruya geçiniz.)

19. Sigaraya başladığınız yaş:

20. Sigara içtiğiniz toplam yıl sayısı:

21. Sigara içiyorsanız günde kaç paket sigara içiyorsunuz?

- a) Günde bir paketten az ()
b) Günde bir paket ()
c) Günde bir paketten fazla ()
d) Günde iki paketten fazla ()

22. Alkol kullanıyor musunuz?

- a) Evet ()
b) Hayır, hiç kullanmadım. ()
c) Kullanıyordum, bıraktım. ()

23. Ne kadar sıklıkla doktora muayene oluyorsunuz?

- a) 6 ayda birden sık ()
b) 6–12 ayda bir ()
c) 1–2 yılda bir ()
d) 2 yılda birden az ()
e) Hiç muayene olmadım ()

24. Aşağıda beslenmenizi değerlendiren sorular yer almaktadır. Lütfen size en uygun seçeneği işaretleyiniz.

	Her Zaman	Sık sık	Bazen	Arada Sırada	Hiçbir Zaman
a. Taze sebze, meyve ve tam tahıllı ekmek yerim .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.					
c. Hayvansal yağ ve kırmızı et (koyun ya da dana eti), yağlı peynir, kızartma ve yumurta yerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Hamburger, pizza, kebab, lahmacun, döner, vb. gibi hazır yiyecekler yerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK-2: Kolorektal Kansere Sağlık İnanç Modeli Ölçeği(KKSİM)

KOLOREKTAL KANSER SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ

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

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Orta derecede Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1- Sağlık sorunlarımı erken saptamak isterim.				
2- Sağlığımı sürdürme benim için son derece önemlidir.				
3- Gerekirse, bağırsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırma konusunda kendime güvenirim.				
4-Bağırsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırmak, kanseri erken dönemde yakalama fırsatı verir.				
5- Sağlıklı olmak için yeni bilgiler araştırırım.				
6- Bağırsak kanseri olursam, düzenli kontrolleri sürdürebilirim.				
7- Sağlıklı olmak için yapılacakların önemini biliyorum.				
8-Bağırsak alışkanlığımdaki (boşaltımındaki) normal ve anormal değişiklikleri fark edebilirim.				
9-Bağırsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırırsam, bağırsak kanserinden ölme olasılığım azalır.				
10-Bağırsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırırsam, bağırsak kanseri geliştiğinde büyük ve biçimsiz ameliyat (kolostomi) olma olasılığım azalacak.				
11- Düzenli kontrol yaptırırsam, bağırsak kanserini erken saptarım.				
12- Gelecekte büyük olasılıkla bağırsak kanseri olacağım.				
13- Gelecekte bağırsak kanseri olacağımı hissediyorum.				
14- Gelecek on yıl içinde bağırsak kanseri olma olasılığım var.				
15- Bağırsak kanseri olma olasılığım yüksek.				
16- Benim bağırsak kanseri olma olasılığım herkesten daha yüksek.				
17- Bağırsak kanseri olursam eşimle ilişkilerim bozulur.				

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Orta derecede Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
18- Bağırsak kanseri hakkında konuşmaktan rahatsız olurum.					
19-Bağırsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırsaydım, bağırsak kanseri hakkında fazla endişelenmeyecektim.					
20-Bağırsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırma beni utandırır.					
21- Bağırsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırma bağırsak kanseri hakkında beni endişelendirir.					
22-Bağırsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırma çok zaman alır.					
23- Bağırsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırmak hoş değildir.					
24- Dengeli beslenirim.					
25- Haftada en az üç kez egzersiz (spor) yaparım.					
26- Bağırsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırma ileride kansere dönüşebilecek oluşumların (polip, kronik kabızlık vs.) erken tanısında bana yardımcı olur.					
27-Hasta olmasam da düzenli kontrollerimi yaptırırım.					
28- Bağırsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırma çok pahalıya mal olur.					
29- Bağırsak kanseri olma düşüncesi beni korkutur.					
30-Bağırsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol (check-up) yaptırsaydım, kendimi iyi hissedecektim.					
31- Bağırsak kanseri olabileceğimi düşündüğümde kalbim daha hızlı çarpar.					
32- Bağırsak kanseri olursam, tüm yaşamım değişecektir.					
33- Bağırsak kanseri olursam, 5 yıldan fazla yaşayamam.					

ETİK KURUL KARARI

EK-3: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Etik Kurul Onay Formu



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI



Sayı : 2231
Konu :

İstanbul / /

I.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
Müdürlüğüne

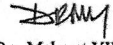
18 Mart 2009

İLGİ: 19.02.2009 tarihli, 412 sayılı yazınıza:

Okulunuz Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim üyesi Yard.Doç.Dr. M. NİHAL ESİN'nin danışmanlığında yüksek lisans eğitimine devam eden Şerife NAR'ın yürüteceği " Kolorektal Kanserli Hastaların Birinci Derece Akrabalarının Hastalıkla İlgili İnançları" konulu yüksek lisans tezi hakkında ilgi yazınız ve ekleri 03 Mart 2009 tarihinde toplanan Fakültemiz Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup, etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

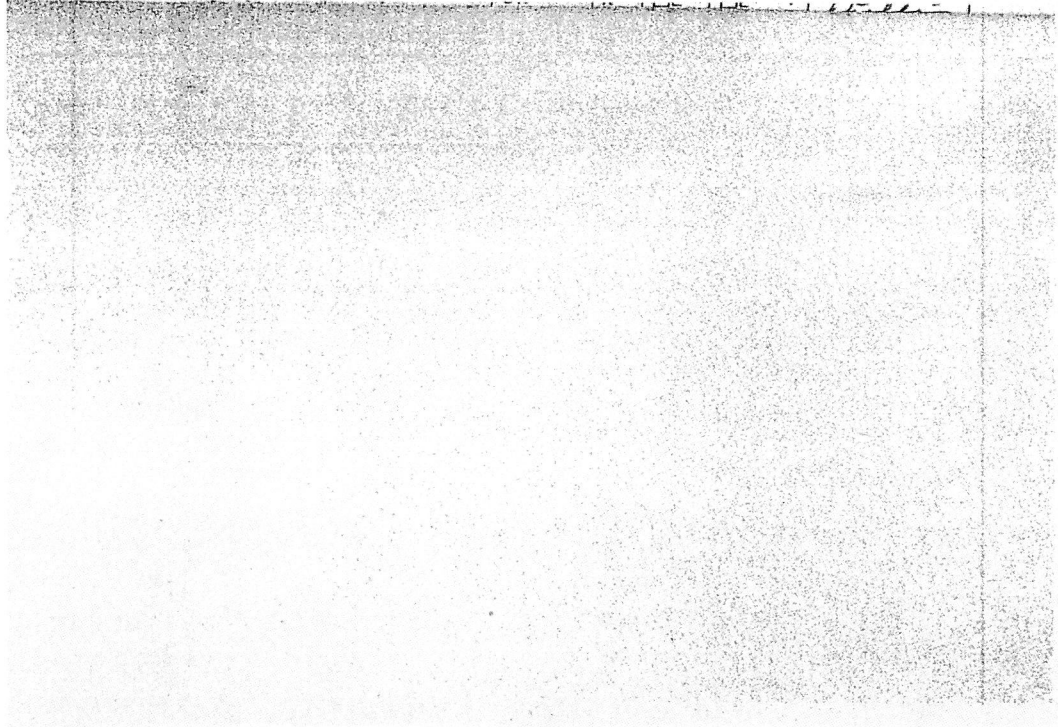
Bilgilerinizi durumun adı geçen anabilim dalı başkanlığına bildirilmesini saygılarımla rica ederim.

EKİ:
1 dosya


Prof.Dr. Mehmet YILDIRIM
Dekan Yardımcısı ve Etik
Kurul Başkanı

G.Soydaner
Mart 2009 S.SİPAHIOĞLU

Not: Yanıtlarda yazınızın gün sayısını belirtmesi rica olunur.Tel(0212)4143000



T.C. İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Tıbbi, Cerrahi ve İlaç Araştırmaları Etik Kurulu Tez Başvurusu Onayı

Başvuru Bilgileri

Tanımlayıcı Bilgiler:	
Tez yürütücüsü (Unvan/ Ad)	Şerife NAR
Tez danışmanı (Unvan/ Ad)	Yard. Doç. Dr. M. Nihal ESİN
Kurumu/ Anabilim/ Bilim Dalı	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Tezin Adı	Kolorektal Kanseri Hastaların Birinci Derece Akrabalarının Hastalıkla İlgili İnançları
Tezin niteliği	<input type="checkbox"/> Uzmanlık <input type="checkbox"/> Doktora <input checked="" type="checkbox"/> Yüksek lisans
Araştırmanın niteliği	<input type="checkbox"/> İlaç araştırması <input checked="" type="checkbox"/> İlaç dışı araştırma

Karar Bilgileri Karar No: B-19 Tarih: 03.03.2009

İ.Ü.Florance Nittingale Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yard.Doç.Dr.M.Nihal Esin'in danışmanlığında ve Yüksek Lisans Öğrencisi Şerife Nar'ın yürütücülüğünde yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen tez çalışması önemi ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılan öğretim üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.

Etik Kurul Üyeleri

Unvanı / Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	E/K	İlişki*	Katılım**	İmza
Prof. Dr. Mehmet Yıldırım (Başkan)	Anatomi	CTF	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Özgür Kasapçopur (Genel Sekreter)	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	CTF	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Nergiz Domanıç (Üye)	Kardiyoloji	CTF	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Hüseyin Sönmez (Üye)	Biyokimya	CTF	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Hüseyin Öz (Üye)	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	CTF	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. İbrahim Başağaoğlu (Üye)	Deontoloji ve Tıp Tarihi	CTF	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Gülen Doğusoy (Üye)	Patoloji	CTF	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Ali Vedat Durgun (Üye)	Genel Cerrahi	CTF	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Sermet Koç (Üye)	Adli Tıp	CTF	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Öner Süzer (Üye)	Farmakoloji	CTF	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Zeliha Yazıcı (Üye)	Farmakoloji (Eczacı)	CTF	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. İsmet Şahinler (Üye)	Radyasyon Onkolojisi	CTF	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Sezai Şahmay (Üye)	Kadın Hastalıkları ve Doğum	CTF	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Mehmet Rıza Altıparmak (Üye)	İç Hastalıkları	CTF	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Mahmut Reha Bayar (Üye)	Psikiyatri	CTF	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Feray Karaali Savrun (Üye)	Nöroloji	CTF	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Birleşik Toplantıda Konuşmacı
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Özcan (Üye)	Anayasa Hukuku	İÜ Hukuk Fakültesi	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Elk. Müh. Ali Başaran (Sivil Üye)	Elektrik Mühendisi	Serbest Meslek	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	

E/K: Cinsiyeti; CTF: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi; *Araştırmayla ilişki; ** Toplantıda bulunma

EK-4: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı İzin Yazısı

Sayı :
Konu :
Konu: Şerife Nar'ın
tez çalışması hak.

11657

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI



İstanbul/...../.....

İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına)

17 Nisan 2009

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Yard.Doç.Dr.M.NİHAL ESİN'in danışmanlığında yüksek lisans eğitimine devam eden ŞERİFE NAR'ın "Kolonorektal Kanseri Hastaların Birinci Derece Akrabalarının Hastalıkla İlgili İnançları" konulu tez çalışmasını Fakültemizde yapmasının uygun görüldüğü hakkında Fakültemiz Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğünden alınan 08.04.2009 tarihli, 1053 sayılı yazı ile Etik Kurul Başkanlığından alınan 18.03.2009 tarihli, 8231 sayılı yazı ile eklerinin bir fotokopisi ilişikte sunulmuş olup, konu Dekanlığımızca da uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

E ki : 23

İST. Ü. REKTÖRLÜĞÜ	
Çalışma İleri Ö. Başvurusu 08.04.2009	Yeni İhtiyaç ve Çalışma Durumu Gelen Etilik
20 NİSAN 2009	Sayı: 20882

Prof.Dr.Hakan YANARDAĞ
Dekan

Not: Yanıtlarda yazınumun gün sayısını belirtmesi rica olunur.Tel(0212)4143000

EK-5: İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Müdürlüğü Araştırma Birimi İzin Yazısı



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
Müdürlüğü**



Sayı:B.30.2.İST.0.53.00.00/1011

Tarih:6/4/2009

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK
YÜKSEKOKULU**

İlgi :19.02.2009 tarih, 415 sayılı yazınız.

Yüksekokulunuz Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yard.Doç.M.Nihal ESİN'in danışmanlığında, Yüksek Lisans eğitimine devam eden Şerife NAR'ın, "Kolorektal Kanserli Hastaların Birinci Derece Akrabalarının Hastalıkla İlgili İnançları" konulu tez çalışmasının Enstitümüzde yapılması hakkındaki yazınız Akademik Koordinasyon Kurulumuzda görüşülmüş olup, 03.04.2009 tarih 6 nolu kararıyla Prof.Dr.Nakiye ÖZTÜRK ile birlikte çalışmanız uygun görülmüştür.

Bilginize sunarım.

**Prof.Dr.Erkan TOPUZ
MÜDÜR**

EK-6: Kolorektal Kanser Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Kullanımı İçin İzin Yazısı

--İletilen İleti Eki--

From: suheyla.ozsoy@ege.edu.tr

To: mnesin@superonline.com

Subject: Re: "Cancer screening belief scale"hakkında bilgi

Date: Mon, 8 Sep 2008 12:09:27 +0300

Merhaba Esin hanım,

Hem senelik izinde olmamız, hemde ortak bir çalışma olması nedeniyle yanıt geciktiği için kusura bakma lütfen. Bu çalışma türkçe yayınlanmadı bu önemli bir sıkıntı oldu. Diğer dergiden izin yazısı bekliyoruz türkçe yayın yapabilmek için. Biz de bu ölçeği kolorektal kanserli hastaların birinci derece yakınlarında yapmayı planladık 2 yıl önce etik kurul iznini aldık. Fakat araştırmacıların farklı kurumlarda olması nedeniyle başaramadık ve çok geciktik. Fakat sizinde bu çalışmayı yürütmenizin bizim için bir sakıncası yok. ekte ölçeği gönderiyorum kolay gelsin...

Prof. Dr. Süheyla Özsoy

----- Original Message -----

From: mnesin@superonline.com

To: suheyla.ozsoy@ege.edu.tr

Sent: Tuesday, July 22, 2008 2:54 PM

Subject: "Cancer screening belief scale"hakkında bilgi

Süheyla hanım,

Merhabalar.Sizin "Cancer screening belief scale" in geçerlik güvenirlik çalışmanızı gördüm.Bir yüksek lisans öğrencimin tez çalışmasında skalanızın türkçe versiyonunu kullanmak istiyorum.Türkçe versiyonunu ve değerlendirme kriterlerini gönderebilirmisiniz?.Biz çalışmayı kolorektal kanserli hastaların birinci derece yakınlarında yapmak istiyoruz.Sizce uygun olurmu?Bu konuda bilgi verirseniz çok memnun olurum.Şimdiden yardımınız için çok teşekkür ederim.Sevgi ve saygılarımla.
M.Nihal ESİN

M.Nihal ESİN,PhD

Associate professor

Istanbul University Florence Nightingale

School of Nursing,Abide-i Hürriyet cd.

34381 çağlayan yolu/şişli/Istanbul/Turkey

tel:+90 212 4400000/27120

fax:+90 212 2244990

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Şerife	Soyadı	NAR
Doğ.Yeri	Eğirdir	Doğ.Tar.	28.08.1985
Uyruğu	TC	TC Kim No	28897876072
Email	serifenarr@hotmail.com	Tel	05067108724

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	-----
Lisans	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu	2007
Lise	Isparta Gürkan Süper Lisesi	2003

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Hemşire	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	2007-2010
2.			-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	iyi	iyi	iyi	72.50	

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	70		
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office(Word, Excel, Powerpoint)	iyi
SPSS	Orta

Yayımları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri/Bildiriler

Nar Ş, Yalçın S, Atintaş B, Tahran M, Öztürk M, Coşansu G. Öğrencilerin güneşten korunma davranışlarının incelenmesi. 6. Ulusal (Uluslararası Katılımlı) Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Özet Kitabı. 26-27 Haziran 2007, İstanbul.(Onkoloji Hemşireliği Derneği tarafından ödüllendirilmiştir-2.lık,Teşvik ödülü)

Altuntaş S, Baykal Ü, **Nar Ş**. Farklı Çalışma Alanlarında Başarılı Mezun Profillerinin Kariyer Yönelimleri Açısından Analizi 6. Ulusal (Uluslararası Katılımlı) Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Özet Kitabı. 26-27 Haziran 2007, İstanbul.