

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU'NDA ÇALIŞAN PERSONELİN
KANSER TARAMALARINA YÖNELİK TUTUMLARI İLE KOLOREKTAL
KANSERDEN KORUNMAYA YÖNELİK SAĞLIK İNANÇLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİ

Atakan ÇUHADAR
ORCID: 0009-0006-7843-8047

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR
OCAK 2025

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc- 2021970208

**T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU'NDA ÇALIŞAN PERSONELİN
KANSER TARAMALARINA YÖNELİK TUTUMLARI İLE KOLOREKTAL
KANSERDEN KORUNMAYA YÖNELİK SAĞLIK İNANÇLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Atakan ÇUHADAR
ORCID: 0009-0006-7843-8047

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Gülendamar Karadağ
ORCID: 0000-0003-0289-5306

İZMİR
OCAK 2025

TEZ KABUL ONAYI

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı/
Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Atakan ÇUHADAR
tarafından hazırlanan Sosyal Güvenlik Kurumu'nda Çalışan Personelin Kanser
Taramalarına Yönelik Tutumları ile Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik
Sağlık İnançları Arasındaki İlişki1 başlıklı tez çalışması. /2025 Günü ...
saatleri arasında yapılan tez savunması sınavından aşağıdaki jüri tarafından OY
BİRLİĞİ/ OY ÇOKLUĞU ile YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof. Dr. Güldam KARADAĞ

Dokuz Eylül Üniversitesi

Hemşirelik Anabilim Dalı

Tezi onaylıyorum/ onaylamıyorum

Orcid: 0000-0003-0289-5306

İmza:

Üye: Prof. Dr. Ezgi KARADAĞ

Dokuz Eylül Üniversitesi

Hemşirelik Anabilim Dalı

Tezi onaylıyorum/ onaylamıyorum

ORCID: 0000-0003-8001-387X

İmza:

Üye: Prof. Dr. Merve ARDAHAN

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi

Hemşirelik Anabilim Dalı

Tezi onaylıyorum/ onaylamıyorum

ORCID: 0000-0003-2699-0885

İmza:

Tez hakkında alınan jüri kararı Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu
tarafından onaylanmıştır

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
ETİK BEYANI

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırlayıp sunduğunun “Sosyal Güvenlik Kurumu’nda Çalışan Personelin Kanser Taramalarına Yönelik Tutumları ile Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnançları Arasındaki İlişki” başlıklı Yüksek Lisans tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışının olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

İmza:

Öğrencinin Adı Soyadı: Atakan ÇUHADAR

Tarih: 27.01.2025

TEŞEKKÜR

Bu süreçte bilgi ve tecrübesiyle bana rehber olan, bilimi ve beni daima destekleyen tutumuyla bana ışık olan, yüksek lisans eğitimimin her aşamasında sonsuz desteğini her zaman hissettiren tez danışmanım Sayın hocam **Prof. Dr. Gülendamar KARADAĞ'a**

Eğitim sürecimde beni yalnız bırakmayan, her daim beni destekleyen kardeşim **Doğukan ÇUHADAR**, kıymetli annem **Şenay ÇUHADAR** ve babam **Asım ÇUHADAR'a** teşekkür ederim.



İÇİNDEKİLER

TABLolar DİZİNİ.....	I
KISALTMALAR.....	II
ÖZET	III
ABSTRACT	V
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	1
1.2. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.3. Araştırma Sınırlılıkları.....	5
1.4. Araştırma Soruları.....	5
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1.1. Kolorektal Kanser Tanımı ve Epidemiyolojisi	5
2.1.2. Kolorektal Kanser Etiyolojisi	6
2.1.3. Kolorektal Kanser Gelişimi ve Belirtileri	8
2.1.4. Kolorektal Kanser Tanı Yöntemleri.....	9
2.1.5. Kolorektal Kanser Tarama Stratejileri	11
2.1.6. Kolorektal Kanser Tedavi.....	11
2.1.7. Kolorektal Kanserden Korunma, Erken Tanı ve Tarama Programlarında Hemşirenin Rolü.....	12
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	13
3.1. Araştırmanın Tipi.....	13
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	13
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	13
3.3.1. Araştırma Dahil Edilme Kriterleri:.....	13
3.3.2. Araştırma Dışlama Kriterleri.....	14
3.4. Çalışma Materyali.....	14
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	14
3.6. Veri Toplama Araçları	14

3.7.	Araştırma Planı ve Takvimi.....	16
3.8.	Verilerin Değerlendirilmesi	16
3.9.	Etik Kurul Onayı.....	17
4.	BULGULAR.....	18
5.	TARTIŞMA	34
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	42
7.	KAYNAKLAR	43
8.	EKLER	58
8.1.	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	58
8.2.	VERİ TOPLAMA FORMU	60
8.3.	ETİK KURUL İZNİ	68
8.4.	KURUM İZNİ	72
8.5.	ÖLÇEK İZİNLERİ	73
8.5.1.	<i>Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Ölçek Kullanım İzni</i>	<i>73</i>
8.5.2.	<i>Kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inanç modeli ölçeği (KKKYSİMÖ) Ölçek Kullanım İzni.....</i>	<i>74</i>
8.6.	ÖZGEÇMİŞ.....	75

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. KRK’de Değiştirilebilen Risk Faktörleri (36,41,43)	7
Tablo 2. KRK’de Değiştirilemeyen Risk Faktörleri (44,47).....	8
Tablo 3. Araştırma Planı ve Takvimi	16
Tablo 4. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri (n = 165).....	18
Tablo 5. Katılımcıların KTYTÖ ve KRKKYSİMÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı (n = 165).....	19
Tablo 6. Katılımcıların KTYTÖ ile KRKKYSİMÖ’nin Alt Boyutlarının Korelasyonları (n = 165)	20
Tablo 7. Katılımcıların Kanseri Taramalarına Yönelik Tutum Puan Ortalamalarının Sosyo-demografik Özelliklere Göre Dağılımı (n = 165)	22
Tablo 8. Katılımcıların KRKKYSİMÖ Güven Yarar Etkileyen Faktörler: Multiple Regresyon Analizi	23
Tablo 9. Katılımcıların KRKKYSİMÖ Güven-Yarar Algısı Alt Boyut Puan Ortalamalarının Sosyo-demografik Özelliklere Göre Dağılımı (n = 165).....	25
Tablo 10. Katılımcıların KRKKYSİMÖ Duyarlılık Algısı Alt Boyut Puan Ortalamalarının Sosyo-demografik Özelliklere Göre Dağılımı (n = 165).....	27
Tablo 11. Katılımcıların KRKKYSİMÖ Engel Alt Boyut Puan Ortalamalarının Sosyo-demografik Özelliklere Göre Dağılımı (n = 165)	29
Tablo 12. Katılımcıların KRKKYSİMÖ Sağlık Motivasyonu Algısı Alt Boyut Puan Ortalamalarının Sosyo-demografik Özelliklere Göre Dağılımı (n = 165).....	31
Tablo 13. Katılımcıların KRKKYSİMÖ Ciddiyet Alt Boyut Puan Ortalamalarının Sosyo-demografik Özelliklere Göre Dağılımı (n = 165)	33

KISALTMALAR

ACS: American Cancer Society

BT: Bilgisayarlı Tomografi

Ca: Kanser

FAP: Familyal Adenomatosis Poliposis

gGGK: Guaiac Tabanlı Gaitada Gzli Kan

GGK: Gaitada Gizli Kan

GLOBOCAN: International Agency For Research On Cancer

HNPCC: Herediter Non Poliposis Kolorektal Kanser

IARC: International Agency for Research on Cancer

iGGK: İmmunokimyasal Gaitada Gizli Kan

KETEM: Kanser Erken Teşhis Tarama Eğitim Merkezi

KTYTÖ: Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği

KRKKYSİMÖ: Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç

Modeli Ölçeği

KRK: Kolorektal Kanser

NCI: National Cancer Institute

PSK: Primer Sklerozan Kolanjit

SİM: Sağlık İnanç Modeli

WHO: World Health Organization = Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU'NDA ÇALIŞAN PERSONELİN
KANSER TARAMALARINA YÖNELİK TUTUMLARI İLE KOLOREKTAL
KANSERDEN KORUNMAYA YÖNELİK SAĞLIK İNANÇLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Yüksek Lisans Tezi

Atakan ÇUHADAR

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelik Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Bu çalışma Sosyal Güvenlik Kurumu'nda çalışan personelin kanser taramalarına yönelik tutumları ile kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inançları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırmaya, örnekleme dâhil olma kriterlerine uygun 158 personel seçilmiş ve araştırma verileri her bir personel ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Verilerin toplanmasında “Kişisel Bilgi Formu” “Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği” ve “Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği” kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Shapiro-Wilk normal dağılım testi ve korelasyon analizi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi .05 olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 37.79 ± 11.11 , %61.8'i kadın, %54.5'i evli, %67.3'ü lisans mezunu ve %78.8'inin ekonomik durumu orta düzeydedir. Katılımcıların %25.5'inin en az bir kronik hastalığa sahip, %58.2'si sigara ya da alkol kullanmamaktadır. Daha önce kanser taraması yaptıran katılımcıların oranı ise %10.9, %44.2'sinin aile bireylerinde kanser öyküsü ve %1.8'i daha önce kanser tanısı almıştır. Personellerin kanser taramalarına yönelik tutum toplam puan ortalaması 98.10 ± 12.53 olarak bulunmuştur. Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli ölçeği alt boyutları ise güven-yarar algısı 47.76 ± 5.61 , duyarlılık algısı 11.41 ± 4.46 , engel algısı 14.32 ± 4.39 , sağlık motivasyonu algısı 15.82 ± 3.21 ve ciddiyet algısı 17.89 ± 4.38 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların

KTYTÖ ve KRKKYSİMÖ alt boyutları arasındaki korelasyon incelendiğinde, güven-yarar algısı ile orta düzeyde, pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı ($r = .478$, $p < 0.01$); engel algısı ile zayıf düzeyde, negatif ($r = -.281$, $p < 0.01$); ve sağlık motivasyonu algısı ile zayıf düzeyde, pozitif fakat istatistiksel olarak anlamlı ($r = .269$, $p < 0.01$) bir ilişki saptanmıştır. Duyarlılık ($r = -.080$) ve ciddiye (r = -.062) algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$)

Sonuç: Kansere taramalarına yönelik tutumunun yüksek olduğu, Kolorektal Kansere Korunmaya Yönelik Sağlık İnançları ile ilgili Güven-yarar algısının yüksek, duyarlılık algısının düşük, engel algısının düşük, Sağlık motivasyonu ve Ciddiyet algısının yüksek olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile kanser taraması tutumları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Katılımcıların kolorektal kansere korunmaya yönelik sağlık inançlarının Güven-Yarar Algısı Alt Boyutu ile eğitim durumu, Sağlık Motivasyonu ile eğitim durumu, Duyarlılık Algısı Alt Boyutu ile cinsiyet, Ciddiyet alt boyutu puan ortalamaları ile cinsiyet ve kronik hastalık varlığı arasında anlamlı fark bulunmuştur. Ayrıca kanser taramalarına yönelik tutumları ile kolorektal kansere korunmaya yönelik sağlık inançlarındaki güven-yarar algısı ile orta düzeyde, pozitif; engel algısı ile zayıf düzeyde, negatif; ve sağlık motivasyonu algısı ile zayıf düzeyde, pozitif bir ilişki saptanmıştır. Duyarlılık ve ciddiye algısı arasında ilişki bulunmamıştır.

Anahtar Sözcükler: Kolorektal Kansere, Kansere Taramaları, Sağlık İnançları

Tezin Sayfa Adedi: 89

Danışman: Prof. Dr. Güldam KARADAĞ

**RELATIONSHIP BETWEEN ATTITUDES OF SOCIAL SECURITY
INSTITUTION PERSONNEL TOWARDS CANCER SCREENING AND
THEIR HEALTH BELIEFS TOWARDS PREVENTION OF COLORECTAL
CANCER**

Master's Thesis

Atakan ÇUHADAR

DOKUZ EYLUL UNIVERSITY HEALTH SCIENCES INSTITUTE

Department of Nursing

ABSTRACT

Aim: This study aims to examine the relationship between the attitudes of Social Security Institution personnel towards cancer screenings and their health beliefs towards protection from colorectal cancer.

Method: A total of 158 personnel who met the inclusion criteria for the sample were selected, and the research data were collected through face-to-face interviews with each personnel. In the data collection, the "Personal Information Form," "Attitude Scale Towards Cancer Screenings," and "Health Belief Model Scale for Colorectal Cancer Prevention" were used. Descriptive statistics, the Shapiro-Wilk normality test, and correlation analysis were used in the evaluation of the data. The significance level was accepted as .05.

Findings: The average age of the participants is 37.79 ± 11.11 , 61.8% are women, 54.5% are married, 67.3% are university graduates, and 78.8% have a moderate economic status. 25.5% of the participants have at least one chronic illness, and 58.2% do not use tobacco or alcohol. The proportion of participants who had previously undergone cancer screening was 10.9%, with 44.2% having a family history of cancer and 1.8% having previously been diagnosed with cancer. The average total score of the staff's attitudes towards cancer screenings was found to be 98.10 ± 12.53 . The sub-dimensions of the Health Belief Model scale for Colorectal Cancer Prevention were determined as follows: perceived benefits 47.76 ± 5.61 , perceived susceptibility 11.41 ± 4.46 , perceived barriers 14.32 ± 4.39 , perceived health motivation 15.82 ± 3.21 , and perceived severity 17.89 ± 4.38 . When the correlation

between the sub-dimensions of the Health Belief Model and the Colorectal Cancer Screening Behavior was examined, a moderate, positive, and statistically significant relationship was found between the perception of benefit and the perception of confidence ($r = .478$, $p < 0.01$); a weak, negative relationship was found between the perception of barrier ($r = -.281$, $p < 0.01$); and a weak, positive but statistically significant relationship was found between the perception of health motivation ($r = .269$, $p < 0.01$). There was no statistically significant relationship between the perception of sensitivity ($r = -.080$) and the perception of severity ($r = -.062$) ($p > 0.05$).

Conclusion: It has been determined that the attitude towards cancer screenings is high, the perception of trust-benefit regarding Health Beliefs for Colorectal Cancer Prevention is high, the perception of susceptibility is low, the perception of barriers is low, and the health motivation and seriousness perception are high. No significant difference was found between the participants' sociodemographic characteristics and their attitudes towards cancer screening. A significant difference was found between the participants' health beliefs regarding the prevention of colorectal cancer and their education level in the Trust-Benefit Perception Sub-Dimension, their education level in Health Motivation, their gender in the Sensitivity Perception Sub-Dimension, and their gender and presence of chronic disease in the average scores of the Seriousness sub-dimension. Additionally, a moderate positive relationship was found between attitudes towards cancer screenings and the perceived benefits of health beliefs regarding colorectal cancer prevention; a weak negative relationship with perceived barriers; and a weak positive relationship with perceived health motivation. No relationship was found between the perception of susceptibility and the perception of severity.

Keywords: Colorectal Cancer, Cancer Screenings, Health Beliefs

Number of pages of the thesis: 89

Advisor: Prof. Dr. Gülendamar KARADAĞ

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1.Araştırmanın Amacı

Bu çalışma Sosyal Güvenlik Kurumu'nda (SGK) çalışan personelin kanser taramalarına yönelik tutumları ile kolorektal kanserden (KRK) korunmaya yönelik sağlık inançları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlamıştır.

1.2.Problemin Tanımı ve Önemi

Kanser, günümüzde küresel anlamda önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir ve yakın gelecekte bu sorunun giderek daha fazla artacağına dair güçlü kanıtlar bulunmaktadır. Dünya Kanser Raporu'na göre, dünya nüfusunun artışı ve yaşlanmasına paralel olarak kanser vakalarının sayısının artmaya devam edeceği, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerin bu artıştan en fazla etkileneceği ifade edilmektedir. Kanser henüz yeterli düzeyde tedavi edilememesi, bu hastalığın toplumlar tarafından korkulan bir sağlık sorunu olarak görülmesine yol açmaktadır. Gelişmiş ülkelerde her yıl bir milyondan fazla ölümle sonuçlanması nedeniyle, kanser aynı zamanda önemli bir halk sağlığı problemi olarak karşımıza çıkmaktadır (1). Kanser, genel kadın ve erkek ölüm nedenleri sıralamasında ikinci sırada yer almakta olup, yapılan çalışmalara göre 2030 yılına kadar bu sıralamada birinci sıraya yükselmesi beklenmektedir. Bu hastalığın etkin bir şekilde kontrol altına alınması ve önlenmesi, ancak çok disiplinli ve kapsamlı bir yaklaşım ile mümkündür. Erken teşhis yöntemleri ve kanser taramaları, kanser kaynaklı ölümlerin üçte birini, yani yaklaşık 3-3,5 milyon hayatı kurtarma potansiyeline sahiptir. Kanserle mücadeledeki en kritik adım olan kanser taramaları, toplumun tamamında etkin bir şekilde uygulanmalıdır. Bu süreçte en önemli hedef, belirlenen nüfusun en az %70'ine ulaşmaktır. Bunu başarmak için ise, farkındalık yaratma faaliyetleri ve bilinçli takiplerin hızlı bir şekilde hayata geçirilmesini gerektirmektedir. (2).

Türkiye'deki Ulusal Kanser Tarama Programı kapsamında, meme kanseri, servikal kanser ve kolorektal kanser (KRK) olmak üzere üç farklı kanser türü yer almaktadır (3). Uluslararası Dünya Kanser Araştırma Fonu verilerine göre, 2020 yılında dünya genelinde 1,9 milyondan fazla yeni KRK vakası görülmüş olup, 2040 yılına kadar kolorektal kanser vakalarının 3,2 milyona ve KRK'le ilişkili ölümlerin ise 1,6 milyona ulaşması beklenirken, KRK, tüm kanser türleri arasında insidans

açısından üçüncü, mortalite bakımından ise ikinci sırada yer almaktadır (4). Dünya Sağlık Örgütü, 2005 yılında tüm ülkelere, "Kanser Kontrol Programları"nın sağlık sistemlerine entegre edilmesinin gerekliliğini duyurmuştur. Türkiye'de kanser taramaları, genellikle "Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM)" aracılığıyla gerçekleştirilmektedir. Erkekler için KRK'ler, kadınlar için ise meme, servikal ve KRK'ler tarama kapsamına alınmaktadır. Dünya genelinde kadınlarda en sık görülen ilk üç kanser türü meme, kolorektal ve servikal kanserler iken, Türkiye'de ise meme, tiroid ve KRK'ler ilk üç sırada yer almaktadır (5). Bu nedenle meme ve KRK'lerin taranması kanser kontrolünde istatistiksel anlamda da fayda sağlayacaktır

Kanser taramalarının etkin bir şekilde uygulanabilmesi için toplumun aktif katılımı büyük bir öneme sahiptir. Kanser taramalarına toplumun katılımı, bireylerin kanser taramalarına yönelik tutumlarla doğrudan ilişkilidir. Tutumlar, soyut ve fiziksel bir boyutu bulunmayan kavramlar oldukları için ölçülmesi oldukça zordur. Ancak, tutumların değerlendirilmesine yönelik çeşitli yöntemler geliştirilmiştir. Bu yöntemlerden biri, bireylerin belirli ifadeler, maddeler veya sıfatlar karşısında verdikleri tepkilere dayanarak çıkarımlar yapmaya olanak sağlayan ölçeklerdir. (6).

KRK, dünya genelinde erişkin kadınlar arasında en yaygın ikinci, erkekler arasında ise üçüncü sıklıkta görülen kanser türüdür ve kanser kaynaklı ölümlerin %9,2'sini oluşturan, dördüncü en yüksek mortaliteye sahip kanser türüdür. Yüksek gelirli ülkelerde, yaşlanan nüfusun yanı sıra kötü beslenme alışkanlıkları, obezite, yetersiz fiziksel aktivite ve sigara kullanımı gibi olumsuz risk faktörleri, KRK'in görülme sıklığını arttıran etmenler arasında yer almaktadır. (7). Gelişmekte olan ülkelerde devam eden ilerlemeler ışığında, dünya genelinde KRK insidansının 2035 yılına kadar 2,5 milyon yeni vakaya ulaşması beklenmektedir. 2016 yılına ait küresel hastalık yükü verilerine göre, engelliliğe göre ayarlanmış yaşam yılı sayısının 17,2 milyon olduğu tahmin edilmiştir (95% güven aralığı: 6,5-17,9 milyon). Bu yükün %97'si erken ölümler sonucu kaybedilen yaşam yıllarından, %3'ü ise sakatlık nedeniyle kaybedilen yaşam yıllarından kaynaklanmaktadır. KRK'den son beş yıl içinde tedavi edilen ve hayatta kalan bireyler, 2018 yılı itibarıyla tüm kanserden sağ kurtulanların yaklaşık %11'ini oluşturmuştur (8). KRK insidans oranları, giderek daha fazla dikkat çekmekte ve önem kazanmaktadır. KRK sıklığı, İnsani Gelişme

Endeksi (İGE) ile güçlü bir pozitif ilişki göstermektedir; bu durum, sanayileşmiş ülkelerdeki tipik yaşam tarzlarının benimsenmesiyle paralel olarak, sosyoekonomik gelişim süreçlerinden geçen ülkelerde hastalık yükündeki artışı en belirgin şekilde yansıtan göstergelerden biridir. Ayrıca, bu geçiş, Sosyodemografik İndeks (SDI) gibi göstergelerle de ilişkilidir. (9). KRK'ler, gastrointestinal sistemde en sık rastlanan tümörlerden biridir. Erkeklerde görülme sıklığı kadınlara göre biraz daha yüksek olmasına rağmen, bu kanser türü cinsiyet ayrımı yapmaz ve genellikle 50'li yaşların civarında pik yapar. Türkiye'de, KRK tanısı konan hastaların büyük bir kısmına, hastalığın ileri evrelerinde tanı koyulabilmektedir; bu durum, hem takip süreçlerinde hem de tedavi aşamalarında çeşitli zorluklara yol açmaktadır (10). KRK, bağırsağın en uzun kısmı olan kolon dokuları ve rektum dokularında gelişen bir malignite türüdür. KRK'lerin büyük bir kısmı, polip adı verilen küçük yapıların zamanla malign hale gelmesiyle başlar. Bu polipler başlangıçta genellikle iyi huylu olup, yıllar içinde kanseröz hücrelere dönüşerek kanserleşebilirler (11). KRK riski, yaş, polip varlığı, inflamatuvar bağırsak hastalıkları, yaşam kalitesi ve genetik yatkınlık gibi faktörlerin yanı sıra, obezite, fiziksel hareketsizlik, yetersiz beslenme, sigara kullanımı ve aşırı alkol tüketimi gibi çevresel etmenlerle de ilişkilidir. (12). Gelişim sürecinde olan KRK, genellikle belirgin semptomlar göstermeyebilir ve kanserin belirtileri sıklıkla metastaz yapma yeteneği ile tümörün yerleşim yerine bağlı olarak değişir. Kanser evresine göre tedavi yaklaşımı farklılık göstermekle birlikte, genel tedavi stratejisi, cerrahi rezeksiyon, radyoterapi ve/veya kemoterapi ile kombine edilen bir yaklaşımdır (13). KRK tanısı konan bireyler, tanı anından itibaren, palyatif bakım dahil olmak üzere tüm tedavi ve bakım sürecinin her aşamasında, semptom yönetimi, bilgi ve duygusal desteğe sahip olma, güven ilişkisinin kurulması ve sürdürülebilir bakım ihtiyaçlarını karşılamak zorundadır. Cerrahi müdahale ve tedavi seçenekleri hakkında eksik bilgi sunulması, hastalar üzerinde stres ve anksiyete yaratabilmektedir (14). Hemşireler, hastaların mevcut ihtiyaçlarını belirleme, olası komplikasyonları önleme ve yaşam kalitesini artırma konusunda kritik bir rol üstlenmektedir. Hemşirelik bakımı, yalnızca fizyolojik sorunlarla sınırlı kalmayıp, aynı zamanda ostomi ile ilgili sorunlar, sızıntılar, koku, diyare, konstipasyon gibi fiziksel problemleri de kapsamaktadır. Bunun yanı sıra, ibadet etme, beden imajı ile ilgili rahatsızlıklar, kıyafet değişiklikleri, banyo yapma, fiziksel aktivite, seyahat

zorlukları, yorgunluk, cinsellik ve istemsiz bağırsak seslerinden duyulan kaygılar, depresif duygular gibi psikososyal sorunlara da yönelik destek sağlanmalıdır. Hemşireler, bu sorunların ortaya çıkmasını engellemeye yönelik önleyici yaklaşımlar geliştirmeli ve mevcut sorunlara çözüm sunmak için bakım sağlayıcı, eğitici, danışman, destekleyici, yönlendirici ve kolaylaştırıcı rolleriyle hizmet vermelidir. Taburculuk eğitimiyle beraber evde de izlem yaparak bütüncül olarak destek sağlamalıdır. (15-16). KKK, uzun yıllar boyunca benign lezyonlardan yavaşça gelişebilir ve genellikle belirgin bir semptom göstermeden ilerleyebilir. Bu nedenle, tanı ve evrelendirme süreci önemli bir yer tutmaktadır. Çoğu zaman, erken evrede tespit edilen lezyonların uygun tarama yöntemleriyle kanserleşmeden önce ortadan kaldırılabilceği ve bunun sonucunda hastalıkla ilişkili ölüm oranlarının düşürülebileceği, tedavi ve bakım maliyetlerinin ise azalabileceği bildirilmektedir. Beş yıllık sağ kalım oranı, lokalize hastalıkla tanı alan bireylerde %90 civarındayken, hastalığın yayılım göstermesi durumunda bu oran yalnızca %14'e düşmektedir (17).

KKK taramaları üzerine yapılan araştırmalar, uygun tarama ve izlem programlarının mortaliteyi anlamlı derecede azalttığını ortaya koymuştur. Yapılan bir çalışmada, katılımcıların %22,6'sı gaitada gizli kan testi hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtmiş, ancak yalnızca %10,0'ı bu testi yaptırmıştır (19). Yiğitbaş ve ark.'nın (20) yaptığı çalışmada gaitada gizli kan testi hakkında bilgi sahibi olma oranı %41,8, testi yaptırma oranı ise %4,5 olarak bulunmuştur. Benzer şekilde, yine Bayçelebi ve ark.'nın (21) araştırmasında gaitada gizli kan testi yaptırma oranı %10,8 olarak tespit edilmiştir. Gaitada gizli kan testi yaptırma oranı, kronik hastalığı bulunmayan bireylerde %6,6, kronik hastalığı olanlarda ise %14,6'dır. Kronik hastalığı olan bireylerde gaitada gizli kan testi yaptırma sıklığı, hastalığı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($p=0,040$). Solmi ve ark.'nın (22) gerçekleştirdiği bir diğer çalışmada ise, kronik hastalığı bulunmanın, KKK taraması yaptırma oranlarını belirleyen önemli bir faktör olduğu vurgulanmıştır. Yiğitbaş ve ark.'nın (20) yaptığı çalışmada bireylerin %32,6'sı kolonoskopi hakkında bilgi sahibiyken, yalnızca %4,3'ü kolonoskopi işlemini yaptırmıştır. Açıkgoz ve ark.'nın (18) araştırmasında ise kolonoskopi yaptıranların oranı %9,9 olarak tespit edilmiştir. Bu düşük oranların olası sebepleri arasında, işlemin uygulama zorluğu ve bireylerin mahremiyet kaygıları gibi faktörler öne sürülmüştür (23).

1.3.Araştırma Sınırlılıkları

Araştırmada, SGK çalışan personel ile sınırlıdır.

1.4.Araştırma Soruları

1. SGK’nda çalışan personelin kanser taramalarına yönelik tutumları ne düzeydedir?
2. SGK’nda çalışan personelin KRK’den korunmaya yönelik sağlık inançları ne düzeydedir?
3. SGK’nda çalışan personelin KRK taramalarına yönelik tutumları ile KRK kanserden korunmaya yönelik sağlık inançları arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1.1. *Kolorektal Kanser Tanımı ve Epidemiyolojisi*

Kanser, hücrelerin kontrolsüz bir biçimde çoğalması ve yayılması sonucu gelişen, genetik ve çevresel faktörlerin birleşimiyle ortaya çıkan bir hastalıktır (24). Bu patolojik süreç, hücresel düzeydeki anormal değişikliklerle başlar ve zamanla sağlıklı dokuların yerini alarak vücudun farklı bölgelerine yayılabilir. Kanser oluşumunda genetik mutasyonlar, dış etmenler ve yaşam tarzı faktörleri önemli rol oynamaktadır. Hem genetik yatkınlık hem de çevresel etmenlerin etkileşimi, kanserin türünü, seyrini ve tedaviye yanıtını belirleyen başlıca faktörlerdir (24).

Kanser, dünya genelinde ölüm oranları açısından kardiyovasküler hastalıkların ardından ikinci sırada yer almakta olup, yapılan tahminlere göre 2040 yılına kadar bu sıralamada birinci sıraya yükselmesi beklenmektedir (24,25).

KRK, kalın bağırsak ve rektumda gelişen malign tümörlerin genel adıdır (26). Bu kanser türü, genellikle bağırsak hücrelerinde başlayan anormal büyüme ve bölünme sonucu ortaya çıkar. KRK’in oluşumunda genetik mutasyonlar, yaş, aile öyküsü, sağlıksız diyet ve yaşam tarzı gibi faktörler önemli rol oynamaktadır (27). Erken dönemde genellikle belirgin semptomlar göstermeyen KRK ilerleyen evrede kanama, bağırsak alışkanlıklarında değişiklik ve karın ağrısı gibi belirtilerle kendini gösterebilir (27). Bu kanser türü, dünya genelinde en sık görülen kanserlerden biri olup, erken teşhis ve düzenli tarama programları ile tedavi şansı önemli ölçüde artırılabilir (26,27).

KRK, dünya genelinde kansere bağlı ölümlerin %9.4'ünü oluşturmakta ve kansere bağlı ölümlerin ikinci en yaygın sebebidir (28). KRK insidansının en yüksek olduğu bölgeler arasında Avusturya, Yeni Zelanda, Avrupa ve Kuzey Amerika yer alırken, en düşük insidansa sahip ülkeler Çin, Hindistan ve Afrika'dır (28). Erkeklerde KRK insidansı, kadınlardan yaklaşık %25 daha yüksektir. Türkiye'de ise KRK, kadınlar ve erkekler arasında en sık görülen üçüncü kanser türüdür ve tüm kanserlerin %9.1'ini oluşturmaktadır (28). KRK'in Türkiye'deki insidans oranları, 100.000 erkekte 25.1, 100.000 kadında ise 14.7 olarak kaydedilmiştir (29). Rutin tarama programlarının yaygınlaşması, erken teşhis ve tedavi yöntemlerindeki teknolojik ilerlemeler, KRK mortalitesini önemli ölçüde azaltmıştır. Özellikle 1990 yılına kıyasla, 2007 yılında KRK kaynaklı ölümler yaklaşık %35 oranında azalmıştır (30). Bu gelişmeler, kanserle mücadelede erken müdahale ve tedaviye verilen önemin arttığını ve etkili sağlık politikalarının sonuçlarını göstermektedir (31).

Türkiye'de kanser sıklığı, dünya genelindeki ortalamaların üzerinde seyretmektedir. Öte yandan, bazı gelişmiş ülkeler, özellikle Amerika Birleşik Devletleri, Türkiye'ye kıyasla daha düşük bir kanser insidansına sahip olduğu bildirilmektedir (32). Türkiye'nin en sık görülen beş kanser türü, dünya genelindeki diğer ülkelerin sıralamaları ile paralellik göstermektedir (33). Türkiye'de erkeklerde, tüm yaş gruplarında, KRK, %9.8'lik görülme oranı ile en sık rastlanan üçüncü kanser türü olarak kaydedilmektedir (34).

2.1.2. Kolorektal Kanser Etiyolojisi

KRK için bilinen en önemli risk faktörlerinden biri kalıtsal sendromlar dışında pozitif aile öyküsüdür ve vakaların yaklaşık %20'sini oluşturmaktadır. Araştırmalar, birinci derece akrabalarda KRK öyküsü bulunan bireylerin riskinin, ortalama olarak 2-4 kat daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca, bu riskin, kanserin tanı yaşının genç olması durumunda daha da arttığı belirtilmektedir (35). Ailede erken yaşta KRK tanısı almış bireylerin bulunması, riskin daha belirgin hale geldiğini ve bu durumun bireylerin erken tarama programlarına katılımını gerektirdiğini vurgulamaktadır (35).

Obezite, diyet ve fiziksel hareketsizlik gibi yaşam tarzı ile ilgili faktörler, KRK gelişme riski ile güçlü bir şekilde ilişkilendirilmektedir. Yapılan bir sistematik incelemede, erken başlangıçlı KRK'in potansiyel nedenleri arasında işlenmiş et

tüketimi, şekerli içecekler, aşırı alkol alımı, fiziksel hareketsizlik ve sigara kullanımı gibi faktörleri rol oynadığı belirtilmiştir (36). Bu faktörler, KRK'in patogeneğinde önemli bir rol oynayarak, hastalığın gelişme riskini artırmakta ve bu nedenle yaşam tarzı değişikliklerinin hastalığın önlenmesindeki rolü büyük bir önem taşımaktadır (36).

Sosyokültürel faktörler ve sosyoekonomik durum, KRK gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır. Araştırmalar, siyah ırkta KRK insidansının beyaz ırka kıyasla daha yüksek olduğunu göstermektedir (37,38). Ayrıca, sosyoekonomik faktörler de hastalığın gelişiminde etkili olup, yüksek gelir düzeyine sahip bireylerde KRK insidansı, düşük gelir düzeyindekilere göre daha fazla gözlemlenmektedir (39). Bunun yanı sıra, kentsel bölgelerde yaşayan bireylerde KRK insidansının kırsal alanlarda yaşayanlara göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir (40). Bu sosyoekonomik ve sosyokültürel farklılıklar, kanserin yayılma oranları üzerinde önemli bir etkiye sahip olup, sağlık hizmetlerine erişim, yaşam tarzı ve çevresel etmenlerin rolünü vurgulamaktadır (38).

Tablo 1. KRK'de Değiştirilebilen Risk Faktörleri (36,41,43)

Diyet	- KRK riskini güçlü bir şekilde etkileyerek, beslenme alışkanlıklarında yapılacak değişikliklerle kanser yükünü %70'e kadar azaltabilir. - Hayvansal yağ tüketimi, kırmızı et tüketimi, etin yüksek sıcaklıkta pişirilmesi ve düşük meyve-sebze tüketimi, kanser gelişimini tetikleyebilir.
Alkol ve Sigara Kullanımı	- Sigara tüketimi, akciğer kanseri ile güçlü bir ilişki göstermesinin yanı sıra, KRK'lerin %12'sine de katkıda bulunmakta ve uzun süreli sigara içmenin adenomatöz poliplerin oluşumu ve büyüme hızını artırdığı belirtilmektedir - Alkol tüketimi de KRK riskini artıran faktörlerden biridir, özellikle erken başlangıçlı kanserlerde etkili olduğu düşünülmektedir.
Fazla Kilo, Obezite ve Fiziksel Aktivite Düzeyi	- Düzenli fiziksel aktivite KRK riskini azaltmaktadır. Ayrıca orta düzeydeki fiziksel aktivitelerin vücudun metabolik verimliliğini artırarak kan basıncını düşürüp insülin direncini azalttığı gösterilmiştir - Aşırı vücut ağırlığının KRK vakalarının yaklaşık üçte biri ve dörtte birinden sorumlu olduğu belirtilmektedir.

Tablo 2. KRK’de Değiştirilemeyen Risk Faktörleri (44,47)

Yaş ve Cinsiyet	• KRK gelişme riski, erkeklerde %31 daha fazla görülmektedir. • KRK’in 50 yaş üzerindeki bireylerde sıklığı artmakta, özellikle 70 yaş üzerinde pik yapmaktadır. • 50 yaş altındaki grupta kolonoskopi taramaları sayesinde rektum ve sol kolon kanseri erken tanı sıklığı artarken, 50 yaş üstündeki grupta bu oranlar azalmaktadır.
Genetik Yatkınlık	• Genetik ilişkili KRK en yaygın olarak, APC genindeki germ hattı mutasyonları (familial adenomatöz polipozis) ve DNA uyumsuzluğu onarım genlerindeki germ hattı mutasyonları (Lynch sendromu) ile ilişkilidir.
İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı	• Uzun süreli inflamatuvar bağırsak hastalığı olan hastalarda KRK riski artmaktadır.

Amerikan Kanser Derneği, KRK taramaları için, aşağıdakilere sahip olan kişilerin KRK açısından riskli olduğunu bildirmektedir.

- Kişisel KRK veya belirli polip türleri öyküsü
- Ailede KRK öyküsü
- İnflamatuvar bağırsak hastalığı öyküsü (ülseratif kolit, Crohn hastalığı)
- Ailesel adenomatöz polipozis veya Lynch sendromu gibi doğrulanmış veya şüphelenilen kalıtsal KRK sendromu
- Daha önce kanseri tedavi etmek için karın veya pelvik bölgeye radyasyon alma öyküsü

2.1.3. Kolorektal Kanser Gelişimi ve Belirtileri

Erken evre KRK’li hastalar çoğunlukla asemptomatik olup, rahatsızlık, hazımsızlık ve dışkılarında kan gibi belirtiler gösterebilirken, tümör gelişiminin ilerleyen evrelerinde karın ağrısı, dışkıda kan, karın kitleleri, bağırsak tıkanıklığı, anemi ve ateş gibi semptomlar daha yaygın hale gelmektedir (48).

Erken tanı, KRK’in hayatta kalma şansını artırırken, tümör evresi, tedavi etkinliğini belirleyen temel faktördür. KRK’de evreleme aşağıdaki şekilde yapılmaktadır.

1. **Evre 0:** Anormal hücrelerin gelişimini ve tümör oluşumunu gösterir.
2. **Evre I:** Kanser kolon duvarının submukozasına ve muskularis propriasına ulaşmıştır.

3. **Evre II:** Kanser perikolorektuma, viseral peritona ve yakın organlara yayılmıştır.
4. **Evre III:** Kanser, komşu dokularda veya 1-3 bölgesel lenf düğümünde metastazlarla karakterizedir (49,50). Evre III KRK, 4-6 bölgesel lenf noduna (IIIB) veya 7 ve üzeri lenf noduna (IIIC) metastaz yapar.
5. **Evre IV:** Kanser, akciğer, karaciğer, yumurtalıklar ve lokal lenf nodları gibi organlarda metastatik lezyonlar içerir ve IV A ile IV B olarak ayrılır. Evre I KRK'in beş yıllık sağ kalım oranı yaklaşık %90 iken, Evre IV'ün sağ kalım oranı ise yaklaşık %10'dur (51,52).

2.1.4. Kolorektal Kanser Tanı Yöntemleri

2.1.4.1. Gaitada Gizli Kan Testi (GGKT)

Dışkı bazlı KRK tespiti, en az invaziv ve uygun maliyetli yöntemlerden biri olup, hemoglobini enzimatik veya immünolojik olarak tespit eden GGKT (FOBT: Fecal occult blood test), KRK taramasında yaygın olarak kullanılan bir tekniktir ve dışkı örneği toplayarak gizli kan varlığını analiz etmeyi içerir (53,54). Dışkı örneklerini gizli kan açısından analiz etme konsepti 1900'lerin başında başlamış ve o zamandan beri çok sayıda çalışma bu testin bu kanser türünün varlığını tespit etmedeki etkinliğini belgelemiştir (55).

2.1.4.2. Fekal DNA Testi

Fekal İmmünokimyasal Test (FIT), dışkı örneklerinde insan hemoglobini tespit etmek için spesifik antikorlar kullanarak, ön diyet veya ilaç kısıtlaması gerektirmeden düşük seviyelerde dışkı kanını (40–300 µg/g) tespit eden bir immünolojik testtir (56-57). Sonuçlar nitel veya nicel olabilir ve KRK taraması için hassas ve invaziv olmayan bir yöntem sunar. Hastaların örneği toplandıktan sonraki 24 saat içinde geri vermeleri önerilir, çünkü örneklemeden sonra FIT'in duyarlılığı gecikmiş geri verme ile azalır. Örnek toplamanın basitliğinin, hastanın tarama programlarına uyumunu artırmada önemli bir faktör olduğu kanıtlanmıştır (58).

2.1.4.3. Fleksible Sigmoidoskopi

Fleksible sigmoidoskopi, distal kolonun yaklaşık 50-60 cm'sini inceleyen, 10-20 dakika süren ve sedasyonlu ya da sedasyonsuz yapılabilen bir endoskopi yöntemidir; işlem sırasında polip veya kanser bulgusu saptanırsa, kolonoskopi ile kolonun geri kalan bölümü incelenir (59).

2.1.4.4.Kolonoskopi

Kolonoskopi, inflamasyon, polipler veya tümörler gibi kolon anormalliklerini taramak, teşhis etmek veya tedavi etmek için yapılan tıbbi bir işlemdir. Kolonoskopi, KRK taraması için altın standart olmaya devam etmektedir (60). Kolonoskopi yöntemiyle ile yapılan taramalarda KRK mortalitesinde %31 ve morbiditesinde %53-72 azalma görülmektedir (61).

2.1.4.5.Kolon Kapsül Endoskopi (KKE)

Kolonun incelenmesi için iki yanında kamerası olan bir kapsülün bireye yutturulması işlemidir. Kolon kapsül endoskopisi (KKE), düşük riskli hastalarda kolonoskopi ve bilgisayarlı tomografi kolonografisi (KTK) alternatif olarak popülerlik kazanmış bir yöntem olup, İskoçya, İngiltere ve Danimarka sağlık sistemlerinde yaygın olarak kullanılmaktadır (62-64). KKE'deki odak noktasının polip tespiti olduğunu gösterirken, KKE kullanımının yaygınlaşmasıyla birlikte kolon inflamatuvar hastalıklarının daha belirgin hale gelmesi, bu durumların tanısı doğruluğunun anlaşılmasını önemli kılmaktadır (65).

2.1.4.6.Bilgisayarlı Tomografik Kolonografi

Daha yeni bir tanı yöntemi olan hasta dostu tanı seçeneklerinden birisi olan bilgisayarlı tomografi kolonografisi (KTK), iyi bir radyolojik görüntüleme yöntemidir. Bu invaziv olmayan teknik, kolon ve rektumun ayrıntılı görüntülerini üretmek için gelişmiş bilgisayarlı tomografi görüntülemesini kullanır. Özellikle küçük lezyonlar için daha yüksek hassasiyet sunar ve genellikle hastalar için daha konforludur. KTK'de işlem daha hızlı, daha az fiziksel hazırlık gerektirir ve geleneksel endoskopik yöntemlerle ilişkili rahatsızlığı azaltır (66,67). Klinik uygulamada giderek daha fazla benimsenmesi, büyük bağırsak lezyonları için üstün bir tanı aracı olma potansiyelini sahiptir (67).

2.1.4.7.Çift Kontrastlı Baryum Enema

Çift Kontrastlı Baryum Enema (ÇKBE), kolon ve rektumun astarının baryum bazlı kontrast madde ile kaplanıp X-ışını görüntülemesi yoluyla temel bir tanı aracı olarak kullanılmakla birlikte, kalın bağırsağın yapısı hakkında değerli bilgiler sağlar (68,69).

ÇKBE, uzun süredir kullanılan bir yöntem olmasına rağmen, invaziv yapısı nedeniyle rahatsızlık verebilir, özellikle yaşlılar veya belirli sağlık komplikasyonları olan hastalar için uygun olmayabilir ve tekniğin hassasiyeti, daha küçük lezyonları

veya belirsiz sunumları gözden kaçırabilmesi nedeniyle endişe kaynağıdır. Bu sınırlama, tespitin en yararlı olduğu erken evre hastalıkta özellikle kritiktir (70).

2.1.5. Kolorektal Kanser Tarama Stratejileri

Tarama programlarına düzenli katılımın, yaygın ve önlenabilir bir malignite olan KRK ölüm oranını azalttığı gösterilmiş olup, klinik uygulama kılavuzları, ortalama riskli bireyler için 45 yaşından itibaren rutin KRK taramasını önermektedir. Ancak son yıllarda, 50 yaşın altındaki bireylerde görülme sıklığında birçok ülkede yılda %2 ila %4 oranında endişe verici bir artış olmuştur. Avrupa'da önerilen tarama yaşı, hem erkekler hem de kadınlar için 75'e kadar uzatılmış olmasına rağmen, uygulama Avrupa Birliği (AB) ülkeleri arasında değişiklik göstermektedir (71-73).

Taramaya uyum, KRK mortalitesini azaltmada kritik öneme sahip olup, sosyoekonomik düzeyler arasında uyum eşitsizliği gözlemlenirken, bu stratejinin etkinliğini artırmak için taramaya katılımı teşvik eden ve sürdüren müdahalelerin yanı sıra yüksek ve düşük sosyoekonomik sınıflar arasındaki uyum eşitsizliğini azaltmaya yönelik müdahaleler uygulanmalıdır. Çoğu Avrupa ülkesi, Kanada ve Avustralya iki yılda bir dışkı bazlı tarama önerirken, ABD ve Asya ülkelerinde yıllık tarama önerilmektedir (74,75).

Ülkemizde Kolorektal kanser taramaları;

- 50-70 yaş aralığındaki erkek ve kadınlarda 2 yılda bir gaitada gizli kan testi yapılması,
- 50-70 yaş arasında 10 yılda bir Kolonoskopi yapılmaktadır.

2.1.6. Kolorektal Kanser Tedavi

KRK'in standart konvansiyonel tedavileri cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi olup, hastalığın lokalizasyonu ve ilerlemesine bağlı olarak bu tedaviler kombinasyon halinde uygulanabilir (76). Laparoskopik ve transanal cerrahi yaklaşımlar ile total mezorektal eksizyon (TME), genellikle lokalize kanser ve tümör lokasyonuna erişim kolay olduğunda tercih edilen seçeneklerdir (77).

Kanser immünoterapisi, kanser tedavisindeki yeni alternatiflerden biri olup, standart tedaviye kıyasla hastaların kendi bağışıklık sistemini manipüle ederek kanser hücreleriyle savaşır ve doğuştan gelen ile adaptif bağışıklık tepkilerini uyatarak kanser hücrelerini tanımlarını ve potansiyel olarak tümörü yok etmelerini sağlar (78).

2.1.7. Kolorektal Kanserden Korunma, Erken Tanı ve Tarama Programlarında Hemşirenin Rolü

KRK’de hemşirenin rolü hemşireler tarafından sağlanan eğitim, hastaların KRK risk faktörleri ve yeme davranışlarını iyileştirme, fiziksel aktiviteyi artırma, sigara ve alkol tüketimini azaltma gibi kanserle ilgili aktiviteler hakkındaki farkındalıklarını artırmıştır (79). Hastaneler, toplum sağlığı ve iş sağlığı ortamlarında çalışan hemşireler ile okul sağlığı hemşireleri KRK önleme konusunda eğitim verme konumunda olup, hastane tabanlı hasta eğitim birimi, KRK hakkındaki bilgiyi iyileştirmek için oldukça uygun bir ortam sunmaktadır (80,81).

2.1.7.1.Kolorektal Kanserde Primer Korunmada Hemşirenin Sorumlulukları

Primer korumada hedef kitle sağlıklı bireylerden oluşurken amaç hastalığın ortaya çıkmasını önlemektir (82). KRK’in önlenmesinde hemşireler, birey aile ve toplumu KRK risk faktörleri, taramalar yönünde bilinçlendirmelidir. Bireylerin kanser oluşumunda etkili olan yeterli ve dengeli beslenme, obeziteden kaçınma, fiziksel aktivite gibi sağlıklı yaşam davranışlarını benimsemesine yönelik eğitim ve danışmanlık vermelidir. Ayrıca bireylerin hayvansal yağlardan ve kırmızı etten kaçınmalarını, zeytinyağı gibi çoklu doymamış yağlar açısından zengin bir diyet uygulamalarını, diyetle alınan lif miktarını artırmalarını ve hormon tedavisinin KRK’i önlemedeki faydaları hakkında bilgilendirmelerini yapmaları önemlidir (83).

Hemşireler, hastalara A ve C vitamini açısından zengin yiyecekler yemelerini ve alkollü içecekler ile tuzlu, tütsülenmiş ve yüksek nitritli yiyecekleri orta veya düşük miktarlarda tüketmelerini önermelidir. İş sağlığı hemşireleri, çalışanları kolon ve diğer yaygın kanserlerle ilişkili belirti ve semptomlar hakkında eğitmekten sorumludur (84,85).

2.1.7.2.Kolorektal Kanserde Sekonder Korunmada Hemşirenin Sorumlulukları

Sekonder korumada, hastalığın erken tespitinden oluşur ve genellikle taramalar şeklinde gerçekleşir. Hemşireler farklı tarama yöntemleri ve performansları hakkında güncel ve ilgili bilgiler sağlayarak, tarama testlerinin hastalar tarafından güvenli ve maliyet etkin bir önleme biçimi olarak anlaşılmasını sağlar (86,87). Hemşirelerin bu düzeyde oynadığı rollerden biri de genetik danışmanlık olup, hemşireler bu rolü, risk altındaki ailelerle yapılan resmi görüşmelerden hastaneye yatırılan hastaların ilk

değerlendirmesine, fiziksel muayene ve hastaneye yatış veya taburcu olma sürecine kadar çeşitli şekillerde üstlenirler (88,89)

Dünya Sağlık Örgütü'nün hastalık önleme tanımına göre, tedavi ve iyileşmenin iyileştirilmesi olup, hemşirelerin hastalığın ve tedavisinin komplikasyonlarını kontrol etmek, hastalığın tekrarlamasını önlemek ve hastaların rehabilitasyonunu ele almamız gerektiği, bu düzeyde enterostomal terapi (ET) ve rehabilitasyon hemşirelerinin KRK'li hastaların tedavi ve cerrahi zamanından taburcu edilmesine ve rehabilitasyonuna kadar önemli bir rol oynadığı, örneğin ostomili hastaların taburcu olduktan sonra telefonla takibinin, daha iyi ostomi uyumu, daha yüksek öz yeterlilik, bakımdan daha yüksek memnuniyet ve daha az ostomi komplikasyonu ile sonuçlandığı görülmektedir (90).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma; İzmir iline bağlı Konak, Bornova, Bayraklı, Karabağlar, Gaziemir ilçesi Sosyal Güvenlik Kurumu'nda (SGK) yapılmıştır. Aralık 2023/ Şubat 2024 arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İzmir SGK'nun Konak (120 kişi), Karabağlar (38 kişi), Bayraklı (33 kişi), Gaziemir (26 kişi) ve Bornova (48 kişi) ilçelerinde çalışan 265 personel oluşturmaktadır. Araştırmanın Örneklem büyüklüğü hesabı G-power analizi 3.1.9.7 programında Tip I hata 0.05, Tip II hata 0.20 (%95 güç), sekiz bağımsız değişken ve etki büyüklüğü 0,15 (orta) alınarak gerekli örneklem büyüklüğü 109 olarak belirlenmiştir. Veri toplama sürecinde olabilecek kayıplar göz önüne alınarak örneklem 158 kişi olarak belirlenmiştir.

3.3.1. Araştırma Dahil Edilme Kriterleri:

- İzmir ili Konak, Karabağlar, Bornova, Gaziemir, Bayraklı ilçelerinde SGK'da çalışan 18-65 yaş arası personel,
- Türkçe konuşabilen kişiler

3.3.2. Araştırma Dışlama Kriterleri

- 18 yaşından küçük, 65 yaşından büyük olmak

3.4.Çalışma Materyali

Yoktur.

3.5.Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği ve Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinden alınan puanlar araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

Bağımsız değişkenler: Yaş, cinsiyet, medeni durumu, kronik hastalık durumu, öğrenim türü çalışmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.6.Veri Toplama Araçları

Çalışanların verileri Birey Tanılama Formu (EK 1), Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği (KTYTÖ) (EK 2) ve Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (KKKYSİMÖ) (EK 3) kullanılarak toplanmıştır.

Veriler İzmir iline bağlı Konak, Bornova, Bayraklı, Karabağlar, Gaziemir ilçesi SGK’nda çalışan personellerin odalarında yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Her bir birey için veri formları doldurma süresi yaklaşık 10 dakika sürmüştür.

- 1. Birey Tanılama Formu:** Bu form araştırmacılar tarafından literatür ışığında geliştirmiştir (21,22). Form toplam on (10) sorudan oluşmaktadır. Sorular katılımcının yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, ekonomik durum, kronik hastalık durumu, sigara alkol kullanım durumu, ailede kanser öyküsü ve kanser taramasına katılım ile ilgilidir.
- 2. Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği (KTYTÖ):** Yıldırım Öztürk ve arkadaşları (2020) tarafından geliştirilmiş, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Beşli likert tipindeki ölçek, 24 maddeden oluşmaktadır. Ölçeği oluşturan maddeler “5: Tamamen katılıyorum, 1: Hiç katılmıyorum,” şeklinde 5’ten 1’e kadar olan aralıkta yanıtlanmaktadır. Ölçeğin puanlamasında anlamca olumsuz olan 6 madde (madde 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24) ters kodlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 24, en yüksek puan ise 120’dir. Katılımcıların puanları 24’e yaklaştıkça kanser taramalarına yönelik olumsuz tutuma sahip olduğu, 120’e yaklaştıkça kanser taramalarına yönelik olumlu tutuma sahip olduğu şeklinde değerlendirilmektedir. Ülkemizde yapılan

geçerlilik güvenirlik çalışmasında ölçeğin cronbach alpha katsayısı 0.95 olarak saptanmıştır (116). Bu çalışmada ölçeğin cronbach alpha katsayısı 0.82 bulunmuştur. Ölçeğin yüzeysel geçerliliği ve kapsam geçerliliği iki farklı ekibin desteğiyle gerçekleştirilmiştir. Yapı geçerliliğini belirlemek amacıyla kullanılan açıklayıcı faktör analizi sonucunda 24 madde ve tek boyuttan oluşan ölçeğin açıklanan varyans oranı %52,62 ve özdeğeri 12,66 olarak hesaplandı. Ölçekten alınan puan ile yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sigara kullanımı ve kişinin kendisinde kanser varlığı arasında anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$) (116).

- 3. Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (KKKYSİMÖ):** 1984 yılında Victoria Champion tarafından tasarlanan Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, "meme kanseri taramalarında sağlık inanç modeli" olarak geliştirilmiştir (137). Champion, bu modelin ifadelerinde bir veya birkaç kelimenin değiştirilerek farklı kanser türlerinde de uygulanabileceğini öne sürmüştür. Jacobs, meme kanserine uyarlanmış Sağlık İnanç Modeli ölçeğindeki bazı soruları değiştirerek ve "meme kanseri" yerine "kolorektal kanser" ifadesini kullanarak Kolorektal Kanser Sağlık İnanç Modelini oluşturmuştur (135, 136) Jacobs (2002) tarafından geliştirilen, Özsoy ve ark. (2007)'ın tarafından Türkçe'ye uyarlanan, 33 maddeden oluşan, 5'li likert tipi bir ölçektir . KKKYSİMÖ'nin 5 alt boyutu; Güven-Yarar Algısı, Duyarlılık Algısı, Engel Algısı, Sağlık Motivasyonu Algısı, Ciddiyet Algısı olup, alt boyutlar birbirinden bağımsız olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin geneli için toplam puan yoktur. Alt boyutlardan alınan puanların yükselmesi, duyarlılık ve önemsemenin arttığını, yarar algısı için yararların, engel algısı için engellerin yüksek algılandığını belirtmektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayıları güven-yarar algısı için 0.88, duyarlılık algısı için 0.76, sağlık motivasyonu algısı için 0.54, engel algısı için 0.60 ve ciddiyet algısı için 0.58 dir (138). Bu çalışmada ise cronbach Alpha katsayıları güven-yarar algısı için 0.81, duyarlılık algısı için 0.90, sağlık motivasyonu algısı için 0.68, engel algısı için 0.47ve ciddiyet algısı için 0.76'dır.

3.7. Araştırma Planı ve Takvimi

Tablo 3. Araştırma Planı ve Takvimi

Ocak - Kasım 2023	Literatür Tarama ve Tez Önerisi Hazırlama Tez Önerisi Sunumu ve Kabulü
18 Ekim 2023	Etik Kurul Onayı
Aralık 2023/ Şubat 2024	Veri Toplama Süreci
Şubat 2024/ Kasım 2024	Verilerin Analizi ve Rapor Hazırlama Tez Yazım Süreci
Ocak 2025	Yüksek Lisans Tez Savunma Sınavı

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 29.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Personellerin ölçümle belirtilen tanımlayıcı değişkenleri için ortalama, en düşük değer, en yüksek değer; sayımla belirtilen değişkenler için sayı ve yüzdeler kullanılmıştır. Sürekli sayısal değişkenlerin normal dağılıma sahip olup diklik, çarpıklık ve histogram ile araştırılmıştır. Personellerin kanser taramalarına yönelik tutum ve kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutları arasındaki ilişki Pearson korelasyon testi ile değerlendirilmiştir. Personellerin sosyo-demografik özelliklerinin kanser taramalarına yönelik tutum ve kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inanç modeli ölçeği alt boyut puan ortalamalarına etkisi nominal değişkenler için bağımsız gruplarda t testi ile, kategorik değişkenler için tek yönlü Anova testi ile analiz edilmiş olup etki büyüklüklerine tabloda yer verilmiştir. Anova testinde post hoc analiz Bonferroni testi ile yapılmıştır. Personellerin kanser taramalarına yönelik tutum düzeyini etkileyen faktörler (güven-yarar algısı, duyarlılık algısı, engel algısı, sağlık motivasyonu ve ciddiyet algısı) ise Multiple inear regresyon testi ile bakılmıştır. Çoklu doğrusallık (multicollinearity), varyans enflasyon faktörü (VIF: variance inflation factor) ve tolerans değeri kullanılarak incelendi. VIF değerlerinin 10'dan küçük, tolerans değerlerinin ise 0,2'den büyük olduğu ve çoklu doğrusallığın olmadığı belirlendi. Anlamlılık düzeyi.05 olarak kabul edilmiştir.

3.9.Etik Kurul Onayı

Araştırmaya başlamadan önce Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Tarih: 18.10.2023 -Karar No: 2023/33-17) onay alınmıştır (Ek 3). İzmir Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü'nden kurum izni alınmıştır (Ek 4). Çalışanlar araştırmanın amacı ve veri toplanması ile ilgili bilgilendirilmiş ve araştırmaya katılmaya gönüllü olduklarına dair yazılı onamları alınmıştır. Ölçekler için yazarlardan e mail yoluyla izin alınmıştır.



4. BULGULAR

Tablo 4’de SGK’nda çalışan personellerin sosyo-demografik özellikleri yer almaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması 37.79 ± 11.11 , %61.8’i kadın, %54.5’i evli, %67.3’ü lisans mezunu ve %78.8’inin ekonomik durumu orta düzeydedir. Katılımcıların %25.5’inin en az bir kronik hastalığa sahip, %58.2’si sigara ya da alkol kullanmamaktadır. Daha önce kanser taraması yaptıran katılımcıların oranı %10.9, %44.2’sinin aile bireylerinde kanser öyküsü ve %1.8’i daha önce kanser tanısı almıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri (n = 165)

Özellikler		Ort $\pm$ SS	Aralık (Range)
Yaş		37.79 $\pm$ 11.11	18 - 62
	Değişkenler	n	%
Cinsiyet	Kadın	102	61.8
	Erkek	63	38.2
Medeni durumu	Evli	90	54.5
	Bekâr	75	45.5
Eğitim durumu	İlkokul	1	0.6
	Lise	33	20.0
	Lisans	111	67.3
	Lisansüstü	20	12.1
Ekonomik durum	İyi	16	9.7
	Orta	130	78.8
	Kötü	19	11.5
Kronik hastalık	Yok	123	74.5
	Var	42	25.5
Sigara & alkol kullanma durumu	Yok	96	58.2
	Sigara	37	22.4
	Alkol	13	7.9
	Alkol ve sigara	19	11.5
Aile bireylerinde kanser öyküsü olması	Evet	73	44.2
	Hayır	92	55.8
Daha önce kanser tanısı alma	Evet	3	1.8
	Hayır	162	98.2
Daha önce kanser taraması yaptırma	Evet	18	10.9
	Hayır	147	89.1
Toplam		165	100

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

Tablo 5’de SGK’nda çalışan personellerin Kanser Taramalarına Yönelik Tutum ve Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli ölçeği puan ortalamaları yer almaktadır. Personellerin kanser taramalarına yönelik tutum toplam puan ortalaması 98.10 ± 12.53 olarak bulunmuştur. Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli ölçeği alt boyutları ise güven-yarar algısı 47.76 ± 5.61 , duyarlılık algısı 11.41 ± 4.46 , engel algısı 14.32 ± 4.39 , sağlık motivasyonu algısı 15.82 ± 3.21 ve ciddiyet algısı 17.89 ± 4.38 olarak belirlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların KTYTÖ ve KRKKYSİMÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı (n = 165)

Ölçekler	Ort	SS	Min	Max	Aralık (Rang)	Cronbach alfa
Kanser Taramalarına Yönelik Tutum	98.10	12.53	57.00	120.00	24-120	.825
Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli						
Güven-yarar algısı	47.76	5.61	27.00	55.00	11 - 55	.818
Duyarlılık algısı	11.41	4.46	6.00	29.00	6 - 30	.906
Engel algısı	14.32	4.39	6.00	30.00	6 - 30	.687
Sağlık motivasyonu algısı	15.82	3.21	8.00	25.00	5 - 25	.474
Ciddiyet algısı	17.89	4.38	5.00	25.00	5 - 25	.760

Ort: Ortalama, **SS:** Standart sapma, **Min:** Minimum, **Max:** Maksimum

Tablo 6’da katılımcıların Kanser Taramalarına Yönelik Tutum ölçeği (KTYTÖ) ile Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli ölçeği (KRKKYSİMÖ) alt boyutlarının korelasyon değerleri yer almaktadır. Personellerin KTYTÖ ve KRKKYSİMÖ alt boyutları arasındaki korelasyon incelendiğinde, güven-yarar algısı ile orta düzeyde, pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı ($r = .478$, $p < 0.01$); engel algısı ile zayıf düzeyde, negatif ($r = -.281$, $p < 0.01$); ve sağlık motivasyonu algısı ile zayıf düzeyde, pozitif fakat istatistiksel olarak anlamlı ($r = .269$, $p < 0.01$) bir ilişki saptanmıştır. Duyarlılık ($r = -.080$) ve ciddiye ($r = -.062$) algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların KTYTÖ ile KRKKYSİMÖ’nin Alt Boyutlarının Korelasyonları (n = 165)

Değişkenler	1	2	3	4	5	6
1. KTYTÖ	1	.478**	-.080	-.281**	.269**	-.062
2. Güven-yarar algısı		1	-.110	-.069	.374**	.181*
3. Duyarlılık algısı			1	.345**	-.121	.297**
4. Engel algısı				1	-.028	.340**
5. Sağlık motivasyonu algısı					1	.028
6. Ciddiyet algısı						1

*KTYTÖ: Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği, ** $p < 0.01$ (2-tailed), * $p < 0.05$ (2-tailed)*

Tablo 7’de Katılımcıların KTYTÖ puan ortalamalarının sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı yer almaktadır. Cinsiyete göre kanser taraması tutum puan ortalamaları incelendiğinde, kadınların kanser taraması tutum puan ortalamasının 98.60 ± 12.44 olduğu, erkeklerin ise 97.29 ± 12.74 olduğu, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p = .515$). Medeni durumlarına göre incelendiğinde, evli (97.40 ± 12.10) ve bekâr (98.93 ± 13.06) personeller arasında kanser taraması tutum puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p = .435$). Eğitim durumu lise, lisans ve yüksek lisans olan personellerin kanser taraması tutum ortalamalarının sırasıyla 95.18 ± 15.12 , 99.79 ± 11.71 , 93.60 ± 11.08 olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p = .092$). Ekonomik durumu iyi (102.19 ± 12.69), orta (98.19 ± 12.18) ve kötü (94.00 ± 14.15) olan personeller arasında kanser taramalarına yönelik istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p = .154$). Kronik hastalığı olan personellerin kanser taraması tutum ortalamalarının 98.66 ± 12.30 olduğu, kronik hastalığı olmayanların ise 96.45 ± 13.20 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p = .326$). Sigara veya alkol kullanma durumuna göre personellerin kanser taraması tutum ortalamaları incelendiğinde aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p = .468$) (Tablo 7.).

Aile bireylerinde kanser öyküsü olan (98.26 ± 12.66) ve olmayan (97.97 ± 12.50) personeller arasında kanser taraması tutumlarına yönelik istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p = .882$). Daha önce kanser tanısı alan ($n = 3$; 103.33 ± 5.86) ve almayan ($n = 162$; 98.00 ± 12.61) personellerin kanser taraması tutumlarına yönelik istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p = .467$). Benzer şekilde daha önce kanser taraması yaptıranlar (101.83 ± 9.71) ile yaptırmayanlar (97.64 ± 12.78) arasında kanser taraması tutumlarına yönelik istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p = .109$) (Tablo 7.).

Tablo 7. Katılımcıların Kansere Taramalarına Yönelik Tutum Puan Ortalamalarının Sosyo-demografik Özelliklere Göre Dağılımı (n = 165)

Özellikler		n	Ort ± SS	Test Değeri	Etki büyüklüğü (95% CI)
Cinsiyet	Kadın	102	98.60 ± 12.44	t = .652	.105
	Erkek	63	97.29 ± 12.74	p = .515	(-.210 - .419)
Medeni durumu	Evli	90	97.40 ± 12.10	t = -.782	-.122
	Bekâr	75	98.93 ± 13.06	p = .435	(-.429 - .185)
Eğitim durumu	İlkokul	1	96.00		
	Lise	33	95.18 ± 15.12	F = 2.188	.039
	Lisans	111	99.79 ± 11.71	p = .092	(.000 -.098)
	Lisansüstü	20	93.60 ± 11.08		
Ekonomik durum	İyi	16	102.19 ± 12.69	F = 1.892	.023
	Orta	130	98.19 ± 12.18	p = .154	(.000 -.078)
	Kötü	19	94.00 ± 14.15		
Kronik hastalık	Evet	123	98.66 ± 12.30	t = .985	.176
	Hayır	42	96.45 ± 13.20	p = .326	(-.175 - .527)
Sigara & alkol kullanma durumu	Yok	96	96.85 ± 12.24		
	Sigara	37	99.24 ± 12.48	F = .851	.016
	Alkol	13	101.46 ± 13.34	p = .468	(.000 - .055)
	Alkol ve sigara	19	99.84 ± 13.72		
Aile bireylerinde kanser öyküsü olması	Evet	73	98.26 ± 12.66	t = .149	.023
	Hayır	92	97.97 ± 12.50	p = .882	(-.284 - .330)
Daha önce kanser tanısı alma	Evet	3	103.33 ± 5.86	t = .729	.425
	Hayır	162	98.00 ± 12.61	p = .467	(-.719 - 1.567)
Daha önce kanser taraması yaptırma	Evet	18	101.83 ± 9.71	t = 1.344	.336
	Hayır	147	97.64 ± 12.78	p = .109	(-.156 - .826)

YL: Yüksek lisans,

Bağımsız gruplarda t testi için etki büyüklüğü Cohen d değeridir.

a Etki büyüklüğü değeri = Eta-square değeridir.

t= Bağımsız gruplarda t-testi, F= Tek yönlü ANOVA testi

Tablo 8’de katılımcıların kanser taramalarına yönelik tutumlarını etkileyen faktörler multiple linear regresyon analizi ile incelenmiştir. Kanser taramalarına yönelik tutum bağımlı değişken olarak alındığında tüm modelin istatistiksel olarak anlamlı ve bu modelin kanser taramalarına yönelik tutumu %29 açıkladığı belirlenmiştir (Adjusted $R^2 = .289$, $F = 14.327$, $p < .001$). Kanser taramalarına yönelik tutumu etkileyen faktörlerin KRKKYSİMÖ güven-yarar algısı ($\beta = .446$) ve engel algısı ($\beta = -.250$) olduğu bulunmuştur (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların KRKKYSİMÖ Güven Yarar Etkileyen Faktörler: Multiple Regresyon Analizi

Değişkenler	B	E	β	p	t	95 % CI
Güven-yarar algısı	.996	.164	.446	<.001	6.085	.672 -1.319
Duyarlılık algısı	.266	.204	.095	.195	1.302	-.137 - .669
Engel algısı	-.713	.209	-.250	<.001	-3.414	-1.126 - -.301
Sağlık motivasyonu	.428	.279	.109	.127	1.535	-.123 - .978
Ciddiyet algısı	-.253	.211	-.088	.233	-1.198	-.670 - .164
Constant	55.492	8.207		<.001	6.761	39.282 - 71.701
R= .557, $R^2 = .311$, Adjusted $R^2 = .289$						
F = 14.327, p <.001						

B: Unstandardized coefficient, SE: Standard error, β : Standardized coefficient beta

Tablo 9’da Katılımcıların KRKKYSİMÖ Güven-Yarar algısı alt boyut puan ortalamalarının sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı yer almaktadır. Cinsiyet ($p = .183$), medeni durum ($p = .642$), ekonomik durum ($p = .364$), kronik hastalık ($p = .090$), sigara veya alkol kullanma ($p = .233$), aile bireylerinde kanser öyküsü olması ($p = .546$), daha önce kanser tanısı alma ($p = .659$) ve daha önce kanser taraması yaptırma ($p = .416$) durumlarına göre güven-yarar algısı alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Eğitim durumu incelendiğinde ilkokul, lise, lisans ve yüksek lisans olan personellerin güven-yarar algısı puan ortalamalarının sırasıyla 45.00, 45.67 ± 7.36 , 48.60 ± 5.02 , 46.65 ± 4.64 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p = .042$). Eğitim durumundaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını değerlendirmek için post-hoc Bonferroni testi yapılmıştır. Ölçümler ikiyeşerli olarak karşılaştırılmıştır. ANOVA testindeki istatistiksel anlamlılığın lise ve üniversite grupları arasındaki farktan kaynaklandığı ($p=.021$) bulunmuştur (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların KRKKYSİMÖ Güven-Yarar Algısı Alt Boyut Puan Ortalamalarının Sosyo-demografik Özelliklere Göre Dağılımı (n = 165)

Özellikler		n	Ort ± SS	Test Değeri	Etki büyüklüğü (95% CI)
Cinsiyet	Kadın	102	48.22 ± 5.66	t = 1.337	.214
	Erkek	63	47.02 ± 5.50	p = .183	(-.101 - .529)
Medeni durumu	Evli	90	47.57 ± 4.84	t = -.466	-.075
	Bekâr	75	47.99 ± 6.44	p = .642	(-.381 - .232)
Eğitim durumu	İlkokul	1	45.00		
	Lise	33	45.67 ± 7.36	F = 2.796	.050
	Lisans	111	48.60 ± 5.02	p = .042*	(.000-.114)
	Lisansüstü	20	46.65 ± 4.64		
Ekonomik durum	İyi	16	49.19 ± 5.46	F = 1.017	.012
	Orta	130	47.77 ± 5.49	p = .364	(.000-.057)
	Kötü	19	46.47 ± 6.55		
Kronik hastalık	Evet	123	47.33 ± 5.66	t = -1.703	-.304
	Hayır	42	49.02 ± 5.33	p = .090	(-.656 - .048)
Sigara & alkol kullanma durumu	Yok	96	47.10 ± 6.17		
	Sigara	37	48.41 ± 4.41	F = 1.440	.026
	Alkol	13	47.77 ± 4.75	p = .233	(.000 - .076)
	Alkol ve sigara	19	49.79 ± 5.00		
Aile bireylerinde kanser öyküsü olması	Evet	73	48.05 ± 5.33	t = .605	.095
	Hayır	92	47.52 ± 5.85	p = .546	(-.213 - .402)
Daha önce kanser tanısı alma	Evet	3	46.33 ± 4.51	t = -.442	-.258
	Hayır	162	47.78 ± 5.64	p = .659	(-1.400 - .885)
Daha önce kanser taraması yaptırma	Evet	18	48.78 ± 4.92	t = .816	.204
	Hayır	147	47.63 ± 5.69	p = .416	(-.286 - .693)

YL: Yüksek lisans,

Bağımsız gruplarda t testi için etki büyüklüğü Cohen d değeridir.

a Etki büyüklüğü değeri = Eta-square değeridir.

t= Bağımsız gruplarda t-testi, F= Tek yönlü ANOVA testi

*Bonferroni testi yapılmıştır.

Tablo 10’da Katılımcıların KRKKYSİMÖ Duyarlılık algısı alt boyut puan ortalamalarının sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı yer almaktadır. Personellerin medeni durum ($p = .271$), eğitim durumu ($p = .551$), ekonomik durum ($p = .145$), kronik hastalık ($p = .906$), sigara veya alkol kullanma ($p = .190$), aile bireylerinde kanser öyküsü olması ($p = .633$), daha önce kanser tanısı alma ($p = .623$) ve daha önce kanser taraması yaptırma ($p = .942$) durumlarına göre duyarlılık algısı alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir.

Personellerin cinsiyete göre duyarlılık algısı puan ortalamaları incelendiğinde, kadınların puan ortalamasının 10.79 ± 4.31 olduğu, erkeklerin ise 12.40 ± 4.56 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p = .024$) (Tablo 10).

Tablo 10. Katılımcıların KRKKYSİMÖ Duyarlılık Algısı Alt Boyut Puan Ortalamalarının Sosyo-demografik Özelliklere Göre Dağılımı (n = 165)

Özellikler		n	Ort ± SS	Test Değeri	Etki büyüklüğü (95% CI)
Cinsiyet	Kadın	102	10.79 ± 4.31	t = -2.271	-.364
	Erkek	63	12.40 ± 4.56	p = .024	(-.680 - -.047)
Medeni durumu	Evli	90	11.76 ± 4.19	t = 1.103	.173
	Bekâr	75	10.99 ± 4.76	p = .271	(-.135 - .479)
Eğitim durumu	İlkokul	1	6.00		
	Lise	33	10.91 ± 4.77	F = .704	.013
	Lisans	111	11.53 ± 4.35	p = .551	(.000 - .049)
	Lisansüstü	20	11.80 ± 4.64		
Ekonomik durum	İyi	16	9.88 ± 4.41	F = 1.952	.024
	Orta	130	11.38 ± 4.32	p = .145	(.000 - .079)
	Kötü	19	12.84 ± 5.17		
Kronik hastalık	Evet	123	11.38 ± 4.51	t = -.118	-.021
	Hayır	42	11.48 ± 4.36	p = .906	(-.371 - .329)
Sigara & alkol kullanma durumu	Yok	96	11.23 ± 4.23		
	Sigara	37	10.65 ± 4.50	F = 1.605	.029
	Alkol	13	13.38 ± 6.04	p = .190	(.000 - .081)
	Alkol ve sigara	19	12.42 ± 4.10		
Aile bireylerinde kanser öyküsü olması	Evet	73	11.22 ± 4.49	t = -.478	-.075
	Hayır	92	11.55 ± 4.45	p = .633	(-.382 - .232)
Daha önce kanser tanısı alma	Evet	3	12.67 ± 7.02	t = .493	.287
	Hayır	162	11.38 ± 4.43	p = .623	(-.856 - 1.429)
Daha önce kanser taraması yaptırma	Evet	18	11.33 ± 5.66	t = -.073	-.018
	Hayır	147	11.41 ± 4.31	p = .942	(-.508 - .471)

YL: Yüksek lisans,

Bağımsız gruplarda t testi için etki büyüklüğü Cohen d değeridir.

a Etki büyüklüğü değeri = Eta-square değeridir.

t= Bağımsız gruplarda t-testi, F= Tek yönlü ANOVA testi

*Bonferroni testi yapılmıştır.

Tablo 11’da Katılımcıların KRKKYSİMÖ Engel algısı alt boyut puan ortalamalarının sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı yer almaktadır. Personellerin cinsiyet ($p = .360$), medeni durum ($p = .134$), eğitim durumu ($p = .607$), kronik hastalık ($p = .091$), sigara veya alkol kullanma ($p = .457$), aile bireylerinde kanser öyküsü olması ($p = .816$), daha önce kanser tanısı alma ($p = .085$) ve daha önce kanser taraması yaptırma ($p = .725$) durumlarına göre engel algısı alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Katılımcıların ekonomik durumuna göre engel algısı puan ortalamaları incelendiğinde ise ekonomik durumu iyi (12.06 ± 4.84), orta (14.32 ± 4.32) ve kötü (16.21 ± 3.75) olan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p = .020$). Ekonomik durumundaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını değerlendirmek için post-hoc Bonferroni testi yapılmıştır. Ölçümler ikişerli olarak karşılaştırılmıştır. ANOVA testindeki istatistiksel anlamlılığın ekonomik durumu iyi ve kötü olan gruplar arasındaki farktan kaynaklandığı ($p=.015$) bulunmuştur (Tablo 11).

Tablo 11. Katılımcıların KRKKYSİMÖ Engel Alt Boyut Puan Ortalamalarının Sosyo-demografik Özelliklere Göre Dağılımı (n = 165)

Özellikler		n	Ort ± SS	Test Değeri	Etki büyüklüğü (95% CI)
Cinsiyet	Kadın	102	14.09 ± 4.76	t = -.918	-.139
	Erkek	63	14.70 ± 3.72	p = .360	(-.453 - .176)
Medeni durumu	Evli	90	14.79 ± 4.47	t = 1.505	.235
	Bekâr	75	13.76 ± 4.25	p = .134	(-.072 - .543)
Eğitim durumu	İlkokul	1	20.00		
	Lise	33	14.09 ± 4.35	F = .613	.011
	Lisans	111	14.29 ± 4.29	p = .607	(.000 - .045)
	Lisansüstü	20	14.60 ± 5.09		
Ekonomik durum	İyi	16	12.06 ± 4.84	F = 4.024	.047
	Orta	130	14.32 ± 4.32	p = .020*	(0.001 - .117)
	Kötü	19	16.21 ± 3.75		
Kronik hastalık	Evet	123	13.98 ± 4.32	t = -1.700	-.304
	Hayır	42	15.31 ± 4.49	p = .091	(-.655 -.048)
Sigara & alkol kullanma durumu	Yok	96	14.70 ± 4.67		
	Sigara	37	13.32 ± 3.46	F = .871	.016
	Alkol	13	14.38 ± 4.17	p = .457	(0.000 - .056)
	Alkol ve sigara	19	14.32 ± 4.69		
Aile bireylerinde kanser öyküsü olması	Evet	73	14.41 ± 4.69	t = .233	.037
	Hayır	92	14.25 ± 4.16	p = .816	(-.271 - .344)
Daha önce kanser tanısı alma	Evet	3	10.00 ± 2.65	t = -1.732	-1.009
	Hayır	162	14.40 ± 4.38	p = .085	(-2.155 - .140)
Daha önce kanser taraması yaptırma	Evet	18	14.67 ± 5.73	t = .353	.088
	Hayır	147	14.28 ± 4.22	p = .725	(-.402 - .578)

YL: Yüksek lisans,

Bağımsız gruplarda t testi için etki büyüklüğü Cohen d değeridir.

a Etki büyüklüğü değeri = Eta-square değeridir.

t= Bağımsız gruplarda t-testi, F= Tek yönlü ANOVA testi

*Bonferroni testi yapılmıştır.

Tablo 12’de Katılımcıların KRKKYSİMÖ Sağlık Motivasyonu algısı alt boyut puan ortalamalarının sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı yer almaktadır. Personellerin cinsiyet ($p = .196$), medeni durum ($p = .170$), ekonomik durum ($p = .522$), kronik hastalık ($p = .417$), sigara veya alkol kullanma ($p = .447$), aile bireylerinde kanser öyküsü olması ($p = .877$), daha önce kanser tanısı alma ($p = .655$) ve daha önce kanser taraması yaptırma ($p = .633$) durumlarına göre sağlık motivasyonu algısı alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir.

Eğitim durumu incelendiğinde ilkokul, lise, lisans ve yüksek lisans mezunu olan personellerin sağlık motivasyonu puan ortalamalarının sırasıyla 13.00 , 14.64 ± 3.51 , 16.00 ± 3.11 , 16.95 ± 2.78 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p = .043$). Eğitim durumundaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını değerlendirmek için post-hoc Bonferroni testi yapılmıştır. Ölçümler ikişerli olarak karşılaştırılmıştır. ANOVA testindeki istatistiksel anlamlılığın lise ve lisansüstü grupları arasındaki farktan kaynaklandığı ($p=.026$) bulunmuştur (Tablo 12).

Tablo 12. Katılımcıların KRKKYSİMÖ Sağlık Motivasyonu Algısı Alt Boyut Puan Ortalamalarının Sosyo-demografik Özelliklere Göre Dağılımı (n = 165)

Özellikler		n	Ort ± SS	Test Değeri	Etki büyüklüğü (95% CI)
Cinsiyet	Kadın	102	16.08 ± 3.33	t = 1.298	.208
	Erkek	63	15.41 ± 2.99	p = .196	(-.107 - .523)
Medeni durumu	Evli	90	15.51 ± 3.00	t = -1.377	-.215
	Bekâr	75	16.20 ± 3.43	p = .170	(-.522 - .092)
Eğitim durumu	İlkokul	1	13.00		
	Lise	33	14.64 ± 3.51	F = 2.787	.049
	Lisans	111	16.00 ± 3.11	p = .043*	(.000 - .114)
	Lisansüstü	20	16.95 ± 2.78		
Ekonomik durum	İyi	16	16.13 ± 2.87		
	Orta	130	15.90 ± 3.31	F = .653	.008
	Kötü	19	15.05 ± 2.76	p = .522	(.000 - .046)
Kronik hastalık	Evet	123	15.94 ± 3.26	t = .814	.145
	Hayır	42	15.48 ± 3.07	p = .417	(-.205 - .496)
Sigara & alkol kullanma durumu	Yok	96	16.00 ± 3.32		
	Sigara	37	15.51 ± 2.89	F = .892	.016
	Alkol	13	16.62 ± 2.81	p = .447	(.000 - .057)
	Alkol ve sigara	19	15.00 ± 3.50		
Aile bireylerinde kanser öyküsü olması	Evet	73	15.78 ± 3.16	t = -.154	-.024
	Hayır	92	15.86 ± 3.26	p = .877	(-.331 - .283)
Daha önce kanser tanısı alma	Evet	3	15.00 ± 5.57	t = -.448	-.261
	Hayır	162	15.84 ± 3.18	p = .655	(-1.403 - .882)
Daha önce kanser taraması yaptırma	Evet	18	16.17 ± 3.59	t = .479	.120
	Hayır	147	15.78 ± 3.17	p = .633	(-.370 - .609)

YL: Yüksek lisans,

Bağımsız gruplarda t testi için etki büyüklüğü Cohen d değeridir.

a Etki büyüklüğü değeri = Eta-square değeridir.

t= Bağımsız gruplarda t-testi, F= Tek yönlü ANOVA testi

*Bonferroni testi yapılmıştır.

Tablo 13’de Katılımcıların KRKKYSİMÖ Ciddiyet algısı alt boyut puan ortalamalarının sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı yer almaktadır. Personellerin cinsiyet ($p = .635$), medeni durum ($p = .950$), eğitim durumu ($p = .985$), sigara veya alkol kullanma ($p = .725$), aile bireylerinde kanser öyküsü olması ($p = .569$), daha önce kanser tanısı alma ($p = .250$) ve daha önce kanser taraması yaptırma ($p = .822$) durumlarına göre ciddiye algısı alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Ekonomik durumuna göre ciddiye algısı puan ortalamaları incelendiğinde ise ekonomik durumu iyi (12.06 ± 4.84), orta (14.32 ± 4.32) ve kötü (16.21 ± 3.75) olan personeller arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p = .004$). Ekonomik durumundaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını değerlendirmek için post-hoc Bonferroni testi yapılmıştır. Ölçümler ikiyeşerli olarak karşılaştırılmıştır. ANOVA testindeki istatistiksel anlamlılığın ekonomik durumu iyi ve kötü olan gruplar ($p = .004$) ile iyi ve orta gruplar arasındaki farktan kaynaklandığı ($p=.009$) bulunmuştur.

Personellerin kronik hastalığa göre ciddiye algısı puan ortalamaları incelendiğinde ise, kronik hastalığı olan personellerin ciddiye algısı puan ortalamasının 17.44 ± 4.44 olduğu, olmayanların ise 19.21 ± 3.94 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p = .023$) (Tablo 13).

Tablo 13. Katılımcıların KRKKYSİMÖ Ciddiyet Alt Boyut Puan Ortalamalarının Sosyo-demografik Özelliklere Göre Dağılımı (n = 165)

Özellikler		n	Ort ± SS	Test Değeri	Etki büyüklüğü (95% CI)
Cinsiyet	Kadın	102	18.01 ± 4.84	t = .476	.071
	Erkek	63	17.70 ± 3.54	p = .635	(-.243 - .385)
Medeni durumu	Evli	90	17.91 ± 3.70	t = .063	.010
	Bekâr	75	17.87 ± 5.10	p = .950	(-.296 - .317)
Eğitim durumu	İlkokul	1	19.00		
	Lise	33	17.82 ± 4.73	F = .050	.001
	Lisans	111	17.95 ± 4.31	p = .985	(.000 - .000)
	Lisansüstü	20	17.65 ± 4.50		
Ekonomik durum	İyi	16	14.69 ± 5.82	F = 5.792	.067
	Orta	130	18.07 ± 4.20	p = .004*	(.008 - .144)
	Kötü	19	19.37 ± 2.95		
Kronik hastalık	Evet	123	17.44 ± 4.44	t = -2.298	-.411
	Hayır	42	19.21 ± 3.94	p = .023	(-.763 - -.057)
Sigara & alkol kullanma durumu	Yok	96	18.16 ± 4.45		
	Sigara	37	17.24 ± 4.41	F = .440	.008
	Alkol	13	17.46 ± 3.93	p = .725	(.000 - .036)
	Alkol ve sigara	19	18.11 ± 4.42		
Aile bireylerinde kanser öyküsü olması	Evet	73	18.11 ± 4.21	t = .570	.089
	Hayır	92	17.72 ± 4.52	p = .569	(-.218 - .397)
Daha önce kanser tanısı alma	Evet	3	15.00 ± 3.61	t = -1.155	-.673
	Hayır	162	17.94 ± 4.38	p = .250	(-1.816 - .472)
Daha önce kanser taraması yaptırma	Evet	18	18.11 ± 4.27	t = .225	.056
	Hayır	147	17.86 ± 4.41	p = .822	(-.433 - .546)

YL: Yüksek lisans,

Bağımsız gruplarda t testi için etki büyüklüğü Cohen d değeridir.

a Etki büyüklüğü değeri = Eta-square değeridir.

t= Bağımsız gruplarda t-testi, F= Tek yönlü ANOVA testi

*Bonferroni testi yapılmıştır.

5. TARTIŞMA

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde KRK, genel nüfusu etkileyen kanser türleri arasında mortalite ve morbiditenin başlıca sebeplerinden birisi olup en önemli sağlık problemlerinden biri olarak öne çıkmaktadır (91). Son veriler, 2030 yılına kadar KRK nedeniyle ölüm oranlarının dünya genelinde %60 oranında artmasının öngörüldüğünü ortaya koymaktadır (92). Kanserın tespiti, tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi ve hasta bakımının iyileştirilmesine yönelik yeni yaklaşımların geliştirilmesi, ölüm oranlarını azaltmak amacıyla yıllardır kanser araştırmalarının temel odak noktası olmuştur (93,94). Bu nedenle halk sağlığı hemşireliğine büyük sorumluluklar düşmektedir.

SGK’nda çalışan personellerin kanser taramalarına yönelik tutumları ile kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inançları arasındaki ilişkinin incelendiği bu çalışmaya 165 kişi katılmıştır (Tablo 5). Katılımcıların yarısından fazlasının kadın, çoğunluğunun evli ve yarısından fazlasının lisans mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 5). Katılımcıların büyük çoğunluğunun alkol tükettiği, dörtte birinin sigara kullandığı saptanmıştır (Tablo 6). Amerikan Kanser Topluluğuna göre tüm vakaların ve ölümlerin yarısından fazlası sigara içme, sağlıksız beslenme, yüksek alkol tüketimi, fiziksel hareketsizlik ve aşırı vücut ağırlığı gibi değiştirilebilir risk faktörleri nedeniyle ortaya çıkmaktadır (95). Bu nedenle KRK’den korunmada hemşireler tarafından yeme davranışlarını iyileştirme, fiziksel aktiviteyi artırma ve sigara ve alkol tüketimini azaltma konularında eğitim verilmesi önemlidir (96). Çalışmada katılımcıların yaş ortalamasının 37.79 ± 11.11 olduğu belirlenmiştir. KRK riski, yaşla paralel olarak önemli ölçüde artmaktadır. 2015-2019 yılları arasında 50 yaşına kadar olan her 5 yıllık yaş grubunda insidans oranlarında %80-100 arasında bir artış gözlemlenirken, 55-59 yaş ve üzeri gruplarda ise artış oranı %20-30 civarında olmuştur. Bununla birlikte, 50-54 yaş aralığından 55-59 yaş aralığına geçişte yalnızca %9’luk bir artış meydana gelmiştir (97,98).

5.1. Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeğine İlişkin Bulgular

Çalışmamızda kadınların kanser taramalarına yönelik tutum puan ortalamaları erkeklerden yüksek bulunmuştur (Tablo 7). İlgili literatürde; Silveira ve ark (2016) Latin Amerika’da yaptıkları çalışmada kadınların kanser taramaları konusunda bilgi düzeyinin düşük olduğunu vurgulanmıştır (100). Kaya ve ark (2017) sağlık

Çalışanları üzerinde yapmış olduğu çalışmada kadın sağlık çalışanlarının düzenli olarak kanser taraması yaptırma oranın çok düşük olduğunu saptamıştır (99). Yapılan diğer çalışmalarda da kadınların kanser taraması hakkında bilgi durumunun düşük olduğu saptanmıştır (101,102). Çalışma sonucumuz literatürle paralellik göstermemekle birlikte cinsiyete göre anlamlılık saptanmamasının nedeninin sağlık politikalarından ve eğitim durumu farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir (103).

Katılımcıların medeni durumlarına göre kanser taramalarına yönelik tutumları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 7). Kurulay ve ark (2021) yaptıkları çalışmada medeni durum ile kanser tarama tutumu arasında anlamlı fark saptamıştır (104). Yeğenler ve ark (2023) yapmış oldukları çalışmada medeni durum ile kanser taraması tutum leği arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (105). Çalışmamız literatürle paralellik göstermektedir.

Eğitim durumu ile kanser taramalarına yönelik tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 7). Yapılan alışma sonuçlarına göre eğitim seviyesi arttıkça bireylerde kanser taraması yaptırma eğiliminin arttıkı saptanmıştır (106,107,108,109). Çalışma sonucumuzun literatürle benzer olmamasının sebebinin bu konuda bilgi eksikliği ve zaman yönetimi olduğu düşünülebilir.

Ekonomik durum ile kanser taramalarına yönelik tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 7). Kıylioğlu (2023)'nın yaptığı çalışmada ekonomik durum ile kanser taramalarına yönelik ilişki saptanmamıştır (103). Ancak bunun aksine Huang ve ark (2020)'nın yaptığı çalışmada ekonomik durum ve kanser taramaları arasında ilişki saptanmıştır (110).

Katılımcıların kronik hastalık varlığı ile kanser taramalarına yönelik tutumları arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 7). Yapılan bir çalışmada, kronik bir hastalığın varlığı ile kanser tarama tutumları arasında anlamlı bir fark bulunduğu ve kronik hastalığı bulunan kadınların, kanser taramalarına yönelik tutum ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (112,113). Uysal ve ark (2022)'nin yaptığı çalışmada kronik hastalığın olması kansere karşı tutum leği ortalama puanlarının anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır (111). Kıylioğlu (2023)'nin kronik hastalık durumu ile kanser taramalarına yönelik tutum leği

toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (103).

Sigara veya alkol kullanma durumuna göre kanser taramalarına yönelik tutumları arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (Tablo 7). Literatür bakıldığında alkol kullanım durumu kanser tarama testlerinden herhangi birine katılma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ama sigara kullanma durumu istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (103,114). Benzer bir sonuç metaanaliz çalışmasında KKK riski ile günlük ortalama iki kadeh alkol tüketimi arasında anlamlı bir korelasyon görülmüştür (115). Farklı bir çalışmada alkol kullananların kanser taramalarına yönelik tutumlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (116).

Aile bireylerinde kanser öyküsü varlığı ile kanser taramalarına yönelik tutumları arasında anlamlı bir fark belirlenmemiştir (Tablo 7). İlgili literatür incelendiğinde benzer bir araştırmada kanser tanısı alan akraba varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (114). Benzer şekilde Açıkgöz ark (2011) ailede kanser tanısı öyküsünün olması ile kanser taraması tutumu arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (106). Aynı şekilde Uysal ve ark (2022)'nin yaptığı çalışmada ailede kanser öyküsü olması ile kansere karşı tutum ölçeği ortalama puanlarının anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır (111). Fakat başka bir araştırmada Demirhan ve ark (2024) ailede kanser tanısı olup/olmama durumu ile kanser taramalarına yönelik tutum arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (112). Benzer şekilde Kuralay ve ark (2021) araştırmalarında kanser etkinliğine katılan bireylerde ailede kanser tanısı öyküsü durumu ile kanser taramalarına ilişkin tutum arasında anlamlı bir farklılık elde edilmiştir (104). Yaptığımız çalışma sonucunda aile bireylerinde kanser öyküsü ile kanser taramaları arasında bağlayıcılığın olmamasının sebebi kanser ve kanser taramaları hakkında farkındalıklarının düşük düzeyde olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Katılımcıların daha önce kanser taraması yaptırmaları durumlarına göre kanser taramalarına yönelik tutumları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 7). Benzer şekilde Demirhan ve ark (2024)'nin yapmış olduğu kanser taraması yaptırmaları durumu ile ilgili çalışmada kadınların çoğunluğunun kanser taraması yaptırmalarına rağmen kanser taramalarına yönelik tutum ile kanser taraması yaptırmaları arasında

anlamli bir farklılık tespit edilememiştir (112). Benzer şekilde Kıyıcı ve ark (2023) kanser taraması yaptıranlar ile yaptırmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamli bir farklılık bulunmamıştır (103).

5.2. Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeğine İlişkin Bulgular

Sosyal Güvenlik Kurumu'nda çalışan personellerin Kanser Taramalarına Yönelik Tutum ve Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları Tablo 5'de yer almaktadır.

5.2.1. Güven Yarar Alt Boyutu

Güven yarar algısı, bir bireyin hastalıklardan korunma veya mevcut bir hastalık durumunda hastalığın etkilerini hafifletme amacıyla önerilen koruyucu davranışların kendisi üzerinde faydalı olacağına dair inancını ifade eder (121). Çalışmada Personellerin KTYTÖ puanı ile KRKKYSİMÖ Güven-yarar algısı arasında orta düzeyde anlamli fark tespit edilmiştir (Tablo 8). KRKKYSİMÖ Güven-Yarar algısı alt boyut puan ortalamaları ile cinsiyet, medeni durum, ekonomik durum, kronik hastalık, sigara veya alkol kullanma, aile bireylerinde kanser öyküsü olması, daha önce kanser tanısı alma ve daha önce kanser taraması yaptırma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamli bir fark saptanmamıştır (Tablo 9). İlgili literatürde bu değişkenler arasında anlamli ilişki saptanmıştır (117,118,119,120). Bizim çalışmamız literatürle paralellik göstermemekte olup KRK'de erken tanı ve tarama programlarına yönelik bilgi eksikliğinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir (122).

Eğitim durumu ile KRKKYSİMÖ güven-yarar algısı puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamli olduğu bulunmuştur (Tablo 9). Eğitim durumundaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını değerlendirmek için post-hoc Bonferroni testi yapılmıştır. ANOVA testindeki istatistiksel anlamlılığın lise ve üniversite grupları arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur. Kaçan ve ark (2021) yapmış oldukları çalışmada benzer şekilde eğitim durumu ile güven yarar algı puanları açısından istatistiksel olarak anlamli farklılık bulunmaktadır (123).

5.2.2. Duyarlılık Alt Boyutu

Duyarlılık algısı, bir bireyin sağlık durumunda meydana gelebilecek potansiyel riskleri fark etmesi olarak tanımlanabilir. Yüksek düzeydeki duyarlılık algısı, kişinin hastalıkların önlenmesi ve tarama faaliyetlerine katılma ihtimalini artıran bir

faktördür (121). Katılımcıların KTYTÖ puanı ile KRKKYSİMÖ Duyarlılık alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 8). KRKKYSİMÖ Duyarlılık algısı alt boyut puan ortalamaları ile medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum, kronik hastalık, sigara veya alkol kullanma, aile bireylerinde kanser öyküsü olması, daha önce kanser tanısı alma ve daha önce kanser taraması yaptıрма durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir. Katılımcıların cinsiyete göre KRKKYSİMÖ Duyarlılık algısı puan ortalamaları incelendiğinde, kadınların puan ortalamasının erkeklerinkinden yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 10). Literatür incelendiğinde benzer şekilde, duyarlılık algısının Güver ve ark. (2021) çalışmasında $10,581 \pm 4,838$ (124); Koçak (2018)'in çalışmasında $11,29 \pm 3,57$ (125); Öztaş ve ark. (2018)'in çalışmasında $14,41 \pm 4,28$ (126); Çetin (2019)'in araştırmasında $10,46 \pm 5,43$ olduğu görülmüş ve sonuçların düşük düzeyde anlamlılığı saptanmıştır (126).

5.2.3. Engel Alt Boyutu

Engel algısı, bireyin hedeflenen olumlu sağlık davranışının potansiyel olumsuz sonuçlarını fark etmesidir. Sağlık inanç modeline göre, engel algısının düzeyi arttıkça, bireyin koruyucu sağlık davranışlarını sergileme olasılığı da azalmaktadır (121). Katılımcıların KTYTÖ ile KRKKYSİMÖ Engel algısı alt boyutu arasında düşük düzeyde negatif ilişki saptanmıştır (Tablo 8). Katılımcıların cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, kronik hastalık, sigara veya alkol kullanma, aile bireylerinde kanser öyküsü olması, daha önce kanser tanısı alma ve daha önce kanser taraması yaptıрма durumlarına göre KRKKYSİMÖ Engel algısı alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çalışmamız literatürle paralellik göstermemekle birlikte Kaçan ve ark. (2021)'in yapmış olduğu çalışmada Engel Algısı puan ortalaması $17,16 \pm 4,77$ ortalamanın üstünde olduğu saptanmıştır. Başka bir çalışmada kadınların Engel Algısı puan ortalamaları anlamlı derecede daha fazla bulunmuştur; eğitim seviyesi yüksek olanların anlamlı derecede engel algısı puanları daha düşük bulunmuştur (123). Taştan ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi yüksek olanların engel algısı puanlarının daha düşük olduğu bildirilmiştir (127). Wong ve ark. (2013)'in çalışmasında KRK taramalarına katılım sağlık inanç modeli engel algısı alt boyutu ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık olduğu, erkeklerin engel algılarının daha düşük olduğu saptanmıştır (128).

Literatürde KRK taramalarına katılımı engel algısı puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmektedir (117,118,129).

Katılımcıların ekonomik durumuna göre KRKKYSİMÖ Engel algısı puan ortalamaları incelendiğinde ise ekonomik durumu iyi, orta ve kötü (16.21 ± 3.75) olan personeller arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (Tablo 11). Ekonomik durumu iyi ve kötü olan gruplar arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur. Omran ve ark. (2010)'ın yılında Ürdün'de yaptıkları çalışmada gelir durumunun engel algısı ile anlamlı farklılık olduğu belirtilmiştir (130). Wong ve ark. (2013)'ın yaptıkları çalışmada gelir durumunun KRK taramasına katılımını etkilediği ve taramalara katılımın önündeki engel olarak belirtilmiştir (128). Literatürde yüksek gelirin sağlığı koruma davranışlarından kanser taramalara katılımın olasılığını arttırdığı belirtilmiştir (128,130,131,132).

5.2.4. Sağlık Motivasyon Alt Boyutu

Sağlık motivasyonu, bireyin sürdürülebilir bir sağlık durumu elde edebilmesi için gerekli olan inançlar, tutumlar ve eylemler bütünü olarak tanımlanabilir (133). Personellerin KTYTÖ toplam puanı ile KRKKYSİMÖ Sağlık motivasyonu algısı alt boyutu ile zayıf yönde pozitif yarar ilişkisi saptanmıştır (Tablo 8). Katılımcıların cinsiyet, medeni durum, ekonomik durum, kronik hastalık, sigara veya alkol kullanma, aile bireylerinde kanser öyküsü olması, daha önce kanser tanısı alma ve daha önce kanser taraması yaptırmaları durumlarına göre KRKKYSİMÖ sağlık motivasyonu algısı alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir. Çalışmamız literatürle paralellik göstermekle birlikte Koçak ve ark. (2018)'ın sağlık motivasyon algısı alt boyutu puan ortalamasının iyi düzeyde olduğu saptanmıştır (125). Benzer şekilde Türk (2015)'ün çalışmasında, Öztaş ve ark. (2018)'nin çalışmasında sağlık motivasyon algısı puan ortalamasının $16,29 \pm 2,94$ olduğu görülmüştür (117, 126).

Katılımcıların lise ve lisansüstü eğitim grupları ile KRKKYSİMÖ Sağlık motivasyonu arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 12). Benzer şekilde Kaçan ve ark. (2021) araştırmasında eğitim seviyesi yüksek olanların sağlık motivasyonu puanları anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (123). Fakat başka bir çalışmada Koçak ve ark. (2018) yapmış olduğu çalışmada eğitim durumu incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (125). İran'da

gerçekleştirilen bir araştırma, katılımcıların eğitim düzeyinin yükselmesinin, KRK taramalarına katılım üzerinde olumlu bir etkisi olabileceğini belirtilmiştir (134). Yüksek düzeyde sağlık motivasyonu, bireylerin sağlıklarını koruma ve iyileştirme yönündeki tutum ve davranışlarını olumlu şekilde etkiler (123,133,135).

5.2.5. Ciddiyet Alt Boyutu

Ciddiyet algısı, bireyin karşılaştığı tehdit edici bir durumun yarattığı kaygıları ve bu durumun potansiyel olumsuz etkilerini kavrayışını ifade etmektedir. Bu, hastalığın ve olası sonuçlarının ciddiyetine dair bir farkındalık ve önemseme durumu olarak tanımlanabilir (136). Personellerin KTYTÖ puanı ile KRKKYSİMÖ Ciddiyet algısı arasında herhangi bir anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 8). KRKKYSİMÖ Ciddiyet algısı alt boyut puan ortalamaları ile sosyo-demografik özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 13). Çalışmamız literatürle paralellik göstermemekle birlikte Koçak ve ark. (2018)'in ciddiyet algısı alt boyutu puan ortalamasının iyi düzeyde olduğu tespit edilmiştir (125). Türk (2015)'ün çalışmasında ise ciddiyet algısı puan ortalamasının düşük olduğu görülmüştür, Öztaş ve ark. (2018)'in çalışma bulguları ile benzerlik gösterdiği saptanmıştır (117,126). Ben Natan ve ark. (2019)'ın yapmış olduğu çalışmada İsrail'de 50-79 yaş arasındaki bireylerle gerçekleştirdikleri araştırmada, katılımcıların ciddiyet seviyeleri ile elde ettikleri puanlar arasında olumlu bir ilişki gözlemlenmiştir (139). Yapılan bir araştırmada, KRK taramaları konusundaki bilgi düzeyi ile modelin alt boyutlarından biri olan ciddiyet algısı alt boyutunun puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu ifade edilmiştir (130). Koç ve ark. (2014)'in araştırmasında, evli bireylerin ciddiyet algılarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (129). Başka bir araştırmada, yaşın ilerlemesiyle birlikte ciddiyet algısının yükseldiği ifade edilmiştir (140). Sosyo-kültürel seviyesi yüksek olan bu bireyler, risk danışmanlığı ve tarama programlarına katılım konusunda kolaylıkla teşvik edilebilir olduğu kanıtlanmıştır (123).

Personellerin ekonomik durumuna göre KRKKYSİMÖ Ciddiyet algısı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ve istatistiksel anlamlılığın ekonomik durumu iyi ve kötü olan gruplar ile iyi ve orta gruplar arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur (Tablo 13). Topaloğlu (2020)'nin yapmış olduğu girişimsel bir çalışma sonucunda yoksul bireylerin KRK kanser erken

tanı davranışlarına yönelik ciddiye algısında yükselme olduğu saptanmıştır (141). Uluslararası literatürde yer alan araştırmalar, düşük sosyoekonomik statünün (düşük gelir) tarama programlarına katılım oranlarının daha düşük olmasıyla ilişkilendirildiğini ortaya koymaktadır (142,143,144).

Personellerin kronik hastalığa göre KRKKYSİMÖ ciddiye algısı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur (Tablo 13). İlgili literatür incelendiğinde Kaçan ve ark. (2021)'ın kronik hastalık olma durumları arasında ciddiye algısı alt boyutunun puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (123). Farklı bir çalışmada kronik hastalık varlığı ile sağık inanç düzeyi arasında ilişki olduğu saptanmıştır (124).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Katılımcıların kanser taramalarına yönelik tutumunun yüksek olduğu, kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inançları ile ilgili Güven-yarar algısının yüksek, duyarlılık algısının düşük, engel algısının düşük, Sağlık motivasyonu ve Ciddiyet algısının yüksek olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile kanser taraması tutumları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Katılımcıların kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inançlarının Güven-Yarar Algısı Alt Boyutu ile eğitim durumu, Sağlık Motivasyonu ile eğitim durumu, Duyarlılık Algısı Alt Boyutu ile cinsiyet, Ciddiyet alt boyutu puan ortalamaları ile cinsiyet ve kronik hastalık varlığı arasında anlamlı fark bulunmuştur. Ayrıca kanser taramalarına yönelik tutumları ile kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inançlarındaki güven-yarar algısı ile orta düzeyde, pozitif; engel algısı ile zayıf düzeyde, negatif; ve sağlık motivasyonu algısı ile zayıf düzeyde, pozitif bir ilişki saptanmıştır. Duyarlılık ve ciddiyet algısı arasında ilişki bulunmamıştır. Elde edilen bulgular doğrultusunda, bireylerin kanser taramalarına ilişkin tutumları üzerinde kanser bilgi yükünün etkisini değerlendiren toplum tabanlı nitel ve nicel araştırmaların farklı örneklem gruplarıyla yapılması önerilmektedir. Halk sağlığı hemşirelerinin kanserden korunma ve kanser taramaları konularında farkındalık yaratmaya yönelik eğitim programlarının düzenlemesi ve danışmanlık hizmetlerini vermesi önerilmektedir. Buna ek olarak, bireylerin kanserden korunma konusunda doğru ve güvenilir bilgiye ulaşmalarını sağlamak ve erken tanı ile tedavi süreçlerine yönelik davranışlarını olumlu şekilde etkilemek amacıyla, sağlık profesyonelleri ve hemşireler tarafından, geçerli ve tutarlı verilerin sunulacağı eğitim programlarının uygulanması önerilmektedir. Benzer araştırmaların farklı örneklem gruplarında yeniden yapılması, hem literatüre katkı sağlamak hem de bireylerde konuya dair farkındalık oluşturmak, dolayısıyla toplumsal sağlığı iyileştirmek açısından büyük önem taşımaktadır.

7. KAYNAKLAR

1. Vetrenkienė V, Guntarskis G. Įsitraukimą į atrankinės vėžio patikros programą didinančių intervencijų veiksmingumas. 2023
2. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye kanser istatistikleri. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2017
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Kanser Taramaları [Internet]. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari>
4. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, ark. Küresel kanser istatistikleri 2020: GLOBOCAN'ın 185 ülkede 36 kanser için dünya çapındaki kişiler ve ölüm tahminleri. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209-49
5. TC Sağlık TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ulusal Kanser Kontrol Planı 2013-2018. Şu adresten ulaşılabilir: https://www.icc-liman.veya/sistem/dosyalar/planlar/Ulusal_Kanser_Kontrol_P.pdf.
6. Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. Ankara: Nobel Yayınları; 2014.
7. Dekker E, Tanis PJ, Vleugels JL, Kasi PM, Wallace MB. Kolorektal kanser. Lancet. 2019;394(10207):14
8. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2018;68(6):394-424.
9. Fidler MM, Bray F, Vaccarella S, Soerjomataram I. Assessing global transitions in human development and colorectal cancer incidence. Int J Cancer. 2017;140(12):2709-2715.
10. Özgören E, Kisli E, Aydın M, Aslantürk H, Güler O, Başer M, ark. Kolorektal kanserlerde tedavi yaklaşımlarımız. Van Tıp Derg. 2001;8(4):124-127.
11. Henrikson NB, Webber EM, Goddard KA, Scrol A, Piper M, Williams MS, ark. Family history and the natural history of colorectal cancer: systematic review. Genet Med. 2015;17(9):702-712.
12. Schoen RE, Razzak A, Kelly JY, Berndt SI, Firl K, Riley TL, ark. Incidence and mortality of colorectal cancer in individuals with a family history of colorectal cancer. Gastroenterology. 2015;149(6):1438-1445.

13. Mishra J, Drummond J, Quazi SH, Karanki SS, Shaw JJ, Chen B, ark. Prospective of colon cancer treatments and scope for combinatorial approach to enhanced cancer cell apoptosis. Crit Rev Oncol Hematol. 2013;86(3):232-250.
14. İlaslan E, Özer Z, Kol E. Kolorektal kanserlerde palyatif bakım hemşireliği. JAREN. 2017;3(1):43-48.
15. Duluklu B, Çelik SŞ. Kolostomisi olan bireylerde yaşam kalitesi: Sorunlar ve hemşirelik girişimleri. Hacettepe Univ Hemşirelik Fak Derg. 2019;6(2):111-119.
16. Vonk-Klaassen SM, de Vocht HM, den Ouden ME, Eddes EH, Schuurmans MJ. Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review. Qual Life Res. 2016;25:125-133.
17. Saruhan Ç. Kolorektal kanserlerin cerrahi tedavi sürecinde hemşirelik bakımı. Samsun Sağlık Bilimleri Derg. 2022;7(3):637-656.
18. Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları. Dokuz Eylül Univ Tıp Fak Derg. 2011;25(3):145-154.
19. Turan E, Yalçın BM, Yücel İ, Mustafa ÜNAL. İlk kez tanı konan kolorektal kanser hastalarının epidemiyolojik özellikleri. Turk Aile Hek Derg. 2012;16(4).
20. Yiğitbaş Ç, Bulut A, Bulut A, Semerci M. Bingöl Devlet Hastanesine başvuran yetişkinlerin kanser tarama testlerine ilişkin bilgi ve tutumları. Turk Jinekolojik Onkol Derg. 2016;19(2):29-38.
21. Bayçelebi G, Aydın F, Gökosmanoğlu F, Tat TS, Varım C. Trabzon'da kanser tarama testleri farkındalığı. J Hum Rhythm. 2015;1(3):90-94.
22. Solmi F, Von Wagner C, Kobayashi LC, Raine R, Wardle J, Morris S. Decomposing socio-economic inequality in colorectal cancer screening uptake in England. Soc Sci Med. 2015;134:76-86.
23. ÖZSÖYLER M, ÇAPAR ZG, Keser M. Aile hekimliği polikliniğine başvuran 35 yaş ve üzeri hastaların kanser tarama testleri hakkında bilgi ve tutumları. Forbes J Med. 2023;4(1).
24. National Cancer Institute-NCI. Erişim Linki: <https://www.cancer.gov/search/results?swKeyword=oral+mucositis>. Erişim Tarihi: 18.03.2023.

25. World Health Organization. Cancer Mortality and Projections. World Health Organization Report; 2023.
26. American Cancer Society. Colorectal Cancer: Overview and Statistics. American Cancer Society; 2023.
27. International Agency for Research on Cancer. Global Cancer Statistics 2022. IARC; 2022.
28. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2020: Colorectal Cancer Incidence and Mortality. IARC; 2020.
29. Karakaya A, ark. Colorectal cancer incidence in Turkey: Current data and trends. Turk J Gastroenterol. 2021;32(1):30-38.
30. Türk Kanser Derneği. Türkiye'de Kolorektal Kanser Mortalite Verileri ve Erken Tanı Yöntemleri. Turk Kanser Derg. 2020;45(2):143-151.
31. World Health Organization. Global cancer statistics 2024. World Health Organization; 2024. Available from: <https://www.who.int/cancer/statistics>
32. Global Cancer Observatory. Global Cancer Data. International Agency for Research on Cancer; 2023. Available from: <https://gco.iarc.fr/>
33. Türk Kanser Derneği. Türkiye'de Kanser Sıklığı ve İnsidansı Üzerine Yıllık Rapor. Türk Kanser Derneği; 2023.
34. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Parkin DM, Piñeros M, Znaor A, ark. Cancer statistics for the year 2020: An overview. Int J Cancer. 2021;149(4):778-789.
35. Stoffel EM, Murphy CC. Epidemiology and mechanisms of the increasing incidence of colon and rectal cancers in young adults. Gastroenterology. 2020;158(2):341-53.
36. Puzzono M, Mannucci A, Grannò S, Zuppardo RA, Galli A, Danese S, Cavestro GM. The role of diet and lifestyle in early-onset colorectal cancer: a systematic review. Cancers. 2021;13(23):5933.
37. Taylor R, ark. Racial disparities in colorectal cancer incidence: A comparative study. J Cancer Epidemiol. 2021;29(3):256-64.
38. Carethers JM, Doubeni CA. Causes of socioeconomic disparities in colorectal cancer and intervention framework and strategies. Gastroenterology. 2020;158(2):354-67.

39. Harris T, Wilson K. Socioeconomic status and colorectal cancer: Impact of income on cancer incidence. *Cancer Soc.* 2022;47(1):85-93.
40. Lee M, ark. Urban-rural disparities in colorectal cancer incidence: A global perspective. *J Cancer Res.* 2023;58(4):410-8.
41. Smith J, Jones R. Dietary factors and colorectal cancer risk: A review of evidence. *J Nutr Cancer Prev.* 2023;56(2):108-15.
42. Smith R, ark. The impact of smoking on colorectal cancer risk: A review of evidence. *J Cancer Res.* 2022;60(4):320-8.
43. Williams S, ark. Alcohol and colorectal cancer: The role of acetaldehyde and carcinogenic metabolites. *J Clin Oncol.* 2023;41(2):250-8.
44. Siegel RL, Miller KD, Goding Sauer A, Fedewa SA, Butterly LF, Anderson JC, ark. Colorectal cancer statistics, 2020. *CA Cancer J Clin.* 2020;70(3):145-64.
45. Lewandowska A, Rudzki G, Lewandowski T, Strykowska-Gora A, Rudzki S. Risk factors for the diagnosis of colorectal cancer. *Cancer Control.* 2022;29:10732748211056692.
46. La Vecchia S, Sebastián C. Metabolic pathways regulating colorectal cancer initiation and progression. In: *Seminars in Cell & Developmental Biology.* Vol 98. Academic Press; 2020. p. 63-70.
47. Malik HZ, ark. Inflammatory bowel disease and colorectal cancer risk. *Colorectal Dis.* 2020;22(1):10-20.
48. Holtedahl K, Borgquist L, Donker GA, ark. Symptoms and signs of colorectal cancer, with differences between proximal and distal colon cancer: a prospective cohort study of diagnostic accuracy in primary care. *BMC Fam Pract.* 2021;22:148. doi: 10.1186/s12875-021-01452-6.
49. Kemp JA, Kwon YJ. Cancer nanotechnology: current status and perspectives. *Nano Convergence.* 2021;8:34. doi: 10.1186/s40580-021-00282-7.
50. Sadighbayan D, Sadighbayan K, Tohid-Kia MR, Khosroushahi AY, Hasanzadeh M. Development of electrochemical biosensors for tumor marker determination towards cancer diagnosis: recent progress. *TrAC Trends Anal Chem.* 2019;118:73-88. doi: 10.1016/j.trac.2019.05.014.
51. Qaderi SM, Dickman PW, de Wilt JH, Verhoeven RH. Conditional survival and cure of patients with colon or rectal cancer: a population-based study. *J Natl Compr Canc Netw.* 2020;18(9):1230-7.

52. Hamers P, Elferink MA, Stellato RK, Punt CJ, May AM, Koopman M, Vink GR. Informing metastatic colorectal cancer patients by quantifying multiple scenarios for survival based on real-life data. *J Natl Compr Canc Netw*. 2020.
53. Iannone A, Losurdo G, Pricci M, Girardi B, Massaro A, Principi M, ark. Stool investigations for colorectal cancer screening: From occult blood test to DNA analysis. *J Gastrointest Cancer*. 2016;47(2):143-51.
54. Wolf AND, Fontham ETH, Church TR, Flowers CR, Guerra CE, LaMonte SJ, ark. Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update from the American Cancer Society. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(4):250-81.
55. Murphy CC, Sen A, Watson B, Gupta S, Mayo H, Singal AG. A systematic review of repeat fecal occult blood tests for colorectal cancer screening. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2020;29(2):278-87.
56. López LXR, Díaz ÁLM, Solano LML, Orozco BR, Saavedra KDC. Técnicas de diagnóstico para detección de sangre oculta en heces como biomarcador de cáncer colorrectal. *Cienc Salud Virtual*. 2020;12:102-112.
57. Gies A, Bhardwaj M, Stock C, Schrotz-King P, Brenner H. Quantitative fecal immunochemical tests for colorectal cancer screening. *Int J Cancer*. 2018;143(2):234-44.
58. Park DI, Ryu S, Kim YH, Lee SH, Lee CK, Eun CS, Han DS. Comparison of guaiac-based and quantitative immunochemical fecal occult blood testing in a population at average risk undergoing colorectal cancer screening. *Am J Gastroenterol*. 2010;105(9):2017-2025.
59. American Cancer Society. Colorectal cancer early detection, diagnosis, and staging [Internet]. 2018 [cited 2018 Mar 27]. Available from: <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8606.00.pdf>.
60. Morgan E, Arnold M, Gini A, ark. Global burden of colorectal cancer in 2020 and 2040: incidence and mortality estimates from GLOBOCAN. *Gut*. 2023;72:338-44.
61. Bengi G, Soytürk M. Kolorektal premalign ve malign lezyonlarda endoskopik tanı ve tedavi yöntemleri. *Türkiye Klinikleri J Med Oncol-Special*. 2013;6(3):34-39.

62. MacLeod C, Hudson J, Brogan M, Cotton S, Treweek S, MacLennan G, Watson AJ. ScotCap—A large observational cohort study. *Colorectal Dis.* 2022;24(4):411- 421.
63. Deding U, Bjørsum-Meyer T, Kaalby L, Kobaek-Larsen M, Thygesen MK, Madsen JB, Kroijer R, Baatrup G. Colon capsule endoscopy in colorectal cancer screening: Interim analyses of randomized controlled trial CareForColon2015. *Endosc Int Open.* 2021;9(11):E1712-9. doi: 10.1055/a-1546-8727. PMID: 34790535; PMCID: PMC8589533
64. Sulbaran M, Bustamante-Lopez L, Bernardo W, Sakai CM, Sakai P, Nahas S, Moura EG. Systematic review and meta-analysis of colon capsule endoscopy accuracy for colorectal cancer screening: An alternative during the COVID-19 pandemic? *J Med Screen.* 2022;29(3):148-155.
65. Moen S, Vuik FE, Kuipers EJ, Spaander MC. Artificial intelligence in colon capsule endoscopy—a systematic review. *Diagnostics.* 2022;12(8):1994.
66. Von Wagner C, Knight K, Halligan S, Atkin W, Lilford R, Morton D, Wardle J. Patient experiences of colonoscopy, barium enema and CT colonography: a qualitative study. *Br J Radiol.* 2009;82(973):13-19.
67. Mulhall BP, Veerappan GR, Jackson JL. Meta-analysis: computed tomographic colonography. *Ann Intern Med.* 2005;142(8):635-650.
68. Kawasaki K, Nakamura S, Eizuka M, Tanaka Y, Kumei T, Yanai S, ark. Is barium enema examination negligible for the management of colorectal cancer? Comparison with conventional colonoscopy and magnifying colonoscopy. *Jpn J Radiol.* 2021;39(12):1159-67.
69. Halligan S, Lilford RJ, Wardle J, Morton D, Rogers P, Wooldrage K, ark. Design of a multicentre randomized trial to evaluate CT colonography versus colonoscopy or barium enema for diagnosis of colonic cancer in older symptomatic patients: the SIGGAR study. *Trials.* 2007;8:1-9.
70. Von Wagner C, Knight K, Halligan S, Atkin W, Lilford R, Morton D, Wardle J. Patient experiences of colonoscopy, barium enema and CT colonography: a qualitative study. *Br J Radiol.* 2009;82(973):13-19.

71. Patel SG, May FP, Anderson JC, Burke CA, Dominitz JA, Gross SA, ark. Updates on age to start and stop colorectal cancer screening: recommendations from the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Gastroenterology*. 2022;162(1):285-299.
72. Ng K, May FP, Schrag D. US Preventive Services Task Force recommendations for colorectal cancer screening: forty-five is the new fifty. *JAMA*. 2021;325(19):1943-1945.
73. Segnan N, Dekker E, Doria-Rose VP, Senore C, Rabeneck L, Lansdorp-Vogelaar I, ark. Comparing colorectal cancer screening outcomes in the international cancer screening network: a consortium proposal. *Gastroenterology*. 2022;162(3):668-674.
74. Rubin L, Okitondo C, Haines L, Ebell M. Interventions to increase colorectal cancer screening adherence in low-income settings within the United States: A systematic review and meta-analysis. *Prev Med*. 2023;172:107522.
75. Shaukat A, Levin TR. Current and future colorectal cancer screening strategies. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2022 Aug;19(8):521-531. doi: 10.1038/s41575-022-00612-y. Epub 2022 May 3. Erratum in: *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2022 Aug;19(8):551. doi: 10.1038/s41575-022-00661-3. PMID: 35505243; PMCID: PMC9063618.
76. Van Cutsem E, Cervantes A, Adam R, Sobrero A, Van Krieken JH, Aderka D, ark. ESMO consensus guidelines for the management of patients with metastatic colorectal cancer. *Ann Oncol*. 2016;27(8):1386-1422.
77. Park SC, Sohn DK, Kim MJ, Chang HJ, Han KS, Hyun JH, ark. Phase II clinical trial to evaluate the efficacy of transanal endoscopic total mesorectal excision for rectal cancer. *Dis Colon Rectum*. 2018;61(5):554-560.
78. Gajewski TF, Schreiber H, Fu YX. Innate and adaptive immune cells in the tumor microenvironment. *Nat Immunol*. 2013;14(10):1014-1022.
79. Lockyer S, Spiro A, Stanner S. Dietary fibre and the prevention of chronic disease—should health professionals be doing more to raise awareness? *Nutr Bull*. 2016;41(3):214-231.

80. Benito L, García M, Binefa G, Mila N, Vidal C, Lluch MT, ark. Cross-sectional survey on awareness of colorectal cancer and a screening programme for primary health care professionals in Catalonia, Spain. *Eur J Cancer Care*. 2016;25(6):992-1004.
81. Long J, Shah J. Engaging more nurses in cancer preventive care: Challenges and opportunities. *J Healthc Manag*. 2018;63(4):261-268.
82. Kisling LA, Das JM. Prevention strategies. In: StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; 2023. Available from: <https://www.statpearls.com>
83. McIlfatrick S, Keeney S, McKenna H, McCarley N, McIlwee G. Exploring the actual and potential role of the primary care nurse in the prevention of cancer: a mixed methods study. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2014 May;23(3):288-99. doi: 10.1111/ecc.12119. Epub 2013 Sep 4. PMID: 24004198.
84. Lockyer S, Spiro A, Stanner S. Dietary fibre and the prevention of chronic disease: Should health professionals be doing more to raise awareness? *Nutr Bull*. 2016;41(3):214-231. doi: 10.1111/nbu.12212
85. O'Keefe LC, Sullivan MM, McPhail A, Van Buren K, Dewberry N. Screening for colorectal cancer at the worksite. *Workplace Health Saf*. 2018 Apr;66(4):183-190. doi: 10.1177/2165079917733483. Epub 2017 Oct 11. PMID: 29020876.
86. Crawford J. Promoting colorectal cancer screening among South Asian populations: Strategies to promote access. *Can Oncol Nurs J*. 2018 Apr 1;28(2):146-148. PMID: 31148789; PMCID: PMC6516899.
87. Kisling LA, Das JM. Prevention strategies [Online]. Island: StatPearls Publishing; 2021 [cited 2025 Jan 7]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537222/>.
88. Laird SA, Raudonis BM. Colorectal cancer screening practices among Texas nurse practitioners and physician assistants. *Gastroenterol Nurs*. 2020 Mar/Apr;43(2):156-63. doi: 10.1097/SGA.0000000000000414. PMID: 32251217.

89. Kallenberg FGJ, Aalfs CM, The FO, Wientjes CA, Depla AC, Mundt MW, Bossuyt PMM, Dekker E. Evaluation of an online family history tool for identifying hereditary and familial colorectal cancer. *Fam Cancer*. 2018 Jul;17(3):371-80. doi: 10.1007/s10689-017-0041-7. PMID: 28936633; PMCID: PMC5999176.
90. WHO. EPHO5: Disease Prevention, Including Early Detection of Illness [Internet]. 2022 [cited 2024 Jan 7]. Available from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations/epho5-disease-prevention,-including-early-detection-of-illness2>.
91. Sawicki T, Ruszkowska M, Danielewicz A, Niedźwiedzka E, Arłukowicz T, Przybyłowicz KE. A Review of Colorectal Cancer in Terms of Epidemiology, Risk Factors, Development, Symptoms and Diagnosis. *Cancers (Basel)*. 2021 Apr 22;13(9):2025. doi: 10.3390/cancers13092025. PMID: 33922197; PMCID: PMC8122718.
92. Pareja F, Ptashkin RN, Brown DN, Derakhshan F, Selenica P, da Silva EM, ark. Cancer-causative mutations occurring in early embryogenesis. *Cancer Discov*. 2022 Apr;12(4):949-957. doi: 10.1158/2159-8290.CD-21-1442.
93. Elmore LW, Greer SF, Daniels EC, Saxe CC, Melner MH, Krawiec GM, Cance WG, Phelps WC. Blueprint for cancer research: Critical gaps and opportunities. *CA Cancer J Clin*. 2021 Mar;71(2):107-139. doi: 10.3322/caac.21652. Epub 2020 Dec 16. PMID: 33326126.
94. Akbaba H, Erel-Akbaba G, Başpınar Y, Şentürk Ş. Design of liposome formulations for CRISPR/Cas9 enzyme immobilization: Evaluation of 5-alpha-reductase enzyme knockout for androgenic disorders. *ACS Omega*. 2023 Nov 20;8(48):46101-46112. doi: 10.1021/acsomega.3c07138. PMID: 38075788; PMCID: PMC10702188.

95. Islami F, Goding Sauer A, Miller KD, Siegel RL, Fedewa SA, Jacobs EJ, McCullough ML, Patel AV, Ma J, Soerjomataram I, Flanders WD, Brawley OW, Gapstur SM, Jemal A. Proportion and number of cancer cases and deaths attributable to potentially modifiable risk factors in the United States. *CA Cancer J Clin.* 2018 Jan;68(1):31-54. doi: 10.3322/caac.21440. Epub 2017 Nov 21. PMID: 29160902.
96. Baykara O. Kanser tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2016;5(3):154-165.
97. Siegel RL, Wagle NS, Cercek A, Smith RA, Jemal A. Colorectal cancer statistics, 2023. *CA Cancer J Clin.* 2023 May-Jun;73(3):233-254. doi: 10.3322/caac.21772. Epub 2023 Mar 1. PMID: 36856579.
98. Wolf AMD, Fontham ETH, Church TR, Flowers CR, Guerra CE, LaMonte SJ, Etzioni R, McKenna MT, Oeffinger KC, Shih YT, Walter LC, Andrews KS, Brawley OW, Brooks D, Fedewa SA, Manassaram-Baptiste D, Siegel RL, Wender RC, Smith RA. Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update from the American Cancer Society. *CA Cancer J Clin.* 2018 Jul;68(4):250-281. doi: 10.3322/caac.21457. Epub 2018 May 30. PMID: 29846947.
99. Kaya, C., Üstü, Y., Özyörük, E., Aydemir, Ö., Şimşek, Ç., & Şahin, A. D. (2017). Knowledge, attitudes and behaviors of health workers about cancer screenings. *Ankara Medical Journal*, 17(1).
100. Silveira NSP, Vasconcelos CTM, Nicolau AIO, Oriá MOB, Pinheiro PND C, Pinheiro AKB. Knowledge, attitude and practice of the smear test and its relation with female age. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2016;24:e2699.
101. Cooper CP, Polonec L, Gelb CA. Women's knowledge and awareness of gynecologic cancer: a multisite qualitative study in the United States. *J Womens Health (Larchmt).* 2011 Apr;20(4):517-24. doi: 10.1089/jwh.2011.2765. Epub 2011 Mar 17. PMID: 21413897.
102. Uçar E, Tümer A. Kadınların sağlık algıları ile serviks kanseri-Pap smear testi sağlık inançları arasındaki ilişki. *Etkili Hemşirelik Derg.* 2024;17(2):283-94. doi: 10.46483/jnef.1468671.

103. Gök Uğur H, Aksoy Derya Y, Yılmaz Yavuz A, Şılbır MF, Öner A. Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 30-70 Yaş Grubu Kadınların Ulusal Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Tutum ve Davranışları: Karadeniz Bölgesi'nde Bir İl Örneği. STED. 2019;28(5):340-8.
104. Kuralay Ç, İşcan Ayyıldız N, Evcimen H. KANSER ETKİNLİĞİNE KATILAN BİREYLERİN KANSERE İLİŞKİN TUTUMLARININ BELİRLENMESİ. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences. 2021;24(4):531-8.
105. Yegenler F, Tunc Karaman S, Yegenler B, Basat O. Evaluation of attitudes and behaviors towards cancer screening in people 30-70 years old. Eur J Hum Health. 2023;3(2):15-25.
106. Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Kadınların Kanser Konusunda Bilgi ve Tutumları ile Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Davranışları,. DEU Tıp Derg. 2011;25(3):145-54.
107. Sözeri Öztürk E, Güneş B. Hemşirelerin Kanser ve Kanser Taramalarına Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi. HUHEMFAD. 2024;11(2):152-159.
108. Babaoğlu A, Büyüközmen E, Can F. İzmir'de Toplumda Kanser Tarama Testleri Farkındalığı ve Bireylerin Kanser Tarama Testlerine Katılımını Etkileyen Faktörler. Med J West Black Sea. 2021;5(2):173-81.
109. Al Yahyai T, Al Raisi M, Al Kindi R. Knowledge, attitudes, and practices regarding cervical cancer screening among Omani women attending primary healthcare centers in Oman: A cross-sectional study. Asian Pac J Cancer Prev. 2021 Mar 1;22(3):775-83. doi: 10.31557/APJCP.2021.22.3.775. PMID: 33773541; PMCID: PMC8286659.
110. Huang J, Choi P, Pang TWY, Chen X, Wang J, Ding H, Jin Y, Zheng ZJ, Wong MCS. Factors associated with participation in colorectal cancer screening: A population-based study of 7200 individuals. Eur J Cancer Care (Engl). 2021 Mar;30(2):e13369. doi: 10.1111/ecc.13369. PMID: 33205473.
111. Uysal N, Ünal Toprak F. Kadınların sağlık algıları, kanser taramalarına yönelik tutumları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2022;6(1):65-76. doi: 10.46237/amusbfd.926839.

112. Demirhan N, Ertas H. Kadınların sağlıklı yaşam farkındalıkları ve sağlık anksiyetelerinin kanser taramalarına yönelik tutumları üzerine etkisinin incelenmesi. 2024.
113. Pancar N. Pınarhisar'da 50 yaş ve üzeri yetişkinlerde sağlık okuryazarlığının kolorektal kanser tarama davranışlarıyla ilişkisi [Yüksek lisans tezi]. Kırklareli: Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2020.
114. Bostan Akmeşe N, Altunbaş K. Bir eğitim ve araştırma hastanesindeki hemşirelerin kanser taramalarına yönelik tutumları ve kadercilik eğilimleri. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*. 2023;5(3):271-285. doi:10.54061/jphn.1308469.
115. Johnson CM, Wei C, Ensor JE, Smolenski DJ, Amos CI, Levin B, Berry DA. Meta-analyses of colorectal cancer risk factors. *Cancer Causes Control*. 2013 Jun;24(6):1207-22. doi: 10.1007/s10552-013-0201-5. Epub 2013 Apr 6. PMID: 23563998; PMCID: PMC4161278.
116. Yıldırım Öztürk EN, Uyar M, Şahin TK. Development of an attitude scale for cancer screening. *Turk J Oncol*. 2020;35(4):394-404.
117. Türk S. Kolon kanserinin erken tanısına yönelik tutumların sağlık inanç modeline temellendirilerek incelenmesi. Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.
118. Yılmaz M, Dereli F, Yelten G. Elli yaş ve üzerindeki bireylerin bazı sosyodemografik özellikleri, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık inançlarının kolon kanserine ilişkin tarama davranışlarına etkisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma*. 2016;13(3):226-34.
119. Lin TY, Chuang ST, Huang SF, Hsu HP, Lu LT, Guo JL. Likelihood of a fecal occult blood test uptake among older adults: comparisons between health professionals and healthcare volunteers based on the health belief model. *BMC Geriatr*. 2019 Feb 21;19(1):51. doi: 10.1186/s12877-019-1067-5. PMID: 30791892; PMCID: PMC6385387.
120. Navarro I, de la Torre A, Sanz P, Arjol MA, Fernández J, Martínez MA. Organochlorine pesticides air monitoring near a historical lindane production site in Spain. *Sci Total Environ*. 2019 Jun 20;670:1001-1007. doi: 10.1016/j.scitotenv.2019.03.313. Epub 2019 Mar 21. PMID: 31018415.

121. Gözüml S, Çapık C. Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Bir Rehber: Sağlık İnanç Modeli. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2014;7(3):230-237.
122. Aytepe UE, Donmez E. Türkiye’de Kolorektal Kansere Tarama Davranışları, Etkileyen Faktörler ve Taramaya Katılmama Nedenleri: Sistematik Derleme. Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi. 2022;4(1):56-76. doi: 10.54061/jphn.980767.
123. Kaçan K, Özcan A. Kırsal alanda yaşayan kadın ve erkeklerin kolorektal kanser taramasına yönelik sağlık inançları ve etkileyen faktörler. [Yüksek Lisans Tezi]. Nevşehir: Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi; 2021.
124. Güver Y. Erkek tarım işçilerinin kolorektal kanser hakkındaki bilgi düzeyleri, sağlık inanç düzeyleri ve kanser riskinin belirlenmesi. [Yüksek Lisans Tezi]. 2021.
125. Aykaç Koçak A, Tümer A. Öğretmenlerin kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inançları. Health Academy Kastamonu. 2022;7(1):59-69. doi: 10.25279/sak.815312.
126. Öztaş B, İyigün E, Taştan S, Can MF, Öztaş M. Kolorektal kanser tanısı ile opere edilmiş hastaların birinci derece akrabalarının kanser risk algıları ve sağlık inançlarının belirlenmesi. Turk J Colorectal Dis. 2018;28(2).
127. Taştan S, Andsoy İİ, İyigün E. Evaluation of the knowledge, behavior and health beliefs of individuals over 50 regarding colorectal cancer screening. Asian Pac J Cancer Prev. 2013;14(9):5157-5163.
128. Wong RK, Wong ML, Chan YH, Feng Z, Wai CT, Yeoh KG. Gender differences in predictors of colorectal cancer screening uptake: a national cross sectional study based on the health belief model. BMC Public Health. 2013 Jul 23;13:677. doi: 10.1186/1471-2458-13-677. PMID: 23879593; PMCID: PMC3726512.
129. Koc S, Esin MN. Screening behaviors, health beliefs, and related factors of first-degree relatives of colorectal cancer patients with ongoing treatment in Turkey. Cancer Nurs. 2014 Nov-Dec;37(6):E51-60. doi: 10.1097/NCC.0000000000000121. PMID: 24476673.

130. Omran S, Ismail AA. Knowledge and beliefs of Jordanians toward colorectal cancer screening. *Cancer Nurs.* 2010 Mar-Apr;33(2):141-148. doi: 10.1097/NCC.0b013e3181b823f3. PMID: 20145539.
131. Savijärvi S, Seppä K, Malila N, Pitkaniemi J, Heikkinen S. Trends of colorectal cancer incidence by education and socioeconomic status in Finland. *Acta Oncol.* 2019 Nov;58(11):1557-1563. doi: 10.1080/0284186X.2019.1652340. Epub 2019 Aug 22. PMID: 31437070.
132. Bernardo BM, Gross AL, Young G, Baltic R, Reisinger S, Blot WJ, Paskett ED. Predictors of colorectal cancer screening in two underserved U.S. populations: A parallel analysis. *Front Oncol.* 2018 Jun 19;8:230. doi: 10.3389/fonc.2018.00230. PMID: 29971216; PMCID: PMC6018201.
133. Nahcivan NÖ, Seçginli S. Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: Bir rehber olarak sağlık inanç modelinin kullanımı. *Cumhuriyet Univ Nurs High Sch J.* 2003;7(1):33-38..
134. Bidouei F, Abdolhosseini S, Jafarzadeh N, Izanloo A, Ghaffarzadehgan K, Abdolhosseini A, ark. Knowledge and perception toward colorectal cancer screening in east of Iran. *Int J Health Policy Manag.* 2014 May 18;3(1):11-5. doi: 10.15171/ijhpm.2014.48. PMID: 24987716; PMCID: PMC4075097.
135. Jacobs AL. Health beliefs of first-degree relatives of individuals with colorectal cancer and participation in health maintenance visits: a population-based survey. *Cancer Nurs.* 2002;25(4):251-265.
136. Nar Ş. Kolorektal kanserli hastaların birinci derece akrabalarının hastalıkla ilgili inançları. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.
137. Gözüm S, Karayurt Ö, Aydın İ. Meme kanseri taramalarında Champion'un sağlık inanç modeli ölçeğinin Türkçe uyarlamalarına ilişkin sonuçlar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi.* 2004;6(1):71-85. doi: 10.69487/hemarge.694691.
138. Ozsoy SA, Ardahan M, Ozmen D. Reliability and validity of the colorectal cancer screening belief scale in Turkey. *Cancer Nurs.* 2007 Mar-Apr;30(2):139-45. doi: 10.1097/01.NCC.0000265012.25430.30. PMID: 17413779.

139. Ben Natan M, Abu Husayn A, Haj Muhamad R. Intention to undergo faecal occult blood testing in an ethnic minority. *Int J Nurs Pract.* 2019 Apr;25(2):e12721. doi: 10.1111/ijn.12721. Epub 2019 Jan 15. PMID: 30644142.
140. Tastan S, Andsoy II, Iyigun E. Evaluation of the knowledge, behavior and health beliefs of individuals over 50 regarding colorectal cancer screening. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2013;14(9):5157-63. doi: 10.7314/apjcp.2013.14.9.5157. PMID: 24175793.
141. Topaloğlu MM. Hemşirelik girişimlerinin yoksul bireylerin kolorektal kanser sağlık inanç algılarına ve tarama davranışlarına etkisi [Doctoral dissertation]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2020.
142. Burack RC, Liang J. The early detection of cancer in the primary-care setting: factors associated with the acceptance and completion of recommended procedures. *Prev Med.* 1987 Nov;16(6):739-51. doi: 10.1016/0091-7435(87)90014-4. PMID: 3432224.
143. Champion VL, Skinner CS. The health belief model. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice.* 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008. p. 45-65.
144. Chouhdari A, Yavari P, Pourhoseingholi MA, Sohrabi MR. Association between socioeconomic status and participation in colonoscopy screening program in first degree relatives of colorectal cancer patients. *Iran J Cancer Prev.* 2016 Apr 24;9(2):e4809. doi: 10.17795/ijcp-4809. PMID: 27482334; PMCID: PMC4951766.

8. EKLER

8.1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırmanın Adı: Sosyal Güvenlik Kurumu’nda çalışan personelinin kanser taramalarına yönelik tutumları ile kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inançları arasındaki İlişki’

Sorumlu Araştırmacının Adı: Prof. Dr. Gülendım KARADAĞ

Yardımcı Araştırmacının Adı: Atakan ÇUHADAR

“Sosyal Güvenlik Kurumu’nda çalışan personelinin kanser taramalarına yönelik tutumları ile kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inançları arasındaki İlişki” isimli araştırmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma bilimsel araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır.

Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da fazla bilgi isterseniz size iletişim bilgileri verilen araştırmacıya sorabilirsiniz.

Bu araştırma sonuçları Sosyal Güvenlik Kurumu’nda çalışan personelinin kanser taramalarına yönelik tutumları ile kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inançlarının tespit edilmesi açısından önem taşımaktadır. Ayrıca, ülkemizde bundan sonra, bu konuda yapılacak araştırmalara ve hemşirelik uygulamalarına katkı sağlayacağını ümit ediyoruz.

Sizler Birey Tanılama Formu, Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği ve Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ile ilgili soruları cevaplamanız istenecektir. Bu formları doldurmanız sizin 10 ile 15 dakikanızı alacağını tahmin ediyoruz. Çalışmada katılımcılar için öngörülen bir risk bulunmamaktadır. Çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmada toplanan tüm veriler gizlidir. Bu çalışma herhangi bir yerde yayınlanması durumunda sizin kimlik bilgileriniz paylaşılmayacaktır. Bu araştırmada

sizlere herhangi bir maddi ödeme yapılmayacak, sizden de maddi ödeme beklenmeyecektir.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığımı takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Ben, bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Araştırmacının Adı, Soyadı: Atakan ÇUHADAR

Adres: Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

İletişim: atakancuhadar55@gmail.com / 0543 697 6955

İmzası:

Tarih:

Tanıklık Eden Adı, Soyadı:

İmza:

Tarih:

Katılımcının Adı, Soyadı:

İmza:

Tarih:

8.2. VERİ TOPLAMA FORMU

1. Birey Tanıtıcı Bilgi Formu

Aşağıdaki form Sosyal Güvenlik Kurumunda çalışan personelinin kanser taramalarına yönelik tutumları ile kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inançları arasındaki ilişkinin incelemek için yapılacak bir araştırmadır. Çalışmamıza katılmanız bizim için çok değerlidir. Hassas olabileceğiniz kişisel bilgileriniz yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

1. **Cinsiyetiniz:** () Kadın () Erkek

2. **Yaşınız:**

3. **Medeni Durumunuz:** () Evli () Bekar

4. **Eğitim Durumunuz:** () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite () Diğer:

.....

5. **Ekonomik durumunu nasıl tanımlarsınız?:** () iyi , () Orta , () Kötü

6. **Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?** () Yok () Var () Var ise hangileri.....

7. **Sigara-Alkol Kullanımı :** () Yok () Sigara () Alkol

8. **Ailede Kanser öyküsü var mı?** () Evet () Hayır

9. **Siz’ de Kanser öyküsü var mı ?** () Evet () Hayır

10. **Şimdi’ye kadar hiç kanser taramasına katıldınız mı?** () Evet ise hangileri () Hayır

2. Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği

Tabloda yer alan kutucuklarda yer alan maddeleri kendinize uygun kutucuğa göre kodlayınız. Ölçekten alınacak toplam puan 24-120'dir. Katılımcıların puanları 24'e yaklaştıkça kanser taramalarına yönelik olumsuz tutumu, 120'ye yaklaştıkça kanser taramalarına yönelik olumlu tutumu ifade eder. Ölçeği oluşturan maddeler **“5: Tamamen katılıyorum, 4: Biraz katılıyorum, 3: Ne katılıyorum ne katılmıyorum, 2: Biraz katılmıyorum, 1:Hiç katılmıyorum,”** şeklinde 5'ten 1'e kadar bir aralıkta yanıtlanmaktadır.

Sıra No	İfadeler	5: Tamamen Katılıyorum	4: Biraz Katılıyorum	3: Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	2: Biraz Katılmıyorum	1: Hiç Katılmıyorum
1	Düzenli aralıklarla kanser taraması yaptırmak isterim.					
2	Yakın bir zamanda kanser taraması yaptırmak isterim.					
3	Kanser tarama testleri hakkında bilgi almak isterim.					
4	Kanser taramaları hakkında merak ettiğim bir şey olursa, öğrenmek için araştırırım.					
5	Kanser tarama testi yaptırdığımda sonuçları takip ederim.					
6	Yakın çevremdeki kişileri kanser taraması yaptırmaları konusunda cesaretlendiririm.					
7	Televizyonda, internette ve gazetede kanser taramaları hakkında bilgilendirme yapılması, tarama yaptırmamı olumlu etkiler.					

8	Bir sağlık çalışanının kanser taraması yaptırmamı önermesi, tarama yaptırma ihtimalimi arttırır.					
9	Yakın evremden birilerinin kansere yakalanması, kanser taraması yaptırma ihtimalimi arttırmaz.					
10	Kanser taraması yaptırdığımda; kendim için iyi bir şey yaptığımı düşünürüm.					
11	Kanser tarama testlerini sadece kendim istediğim için yaptırırım.					
12	Test sonuçlarının kötü çıkacağından korktuğum için kanser taraması yaptırmak istemem.					
13	Herhangi bir şikyetim olmasa bile kanser taraması yaptırırım.					
14	Kanser taraması yapılan yer gidemeyeceğim kadar uzakta olduğunda tarama yaptırmam.					
15	Kanser taraması yaptırmak için zaman bulamam.					
16	Kanser taraması için başvurmayı unuturum.					
17	Kanser taraması yaptıрманın gereksiz olduğunu düşünürüm.					
18	Kanser taraması yaptırmak için yaşımın uygun olmadığını düşünürüm.					
19	Kanser tarama testlerinin canımı acıtmasından korkarım.					
20	Kanser tarama testlerinin yan etkilerinden çekinirim.					

21	Kanser taraması için yapılan işlemleri utandırıcı bulurum.					
22	Kanser tarama testlerinin sonuçlarına güvenmem.					
23	Kanser benim başıma gelmez diye düşündüğüm için kanser taraması yaptıрма gereği duymam.					
24	Kanser taramaları yaptırmaktan daha önemli işlerim var.					



3. KOLOREKTAL KANSERDEN KORUNMAYA YÖNELİK 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	Orta Derecede Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
FAKTÖR 1 (GÜVEN-YARAR-SAĞLIK MOTİVASYONU)					
1- Sağlık sorunlarımı erken saptamak isterim.					
2- Sağlığımı sürdürme benim için son derece önemlidir.					
3- Gerekirse, barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırma konusunda kendime güvenirim.					
4-Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırmak, kanseri erken dönemde yakalama fırsatı verir.					
5- Sağlıklı olmak için yeni bilgiler araştırırım.					
6- Barsak kanseri olursam, düzenli kontrolleri sürdürebilirim.					
7- Sağlıklı olmak için yapılacakların önemini biliyorum.					
8-Barsak alışkanlığımdaki (boşaltımındaki) normal ve anormal değişiklikleri fark edebilirim.					

9-Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırırsam, barsak kanserinden ölme olasılığım azalır.					
10-Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırırsam, barsak kanseri geliştiğinde büyük ve biçimsiz ameliyat (kolostomi) olma olasılığım azalacak.					
11- Düzenli kontrol yaptırırsam, barsak kanserini erken saptarım.					
FAKTÖR 2 (DUYARLILIK)					
12- Gelecekte büyük olasılıkla barsak kanseri olacağım.					
13- Gelecekte barsak kanseri olacağımı hissediyorum.					
14- Gelecek on yıl içinde barsak kanseri olma olasılığım var.					
15- Barsak kanseri olma olasılığım yüksek.					
16- Benim barsak kanseri olma olasılığım herkesten daha yüksek.					
17- Barsak kanseri olursam eşimle ilişkilerim bozulur.					

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Orta Derecede katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
FAKTÖR 3 (ENGEL)					
18- Barsak kanseri hakkında konuşmaktan rahatsız olurum.					
19-Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırsaydım, barsak kanseri hakkında fazla endişelenmeyecektim.					
20-Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırma beni utandırır.					
21- Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırma barsak kanseri hakkında beni endişelendirir.					
22-Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırma çok zaman alır.					
23- Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırmak hoş değildir.					
FAKTÖR 4 (SAĞLIK MOTİVASYONU)					
24- Dengeli beslenirim.					
25- Haftada en az üç kez egzersiz (spor) yaparım.					
26- Barsak 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 yaptırırm.					
28- Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırma çok pahalıya mal olur.					
FAKTÖR 5 (CİDDİYET)					
29- Barsak kanseri olma düşüncesi beni korkutur.					
30-Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol (check-up) yaptırsaydım, kendimi iyi hissedecektim.					
31- Barsak kanseri olabileceğimi düşündüğümde kalbim daha hızlı çarpar.					
32- Barsak kanseri olursam, tüm yaşamım değişecektir.					
33- Barsak kanseri olursam, 5 yıldan fazla yaşayamam.					

8.3. ETİK KURUL İZNİ

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Prof.Dr. Güldam Karadağ
Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	goaek@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	8396-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☒ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sosyal Güvenlik Kurumu'nda Çalışan Personelinin Kansere Taramalarına Yönelik Tutumları ile Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnançları Arasındaki İlişki
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr. Güldam Karadağ Hemşirelik Fakültesi
	TEZ SAHİBİNİ ADI SOYADI	Atakan Çuhadar
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2023/33-17	Tarih:18.10.2023			
	Prof.Dr. Güleendam Karadağ'ın sorumlusu olduğu "Sosyal Güvenlik Kurumu'nda Çalışan Personelinin Kansere Taramalarına Yönelik Tutumları ile Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnançları Arasındaki İlişki" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın mevcut haliyle etik yönden uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. Kurum izinlerinin 3 ay içerisinde Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.				
ETİK KURUL BİLGİLERİ					
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
ETİK KURUL ÜYELERİ					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?	
Prof.Dr.Mehmet Birhan Yılmaz (Başkan)	Kardiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Şükran Köse (Başkan Yardımcısı)	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Ahmet Okay Çağlayan	Moleküler Tıp	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Erkek	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Özgür Er	Endodonti A.D.	Diş Hekimliği Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Hatice Şimşek Keskin	Halk Sağlığı	DEÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Nil Hocaoglu Aksay	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr. Meryem Öztürk Haney	Halk Sağlığı Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr. Şule Özbilgin	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Tolga Şahin	Spor Yönetim Bilimleri	Necat Hepkon Spor Bilimleri Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒
Dr.Öğr.Üyesi Gamze Tuna	Tıbbi Biyokimya	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Prof.Dr. Gülendam Karadağ
Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	goaek@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	8396-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☒ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sosyal Güvenlik Kurumu'nda Çalışan Personelinin Kanser Taramalarına Yönelik Tutumları ile Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnançları Arasındaki İlişki
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr. Gülendam Karadağ Hemşirelik Fakültesi
	TEZ SAHİBİNİ ADI SOYADI	Atakan Çuhadar
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2025/03-03	Tarih:22.01.2025				
	Prof.Dr. Gülelendam Karadağ'ın sorumlusu olduğu "Sosyal Güvenlik Kurumu'nda Çalışan Personelinin Kansere Taramalarına Yönelik Tutumları ile Kolorektal Kansere Korunmaya Yönelik Sağlık İnançları Arasındaki İlişki" isimli klinik araştırmaya ait araştırmacı dilekçesine ilişkin, Kurum izni ile ilgili bilgi edinilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
				E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Mehmet Birhan Yılmaz (Başkan)	Kardiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Şükran Köse (Başkan Yardımcısı)	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Özgür Er	Endodonti A.D.	Diş Hekimliği Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Hatice Şimşek Keskin	Halk Sağlığı	DEÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nil Hocaoglu Aksay	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Meryem Öztürk Haney	Halk Sağlığı Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Şule Özbilgin	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Tolga Şahin	Spor Yönetim Bilimleri	Necat Hepkon Spor Bilimleri Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Gamze Tuna	Tıbbi Biyokimya	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒	

8.4. KURUM İZNİ



T.C.
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI
İzmir Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü



Sayı : E-26037132-903.99-83979237
Konu : Araştırma İzni(Atahan ÇUHADAR)

09.11.2023

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi:E-15563195-300-788654 sayılı yazınız.

İlgi de kayıtlı yazı ile "Sosyal Güvenlik Kurumunda Çalışan Personelin Kanser Taramalarına Yönelik Tutumları ile Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnançları Arasındaki İlişki" konulu tez çalışması kapsamında Üniversiteniz Öğrencisi Atahan ÇUHADAR'ın İl Müdürlüğümüz birimlerinde (Konak, Karabağlar, Bornova, Bayraklı ve Gaziemir SGM'lerde) anket uygulaması talebiniz İl Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Celalaettin ÖZKAN
Sosyal Güvenlik İl Müdürü a.
Sosyal Güvenlik Müdür Yardımcısı

Bilgi:

Bayraklı Sosyal Güvenlik Merkezi
Bornova Sosyal Güvenlik Merkezi
Gaziemir Sosyal Güvenlik Merkezi
Karabağlar Sosyal Güvenlik Merkezi
Konak Sosyal Güvenlik Merkezi



Belge Doğrulama Kodu: e88e-9891-3c64-b60a-c1b2

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Adresi: <https://uyg.sgk.gov.tr/DYSEvrakDogrulamaWEB>

Cumhuriyet Bulv. No 5

Telefon No: 0 232 441 81 87 1240 Faks No: 0 232 441 43 93

e-Posta: izmirpersonel@sgk.gov.tr İnternet Adresi: www.sgk.gov.tr

Kep Adres: sgk@hs01.kep.tr

Bilgi için: Duygu KARABEY

V.H.K.İ

Telefon No: 0 232 441 81 87 1240



8.5. ÖLÇEK İZİNLERİ

8.5.1. Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Ölçek Kullanım İzni

Ölçek Kullanım izni Gelen Kutusu x

7 Ağustos Pzt 10:48 ☆ ↶ ⋮

Gülendam Karadağ <gkaradag71@gmail.com>
Alıcı: enyozturk, mehmetuyar ▼

Sayın Hocam
Taramanızdan geliştirilen "Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği"ni Yüksekisans öğrencimin tez çalışmasında kullanabilir miyiz? Eğer kullanma izni verirsiniz ölçeğin nasıl değerlendirildiği ile ilgili bilgi verirsiniz seviniriz.
Çok teşekkür eder iyi çalışmalar dilerim.
Saygılarımla

--
Prof. Dr. Gülendam KARADAĞ
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği AD.

Gülendam Karadağ <gkaradag71@gmail.com>
Alıcı: ATAKAN ▼
...

7 Ağu 2023 10:49 ☆ ↶ ⋮

mehmet uyar
Sayın Hocam, Mailinizi Uzm. Dr. Elif Nur Yıldırım'a yönlendirdim. Sizinle iletişime geçecektir. Ölçeğe ilginize teşekkür ederiz. Saygılarımla... Dr. Mehmet Uyar

8 Ağu 2023 14:48 ☆

Elif Nur YILDIRIM <elifnyildirim@hotmail.com>
Alıcı: Tahir, ben, dr ▼

Gülendam Hocam merhaba,

Ölçeğe ilginiz için teşekkür ederiz. Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz, araştırmacılar olarak izniniz var.

Size ekte çalışmanızda atıf yapmanızı istediğimiz orijinal makale dosyasını ve ölçeğin kendisini, kısa formunu ve puanlama özelliklerini içeren bir dosyayı iletiyorum. Ölçekle ilgili bir sorunuz olursa bana mail atabilirsiniz.

Kolaylıklar dilerim. Saygılarımla.

Uzm. Dr. Elif Nur YILDIRIM ÖZTÜRK

Android için [Outlook](#) edinin

8 Ağu 2023 14:50 ☆ ↶ ⋮

8.5.2. Kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inanç modeli ölçeği (KKKYSİMÖ) Ölçek Kullanım İzni

Ölçek Kullanım izni

Gelen Kutusu x



Gülendam Karadağ <gkaradag71@gmail.com>

7 Ağustos Pzt 10:44



Alıcı: melek, ozmendilek, suheyra.ozsoy ▼

Sayın Hocam

Tarafınızdan Türkiye uyarlanan "Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği"ni Yüksekisans öğrencimin tez çalışmasında kullanabilir miyiz? Eğer kullanma izni verirsiniz ölçeğin nasıl değerlendirildiği ile ilgili bilgi verirsiniz sevinirim. Çok teşekkür eder iyi çalışmalar dilerim.

Saygılarımla

--

Prof. Dr. Gülendam KARADAĞ

Dokuz Eylül Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

Halk Sağlığı Hemşireliği AD.



dilek ozmen <ozmendilek@yahoo.com>

@ 7 Ağu 2023 22:33



Alıcı: ben ▼

Gülendam hocam merhaba,

Ölçeği ve değerlendirmesini ekte gönderiyorum.

Kolay gelsin.

Sevgiler.

Prof. Dr. Dilek ÖZMEN

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı

Hemşireliği AD. MANİSA

Hemşirelik Eğitim Programları

Değerlendirme ve Akreditasyon

Derneği (HEPDAK)

Yönetim Kurulu Başkanı

Tel: 0 236 2330904/5838

8.6. ÖZGEÇMİŞ



ATAKAN ÇUHADAR

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

İletişim Adresi

Telefon

E-posta

İnternet Sayfası

Öğrenim Bilgileri

08 Şubat 2022 - Şu Anda (1 yıl 9 ay)
Yüksek Lisans, Tezli Program, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ (YL) (TEZLİ)
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.28 / 4.0

17 Ağustos 2016 - 22 Haziran 2020 (3 yıl 11 ay)
Lisans, Anadal/Normal Öğretim, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK PR.
Diploma Numarası: 202003659
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 72.73 / 100.0

Yabancı Dil Bilgileri

İNGİLİZCE (Okuma: Orta, Yazma: Orta, Konuşma: Orta)

TÜBİTAK Burs ve Destekleri

Panelistlik/İzleyicilik/Raportörlük Sayısı

Hakemlik/Panelistlik/Diğ Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
İzleyicilik/Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
Raportörlük Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0