

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİNİN YOKSUL
BİREYLERİN KOLOREKTAL KANSER SAĞLIK
İNANÇ ALGILARINA VE TARAMA
DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

MEHMET MURAT TOPALOĞLU

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA TEZİ**

İZMİR-2020

TEZ KODU: DEU.HSI.PhD- 2014970128

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİNİN YOKSUL
BİREYLERİN KOLOREKTAL KANSER SAĞLIK
İNANÇ ALGILARINA VE TARAMA
DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

DOKTORA TEZİ

MEHMET MURAT TOPALOĞLU

Danışman Öğretim Üyesi: Dr. Öğr. Üyesi NİHAL GÖRDES AYDOĞDU

TEZ KODU: DEU.HSI.PhD-2014970128

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
TABLO DİZİNİ	iii
ŞEKİLLER DİZİNİ	iv
ÖZET	1
ABSTRACT	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ	5
1.2 Araştırmanın Amacı.....	7
1.3 Araştırmanın Hipotezleri.....	7
2. GENEL BİLGİLER	8
2.1 Yoksulluk	8
2.1.1 Mutlak Yoksulluk	8
2.1.2 Görelî Yoksulluk	8
2.1.3 Öznel Yoksulluk	9
2.1.4 İnsani Yoksulluk.....	9
2.2 Dünya’da ve Türkiye’de Yoksulluk	9
2.3 Yoksulluk, Sağlık ve Kolorektal Kanseri.....	10
2.4 Kolorektal Kanseri	13
2.4.1 Epidemiyolojisi.....	13
2.4.2 Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	13
2.4.3 Kolorektal Kanseri Önlemede Erken Tanı Girişimlerinin Önemi.....	17
2.4.5 Uluslararası ve Ulusal Tarama Programları	19
2.5 Kolorektal Kanseri Erken Tanısında Sağlık Geliştirme Modelleri.....	21
2.6 Sağlık İnanç Modeli (SİM)	21
2.6.1 Modelin Bileşenleri (Algılar)	22
2.6.2 Eylem	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1 Araştırmanın Tipi.....	27
3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı	27
3.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi	27

3.3.1	Örnekleme Dahil Edilme Kriterleri.....	27
3.3.2	Örneklemden Çıkarılma Kriterleri.....	28
3.3.3	Yoksulluk Sınırı Belirleme	28
3.4	Araştırmanın Değişkenleri	28
3.4.1	Bağımlı Değişkenler	28
3.4.2	Bağımsız Değişkenler	28
3.5	Veri Toplama Araçları	30
3.5.1	Tanıtıcı Bilgi Formu	30
3.5.2	Kalın Bağırsak Kanseri Bilgi Formu	30
3.5.3	Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği	31
3.6	Girişim	34
3.6.1	Eğitim İçeriğinin ve Eğitim Kitapçığının Hazırlanması	34
3.6.2	Eğitimlerin Yürütülmesi	34
3.6.3	Hatırlatıcı Kullanımı	35
3.7	Verilerin Analizi	35
3.8	Araştırma Etiği	36
3.9	Araştırmanın Sınırlılıkları	36
3.10	Araştırmanın Bütçesi	36
4.	BULGULAR	37
5.	TARTIŞMA	47
5.1	Yoksul Bireylerin Kolorektal Kanser Bilgi Puanları Düzeyindeki Değişim	47
5.2	Yoksul Bireylerin Kolorektal Kanser Taramasına İlişkin Algıları.....	48
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER	54
6.1	Araştırmanın Sonuçları	54
6.2	Öneriler	54
7.	KAYNAKLAR	55
8.	EKLER	62

TABLO DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1. Bölgelere Göre Dünya Geneline Yoksulluk Oranı.....	10
Tablo 2. Kolorektal Kanseri Risk Faktörleri	14
Tablo 3. Dünya Geneline Bazı Ülkelerin Tarama Programlarının Özellikleri.....	20
Tablo 4. Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Çalışma Cronbach Alpha Değerleri.....	32
Tablo 5. Sağlık İnanç Modeli Bileşenleri ve Eğitim Yöntemleri.....	34
Tablo 6. Katılımcıların Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	37
Tablo 7. Grupların Yaş, Boy, Kilo, BKİ ve Aylık Gelir Durumları.....	38
Tablo 8. Grupların Kolorektal Kanser Bilgi Puanı Ortalamaları.....	39
Tablo 9. Bilgi Düzeyinde Meydana Gelen Değişikliğin Diğer Değişkenler ile İlişkisi...	40
Tablo 10. KRK'den Korunmaya Yönelik SİM Ölçeğinin Duyarlılık, Ciddiyet, Sağlık Motivasyonu ve Engel Algıları Puan Ortalamaları.....	41
Tablo 11. Sağlık Motivasyonu Algısında Meydana Gelen Değişimin Diğer Değişkenler ile İlişkisi.....	43
Tablo 12. KRK'den Korunmaya Yönelik SİM Ölçeği Güven-Yarar Algısı Puan Ortalamaları.....	44
Tablo 13. Güven-Yarar Algısında Meydana Gelen Değişimin Diğer Değişkenler İle İlişkisi.....	45

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 1. Sağlık İnanç Modeli	26
Şekil 2. Araştırma Planı.....	29
Şekil 3. Sağlık İnanç Modelinde Bulunan Kavramlar, Çalışmanın Değişkenleri ve Çalışmanın Ölçüm Araçları.....	33
Şekil 4. GGK Test Kiti.....	35
Şekil 5. Gruplar Arasında GGK testi uygulama durumu.....	46

KISALTMALAR

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

SİM: Sağlık İnanç Modeli

GGK: Gaitada Gizli Kan

KRK: Kolorektal Kanser



TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim süresince iyi anımda benimle sevinen ve kötü anımda benimle üzülen, desteği veyol göstermesiyle hedefe ulaşmamı sağlayan danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nihal GÖRDES AYDOĞDU'ya,

Ders döneminde ve tez izlemlerinde bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım hocam Sayın Prof. Dr. Zühal BAHAR'a,

Değerli katkılarından, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım hocam Sayın Doç. Dr. Özlem UĞUR'a,

Karaelmas Aile Sağlığı Merkezi'nde yardımları ile uygulamamı kolaylaştıran Hemşire Rezzan CESUR, Tıbbi Sekreter Sezer ÇİMŞİR, Sorumlu Aile Hekimi Dr. Alper BAĞCAZ ve diğer tüm sağlık çalışanlarına

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı'ndan Doç. Dr. Gülendamar KARADAĞ, Öğr. Gör. Kübra Pınar GÜRKAN ve diğer tüm öğretim üye ve elemanlarına ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde birlikte emek verdiğimiz tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanım Sayın Doç. Dr. Hülya KULAKÇI ALTINTAŞ'a,

Manevi desteğini hiç esirgemeyen can kardeşim Hayrettin Cihan KÜÇÜKOYUK'a ve sevgili arkadaşlarım Deniz Aslı DOKUZCAN ve Emine TURGUT'a ve sevgili komşum Hüseyin MÜNGAN ve ailesine,

Her zaman arkamda dağ gibi duran ve dualarını esirgemeyen canım annem Sevgi TOPALOĞLU'na, canım babam merhum Aydın TOPALOĞLU'NA ve biricik kardeşim Ömer Serhat TOPALOĞLU'na

Sonsuz sevgi ve teşekkürlerimle...

Hemşirelik Girişimlerinin Yoksul Bireylerin Kolorektal Kansere Sağlık İnanç Algılarına ve Tarama Davranışlarına Etkisi

Mehmet Murat TOPALOĞLU,

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, memuratto@gmail.com

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı yoksul bireylere yönelik yapılan hemşirelik girişimlerinin kolorektal kanser (KRK) bilgisi, sağlık inanç algıları ve tarama davranışlarına olan etkisini değerlendirmektir.

Yöntem: Girişim öncesi-girişim sonrası deney ve kontrol gruplu yarı deneysel tasarımda olan bu çalışma Zonguldak Karaelmas Mahallesi, Karaelmas Aile Sağlığı Merkezi Bölgesi'nde 50-70 yaş grubunda 64 deney ve 64 kontrol grubu olmak üzere 128 birey üzerinde yürütülmüştür. Veriler Tanıtıcı Bilgi Formu, KRK Bilgi Formu ve KRK'den Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ile toplanmıştır. Verilerin analizinde; tanımlayıcı istatistikler, bağımsız ve bağımlı iki grup arasındaki ortalamaların karşılaştırma analizleri (bağımsız örneklem t testi, bağımlı örneklem t testi, Mann Whitney U testi, Wilcoxon işaretli sıra testi), çoklu regresyon analizi ve Ki-Kare analizi kullanılmıştır. Veri toplama araçlarının güvenirliği "Cronbach Alpha" analizi ile değerlendirilmiştir. Araştırmaya başlamadan önce Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğü'nden, Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan ve çalışmaya katılan bireylerden yazılı izin alınmıştır.

Bulgular: Üç aylık izlemten sonra, girişim sonrası KRK Bilgi Puanları deney grubunda kontrol grubuna göre yüksektir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Kolorektal Kansere Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ciddiyet, güven-yarar ve sağlık motivasyonu algı puanları deney grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$). Gruplar arasında KRK'den Korunmaya Yönelik SİM Ölçeği duyarlılık ve engel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Yapılan çoklu doğrusal regresyon analizinde bilgi düzeyinde meydana gelen değişimin %35,5'i (R^2), güven-yarar algısı puanlarında meydana gelen değişimin %35,4'ü (R^2) verilen eğitim kaynaklı olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda sağlık motivasyonu algısı puanında meydana gelen değişimin %15,2'si (R^2) verilen eğitim ve ailede birinci derece akraba olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Üç aylık izlem

sonrasında deney grubundaki bireylerin %61.5'i, kontrol grubundaki bireylerin ise %38.5'inin gaitada gizli kan testini uyguladığı tespit edilmiştir.

Sonuç: Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda araştırmacılara, yoksul bireylerin kolorektal kanser taramalarına (GGK ve kolonoskopi) katılımlarındaki engellerin belirlenerek, SİM temelinde engellerin azaltılmasına yönelik farklı girişimsel stratejilerin uygulandığı çalışmalar gerçekleştirmeleri önerilmektedir. Çalışmanın sonuçları, yoksul bireylerin KRK taramalarına katılımlarını artırmada araştırmacılar ve sağlık hizmeti planlayıcılarına yol gösterici olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Kolorektal Kanser, Erken Tanı, Yoksulluk, Hemşirelik

The Effects of Nursing Interventions on Colorectal Cancer Health Belief Perceptions and Screening Behaviors of Poor Individuals

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to evaluate the effects of nursing interventions on poor individuals on colorectal cancer knowledge, health belief perceptions and screening behaviors.

Method: This study, which is in the quasi-experimental design with pre-intervention and post-intervention experimental and control groups, was conducted on 128 individuals, including 64 experimental and 64 control groups in the 50-70 age group, in the Karaelmas Family Health Center District of Zonguldak District. The data were collected with the Introductory Information Form, CRC Knowledge Form and the Health Belief Model Scale for Protection from CRC. In the analysis of the data; descriptive statistics, comparison analysis of means between two independent and dependent groups (independent sample t test, dependent sample t test, Mann Whitney U test, Wilcoxon signed rank test), multiple regression analysis and Chi-Square analysis were used. The reliability of the data collection tools was evaluated by the “Cronbach Alpha” analysis. Before starting the research, written permission was obtained from Zonguldak Provincial Health Directorate, Dokuz Eylul University Non-Interventional Research Ethics Committee and individuals participating in the study.

Results: After three months of follow-up, post-intervention CRC Information Scores were higher in the experimental group compared to the control group, and the difference was statistically significant. The Health Belief Model Scale for Colorectal Cancer Prevention severity, confidence-benefit and health motivation perception scores were significantly higher in the experimental group compared to the control group ($p < 0.05$). There is no statistically significant difference between the sensitivity and barriers scores of the HBM Scale for Protection from CRC between the groups ($p > 0.05$). In the multiple linear regression analysis, 35.5% (R^2) of the change occurred in the level of knowledge and 35.4% (R^2) of the change in the confidence-benefit perception scores were found to be based on education. At the same time, 15.2% (R^2) of the change in the health motivation perception score was found to be due to the education given and the first degree relative in the family. After three months of follow-up, it was determined that

61.5% of the individuals in the experimental group and 38.5% of the individuals in the control group had faecal occult blood tests.

Conclusion: In line with the results obtained from the study, researchers are advised to identify the barriers in the participation of poor individuals in colorectal cancer screenings (FOB and colonoscopy) and to conduct studies where different interventional strategies are applied based on HBM. The results of the study will guide researchers and healthcare planners in increasing the participation of poor individuals in CRC screening.

Key Words: Colorectal Cancer, Early Detection, Poverty, Nursing.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Kanseri önlemenin amaçları, prekanseröz lezyonların belirlenmesi ve çıkarılması ile kansere bağlı insidansı ve mortalite ile morbiditeyi azaltmak ve kanseri en erken dönemde tanılamaktır. Kanser önlenmesi, dünya çapında kanser yükünün azaltılmasını mümkün kılan en iyi yaklaşımdır (Alberts ve Hess, 2010). Diğer yaklaşım erken tanıdır. Kolorektal kanserler de; sık rastlanması ve ciddi boyutta sağlık problemleri oluşturması, öncül lezyonlarının (adenom) yavaş büyümesi ve kolay erken tanı uygulamaları sayesinde tarama stratejilerine uygun nitelik taşımaktadır (Ertürk, 2010). Tarama programları, KRK ile ilişkili mortalite ve morbidite oranını azaltmada, tek başına en etkili yöntemlerdendir (Mahon, 2009).

Ekonomik durum ve sağlık arasında kısır bir döngü bulunmaktadır. Yoksulluk beslenme bozukluğa, hastalıklarda artışa, kişinin maddi gelirinin büyük kısmını tedavi için ayırarak gelirinin azalmasına neden olmaktadır. Geliri azalan bireyin bu sebeple yoksulluğu artmakta ya da birey yoksul değilken yoksul olabilmektedir. Yoksulluk bireylerin sağlığını ve sağlığı koruma/geliştirme davranışlarını olumsuz yönde etkilemektedir (Ergül, 2010; Aydoğdu ve Bahar, 2011). Bu nedenle yoksul bireylerde istedik sağlık davranışlarının geliştirilmesi için daha fazla çaba sarf edilmesi gerekmektedir (Aydoğdu ve Bahar, 2011).

Ulusal kanser tarama programları ile ücretsiz olmasına rağmen bireylerin KRK erken tanı davranışları yetersiz olup, yoksul bireylerde bu oranlar daha da düşmektedir (Peltó ve ark., 2015; O'Malley ve ark., 2005; Lian ve ark., 2008; Adams ve ark., 2004).

Birçok çalışmada düşük sosyoekonomik statünün (düşük gelir, işsizlik, düşük eğitim düzeyi, sağlık sigortasının olmaması) daha düşük oranda KRK taramasına katılım ile ilişkilendirildiği görülmektedir (Chouhdari ve ark., 2016; Kılıçkap ve ark., 2012).

Yoksul bireylerin KRK erken tanı davranışında bulunmama nedenleri arasında; bilgisizlik, güvencelerinin olmaması, sağlık algılarının düşük olması gibi faktörler bulunmaktadır (Schootman ve ark., 2006; Lian ve ark., 2008; Peltó ve ark., 2015). Yapılan prospektif bir

çalışmada hem tarama testlerini yapmış olmada, hem de kolorektal kanser testlerini güncellemede KRK belirti ve bulguları konusunda bilgi sahibi olmanın önemli bir öngörücü olduğu belirlenmiştir (Gimeno-Garcia, 2009).

Ayrıca kaygı, utanç, ilgisizlik, kanser veya tarama testi korkusu, zaman yokluğu, sağlıklı hissetme, öznel ağrı veya tehlike algısı, rahatsızlık, bağırsak hazırlığı ve laksatifler veya endişeler gibi faktörler erken tanı davranışlarını etkilemektedir (McCaffery ve ark., 2003; Berkowitz ve ark., 2008; Gimeno-Garcia ve ark., 2009; Stacy ve ark., 2008). KRK taramaları ile ilgili engeller ve kolaylaştırıcılar üzerine yapılan sistematik derlemede; tarama testleri ile ilgili bildirilen en yaygın engeller, testlerin gerçekleştirilmesi ile ilgili memnuniyetsizlik, rahatsızlık ve algılanan risklerdir (Guesssous ve ark., 2010). Hemşirenin sorumluluklarından birisi de, bireylerin koruyucu sağlık davranışlarını kazanmalarına yardımcı olmaktır. Bu görev, eğitim, danışmanlık ve iyi hizmet verilerek başarılabılır. KRK erken tanı davranışları için yapılan girişimlerden en önemlisi eğitim verilmesidir. KRK'nın erken tanınması toplumun bilgilendirilmesi ve ulusal tarama standartlarının uygulanması ile mümkündür. Toplumla iç içe çalışan halk sağlığı hemşireleri uygulayacakları müdahale prgramları ile bireylerin olumlu sağlık davranışı kazanmasına katkıda bulunacakları için davranış üzerinde etkili faktörleri bilmeli ve uygulamalıdır. (Güvenç, 2008).

Bireylerin KRK erken tanı davranışlarının geliştirilmesinde literatürde farklı girişimler kullanılmaktadır. Bunlar; hatırlatıcılar, küçük medya iletişim araçları, birebir eğitim, grup eğitimi, yapısal engellerin azaltılması ve sigorta paketi dışındaki maliyetin azaltılmasına yönelik çalışmalardır. Çalışmaların çoğunda iki ya da daha fazla girişim birlikte kullanılmaktadır (Gimeno-Garcia ve ark., 2014).

Birebir eğitim yapılan randomize kontrollü çalışmalarda girişim olarak yoğunlaştırılmış eğitim, telefonla danışma, ev ziyareti gibi girişimler uygulanmıştır. Çalışmaların birçoğunda birebir eğitimin, rutin broşür dağıtımına göre KRK erken tanı davranışlarını olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir (Stokamer ve ark., 2005; Basch ve ark., 2006; Tu ve ark., 2006; Menon ve ark., 2011; Lasser ve ark., 2011). Menon ve arkadaşları (2011) tarafından birinci basamak sağlık kurumlarına kayıtlı hastalara Sağlık İnanç Modeli ve Transteoretik Model temelli yapılan randomize kontrollü çalışmada; telefonla ayrıntılı danışmanlık ve motivasyonel görüşme

girişimini alan hasta grubu ile, rutin sağlık hizmetini alan grup (hekim inisiyatifine göre tarama önerilmesi/önerilmemesi) karşılaştırılmıştır. Girişim grubunda tarama davranışları gerçekleştirme oranı kontrol grubuna göre 2.2 kat fazla olduğu saptanmıştır.

Ancak Türkiyede yoksul bireylerin KRK erken tanı davranışlarının geliştirilmesine yönelik bir çalışmaya ulaşamamıştır. Yoksul bireylerin KRK taramalarına katılımlarını kolaylaştırıcı hemşirelik girişimlerinin kullanıldığı bu çalışmanın sonuçları sağlık hizmeti planlayıcılarına ve hemşire araştırmacılara yol gösterici olacaktır.

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada yoksul bireylere yönelik yapılan hemşirelik girişimlerinin KRK bilgisi, sağlık inanç algılarına ve tarama davranışlarına olan etkisini değerlendirmek amaçlanmaktadır.

1.3 Araştırmanın Hipotezleri

H-1: Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrasında bireylerin kolorektal kanser bilgi puanları kontrol grubunda daha yüksektir.

H-2: Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrasında bireylerin kolorektal kanser erken tanı davranışlarına yönelik aşağıdaki sağlık inanç modeli algı puanları kontrol grubuna göre daha yüksektir:

- a) Duyarlılık algısı
- b) Ciddiyet algısı
- c) Güven-yarar algısı
- d) Sağlık motivasyonu algısı

H-3: Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrasında bireylerin kolorektal kanser erken tanı davranışlarına yönelik sağlık inanç modeli engel algı puanı kontrol grubuna göre daha düşüktür.

H-4: Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrasında bireylerin tarama davranışı gösterme (Gaitada Gizli Kan Testi: GGK yapma) oranı daha yüksektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Yoksulluk

Toplumun ya da o toplum içindeki belirli bir grubun en temel yaşam düzeyini sürdürebilmesi için gereken minimum gereksinimlerini karşılayamaması yoksulluk olarak tanımlanmaktadır (Uzun, 2003). Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı yoksulluğu, “*insani gelişme için zorunlu fırsatlardan (hayat boyu sağlık, yaratıcı bir hayat, ortalama bir hayat standardı, özgürlük, kendine güven, saygınlık v.b) mahrum olma*” şeklinde tanımlayarak yoksulluğun çok boyutlu bir kavram olduğunu vurgulamıştır.

Ulusal ve uluslararası düzeyde yoksulluğun mutlak, göreceli, öznel ve insani olmak üzere farklı çeşitleri bulunmaktadır.

2.1.1 Mutlak Yoksulluk

Mutlak yoksulluk bireyin ve ailenin gelirini ve tüketimini esas almaktadır. Mutlak yoksullukta bireylerin yaşamlarına devam etmeleri için gereken minimum tüketim ihtiyaçlarının belirlenmesini gerektirmektedir. Mutlak yoksulluk sınırı birçok az gelişmiş ülkede asgari kalori ihtiyacına karşılık gelen gıda paketlerinin temini ile birlikte, gıda dışı harcamaları da dikkate almaktadır (Aydoğdu ve Bahar, 2017).

Mutlak yoksulluk sınırı ülkeden ülkeye değişim göstermektedir. Az gelişmiş ülkeler için günde kişi başına 1\$, Latin Amerika ve Karayibler için 2\$, Türkiye de dahil olmak üzere Doğu Avrupa ülkeler için 4\$, gelişmiş ülkeler için ise 14.40\$ mutlak yoksulluk sınırı olarak belirlenmiştir (İncedal, 2013; Aydoğdu ve Bahar, 2017).

2.1.2 Göreceli Yoksulluk

Göreceli yoksulluk toplumun ortalama refah düzeyi ile ilişkili bir kavramdır. Yoksulluk çizgisinin belirlenmesinde referans noktası birey ve ailesinin refah düzeyidir. Göreceli yoksullukta bireylerin tüketim ya da gelir düzeyine bakılır (TÜSİAD, 2000). Göreceli yoksullar, temel ihtiyaçlarını karşılayabilen fakat kısıtlı kişisel kaynakları nedeniyle toplumun genel refah seviyesinin altında kalan bu yüzden de dahil olduğu topluluğa sosyal olarak katılamayan

kişilerdir. Göreli yoksulluk; insanın sosyal bir varlık olmasından yola çıkarak yoksulluğu eşitsizlik olgusu olarak ele alır (İncedal, 2013; Şenses, 2006).

2.1.3 Öznel Yoksulluk

Asgari temel gereksinimlerin karşılayıp karşılanmadığının belirlenmesinde, bireylerin kendi ifadelerinin esas alındığı yaklaşımdır (Coşkun ve Tireli, 2008). Bu yaklaşımda, eğer toplumda kabul edilen minimum yaşama standardı olan yoksulluğu belirlemenin bir yolunun da halkın görüşlerinin anketlerle alınması esastır (TÜSİAD, 2000).

Öznel yoksulluğu belirlemede farklı yöntemler kullanılarak, bireylere yoksul olmamak, iyi bir gelire sahip olmak ve refah içinde yaşamak için yeterli olabilecek asgari gelir miktarları sorulur. Bu yaklaşıma “Leyden Yaklaşımı” da denmektedir (TÜSİAD, 2000).

2.1.4 İnsani Yoksulluk

Yoksulluğun sadece gelir veya tüketim düzeyi ile ölçülemeyecek kadar basit bir olgu olmadığını savunan, en kapsamlı ve çok boyutlu yaklaşımdır. Yoksulluktan etkilenen insanları tanımlamak ve onu ölçme arzusu, zaman zaman yoksulluğun insan yaşamının tek bir boyutuna indirgenemeyecek kadar karmaşık olduğu gerçeğini gizlemiştir. Bu nedenle Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı, insani yoksulluğun ölçülemeyen ya da henüz ölçülmemiş olan yönleri olduğunu vurgulamaktadır. Tarihsel süreçte ülkeler, gelir temelli veya tüketim temelli yoksulluk sınırı tanımlamalarında bulunmuşlardır. Gelir düzeyi, yoksulluğun önemli bir boyutunu yansıtmaya rağmen, insan hayatının birçok boyutunu açıklamada yetersizdir. Yoksulluğun insani boyutu da vardır. Bu nedenle Birleşmiş Milletler Kalkınma Fonu yoksulluğun insani gelişmedeki fırsatlardan mahrum olma yönüyle de ele alınması gerektiğini vurgulamıştır (UNDP, 1997; Aydoğdu ve Bahar, 2017).

2.2 Dünya’da ve Türkiye’de Yoksulluk

Eylül 2015’te, Birleşmiş Milletler Binyıl Kalkınma Programı çerçevesinde 193 dünya lideri Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerini kabul etmiştir. Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri 17 temel hedeften oluşurken bu hedeflerin ilki “Her yerde, her yönü ile yoksulluğu ortadan kaldırmak” olmuştur. Aşırı yoksulluk, 2011 Satın Alma Gücü Paritesi fiyatlarında ölçülen günde

1,90 dolardan az bir parayla yaşamak olarak tanımlanmaktadır. Son verilere göre Dünya nüfusunun %9,9'u (731 milyon kişi) günde 1,9 dolardan az bir parayla geçinmektedir. (Cuaresma ve ark., 2018; Atamanov ve ark., 2019).

Bölgelere göre Dünyada günde 1,9 dolardan az geliri olan insanların oranı Tablo 1'de gösterilmiştir. En yüksek yoksulluk oranı %41 ile Sahra Altı Afrika bölgesinde görülmekte iken, en düşük yoksulluk oranı %1,5 ile Avrupa ve Orta Asya bölgesinde görülmektedir (Dünya Bankası, 2019).

Tablo 1. Bölgelere Göre Dünya Geneline Yoksulluk Oranı (Dünya Bankası, 2019)

Bölge	1,9 Dolardan Az Geliri Olan Yoksul Bireyler	
	Sayı (Milyon)	Oran (%)
Doğu Asya ve Pasifik	47	2,3
Avrupa ve Orta Asya	7,1	1,5
Latin Amerika ve Karayipler	24,3	3,9
Orta Doğu ve Kuzey Afrika	15,7	4,2
Sahra Altı Afrika	416,4	41,4

Türkiye'de yoksulluk oranları incelendiğinde; kişi başı günlük geliri 2,15 doların altında olan bireylerin oranı % 0,06 iken, 4,3 doların altında olan bireylerin oranı %1,58'dir (TÜİK, 2016).

2.3 Yoksulluk, Sağlık ve Kolorektal Kanser

Yoksulluk ve sağlık kısır döngü şeklinde birbirini etkilemektedir. Yoksulluğun sağlık, iyilik hali ve yaşam kalitesi üzerine etkileri kuşaktan kuşağa aktararak devam etmektedir. Yoksulluğun en çok neden olduğu sağlık sorunlarının arasında bulaşıcı ve kronik hastalıklar, beslenme bozuklukları, şiddet, anne-bebek ölümleri ve psikiyatrik hastalıklar bulunmaktadır. Bunlarla birlikte sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarındaki yetersizlik ile madde bağımlılığı oranlarının artmasına da sebep olmaktadır (Aydoğdu ve Bahar, 2017).

Yoksulluk sağlığı etkilemesinin dışında kişilerin sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarını da olumsuz etkilemektedir (Ergöl, 2010). Sağlığı geliştirme, bireylerin kendi sağlıklılık hallerini sürdürme ve hedeflenen sağlık potansiyellerine ulaşmalarını amaçlamaktadır.

Sağlığı koruma ve geliştirme uygulamalarından biri de erken tanı çalışmalarıdır. Bir çok çalışmada sosyoekonomik statünün kanser mortalitesi ve tedavisine etkisi olduğu gösterilmiştir (Hoang ve ark., 2017; Pou ve ark. , 2017; de Grupp ve ark. 1999-2009; Liu ve ark., 2019). Yoksul bireyler erken tanı çalışmalarında en başta ele alınması gereken gruptur. Yoksul bireyler arasında erken tanı için tarama programlarına katılımdaki düşüklük, kanser insidansının ve mortalitesinin yüksek olmasına neden olmaktadır (Aydoğdu ve Bahar, 2011, Sarfaty ve ark., 2013; Wolf ve ark., 2015).

Ulusal kanser tarama programları ile ücretsiz olarak karşılanan erken tanı uygulamalarına karşın bireylerin KRK erken tanı davranışları yetersiz olup, yoksul bireylerde bu oranlar daha da düşmektedir (Pelto ve ark., 2015; O'Malley ve ark., 2005; Lian ve ark., 2008; Adams ve ark., 2004).

Birçok çalışmada düşük sosyoekonomik statünün (düşük gelir, işsizlik, düşük eğitim düzeyi, sağlık sigortasının olmaması) daha düşük oranda KRK taramasına katılım ile ilişkilendirildiği görölmektedir (Chouhdari ve ark., 2016; Kılıçkap ve ark. 2012). İran'da bir araştırma hastanesinde, 2007-2013 tarihleri arasında KRK tanısı almış bireylerin birinci derece akrabalarından oluşan 200 kişi kolonoskopi tarama programına alınmıştır. Programda ileride kolonoskopi yaptırmak isteyip istemedikleri sorulurken, aylık gelirleri 10 milyon riyal ve üzerinde olan bireylerin daha az aylık geliri olan bireylere göre ileride kolonoskopi yaptırmaya daha istekli oldukları belirlenmiştir ($p=0<0,05$) (Chouhdari ve ark., 2016). Pensilvanya'da yoksulların çoğunlukta olduğu Appalaş Bölgesi'nde KRK tarama oranları oldukça düşükken kolorektal kanser insidansı ve kansere bağlı ölümlerin ise oldukça fazla olduğu bildirilmiştir (Curry ve ark., 2011).

ABD'de KRK mortalite oranları, tarama oranlarının düşük olması nedeniyle, bakıma erişimi olmayan düşük gelirli, sigortasız ve ırksal / etnik azınlıklar arasında daha yüksektir (Sarfaty ve ark., 2013; Wolf ve ark., 2015). Texas'ta yapılan başka bir çalışmada ise kırsal

bölgede ve kentsel bölgede olmanın KRK tarama oranları açısından karşılaştırılması yapılmış ve kırsal bölgedeki bireylerin kentsel bölgedeki bireylere göre daha düşük oranda GGK uyguladığı belirlenmiştir (Ojinnaka ve ark., 2015).

Nüfus sayım bölgesi ile etnisitiye/ırka bağlı KRK insidansı ve anatomik alt bölge arasındaki ilişkinin değerlendirildiği başka bir çalışmada; 2005 ve 2009 yılları arasında 15 eyalette ve Los Angeles ilinde teşhis edilen kolorektal kanser vakaları nüfus sayım sistemine göre 4 gruba ayrılmış, daha sonra yaşa ve evreye göre sınıflandırılan insidans ve insidans hızları hesaplanmıştır. Analizler alt bölgeye (proksimal, distal, rektum), cinsiyete, ırka ve yoksulluğa göre tabakalandırılmıştır. Yoksulluk oranı en düşük olan bölgelerde kolorektal kanser insidans hızı anlamlı olarak erkeklerde ve kadınlarda daha yüksek bulunmuştur. Yüksek ve düşük yoksulluğu olan bölgeler arasında insidans hızı farkları açısından distal kolon kanserlerinde en güçlü fark bulunurken en zayıf fark ise proksimal kolonda tespit edilmiştir (Henry ve ark., 2014).

ABD’de Tennessee eyaletinin üç şehrinde bulunan düşük gelirli 50 yaş üzeri Afrikalı Amerikalılara (n=460) kolorektal kanser taramaları ile ilgili kararlarını etkileyen yaşam biçimi ve demografik faktörler ile taramaya engel olan nedenlerin sorgulandığı 123 maddelik bir anketin uygulandığı çalışmada; evli ve sigortası olmak gibi faktörlerin taramada önemli bir olumlu faktör olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda coğrafi olarak uzak olmanın da taramada önemli bir engel olduğu saptanmıştır (Patel ve ark., 2012). Malezya’da düşük gelirli bireylerde kolorektal kanser taramalarını artırmaya yönelik yapılan bir çalışmada bireylerin kolorektal kanser ve KRK taramaları hakkındaki bilgi düzeyleri düşük seviyede bulunmuştur (Tze ve ark., 2016).

Türkiye’de yoksul bireylerin KRK taramalarına katılımları hakkında yapılan çalışmalar sınırlıdır. Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi’nde KRK tanısı almış bireylerin birinci derece akrabalarının (kardeş, çocuk vb) kolonoskopi katılım oranları incelenmiş 1000 lira üzerinde geliri olan bireylerin, daha düşük gelirli olan bireylere oranla kolonoskopiye katılım oranları iki katı oranda yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Kılıçkap ve ark., 2012). Erzurum’da bir aile sağlığı merkezine kayıtlı 50 yaş üstü 136 bireyde yapılan tanımlayıcı çalışmada ise bireylerin %61.6’sının gelirinin giderinden daha az olduğu ve %91.2’sinin tarama yaptırmadığı, %94.1’inin taramaya başlama yaşını ve %79.4’ünün kanser belirtilerini bilmediği belirlenmiştir (Baysal ve ark., 2006).

2.4 Kolorektal Kanseri

2.4.1 Epidemiyolojisi

DSÖ verilerine göre Kolorektal Kanseri (KRK) dünya genelinde erkekler arasında üçüncü sırada, kadınlarda ikinci sırada her iki cinsde ise üçüncü sırada görülen kanser türüdür. Dünya genelinde KRK vakası insidansı 2018 yılında ortalama 1.8 milyon kişidir ve en yüksek insidansların Asya, Avrupa ve Kuzey Amerika ülkelerinde, en düşük insidansların Afrika ve Avustralya kıtasında olduğu belirtilmektedir. Dünya genelinde kansere bağlı ölümler arasında kolorektal kanser nedenli mortalite 2018 yılında %9 (861.263 kişi) olarak saptanmıştır (GLOBOCAN, 2018).

Türkiye’de bakanlık verilerine göre KRK, kanser türleri arasında hem erkeklerde hem de kadınlarda üçüncü sıradadır. Erkeklerde yüz binde 24.4 iken insidansı, kadınlarda yüz binde 15.3’tür. Yaş grubu sıralamasında; erkeklerde 25-49 yaş grubunda ikinci sırada, 50-69 yaş ve 70 yaş ve üzeri gruplarında dördüncü sırada yer alırken, kadınlarda 25-49 yaş grubunda üçüncü sırada, 50-69 yaş ve 70 yaş ve üzeri gruplarında ikinci sırada yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2016).

2.4.2 Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

KRK’nın gelişme olasılığını çevresel ve genetik faktörler artırmaktadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013). KRK gelişiminde etkili risk faktörlerinin belirlenmesi, hedef popülasyonda tarama yapılması ve takip programlarının geliştirilmesi önem taşımaktadır. Kolorektal kanser gelişiminde risk faktörleri değiştirilebilir, değiştirilemez ve etkisi kesin belli olmayan faktörler olarak üç grupta incelenmektedir (American Cancer Society, 2017) (Tablo 2).

Tablo 2. Kolorektal Kanser Risk Faktörleri (American Cancer Society, 2017)

Değiştirilemeyen Risk Faktörleri		
RİSK FAKTÖRÜ	RİSK DERECEŚİ	AÇIKLAMA
Yaş	Arttırır	Yaş, KRK için önemli bir risk faktördür. İnsidans 50 yaşından sonra belirgin şekilde artmaktadır. KRK'ların %90'ı bu yaştan sonra görülmekle birlikte, olguların sadece %5'ine 40 yaş altında rastlanmaktadır.
Kolorektal Polip ve Geçirilmiş Kolorektal Kanser Öyküsü	Arttırır	Kolorektal kanserlerin çok büyük bir bölümü (>%90), daha önce gelişmiş olan adenomlardan kaynaklanmaktadır. Normal bir kolon mukozasından adenom oluşumu, adenomdan da displazi, insitu ve invaziv kanser gelişiminin ortalama 10 yıl sürdüğü belirtilmektedir.
Ailede Kolon Kanseri Öyküsü	Arttırır	KRK'ların yaklaşık %25-30'unu oluştururlar. Ailesel olgularda genetik bazı değişiklikler ya da ortak çevresel faktörlerin etkili olduğu bildirilmektedir. Ailesinde KRK görülmeyen bir bireyde hayatı boyunca KRK gelişme riski ortalama %6'dır. Birinci dereceden akrabalarının en az birinde KRK bulunan bireylerde ise, KRK gelişme riski iki kat artmıştır (%12). İkinden fazla birinci derece akrabasında kanser mevcutsa, bu risk üç kattan daha fazladır (%35).

Değiştirilemeyen Risk Faktörleri (Devam)		
RİSK FAKTÖRÜ	RİSK DERECEŚİ	AÇIKLAMA
İnflamatuvar Barsak hastalığı	Arttırır	Uzun süredir inflamatuvar barsak hastalığı olan bireylerde KRK gelişme riski önemli derecede artmaktadır. Bu durum özellikle ülseratif kolit için geçerlidir. Kronik enflamasyonun, mukozayı kanserleşmeye eğilimli hale getirdiğı düşünölmektedir. Tanı konulduğunda hastanın yaşı, hastalığın kolondaki yaygınlığı ve hastalığın süresi ile KRK gelişimi arasında yakın ilişki bulunmaktadır.
Kalıtsal Sendroma Sahip Olmak	Arttırır	KRK'ların FAP (Familial Adenomatous Polyposis) ve HNPCC (Hereditary Non-polyposis Colorectal Carcinoma) gibi herediter formlarında fertler mutant genlerle doğdukları için, adenom oluşumu ve karsinoma dönüşümü süreci bu fertlerde daha hızlı olmaktadır
Tip 2 Diyabet	Arttırır	Tip 2 diyabeti olan bireylerde KRK gelişme riski daha fazladır. Tip 2 diyabet ve kolon kanseri için ortak risk faktörleri (fazla kilo ve fiziksel inaktivite) olsa da yalnızca tip 2 diyabetin riski arttırdığı belirtilmektedir.

Yaşam Tarzı İle İlişkili Değiştirilebilir Risk Faktörleri		
RİSK FAKTÖRÜ	RİSK DERECEŚİ	AÇIKLAMA
Obezite	Arttırır	Hem kadınlarda hem de erkeklerde özellikle bel çevresi fazla olan bireylerde risk daha fazladır. Bu riskin erkeklerde kadınlara oranla daha fazla olduğu belirtilmektedir.
Fiziksel İnaktivite	Arttırır	Riski arttırır.
Diyet	Arttırır	Hayvansal yağ ve kırmızı etten zengin, liften fakir, yüksek kalorili diyetle beslenen kişilerde risk artmaktadır. Ayrıca etleri pişirme ısısının yüksek olmasının riski arttırdığı belirtilse de riski ne kadar arttırdığı net değildir. Bol posa bırakan bitkisel liflerin tüketilmesi, kanserojen maddelerin kolon mukozasına temas süresini kısaltmakta, aynı zamanda dışkı hacmini arttırarak zararlı maddelerin seyrelmesine yol açarak mukozaya olumsuz etkisi azalmaktadır.
Alkol Kullanımı	Arttırır	Kadınlar için günde 1 kadeh, erkekler için günde 2 kadeh alkol tüketiminin sınırlandırılması kolorektal kanser gelişim riskini azaltmaktadır.
Sigara Kullanımı	Arttırır	Tüm kanserlerde olduğu gibi KRK riskini de arttırmaktadır.

Tablo 2’de açıklanan risk faktörlerinin dışında etkisi henüz kanıtlanmamış olan faktörler de bulunmaktadır. Bunlardan ilki gece vardiyasında çalışmadır. Gece vardiyasında çalışmak değişen melatonin seviyesine neden olarak riski arttırmaktadır. Ayrıca testis ve prostat kanseri öyküsü olan bireylerde radyoterapiye bağılı olarak kolorektal kanser gelişme riskinin fazla olduğu belirtilmektedir (American Cancer Society, 2017).

2.4.3 Kolorektal Kanseri Önlemede Erken Tanı Girişimlerinin Önemi

Kanserin önlenmesi, dünya çapında kanser yükünün azaltılmasına yönelik en iyi yaklaşımdır (Alberts ve Hess, 2010). Diğer yaklaşım erken tanıdır. Kolorektal kanserler de; sık rastlanması ve ciddi boyutta sağlık problemleri oluşturması, prekürsör lezyonlarının (adenom) bulunması, tümörlerinin nispeten yavaş büyümesi ile tanı ve tedaviye zaman tanınması, hastalığı saptamaya yönelik uygun tanı testlerinin olması nedeniyle tarama stratejilerine uygun nitelik taşımaktadır (Ertürk, 2010). Tarama programları, KRK ile ilişkili mortalite ve morbidite oranını azaltmada tek başına en etkili yöntemlerdendir (Mahon, 2009).

2.4.4 Kolorektal Kanseri Taramalarında Kullanılan Testler

KRK tarama programları dışkı testleri (stool tests) ve yapısal incelemeler (structural exams) olarak iki gruba ayrılmaktadır:

2.4.4.1 Dışkı Testleri

Gaitada Gizli Kan Testi (GGKT) ve Dışkıda DNA analizi olarak iki şekilde yapılmaktadır.

- *Gaitada Gizli Kan Testi (GGKT)*, Guaiac Temelli Gizli Kan Testi (gGGKT) ve Immunokimyasal GGKT (iGGKT) olarak iki şekilde gerçekleştirilmektedir. Guaiac Temelli Gizli Kan Testi (gGGKT) olarak bilinen testte, guaiac emdirilmiş kâğıdın maviye dönmesiyle dışkı örneğinde peroksidaz reaksiyonu gelişip gelişmediğine bakılmaktadır. Testin duyarlılığını artırmak için evde arka arkaya üç barsak boşaltımı değerlendirilebilmektedir. Testin teorik olarak spesifitesini artırmak için bireylere yedi gün boyunca aspirin ve diğer non steroid anti inflamatura ilaçları kullanmaması testten üç gün öncesine kadar C vitamini, çiğ sebze, kümes hayvanı, kırmızı et ve balık yememesi gerektiği belirtilmelidir (Miller 2013). Immunokimyasal GGKT (iGGKT), sadece insan hemoglobini taradıkları için diğer GGK testlerine göre daha özgüldür. Globin proteini midede ve ince barsağın proksimal kısmında sindirildiği için gGGKT'ye göre kolondaki kanama için daha spesifik ancak daha pahalı bir testtir (Miller, 2013; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013).

- *Fekal DNA testi*, diğer bir dışkı testidir. DNA gaita kitinde DNA paneli bulunmaktadır. KKK ile ilişkili olan tüm genetik anormallikler DNA testinde yer almadığı için yanlış negatiflik görülmektedir. Tek bir testin KKK için duyarlılığı %62-100, yüksek derece adenom için %27-82, özgüllüğü de %82-100'dür. Beş yıl arayla tekrarlanmaktadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013).

2.4.4.2 Yapısal İnceleme Testleri

- *Çift Kontrast Baryumlu Enema (ÇKBE)*; Bu testte rektal kateterle kolona hava verilerek ve floroskopi altında çok sayıda grafi çekilir. Retrospektif çalışmalar ise ÇKBE'nin KKK'nın %15-22'sini tespit edemediğini belirtmektedir. ÇKBE, geleneksel olarak bütün kolonun incelenme yöntemidir ancak bilgisayarlı tomografi ile kolonografi gibi kesitsel taramaların bu işlemin yerini aldığı ABD'de floroskopi ile birlikte yapılması zorunluluğu vardır (Miller, 2013; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013).
- *Bilgisayarlı Tomografi ile Kolonografi (BTK)*; BTK'da çok sayıda kesitsel tomografi çekimleri yapılarak iki ve üç boyutlu görüntüler elde edilmektedir (Miller, 2013; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013).
- *Sigmoidoskopi*; 60 cm'lik fleksible sigmoidoskopi splenik fleksuraya ya da desenden kolona ulaşabilmektedir. Hekim dışı sağlık profesyonelleri tarafından da uygulanabilmektedir (Miller 2013, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2013). ABD'de sigmoidoskopide adenom görülmesi kolonoskopi için sevk kriteri olmaktadır. İngiltere'de 1 cm'den küçük bir iki adenom görülmesi sevki gerektirmemektedir (Miller, 2013; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013).
- *Kolonoskopi*; Çoğu bireyler için bütün kolondaki lezyonları görebilme ve müdahale edebilme imkanı olduğundan en etkili yöntem olarak görülmektedir. Ancak, kolonoskopinin KKK insidansı ve mortalitesinde etkisini ölçen yeterli kontrollü çalışma bulunmamaktadır. Kolonoskopi tarama testlerinin değerlendirilmesinde altın standart olarak görülmesine rağmen, kolonoskopi uygulamasının uygulayıcının performansına bağlı olması bu durumu değiştirmektedir. Sonuçlar, endoskopistin tecrübe, deneyim ve becerisine göre değişebilmektedir. Kolonoskopi ile, sigmoidoskopi ile kaçırılabilen

proksimal lezyonlar tespit edilebilse de daha risklidir (Miller, 2013; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2013).

- *Kapsül Endoskopi*; kapsülün iki tarafına yerleştirilmiş kameralar ile kolondan görüntü almaktadır. Bir prospektif çalışmada bu yöntemin 6 mm üstü polipler için duyarlılığı %64, özgüllüğü %84 bulunmuştur (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013).

2.4.5 Uluslararası ve Ulusal Tarama Programları

Dünya genelinde ülkelere özel kolorektal kanser tarama programları önemli farklılıklar göstermektedir. Bazı ülkeler ulusal organize tarama programlarını kullanmakta iken (Avustralya, Çek Cumhuriyeti, Almanya, İsrail, Japonya, Polonya, Güney Kore ve İngiltere), çoğunlukta uygulama öneri ve rehber oluşturarak fırsatçı tarama programları yapmaktır. Bununla birlikte, birçok ülkede (ABD, Finlandiya, Kanada, Belçika, Fransa, İtalya, Norveç, İspanya, İsviçre, Tayland ve Tayvan) kolorektal kanser tarama programlarının uygulanabilirliğini değerlendirmek amacıyla bölgesel araştırma ve pilot çalışmalar da yer almaktadır. KRK tarama uygulamaları Afrika, Asya ve Güney Amerika'da nadir olarak uygulanmaktadır (GLOBOCAN, 2012; Schreuders ve ark., 2015) (Tablo 3).

Tablo 3. Dünya Geneline Bazı Ülkelerin Tarama Programlarının Özellikleri (Schreuders ve ark., 2015)

Ülke	Yaşa Standardize KRK İnsidans Hızı	Program Tipi	Uygulanan Test	Yaş Aralığı	Tarama Aralığı (Ay)
Kanada	35,2	Organize	GGKTi,GGKTg	50-74	24
ABD	25	Fırsatçı	GGKTi	50+	24
Meksika	7,8	Fırsatçı	GGKTi, GGKTg	50+	
Küba	19,7	Fırsatçı	GGKTi		
Uruguay	25	Fırsatçı	GGKTi	50+	24
Avustralya	38	Organize	GGKTi	50-74	60
İsrail	35,9	Organize	GGKTi	50-74	12
Japonya	32,2	Organize	GGKTi	40-69	12
Polonya	27	Organize	Optik Kolonoskopi	50-66	120
Fransa	30	Organize	GGKTi	50-74	24
İspanya	33,1	Organize	GGKTi	60-69	24
İngiltere	30,2	Organize	GGKTg	60-74	24
			FS	55+, 60-74	1 kez
İtalya	33,9	Organize	GGKTi	44-75	24
Avusturya	26	Fırsatçı	GGKTg	40+	12
			Kolonoskopi	50+	84-120
Almanya	30,9	Fırsatçı	GGKTg,	50-54	12
			Kolonoskopi	55+	120/24
Hollanda	40,2	Organize	GGKTi	55-75	24
Türkiye	16,6	Fırsatçı	GGKTi/Kolonoskopi	50-70	24/120
GGKTi: Immunokimyasal Gaitada Gizli Kan Testi, GGKTg: Guaiac Temelli Gaitada Gizli Kan Testi, FS: Fleksibl Sigmoidoskopi, Organize Tarama Programları: Ülkenin tümüne yayılmış, organize programlar Fırsatçı Tarma Programları: Henüz geniş kitlelere ulaşılmamış tarama programları					

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun yayınladığı 2013-2018 Türkiye Kanser Kontrol Planı’nda 50-70 arası tüm bireylerde iki yılda bir Gaitada Gizli Kan Testi ve on yılda bir de optik kolonoskopi taraması yer almaktadır. Taranacak popülasyona davet yöntemleriyle aile hekimleri, Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) ve Kanser Erken Teşhis Merkezleri (KETEM) koordinasyonu aracılığıyla hatırlatma yapılmaktadır. Ayrıca birinci derece akrabası adenomatöz polip ya da KRK tanısı almış yüksek riskli bireylere bu prosedürlerin 40 yaşından itibaren uygulanması planlanmaktadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013).

2.5 Kolorektal Kanser Erken Tanısında Sağlığı Geliştirme Modelleri

Bireylerin kolorektal kanser tarama davranışlarının geliştirilmesine yönelik girişimler bilinçli bir çaba gerektirir. Araştırmacılar için bireylerin tarama davranışlarını değerlendirmede, tarama yaptırmaya nasıl karar verdiklerini anlamak için modeller önemli bir rehber olabilmektedir

Kolorektal kanser taramalarına uyumun değerlendirilmesinde literatürde sıklıkla kullanılan modeller/teoriler arasında Sağlık İnanç Modeli, Gerekçelendirilmiş Eylem Teorisi, Planlanmış Davranış Teorisi, Sosyal Bilişsel Teori, Transteoretik Model ve Sağlığı Geliştirme Modeli yer almaktadır (Kiviniemi ve ark., 2011).

Kiviniemi ve arkadaşları (2011) tarafından Sağlık İnanç Modeli, Gerekçelendirilmiş Eylem Teorisi, Planlanmış Davranış Teorisi, Sosyal Bilişsel Teori ve Transteoretik Model’in yapılarıyla tarama davranışlarına ve davranışın değerlendirilmesine yönelik incelendiği çalışmaların bulunduğu literatür derlemesinde; modellere/teorilere ait yapıların genel olarak kolorektal kanser tarama davranışlarını tahmin etmede etkili olduğu belirlenmiştir. Ancak, Sağlık İnanç Modeli (SİM) dışındaki modellerin bu ilişkileri tahmin etmede sınırlı olduğu bildirilmektedir (Kiviniemi ve ark., 2011).

2.6 Sağlık İnanç Modeli (SİM)

Sağlık İnanç Modeli, kanser taramalarını ve diğer koruyucu sağlık davranışlarını inceleyen bir modeldir. Bireylerin sağlık inançlarının kanser taramalarını yapıp yapmamaya olan etkisini en iyi açıklayan bir modeldir. SİM, hastalığın önlenmesi, kontrolü veya taranması için kişilerin harekete geçme istekliliğini ölçmekte ve bu davranışı etkileyen belirli yapıları

tanımlamaktadır. Örneğin bireyler kolorektal kanserin olumsuz sonuçlarına daha duyarlı hale gelirse tarama davranışını gerçekleştirebilir, KRK taramalarının yararlarını anlayabilir ve taramaya daha düşük direnç gösterir. Ayrıca bireyler, taramayı teşvik eden ipuçlarını elde ettikleri ve taramayı kendi başlarına başarıyla tamamlayabileceklerine inandıkları takdirde, KRK için tarama yaptırmaya daha istekli olabilirler (Stanley ve ark., 2013).

Model, tüberküloz taramaları, servikal kanser taramaları ve bağışıklama programları gibi ücretsiz ve kolay ulaşılabilen programlara katılımın düşük olması nedeniyle bireylerin bu davranışlarının altında yatan nedeni belirlemek amacıyla ilk kez 1950 yılında geliştirilmiştir (Turner ve ark., 2004). Model kişilerin sağlık davranışlarının inanç, değer ve tutumlarından etkileneceğini, inanç ve tutumlar tanımlana bilirse, verilecek sağlık eğitimi ya da uygulanacak girişimler o kişiye daha uygun olarak hazırlanabilecektir (Öz, 2004).

2.6.1 Modelin Bileşenleri (Algılar)

Algılanan Duyarlılık

Bireyin sağlık durumu ile ilgili riskin farkında olması ve durumla ilgili hassasiyet düzeyini belirleyen algıdır. Bireyin hastalığa yakalanma olasılığını kabul edebilme durumudur. Algılanan duyarlılığın artması bireyin sağlık durumu ile ilgili riski azaltmak için olumlu davranış gösterme olasılığını artırmaktadır (Glanz, Rimer ve Viswanath, 2008; Aydoğdu ve Bahar, 2011; Gözüm ve Çapık, 2014). Literatürde kolorektal kanserde algılanan duyarlılığın ve kolorektal kansere ilişkin endişenin yüksek olmasının tarama davranışları üzerine etkili olduğu çalışmalar olmakla birlikte (Ma ve ark., 2009; Shokar, 2008; Nguyen, 2010; Walsh, 2004; Rawl ve ark., 2012, Brenner ve ark., 2015), istatistiksel olarak tarama davranışı gerçekleştirme yönünde etkisinin görülmediği çalışmalar da mevcuttur (Vernon, 1997; Menon ve ark., 2003; Holt ve ark., 2012).

Algılanan Ciddiyet

Bu algı, hastalığın bireylerde oluşturduğu ciddiyetine yönelik inançları ifade etmektedir. Algılanan ciddiyet, bireyin tıbbi bilgi ve deneyimlerine dayanmakla birlikte hastalığın yaratacağı zorluklar konusunda bireyin bilgisine de dayanmaktadır. Örneğin sağlıklı bir birey solunum yolu enfeksiyonuna yakalandığında ufak bir yatak istirahati ile düzeleceğini tahmin edebilirken,

astımlı bir birey hastaneye yatarak tedavi edilmesi gerektiğini düşünebilir. Aynı hastalığa olan farklı yaklaşımlar ilgili bireylerin ciddiye almasını oluşturmaktadır (Aydoğdu ve Bahar, 2011; Çapık ve Gözüm, 2014). Algılanan ciddiyetin GGK testi üzerine olumlu etkileri olan çalışmalar bulunmakla birlikte (Vernon, 1997; Macrae ve ark., 1984; Myers ve ark., 1994; Price, 1993), istatistiksel olarak ilişkinin bulunmadığı çalışmalar da mevcuttur (Burack ve ark., 1987; Hoogewerf ve ark., 1990).

Sağlık Motivasyonu Algısı

Sağlıklı halinin korunması ve geliştirilmesinde davranışların oluşması için genel istek durumunu ifade etmektedir. Bu kavram modele 1988 yılında revize edildikten sonra eklenmiştir (Nahcivan ve Seçginli, 2003). Çalışmaların çoğunda sağlık motivasyonunun GGK testini gerçekleştirme yönünde anlamlı sonuçları bulunmuştur (Vernon, 1997; Farrands ve ark., 1981; Myers ve ark., 1994; Weller ve ark., 1995).

Algılanan Yarar

Kavram istendik davranışı göstermenin bireylerde oluşturduğu yarara yönelik inancı olarak tanımlanmaktadır (Çapık ve Gözüm, 2014). Bu yarar hastalığa yakalanma olasılığının düşme beklentisidir. Bu nedenle istendik sağlık davranışlarının yaşam süresine ve yaşam kalitesine olan etkisi gösterilerek bireylerin elde edecekleri yararın farkına varması aynı zamanda bireyin kendi sağlığını kontrol etme olasılığını da arttıracaktır (Aydoğdu ve Bahar, 2011; Glanz ve ark., 2008).

Algılanan yararın KRK tarama davranışı üzerindeki etkisini inceleyen literatür derlemesinde, çalışmaların %66'sında davranışa (kolonoskopi ve GGK testi) olumlu etkisi olduğu gösterilmiştir. Çalışmada algılanan yararın tarama davranışından kaçınma gibi olumsuz bir etkisi hiçbir çalışmada gösterilmemiştir. Bununla birlikte %34 çalışmada istatistiksel olarak bir etkisi olmadığı belirlenmiştir (Kiviniemi ve ark., 2011).

Amerika'da yaşayan ve sınırlı sağlık hizmeti alan 6 kilise bölgesindeki Koreliler (n:169) üzerinde yürütülen yarı deneysel bir çalışmada; girişim grubuna Sağlık İnanç Modeli ve Sosyal Bilişsel Model temelli küçük grup eğitimleri uygulanmıştır. Eğitim içeriğinde KRK risk faktörleri, Koreli göçmenlerde ve genel ABD nüfusunda insidans, mortalite ve tarama oranları,

ailede KKK tanısı alan birey olması, diyet, kolonda kanserli hücrenin gelişimi ve avantaj-dezavantajlarıyla KKK tarama seçenekleri yer almıştır. Girişim grubundaki bireylerin çoğuna bireylerin ihtiyaçlarına göre hatırlatıcı kullanımı, birebir ve grup danışmanlığı, randevu alma ve çevirmenlik (İngilizce-Korece) gibi destek sistemleri uygulanmıştır. Kontrol grubundaki bireylere ise, kanser ve tarama ile ilgili genel sağlık konularına yönelik eğitimler verilmiştir. Girişimden 12 ay sonra girişim grubunun tarama oranları (%77,4), kontrol grubuna göre (%10,8) anlamlı derecede yüksek bulunurken ($p<0,001$), girişim grubunun algılanan duyarlılık puanları arasında anlamlı yükselme görülmüştür ($p<0,05$). Ayrıca girişim grubunda yarar algısı puanındaki yükselme ($p<0,001$) ve engel algısındaki düşüş ($p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Ma ve ark., 2009).

Algılanan Engeller

Sağlıkla ilgili koruyucu davranışın gerçekleştirilmesini zorlaştıran etmenlerle ilgili algıdır. Koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleşmesi için algılanan yarar ile algılanan engel arasında, algılanan yarar yönünde fark olması gerekmektedir (Aydoğdu ve Bahar, 2011; Glanz ve ark., 2008; Department of Health and Human Services, 2005).

Algılanan engelin düşük olmasının literatür derlemelerinde KKK tarama davranışını gerçekleştirmede olumlu etkisi olduğunu gösteren birçok çalışma olduğu gösterilmiştir (Vernon, 1997; Kiviniemi ve ark., 2011).

Algılanan Öz-Etkililik

Öz etkililik, bireylerden beklenen davranışın gerçekleştirilmesinde kişinin kendine olan inancını içermektedir (Glanz ve ark., 2008; Aydoğdu ve Bahar, 2011). Kişinin değişime olan olumlu inancı onu güçlü bir şekilde motive eder ve öz etkililik algısı düşük olan bireye göre daha kolay eyleme geçer (Çapık ve Gözüm, 2014).

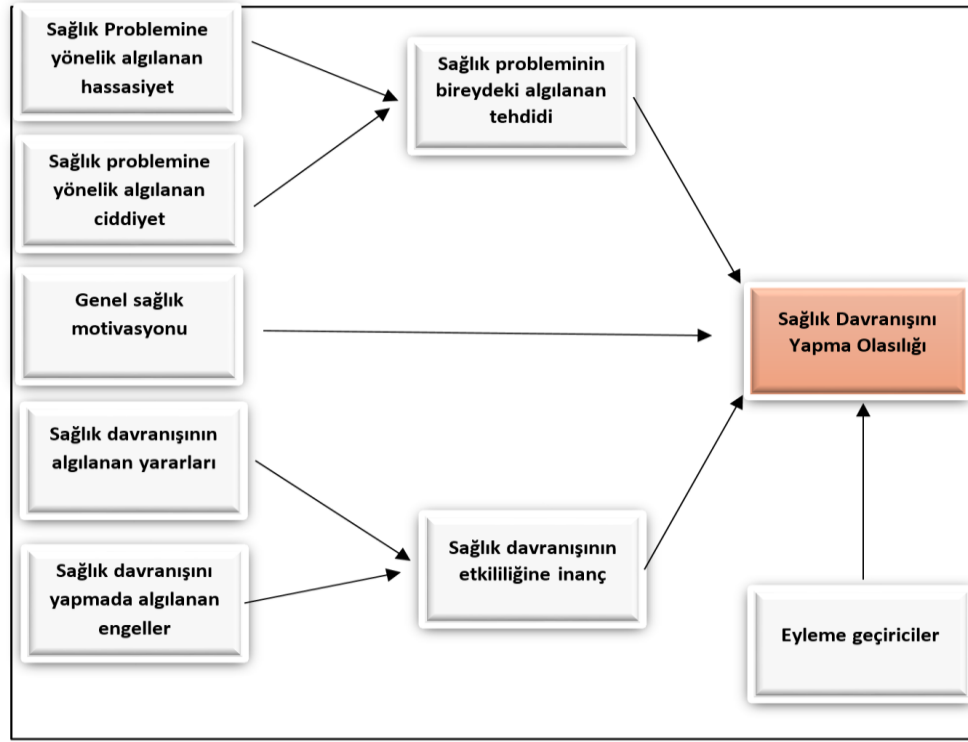
KKK tarama çalışmalarında öz etkililik algısının yüksek olmasının, diğer KKK tarama yöntemlerine göre daha karmaşık ve ön hazırlık protokolü içeren kolonoskopi uygulamasına katılımın artmasında önemli etkisinin olduğu gösterilmiştir (Kiviniemi ve ark., 2011).

2.6.2 Eylem

Eyleme Geiriciler

Davranışını gerçekleştirmek için gereken hazır bulunuşluğun, bilişsel algısal faktörler ile birlikte eyleme geiriciler ile geliştirilebileceği belirtilmektedir. Modelde istendik davranışının gösterilmesinde, algısal faktörler ile ilgili hazır bulunuşluğun önemli olduğu belirtilmektedir (Glanz ve ark., 2008; U.S. Department of Health And Human Services, 2005, Aydoğdu ve Bahar; 2011).

Yoksul insanlar içinde sağlık ve eşitlik temel bir haktır. Hemşireler “herkese eşit hizmet” “gereksinimi olana daha fazla hizmet” felsefi ile birçok girişimi düzenleyebilir (Aydoğdu ve Bahar, 2017). Halk sağlığı hemşiresinin bakım alanı toplumdur. Topluma hizmette beklenen; toplumu tanınması, onunla özdeşleşmesi ve buna göre hizmet verebilmesidir. Halk sağlığı hemşiresi hizmet ettiği bölgedeki ekonomik olanakları, bireylerin gelir düzeyini bildiği takdirde topluma etkin bir sağlık hizmeti sağlayabilir. Bu nedenle Hemşireler, yoksulluk kavramını ve toplumdaki yoksulluk oranlarını bilerek vereceği bakımı planlamalıdır (Erefe ve ark., 2003).



Şekil 1. Sağlık İnanç Modeli (Gözüm ve Çapık; 2014)

Bu çalışmada yoksul bireylerin kolorektal kansere (KRK) yönelik tarama davranışlarını gerçekleştirmede sağlık inançları değerlendirilerek hem KRK bilgi düzeylerini artırmak hem de tarama davranışını gerçekleştirmeleri amaçlanmaktadır. Yoksul bireylerde KRK insidans ve mortalitesinin yüksek olması, erken tanı uygulamalarını düşük oranda gerçekleştirmelerinden kaynaklanmaktadır. Yoksul bireylere KRK tarama davranışlarını kolaylaştırıcı ve KRK tarama davranışı önündeki engelleri minimize edecek hemşirelik girişimleri sonucunda KRK tarama davranışlarının artması beklenmektedir. Bu nedenle çalışma yoksul bireylerde KRK insidans ve mortalitesini düşürmede yol gösterici olacağı düşünüldüğünden önemlidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Araştırma ön test son test deney-kontrol gruplu yarı deneysel tipte bir çalışmadır.

3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Kasım 2016 tarihinde literatür tarama ile başlamış olup Temmuz 2020 tarihinde tez savunması ile tamamlanmıştır. Araştırma bölgesi olarak yoksul bireylerin çoğunlukta yaşadığı Zonguldak Merkez Karaelmas Mahallesi seçilmiştir. Veri toplama ve eğitimler Karaelmas Aile Sağlığı Merkezi (Karaelmas ASM) eğitim odasında gerçekleşmiştir

3.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini Karaelmas ASM'ye kayıtlı olan, 50-70 yaş arasında olan 1559 kişi oluşturmuştur. Evrendeki bireyler numaralandırılarak rastgele sayılar tablosuna göre ilk birey deney grubu, ikinci birey kontrol grubu olacak şekilde 128 kişi (64 deney, 64 kontrol) gruplara atanmıştır. Örneklem sayısının yarısı oranında yedek birey de atanmıştır.

Bu çalışmada priori güç analizi ile bağımsız gruplarda t testi için, her grupta 64 katılımcının olduğu iki grupta toplam 128 katılımcı ile çalışmanın yürütülmesi durumunda 0.05 anlamlılık düzeyinde %95 güven aralığında %80 güce ulaşılabilceği belirlenmiştir (Çapık, 2014).

3.3.1 Örneklem Dahil Edilme Kriterleri

- Zonguldak Merkez Karaelmas Mahallesi'nde oturuyor olmak
- 50-70 yaş arasında kadın veya erkek olmak
- 2 yıldan az bir süre önce GGK testini uygulamamış olmak
- Son 10 yılda kolonoskopi yaptırmamış olmak
- Türkçe bilmek
- Girişim ve kontrol için herhangi bir fiziksel engeli bulunmamak
- Yoksul olmak

3.3.2 Örneklemden Çıkarılma Kriterleri

- Zonguldak il merkezinden taşınmak
- Kolorektal kanser veya başka bir kanser tanısı almış olmak
- Bireyin çalışmaya katılmak ya da katıldığı halde devam etmek istememesi

3.3.3 Yoksulluk Sınırı Belirleme

Çalışmada yoksulluk sınırının belirlenmesi için uluslararası yoksulluk sınırlarının belirlenmesinde Türkiye'nin de için de bulunduğu ülkeler için kabul edilen günlük 4.3 \$ yaklaşımı kullanılmıştır. Bu yaklaşıma göre günde kişi başına 4.3 \$ gelir elde edemeyen haneler yoksul sayılmıştır (TÜİK, 2016).

Buna göre 6 Şubat 2019 tarihinde T.C Merkez Bankası dolar kuru verilerine göre 1 dolar 5,20 TL'ye denk geldiği için 4 kişilik bir ailenin yoksulluk sınırı 2772 TL olarak belirlenmiştir. Belirlenen bu gelirin altında bir kazanç elde eden haneler yoksul hane, üzerinde kazanç elde eden haneler ise yoksul olmayan hane olarak kabul edilmiştir (Çapık ve Bahar, 2008).

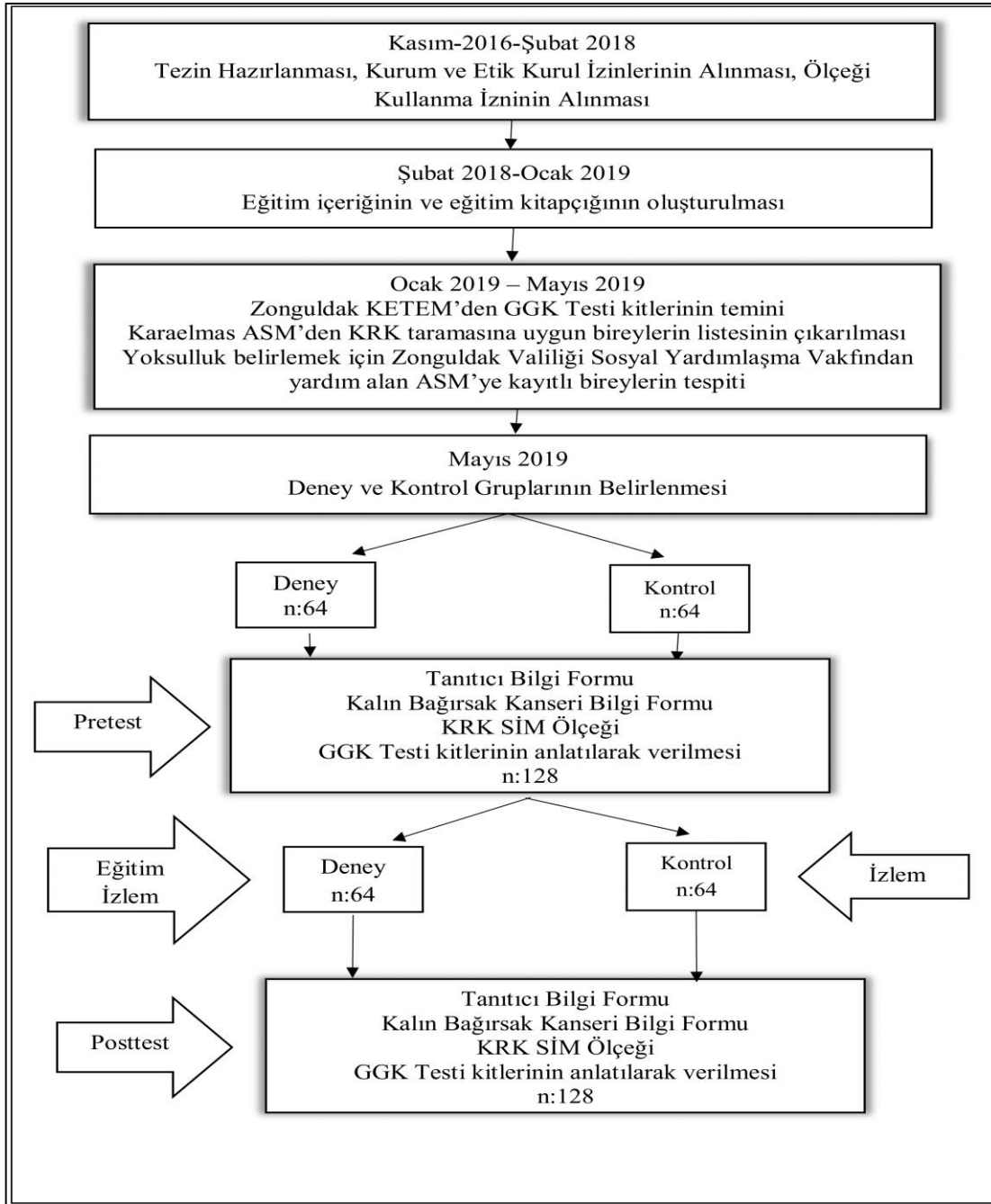
3.4 Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1 Bağımlı Değişkenler

İzlem süresi olan üç ay içerisinde Kolorektal Kanser Bilgi Formu Puanları, Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyut puanları ve Gaitada Gizli Kan (GGK) testi uygulamala durumlarıdır.

3.4.2 Bağımsız Değişkenler

Bireysel eğitim, danışmanlık, hatırlatıcı kullanımı ve izlemlerdir.



Şekil 2. Araştırma Planı

3.5 Veri Toplama Araçları

3.5.1 Tanıtıcı Bilgi Formu

İlgili literatür incelenerek KRK'dan korunma davranışları ile ilişkili olduğu düşünülen değişkenler dikkate alınarak araştırmacı tarafından oluşturulmuştur (Koç ve Esin 2014; Stokamer ve ark., 2005; Jandorf ve ark. 2005, Champion ve Skinner, 2008; Menon ve ark. 2011; Cameron ve ark. 2011; Gimeno-Garcia ve ark. 2011). Form, sosyodemografik özellikler, ailede KRK bulunma durumu, sigara-alkol tüketimi ve boy-kilo (BKİ) bilgilerini sorgulayan 16 sorudan oluşmaktadır (EK 1).

Formun anlaşılabilirliği ve sadeliği için 20 bireye pilot çalışma yapılmıştır. Anlaşılmayan ifadeler çıkarılmış ve form sadeleştirilmiştir.

3.5.2 Kolorektal Kanser Bilgi Formu

İlgili literatür incelenerek araştırmacı tarafından oluşturulmuştur (Koç ve Esin, 2014; Stokamer ve ark., 2005; Jandorf ve ark., 2005; Glanz ve ark., 2007; Menon ve ark., 2011; Cameron ve ark., 2011; Gimeno-Garcia ve ark; 2011). Formda KRK (4 madde), KRK risk faktörleri (7 madde), KRK'den korunma (6 madde) ve KRK erken tanısı için yapılan taramalar (3 madde) ile ilgili katılımcıların bilgisini değerlendiren 20 madde bulunmaktadır. Her bir maddede katılımcıdan “Doğru”, “Yanlış” ve “Fikrim yok” seçeneklerinden birini işaretlemesi beklenmektedir. Formda dokuzuncu madde dışındaki maddelerden “Doğru” olarak işaretlenenler 1 puan, “Yanlış” ya da “Fikrim yok” olarak işaretlenenler ise 0 puan olarak değerlendirilir. Dokuzuncu maddede “Yanlış” olarak işaretleme 1 puan, “Doğru” ya da “Fikrim yok” olarak işaretleme 0 puan olarak değerlendirilir. Buna göre formdan alınabilecek en yüksek puan 20, en düşük puan 0'dır. Bir bireyin formdan aldığı puanın yüksek olması bireyin KRK ile ilgili bilgi düzeyinin yeterli olduğunu göstermektedir. Formun anlaşılabilirliği ve sadeliği için 20 bireye pilot çalışma yapılmıştır (EK 2)

Kolorektal Kanser Bilgi Formunun güvenilirliği Cronbach Alpha katsayısı ile değerlendirilmiştir. Buna göre ön test Cronbach Alpha değeri 0,812 olarak hesaplanırken, son test Cronbach Alpha değeri 0,870 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin Cronbach Alpha değerinin 0,70 üzerinde olması “yeterli” olduğunu göstermektedir.

3.5.3 Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Ölçek Jacobs (2002) tarafından Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'ndeki birkaç madde düzenlenerek ve aynı zamanda “meme kanseri” içeren maddeler “kolon kanseri” olarak değiştirilerek kolon kanserine uyarlanmıştır.

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliğini Özsoy ve arkadaşları (2007) tarafından yapılmıştır. Orijinalinde altı alt boyut ve 36 maddeden oluşan, Türkçe geçerlik ve güvenirlik analizleri sonucunda beş alt boyut ve 33 maddeye indirgenmiştir (Jacobs, 2002; Özsoy ve ark., 2007).

Ölçekte bireyin hastalığa karşı duyarlılığını, hastalığın nedenleri ve korunmada neler yapılması gerekliliği konusundaki bilgisini ve hastalığın önemi ile ilgili algısını ölçmeye olanak sağlayan 33 madde yer almaktadır. Ölçeğin 5 alt boyutu (Duyarlılık, Ciddiyet, Engel, Sağlık Motivasyonu, Güven-Yarar) bulunmaktadır ve 5 dereceli Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin alt boyutları birbirinden bağımsız olarak değerlendirilmektedir, toplam puan yoktur. Her bir madde için cevaplama seçenekleri; “Tamamen Katılıyorum” 5 puan, “Katılıyorum” 4 puan, “Orta Derecede Katılıyorum” 3 puan, “Katılmıyorum” 2 puan, “Kesinlikle Katılmıyorum” 1 puan olarak belirlenmiştir. Ölçekte ters puanlama yoktur (Özsoy ve ark., 2007). (EK 3).

Ölçeğin Alt Boyutları

Duyarlılık Algısı: Bu alt boyut 6 maddeden oluşmaktadır. Minimum 6, maksimum 30 puan üzerinden değerlendirilmektedir ve 1-7-12-21-25-28 numaralı maddelerden oluşmaktadır. Puan arttıkça duyarlılık algısı artmaktadır.

Ciddiyet Algısı: Bu alt boyut minimum 5, maksimum 25 puan olmak üzere 5 maddedir. Puan arttıkça ciddiyet algısı artmaktadır. Ciddiyet algısını değerlendiren maddeler 2-3-8-31-35'tir.

Sağlık Motivasyonu Algısı: Bu alt boyut 5 madde olup 5-25 puan arasında değerlendirilmektedir. Puan arttıkça sağlık motivasyonu algısı artmaktadır. Sağlık motivasyonunu değerlendiren maddeler 26-27-32-33-34'tür.

Güven-Yarar Algısı: 11 maddeden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 11, en yüksek puan 55'dir. Puan arttıkça güven-yarar algısı artmaktadır. Güven-Yarar algısının maddeleri 5-10-11-14-17-18-19-20-23-29-36 numaralı maddelerdir.

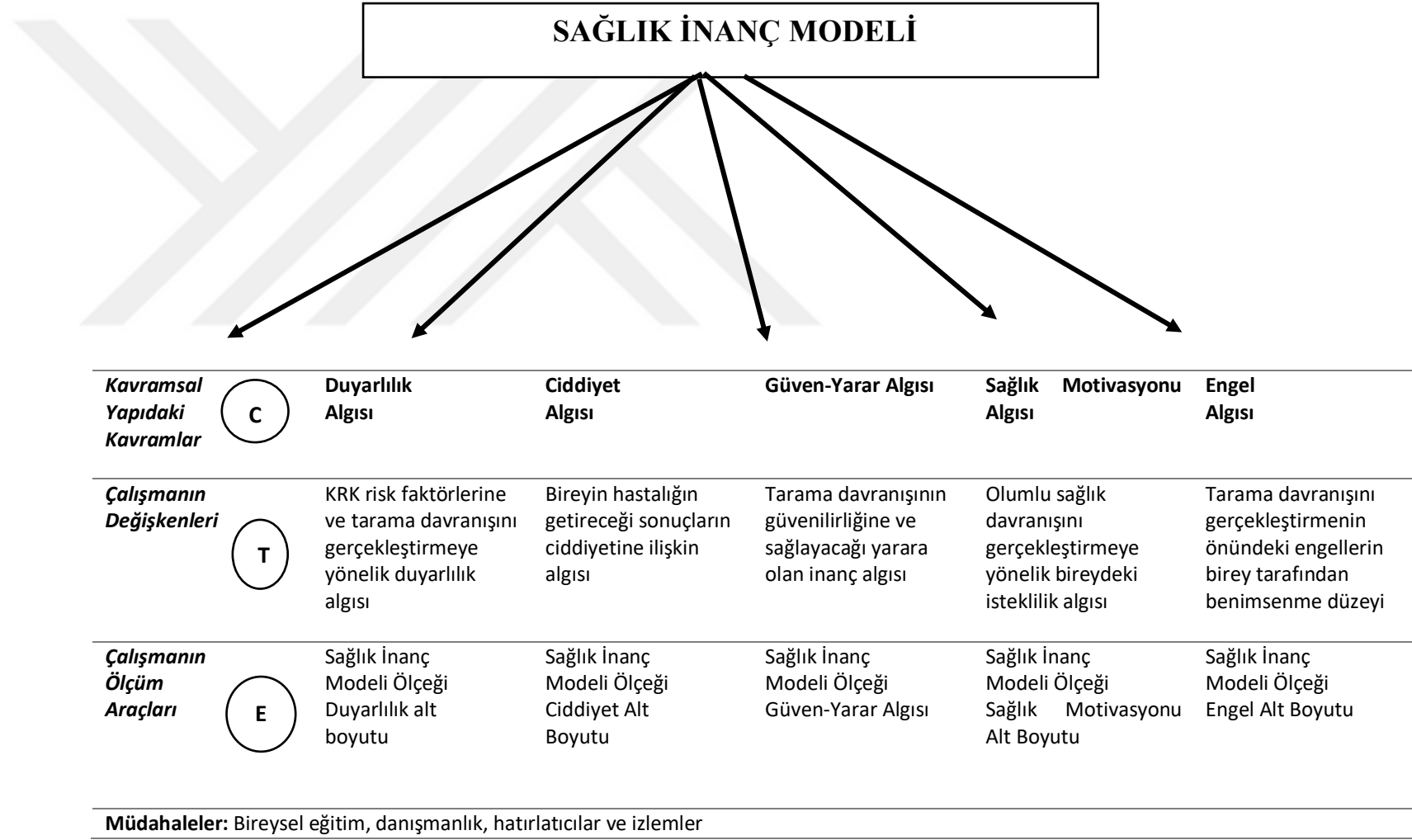
Engel Algısı: 6 Maddeden oluşmaktadır. Alınabilecek en düşük puan 6, en yüksek puan 30'dur. Puan arttıkça engel algısı artmaktadır. 4-9-15-16-24-30 numaralı maddeler engel algısına yöneliktir.

Geçerlik analizi sonucunda 6, 13 ve 22 numaralı maddeler çalışmadan çıkarılmıştır (<0.40). Bu nedenle bu maddeler alt boyutlarda bulunmamaktadır.

Tablo 4. Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Çalışma Cronbach Alpha Değerleri

Alt Boyut Adı	Madde Sayısı	Madde Numaraları	Cronbach Alpha
Pre Ölçümler			
Güven-Yarar Algısı	11	5-10-11-14-17-18-19-20-23-29-36	0,719
Duyarlılık	6	1-7-12-21-25-28	0,614
Engel	6	4-9-15-16-24-30	0,615
Sağlık Motivasyonu	5	26-27-32-33-34	0,605
Ciddiyet	5	2-3-8-31-35	0,794
Bilgi Formu	20	1-.....-20	0,812
Post Ölçümler			
Güven-Yarar Algısı	11	5-10-11-14-17-18-19-20-23-29-36	0,849
Duyarlılık	6	1-7-12-21-25-28	0,680
Engel	6	4-9-15-16-24-30	0,658
Sağlık Motivasyonu	5	26-27-32-33-34	0,718
Ciddiyet	5	2-3-8-31-35	0,608

Bu çalışmada ölçeğin alt boyutlarına ilişkin Cronbach Alpha değerleri hem ilk ölçüm hem de son ölçüm olarak ayrı ayrı Tablo 4'te verilmiştir. Literatürde Cronbach Alpha değerinin minimum 0.60 olması gerektiği belirtilmekte olup sonuçlar incelendiğinde, ölçeğin minimum yeterlilikte güvenilir olduğunu göstermektedir. (Bayram, 2004).



Şekil 3. Sağlık İnanç Modelinde Bulunan Kavramlar, Çalışmanın Değişkenleri ve Çalışmanın Ölçüm Araçları

3.6 Girişim

Araştırmada girişim olarak bireylerin KRK ile ilgili olumlu sağlık inançlarını geliştirmek ve taramalara katılım sağlamalarını cesaretlendirmek amacıyla birebir eğitim, danışmanlık verilmiştir. Eğitimlerden sonra da hatırlatıcı kullanılmıştır.

3.6.1 Eğitim İçeriğinin ve Eğitim Kitapçığının Hazırlanması

Araştırmada SİM kapsamında eğitim içeriğinin (EK-4) ve eğitim kitapçığının oluşturulması için Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Ereğli Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Bölümü'nden öğretim üyelerinden görüş alınmıştır. Bu bağlamda eğitimlerin iki aşamada gerçekleşmesi planlanmıştır. Eğitim içeriği ve eğitim değerlendirilmek üzere Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı'ndan 3 öğretim üyesine gönderilmiştir (EK 5).

Tablo 5. Sağlık İnanç Modeli Bileşenleri ve Eğitim Yöntemleri

Eğitim İçeriği	Eğitim Yöntemi
Duyarlılık Algısı	Beyin Fırtınası, Eğitim
Ciddiyet Algısı	Eğitim sunumu, Eğitim kitapçığı gösterimi
Güven-Yarar Algısı	Beyin fırtınası, soru-cevap
Sağlık Motivasyonu	GGK testi yapılışını gösterme (kit üzerinde ve sunum olarak), Kolonoskopi sunum
Engel Algısı	Engelleri ifade etme, Beyin fırtınası

3.6.2 Eğitimlerin Yürütülmesi

Eğitimler araştırmacı tarafından katılımcılar ile birebir olarak iki haftalık süre içerisinde yapılmış. İlk eğitim ASM'de tanışma, veri toplama ve eğitim içeriğinin birinci kısmının anlatılması (bağırsak kanserinin tanımı, belirti ve bulguları, bağırsak kanseri risk faktörleri) olarak ortalama 45 dakika sürmüştür. İkinci eğitim (Sağlık Bakanlığı Tarama Programı'nda bulunan GGK ve kolonoskopi testlerinin yapılışı) ise bireyin ASM'ye tekrar çağrılması ile ortalama 30 dakikada gerçekleşmiştir.

Eğitim ASM'nin eğitim odasında gerçekleşmiştir. Eğitim materyali olarak diz üstü bilgisayar, eğitim kitapçığı, GGK testi kiti kullanılmıştır.



Şekil 4. GGK Test Kiti

3.6.3 Hatırlatıcı Kullanımı

Deney grubuna verilen GGK testini uygulayıp uygulamadığını öğrenmek için eğitimden sonra ikişer hafta arayla 3 kez ASM telefonundan aranarak hatırlatma yapılmıştır. Kontrol grubuna da aynı şekilde verilen GGK testini uygulayıp uygulamadıklarını öğrenmek için test kiti verildikten sonra ikişer hafta arayla 3 kez hatırlatma yapılmıştır.

Her iki grupta da eğer hatırlatma yapmadan sonuç bildirmek istemeleri halinde ASM'nin ve araştırmacının iletişim bilgileri verilmiştir. Bildirim verenlere hatırlatma yapılmamıştır.

3.7 Verilerin Analizi

Veriler SPSS 25 (Statistical Package for Social Sciences 25) bilgisayar programında analiz edilmiştir. Verilerin analizi tanımlayıcı istatistiksel analizler (sayı, ortalama, yüzde, standart sapma), bağımsız ve bağımlı grup ortalamalarının karşılaştırılması, farklılık görülen ortalamalar için çoklu doğrusal regresyon analizi ve tarama davranışı (GGK testi uygulama) gerçekleştirme ile katılımcının bulunduğu grup arasındaki ilişkiyi ölçmede Ki Kare analizi olmak üzere dört kısımdan oluşmaktadır.

Bununla birlikte veri toplama araçlarının güvenirlik analizi için “Cronbach Alpha” hesaplanmıştır.

Tanımlayıcı istatistikler

Sayı, ortalama, yüzde ve standart sapma olarak değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu normallik testleri ve basıklık çarpıklık değerleri ile kontrol edilmiştir.

Bağımsız ve Bağımlı Grup Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bağımsız iki grup ortalamasının karşılaştırıldığı analizlerde normal dağılım varsayımının sağlandığı durumlarda bağımsız örneklem t testi, normal dağılımın sağlanmadığı durumlarda ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Bağımlı iki grup ortalamasının karşılaştırılmasında normal dağılım olan testlerde bağımlı örneklem t testi; normal dağılmayan verilerde Wilcoxon işaret testi kullanılmıştır.

Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi

Farklılık olan sonuçlarda farklılığı belirleyebilmek için ise çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır.

Ki – Kare

GGK testi uygulama oranı ile girişim-kontrol grubu olması arasındaki ilişki ise Ki-Kare analizi kullanılmıştır. İlişkinin gücü Phi katsayısı ile değerlendirilmiştir.

Veri Toplama Araçlarının Güvenirlik Analizi

Veri toplama araçlarının (KRK Bilgi Formu ve KRK'den Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği) güvenirlik analizi “Cronbach Alpha” ile değerlendirilmiştir.

3.8 Araştırma Etiği

Araştırmanın yürütebilmesi için Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğü'nden (EK 6) ve Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli izinler alınmıştır (EK 7). Ayrıca deney ve kontrol grubuna atanan tüm bireylere aydınlatılmış onam formu okutulup imzalatılmıştır (EK 8). Çalışma sonrasında kontrol grubuna da KRK eğitimi yapılmıştır. Çalışmada kullanılan ölçekler için yazarlardan izin alınmıştır (EK 9).

3.9 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada yoksul bireylerin KRK tarama davranışı olarak sadece GGK testi uygulama durumları değerlendirilmiştir. Katılımcılara KRK taramasında altın standart olan kolonoskopi uygulamasına yönelik eğitim ayrıntılı bilgi verilmiştir. Ancak kolonoskopi uygulaması hastanede yapılması nedeni ile yoksul bireyi teşvik edici girişimlerin olması gerekirdi (hediye, para desteği, ulaşımın sağlanması v.b). Araştırmanın diğer bir sınırlılığı ise randomizasyonun sağlanamamasıdır. Randomize kontrollü olarak planlanmayan araştırma tasarımı nedeni ile çalışmanın kanıt düzeyi sınırlı kalmıştır.

3.10 Araştırmanın Bütçesi

Araştırmanın yürütülmesinde fon desteği sağlanması için herhangi bir kuruma başvurulmamıştır. Kurum izni ile Zonguldak İl Halk Sağlığı Müdürlüğü Kanseri Erken Teşhis ve Tarama Merkezi'nden GGK Testi kitleri ücretsiz temin edilmiştir. Araştırmanın diğer giderleri araştırmacının bütçesinden karşılanmıştır.

4. BULGULAR

Katılımcıların deney ve kontrol gruplarında demografik özelliklerine ilişkin dağılımları Tablo 6’da yer almaktadır.

Tablo 6. Katılımcıların Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Demografik Özellik		Deney		Kontrol		Test	p değeri
		n	%	n	%	değeri	
Cinsiyet	Erkek	30	46,9	26	40,6	0,508	0,476
	Kadın	34	53,1	38	59,4		
Medeni durum	Evli	57	89,1	54	84,4	0,610	0,435
	Bekar	7	10,9	10	15,6		
Eğitim düzeyi	Okuryazar değil	6	9,4	6	9,4	9,845	0,043
	Okuryazar/ilkokul	33	51,6	43	67,2		
	Ortaokul	7	10,9	10	15,6		
	Lise	15	23,4	5	7,8		
	Üniversite ve üzeri	3	4,7	0	0		
Son 3 aydır gelir getiren bir işte çalışma durumu	Evet	7	10,9	8	12,5	0,076	0,783
	Hayır	57	89,1	56	87,5		
Sağlık güvencesi olma durumu	Evet	61	95,3	62	96,9	0,000	0,999
	Hayır	3	4,7	2	3,1		
Ailede kalın bağırsak kanserine yakalanan birinin varlığı	Hayır	50	78,1	56	87,5	2,010	0,366
	Evet 1. Derece	11	17,2	6	9,4		
	Evet 2. Derece	3	4,7	2	3,1		
Ailede kalın bağırsak kanseri nedeni ile kayıp varlığı	Evet	8	12,5	7	10,9	0,076	0,783
	Hayır	56	87,5	57	89,1		
Sigara	Evet	17	26,6	18	28,1	0,039	0,843
	Hayır	47	73,4	46	71,9		
Alkol	Evet	4	6,3	2	3,1	0,175	0,676
	Hayır	60	93,8	62	96,9		
Her yıl düzenli sağlık kontrolü	Evet	16	25,0	17	26,6	0,041	0,840
	Hayır	48	75,0	47	73,4		

Deney ve kontrol grupları arasında cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, sağlık güvencesi olma durumu, ailede kalın bağırsak kanserine yakalanan birinin varlığı, ailede kalın bağırsak kanseri nedeni ile kayıp olması durumu, sigara-alkol tüketimi ve her yıl düzenli sağlık kontrolü yapma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). Eğitim düzeyine göre deney grubundaki bireylerin %51.6'sı okuryazar/ilkokul mezunu kontrol grubunda ise %67.2'sinin okuryazar/ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 6).

Tablo 7'de bireylerin yaş, kilo, boy, BKİ ve aylık gelir değerlerine göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığı incelenmiş ve gruplar arasında farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$)

Tablo 7. Grupların Yaş, Boy, Kilo, BKİ Ve Aylık Gelir Durumları

	Grup				t	p
	Deney		Kontrol			
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
Yaş	59,69	5,21	58,00	5,27	1,822	0,071
Kilo	78,08	13,92	77,94	11,19	0,063	0,950
Boy	1,64	0,09	1,64	0,09	0,371	0,711
BKİ	28,81	4,08	29,11	4,20	-0,406	0,686
Aylık gelir	2393,66	543,37	2267,27	587,58	1,263	0,209

Grupların Kolorektal Kanser (KRK) bilgi puanı ortalamaları Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8. Grupların Kolorektal Kanser Bilgi Puanı Ortalamaları

	Gruplar						U	p
	Deney (64)			Kontrol (64)				
	Medyan	Min	Mak	Medyan	Min	Mak		
Girişim öncesi bilgi puanı	14,00	4,00	20,00	15,00	2,00	20,00	1721,00	0,118
Girişim sonrası bilgi puanı	20,00	13,00	20,00	16,50	2,00	20,00	744,50	0,000
Wilcoxon		-6,799			-4,388			
p		0,000			0,000			

Hem deney hem de kontrol grubunda girişim öncesi ve sonrası bilgi puanlarının istatistiksel olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$). Her iki grupta da girişim sonrası bilgi puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Girişim öncesi bilgi puanları deney ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermez iken ($p>0,05$), girişim sonrası bilgi puanları deney ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Deney grubunun girişim sonrası bilgi puanlarının kontrol grubunun girişim sonrası bilgi puanlarına göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). (Tablo 8).

Tablo 9’da bilgi düzeyinde meydana gelen değişikliğin diğer değişkenler ile ilişkisi gösterilmektedir. Analiz sonucunda grup değişkeni dışında diğer değişkenlerin, bilgi düzeyi ile ilişkisi anlamlı bulunmamıştır (Grup $p < 0.01$). Kişilerin bilgi düzeyinde meydana gelen değişikliğin %35.5’i (R^2) yapılan hemşirelik girişimleri ile açıklanmaktadır.

Tablo 9. Bilgi Düzeyinde Meydana Gelen Değişikliğin Diğer Değişkenler ile İlişkisi

	Beta	t	p	F	p	R ²	VIF
Sabit	0,760	0,559	0,577	5,657	0,000	0,351	
Grup	4,341	7,193	0,000				1,147
Cinsiyet	0,549	0,829	0,409				1,359
Medeni durum	-0,387	-0,437	0,663				1,146
Eğitim 1	1,260	1,027	0,306				1,621
Eğitim 2	0,159	0,189	0,850				2,156
Eğitim 3	0,308	0,293	0,770				1,608
Çalışma durumu	0,133	0,145	0,885				1,099
KRK tanısı almış birinci derece akraba	-0,159	-0,146	0,884				1,731
KRK tanısı almış ikinci derece akraba	0,913	0,554	0,581				1,297
Ailede KRK nedeniyle kayıp	0,038	0,032	0,975				1,902
Aylık gelir	0,000	0,253	0,801				1,237

Grup: Deney=0; Kontrol=1, Cinsiyet: Erkek=0; Kadın=1, Medeni durum: Bekar=0; Evli=1; Eğitim 1: Diğer=0; Okuryazar değil=1, Eğitim 1: Diğer=0; Okuryazar/ilkokul mezunu=1, Eğitim 3: Diğer=0; Ortaokul=1 Çalışma durumu: Çalışmıyor=0, Çalışıyor=1, Ailede kanserli akraba 1: 0=Diğer gruplar, 1=1. Derece akraba, Ailede kanserli akraba 2: 0=Diğer gruplar, 1=2. Derece akraba, Ailede kanserden kayıp: 0=yok, 1=Var

*p<0,01

* Delta ve hataların dağılımı normal

* Hatalar arasındaki ilişkiyi gösteren otokorelasyon testi DW=1,818

KRK SİM ölçeğinin duyarlılık, ciddiye, sağlık motivasyonu ve engel algıları puanlarının girişim öncesi ve sonrası puanlarında meydana gelen değışikliklerin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı Tablo 10’da incelenmiştir.

Tablo 10. KRK’den Korunmaya Yönelik SİM Ölçeğinin Duyarlılık, Ciddiyet, Sağlık Motivasyonu ve Engel Algıları Puan Ortalamaları

Grup	Deney		Kontrol		t test	p değeri
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
Girişim Öncesi Duyarlılık Algısı	12,44	4,13	11,41	4,56	1,340	0,183
Girişim Sonrası Duyarlılık Algısı	15,44	5,49	13,67	5,47	1,822	0,071
t test	-3,700		-3,226			
p değeri	0,000		0,002			
Girişim Öncesi Ciddiyet Algısı	16,30	4,44	14,13	4,58	2,724	0,007
Girişim Sonrası Ciddiyet Algısı	19,95	3,71	17,09	4,84	3,750	0,000
t test	5,475		-4,627			
p değeri	0,000		0,000			
Girişim Öncesi Sağlık Motivasyonu						
Algısı	13,66	3,66	13,08	4,08	0,844	0,400
Girişim Sonrası Sağlık Motivasyonu						
Algısı	17,67	2,76	15,05	3,56	4,664	0,000
t test	-7,516		-3,087			
p değeri	0,000		0,003			
Girişim Öncesi Engel Algısı	16,80	5,32	16,03	5,76	0,781	0,436
Girişim Sonrası Engel Algısı	16,41	5,79	18,16	5,82	-1,707	0,090
t test	0,685		-3,101			
p değeri	0,496		0,003			

Sonuçlara göre deney ve kontrol grupları arasında hem girişim öncesi, hem de girişim sonrası duyarlılık algısı puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Deney grubu içinde girişim sonrası duyarlılık algısı puan ortalaması girişim öncesi duyarlılık algısı puan ortalamasına göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Benzer şekilde kontrol grubu içinde girişim öncesi ve girişim sonrası duyarlılık algısı puan ortalamalarının arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 10).

Ciddiyet algısı puan ortalamalarında hem gruplar arasında hem de grupların kendi içerisinde anlamlı farklılık saptanmıştır. Hem girişim öncesi, hem de girişim sonrası ciddiye algısı puan ortalamaları açısından deney grubu puan ortalamaları kontrol grubu puan

ortalamlarına göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Her iki grubun kendi içinde ciddiye algısı girişim sonrası puan ortalamaları, girişim öncesi puan ortalamalarına göre yüksektir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 10).

Girişim öncesi sağlık motivasyonu algısı puan ortalamalarında deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Girişim sonrası sağlık motivasyonu puan ortalamalarında, deney grubunun puan ortalamaları kontrol grubunun puan ortalamalarına göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Her iki grubun kendi içinde girişim sonrası sağlık motivasyonu puan ortalamaları, girişim öncesi sağlık motivasyonu puan ortalamalarına göre yüksektir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 10).

Girişim öncesi ve girişim sonrası engel algısı puan ortalamalarında deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Deney grubunun kendi içinde engel algısı puan ortalamasında düşme görülmekle beraber, aradaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Kontrol grubunun kendi içinde girişim sonrası engel algısı puan ortalaması, girişim öncesi engel algısı puan ortalamasına göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p>0,05$). (Tablo 10).

Tablo 11’de girişim sonrası sağlık motivasyonu algısı puan ortalamalarında meydana gelen değişimin diğer değişkenlerle ilişkisi gösterilmektedir.

Tablo 11. Sağlık Motivasyonu Algısında Meydana Gelen Değişimin Diğer Değişkenler ile İlişkisi

	Beta	t	p	F	p	R ²	VIF
Sabit	4,432	2,240	0,027	1,895	0,045	0,152	
Grup	1,768	2,029	0,045				1,137
Cinsiyet	1,473	1,542	0,126				1,344
Medeni durum	-0,027	-0,021	0,983				1,147
Eğitim 1	-2,314	-1,296	0,198				1,622
Eğitim 2	-0,959	-0,786	0,434				2,153
Eğitim 3	-2,975	-1,947	0,054				1,610
Çalışma durumu	1,026	0,771	0,442				1,098
KRK tanısı almış birinci derece akraba	3,262	2,060	0,046				1,729
KRK tanısı almış ikinci derece akraba	0,503	0,210	0,834				1,297
Ailede KRK nedeniyle kayıp	-3,011	-1,718	0,089				1,904
Aylık gelir	-0,001	-1,549	0,124				1,228

Grup: Deney=0; Kontrol=1, Cinsiyet: Erkek=0; Kadın=1, Medeni durum: Bekar=0; Evli=1; Eğitim 1: Diğer=0; Okuryazar değil=1, Eğitim 2: Diğer=0; Okuryazar/ilkokul mezunu=1, Eğitim 3: Diğer=0; Ortaokul=1, Çalışma durumu: Çalışmıyor=0, Çalışıyor=1, Ailede kanserli akraba 1: 0=Diğer gruplar, 1=1. Derece akraba, Ailede kanserli akraba 2: 0=Diğer gruplar, 1=2. Derece akraba, Ailede kanserden kayıp: 0=yok, 1=Var

*p<0,01

- Delta ve hataların dağılımı normal

- Hatalar arasındaki ilişkiyi gösteren otokorelasyon testi DW=1,679

Analiz sonucunda sağlık motivasyonu algısında meydana gelen değişim ile grup ve ailede KRK tanısı alan birinci derece akraba olması değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p <0,05). Diğer bir ifade ile kişilerin sağlık motivasyonu algısı boyutundan elde ettiği puanlarda meydana gelen değişikliğin %15.2’si (R²) yapılan hemşirelik girişimi ve ailede kanserli bir akrabanın olması durumu ile açıklanmaktadır.

KRK SİM Ölçeği Güven-Yarar Algısı alt boyut puanlarının deney ve kontrol gruplarına göre farklılık gösterip göstermediği Mann Whitney U testi ile incelenmiştir (Tablo 12).

Tablo 12. KRK'den Korunmaya Yönelik SİM Ölçeği Güven-Yarar Algısı Puan Ortalamaları

	Gruplar						U test	p değeri
	Deney (64)			Kontrol (64)				
	Medyan	Min	Mak	Medyan	Min	Mak		
Girişim Öncesi								
Güven-Yarar Algısı	49,00	33,00	55,00	52,00	28,00	55,00	1398,50	0,002
Girişim Sonrası								
Güven-Yarar Algısı	53,00	45,00	55,00	50,00	32,00	55,00	1381,50	0,001
Wilcoxon test		-6,294			-2,335			
p değeri		0,000			0,020			

Girişim sonrası güven-yarar algısı puan ortalamalarında deney grubunun puan ortalaması, kontrol grubunun puan ortalamasına göre yüksektir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Girişim sonrası deney grubunun kendi içinde güven-yarar algısı puan ortalamasındaki yükselme ve kontrol grubunun kendi içinde güven-yarar algısı puan ortalamasındaki düşme istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$) (Tablo 12).

Tablo 13'te Güven-yarar algısı puan ortalamalarında meydana gelen değişimin diğer değişkenler ile olan ilişkisi gösterilmektedir.

Tablo 13. Güven-Yarar Algısı Puan Ortalamalarında Meydana Gelen Değişimin Diğer Değişkenler ile İlişkisi

	Beta	t	p	F	p	R ²	VIF
Sabit	-0,685	-0,367	0,714	5,530	0,000	0,354	
Grup	4,803	5,847	0,000				1,144
Cinsiyet	-0,563	-0,622	0,535				1,371
Medeni durum	0,828	0,678	0,499				1,145
Eğitim 1	2,157	1,306	0,194				1,629
Eğitim 2	-1,047	-0,923	0,358				2,117
Eğitim 3	0,430	0,301	0,764				1,561
Çalışma durumu	-1,704	-1,388	0,168				1,096
KRK tanısı almış birinci derece akraba	2,126	1,454	0,149				1,728
KRK tanısı almış ikinci derece akraba	-0,814	-0,368	0,714				1,298
Ailede KRK nedeniyle kayıp	1,765	1,092	0,277				1,896
Aylık gelir	0,000	-0,454	0,651				1,233

Grup: Deney=0; Kontrol=1, Cinsiyet: Erkek=0; Kadın=1, Medeni durum: Bekar=0; Evli=1; Eğitim 1: Diğer=0; Okuryazar değil=1, Eğitim 2: Diğer=0; Okuryazar/ilkokul mezunu=1, Eğitim 3: Diğer=0; Ortaokul=1, Çalışma durumu: Çalışmıyor=0, Çalışıyor=1, Ailede kanserli akraba 1: 0=Diğer gruplar, 1=1. Derece akraba, Ailede kanserli akraba 2: 0=Diğer gruplar, 1=2. Derece akraba, Ailede kanserden kayıp: 0=yok, 1=Var

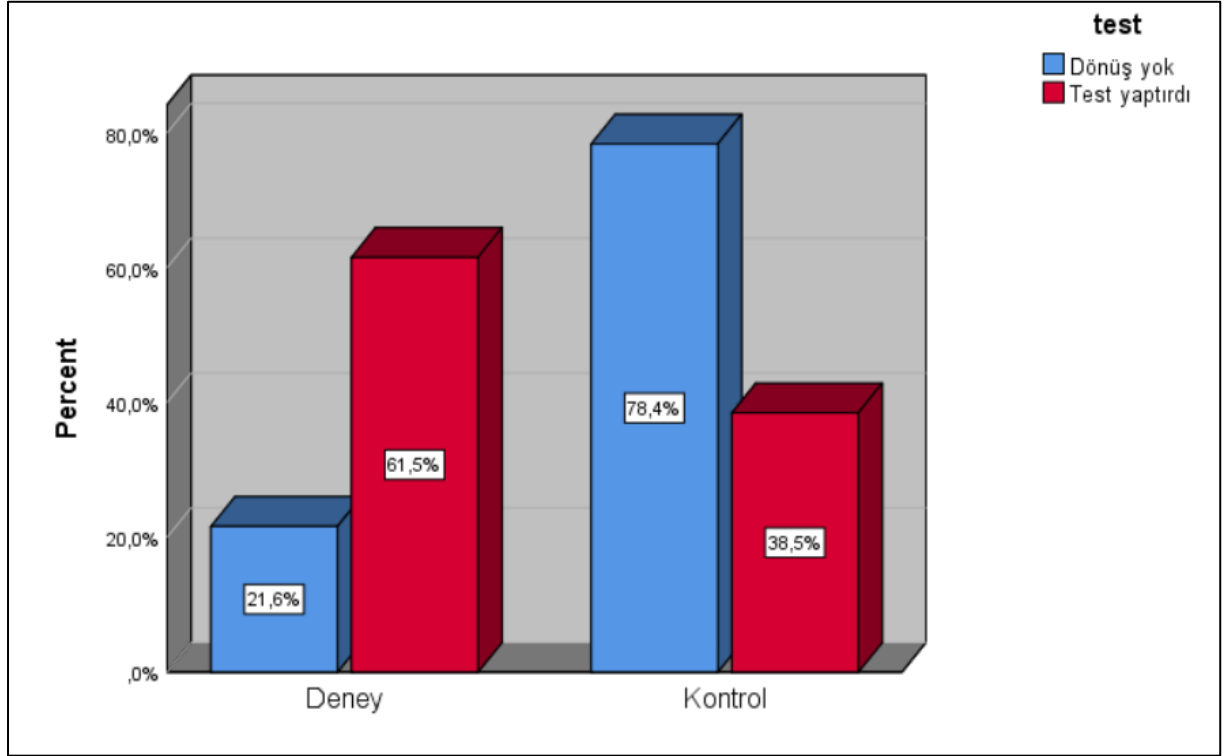
*p<0,01

- Delta ve hataların dağılımı normal

- Hatalar arasındaki ilişkiyi gösteren otokorelasyon testi DW = 1,943

Analiz sonucunda güven-yarar algısı puan ortalamalarında meydana gelen değişim ile grup değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0,01). Diğer bir ifade ile kişilerin güven yarar algısı boyutundan elde ettiği puan ortalamalarında meydana gelen değişimin %35.4'ü (R²) yapılan hemşirelik girişimleri ile açıklanmaktadır. (Tablo 13).

Deney ve kontrol gruplarında GGK testi uygulama durumlarının karşılaştırılması Şekil 5'te gösterilmektedir.



Test değeri: 16,765

p değeri: 0,000

Phi katsayısı: -0,362 (p=0,000)

Şekil 5. Gruplar Arasında GGK testi uygulama durumu

Bireylerin deney kontrol grubunda olması ve GGK testi uygulama durumları incelendiğinde, iki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). İlişkinin gücünü gösteren Phi katsayısı incelendiğinde ise orta düzey bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. GGK testini deney grubundaki bireylerin %61,5'i, kontrol grubundaki bireylerin ise %38,5'i uygulamıştır (Şekil 5).

5. TARTIŞMA

5.1 Yoksul Bireylerin Kolorektal Kanser Bilgi Puanları Düzeyindeki Değişim

Deney grubunda girişim sonrası **kolorektal kanser bilgi puanları**, kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 8). Bu da “*H1: Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrasında bireylerin kolorektal kanser bilgi puanları kontrol grubuna göre daha yüksektir.*” hipotezini destekler niteliktedir. Vernon (1997) tarafından yapılan literatür derlemesinde kanser bilgisinin ya da kolorektal kanser tanısı alan birini tanımanın tarama davranışına uyumda tetikleyici bir faktör olduğu belirtilmektedir.

Literatürde verilen sağlık eğitiminin KRK bilgi puanlarını artırdığını gösteren çalışmalar mevcuttur. (Ma ve ark. 2009, Rawl ve ark. 2012, Jerant ve ark. 2014) Yetersiz sağlık hizmeti alan Koreli Amerikanlar arasında yapılan bir çalışmada SİM temelli eğitim verilen girişim grubunda 50 yaşından sonra KRK riskinin artması, ailede KRK olması ve sigara/alkol kullanımının KRK riskini artırmasına yönelik bilgi düzeyindeki artış kontrol grubunda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Ma ve ark., 2009). Benzer şekilde Afrikalı Amerikanlar arasında yapılan randomize kontrollü çalışmada bilgisayar destekli eğitim alan girişim grubunda KRK bilgi düzeyi puanları, eğitim almayan kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. (Rawl ve ark., 2012). Jerant ve ark. (2014) tarafından İspanyol Amerikanlar arasında bilgisayar programı destekli eğitimin değerlendirildiği başka bir çalışmada da eğitim alan girişim grubunun KRK bilgi düzeyinde meydana gelen değişim, eğitim almayan kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda hemşirelik girişimleri sonrasında deney grubunun bilgi puanı ortalamaları, kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$)(Tablo 8). Kişilerin bilgi puanlarında meydana gelen değişikliğin %35.5'i (R^2) yapılan hemşirelik girişiminin etkisi ile açıklanmaktadır (Tablo 9). Bulgulara göre yoksul bireylere verilen bireysel eğitim ve danışmanlığın KRK bilgi puanını artırmada etkili olduğu görülmektedir.

5.2 Yoksul Bireylerin Kolorektal Kansere İlişkin Algıları

Yoksul bireylerin KRK taramasına ilişkin algıları Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin duyarlılık, ciddiye, güven-yarar, sağlık motivasyonu ve engel alt boyut puan ortalamaları ile değerlendirilmiştir:

Girişim sonrası **duyarlılık algısı** puan ortalamalarında deney ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 10). Bu nedenle "*H2a: Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrasında bireylerin kolorektal kanser erken tanı davranışlarına yönelik duyarlılık algısı daha yüksektir.*" hipotezi red edilmiştir. Ancak hem deney, hem de kontrol gruplarının kendi içlerinde duyarlılık algısı puanları anlamlı derecede yükselmiştir ($p<0,05$)

Literatürde uygulanan girişimlerin kolorektal kanser erken tanı davranışlarına yönelik duyarlılık algısını artırdığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Rawl ve ark, 2012; Ma ve ark., 2009). Nitekim KRK SİM ölçeğini geliştiren Champion da çalışmalarında eğitimin kanser erken tanı davranışına yönelik duyarlılık algısını artırdığını gösteren sonuçlara ulaşmıştır (Champion ve Menon, 1997; Champion, 2000).

Çalışmamızda hem deney grubunun kendi içerisinde, hem de kontrol grubunun kendi içerisinde duyarlılık algısı puan ortalamalarında anlamlı derecede yükselme görülmüştür ($p<0,05$). Bununla birlikte girişim sonrası deney ve kontrol grupları arasında ciddiye algı puanlarında anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$). Bu da hem deney grubuna uygulanan hemşirelik girişiminin, hem de kontrol grubuna uygulanan Sağlık Bakanlığı KRK Tarama Programının (broşür, GGK test kiti ve telefonla hatırlatma) yoksul bireylerin duyarlılık algısını artırmada başarılı olduğunu göstermektedir.

Deney grubunun girişim sonrası **ciddiyet algısı** puan ortalamasının kontrol grubuna göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Bu durum "*H2b: Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrasında bireylerin kolorektal kanser erken tanı davranışlarına yönelik ciddiye algısı puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha yüksektir.*" hipotezini destekler niteliktedir.

Literatürde verilen eğitimin ciddiye algısına etkisinin değerlendirildiği çalışmalar sınırlıdır. Brenner ve ark. (2014) tarafından San Francisco'daki 933 kişinin katıldığı randomize kontrollü bir çalışmanın katılımcıları değerlendirilerek yapılan kesitsel bir çalışmada KRK SİM ölçeği kullanılarak ırk/etnisite ve ana dile ilişkin KRK taramalarında

fark olup olmadığı değerlendirilmiştir. Çalışmada etnik gruplar ve ana dil farklılığı açısından ciddiye algısı puan ortalamalarında anlamlı bir fark yokken, gruplardan bağımsız olarak katılımcıların hemen hemen hepsinin ciddiye algısı puan ortalaması yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda deney grubunun ciddiye algısı puan ortalamasının kontrol grubuna göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0,05$), grupların kendi içinde de girişim sonrası ciddiye algı puanı ortalamalarındaki yükselme anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 10). Hemşirelik girişimleri sonrasında deney grubunda ciddiye algısı puan ortalamasının kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olması, ciddiye algısını artırmada Sağlık Bakanlığı'nın rutin tarama programına göre hemşirelik girişimlerinin daha başarılı olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte kontrol grubunda da ciddiye algısı puan ortalamalarının anlamlı derecede yükselmesi Sağlık Bakanlığı KRK Tarama Programının ciddiye algısı puanını artırmada başarılı olduğunu göstermektedir

Girişim sonrası deney grubu **güven-yarar** algısı puan ortalaması kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 12). Bu da "*H2c: Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrasında bireylerin kolorektal kanser erken tanı davranışlarına yönelik sağlık inancı güven-yarar algısı puanları kontrol grubuna göre daha yüksektir.*" hipotezini doğrulamaktadır. Güven yarar algısında meydana gelen değişimin yaklaşık %35'i yapılan hemşirelik girişiminin etkisi ile açıklanmıştır (Tablo 13). Literatürde verilen eğitim sonrasında güven-yarar algısının anlamlı bir şekilde arttığı çalışmalar mevcuttur (Ma ve ark., 2009; Rawl ve ark., 2012, Peltö ve ark., 2015).

Los Angeles'ta yaşayan Koreli Amerikan bireyler ile yapılan çalışmada girişim grubuna ($n=84$) Sağlık İnanç Modeli ve Sosyal Bilişsel Teori temelinde; KRK risk faktörleri, insidansı, tarama seçenekleri (GGK ve kolonoskopinin yararları) ve harekete geçmek için algılanan engellerin üstesinden gelme gibi konuları içeren eğitim verilmiştir. Kontrol grubuna ise ($n=83$) tüm kanserlerden korunma, kronik hastalıklardan korunma, sigara, beslenme ve egzersiz konularında grup eğitimleri düzenlenmiştir. 12 aylık izlem sonrası uygulanan son testlerde girişim grubunda algılanan duyarlılık ($p<0,05$), tarama için algılanan yarar ($p<0,001$) puanlarında kontrol grubuna göre anlamlı derecede yükselme görülmüştür (Ma ve ark. 2009).

Afrikanlı Amerikalılara ve Latin Amerikalılara Hasta Rehberliği yöntemiyle kolonoskopiye katılımlarını artırmak için yapılan iki çalışmanın sonucuna dayanarak yapılan başka bir çalışmada bireylerin kolonoskopi yaptırmasını sağlayan faktörler Sağlık İnanç Modeli kapsamında değerlendirilmiştir. Buna göre bireylerin yıllık hane geliri arttıkça (Yıllık

10.000 doların altından 50.000 dolara kadar 8 seviyede) kolonoskopi yaptıрма oranları da artmıştır. Ayrıca uygulanan Kolonoskopinin Yararları Ölçeği'nden daha yüksek puan alanların kolonoskopi yaptıрма oranlarının daha fazla olduğu görülmüştür (Peltó ve ark, 2015).

Çalışmamızda deney grubunda girişim sonrası güven-yarar algısı puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olması ($p<0,05$) ve puanlardaki değişimin %35'4 (R^2) oranında yapılan hemşirelik girişiminden kaynaklı olduğu görülmektedir. Aynı zamanda güven-yarar algısı puanı deney grubunda girişim sonrası anlamlı derecede yükselirken, kontrol grubunda anlamlı derecede düşmüştür ($p<0,05$) (Tablo 13). Bu da Sağlık Bakanlığı KRK Tarama Programı'nda yapılan girişimlere kıyasla, hemşirelik girişimlerinin yoksul bireylerin taramalara dair güven-yarar algılarını yükseltmede daha etkili olduğunu göstermektedir.

Deney grubu girişim sonrası **sağlık motivasyonu algısı** puan ortalaması, kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bu durum da “ *H2d: Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrasında bireylerin kolorektal kanser erken tanı davranışlarına yönelik sağlık motivasyonu puan ortalaması daha yüksektir.*” hipotezini destekler niteliktedir.

Literatürde verilen eğitimin sağlık motivasyonuna olan etkisini değerlendiren sınırlı çalışmaya ulaşılmıştır (Hoffman ve ark., 2016; Jerant ve ark., 2014).

Afrikalı Amerikanlar ile yapılan randomize kontrollü çalışmada 89 katılımcı deney ve kontrol gruplarına ayrılmıştır. Deney grubuna Sosyal Bilişsel Teori, Nedensel Eylem Teorisi, Planlanan Davranış Teorisi ve Sağlık İnanç Modeli temelinde kültürel olarak uygun ve KRK tarama seçenekleri ile ilgili karar vermelerini kolaylaştıracak eğlenceli skeçler içeren bir video gösterilirken, kontrol grubuna KRK yerine hipertansiyon ile ilgili benzer formatta videolar gösterilmiştir. Katılımcılara klinikleri ziyareti sırasında bilgilerinin, karar çatışmalarının, kendilerini ifade edebilmelerinin, tutumlarının, algılanan sosyal normlarının ve tarama isteklerinin değerlendirildiği ölçekler uygulanmış ve atandıkları gruplara göre videolar gösterilmiş. Üç ay sonra gerçekleştirilen son testler sonrasında girişim grubunun ($n=58$) KRK bilgi düzeyi, kontrol grubuna göre ($n=28$) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte karar çatışmalarındaki düşme (algılanan engel) ve kendini ifade etme ile ilgili puanlarında da artma anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Ancak tutumlar, algılanan sosyal

normlar ve taramaya olan isteklilik puanları açısından gruplar arasında anlamlı fark görülmemiştir (Hoffman ve ark. 2016).

İspanyol Amerikanlar arasında yapılan diğer bir randomize kontrollü çalışmada ise SİM rehberliğinde hazırlanmış olan İnteraktif Multimedya Bilgisayar Programı girişimi sonrasında (n=1164) bireylerin tarama davranışı gerçekleştirmeye yönelik isteklilik puanlarında anlamlı derecede yükselme görülmüştür ($p<0,001$) (Jerant ve ark., 2014).

Çalışmamızda girişim sonrası deney grubu sağlık motivasyonu algı puanı ortalaması, kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo10). Sağlık motivasyonu puan ortalamasının artması %15,2 (R^2) oranında yapılan hemşirelik girişimleri ve ailede birinci derecede akraba olmasından kaynaklanmaktadır (Tablo 11). Bununla birlikte deney ve kontrol gruplarının kendi içerisinde sağlık motivasyonu algı puanı ortalamalarında yükselme görülmüş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 10). Çalışmamızdaki hemşirelik girişimlerinin yoksul bireylerin sağlık motivasyonu algı puanlarını yükseltmede Sağlık Bakanlığı rutin KRK tarama programından daha etkili olduğu görülmektedir. Hemşirelik girişimlerinden biri olan birebir eğitimin verilmesi yoksul bireylerin sağlık motivasyonu artırmada etkili olmuştur.

Deney ve kontrol gruplarının son test **engel puan** ortalamalarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu nedenle “*H3: Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası kolorektal kanser engel puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha düşüktür.*” hipotezi reddedilmiştir.

Literatürde verilen eğitim sonrasında engel puan ortalamalarının anlamlı olarak düştüğü çalışmalar (Ma ve ark. 2009, Rawl ve ark. 2012) bulunmakla birlikte, anlamlı ilişkinin olmadığı çalışmalar (Jerant ve ark. 2014) da mevcuttur.

Jerant ve arkadaşları (2014) tarafından Sağlık İnanç Modeli temelli sosyo-psikolojik etkenlere yönelik planlanmış bir İnteraktif Multimedya Bilgisayar Programı’nın Amerika’da belirli bir etnik grubu (İspanyol Amerikanlar) içeren örnekleme kolorektal kanser taramasını teşvik edip edemeyeceği incelenmiştir. Randomize kontrollü olarak yapılan bu çalışmada bilgisayar programı aracılığıyla KRK taramasına ilişkin öz etkililik, bilgi, engel, hazır oluşluk, test tercihi ve deneyimlerin kolaylaştırıldığı girişim grubu ve kolaylaştırıcı olmadan bilgilendirmenin yapıldığı kontrol grubu karşılaştırılmıştır. Beş merkezdeki 26 poliklinikten ırka ve dile bağlı olarak çalışmaya alınan 1164 birey (%49.3 İspanyol olmayan, %27.2 İspanyol/İngilizce bilen ve %23.4 İspanyol/İspanyolca bilen) gruplara ayrılmıştır. Çalışma

sonucunda Sağlık İnanç Modeli temelli İnteraktif Multimedya Bilgisayar Programı uygulanan bireylerde kolorektal kanser taramalarına ilişkin bilgi düzeyi, öz etkililik algısı, taramalara hazır olma durumları kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Bununla birlikte son testler sonrasında engel puanı ortalamalarında anlamlı bir değişim bulunmamıştır.

Bir başka randomize kontrollü çalışmada; Louisville ve Indianapolis şehirlerinde bulunan, 11 farklı birinci basamak sağlık merkezinin veri kayıt sistemi kullanılarak yetersiz sağlık hizmeti aldıkları belirlenen 50-80 yaş arası Afrikalı Amerikalılara ulaşılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılar randomize olarak girişim (bilgisayar programı ile SİM'e dayalı kolaylaştırılmış eğitim, $n=273$) ve kontrol (sağlık merkezlerinde rutin olarak verilen Amerikan Kanser Cemiyeti Broşürü, $n=283$) gruplarına atanmıştır. Girişim grubunda önceden risk durumu belirlenen katılımcılara bilgisayar programı rehberliğinde eğitim içeriği sunularak, uygun erken tanı yöntemi (GGK testi ya da kolonoskopi) anlatılmıştır. Son ölçeklerin uygulanmasından sonra, katılımcıların algılanan risk puanlarında ($p=0,045$), kolonoskopi için algılanan yarar puanlarında ($p<0,001$) ve KRK bilgi puanlarında ($p<0,001$) meydana gelen artış girişim grubunda kontrol grubuna göre daha fazla bulunmuştur. Bununla birlikte girişim grubunun GGK testi algılanan engel puanları kontrol grubuna göre daha fazla oranda düşmüştür ($p=0,034$) (Rawl ve ark., 2012).

Çalışmamızda girişim sonrası deney grubu engel algısı puan ortalamalarının kontrol grubuna düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Grupların kendi içindeki değişimine bakıldığında deney grubunda engel algısı puan ortalamalarındaki düşüş anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Kontrol grubu engel algısı puan ortalamalarında ise anlamlı derecede yükselme görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 10). Engel algısında anlamlı düşüş görülmemesinin önemli bir nedeni, örneklemdeki bireylerin tarama davranışları (GGK testi ve kolonoskopi) ile ilgili korku ve utanma duygularıdır. Bu nedenle GGK testini uygulamış olan bir katılımcının bile genel olarak KRK tarama davranışlarına yönelik engel algılarında anlamlı düşüş sağlanamamıştır. Kontrol grubunda engel algısı puanında anlamlı düzeyde artma görülmesine karşın, deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmamakla beraber engel algılarında düşme görülmesi, çalışmamızdaki hemşirelik girişimlerinin yoksul bireylerin engel algılarını azaltmada kısmen etkilidir.

Çalışma sonucunda deney grubundaki bireylerin %61,5'inin; kontrol grubundaki bireylerin ise %38,5'inin **GGK testi** yaptırdığı tespit edilmiştir. Deney grubunun, tarama testi yapma oranının kontrol grubundan yüksek olması anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Bu da "H:4

Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrasında bireylerin tarama davranışı gösterme oranı (Gaitada Gizli Kan Testi Uygulama) oranları daha yüksektir” hipotezini desteklemektedir. Çalışmamıza benzer şekilde Sağlık İnanç Modeli temelinde hazırlanan eğitim programı sonucunda girişim gruplarında tarama davranışının arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Ma ve ark., 2009; Shokar ve ark. 2016).

Texas'ta Meksikalı ve düşük gelirli bireylerin yaşadığı iki şehirde (deney ve kontrol şehirleri) yapılan bir çalışmada, girişim şehrindeki Meksikalı katılımcılar (n=467) 3 farklı girişim grubundan birine (düz anlatım sunum, video ile anlatım ya da hem düz anlatım hem de video ile anlatım) atanmıştır. Eğitim içerikleri Sağlık İnanç Modeli ve Sosyal Bilişsel Teori (SBT) temelinde hazırlanmıştır. Kontrol grubu şehrindeki katılımcılara ise (n=317) herhangi bir uygulama yapılmamıştır. Hem girişim hem de kontrol grubuna KRK bilgisi, inançları, tutum ve davranışları ve tarama yapma durumlarını içeren ölçekler uygulanmıştır. Altı aylık izlem sonucunda girişim grubunun tamamında KRK taraması oranı %80,5 iken, kontrol grubunda tarama oranı %17 olarak bulunmuştur (Shokar ve ark., 2016).

Daha önce paylaşmış olduğumuz Ma ve ark. (2009) tarafından gerçekleştirilen çalışmada katılımcılar SİM ve SBT temelinde KRK tanı ve risk faktörleri ve tarama davranışını gerçekleştirmeye yönelik eğitim yapılan girişim grubu (n=84) ile tüm kanserlerden ve kronik hastalıklardan korunmaya yönelik eğitim yapılan kontrol gruplarına ayrılmıştır. 12 aylık izlem sonrasında girişim grubunda tarama davranışı gerçekleştirme oranı (%77,4), kontrol grubuna göre (%10,8) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Çalışmamızda deney grubundaki yoksul bireylerin GGK testini uygulama oranının (%61,5), kontrol grubundaki yoksul bireylerin GGK testini uygulama oranına (%38,5) göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Şekil 5). Bu da hemşirelik girişimlerinin yoksul bireylerin tarama davranışını geliştirmede etkili olduğunu göstermektedir. Hemşirelik girişimleri birebir eğitim, danışmanlık, telefonla hatırlatmadan oluşmaktaydı. Bununla birlikte deney grubundaki bireylere SİM çerçevesinde hazırlanan eğitim kitapçığı da verilmişti. Tarama davranışlarını hatırlatmak için yapılan telefon görüşmelerinde bireyler SİM bileşenleri çerçevesinde değerlendirilmiş ve davranışı gerçekleştirmeleri için teşvik edilmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Araştırmanın Sonuçları

Yoksul bireylerde hemşirelik girişimleri sonrasında kolorektal kanser (KRK) ile ilgili bilgilerinde, SİM algılarında ve tarama davranışı (GGK testi) gösterme oranına ilişkin sonuçlar aşağıda özetlenmiştir:

- Yoksul bireylerin kolorektal kanser, kolorektal kanser risk faktörleri, kolorektal kanserden korunma ve tarama testleri ile ilgili bilgilerinde artış olduğu saptanmıştır.
- Girişimler sonrasında yoksul bireylerin kolorektal kanser erken tanı davranışlarına yönelik ciddiye, güven-yarar ve sağlık motivasyonu algılarında yükselme saptanırken; duyarlılık ve engel algılarında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.
- Hemşirelik girişimlerinin yoksul bireylerin tarama davranışı (GGK testi) gösterme oranını artırmada etkili olduğu görülmüştür.

6.2 Öneriler

- Yoksul bireylerin KRK ve KRK erken tanı uygulamaları konusunda bilgi eksikliklerinin giderileceği sağlık eğitimlerinin yaygınlaştırılması,
- Bu konuda çalışma yapacak araştırmacıların, yoksul bireylerin kolorektal kanser taramalarına (GGK ve kolonoskopi) katılımlarındaki engellerinin belirlenmesinden sonra, SİM temelinde engellerin azaltılmasına yönelik farklı girişimsel stratejilerin uygulandığı çalışmaların gerçekleştirilmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Adams EK, Thorpe KE, Becker ER, Joski PJ, Flome J. Colorectal cancer screening, 1997–1999: role of income, insurance and policy. *Preventive Medicine*. 2004; 38: 551-557.
2. Alberts DS, Hess LM, Introduction to Cancer Prevention, In: Alberts DS. ve Hess LM, editors. *Fundamentals of Cancer Prevention*. 2nd Edition, Berlin, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2010; 1-12.
3. Atamanov A., Aguilar AC, Diaz-Bonilla C., Joliffe D. ve ark. September 2019 - PovcalNet Update: What's New. World Bank Group, 2019: 1-12. URL: <http://documents.worldbank.org/curated/en/344401569259571927/September-2019-PovcalNet-Update-Whats-New>. Erişim Tarihi: 01.06.2020
4. Aydoğdu NG, Bahar Z. Yoksul kadınlarda Sağlık İnanç Modeli ve Sağlık Geliştirme Modeli kullanımının meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarındaki değişime etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu E Derg*. 2011;4(1):34–40.
5. Bae N., Park S., Lim S. Factors associated with adherence to fecal occult blood testing for colorectal cancer screening among adults in the Republic of Korea. *European Journal of Oncology Nursing*, 2014;18:72-77.
6. Basch CE, Wolf RL, Brouse CH, Shmukler C., Neugut A., DeCarlo LT., Shea S. Telephone outreach to increase colorectal cancer screening in an urban minority population. *American Journal of Public Health*, 2006; 96(12):2246-2253.
7. Bayram N. Sosyal Bilimlerde SPSS ile Veri Analizi, Bursa, Ezgi Kitapevi, 2004; 115-120.
8. Baysal HY, Türkoğlu N. Bireylerin kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inançlarının ve bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *International Journal of Human Sciences*, 2013; (10)1: 1238-1250.
9. Berkowitz Z., Hawkins NA, Peipins LA, White MC, Nadel MR. Beliefs, risk perceptions, and gaps in knowledge as barriers to colorectal cancer screening in older adults, *Journal of American Geriatrics Society*, 2008; 56(2):307-314.
10. Braschi CD, Sly JR, Singh S., Villagra C., Jandorf L. Increasing Colonoscopy Screening for Latino Americans Through a Patient Navigation Model: A Randomized Clinical Trial. *J Immigr Minor Heal*. 2014;16(5):934–40.
11. Brenner AT, Ko LK, Janz N., Gupta S., Inadomi J. Race/ Ethnicity and primary language: health beliefs about colorectal cancer screening in a diverse, low- income population. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 2015; 26:824-838.

12. Burack RC, Liang J. The early detection of cancer in the primary-care setting: factors associated with the acceptance and completion of recommended procedures. *Preventive Medicine*, 1987; 16:739-751.
13. Champion V., Skinner CS, The health belief model. In: Glanz K., Rimer BK, Visvanath K., editors. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*, 4th edition, San Fransisco, Jossey Bass, 2008; 45-65.
14. 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; 9(2):e4809–e4809.
15. Coşkun S., Tireli M. *Avrupa Birliğinde yoksullukla mücadele stratejileri ve Türkiye*. Ankara, Nobel Yayınevi, 2008; 1-30.
16. Cuaresma JC, Fengler W., Kharas H., Bekhtiar K., Brotrager M., Hofer M. Will the sustainable development goals be fulfilled? Assessing present and future global poverty. *Palgrave Communications*, 2018. 4(29).
17. Curry WJ, Lengerich EJ, Kluhsman BC, Graybill MA, Liao JZ, Schaefer EW, et al. Academic detailing to increase colorectal cancer screening by primary care practices in Appalachian Pennsylvania. *BMC Health Serv Res.*, 2011; 11(1):112.
18. Çapık C. İstatistiksel güç analizi ve hemşirelik araştırmalarında kullanımı: Temel Bilgiler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014; 17(4):268-274.
19. Çapık C., Bahar Z. Determination of factors influencing perceived health status among poor and non-poor women in Eastern Turkey. *International Journal of Caring Sciences*. 2008; 1(2): 58-65.
20. Çapık C., Gözüm S. Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: Sağlık İnanç Modeli. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 2014; 7(3), 230-237.
21. Erefe İ., Bayık A., Bahar Z., Özsoy SA. *Halk sağlığı hemşireliği ders notları*, İzmir, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Yayınları, 2003.
22. Ergül Ş. Yoksulluk sağlık ilişkisi ve hemşirelik yaklaşımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg.*, 2010; 8(2):95–104.
23. Ersin F., Bahar Z. Sağlığı geliştirme modellerinin meme kanseri erken tanı ve davranışlarına etkisi: Bir literatür derlemesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu E - Dergi*, 2012; 5(1): 28-38.

24. Ertürk S. Kolorektal kanserler: epidemiyoloji, etiyolojide rol oynayan etkenler, tarama ve kemoprevansiyon, In: Baykan A., Zorluoğlu A., Geçim E., Terzi C., editors. Kolon ve rektum kanserleri, İstanbul, Seçil Ofset, 2010; s.15-30.
25. Farrands PA, Griffiths RL, Britton DC. The Frome experiment—value of screening for colorectal cancer. *Lancet*, 1981; 1:1231–2
26. Gimeno-Garcia AZ, Buylla NHA, Nicolas-Perez D., Quintero E., Public awareness of colorectal cancer screening: knowledge, attitudes, and interventions for increasing screening uptake: Review Article. *ISRN Oncology*, 2014; 1-20.
27. Gimeno-García AZ, Quintero E, Nicolás-Pérez D., Hernández M., JiménezSosa A. Colorectal cancer screening in first-degree relatives of colorectal cancer: participation, knowledge, and barriers against screening. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2011; 23(12):1165-1171.
28. Gimeno-García AZ, Quintero E., Nicolás-Pérez D., Parra-Blanco A., Jiménez A. Colorectal cancer screening in a Spanish population. *Medicina Clinica*, 2009; 133(19):736–740.
29. Globocan-The Global Cancer Observatory, Colorectal cancer - Number of new cases in 2018, both sexes, all ages, 2018; 1–2.
30. Guessous I., Dash C., Lapin P., Doroshenk M., Smith RA ve ark. Colorectal cancer screening barriers and facilitators in older persons. *Preventive Medicine*, 2010; 50:3-10.
31. Güvenç G. Serviks kanseri hakkında farkındalık arttırmaya yönelik geliştirilen yöntemin kadınların pap smear yaptırmalarına etkisi. *GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Doktora Tezi*, Ankara, 2008.
32. Henry KA, Sherman RL, McDonald K., Johnson CJ, Lin G., Stroup AM, Boscoe FP. Associations of census-tract poverty with subsite-specific colorectal cancer incidence rates and stage of disease at diagnosis in the United States. *Journal of Cancer Epidemiology*, 2014; 823484: 1-12.
33. Hoffman AS, Lowenstein LM, Kamath GR, Houston AJ ve ark. An entertainment education colorectal cancer screening decision aid for African American patients: A randomized controlled trial. *Cancer*, 2017; 123 (8): 1401-1408.
34. Holt CL, Litaker MS, Scarinci IC, Debnam KJ ve ark. Spiritually based intervention to increase colorectal cancer screening among African Americans: Screening and theory-based outcomes from a randomized trial. *Health Education and Behaviour*, 2012; 40(4):458-468.

35. Hoogewerf PE, Hislop TG, Morrison BJ, Burns SD, Sizto R. Health belief and compliance with screening for fecal occult blood. *Soc Sci Med*, 1990; 30:721-726.
36. İncedal S. Türkiye’de yoksulluğun boyutları: mücadele politikaları ve müdahale araçları. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü, Aile ve Sosyal Politikalar Uzmanlık Tezi, 2013;19-28.
37. Jandorf L., Gutierrez Y., Lopez J., Christie J., Itzkowitz SH. Use of a patient navigator to increase colorectal cancer screening in an urban neighborhood health clinic. *Journal of Urban Health*, 2005; 82(2):216-224.
38. Jerant A., Kravitz RL, Sohler N., Fiscella K. ve ark. Sociopsychological tailoring to address colorectal cancer screening disparities: A randomized controlled trial. *Annals of Family Medicine*, 2014; 12(3):204-214.
39. Kilickap S., Arslan C., Rama D., Yalcin S. Screening colonoscopy participation in Turkish colorectal cancer patients and their first degree relatives. *Asian Pacific J Cancer Prev*, 2012;13(6):2829–32.
40. Kiviniemi MT, Bennet A., Zaiter M., Marshall JR. Individual-level factors in colorectal cancer screening: a review of the literature on the relation of individual level health behavior constructs and screening behavior. *Psycho-Oncology*, 2011; 20:1023–1033.
41. Koç Ş, Esin MN. (2012). Screening behaviors, health beliefs, and related factors of first-degree relatives of colorectal cancer patients with ongoing treatment in Turkey. *Cancer Nursing*, 2012; 37(6):51-60.
42. Koç Ş. Kolorektal kanser risk danışmanlığının riskli bireylerin birincil ve ikincil koruma davranışlarını geliştirmeye etkisi. İstanbul Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora Tezi, 2014; 40, 107-108.
43. Lian M., Schootman M., Yun S. Geographic variation and effect of area-level poverty rate on colorectal cancer screening. *BMC Public Health*. 2008; 8(1):358 .
44. Lasser KE, Murillo J., Lisboa S., Casimir AN ve ark. Colorectal cancer screening among ethnically diverse, low-income patients: A randomized controlled trial. *Arch Intern Med*, 2011; 171(10):906-912.
45. Ma GX, Shive S., Tan Y., Gao W., Rhee J., Park M., ve ark. Community-based colorectal cancer intervention in underserved Korean Americans. *Cancer Epidemiol*, 2009; 33(5):381–6.
46. Macrae FA, Hill DJ, St. John DJB, Ambikapathy A. ve ark. Predicting colon cancer screening behaviour from health beliefs. *Preventive Medicine*, 1984; 13:115-126.

47. Mahon SM. Prevention and screening of gastrointestinal cancers. *Seminars in Oncology Nursing*, 2009; 25(1): 15-31.
48. McCaffery K., Wardle J., Waller J. Knowledge, attitudes, and behavioral intentions in relation to the early detection of colorectal cancer in the United Kingdom. *Preventive Medicine*, 2003; 36(5):525-535.
49. Menon U, Champion VL, Larkin GN, Zollinger TW, Gerde PM, Vernon SW. Beliefs associated with fecal occult blood test and colonoscopy use at a worksite colon cancer screening program. *J Occup Environ Med*, 2003; 45:891-898.
50. Menon U., Belue R., Skinner CS, Rothwell BE, Champion V. (2007). Perceptions of colon cancer screening by stage of screening test adoption. *Cancer Nursing*, 2007; 30(3):178-185.
51. Miller AB. Evidence-Based Cancer Screening. In: Miller, AB, editor, *Epidemiologic studies in cancer prevention and screening*, New York, Springer, 2013; 169-182.
52. Myers RE, Ross E., Jepson C., Wolf T., Balshem A., Millner L., Leventhal H. Modeling adherence to colorectal cancer screening. *Preventive Medicine*, 1994; 23(2):142-51
53. Nahcivan NÖ, Seçginli S. Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: Bir rehber olarak sağlık inanç modelinin kullanımı. *C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2003; 7(1):33-38.
54. Nguyen BH, McPhee sj, Stewart SL, Doan HT. Effectiveness of a controlled trial to promote colorectal cancer screening in Vietnamese Americans. *American Journal of Puclic Healh*, 2010; 100(5): 870-876.
55. O'Malley AS, Forrest CB, Feng S., Mandelblatt J. Disparities despite coverage: gaps in colorectal cancer screening among medicare beneficiaries. *Arch Intern Med.*, 2005; 165:2129-2135.
56. Ojinnaka CO, Choi Y., Kum HC, Bolin JN. Predictors of colorectal cancer screening: does rurality play a role?. *The Journal of Rural Health*, 2015; 31:254-268.
57. Patel K., Hargreaves M., Liu J., Kenerson D., Neal R. ve ark. Factors influencing colorectal cancer screening in low-income African Americans in Tennessee. *Journal of Community Health*, 2012; 37:673–679.
58. Peltó DJ, Sly JR, Winkel G., Redd W. ve ark. Predicting colonoscopy completion among African American and Latino/a participants in a patient navigation program. *J. Racial and Ethnic Health Disparities*, 2015; 2:101-111.
59. Price JH. Perceptions of colorectal cancer in a socioeconomically disadvantaged population. *J Community Health*, 1993; 18:347-362.

60. Rawl SM, Skinner CS, Perkins SM, Springston J., Wang HL, Russell KM, ve ark. Computer-delivered tailored intervention improves colon cancer screening knowledge and health beliefs of African-Americans. *Health Educ Res.*, 2012; 27(5):868–85.
61. Sarfaty M., Doroshenk M., Hotz J., Brooks D., Hayashi S., Davis T., Joseph D., Stevens, D. ve ark. Strategies for expanding colorectal cancer screening at community health centers. *CA: A Cancer journal for Clinicians*, 2013; 63:221-231.
62. Schootman M., Jeffe DB, Baker EA, Walker MS. Effect of area poverty rate on cancer screening across US communities. *J Epidemiol Community Health*, 2006; 60:202–207.
63. Schreuders EH, Ruco A., Rabaneck L. ve ark. Colorectal cancer screening: a global overview of existing programmes. *Gut*, 2015; 0:1-13.
64. Shokar NK, Byrd T., Salaiz R., Flores S., Chaparro M., Calderon-Mora J. ve ark. Against colorectal cancer in our neighborhoods (ACCION): A comprehensive community-wide colorectal cancer screening intervention for the uninsured in a predominantly Hispanic community. *Prev Med (Baltim)*, 2016; 91:273–80.
65. Shokar NK, Carlson CA, Weller SC. Factors associated with racial/ethnic differences in colorectal cancer screening. *J Am Board Family Med*, 2008; 21:414-426.
66. Stacy R., Torrence WA, Mitchell CR. Perceptions of knowledge, beliefs, and barriers to colorectal cancer screening. *Journal of Cancer Education*, 2008; 23(4):238-240.
67. Stanley SL, King JB, Thomas CC, Richardson LC. Factors associated with never being screened for colorectal cancer. *Journal of Community Health*, 2013; 38: 31-39.
68. Stokamer CL, Tenner CT, Chaudhuri J., Vazquez E., Bini EJ. Randomized controlled trial of the impact of intensive patient education on compliance with fecal occult blood testing. *General Internal Medicine*, 2005; 20(3): 278-82.
69. Şenses F. Küreselleşmenin Öteki Yüzü: Yoksulluk, 4. Baskı, İstanbul, İletişim Yayınları, 2006; 61-68.
70. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kanseri İstatistikleri-2013. Ankara, 2016; 24-26. URL:https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/ANA_rapor_2013v01_2.pdf
71. Tu SP, Taylor V., Yasui Y., Chun, A., Yip MP, Acorda E., Li L., Bastani R. Promoting culturally appropriate colorectal cancer screening through a health educator: a randomized controlled trial. *Cancer*, 2006; 107(5):959-66.
72. Turner LW, Hunt SB, Dibirezzo R., Jones C. Design and implementation of an osteoporosis prevention program using the health belief model. *American Journal of Health Studies*, 2004; 19:115-121.

73. TÜİK, Yoksulluk çalışması: 2015, Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni, 2016; 21867. URL: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21867>. Erişim: 17.01.2017
74. Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği (TÜSİAD). Türkiye’de bireysel gelir dağılımı ve yoksulluk - Avrupa Birliği ile karşılaştırma, İstanbul, 2000; 93-98. URL: <https://www.tusiad.org/tr/yayinlar/raporlar/item/1865-turkiyede-bireysel-gelir-dagilimi-ve-yoksulluk---avrupa-birligi-ile-karsilastirma>. Erişim: 24.03.2020
75. Tze CNV, Fitzgerald H., Qureshi A., Tan HJ, Low ML. Pioneering annual colorectal cancer screening and treatment targeting low income communities in Malaysia (2010-2015). Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 2016; 17(7): 3179-3183.
76. United Nations Development Programme (UNDP). Human Development Report, New York, Oxford University Press, 1997; 2-20.
77. URL: https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/10_8_9-Colorectum-fact-sheet.pdf. Erişim Tarihi: 13.01.2020.
78. URL:http://hdr.undp.org/sites/default/files/reports/258/hdr_1997_en_complete_nostats.pdf, Erişim Tarihi:01.06.2020
79. URL:<https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8605.00.pdf>. American Cancer Society, Colorectal cancer causes, risk factors and prevention, 2017. Erişim Tarihi: 10.01.2018
80. Uzun AM. Yoksulluk olgusu ve dünya bankası. Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Derg., 2003; 4(2):155-173.
81. Vernon SW. Participation in colorectal cancer screening: a review. Journal of the National Cancer Institute, 1997; 89(19): 1406-1422.
82. Walsh JME, Kaplan CP, Nguyen B., Gildengorin G. ve ark. Barriers to colorectal cancer screening in Latino and Vietnamese Americans. J Gen Intern Med, 2004; 19:156-166.
83. Weller DP, Owen N, Hiller JE, Willson K, Wilson D. Colorectal cancer and its prevention: prevalence of beliefs, attitudes, intentions and behaviour. Aust J Public Health, 1995; 19:19–23.
84. Wolf HJ, Dwyer A., Ahnen DJ, Pray SL, Rein SM ve ark. Colon cancer screening for Colorado’s underserved: a community clinic/academic partnership. American Journal of Preventive Medicine, 2015; 48(3):264–270.



8. EKLER

EK-1

TANITICI BİLGİ FORMU

Sayın katılımcı,

Bu formda kalın bağırsak kanserinden korunma davranışlarınızı öğrenmek adına bazı sorular sorulmaktadır. Vermiş olacağınız bilgiler sadece istatistiksel amaçlı kullanılacak olup, tüm cevaplarınız ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

Mehmet Murat TOPALOĞLU

Ad-Soyad:

Katılımcı No:

Adres:

Telefon No:

1. Yaşınızı yazınız:.....

2. Cinsiyetiniz

☐ Erkek

☐ Kadın

3. Medeni durumunuz:

☐ Evli

☐ Bekar

4. Eğitim durumunuz nedir?

☐ Okuryazar değil

☐ Okuryazar/ilkokul mezunu

☐ Ortaokul mezunu

☐ Lise mezunu

☐ Üniversite ve daha üzeri

5. Son 3 aydır gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

6. Aylık geliriniz

7. Aylık gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

☐ Çok iyi

☐ İyi

☐ Kötü

☐ Çok kötü

8. Sağlık güvenceniz var mı?

☐ Evet

☐ Hayır

9. Evde kaç kişi yaşamaktasınız ?

.....

10. Ailenizde kalın bağırsak kanserine yakalanan bir yakınınız var mı?

☐ Hayır, ailemde kalın bağırsak kanserine yakalanan bir yakınım yok.

☐ Evet, birinci derece akrabamda (anne, baba, kardeş) var.

☐ Evet, ikinci derece akrabamda (amca, dayı, hala, teyze, büyükanne, büyükbaba) var.

11. Ailenizde kalın bağırsak kanseri nedeniyle kaybettiğiniz bir yakınınız var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

12. Sigara kullanıyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır (*Cevabınız “Hayır” ise 13. soruya geçiniz*)

Sigaraya ilk başladığınız yaş:

Sigara içtiğiniz yıl sayısı:

Günlük içtiğiniz sigara sayısı:

13. Alkol kullanıyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

14. Her yıl düzenli olarak genel sağlık kontrolleriniz için doktora muayene olur musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

15. Kilonuz: kg

16. Boyunuz: cm

EK-2

KOLOREKTAL KANSER BİLGİ FORMU

Aşağıdaki ifadeler kalın bağırsak kanseri hakkındaki bilgi düzeyinizi ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Vereceğiniz bilgiler size vereceğimiz eğitim açısından önemlidir. Lütfen size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

Kalın Bağırsak Kanseri İle İlgili İfadeler	Doğru	Yanlış	Fikrim yok
1. Kalın bağırsak kanseri erken dönemde tespit edilirse önlenabilir.			
2. Yaş arttıkça bağırsak kanseri olma riski artar.			
3. Kilolu olmak bağırsak kanseri için bir risk faktörüdür.			
4. Alkol kullanımı bağırsak kanseri için bir risk faktörüdür.			
5. Sigara kullanımı bağırsak kanseri için bir risk faktörüdür			
6. Düzenli egzersiz yapmak bağırsak kanserinden korur			
7. Düzenli yapılan tetkiklerle bağırsak kanseri erken tespit edilebilir veya gelişmesi önlenabilir.			
8. Bağırsak kanseri hiç belirti vermeyebilir.			
9. Bağırsak kanseri yiyeceklerle ilişkili değildir.			
10. Bağırsak kanseri ailesel geçiş gösterebilir.			
11. Anne, baba ya da kardeşi gibi birinci derece yakını bağırsak kanseri tanısı almış bireylerin bağırsak kanser olma riski daha yüksektir.			
12. Amca, dayı, dede, teyze gibi ikinci derece akrabalarından bağırsak kanseri tanısı alan bireylerin bağırsak kanser olma riski daha yüksektir.			
13. Ailesinde bağırsak kanseri öyküsü olan bireyler 40 yaşından itibaren bağırsak kanseri taraması yaptırmalıdır			
14. Kadınlarda ve erkeklerde bağırsak kanseri aynı oranda görülmektedir.			
15. 50 yaşından sonra her birey belli aralıklarla bağırsak kanseri taraması yaptırmalıdır.			
16. Lifli gıdalar, sebze ve meyveler tüketmek bağırsak kanseri riskini azaltır.			
17. Sucuk, salam, sosis gibi işlenmiş etleri fazla tüketmek bağırsak kanseri riskini artırır.			
18. Fazla et tüketimi bağırsak kanseri riskini artırır.			
19. Dışkıda kan testi evde de yapılabilecek basit bir testtir.			
20. Kolonoskopi kamera aracılığı ile bağırsağın incelenmesidir.			

EK-3

KOLOREKTAL KANSERDEN KORUNMAYA YÖNELİK SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ

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

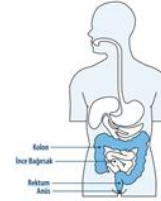
	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1- Gelecekte büyük olasılıkla barsak kanseri olacağım.					
2- Barsak kanseri olma düşüncesi beni korkutur.					
3-Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol (check-up) yaptırsaydım, kendimi iyi hissedecektim.					
4- Barsak kanseri hakkında konuşmaktan rahatsız olurum.					
5- Sağlık sorunlarımı erken saptamak isterim.					
6-					
7- Gelecekte barsak kanseri olacağımı hissediyorum.					
8- Barsak kanseri olabileceğimi düşündüğümde kalbim daha hızlı çarpar.					
9-Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırsaydım, barsak kanseri hakkında fazla endişelenmeyecektim.					
10- Sağlığımı sürdürme benim için son derece önemlidir.					
11- Gerekirse, barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırma konusunda kendime güvenirim.					
12- Gelecek on yıl içinde barsak kanseri olma olasılığım var.					
13-					
14-Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırmak, kanseri erken dönemde yakalama fırsatı verir.					
15-Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırma beni utandırır.					
16- Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırma barsak kanseri hakkında beni endişelendirir.					
17- Sağlıklı olmak için yeni bilgiler araştırırım.					
18- Barsak kanseri olursam, düzenli kontrolleri sürdürebilirim.					

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
19- Sağlıklı olmak için yapılacakların önemini biliyorum.					
20-Barsak alışkanlığımdaki (boşaltımındaki) normal ve anormal değişiklikleri fark edebilirim.					
21- Barsak kanseri olma olasılığım yüksek.					
22-					
23-Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırırsam, barsak kanserinden ölme olasılığım azalır.					
24-Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırma çok zaman alır.					
25- Benim barsak kanseri olma olasılığım herkesten daha yüksek.					
26- Dengeli beslenirim.					
27- Haftada en az üç kez egzersiz (spor) yaparım.					
28- Barsak kanseri olursam eşimle ilişkilerim bozulur.					
29-Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırırsam, barsak kanseri geliştiğinde büyük ve biçimsiz ameliyat (kolostomi) olma olasılığım azalacak.					
30- Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırmak hoş değildir.					
31- Barsak kanseri olursam, tüm yaşamım değişecektir.					
32- Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırma ileride kansere dönüşebilecek oluşumların (polip, kronik kabızlık vs.) erken tanısında bana yardımcı olur.					
33-Hasta olmasam da düzenli kontrollerimi yaptırıyorum.					
34- Barsak kanserinin erken tanısı için düzenli kontrol yaptırma çok pahalıya mal olur.					
35- Barsak kanseri olursam, 5 yıldan fazla yaşayamam.					
36- Düzenli kontrol yaptırırsam, barsak kanserini erken saptarım.					

Not: Türkçe güvenirlik ve geçerlik çalışması sonucunda 6, 13, ve 22 numaralı maddeler çıkarılmıştır (Özsoy ve ark., 2007)

BAĞIRSAK KANSERİ

Arş. Gör. Mehmet Murat TOPALOĞLU
Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Bağırsağın Genel Yapısı

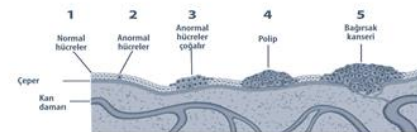
**BASİT BİR
BAĞIRSAK TESTİ
HAYATINIZI
KURTARABİLİR.**

**BAĞIRSAK KANSERİ NEDİR?****İÇERİK**

- Bağırsağın Genel Yapısı ve Görevi
- Bağırsak Kanseri
- Bağırsak Kanseri Görülme Oranı
- Bağırsak Kanserin Belirtileri
- Bağırsak Kanseri Risk Faktörleri
- Bağırsak Kanseri Tarama Programı
- Tarama Testi
- Kolonoskopi İşlemi

Bağırsak Kanseri

Bağırsağın dokusunu meydana getiren hücrelerden bazılarının anormal bir biçimde çoğalmasıdır.

Bağırsak kanserinin aşamaları



BAĞIRSAK KANSERİ BELİRTİLERİ

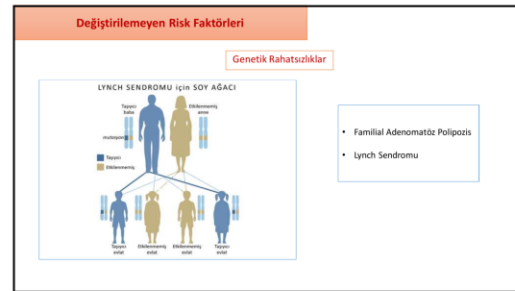
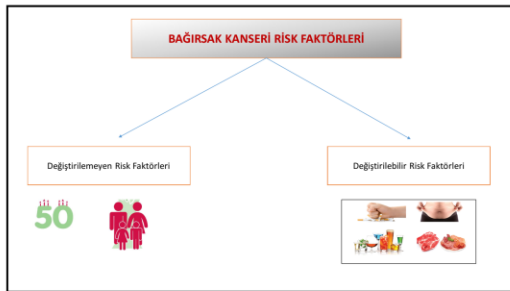
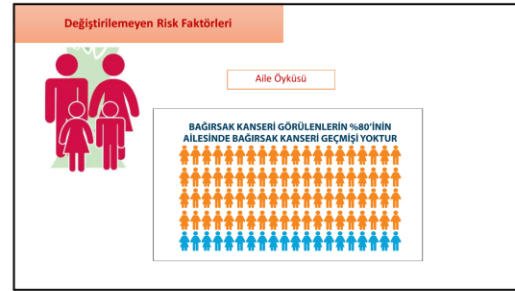
Her yıl yaklaşık 20.000 kişi kalın bağırsak kanseri tanısı almaktadır

Her yıl yaklaşık 10.000 kişi kalın bağırsak kanseri nedeniyle hayatını kaybetmektedir!



ERKEN TEŞHİS İLE TEDAVİDE BAŞARI ORANI YÜKSEKTİR





Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

Önceden Var Olan Bazı Hastalıklar



- Crohn Hastalığı
- Ülseratif Kolit

Değiştirilebilir Risk Faktörleri

Alkol



Değiştirilebilir Risk Faktörleri

Sigara



Değiştirilebilir Risk Faktörleri

Kırmızı ve İşlenmiş Et



Değiştirilebilir Risk Faktörleri

Fazla Kilo



SAĞLIK BAKANLIĞI ULUSAL BAĞIRSAK KANSERİ TARAMA PROGRAMI

2 yılda bir
Dışkıda Gizli Kan Testi



10 yılda bir
Kolonoskopi



Dışkıda Gizli Kan Testi

Dikkat!

- Kanlı basur (hemoroit) hastalığınız varsa
- Tuvaletinizi yaparken idrarınızda ya da dışkıınızda belirgin bir şekilde kan görülüyorsa
- Yakın bir zamanda kolonoskopi yaptırdı iseniz

**Bu testi yapmanız
UYGUN DEĞİLDİR!**

Dışkıda Gizli Kan Testi

BİRİNCİ ADIM



Tercihen alaturka tuvalet kullanıyor iseniz aynı işlemi burada da uygulayabilirsiniz.

Dışkıda Gizli Kan Testi

Teste Başlamadan Önce



Tuvaletinizin sifonunu çekiniz ve dışkılamadan önce idrarınızı yapınız!

Dışkıda Gizli Kan Testi

İKİNCİ ADIM



Solüsyon içeren tüpün kapağını açın ve içindeki örnek alma çubuğunu çıkarın

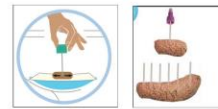
Dışkıda Gizli Kan Testi

BİRİNCİ ADIM



Dışkıda Gizli Kan Testi

İKİNCİ ADIM



Aldığınız dışkı örneğin bir pirinç tanesinden daha küçük olması yeterlidir.

Dışkıda Gizli Kan Testi

ÜÇÜNCÜ ADIM



Aldığınız dışkı örneğini solüsyon içeren kaba tekrar yerleştirin

Dışkıda Gizli Kan Testi

Sonucunuzu Öğrenme

Kontrol Çizgisi → C
Test Çizgisi → T



Pozitif Negatif Geçersiz Geçersiz

Dışkıda Gizli Kan Testi

DÖRDÜNCÜ ADIM



Tüpü kilitli torbaya yerleştirin. Buzdolabına koyun. Buzdolabının dondurucu kısmına yerleştirmeyin!

Dışkıda Gizli Kan Testi

Sonucunuzu Öğrenme

Negatif Sonuç: Dışkıda Kan görülmedi

Pozitif Sonuç: Dışkıda Kan görüldü

Dışkıda Gizli Kan Testi

BEŞİNCİ ADIM



Hemşirenizi ya da Aile Sağlığı Merkezi'ni telefonla arayarak testi yaptığınızı haber edin

TESTİ UYGULAYIN. ERKEN TEŞHİS HAYAT KURTARIR.

%90

Erken teşhis edilen bağırsak kanserlerinin %90'ı başarıyla tedavi edilebilmektedir.



Kolonoskopi İşlemi



Neden bana kolonoskopi yaptırmam önerildi?



Kolonoskopi İşlemi



Kolonoskopi öncesinde ne yapmam gerekir?

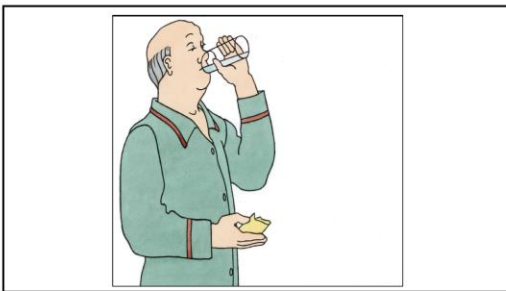
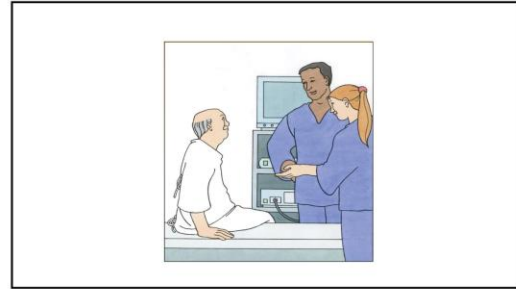
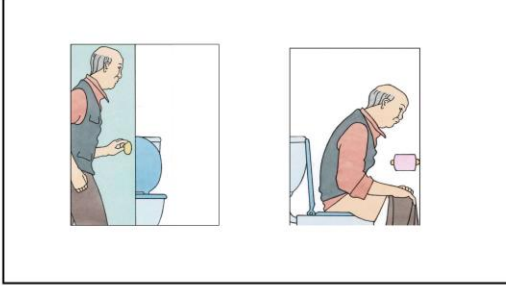


Kolonoskopi Ücretli midir?

- Eğer sağlık sigortanız var ise herhangi bir ücret alınmamaktadır.
- Özel merkeze gitmeyi tercih ederseniz ücret alınabilir.



Kuvvetli bir müshil



EĞİTİM KİTAPÇIĞI



BAĞIRSAK KANSERİ TARAMANIZI İHMAL ETMEYİN!

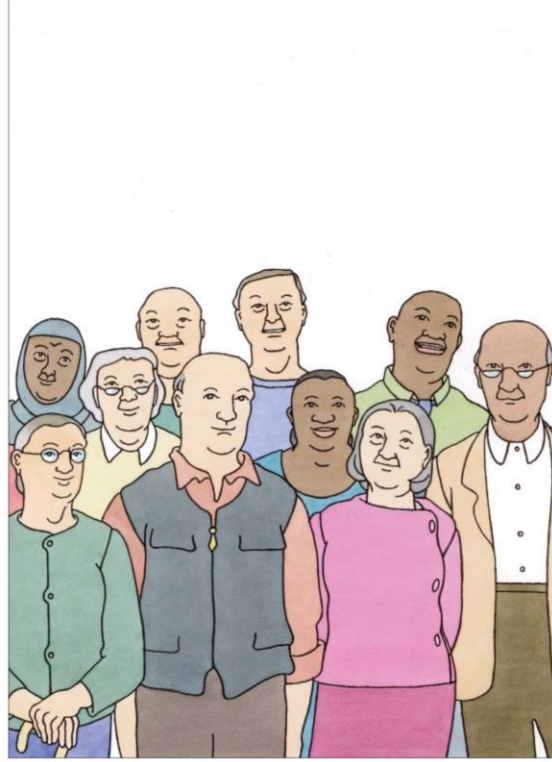
Hazırlayanlar

Nihal GÖRDES AYDOĞDU

Mehmet Murat TOPALOĞLU

İÇİNDEKİLER

Bağırsağın Genel Yapısı ve Görevi.....	3
Bağırsak Kanseri Nedir?.....	4
Bağırsak Kanseri ile İlgili Gerçekler.....	5
Bağırsak Kanserin Belirtileri.....	6
Bağırsak Kanseri Risk Faktörleri.....	8
Bağırsak Kanseri Tarama Programı.....	13
Tarama Testi.....	14
Kolonoskopi İşlemi.....	21



Erişim: www.cancerscreening.nhs.uk

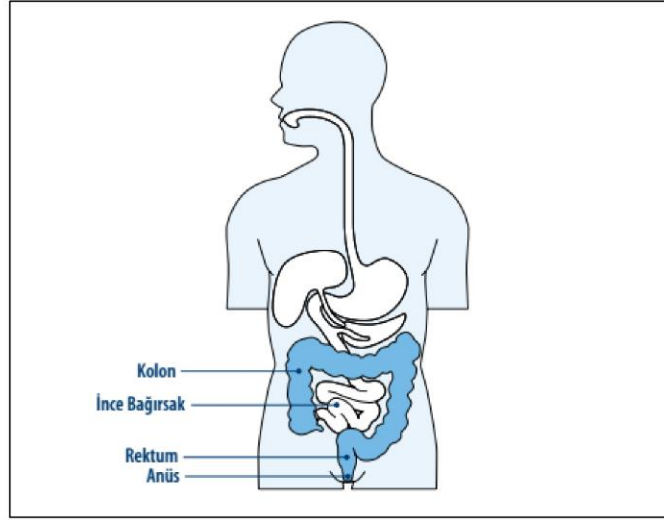
T.C Sağlık Bakanlığı 50-70 yaş arası bütün bireylere 2 yılda bir bağırsak kanseri taraması ve her 10 yılda bir kolonoskopi önermektedir.*

*Ailede ykw varsa bu tarama 40 yaşından itibaren başlamalıdır.

BAĞIRSAK VE BAĞIRSAK KANSERİ HAKKINDA GENEL BİLGİLER

Bağırsağın görevi nedir?

Gıdaların sindirim yolunda geçtiği organlar sırasıyla ağız, yutak, yemek borusu, mide ve bağırsaklardır. Bağırsak sindirim sistemimizin bir parçasıdır. Vücudumuzun bu kısmı besini parçalar ve bağırsak hareketleriyle dışkı olarak vücudumuzun dışına atar.



<http://cancerscreening.gov.au/internet/screening/publishing.nsf/Content/ml-turkish>

Bağırsağımız üç kısımdan oluşur:

İnce Bağırsak: Mideden gelen besinler burada öğelerine ayrılarak emilir ve kan dolaşımına geçer.

Kalın Bağırsak (Kolon) : İnce bağırsaktan hazmedilmeyen atıklar ve su kalın bağırsağa geçer. Burada su ve mineraller emilir ve kalan kısım bağırsağın son kısmına geçer. Kalın bağırsağın temel görevi suyu emmektir.

Rektum (Makat üstü hazne): Dışkı, makat (anüs) yolundan atılmadan önce bağırsağın bu kısmında bekler.

Yediğimiz besinler mideden ince bağırsağa geçer. Burada besin emiliminden sonra, hazmedilmeyen atık maddeler, kalın bağırsakta sıvılardan ayrışır. Atıklar, vücuttan atılana kadar (buna gaita veya dışkı da denir) bağırsağın uç kısmı olan rektumda durur.

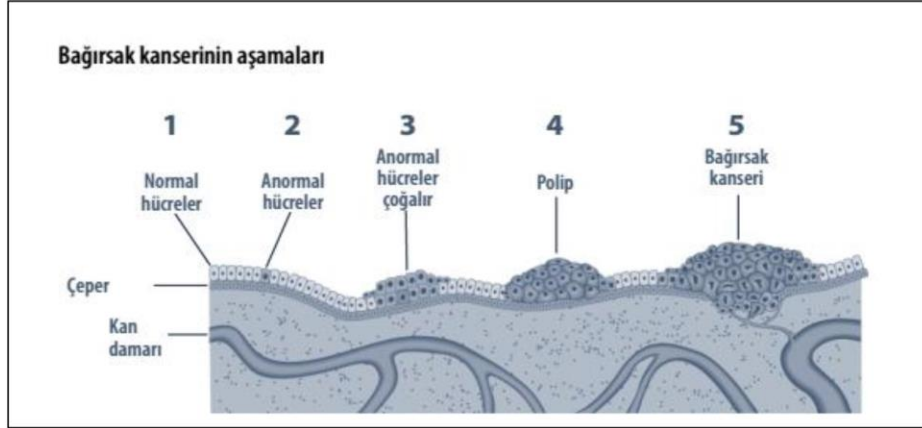
Bağırsak Kanseri Nedir?

Bağırsak kanserine kolon kanseri, rektum kanseri veya kolorektal kanser de denir. Bağırsağın iç yüzeyi sürekli olarak yenilenen hücrelerden oluşur. Tüm polipler kansere dönüşmez. Poliplerin çıkarılması bağırsak kanserine yakalanma riskinizi düşürür.

Bazen bu hücreler gereğinden fazla artarak bağırsak polipi denilen (bazen adenom olarak da adlandırılır) kabartı ve şişlikleri oluşturur.

Polipler bağırsak kanseri değildir (genelde iyi huyludur), ancak zamanla kötü huylu kansere dönüşebilirler. Kanser hücrelerinin vücudun diğer bölgelerine yayılabilecek nitelikte olması, kanserin kötü huylu olduğu anlamına gelir.

Bağırsak kanseri en çok kalın bağırsağın içinde (kolon) görülür.



<http://cancerscreening.gov.au/internet/screening/publishing.nsf/Content/ml-turkish>

KALIN BAĞIRSAK KANSERİ İLE İLGİLİ GERÇEKLER



Türkiye’de 70 yaşından önce her 10 kişiden 2’si kalın bağırsak kanserine yakalanmaktadır!

Her yıl yaklaşık 20.000 kişi kalın bağırsak kanseri tanısı almaktadır

Her yıl yaklaşık 10.000 kişi kalın bağırsak kanseri nedeniyle hayatını kaybetmektedir!

ERKEN TEŞHİS İLE TEDAVİDE
BAŞARI ORANI YÜKSEKTİR



Bağırsak Kanserinin Belirtileri Nelerdir?

Bağırsak kanseri hiçbir belirti vermeden gelişebilir. Bu yüzden her iki yılda bir bağırsak kanseri taraması yapılması önemlidir. Şu belirtiler görülebilir:

- İdrarınızda, dışkıınızda ya da tuvalette görülen kan
- Tuvalet alışkanlıklarınızda daha gevşek yapılı dışkı, ileri derecede kabızlık ve/veya normalden daha sık büyük tuvalet ihtiyacı gibi yakın zamanda gerçekleşen kalıcı değişiklikler
- Sebebi bilinmeyen yorgunluk veya kilo kaybı
- Karın ağrısı



Bu belirtilerden herhangi birisini görmeniz bağırsak kanseri olduğunuz anlamına gelmez!

Ancak hekiminiz ile görüşmeniz gerekmektedir.



<http://cancerscreening.gov.au/internet/screening/publishing.nsf/Content/ml-turkish>

Aşağıdaki şartları taşıyorsanız bağırsak kanseri riskiniz yüksek olabilir:

- 50 yaşından büyükseniz
- Aşırı kiloluysanız
- Kırmızı et ve işlenmiş eti (örneğin, sucuk, sosis v.b) çok tüketiyorsanız
- Sebze, meyve, bakliyat ve tam tahılları (örneğin, tam buğday ekmeği, kahverengi pirinç) az tüketiyorsanız
- Sigara içiyorsanız
- Alkol tüketiyorsanız
- İltihaplı bağırsak hastalığınız varsa (örneğin, Crohn hastalığı veya ülserli kolit)
- Bağırsağınızda daha önce kanser olmayan tümörler bulunduysa
- **Ailenizde geçmişte bağırsak kanseri öyküsü olan bireyler varsa**

BAĞIRSAK KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ

Bağırsak kanseri geliştirme şansınızı artıran her şeye **bağırsak kanseri risk faktörü** denir. Bazı risk faktörleri **değiştirilebilirken**, bazıları **değiştirilemez**.

Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

Yaş, aile öyküsü, irsi (kalıtsal-genetik) hastalıklar ve önceden var olan bazı hastalıklar bağırsak kanseri riskinizi arttırabilir. Bu faktörler **değiştirilemez** ve **değiştirilemeyen risk faktörü** olarak tanımlanır.

- **İrsi (Kalıtsal- Genetik) Hastalıklar**

Genlerde oluşan bir bozukluk nedeniyle oluşan ve bireylerin çocuklarında da görülebilen irsi (genetik) hastalıklardır.

Tıp dilinde;

- **Familial (Ailesel) Adenomatöz Polipozis (FAP)**
- **Lynch Sendromu (Hereditör Non Polipozis Kolorektal Kanser-HNPCK)** olarak bilinen genetik hastalıklardır.

Hekiminiz tarafından **Familial Adenomatöz Polipozis** veya **Lynch Sendromu** tanısı almış iseniz bağırsak kanseri riski açısından mutlaka ailece genetik danışmanlık almalısınız.

- **Ailede Bağırsak Kanseri Öyküsü**

- Yakın bir akrabanızda (anne babanız, kardeşleriniz ya da çocuğunuzda) erken yaşta (55 yaşından önce) bağırsak kanseri ortaya çıktıysa veya
- Yakın akrabalarınız içinde birden fazla kişide herhangi bir yaşta bağırsak kanseri görüldüyse ya da böyle bir fikriniz var ise hastalığa yakalanma riskinizi hekiminizle mutlaka görüşün!



<http://cancerscreening.gov.au/internet/screening/publishing.nsf/Content/ml-turkish>

- **Önceden Var Olan Bazı Hastalıklar**

- **Crohn Hastalığı** ve **Ülseratif Kolit** gibi iltihabi bağırsak hastalığı olanlar
- Önceden meme, rahim ya da yumurtalıkla ilgili kanser tanısı alanlar bağırsak kanseri riski açısından hekimi ile görüşmelidir!

Değiştirilebilir (Önlenebilir) Risk Faktörleri

Değiştirilebilir Risk Faktörleri; bireylerin yaşam tarzı, yemek yeme alışkanlıkları, sağlık kontrollerini düzenli yapmaları ve tarama programlarına katılımı gibi faktörlerdir.

- **Sigara**

- Günde iki paket (40 adet) sigara tüketmek barsak kanseri riskini %40 oranında artırarak, barsak kanserinden ölüm riskini neredeyse iki katına çıkarmaktadır.
- Sigara kullanıyorsanız bırakın ve sigara dumanına maruz kalmaktan kaçının



Fazla Kilo

- Boya göre kilonun fazla olması
- Bel ve kalça bölgesinde yağlanmanın fazla olması bağırsak kanseri riskini artırmaktadır.

• Alkol

Günde iki ya da daha fazla alkollü içecek tüketildiğinde bağırsak kanseri riskiniz artmaktadır. Eğer alkol kullanıyor iseniz miktarı sınırlandırın!

• Kırmızı ve İşlenmiş Et

- Çok fazla kırmızı et yemek (örneğin, sığır eti, kuzu eti, keçi eti), bağırsak kanseri riskinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir. Kırmızı et yemeyi tercih ediyorsanız haftada 500 gramdan fazla pişirilmemelidir.
- Mangal yaparken, etin açık alevde ve ızgarada kalma süresini azaltmak için etleri önceden fırında pişirebilirsiniz. Etlerinizi önden terbiye ederek ve düşük ısıda pişirerek yanmasını önleyebilirsiniz.
- Sucuk, salam, sosis gibi işlenmiş etleri tüketmekten kaçınınız!

Bağırsak Kanseri Olma Riskini Azaltmak Elinizde!

Hiçbir kanserin tamamen önlenmesi mümkün değildir, ama aşağıdakileri yaparak bağırsak kanseri riskinizi azaltabilirsiniz:

	Sigara içmeyerek
	Her gün en az 30 dakika fiziksel olarak aktif olmak ve daha az oturmak
	Alkol tüketiyor iseniz tüketimini azaltarak
	Kırmızı eti sınırlayarak (haftada 500 gr'dan az) ve işlenmiş etten sakınarak
	Daha fazla tahıl, sebze, meyve ve bakliyat tüketerek
	Kilo almaktan ve bel çevresinin genişlemesinden kaçınarak
	Erken tespit edilip kolayca tedavi edilebilmesi için tarama testlerine katılarak

SAĞLIK BAKANLIĞI BAĞIRSAK KANSERİ TARAMA PROGRAMI

Sağlık Bakanlığı 50-75 yaş aralığında tüm erkek ve kadınlara bağırsak kanseri taraması programı kapsamında:

- İki yılda bir tekrarlamak üzere Dışkıda Kan Testini ve
- 10 yılda bir tekrarlanmak üzere Kolonoskopi'yi önermektedir.



TARAMA TESTİ

(DIŞKIDA GİZLİ KAN TESTİ)



Tarama Testinde Neye Bakılır?

Tarama testi, dışkılamada normalde gözle görülemeyen az miktarlardaki kanı saptar. Buna **Dışkıda Gizli Kan Testi** denir (“Gizli Kan” kanın görülemediği anlamına gelir).

Dışkıda kan aranmasının nedeni, polipler ve bağırsak kanserlerinin bazen kanama yapmasıdır.

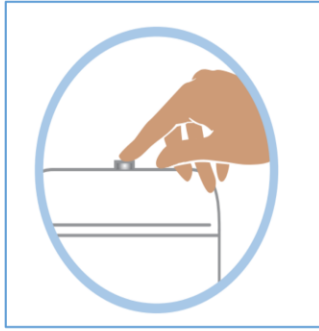
Dışkıda Gizli Kan Testi bağırsak kanseri tanısı koymaz! Ancak, test sonucu bağırsak muayenesine (kolonoskopiye) ihtiyacınız olup olmadığını gösterir.

5 Adımda Tarama Testi (Dışkıda Gizli Kan Testi)

Bu testi

- Kanlı basur (hemoroit) hastalığınız varsa
- Tuvaletinizi yaparken idrarınızda ya da dışkıınızda belirgin bir şekilde kan görülüyorsa
- Yakın bir zamanda kolonoskopi yaptırdı iseniz

YAPMANIZ UYGUN DEĞİLDİR!



Teste başlamadan önce tuvaletinizin sifonunu çekin ve idrarınızı yapın.

Dışkılamadan önce tuvaletinizin temiz olması önemlidir!

<http://cancerscreening.gov.au/internet/screening/publishing.nsf/Content/ml-turkish>

Kolayca uygulayabileceğiniz **Dışkıda Gizli Kan Testi** aşağıda 5 adımda tarif edilmiştir:

1. Adım



Dışkınızı temiz bir kâğıda (tuvalet kağıdı ya da havlu kağıt) resimdeki gibi yapınız.

Erişim: www.cancerscreening.nhs.uk



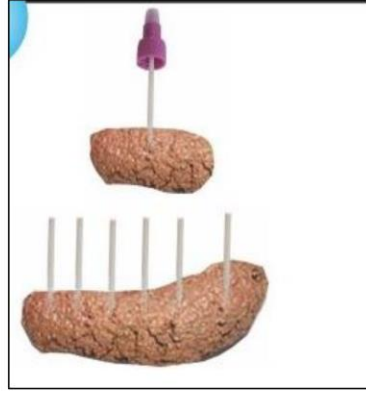
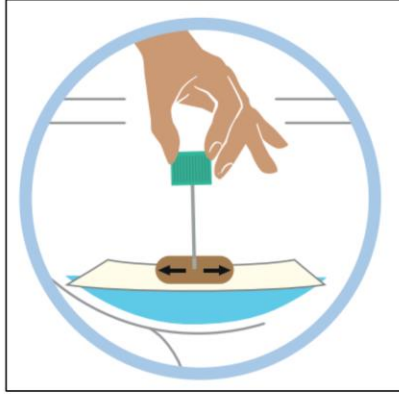
Tercihen alaturka tuvalet kullanıyor iseniz, aynı işlemi bu tuvalette yapınız.

2. Adım



Solüsyon içeren tüpün
kapağını açın ve içindeki
örnek alma çubuğunu
çıkartın

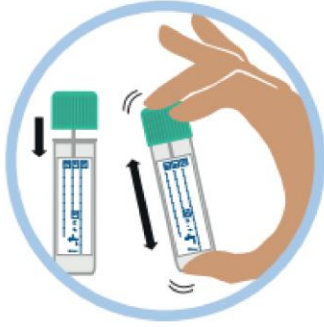
<http://cancerscreening.gov.au/internet/screening/publishing.nsf/Content/ml-turkish>



Çubuğu dışkının farklı yüzeylerine çevirerek batırın. Dışkının 6 farklı yüzeyine batırmaya çalışın. Aldığınız dışkı örneğin bir **pirinç** tanesinden daha küçük olması yeterlidir.

3. Adım

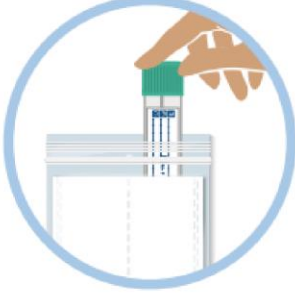
Üzerinde dışkı bulunan örnek alma çubuğunu solüsyon içeren tüpe tekrar yerleştirin ve sıkıca kapatın. Çubuğu kesinlikle tekrar çıkarmayın.



Yaklaşık 2 dakika boyunca örnek alma tüpünü yukarı ve aşağı birkaç kez çalkalayın.



4. Adım



Tüpü kilitli torbaya yerleştirin. Buzdolabına koyun. (Buzdolabının dondurucu kısmına-buzluğa koymayın)

Numunelerinizi neden buzdolabına koymalısınız?

Buzdolabı numuneniz için en uygun şartları sağlar. Koruyucu ambalajı sayesinde buzdolabındaki diğer şeyleri kirletme riski yoktur. Numunenizi kesinlikle buzluğa koymayın.

5. Adım

Numunenizi aldıktan hemen sonra Aile Sağlığı Merkezi'ni ya da hemşirenizi telefonla arayarak bilgilendiriniz. Aşağıdaki telefonlardan bize ulaşabilirsiniz:

Zonguldak Merkez Karaelmas Devran Amca Aile Sağlığı Merkezi: 0372 250 00 67

Hemşire Mehmet Murat TOPALOĞLU: 0507 772 26 69

Kilitli torba içerisindeki numunenizi kendiniz elden Aile Sağlığı Merkezi'ne teslim edebilirsiniz.

**Adres: Zonguldak Merkez Karaelmas Devran Amca Aile Sağlığı Merkezi
Karaelmas Mahallesi Bilim Sokak 67020 Zonguldak**

SONUCUNUZU ÖĞRENME

Numuneniz Aile Sağlığı Merkezi'ne ulaştıktan sonra hemşireniz tarafından test kiti ile değerlendirilecektir. Bu işlem yaklaşık 10 dakika sürmektedir. Testten aşağıdaki iki sonuçtan biri çıkacaktır:



Negatif Sonuç

Numunenizde kan tespit edilmezse test sonucunuz **negatif** anlamına gelmektedir ve şimdilik ek bir şey yapmanıza gerek yoktur. Sonucunuzun negatif çıkmasına rağmen belirtileriniz bulunuyorsa aile hekiminize en kısa sürede başvurmalısınız. İki yıl sonra aynı testi tekrar yapmanız önerilir.



Pozitif Sonuç

Numunenizde kan tespit edildi ise test sonucunuz **pozitif** anlamına gelmektedir. **Kan görülmesi bağırsak kanseri olduğunuz anlamına gelmemektedir!** Kanama nedeninin öğrenilmesi için aile hekiminiz tarafından genel cerrahi ya da iç hastalıkları uzmanına sevk edileceksiniz. İlgili uzman muayenesi sonrasında daha ileri tetkikler önerilebilir.



<http://cancerscreening.gov.au/internet/screening/publishing.nsf/Content/ml-turkish>

KOLONOSKOPİ İŞLEMİ

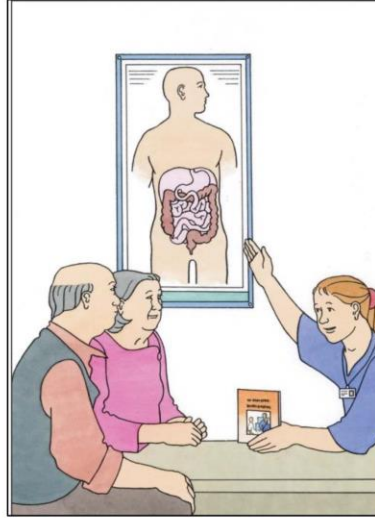


KOLONOSKOPİ

Bu bölümde kolonoskopinin nasıl yapıldığı ile ilgili bilgiler, yararları ve olumsuz yönleri paylaşılmaktadır. Buradaki bilgilerin amacı uzmanınız tarafından size kolonoskopi yaptırılması önerilmiş ise işlem ile ilgili gerekli açıklamaları yapmaktır.

Kolonoskopi nedir?

- Kolonoskopi bağırsağın iç yüzeyinin incelenmesidir.
- Siz uyuşturucu bir ilacın etkisi altında iken kolonoskop adı verilen, ucunda ufak bir kamera bulunan ince, esnek bir tüp ile makattan girilerek kalın bağırsağınız incelenir.
- Kolonoskopi bağırsak kanserini teşhis etmenin en etkili yöntemidir.
- Bağırsak kanseri erken evrede saptanırsa tedavide başarı şansı daha yüksek olur.



Erişim: www.cancerscreening.nhs.uk

Neden bana kolonoskopi yaptırmam önerildi?

Tarama testi sonucu anormal çıkan, karın ağrısı, halsizlik ve boşaltım alışkanlıklarında değişiklik yakınmalarından biri var ise uzman hekimler tarafından kolonoskopi önerilmektedir.

Kolonoskopinin başlıca amacı bağırsak iç duvarının incelenerek anormal bir doku olup olmadığının saptanmasıdır. Polip denilen bağırsak içerisinde oluşan şişlik şeklindeki oluşumların erken dönemde görülmesini sağlar.

Tarama testinde anormal sonuç ne anlama gelmektedir?

Bağırsak kanseri tarama testini yaptıran her 100 kişiden ikisinde anormal sonuç (yani teste gönderdiğiniz örnekte kan bulunması) görülebilmektedir. Ancak bunlar aşağıda sıralanan farklı nedenlere bağlı da oluşabilir:

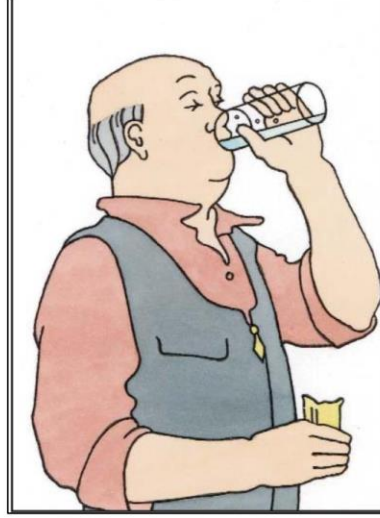
- Hemoroit (Basur): Makatın içinde veya etrafında damar şişkinliği
- Anal Fissür: Makatta ve rektumda (makat üstünde) kabızlıktan kaynaklanan yırtıkların oluşması

Kolonoskopi ücretli midir?

Eğer sağlık sigortanız var ise herhangi bir ücret alınmamaktadır. Özel hasta olarak kolonoskopi yaptırmak isterseniz ücret alınabilmektedir. Maliyeti konusunda hekiminiz ile görüşmelisiniz.

Kolonoskopi muayenesi öncesinde ne yapmam gerekir?

Uzmanın bağırsağın iç yüzeyini iyi görebilmesi için, kolonoskopi öncesinde bağırsağınızı tamamen boşaltmanız gerekmektedir.



Erişim: www.cancerscreening.nhs.uk

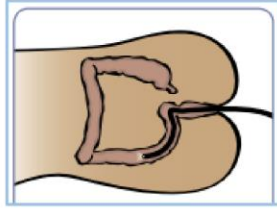
Kolonoskopiden önce size yememeniz gereken yiyeceklerin listesi ile bağırsaklarınızı boşaltacak bir ilaç (kuvvetli bir müshil) verilir. Kuvvetli müshili kolonoskopiden bir gün önce içer ve ishal olursunuz. Müshili aldıktan sonra tuvalete yakın durmanız, yola çıkmaktan veya işe gitmekten kaçınmanız iyi olur.

Bağırsağınızı tamamen boşaltmanız için talimatları dikkatle uygulamanız çok önemlidir. Aksi takdirde uzmanın bağırsağınızın iç yüzeyini iyi görmesi mümkün olmayabilir ve testi tekrarlamak zorunda kalırsınız. Uyuşturucu ilaç verileceğİ ve uyuşmuş olabileceğiniz için, kolonoskopiden sonra sizi eve götürecek birini bulmanız da gerekecektir.

Kolonoskopi sırasında ne olur?

Gevşemenize yardımcı olmak için size bir uyuşturucu verilir ve yan tarafınızın üzerine yatmanız istenir. Kolonoskop adı verilen ince, esnek bir tüp ile rektuma (makattan) girilerek kalın bağırsağınız sonuna kadar incelenir. Uzmanın bağırsaklarınızın içini TV ekranında görebilmesi için kolonoskopun ucunda üzerine ışık takılı ufak bir kamera bulunur.

Kolonoskopi sırasında, uzmanın bağırsak duvarının iç yüzeyini net bir şekilde görebilmesi için bağırsağınıza biraz hava pompalanır. Bu nedenle şişkinlik veya karnınıza kramp girmiş gibi hissedebilirsiniz. Size verilen uyuşturucu ilaç büyük olasılıkla uyuşmanıza ve muayeneyi pek fazla hatırlayacak durumda olmamanıza yol açacaktır. Kolonoskopi 30 ile 45 dakika arasında sürer.



Erişim: www.cancerscreening.nhs.uk



Bazen, biyopsi adı verilen ufak bir doku örneği alınır. Poliplerin çoğu kolonoskop tüpüne salınan tel bir halka ile ağrısız bir şekilde alınabilir. Bu doku örneklerinde kansere işaret edebilecek anormal hücreler bulunup bulunmadığı kontrol edilir.

Kolonoskopi sonucunu ne zaman alırım?

Uzman, kolonoskopi biter bitmez doku örneği veya polip alınıp alınmadığını size söyler. Kolonoskopiniz sırasında doku örneği alındıysa, sonuçları üç hafta içinde almanız gerekir.

Kolonoskopi güvenilir mi?

Kolonoskopi mükemmel bir işlem olmamakla birlikte, bağırsak kanserini saptamaktaki başarısı yüzde 90'ın üzerindedir

Kolonoskopinin yan etkileri var mıdır?

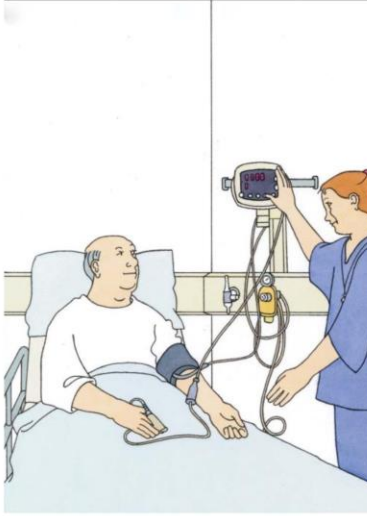
Nadiren aşağıdaki yan etkiler görülebilir:

- Bağırsağın tamamının görülememesi. Bağırsağınız tamamen boşalmamışsa ya da kolonoskop kalın bağırsağınızın sonuna ulaşamamışsa bu durum meydana gelebilir
- Kolonoskopi ile alınan polipler veya doku örnekleri şiddetli kanamaya yol açabilir. Her 150 kolonoskopiden yaklaşık birinde bunun olabileceği öngörülmektedir.
- Bağırsağın delinmesi. Kolonoskop bağırsağınızın duvarında delinmeye (perforasyon) neden olabilir. Bunun meydana gelme olasılığı yaklaşık olarak 1500'de birdir.
- Uyuşturucu ilaç nedeniyle solunum ve kalp rahatsızlıkları görülebilir. İşlem sırasında dikkatle izlendiğiniz için ciddi sorun çıkması çok enderdir.

Muayeneden sonra ne olur?

Kolonoskopi yapan uzman size muayenenin sonucunu açıklar. Kolonoskopinizden sonra doku örneği alınıp alınmadığı size söylenir. Biyopsi yapıldıysa, muayeneden sonraki üç hafta içinde sonucu alırsınız. Doku örneği alındıysa, makattan çok az kan geldiğini görebilirsiniz. Bu gibi hafif kanamalar normaldir ve birkaç gün sürebilir.

Uyuşturucu ilacın etkisinin geçmesi vakit alacağından, sizi hastaneden eve götürecek birisine ihtiyacınız olacaktır. Daha sonraki 12 saat içinde yanınızda birisi bulunmalıdır. O sırada hala uyuşturucunun etkisi altında olacağınızdan, uzman kolonoskopinin sonuçlarını açıklarken de yanınızda birisinin bulunması iyi olur.



Erişim: www.cancerscreening.nhs.uk

KAYNAKÇA

1. Hirai, K., Ishikawa, Y. Fukuyoshi, J., Yonekura, A. ve ark. (2016). Tailored message interventions versus typical messages for increasing participation in colorectal cancer screening among a non-adherent population: A randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 16:431 doi: 10.1186/s12889-016-3069-y
2. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-yayinlar/afis-brosur>
3. <http://sehzadeler2noluasm.com/egitim.html>
4. www.cancerscreening.nhs.uk
5. <http://cancerscreening.gov.au/internet/screening/publishing.nsf/Content/ml-turkish>
6. Davis, S. N., Christy, S. M. ve ark. (2017). A Randomized Controlled Trial of a Multicomponent, Targeted, Low-Literacy Educational Intervention Compared With a Nontargeted Intervention to Boost Colorectal Cancer Screening With Fecal Immunochemical Testing in Community Clinics. *Cancer*. 123-8:1390-1400. doi:10.1002/cncr.30481
7. Moattar, M., Roozitalab, M. ve ark. (2014). Practical Application of Health Belief Model to Enhance the Uptake of Colorectal Cancer Screening. *Community Medicine & Health Education*. 4:4. doi: 10.4172/2161-0711.1000297
8. <https://www.kolonrektum.com/polip>

EK-6

KURUM İZİN YAZILARI

Evrak Tarih ve Sayısı: 23/11/2018-55542



T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 99236482/605.01/
Konu : Araştırma İzni

Sayın Arş. Gör. Mehmet Murat TOPALOĞLU
Araştırma Görevlisi

Rektörlük Makamı'nın 19/11/2018 tarih ve 39922 sayılı yazısı eki ile Zonguldak Valiliği
İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınan "Araştırma İzni Hk." konulu ilgi yazı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Sevim ÇELİK
Dekan

Ek :
Yazı



T.C.
ZONGULDAK VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

ZONGULDAK İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ZONGULDAK
İL KAMU HASTANELERİ HİZMETLERİ ŞUBESİ (BİREKONCI)
10/11/2018 19:54 - 39330677 - 100 - 1131



00080544821

Sayı : 39330677-799
Konu : Araştırma İzni Hk.

BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Genel Sekreterlik)

İlgi : 05/11/2018 tarihli ve 39330677-15215 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınızda belirttiğiniz Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Mehmet Murat TOPALOĞLU tarafından, "*Hemşirelik Girişimlerinin Yoksul Bireylerin Kolorektal Kansere Sağlık İnanç Algılarına ve Tarama Davranışlarına Etkisi*" konulu doktora tez çalışmasını Çaydamlar ve Karaelmas Aile Sağlığı Merkezlerinde yapılabilmesi, planlanan çalışmaların kesinlikle kişisel veri ya da başka bir deyişle kişilik mahremiyet hakkını ihlal edecek hiçbir bilginin kullanılmaması kaydıyla Müdürlüğümüz tarafından uygun görülmüş olup, tez çalışmasının hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, çalışmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına yönelik mevzuata aykırı sorular ihtiva edip etmediğinin tespiti, araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı ve süresi, araştırma metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler göz önünde bulundurularak, yapılacak çalışmanın sonucunun Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Uzm. Dr. Ertuğrul GÖNER
İl Sağlık Müdürü

Fikri SOYLU
GÜVENLİ ELEKTRONİK
İMZA ASLI İLE AYNISIDIR
TARİH: 12.11.2018

Onitemmuz Mah. Belediye Bulvarı No: 25/2 Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğü Ek
Hizmet Binası
Faks No: 0372 257 57 57

e-Posta: gulben.gok@saglik.gov.tr İnt. Adres: Zonguldak Kamu Hastaneleri
Klinikleri

Bilgi için: Gulben GÖK

Unvan: Veri Hazırlama ve Kontrol İşçi.

Telefon No: 0372 253 46 07-1547

ETİK KURUL ONAYI

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2018/22-55	Tarih:13.09.2018			
	Dr.Öğr.Üyesi.Nihal GÖRDES AYDOĞDU'nun sorumlusu olduğu "Kolorektal Kanserden Korunma ve Erken Tanıya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Temelli Hemşirelik Girişimlerinin Yoksul Bireylerde Sağlık İnanç Algıları ve Tarama Davranışlarına Etkisi" isimli klinik araştırmaya ait 12.09.2018 tarihli araştırıcı dilekçesine ilişkin olarak; -Çalışma adının "Hemşirelik Girişimlerinin Yoksul Bireylerin Kolorektal Kansere Sağlık İnanç Algılarına ve Tarama Davranışlarına Etkisi" olarak değiştirilmesi, -Araştırmanın yapılacağı yer Ekim 2018 – Eylül 2019 tarihleri arasında Zonguldak Merkez Karaelmas Aile Sağlığı Merkezi olarak değiştirilmesi, -Araştırma başlangıç ve bitiş tarihlerinin Ekim 2018 – Eylül 2019 olarak değiştirilmesi, ile ilgili belgeler incelenerek bilgi edinilmiş ve Zonguldak Valiliği İl Sağlık Müdürlüğünden izin alınması koşuluyla, uygun bulunmuştur.				
ETİK KURUL BİLGİLERİ					
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İy Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
ETİK KURUL ÜYELERİ					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?	İmza
Prof.Dr.Ali Rıza ŞİŞMAN (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Şişman</i>
Prof.Dr.Gül ERGÖR (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Ergör</i>
Prof.Dr.Nejat SARIOŞMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	Katılmadı
Prof.Dr. Mehmet Refik MAS	Geriatri	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKUTUK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Kiray</i>
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	<i>S.Özkardeşler</i>
Prof.Dr.Süleyman SARIOĞLU	Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Bilge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Bilge Kara</i>
Prof.Dr.Ayhan ABACI	Pediyatrik Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Abacı</i>
Doç.Dr.M.Aylin ARICI	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	Katılmadı
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Bektaş</i>
Doç.Dr.Yasemin SOYSAL	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Moleküler Tıp Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Yasemin Soysal</i>
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D.	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Ahmet Can Bilgin</i>
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Mehmet Erhan Özkul</i>

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Dr.Öğr.Üyesi.Nihal GÖRDES AYDOĞDU

Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

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

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	3448-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☐ DOKTORA ☒
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hemşirelik Girişimlerinin Yoksul Bireylerin Kolorektal Kansere Sağlık İnanç Algılarına ve Tarama Davranışlarına Etkisi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Dr.Öğr.Üyesi.Nihal GÖRDES AYDOĞDU Hemşirelik Fakültesi
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	Araştırıcı dilekçesi	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2020/15-45	Tarih:06.07.2020				
	Dr.Öğr.Üyesi.Nihal GÖRDES AYDOĞDU'nun sorumlusu olduğu "Hemşirelik Girişimlerinin Yoksul Bireylerin Kolorektal Kansere Sağlık İnanç Algılarına ve Tarama Davranışlarına Etkisi" isimli klinik araştırmaya ait araştırmacı dilekçesine ilişkin; -Kurum izni ile ilgili belgeler incelenerek 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
Prof.Dr.Sadık Kıvanç METİN (Başkan)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Sermin ÖZKAL (Başkan Yardımcısı)	Tıbbi Patoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Serkan YENER	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Pınar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Arzu GENÇ	Nörolojik Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoglu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Tufan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Doç.Dr.Korcan DEMİR	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Mahmut Cem ERGON	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	Katılmadı
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç YÜKSEL	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Av.Esra FIRTINA	Avukat	DEU Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

EK-8

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Merhaba benim adım Mehmet Murat TOPALOĞLU, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı'nda doktora öğrencisiyim. Aynı zamanda Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde Araştırma Görevlisiyim.

Danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Nihal GÖRDES AYDOĞDU ile birlikte **“Hemşirelik Girişimlerinin Yoksul Bireylerin Kolorektal Kanseri Sağlık İnanç Algılarına ve Tarama Davranışlarına Etkisi”** başlıklı tez çalışmasını yürütmekteyiz.

Sizi **“ Karaelmas Mahallesiinde Bağırsak Kanseri Önleme ve Erken Tanı”** programına davet ediyoruz. Program kapsamında sizlere öncelikle *Tanıtıcı Bilgi Formu, Bağırsak Kanseri Erken Tanı Bilgi Formu, Kolorektal Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, Bağırsak Kanseri Taramasına Katılım Kontrol Formu* verilecektir. Bu formları doldurmanın, sizin azami 30 ila 40 dakikanızı alacağını tahmin ediyoruz. Doldurduğunuz bilgiler tarafımızca denetlenecek olup size gereken yardımı sağlayacağız. Ardından sizin uygun gördüğünüz tarih ve saatte bağırsak kanseri, bağırsak kanserinin evreleri ve erken tanısına yönelik kısa bir eğitim vereceğiz

Araştırma sonunda elde edilen bilgiler risk grubunda olan bireylerin erken dönemde teşhisini ve bağırsak kanserinden korunmasını sağlayacaktır. Çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. **Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz.** Bu çalışmada sizden alınan tüm bilgiler gizlidir. Ayrıca, araştırma sonuçlarını yazarken katılımcıların isimleri rapora yansımayacaktır.

Arş. Gör. Mehmet Murat TOPALOĞLU
Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

KATILIMCININ BEYANI

Yukarıda yazılı olarak verilen bilgileri okudum. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını anladım. Ben bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı, Soyadı:

Telefon No:

Tarih:

İmza

EK-9

ÖLÇEK KULLANMA İZNİ

9 Kasım 2016 09:23 tarihinde melek ardahan <melekardahan@hotmail.com> yazdı:

Mehmet,

"Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği" ni" çalışmamıza atıf yapman koşuluyla kullanmana izin veriyoruz. Tez çalışmada başarılar dileriz.

Doç. Dr. Melek ARDAHAN

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

ARAŞTIRMACI TÜBİTAK ARBİS ÖZGEÇMİŞ



MEHMET MURAT TOPALOĞLU

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

Doğum Tarihi	17/09/1986
İletişim Adresi	Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi
Telefon	(507) 772 26 69
E-posta	mehmetmurattopaloglu@hotmail.com memuratto@gmail.com mmtopaloglu@beun.edu.tr murat.topaloglu@deu.edu.tr
Web Adresi	

Öğrenim Bilgileri

23 Eylül 2014 - Şu Anda (5 yıl 9 ay) Doktora, Doktora, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ (DR) Diploma Numarası: - Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.15 / 4.0
21 Eylül 2010 - 10 Şubat 2014 (3 yıl 5 ay) Yüksek Lisans, Tezli Program, İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ (YL) (TEZLİ) Diploma Numarası: 2124 Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 2.36 / 4.0
05 Eylül 2005 - 01 Temmuz 2009 (3 yıl 10 ay) Lisans, Anadal/Normal Öğretim, ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE ESKİŞEHİR SAĞLIK YÜKSEKOKULU, SAĞLIK MEMURLUĞU PR. Diploma Numarası: 122286 Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 2.74 / 4.0

Deneyim / İşyeri Bilgileri

18 Mart 2013 - Şu Anda (7 yıl 3 ay) (Tam Zamanlı) ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ, ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
01 Eylül 2014 - 01 Aralık 2017 (3 yıl 4 ay) (Tam Zamanlı) ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Yabancı Dil Bilgileri

Sayfa 1 / 3

Oluşturma Zamanı: 07 Haziran 2020 13:53:03

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

Bilimsel Teknolojik Faaliyet Alanları

Bilimsel Teknolojik Faaliyet Alanı Bilgileri

Sağlık Bilimleri -- Hemşirelik -- Halk Sağlığı Hemşireliği

Ar-Ge Yetkinlik

Bildiriler

M. M. TOPALOĞLU & N. GÖRDES AYDOĞDU, Yoksul Bireylerin Kolorektal Kanser Taramalarına Katılımını Artırmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Temelli Girişimler ve Hemşirenin RolüHealth Belief Model Based Interventions to Improve Participation of Poor Individuals in Colorectal Cancer Screenings and Role of the Nurse, Sözlü Sunum, 2nd International Health Sciences and Life Congress Burdur/TURKEY, 24 Nisan 2019, 27 Nisan 2019.

F. VEREN, H. KULAKÇI, T. KUZLU AYYILDIZ, A. TOPAN & M. M. TOPALOĞLU, Zonguldak İl Merkezinde Yaşayan 15-49 Yaş Ev Kadınlarında Depresyon Yaşama Durumu ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi, Poster Sunumu, 1. Uluslararası, 2. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, 23 Nisan 2018, 26 Nisan 2018.

H. KULAKÇI, G. KORKMAZ, M. TOKUR KESGİN, N. YILDIRIM ŞİŞMAN, F. VEREN & M. M. TOPALOĞLU, Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Ağrı Uyku ve Düşme Sorunlarının Değerlendirilmesi, Poster Sunumu, 18. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ, 05 Ekim 2015, 09 Ekim 2015.

F. Ş. ÖZBIÇAKÇI, A. YEŞİLTEPE, D. A. DOKUZCAN & M. M. TOPALOĞLU, Klinik Öğrenme Ortamı Denetim ve Hemşire Öğretim Elemanı Değerlendirme Ölçeği nin Birinci Basamaktaki Geçerlik Güvenilirliğinin Değerlendirilmesi, Poster Sunumu, 1. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, 17 Haziran 2015, 20 Haziran 2015.

F. Ş. ÖZBIÇAKÇI, M. M. TOPALOĞLU, D. A. DOKUZCAN & A. YEŞİLTEPE, Öğrencilerin Halk Sağlığı Hemşireliği Uygulamalarında FSÖ ye Göre Toplum Tanılama Deneyimleri ve Watson ın Teorisine Göre Yeni Bir Tanılama Formu Önerisi, Poster Sunumu, 1. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, 17 Haziran 2015, 20 Haziran 2015.

M. M. TOPALOĞLU & M. N. ESİN, Gece Vardiyasında Çalışan Hemşirelerde Dikkat Düzeyi ve İlişkili Faktörler, Poster Sunumu, 17. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ, 20 Ekim 2014, 24 Ekim 2014.

TÜBİTAK Burs ve Destekleri

Sayfa 2 / 3

Oluşturma Zamanı: 07 Haziran 2020 13:53:03

Panelistlik/İzleyicilik/Raportörlük Sayısı

Panelistlik/Dış 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

TEZE İLİŞKİN SÖZEL BİLDİRİ

Abstract Book

2nd International Health Sciences and Life Congress
24-27 April 2019 Burdur/TURKEY*Sözlü Bildiri***YOKSUL BİREYLERİN KOLOREKTAL KANSER TARAMALARINA KATILIMINI
ARTIRMAYA YÖNELİK SAĞLIK İNANÇ MODELİ TEMELLİ GİRİŞİMLER VE
HEMŞİRENİN ROLÜ**HEALTH BELIEF MODEL-BASED INTERVENTIONS TO IMPROVE PARTICIPATION
OF POOR INDIVIDUALS IN COLORECTAL CANCER SCREENINGS AND THE ROLE
OF THE NURSE***Mehmet Murat TOPALOĞLU, **Nihal GÖRDES AYDOĞDU****Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, e posta: memuratto@gmail.com****Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi**Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı/İzmir 35340 e-posta: nihaigordes@gmail.com***ÖZET**

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre Kolorektal Kanserler (KRK) dünya genelinde erkekler arasında üçüncü sırada, kadınlarda ikinci sırada, her iki cinsten ise üçüncü sırada görülen kanser türüdür. DSÖ'ye göre hastalık ve ölümlerin temel nedenleri arasında yer alan yoksulluk, kolorektal kanserin erken tanınmasında da önemli bir engel oluşturmaktadır. Davranış bilimciler tarafından bireylerin kanser taramalarına katılımlarını etkileyen faktörleri tanımlamaya ve bu faktörlerin değerlendirilmesine yönelik çeşitli modeller geliştirilmiştir. Sağlık İnanç Modeli (SİM) kanser taramasını yapmaya yönelik davranışları açıklamada en etkili modellerdendir. Literatürde bireyleri KRK taramalarını yapmaya yönelten faktörleri SİM temelinde tanımlamaya çalışan çalışmalar mevcuttur. Bu model çerçevesinde yapılan çeşitli girişimlerin KRK tarama oranlarını artırdığı çalışmalar ile gösterilmiştir. Sağlık hizmetleri ekibinin temelini oluşturan hemşirelerin yoksul bireylerde KRK tarama oranlarını SİM temelli girişimlerde bulunarak arttırması mümkündür. Hemşirelerin bu konuda daha çok girişimde bulunarak tarama oranlarını arttırmada etkin rol oynaması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: *Yoksulluk, kolorektal kanser, erken tanı, hemşirelik*

EK-12

TEZE İLİŞKİN MAKALE KABUL YAZISI

07.06.2020

Gmail - Fwd: KUHEAD-26428 - Makaleniz Hk. - Kabul



Nihal gördes <nihalgordes@gmail.com>

Fwd: KUHEAD-26428 - Makaleniz Hk. - Kabul

Mehmet Murat TOPALOĞLU <memuratto@gmail.com>
Alınan: Nihal Gördes Aydoğdu <nihalgordes@gmail.com>

7 Haziran 2020 11:19

Ars. Gör. Mehmet Murat TOPALOĞLU
Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

----- Forwarded message -----

Gönderen: Editorial Office KUHEAD <noreply@journalagent.com>
Date: 6 Şub 2020 Per, 16:12
Subject: KUHEAD-26428 - Makaleniz Hk. - Kabul
To: Mehmet Murat TOPALOĞLU <memuratto@gmail.com>

Kime: Mehmet Murat TOPALOĞLU (memuratto@gmail.com)
Bilgi: kuhead@journalagent.com
Konu: KUHEAD-26428 - Makaleniz Hk. - Kabul

Sayın Dr. Mehmet Murat TOPALOĞLU,

Dergimize göndermiş olduğunuz "Yoksul Bireylerin Kolorektal Kansere Taramalarına Katılımını Artırmaya Yönelik Sağlık İnancını Temelli Girişimler: Hemşireler İçin Literatür Derlemesi - Health Belief Model-Based Interventions to Improve Participation of Poor Individuals in Colorectal Cancer Screenings: A Review of Literature for Nurses" başlıklı, "KUHEAD-26428" referans numaralı makalenin Editöryal Kurul tarafından incelendiğini ve dergimizde yayımlanmaya uygun bulunduğunu bildirmekten memnuniyet duyuyorum.

Dergimize gösterdiğiniz ilgiye teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Saygılarımla,
Yayın Kurulu
Koc Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)

Önemli Not: Dergimizde yayınlanmak üzere kabul edilen makaleniz için "Telif Hakkı Devir Formu"nu daha önce sisteme yüklememişseniz veya mail atmadıysanız göndermenizi rica ederiz.

Mesajı okudu olarak işaretlemek için tıklayınız:

<https://www.journalagent.com/z4/msgConfirm.asp?pdid=kuhead&ping=tur&mid=1705227108&un=U-7973222304>

Lütfen bu mesajı yanıtlamayınız, mesajlarınızı sistem üzerinden gönderebilirsiniz.

JournalAgent - KUHEAD

**Yoksul Bireylerin Kolorektal Kansere Taramalarına Katılımını Artırmaya
Yönelik Sağlık İnanç Modeli Temelli Girişimler: Hemşireler İçin Literatür
Derlemesi**

ÖZ

Kolorektal Kansere (KRK) dünyada erkekler arasında üçüncü, kadınlar arasında ikinci ve her iki cinsten üçüncü sırada görülen kanser türüdür. Ulusal kanser tarama programları ile ücretsiz olarak karşılanan KRK erken tanı uygulamalarına karşın, bireylerin tarama programlarına katılım oranları yetersiz olup; yoksul bireylerde bu oranlar daha da düşmektedir. Davranış bilimciler tarafından bireylerin kanser taramalarına katılımlarını etkileyen faktörleri tanımlamaya ve bu faktörlerin değerlendirilmesine yönelik çeşitli modeller geliştirilmiştir. Sağlık İnanç Modeli (SİM) kanser taramasını yapmaya yönelik davranışları açıklamada en etkili modellerdendir. Literatürde bireyleri KRK taramalarını yapmaya yöneltten faktörleri SİM temelinde tanımlamaya çalışan çalışmalar mevcuttur. Bu derlemenin amacı düşük sosyoekonomik düzeydeki bireylerin kolorektal kanser taramalarına katılımını artırmada SİM temelinde kullanılan çeşitli uygulamaları çalışmalar ile göstermektir. Hemşirelerin de yoksul bireylerde KRK tarama oranlarını artırmada model temelli girişimlerde bulunarak daha etkin bir rol oynaması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yoksulluk; kolorektal kanser; erken tanı; hemşirelik

Health Belief Model-Based Interventions to Improve Participation of Poor Individuals in Colorectal Cancer Screenings: A Review of Literature for Nurses

ABSTRACT

Colorectal Cancers (CRC) is the third type of cancer in the world among men, second among women and third among both sexes. Despite CRC early diagnosis practices, which are met free of charge by national cancer screening programs, the participation rates of individuals in screening programs are insufficient; these rates are even lower in poor individuals. Various models have been developed by behavioral scientists to identify and evaluate the factors that affect individuals' participation in cancer screenings. Health Belief Model (HBM) is one of the most effective models in explaining behaviors towards cancer screening. In the literature, there are studies that try to define the factors that lead individuals to perform CRC screening on the basis of HBM. The aim of this review is to show the various applications used on the basis of HBM to increase the participation of low socioeconomic level individuals in CRC screening. Nurses should also play a more active role in model-based interventions to increase CRC screening rates in poor individuals.

Key words: *Poverty; colorectal cancer; early diagnosis; nursing*

Giriş

Yoksulluk genel olarak bir halkın ya da onun belirli bir kesiminin asgari yaşam düzeyini sürdürebilmesi için gereken gıda, giyim ve barınak gibi en basit gereksinimleri karşılayamaması durumudur.⁽¹⁾ Dünya Bankası kişi başına günlük 1 dolar kazancı “uluslararası yoksulluk sınırı” olarak kabul etmektedir. Bu sınıra göre belirlenen yoksulluğa “gelir yoksulluğu” denmektedir. Su, beslenme gibi temel ihtiyaçların karşılanamaması “temel gereksinim yoksulluğu” olarak tanımlanmaktadır.⁽²⁻⁴⁾ Uluslararası literatürde yoksulluğun ölçümünde genellikle asgari beslenme standardına göre mutlak yoksulluk ve gelire göre belirlenen göreceli yoksulluk kavramı kullanılmaktadır. Mutlak yoksulluk; yaşamı sürdürebilmek için gerekli olan asgari besin bileşenlerini veya kaloriyi esas alır. Dünya Bankası’na göre günlük geliri 2400 kcal besini almaya yetmeyen insanlar “mutlak yoksul” olarak tanımlanmaktadır. Göreceli yoksulluk ise kişi ya da hane halkının içinde yaşadığı toplum tarafından kabul edilen asgari yaşam düzeyine sahip olup olmadığı ile ilgilidir.^(2,4,5)

Yoksulluk sadece düşük gelir seviyesi ile tanımlanmamaktadır. Literatürde yoksulluk, istihdamdan, barınmadan, sağlık hizmetlerinden, eğitimden ve sosyal hayatın gereklerinden mahrum olma olarak tanımlanmıştır.⁽²⁻⁴⁾ Ekonomik durum ve sağlık arasında kısır bir döngü bulunmaktadır. Yoksulluk beslenmede bozukluğa, hastalıkların sıklaşmasına, bireyin gelirinin çoğunu tedaviye ayırmasına ve gelir azalmasına neden olmaktadır. Geliri azalan bireyin bu sebeple yoksulluğu artmakta ya da birey yoksul değilken yoksul olabilmektedir. Yoksulluk sağlığı etkilediği gibi bireylerin sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarını da olumsuz yönde etkilemektedir.⁽⁴⁾

Sağlığı geliştirme, insanları kendi sağlıklarını düzeltmede ve tam bir sağlık potansiyeline ulaşmada yeterli kılmayı amaçlamaktadır. Yoksulluk bireylerin sağlığı koruma ve geliştirme

davranışları üzerinde olumsuz bir etkidir. Yoksul bireyler erken tanı çalışmalarında özellikle ele alınması gereken gruptur.⁽³⁾ Kolorektal Kanserler (KRK) de; sık rastlanması ve ciddi boyutta sağlık problemleri oluşturması, prekürsör lezyonlarının (adenom) bulunması, tümörlerinin nispeten yavaş büyümesi ile tanı ve tedaviye zaman tanınması, ayrıca hastalığı saptamaya yönelik uygun tanı testlerinin olması nedeniyle tarama stratejilerine uygun nitelik taşımaktadır. Bu nedenle erken tanı, kolorektal kanserlerde (KRK) morbidite ve mortaliteyi azaltmanın en etkin yoludur.⁽⁶⁾

Dünya genelinde KRK vakası insidansı 2018 yılında ortalama 1.8 milyon kişidir ve en yüksek insidansların Asya, Avrupa ve Kuzey Amerika ülkelerinde, en düşük insidansların Afrika ve Avustralya kıtasında olduğu belirtilmektedir. Dünya genelinde kansere bağlı ölümler arasında kolorektal kanser nedeni mortalite 2018 yılında %9 (861.263 kişi) olarak saptanmıştır.⁽⁷⁾ Türkiye’de ise KRK, kanser türleri arasında hem erkeklerde hem de kadınlarda üçüncü sırada yer almaktadır ve insidansı %9.5’tir.⁽⁸⁾

Ulusal kanser tarama programları ile ücretsiz olarak karşılanan erken tanı uygulamalarına karşın bireylerin KRK erken tanı davranışları yetersiz olup yoksul bireylerde bu oranlar daha da düşmektedir.^(9–11) Uluslararası literatürde yapılan çalışmalarda düşük sosyoekonomik statünün (düşük gelir, işsizlik, düşük eğitim düzeyi, sağlık sigortasının olmaması) daha düşük oranda taramaya katılım ile ilişkilendirildiği görülmektedir.^(12–14) ABD’de KRK mortalite oranları, tarama oranlarının düşük olması nedeniyle, bakıma erişimi olmayan düşük gelirli, sigortasız ve ırksal / etnik azınlıklar arasında daha yüksektir.^(15,16) Pensilvanya’da yoksulların çoğunlukta olduğu Appalaş Bölgesi’nde KRK tarama oranları oldukça düşükken kolorektal kanser insidansı ve kansere bağlı ölümlerin ise oldukça fazla olduğu bildirilmiştir.⁽¹⁷⁾ Malezya’da düşük gelirli

bireylerde KRK taramalarını artırmaya yönelik yapılan bir çalışmada bireylerin KRK ve KRK taramaları hakkındaki bilgi düzeyleri düşük seviyede bulunmuştur. ⁽¹⁸⁾

Türkiye’de yoksul bireylerin KRK taramalarına katılımları hakkında yapılan çalışmalar sınırlıdır. Bununla birlikte bazı tanımlayıcı çalışmaların bulgularında düşük gelirli bireylerin tarama oranlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. ^(14,19) Bir aile sağlığı merkezine kayıtlı 50 yaş üstü 136 bireyde KRK taraması için yapılan tanımlayıcı bir çalışmada; bireylerin %61.6’sının gelirinin giderinden daha az olduğu ve %91.2’sinin tarama yaptırmadığı, %94.1’inin taramaya başlama yaşını ve %79.4’ünün kolorektal kanser belirtilerini bilmediği belirlenmiştir. ⁽¹⁹⁾

Bu derlemenin amacı düşük sosyoekonomik düzeydeki bireylerin kolorektal kanser taramalarına katılımını artırmada kullanılan çeşitli uygulamaları çalışmalar ile göstermektir. Derlemenin hemşirelik literatürüne ve düşük sosyoekonomik düzeydeki bireylere yönelik bu alanda çalışacak hemşire araştırmacılara ışık tutması beklenmektedir.

Dünya’da ve Türkiye’de Kolorektal Kanser Tarama Programları

Tarama programları, KRK ile ilişkili mortalite ve morbidite oranını azaltmada, tek başına en etkili yöntemlerdendir. ⁽²⁰⁾ Bazı ülkelerde risk altındaki yaş gruplarının tümüne ulaşabilen organize ulusal tarama programları uygulanmaktadır. Örneğin; Fransa, İspanya, İtalya ve Hollanda’da düzenli bir kayıt sistemiyle 2 yılda bir GGK testi programı uygulanmakta iken, Polonya’da düzenli kayıtlarla 10 yılda bir kolonoskopi, İngiltere’de ise hem 2 yılda bir GGK testi hem de bir kez fleksible sigmoidoskopi programları uygulanmaktadır. Türkiye, ABD, Avusturya, Almanya ve Meksika uygun ortamın sağlandığı fırsatçı programlar ile bu testleri uygulamaktadır ancak risk altındaki toplumun tamamına ulaşılmamaktadır. ⁽²¹⁾

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından yayımlanan 2013-2018 Türkiye Kanser Kontrol Planı’nda 50-70 yaş arası tüm bireylerde iki yılda bir Gaitada Gizli Kan Testi (GGK) ve on yılda bir de optik kolonoskopi taramasıyla Kolorektal Kanser Ulusal Tarama Programı uygulanmaktadır. Taranacak popülasyona davet yöntemleriyle aile hekimleri, Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) ve Kanser Erken Teşhis Merkezleri (KETEM) koordinasyonu aracılığıyla hatırlatma yapılmaktadır. Ayrıca birinci derece akrabası adenomatöz polip ya da KRK tanısı almış yüksek riskli bireylere bu prosedürlerin 40 yaşından itibaren uygulanması planlanmaktadır.⁽²²⁾

KRK Taramalarına Katılımı Artırmak Amacıyla Kullanılan Bir Model: Sağlık İnanç Modeli (SİM)

Araştırmacılar için bireylerin tarama davranışlarını değerlendirmede, tarama yaptırmaya nasıl karar verdiklerini anlamak için modeller önemli bir rehber olabilmektedir Kolorektal kanser taramalarına uyumun değerlendirilmesinde literatürde sıklıkla kullanılan modeller/teoriler arasında Sağlık İnanç Modeli, Gerekçelendirilmiş Eylem Teorisi, Planlanmış Davranış Teorisi, Sosyal Bilişsel Teori, Transteoretik Model ve Sağlığı Geliştirme Modeli yer almaktadır. Literatürde modellere/teorilere ait yapıların genel olarak KRK tarama davranışlarını tahmin etmede etkili olduğu belirtilmekle beraber SİM dışındaki model/teorilerin bu ilişkileri tahmin etmesinin daha sınırlı olduğu belirtilmektedir.⁽²³⁾

Sağlık İnanç Modeli(SİM), kanser taramalarını ve diğer koruyucu sağlık davranışlarını inceleyen bir modeldir. Bireylerin sağlık inançlarının kanser taramalarını yapıp yapmamaya olan etkisini iyi açıklayan bir modeldir. SİM, hastalığın önlenmesi, kontrolü veya taranması için kişilerin harekete geçme istekliliğini ölçmekte ve bu davranışı etkileyen belirli yapıları tanımlamaktadır. Örneğin bireyler kolorektal kanserin olumsuz sonuçlarına daha duyarlı hale gelirse tarama

davranışını gerçekleştirebilir, KRK taramalarının yararlarını anlayabilir ve taramaya daha düşük direnç gösterir. Ayrıca bireyler, taramayı teşvik eden ipuçlarını elde ettikleri ve taramayı kendi başlarına başarıyla tamamlayabileceklerine inandıkları takdirde, KRK için tarama yaptırmaya daha istekli olabilirler.⁽²⁴⁾

SİM'e göre bir kişinin hastalığı önlemek üzere harekete geçmesi olasılığı, kişinin;

- Kendisinin de kolorektal kansere yakalanma riski olduğunun farkında olmasına (Algılanan duyarlılık),
- KRK tanısı almanın sonuçlarının ciddi olabileceğine (Algılanan ciddiyet),
- Tedbirli davranışın hastalığı etkili bir biçimde önleyeceği ve tarama davranışı gerçekleştirse KRK gelişmeden erken tanı ile lezyonlarının alınabileceğine (Algılanan yarar)
- Tehlikeleri/riskleri azaltmanın faydasının, tarama davranışını gerçekleştirirken yaşanabilecek problemlerden çok daha önemli olduğunu anlamasına (Algılanan engel)
- Tarama davranışını gösterirken bireyin kendine olan inancına (Algılanan öz etkililik) bağlıdır.^(25,26)

Düşük sosyo ekonomik düzeyde ve etnik azınlığı olan bireylere Sağlık İnanç Modeli (SİM) rehberliğinde hazırlanan eğitim programlarının değerlendirildiği çalışmalar mevcuttur. Literatür incelendiğinde model temelli girişimsel çalışmalar sınırlıdır ve Sağlık İnanç Modeli'nin kullanıldığı girişimsel çalışmalarda yoksul bireyler daha çok farklı etnik gruplar, azınlıklar başlığı altında değerlendirilmektedir. Aşağıda literatürde bulunan bazı deneysel çalışmalar derlenmiştir:

Jerant ve arkadaşları (2014) tarafından Sağlık İnanç Modeli temelli sosyo-psikolojik etkenlere yönelik planlanmış bir İnteraktif Multimedya Bilgisayar Programı'nın Amerika'da belirli bir etnik grubu (İspanyol Amerikanlar) içeren örnekleme kolorektal kanser taramasını teşvik edip edemeyeceği incelenmiştir. Randomize kontrollü olarak yapılan bu çalışmada Bilgisayar programı aracılığıyla KKK taramasına ilişkin öz etkililik, bilgi, engel, hazır oluşluk, test tercihi ve deneyimlerin kolaylaştırıldığı girişim grubu ve kolaylaştırıcı olmadan bilgilendirmenin yapıldığı kontrol grubu karşılaştırılmıştır. Beş merkezdeki 26 poliklinikten ırka ve dile bağlı olarak çalışmaya alınan 1164 birey (%49.3 İspanyol olmayan, %27.2 İspanyol/İngilizce bilen ve %23.4 İspanyol/İspanyolca bilen) gruplara ayrılmıştır. Çalışma sonucunda Sağlık İnanç Modeli temelli İnteraktif Multimedya Bilgisayar Programı uygulanan bireylerde kolorektal kanser taramalarına ilişkin bilgi düzeyi, öz etkililik algısı, taramalara hazır olma durumları kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.⁽²⁷⁾

Afrikalı Amerikalılara ve Latin Amerikalılara Hasta Rehberliği yöntemiyle kolonoskopiye katılımlarını artırmak için yapılan iki çalışmanın sonucuna dayanarak yapılan başka bir çalışmada bireylerin kolonoskopi yaptırmalarını sağlayan faktörler Sağlık İnanç Modeli kapsamında değerlendirilmiştir. Buna göre bireylerin yıllık hane geliri arttıkça (Yıllık 10.000 doların altından 50.000 dolara kadar 8 seviyede) kolonoskopi yaptırma oranları da artmıştır. Ayrıca uygulanan Kolonoskopinin Yararları Ölçeği'nden daha yüksek puan alanların kolonoskopi yaptırma oranlarının daha fazla olduğu görülmüştür.^(9,28,29)

Bir başka randomize kontrollü çalışmada; Louisville ve Indianapolis şehirlerinde bulunan, 11 farklı birinci basamak sağlık merkezinin veri kayıt sistemi kullanılarak yetersiz sağlık hizmeti aldıkları belirlenen 50-80 yaş arası Afrikalı Amerikalılara ulaşılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılar randomize olarak girişim (bilgisayar programı ile kolaylaştırılmış eğitim,

n=273) ve kontrol (sağlık merkezlerinde rutin olarak verilen Amerikan Kanseri Cemiyeti Broşürü, n=283) gruplarına atanmıştır. Girişim grubunda önceden risk durumu belirlenen katılımcılara bilgisayar programı rehberliğinde eğitim içeriği sunularak, uygun erken tanı yöntemi (GGK testi ya da kolonoskopi) anlatılmıştır. KKK bilgisi ve Sağlık İnanç Modeli (SİM) ölçek puanları arasındaki değişimleri değerlendiren ölçekler; girişim grubuna eğitim öncesi ve eğitimden 1 hafta sonrası uygulanırken, kontrol grubuna broşür teslim edilirken ve broşür tesliminden 1 hafta sonrasında uygulanmıştır. Son ölçeklerin uygulanmasından sonra, katılımcıların algılanan risk puanlarında ($p=0,045$), kolonoskopi için algılanan yarar puanlarında ($p<0,001$) ve KKK bilgi puanlarında ($p<0,001$) meydana gelen artış girişim grubunda kontrol grubuna göre daha fazla bulunmuştur. Bununla birlikte girişim grubunun GGK testi algılanan engel puanları kontrol grubuna göre daha fazla oranda düşmüştür ($p=0,034$).⁽³⁰⁾

Ma ve ark. (2009) tarafından Sağlık İnanç Modelinin (SİM) Sosyal Bilişsel Teori (SBT) ile birlikte kullanıldığı Los Angeles'ta yaşayan Koreli Amerikanlar ile yapılan yarı deneysel tasarımlı çalışmada; 6 Kore kilisesine kayıtlı Koreli katılımcılar girişim (3 kilise) ve kontrol (3 kilise) gruplarına ayrılmıştır. Çalışma öncesinde girişim grubuna SİM ve SBT kapsamında kültürel olarak uygun eğitim içeriği hazırlamak için, çalışma dışındaki 2 farklı kiliseden 16 katılımcı ile odak grup görüşmeleri yapılmıştır. Görüşmelerde elde edilen bilgiler ışığında girişim grubuna (n=84) kiliselerde SİM ve SBT kapsamında grup eğitimleri düzenlenmiştir. Eğitim içeriğinde KKK risk faktörleri, insidansı, tarama seçenekleri (GGK ve kolonoskopinin yararları), harekete geçmek için algılanan engellerin üstesinden gelme gibi konulara değinilmiştir. Kontrol grubuna ise (n=83) tüm kanserlerden korunma, kronik hastalıklardan korunma, sigara, beslenme ve egzersiz konularında grup eğitimleri düzenlenmiştir. SİM alt boyutlarının ön test ve son testler ile değerlendirildiği çalışmada girişim grubunda algılanan

duyarlılık ($p<0,05$), tarama için algılanan yarar ($p<0,001$) puanlarında anlamlı derecede yükselme görülmüştür. 12 aylık izlem sonrasında girişim grubunun KRK tarama oranı %77.4 iken kontrol grubunda bu oran %10.8 olarak bulunmuştur. ⁽³¹⁾

SİM ve SBT içerikli eğitimin uygulandığı benzer başka bir çalışma ise Texas'ta çoğunlukla Meksikalı Amerikanların yaşadığı iki şehirde (girişim ve kontrol şehirleri) gerçekleştirilmiştir. Girişim ve kontrol grubu şehirleri katılımcıların özelliği (Meksikalı olması, düşük gelirli olması v.b) açısından birbirine benzer olarak seçilmiştir. Odak grup görüşmeleri raporlarına göre hazırlanan eğitim içeriğinde girişim şehrindeki Meksikalı katılımcılar ($n=467$) 3 farklı girişim grubundan birine (düz anlatım sunum, video ile anlatım ya da hem düz anlatım hem de video ile anlatım) atanmıştır. Kontrol grubu şehrindeki katılımcılara ise ($n=317$) herhangi bir uygulama yapılmamıştır. Hem girişim hem de kontrol grubuna KRK bilgisi, inançları, tutum ve davranışları ve tarama yapma durumlarını içeren ölçekler uygulanmıştır. Altı aylık izlem sonucunda girişim grubunun tamamında KRK taraması oranı %80,5 iken, kontrol grubunda tarama oranı %17 olarak bulunmuştur. ⁽³²⁾

Türkiye'de ise yoksul bireylerin kolorektal kanser taramasına katılımına yönelik model çerçevesinde müdahale çalışması bulunmamaktadır. Bununla birlikte gelir düzeyine bakılmaksızın risk altındaki bireylerin KRK bilgi düzeyleri ve sağlık inançlarını ölçen tanımlayıcı çalışmalar mevcuttur.

Sonuç ve Öneriler

Dünyada yapılan çalışmalara bakıldığında SİM temelli girişimlerin, yoksul bireylerin kolorektal kanser taramalarına katılımını artırmada etkili olabileceğini ortaya koymaktadır. Yoksullar ile yapılan SİM temelli çalışmalarda genel olarak göçmen bireyler katılımcı olarak alınmaktadır. Göçmenlerin sağlık hizmetlerine ulaşımının yetersiz olmasının nedenleri arasında yoksulluk, sağlık sigortasının olmaması, eğitim seviyesinin düşüklüğü ve dil problemi yer almaktadır.

Türkiye’de hemşire araştırmacılar tarafından Sağlık İnanç Modeli gibi davranış değişimi odaklı modeller çerçevesinde; yoksul bireylerin KKK taramalarına katılımı artırmaya yönelik müdahale çalışmaları yapılmasına ihtiyaç vardır. Kanserden korunma ve erken tanıda kilit role sahip olan toplum sağlığı hemşireleri, Sağlık Bakanlığı Kanser Erken Teşhis ve Eğitim Merkezleri’nde daha çok istihdam edilmelidir. Toplum sağlığı hemşireleri, organizasyon yapısını optimal düzeye getirerek toplumun büyük bir kısmına ulaşılan tarama programlarına öncülük etmelidir.

Kaynaklar

1. Uzun, Ayşe Mediha (Cumhuriyet Üniversitesi SBE. Yoksulluk Olgusu ve Dünya Bankası. Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Derg. 2003;2(4):155.
2. Açıkgoz R., Yusufoglu ÖŞ. Türkiye’de Yoksulluk Olgusu ve Toplumsal Yansımaları. İnsan ve Toplum Bilim Araştırmaları Derg. 2012;1(1):76–117. Available from: <http://www.itobiad.com/tr/issue/8761/109332>
3. Gördes Aydoğdu N, Bahar Z. Yoksul Kadınlarda Sağlık İnanç Modeli Ve Sağlık Geliştirme Modeli Kullanımının Meme Ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışlarındaki Değişime Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg. 2011;4(1):34–40. Available from: http://acikerisim.deu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/12345/4580/3440_aydogdu.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. Ergül Ş. Yoksulluk Sağlık İlişkisi ve Hemşirelik Yaklaşımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg. 2010;8(2):95–104. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ataunihem/issue/2630/33837>
5. Dedeoğlu N. Sağlık ve Yoksulluk. Toplum ve Hekim. 2004;1(19):51–3.
6. Ertürk S. Kolorektal Kanseler: Epidemiyoloji, Etiyolojide Rol Oynayan Etkenler, Tarama ve Kemoprevansiyon. In: Baykan A, Abdullah Z, Geçim E, Terzioğlu C, editors. Kolon ve Rektum Kanseri. 1st ed. İstanbul: Seçil Ofset Matbaacılık ve Ambalaj Sanayi Ltd. Şti.; 2010. p. 15–30.
7. Globocan. Colorectal cancer Source: Globocan 2018 Number of new cases in 2018, both

- sexes, all ages. 2018;876:1–2. Available from: <http://gco.iarc.fr/today>
8. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2018,Turkey. 2018;703:2018–9. Available from: <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/792-turkey-factsheets.pdf>
 9. Pelto DJ, Sly JR, Winkel G, Redd W, Thompson HS, Itzkowitz SH, et al. Predicting Colonoscopy Completion Among African American and Latino/a Participants in a Patient Navigation Program. *J racial Ethn Heal disparities*. 2015;2(1):101–11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25893157>
 10. Lian M, Schootman M, Yun S. Geographic variation and effect of area-level poverty rate on colorectal cancer screening. *BMC Public Health*. 2008;8(1):358. Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-358>
 11. AS O, CB F, Feng S, Mandelblatt J. Disparities despite coverage: Gaps in colorectal cancer screening among medicare beneficiaries. *Arch Intern Med*. 2005;165(18):2129–35. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.165.18.2129>
 12. Chouhdari A, Yavari P, Pourhoseingholi MA, Sohrabi M-R. Association Between Socioeconomic Status and Participation in Colonoscopy Screening Program in First Degree Relatives of Colorectal Cancer Patients. *Iran J cancer Prev*. 2016;9(2):e4809–e4809. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27482334>
 13. Sun WY, Basch CE, Wolf RL, Li XJ. Factors associated with colorectal cancer screening among Chinese-Americans. *Prev Med (Baltim)*. 2004;39(2):323–9. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743504002452>

14. Kilickap S, Arslan C, Rama D, Yalcin S. Screening Colonoscopy Participation in Turkish Colorectal Cancer Patients and their First Degree Relatives. *Asian Pacific J Cancer Prev.* 2012;13(6):2829–32. Available from:

<http://koreascience.or.kr/journal/view.jsp?kj=POCPA9&py=2012&vnc=v13n6&sp=2829>
15. Wolf HJ, Dwyer A, Ahnen DJ, Pray SL, Rein SM, Morwood KD, et al. Colon Cancer Screening for Colorado's Underserved: A Community Clinic/Academic Partnership. *Am J Prev Med.* 2015;48(3):264–70. Available from:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749379714005534>
16. Sarfaty M, Doroshenk M, Hotz J, Brooks D, Hayashi S, Davis TC, et al. Strategies for Expanding Colorectal Cancer Screening at Community Health Centers. 2013;63(4):221–31.
17. Curry WJ, Lengerich EJ, Kluhsman BC, Graybill MA, Liao JZ, Schaefer EW, et al. Academic detailing to increase colorectal cancer screening by primary care practices in Appalachian Pennsylvania. *BMC Health Serv Res.* 2011;11(1):112. Available from:

<https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-112>
18. Van Tze CN, Fitzgerald H, Qureshi A, Tan HJ, Low ML. Pioneering annual colorectal cancer screening and treatment targeting low income communities in Malaysia (2010-2015). *Asian Pacific J Cancer Prev.* 2016;17(7):3179–83.
19. Baysal Yalçınöz H, Türkoğlu N. Evaluation of health beliefs and knowledge levels on protection from colorectal cancer in individuals. *Int J Hum Sci.* 2013;10(1):1238–50. Available from:

<https://j-humansciences.com/ojs/index.php/ijhs/article/download/2450/1117>

20. Mahon SM. Prevention and Screening of Gastrointestinal Cancers. *Semin Oncol Nurs.* 2009;25(1):15–31. Available from:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749208108000788>
21. Schreuders EH, Ruco A, Rabeneck L, Schoen RE, Sung JJY, Young GP, et al. Colorectal cancer screening: a global overview of existing programmes. *Gut.* 2015;64(10):1637 LP – 1649. Available from: <http://gut.bmj.com/content/64/10/1637.abstract>
22. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ulusal Kanser Kontrol Planı: 2013-2018. Özkan S, Keskinçilic B, Gültekin M, Karaca AS, Öztürk C, Boztaş G, et al., editors. 2013. 55–61 p.
23. Kiviniemi MT, Bennett A, Zaiter M, Marshall JR. Individual-level factors in colorectal cancer screening: a review of the literature on the relation of individual-level health behavior constructs and screening behavior. *Psychooncology.* 2011;20(10):1023–33. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21954045>
24. Stanley SL, King JB, Thomas CC, Richardson LC. Factors Associated with Never Being Screened for Colorectal Cancer. *J Community Health.* 2013;38(1):31–9. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10900-012-9600-x>
25. Moattar M. Practical Application of Health Belief Model to Enhance the Uptake of Colorectal Cancer Screening. *J Community Med Health Educ.* 2014;04(04). Available from: <https://www.omicsonline.org/open-access/practical-application-of-health-belief-model-to-enhance-the-uptake-of-colorectal-cancer-screening-2161->

0711.1000297.php?aid=28013

26. Brenner AT, Ko LK, Janz N, Gupta S, Inadomi J. Race/Ethnicity and Primary Language: Health Beliefs about Colorectal Cancer Screening in a Diverse, Low-Income Population. *J Health Care Poor Underserved*. 2015;26(3):824–38. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26320917>
27. Jerant A, Kravitz RL, Sohler N, Fiscella K, Romero RL, Parnes B, et al. Sociopsychological tailoring to address colorectal cancer screening disparities: a randomized controlled trial. *Ann Fam Med*. 2014;12(3):204–14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24821891>
28. Braschi CD, Sly JR, Singh S, Villagra C, Jandorf L. Increasing Colonoscopy Screening for Latino Americans Through a Patient Navigation Model: A Randomized Clinical Trial. *J Immigr Minor Heal*. 2014;16(5):934–40. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10903-013-9848-y>
29. Jandorf L, Gutierrez Y, Lopez J, Christie J, Itzkowitz SH. Use of a patient navigator to increase colorectal cancer screening in an urban neighborhood health clinic. *J Urban Heal*. 2005;82(2):216–24. Available from: <https://doi.org/10.1093/jurban/jti046>
30. Rawl SM, Skinner CS, Perkins SM, Springston J, Wang HL, Russell KM, et al. Computer-delivered tailored intervention improves colon cancer screening knowledge and health beliefs of African-Americans. *Health Educ Res*. 2012;27(5):868–85.
31. Ma GX, Shive S, Tan Y, Gao W, Rhee J, Park M, et al. Community-based colorectal cancer intervention in underserved Korean Americans. *Cancer Epidemiol*. 2009;33(5):381–6.

32. Shokar NK, Byrd T, Salaiz R, Flores S, Chaparro M, Calderon-Mora J, et al. Against colorectal cancer in our neighborhoods (ACCION): A comprehensive community-wide colorectal cancer screening intervention for the uninsured in a predominantly Hispanic community. *Prev Med (Baltim)*. 2016;91:273–80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.08.039>





