

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**KOLOREKTAL KANSER HASTALARININ SAĞLIK
SORUMLULUKLARI VE SAĞLIK KURULUŞUNA GEÇ
BAŞVURUYU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
BELİRLENMESİ**

Pınar KALKIŞIM

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2021-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

KOLOREKTAL KANSER HASTALARININ SAĞLIK
SORUMLULUKLARI VE SAĞLIK KURULUŞUNA GEÇ
BAŞVURUYU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
BELİRLENMESİ

Pınar KALKIŞIM

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr.Öğr.Üyesi Fatma ARIKAN

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2021-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir. .../...../.....

İmza

Tez Danışmanı : Dr.Öğr.Üyesi Fatma ARIKAN
Akdeniz Üniversitesi

.....

Üye : Prof.Dr. Zeynep ÖZER
Akdeniz Üniversitesi

.....

Üye : Prof.Dr. Hicran BEKTAŞ
Akdeniz Üniversitesi

.....

Üye : Prof.Dr. Hasan Şenol COŞKUN
Akdeniz Üniversitesi

.....

Üye : Prof.Dr. Yasemin YILDIRIM
Ege Üniversitesi

.....

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Erol GÜRPINAR

Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Öğrenci

Pınar KALKIŞIM

İmza

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Fatma ARIKAN

İmza

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim süresince deneyimleri ile bana yol gösteren, bilgi ve becerisiyle mesleki alanda gelişimimi bir adım yukarıya taşıyan, yardımcı olan ve her zaman benden desteğini esirgemeyen değerli danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Fatma ARIKAN'a;

Eğitimim boyunca öğretim faaliyetlerini disiplinler arası işleyerek mesleğime çok yönlü bakabilmemi sağlayan, çeşitli eğitim yöntemleri ile eğitim sürecinin zorlu kısımlarını bir an olsun hissettirmeyen ve beni önceki olduğu halimden daha donanımlı ve profesyonel bir kişi haline getirmekte katkıları olan Sayın Prof. Dr. Zeynep ÖZER'e, Prof. Dr. Hicran BEKTAŞ'a, Prof. Dr. Fatma CEBECİ'ye ve Doç. Dr. Sevim ERCAN KELEK'e;

Tezimin istatistiksel analizinin yürütülmesine katkı sağlayan Sayın Prof. Dr. Mehmet Ziya FIRAT'a; eğitimim boyunca karşılaştığım problemlerin üstesinden gelmeme yardımcı olan Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ekibine;

Onkoloji bölümünde tüm çalışanları bir ekip olarak gören, iletişimi, davranışları, yönlendirmeleri ile kalbimizi kazanan, hastalara karşı her zaman güler yüzlü tutumuyla bizlere örnek olan ve tezimin yürütülmesi sırasında desteklerinden dolayı Sayın Prof. Dr. Hasan Şenol ÇOŞKUN'a;

Araştırmamın yürütülmesini sağlayan Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı'na; Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği'ne; Onkoloji Bilim Dalı öğretim üyelerine, Tıbbi Onkoloji Kliniği hemşirelerine ve sorumlusu Sayın Huri ŞEVİK'e, Kemoterapi Ünitesi hemşirelerine ve sorumlusu Sayın Keziban ÖZCAN'a;

Tüm eğitim hayatım boyunca beni her zaman destekleyen, yanlarında bulunamasamda varlıkları ile her zaman mutlu olduğum annem ve babama çok teşekkür ederim.

ÖZET

Amaç: Bu çalışma kolorektal kanser hastalarının sağlık sorumluluklarını ve sağlık kuruluşuna geç başvuruyu etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

Yöntem: Çalışmanın örneklemini Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Onkoloji Polikliniği ve Onkoloji Kliniği'nde takip edilen, araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 144 kolorektal kanser hastası oluşturmuştur. Çalışmanın verileri Mayıs 2019-Mart 2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında Hasta Tanıtım Formu ve Sağlık Sorumlulukları Ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular: Hastaların cinsiyet, çalışma durumu, fiziksel aktivite düzeyi, kanser olma ihtimalini düşünme durumlarına göre hastaların sağlık sorumluluklarında anlamlı farklılık ($p<0.05$) olduğu belirlenmiştir. En sık görülen semptomlar dışkıda kan görme (%33.6), karın ağrısı (%29.9) ve kabızlık (%17.17) olarak bulunmuştur. Sağlık kuruluşuna başvurmama nedenleri sırasıyla; semptomların bekleyince geçeceği düşüncesi (%35.4), rektal kanamayı hemoroid varlığıyla ilişkilendirme (%16.7) ve semptomları önemli görmeme (%16) olduğu belirlenmiştir. Dışkıda kan görme ve ağrı semptomlarının erken başvuruyla, gastrointestinal problemlerin, abdomende değişikliğin ve kabızlığın geç başvuruyla ilişkili olduğu ortaya konmuştur.

Sonuç: Kolorektal kanser hastalarında kadınların erkeklere oranla, çalışmayanların ise emekli ve çalışanlara oranla sağlıkları ile ilgili sorumlulukları yüksektir. Erkeklerin sağlık kuruluşuna geç başvuru oranlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle ulusal alanda kolorektal kanser taramalarına dikkat çekilmesine, hemşirelerin kolorektal kanser tarama ve erken tanı süreçlerine ilişkin toplumu bilinçlendirmede proaktif rol olması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kolorektal kanser, geç başvuru, sağlık sorumluluğu, hemşirelik.

ABSTRACT

Objective: This study was conducted as a descriptive and cross-sectional study in order to determine the health responsibilities of colorectal cancer patients and the factors affecting late admission to the health institution.

Method: The sample of the study consisted of 144 colorectal cancer patients who were followed up in Akdeniz University Hospital Oncology Outpatient Clinic and Oncology Clinic and met the inclusion criteria. The data of the study were collected between May 2019 and March 2021. Patient Information Form and Health Responsibility Scale were used to collect data.

Results: It was determined that there was a significant difference ($p<0.05$) in the health responsibilities of the patients according to their gender, employment status, physical activity level, and their thinking about the possibility of cancer. The most common symptoms were blood in stool (33.6%), abdominal pain (29.9%), and constipation (17.17%). The reasons for not applying to the health institution are as follows; it was determined that the symptoms would go away with waiting (35.4%), associating rectal bleeding with the presence of hemorrhoids (16.7%) and not considering the symptoms as important (16%). It has been shown that blood in the stool and pain symptoms are associated with early admission, gastrointestinal problems, changes in the abdomen, and constipation are associated with late admission.

Conclusion: In colorectal cancer patients, women have higher health-related responsibilities compared to men, and those who do not work compared to retired and working people. It has been determined that the late application rates of men to health institutions are high. For this reason, it is recommended to draw attention to colorectal cancer screenings in the national arena and nurses to play a proactive role in raising public awareness about colorectal cancer screening and early diagnosis processes.

Key words: Colorectal cancer, late admission, health responsibility, nursing.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR	viii
1. GİRİŞ	
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırma Soruları	2
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. Kolorektal Kanser	3
2.1.1. Kolorektal Kanserin Risk Faktörleri ve Belirtileri	4
2.1.2. Kolorektal Kanserin Klinik Evrelendirmesi	6
2.1.3. Kolorektal Kanserin Tedavisi	7
2.1.4. Kolorektal Kanserde Tarama	9
2.2. Kanserde Sağlık Sorumlulukları	10
2.3. Kanser Hastalarının Sağlık Kuruluşuna Geç Başvuru Sebepleri ve Etkileyen Faktörler	11
2.4. Kolorektal Kanser Hastalarının Sağlık Sorumlulukları ve Sağlık Kuruluşuna Başvurularında Hemşirenin Rolü	15
3. GEREÇ ve YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın Tipi	16
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	16
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	16
3.4. Veri Toplama Araçları	17
3.4.1. Hasta Tanıtım Formu (Form I)	18
3.4.2. Sağlık Sorumlulukları Ölçeği Alt Formu (Form II)	18
3.5. Araştırma Süreci	20

3.6. Ön Uygulama	21
3.7. Verilerin Toplanması	21
3.8. Geç Başvuru Değerlendirme Parametreleri	21
3.9. Araştırma Etiği	22
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	22
3.11. Araştırmanın Değişkenleri	22
3.12. Verilerin Değerlendirilmesi	22
4. BULGULAR	
4.1. Kolorektal Kanser Hastalarının Sosyo-Demografik, Hastalık Özellikleri ve Sağlıklı Yaşam Davranışlarına İlişkin Bulgular	25
4.2. Kolorektal Kanser Hastalarının Sosyo-Demografik, Hastalık Özellikleri ve Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Sağlık Sorumlulukları Etkisine Ait Bulgular	30
4.3. Kolorektal Kanser Hastalarının Başvuru Bilgileri, Başvuru Semptomları, Tarama Bilgileri ve Tarama Yaptırmama Sebeplerine İlişkin Bulgular	34
4.4. Kolorektal Kanser Hastalarının Sosyo-Demografik, Hastalık Özellikleri, Sağlıklı Yaşam Davranışları ve Tarama Bilgilerinin Başvuru Sürelerine Göre Dağılımı	39
4.5. Kolorektal Kanser Hastalarının Sağlık Kuruluşuna Geç Başvuru Nedenleri ve Başvuru Semptomlarının, Başvuru ve Tanılama Sürelerine Etkisine Ait Bulgular	42
4.6. Kolorektal Kanser Hastalarının Tanıtıcı Özellikleri ve Sağlık Sorumluluklarına Regresyon Analizi Etkisi	49
4.7. Kolorektal Kanser Hastalarının İlk Başvuru, Tanı Yaşı ve Tanı Süresi Pearson Korelasyon İlişkisi	50
5. TARTIŞMA	51
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	56
7. KAYNAKLAR	58
8. EKLER	78
EK-1 Etik Kurul Onayı	
EK-2 Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kurum İzni	

EK-3 Ölçek Kullanım İzni

EK-4 Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

EK-5 Hasta Tanıtım Formu

EK-6 Sağlık Sorumluluğu Ölçeği

EK-7 Araştırma Zaman Çizelgesi

9. ÖZGEÇMİŞ

91



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 2.1.	Tümör-Nod-Metastaz Tanımlamaları
Tablo 2.2.	Amerikan Kanseri Birliğı Kolorektal Kanseri Tarama Önerileri
Tablo 2.3.	Türkiye Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları
Tablo 2.4.	Kolorektal Kanseri İçin Sağlık Kuruluşuna Başvuru Sebepleri
Tablo 4.1	Hastaların Sosyo-Demografik, Hastalık Özellikleri ve Sağlıklı Yaşam Davranışlarına İlişkin Bulgular
Tablo 4.2	Sağlık Sorumlulukları Ölçeğı
Tablo 4.2.1	Hastaların Sosyo-Demografik, Hastalık Özellikleri ve Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Sağlık Sorumlulukları Etkisine Ait Bulgular
Tablo 4.3	Hastaların Başvuru Bilgileri, Başvuru Semptomları, Tarama Bilgileri ve Tarama Yaptırmama Sebeplerine İlişkin Bulgular
Tablo 4.4	Hastaların Sosyo-Demografik, Hastalık Özellikleri, Sağlıklı Yaşam Davranışları ve Tarama Bilgilerinin Başvuru Sürelerine Göre Dağılımı
Tablo 4.5	Kolorektal Kanseri Hastalarının Sağlık Kuruluşuna Geç Başvuru Nedenleri ve Başvuru Semptomlarının, Başvuru ve Tanılama Sürelerine Etkisine Ait Bulgular
Tablo 4.6	Kolorektal Kanseri Hastalarının Tanıtıcı Özellikleri ve Sağlık Sorumluluklarına Regresyon Analizi Etkisi
Tablo 4.7	Kolorektal Kanseri Hastalarının İlk Başvuru, Tanı Yaşı ve Tanı Süresi Pearson Korelasyon İlişkisi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1.	Andersen Toplam Hasta Gecikmesi Modeli	14
Şekil 3.1.	Araştırmanın Uygulama Süreci	20
Şekil 4.1.	Erken Başvuruda İlk Semptomlar	48
Şekil 4.2.	Geç Başvuruda İlk Semptomlar	48

SİMGELER ve KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACS	: American Cancer Society
AJCC	: American Joint Committee on Cance
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
CH	: Crohn Hastalığı
COVID	: Koronavirüs Hastalığı
ECOG	: Eastern Cooperative Oncology Group
FAP	: Familyal Adenomatöz Polipozis
GGT	: Gaitada Gizli Kan Testi
GLOBOCAN	: Global Cancer Incidence, Mortality and Prevalence
HSM	: Halk Sağlığı Merkezi
IACR	: International Association for Cryptologic Research
IARC	: International Agency Research on Cancer
İBH	: İnflamatuvar Barsak Hastalığı
KETEM	: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
KRK	: Kolorektal Kanserler
SSÖ	: Sağlık Sorumluluk Ölçeği
TNM	: Tümör-Nod-Metastaz
UICC	: The International Union for Cancer Control
ÜK	: Ülseratif Kolit

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kanser ölüme neden olan hastalıklar sıralamasında dolaşım sistemi hastalıklarından sonra ikinci sırada gelmektedir. Kolorektal kanser (KRK) ise hem kadın hem de erkeklerde en sık görülen üçüncü kanser türü olup, kanserler içerisinde en çok ölüm oranına sahip dördüncü kanser türüdür (Stewart ve Wild, 2014; <http://www.tuik.gov.tr/>, Erişim tarihi: 25.04.2021). KRK oranının 2030 yılına kadar her yıl %1’lik artış göstereceği öngörülmektedir (Bray ve ark., 2012). KRK’li hastalara genellikle ileri evrede tanı konulmaktadır (Corley ve ark., 2017). Evre I ve II’de beş yıllık sağkalım %70’den daha yüksek iken, evre 4’te sağ kalım oranı %8’e düşmektedir. Bu nedenle KRK’in erken tanılanması mortalite ve morbidite oranını azaltmada önemlidir (Türkey, 2018). Erken tanılama ile daha iyi bir prognoz sağlanmakta ve tedavi maliyetleri düşürülmektedir (Tekin ve Şahin, 2019). Geç tanılama da ise ileri evre kanser teşhis oranı artmakta ve kişilerin kaygı seviyesi daha fazla yükselmektedir (Young ve ark., 2008).

Kolorektal kanserde hastanın sağlık kuruluşuna başvurmasında çeşitli faktörler rol oynamaktadır (Hall ve ark., 2015). Geç başvuruda etkili olan faktörler ilk yaşanan semptomlar, hasta özellikleri ve hasta davranışlarıdır (Turan ve ark., 2012). Sağlığına özen gösteren, sorumluluklarının bilincinde olan, bilgi edinmek için sağlık profesyonelleri ile iletişim haline geçmeye çalışan kişi sağlık sorumluluklarını gerçekleştiriyor kabul edilmektedir (On, 2016). Sağlık sorumlulukları yüksek olan bireylerin, sağlıktan sapma durumlarında daha hızlı yardım arama davranışlarına yönelmeleri beklenmektedir. Ancak KRK’de semptomlardan tanıya giden süreç karmaşıktır çünkü bireyler ilk semptomları doğru yorumlayamaz ve bunları yaşlanma, yaşam tarzı değişikliği ve diğer komorbid durumlarla ilişkilendirmektedir (McLachlan ve ark., 2015; Walter ve ark., 2016). Çok sayıda faktörün etkilediği ilk semptomdan tanıya giden süreçte hastanın barsak alışkanlığının değişmesi, yaşadığı yerin şehir merkezine olan uzaklığı ve eğitim seviyesinin düşüklüğünün başvuruyu geciktirdiği; ağrısı olanların ve yeterli sosyal destek alanların ise erken başvuruda bulunduğu; yaş,

cinsiyet ve sosyoekonomik durumun ise başvuruya herhangi bir etkisi olmadığı belirtilmektedir (Mitchell ve ark., 2008; Turan ve ark., 2012).

Çalışmalarda KRK hastalarının tedavide gecikmesinin prognozu etkilediğini gösteren sonuçların yanında etkilemediğini gösteren sonuçlarda mevcuttur. Kanserin erken teşhisi ve dolayısıyla erken tedavisi sağlık bakımı sistemlerinin temel hedefidir. Tedavi sürecindeki gecikme ile ilgili pek çok faktör henüz belirlenmemiştir (Esteva ve ark.,2007; Fernandez ve ark., 2010). Ülkemizde KRK hastalarının sağlık sorumlulukları ve sağlık kuruluşuna geç başvuruyu etkileyen faktörleri araştıran bir çalışma bulunmamaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, kolorektal kanser tanısı almış hastaların sağlık sorumlulukları ve geç başvuruya etkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

1. KRK hastalarının ilk semptomları ve eşlik eden diğer semptomları nelerdir?
2. KRK hastalarının sosyodemografik ve hastalık özelliklerine göre sağlık sorumluluklarında farklılık var mıdır?
3. KRK hastalarının sosyodemografik ve hastalık özelliklerine göre sağlık kuruluşuna başvuru süresinde farklılık var mıdır?
4. KRK hastalarının ilk başvuru şikayetlerine ve ek semptomların olmasına bağlı olarak sağlık kuruluşuna başvuru sürelerinde farklılık var mıdır?
5. KRK hastalarının ilk başvuru şikayetlerine ve ek semptomların olma durumuna göre tanılama süresinde farklılık var mıdır?
6. KRK hastaların sağlık sorumluluklarına etki eden faktörler nelerdir?
7. KRK hastalarının ilk başvuru süreleri ile tanı yaşı, tanı süresi ve sağlık sorumlulukları arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kolorektal Kanserler

Kanser, hücrenin büyüme ve bölünmesinden sorumlu genlerin hasar görmesi ile meydana gelen kontrolsüz hücre çoğalması ile karakterize bir hastalıktır (Ovayolu ve Ovayolu, 2016; Guyton ve Hall, 2017). Kolorektal kanserler kolondan rektum lümenine doğru uzanabilen ülserasyon, infeksiyon ve kanamaya sebep olan yumuşak bir kitle ya da kolonu sararak lümeni darlaştıran, obstrüksiyona yol açabilen fibröz bir kitle şeklinde görülebilir (Waugh ve Grant, 2017). Hastaların yaşam aktivitelerinde oldukça önemli değişiklikler meydana getiren KRK ise bağırsak segmentinde görülen, terminal ileumdan anal kanala kadar uzanan kanser türlerini içerir (Fındık ve ark., 2019). Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) ve Uluslararası Kanser Kayıtları Birliği tarafından 2008-2012 verileri kullanılarak oluşturulan bir yayında, tüm kanserler içerisinde kolon kanseri akciğer ve meme kanserinden sonra en sık karşılaşılan üçüncü kanser türü olarak yer alır (Bray ve ark., 2021). Kansere bağlı ölümlerde ise akciğer, karaciğer ve mideden sonra dördüncü sırada gelmektedir (Stewart ve Wild, 2014). GLOBOCAN 2020 verileri kullanılarak yapılan bir derlemede ise, her iki cinsiyet için günümüz tahmini kanserden ölüm oranı akciğer (%18), meme (%13.6) ve kolorektal kanserdir (%8.9) (Ferlay ve ark., 2021). Amerikan Kanser Birliği'nin 2021 yılında yayınladığı verilere göre; Amerika Birleşik Devletleri'nde 104.270 kolon kanseri, 45.230 rektum kanseri vakasının teşhis edilmesi beklenmekte ve bunların 52.980'inin ölümü öngörülmektedir (<http://www.cancer.org/>, Erişim tarihi: 25.04.2021). Türkiye'de ise kanser dolaşım sistemi hastalıklarından sonra ölüme neden olan ikinci hastalık grubu olup; çocukluk çağı kanserleri hariç diğer tüm yaş grupları içinde en sık görülen kanser türlerinde 3. sıralamadır (<http://hsgm.saglik.gov.tr/>, Erişim tarihi: 25.04.2021; <http://www.tuik.gov.tr/>, Erişim tarihi: 25.04.2021).

2.1.1. Kolorektal Kanser Risk Faktörleri ve Belirtileri

Risk Faktörleri: Çevresel faktörler, yaşam biçimi davranışları, kişinin psikososyal durumuna etki eden etmenler, aile öyküsü, kültürel özellikleri ve sağlık öyküsü kolorektal kanser gelişiminde risk faktörüdür (Koç, 2017). Kişinin beslenme düzeninde erken yaşta yaptığı değişiklikler KRK gelişiminde riski azaltan veya artıran etkiler gösterebilir. Beslenme düzeninde tam tahıllı ürünleri, süt ve süt ürünlerini, balık, meyve ve sebze tüketimini artırmak, liften zengin posalı gıdalar tüketmek, multivitamin ve kalsiyum desteği almak KRK riskini azaltmaktadır. Besin tüketiminin kırmızı et, işlenmiş et, hayvansal gıda, demir ve yağ içeren besinler yönünden zengin olması KRK riskini artırır (Atabilen ve Akbulut, 2019; Fındık ve ark., 2019). Gıdaların pişirilme yöntemleride önemlidir. Yiyecekleri kızartmak, ızgara yapmak ya da közleyerek tüketmek KRK riskini 6.5 kat daha fazla artırır (Büyükdoğan, 2009).

Sedanter yaşam tarzını terketmek, düzenli egzersiz yapmak potansiyel KRK riskini %40 kadar azaltır (Akyol ve ark., 2008; Şenışık, 2014). Egzersiz yapmamanın dolaylı yoldan beden kitle indeksi (BKİ) oranını yükelttiği, BKİ yüksek kişilerde KRK riskini 1.7 kat artırdığı bildirilmiştir (MacInnis ve ark., 2004).

Kanser otozomal dominant şekilde aktarılan bir hastalık olduğundan kişide ya da aile öyküsünde KRK, familial adenomatöz polipozis, Lynch Sendromlarından herhangi birinin olması risk artırıcı faktör olarak kabul edilir (Clark, 2019). Ayrıca barsakta bulunan kronik inflamasyonun karsinogenezisi uyardığı düşünüldüğünden inflamatuvar barsak hastalığı olan ülseratif kolit ve crohn hastalarında da KRK oluşma riski artar (Ünsal, 2016). Yapılan bir araştırmaya göre, uzun boy her 5 cm'lik artış için KRK riskini % 4 oranında artırmaktadır (Abar ve ark., 2018).

KRK oluşumu yaş arttıkça artmaktadır. Kolorektal kanser tanısı almış hastaların %90'ından fazlası tanıyı 50 yaşından sonra almıştır (Özkan ve ark., 2012). Yaşın artması risk faktörlerini taşımalarını da beraberinde getireceğinden kolorektal kanser görülme riskini artıracaktır (Kalkım ve ark., 2014; <https://www.wcrf.org/>, Erişim tarihi: 10.05.2021).

Yapılan bir araştırmaya göre günde ≥ 45 gr alkol alımı (3 bardak) KKK riskini %40 artırıyor. Yine aynı araştırma sonucuna göre geçici süre sigara içenlerde KKK risk artışı görülmez iken uzun süreli sigara kullananlar da iki kat risk artışı söz konusudur (Tsong ve ark., 2007). Günde ≥ 75 mg aspirin kullanımı KKK riskini azalttığı, KKK geçmişi olan hastalarda ise kanser agresif tipte değilse eğer KKK ya karşı sağ kalımı arttırdığı belirlenmiştir (Chan ve ark., 2007; Liao ve ark., 2012) Aynı şekilde menapoz sonrası östrojen ve progestin tedavisinin başlanması KKK riskini azalttığı bilinmektedir (Johnson ve ark., 2009). Kan grubu faktörü adı altında yapılan araştırmalarda A kan grubu ve Rh antijen varlığının kolorektal kanser takipli hastalarda yoğunlukta olduğu bulunsu da kesin olarak kan grubu ve antijen KKK risk faktörleri arasında belirtilmemektedir (Nakagoe ve ark., 2001; Kahramanca ve ark., 2018).

KKK Belirtileri: Dışkılamada değişiklik, flatulansta artış, fekal inkontinans, karın ağrısı, karın şişkinliği, proktalji, anal ıslaklık, anal pruritus, anal şişlik, rektal kanama, tenesmus kolorektal kanser belirtilerindendir (Hamilton ve ark., 2009; John ve ark., 2010; Tavioğlu, 2016). Klinik bir araştırmada rektal kanama, bağırsak alışkanlıklarında değişiklik ve karın ağrısı semptomlarından en az biri, KKK şüphesiyle başvuran 391 hastanın 335'inde görülmüştür. Rektal kanama semptomu görülen 217 hastanın %15.7'sinde metastaz varlığı görülürken 5 yıl içinde hayatta kalma şansları %52.9 olarak bulunmuştur (Thompson ve ark., 2011). Anatomik olarak kanserin yerleşim yeri rektuma ne kadar yaklaşırsa rektal kanama oranı da o derece artmaktadır (Edna ve ark., 2012).

Kolon tümörlerinde tümörün yerleşim yerine göre belirti bulguların sıklığı ve çeşitliliği değişir. Tümörler çoğunlukla sağ kolon ya da çekum da yer alır (Sandhu ve ark., 2020; Şahin ve ark., 2021). Bu bölgeye yerleşen tümörlerde ilk evrelerde dışkı alışkanlıklarında bir farklılaşma olmadığından genellikle ileri yaş hasta gruplarında tanılanır (Çalışkan ve ark., 2009; Mik ve ark., 2017). Rektal kanama, bağırsağın diğer bölümlerindeki tümörlere oranla daha az gözükse de anemi görülme olasılığı daha yüksektir (Vayrynen ve ark., 2018; Kalantzis ve ark., 2020).

Kanser desendan ve sigmoid kolonda ise obstrüksiyon söz konusu olabilir. Dışkı şekli, kanserin kolon lümeninde oluşturduğu daralmadan dolayı değişir, inceler. Yine mevcut obstrüksiyon riski sebebiyle kramp, şişkinlik, ağrı, tenesmus, bulantı, kusma ve gaitada kan görülebilir (Akman, 2016; Demir, 2017). Tümör transvers kolonda ise flatulans, bağırsak alışkanlığında değişiklik, kramp ve perforasyon belirtileri verebilir. Kanama ve buna bağlı anemi tablosu da görülebilir (Emir ve ark., 2014). Tüm bunlardan bağımsız kanserin evresi ne kadar ilerlerse ağrı o derece şiddetlenir. Kişide kilo kaybı artar, sakral veya siyatik ağrı oluşur, sarılık, prutis, karında asit, hepatomegali gibi belirtiler gözlenebilir (Fernandez ve ark., 2016; Can, 2019).

2.1.2. Kolorektal Kanserlerde Klinik Evrelendirme

Klinik evrelendirme kanserin hangi aşamada olduğunu gösterir. Kişinin yaşam süresini ve prognozunu etkiler. Uygulanacak tedavi için ön bilgi oluşturur (Kaptan, 2012). Genel olarak 3 farklı sınıflama kullanılmıştır.

1930'lu yıllarda hücre farklılaşmasına dayalı histolojik değerlendirme sistemi kullanılıyor iken Cuthbert Esquire Dukes 1932'de 215 hasta üzerinde yaptığı çalışmayla tümörün derinliğini, lenf bezi tutulumunu ve uzak metastazıda içine alan yeni bir sınıflandırma ortaya çıkarmıştır (Mainprize ve ark., 2002; Haq ve ark., 2009). Astler-Coller ise Dukes sistemini yeniden modifiye ederek yeni bir sınıflandırma ortaya çıkarmıştır (Destri ve ark., 2001).

En etkili ve kullanışlı sistem ise "American Joint Committee on Cancer" ve "The International Union for Cancer Control" birlikte geliştirdiği Tümör-Nod-Metastaz (TNM) sistemidir (Tablo 2.1). Bu sistem hem geniş bir tümör yelpazesini kapsamakta hem de farklı maligniteleri yönetebilmek için yol gösterici olmaktadır (Giuliano ve ark., 2018; Roessel ve ark., 2018)

Tablo 2.1. Tümör-Nod-Metastaz tanımlamaları

TNM Tanımlamaları		
T	Tx	Primer tümör değerlendirilemiyor
	T0	Primer tümör bulgusu yok
	Tis	Karsinoma in situ-intraepitelyal ya da lamina propria invazyonu
	T1	Tümörün submukozaya invazyonu
	T2	Tümörün mürskülaris propriaya invazyonu
	T3	Tümörün mürskülaris propria boyunca perikolorektal dokulara invazyonu
	T4a	Tümörün visseral periton yüzeyine invazyonu
	T4b	Tümörün direkt olarak diğör organ ya da yapılar a invazyonu ya da yapışması
N	Nx	Bölgesel lenf nodları değörlendirilemiyor
	N0	Bölgesel lenf nodu metastazı yok
	N1	1-3 bölgesel lenf nodunda metastaz (≥ 0.2 mm lenf nodlarında tümör) ya da herhangi bir sayıda tümör birikimi mevcuttur ve tüm tanımlanabilir nodlar negatiftir
	N1a	1 bölgesel lenf nodunda metastaz
	N1b	2-3 bölgesel lenf nodunda metastaz
	N1c	Bölgesel lenf nodu metastazı olmaksızın, subseroza, mezenter ya da peritonsuz perikolik ya da perirektal/mezorektal dokularda tümör birikimi
	N2	4 ya da daha fazla lenf düğümünde metastaz
	N2a	4-6 bölgesel lenf düğümünde metastaz
	N2b	7 ya da daha fazla bölgesel lenf nodunda metastaz
M	M0	Uzak metastaz yok
	M1	Bir ya da daha fazla uzak bölgeye ya da organlara ya da peritona metastaz
	M1a	Peritoneal metastaz olmaksızın, 1 organ ya da bölgeye sınırlı metastaz
	M1b	Peritoneal metastaz olmaksızın, iki ya da daha fazla bölge ya da organa metastaz
	M1c	Tek başına ya da diğör bölge ya da organ metastazları ile birlikte peritoneal yüzeye metastaz

T: Tümör, N: Lenf nodu tutulumu, M: Uzak organ metastazı, TNM: Tümör-Nod-Metastaz (Fındık ve ark., 2019)

2.1.3. Kolorektal Kanserde Tedavi

Kanser tanısı alan bireye fonksiyonel durumu ve hastalığın seyri göz önüne alınarak cerrahi, kemoterapi, radyoterapi ve immünoterapi gibi yöntemler tekli veya kombine olarak uygulanabilmektedir (Brouwer ve ark., 2018).

Cerrahi: KRK için ilk düşünölen tedavi yöntemi cerrahidir (Simmonds ve ark., 2000). Obstrüksüyon sebepli acil ameliyatlar dışında cerrahi, lokalize KRK hastalarda birincil tedavidir fakat immüniteyi baskıladığından malign hücrelerin yayılımına sebebiyet verebilmektedir (Özgören ve ark., 2001; Çakırca ve ark., 2013).

Radyoterapi: İyonize radyasyonun kullanıldığı ve tümörü yok etmeyi, küçültmeyi ya da mevcut ağrıyı gidermeyi amaçlayan tedavi biçimidir. İlerlemiş KKK hastalarında normal tedavi planı önce neoadjuvan kemoradyoterapi, ardından cerrahidir. Cerrahi sonucuna göre sonrasına adjuvant kemoterapi planlanabilir veya hasta takibe alınabilir. Radyoterapinin her seansı ortalama 2 ile 10 dakika arası sürmekte olup bu süre hastanın tedavi planına göre değişmektedir (Avcı ve Gümüşay, 2018; Kapucu ve Kutlutürkan, 2020).

Kemoterapi: Kemoterapi sitotoksik ilaçların intravenöz yolla veya başka şekillerle vücuda verilerek kanser hücrelerini yok etmeyi veya bu hücrelerin yayılımını önlemeyi amaçlayan tedavi biçimidir (Can, 2019). Tekrarlanan dozlarla ve sıklıkla kombine biçimde uygulanır, çünkü her bir kemoterapi, kanserli hücrelerin döngü zamanına göre belirlenir. Kemoterapi esnasında amaç tüm kanserli hücrelerin öldürülmesi değildir. Plan hasta kişinin savunma sisteminin başedebileceği kadar kanser hücrelerinin azaltılmasıdır (Frandsen ve Pennington, 2014; Dentlinger ve Ramdin, 2015).

Hedefe Yönelik Tedaviler: Yaklaşık 100 yıl öncesinde fikir olarak “sihirli mermi” terimi ile ortaya çıkan ve ileriki dönemlerde ilk olarak hormonal tedavilere uygun hastalarda başarılı sonuçlar vermeye başlayan tedavi türüdür. Bağışık sistemi hücrelerini doğrudan etkilemeden sadece kanser hücrelerini hedef alan tedavi yöntemidir. Uygun şekilde işe yaraması için seçilen hedefin hasta kişide mevcut olması gerekmektedir. Kişiselleştirilmiştir ve bu sayede zaman kaybını önler, maliyetten tasarruf sağlar (Strebhardt ve Ullrich, 2008; Heinemann ve ark., 2013; Can, 2020).

İmmünoterapi: İmmünoterapi kanser hücrelerini dolaylı yoldan yok etmek için kişinin immün sistemini hedef alan bir tedavi şeklidir (Çokmert ve ark., 2016). Kümelenmiş kanser odakları için cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi uygun tedavi tercihleri olsada uzak metastazlar için etkisizdirler (Koido ve ark., 2013). Ayrıca kemoradyoterapi kanser hücrelerinin ölümünü sağlarken normal fonksiyonlu hücrelerinde ölmesine neden olur. İmmünoterapi ise kemoterapotik ajanların aksine, vücudun savunma hücrelerini destekleyerek hedefe ulaştırır ve immün yanıt oluşturulabilir (Barbaros ve Dikmen, 2015). Kişiden üretilmiş proteinler, antikorlar veya immün sistem hücreleri hastaya aşılama yolu veya intravenöz infüzyon ile transfer edilebilir (Şakalar ve ark., 2013).

2.1.4. KRK Tarama

Barsak florasındaki adenomlar yeterince geliştiklerinde semptomatik hale gelirler (Tözün ve ark., 2007). Adenomlar ileri düzeye gelmeden teşhis edilirse cerrahi ile müdahale edilebilir, mortalite ve morbilite oranlarında düşme sağlanabilir (Compton, 2003). Hem ilerlemiş adenomlu hastalara hem de mevcut adenom boyutları henüz küçük olan kişilere ulaşmak için tarama önemli bir fırsattır (Winawer, 2007). Amerika’da 2016-2018 yılları arasında yapılan KRK taramalarında (Tablo 2.2) önceki yıllara oranla 3.5 milyon kişilik bir artış sağlanarak %67.4 olan tarama oranları %68.8’e çıkmıştır (<https://www.cdc.gov/>, Erişim Tarihi: 14.05.2021). Amerika’da 51-75 yaş arası kişilerin %80’ine ulaşabilirken bu durum Türkiye’de %20-30 arasındadır. Ülkemizde yapılan KRK taramalarının çoğunluğu ise ileri evre teşhisi ile sonuçlandırılmaktadır (<https://hsgm.saglik.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 14.05.2021). Bir üniversite hastanesinde yapılan araştırmada 5 yıllık bir zaman diliminde KRK sebebiyle opere edilen 138 hastanın % 80.5’inin ileri evre kolorektal kanser olduğu belirlenmiştir (Aydın ve ark., 2015).

Tablo 2.2. Amerikan Kanser Birliği Kolorektal Kanser Tarama Önerileri

Amerikan Kanser Birliği KRK Tarama Önerileri	
Kolonoskopi	10 yılda bir
Bilgisayarlı tomografi ile kolonografi*	5 yılda bir
Sigmoidoskopi*	5 yılda bir
Çift kontrast baryumlu lawman*	5 yılda bir
Fekal immünokimyasal test*	Her yıl
Guaiac tabanlı gaitada gizli kan testi*	Her yıl
Fekal DNA testi*	3 yılda bir

* Pozitiflik durumunda kolonoskopi yapılır. KRK: Kolorektal Kanser

Ülkemizde KRK taramaları Aile Sağlığı Merkezi, Halk Sağlığı Merkezi ve Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri tarafından yürütülmektedir. Tarama sonuçları pozitif olan veya KRK için şüpheli anemnez öyküsü olan hastalar bir üst basamak sağlık kuruluşuna kolonoskopi için yönlendirilir. Ücretsiz olan bu ulusal programda yer alan sağlık kurumları 50-70 yaş arası bireyleri, kayıtlı olanlar öncelikli olacak şekilde tarama programlarına dahil edilir. İki yılda bir gaitada gizli kan testi (GGT), 10 yılda bir ise kolonoskopi önerilir. Eğer kişi kalıtsal risk faktörleri içinde ise

tarama kontrol yaşı 40'a düşürülür (Tablo 2.3) (Meydanlıoğlu ve ark., 2021; <https://hsgm.saglik.gov.tr/>, Erişim tarihi: 14.05.2021).

Tablo 2.3. Türkiye Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları

Türkiye Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları		
Tarama	Tüm erkek ve kadınlar	
ASM, TSM, KETEM, Gastroenteroloji	50-70 yaş arası	
GGT	2 yılda bir	Ailede KRK öyküsü bulunan 40 yaş üstü bireyler
Kolonoskopi	10 yılda bir	

ASM: Aile sağlığı merkezleri; TSM: Toplum sağlığı merkezleri; KETEM: Kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezleri; KRK: Kolorektal kanser

2.2. Kanserde Sağlık Sorumlulukları

Sağlık sorumlulukları genel bir kavram olup kişinin yaşam tarzını etkileyen, sağlığı korumak ve mevcut iyilik halini sürdürebilmek için kişinin kendini sorumlu hissetmesidir (Bahar ve ark., 2008). Sağlığı kötüleştirecek davranışlardan kaçınmak, sağlık profesyonellerinin uyarılarını dikkate alarak bu tavsiyelere göre yaşam şeklini değiştirmek, bilgi edinmeye çalışmak, sağlığı ile alakalı semptomların farkına vardığında sağlık kuruluşuna başvurmak kişinin sağlık sorumluluklarındandır (Avcı, 2016).

Kişinin sosyo-demografik özellikleri ve yaşadığı yerin sağlık politikaları sağlık sorumluluğunu etkileyen faktörlerdendir (Yalçınkaya ve ark., 2007; İleri ve ark., 2016). Devletin gıda sektöründeki tutumları, tütün endüstrilerine ve çevre kirliliğine yaklaşımı, sağlık hizmetlerinin ticarileştirilmesi dolaylı yoldan kişinin sağlık sorumluluklarını etkiler (Fahlquist, 2006; Lora, 2010; Craciun ve ark., 2020).

Ülkemizde 221 kişinin değerlendirildiği bir araştırmada, kadın ve erkeklerin sağlık sorumlulukları düşük bulunurken, cinsiyet ile sağlık sorumlulukları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Kolaç ve ark., 2018). Başka bir araştırmada ise kadınların sağlık sorumluluğu puan ortalamalarının erkeklerden yüksek olduğu görülmüştür (Avcı ve Erdoğan, 2015). Kişinin yakınlarında kanser öyküsünün olması sağlık sorumluluklarını etkileyebilir. Yapılan bir araştırmada, ailede meme veya rahim kanseri öyküsü bulunan

kişilerin kanseri önlemek için tarama yaptıрма ihtiyacı duyduğu ve sağlık sorumluluklarının yüksek olduğu bulunmuştur (Foster ve ark., 2002).

Deneyisel bir çalışmada ise hemşireler tarafından eğitim verilen kadınların sağlık sorumluluğu ölçek puan ortalamalarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Ersin ve Bahar, 2017). Başka bir çalışmada ise sağlıklı yaşam biçimi davranışı eğitimi verilen kişilerin sağlık sorumlulukları ile ilgili puan ortalamaları (2.14'den 2.57'e) yükselmiştir (Arslan ve Coşkunol, 2016). Periyodik olarak eğitim programlarının düzenlenmesi, bu eğitimlere kişilerin aktif olarak katılması sağlık sorumluluğunu davranışa dönüştürebilir (Güngörmüş ve ark., 2018).

2.3. Kanser Hastalarının Sağlık Kuruluşuna Geç Başvuru Sebepleri ve Etkileyen Faktörler

Kolorektal kanserde hastanın sağlık kuruluşuna başvuruda gecikmesinde çeşitli faktörler rol oynamaktadır. Bir araştırmada hastaların geç başvurularında etkili olan faktörler ilk yaşanan semptomlar, hasta özellikleri ve hasta davranışları olarak gruplandırılmıştır (Tablo 2.4.). Hastanın barsak alışkanlığında değişme olması, kırsal kesimde yaşaması ve eğitim seviyesinin düşüklüğünün başvuruyu geciktirdiği; ağrısı olanların ve yeterli sosyal destek alanların ise erken başvuruda bulunduğu; yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik durumun ise başvuruya herhangi bir etkisi olmadığı belirlenmiştir (Mitchell ve ark., 2008). Yapılan araştırmalarda kadınların tarama alışkanlıklarının erkeklerden daha düşük olduğu (Meissner ve ark., 2006), katılımcıların ise %1.6'sının doktora giderken utandığı saptanmıştır (Forbes ve ark., 2014).

Tablo 2.4. Kolorektal kanser için sağlık kuruluşuna başvuru sebepleri

KRK Başvuru Sebepleri	
Erken Başvuru	Geç Başvuru
Ağrı, karın ağrısı	Kanama
Obstrüksiyon	Bağırsak alışkanlığının değişmesi
Daha önce kanser deneyimi olanlar	Primer yanlış tanılama
Daha önce aynı semptomu yaşayanlar	Hastanın rektal muayene edilememesi
Çoklu semptomu olanlar	Rektum kanseri (kolon kanserine oranla)
Sosyal destek varlığı	
Kolon kanseri (rektum kanserine oranla)	

KRK: Kolorektal Kanser

KRK için teşhisin gecikmesi sağkalım üzerinde önemli derecede etkili olmaktadır. Başvuru süresi hastanın davranışlarından, hastalığın klinik seyrinden ve sağlık sisteminden dolayı değişiklik gösterebilmektedir (Zarcos ve ark., 2017). Andersen (1995) hastalık süreci için gecikme aşamalarını " Toplam Hasta Gecikmesi Modeli"adı altında sınıflandırmaktadır. Bu modele göre hasta gecikmeleri Şekil 2.1'de gösterilmektedir (Walter ve ark., 2012).

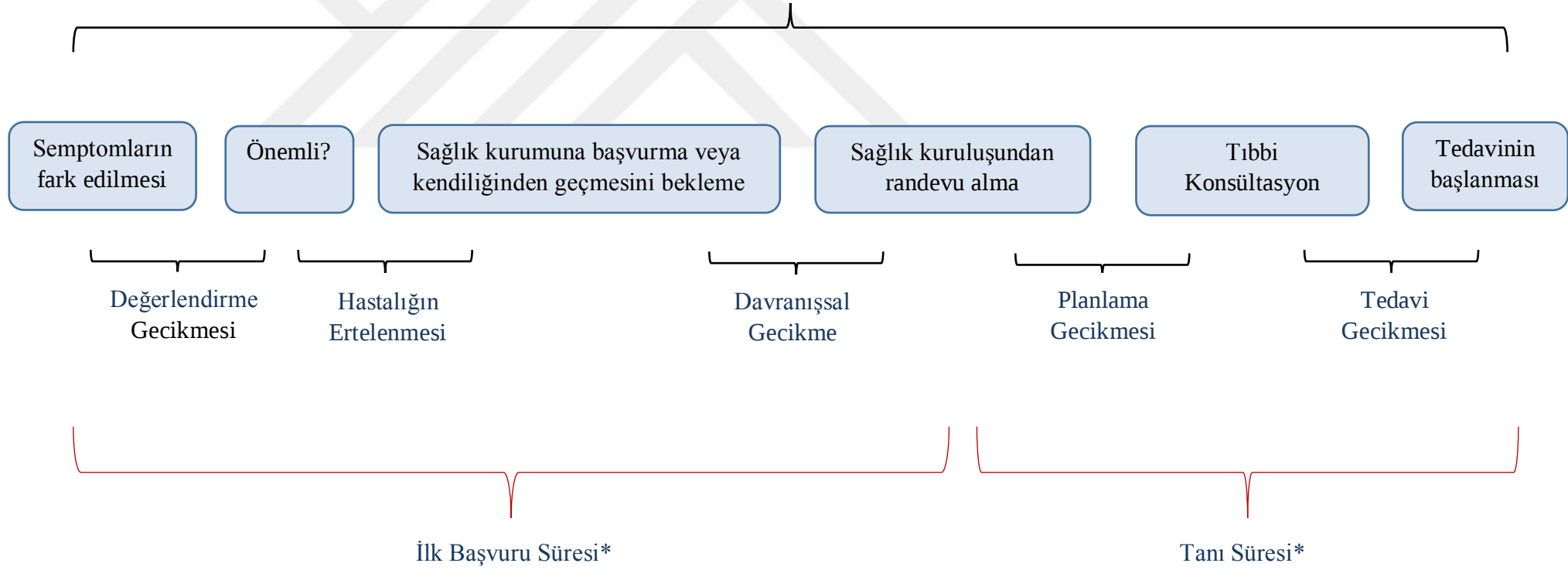
Kişinin semptom yaşamaya başlaması ile bu semptomun ciddi olup olmadığına karar vermesi gereken aşamaya kadar olan sürece "değerlendirme gecikmesi" denilmektedir. Semptomun ciddiyet durumuna karar veren kişi semptomun kendiliğinden geçmesini beklemek veya sağlık kuruluşuna başvurmak arasında bir seçim yapması gerekmektedir. (Andersen, 1995; Walter ve ark., 2012). Bu seçim sürecine "hastalığın ertelenmesi" denmektedir. Semptomunun geçmediğini fark eden kişi tıbbi yardım almaya karar verdiğinde davranışsal gecikme süreci içerisine girmektedir. Başvuru kararı ve sağlık kuruluşundan randevu alması arasında geçen süreyi kapsamaktadır (Nooijer ve ark., 2001). Randevu alma ile ilk tıbbi konsültasyon arasındaki süreye "planlama gecikmesi" denmektedir. Tıbbi konsültasyon, semptom sebebi ile gelen hastanın ilk muayenesi ile başlamaktadır. Semptom sebebi ile muayene edilen kişinin teşhisinin tamamlanıp tedaviye geçilmesi süreci ise tedavi gecikmesi sürecini kapsamaktadır. Bu durum sağlık kuruluşundaki uzmanların gecikme süreleriyle ilgili olmaktadır (Evans ve ark., 2007).

Çalışmamızda Andersen'in Toplam Hasta Gecikmesi Modelindeki süreleri gruplandırıldı (Şekil 2.1). İlk başvuru süresi olarak; kişilerin semptomları ilk farketmesi

ile bir sağlık kuruluşuna başvurusu arasında kalan sũre baz alınmaktadır. Bu ilk başvuru sũresi olarak adlandırıldı ve Andersen'in toplam hasta gecikmesi modelinde değerlendirme gecikmesi, hastalığın ertelenmesi ve davranışsal gecikme sũrelerinin toplamını iğerlemektedir. Tanı sũresi; ilk kez sağlık kuruluşuna başvuran hastanın bu başvurudan itibaren KKK tanısı alacağı zamana kadar ki olan sũreyi iğerlemektedir. Bu zaman aralığı Andersen'in toplam hasta gecikmesi modelinde planlama gecikmesi, tedavi gecikmesi ve tedavinin başlanması sũrelerinin toplamını iğerlemektedir.

Tayvan da yapılan bir çalışmada KKK hastaları için başvurulan sağlık kuruluşunun lũm oranı ũzerindeki etkileri araştırılmıştır. Hastanenin bũyũklũđũ ve donanımının arttıka, KKK tedavisi sonucu lũm riskinin azalığı bulunmuştur (Hsu ve ark., 2016). Başka bir çalışmada sosyo-ekonomik dũzey yũkseldike kişinin KKK sebepli lũm riskinin dũřtũđũ saptanmıştır. Buna yol açan etmenler olarak yetersiz sağlık sigortaları ve tıp hizmetlerindeki yũksek ũcretlendirme gösterilmiştir (Aarts ve ark., 2010). Yeni tanılı 39.000 KKK hastasını kapsayan bir araştırmada, tanı ile tedavi arasındaki sũrenin bir aydan fazla olanlarla bir aydan daha kısa olanlar karşılaştırılmış, tanı ile tedavi arasındaki sũrenin uzun olmasının lũm riskini artırdığı tespit edilmiştir (Lee ve ark., 2019).

ANDERSEN'İN TOPLAM HASTA GECİKMESİ MODELİ



Şekil 2.1. Andersen'in Toplam Hasta Gecikmesi Modeli

*Araştırmamızda kullandığımız zaman aralıkları

2.4. Kolorektal Kanser Hastalarının Sağlık Sorumlulukları ve Sağlık Kuruluşuna Başvurularında Hemşirenin Roller

Kişilerin mevcut sağlık durumları ile ilgili olan gelişmelerde yaşam kalitesini artırmak için danışmanlık yapmak, bakım ve sağlık eğitimi vermek, araştırma yapmak ve sağlık ekibiyle işbirliği yaparak kanseri öncesinde ve sonrasında yönetmek hemşirenin önemli rollerindendir. (Taylan ve ark., 2012; Eroğlu ve Koç, 2014).

Yapılan bir çalışmada, kolorektal kanser taraması yaptıran çoğunluğun KRK ile ilgili bilgi edinimlerinin sağlık profesyonelleri tarafından gerçekleştirildiği ve ikincil korumada hemşirenin önemli bir yere sahip olduğu belirtilmiştir (Pirinçci ve ark., 2015).

Sağlığı geliştirme ve bütünsel bakım, hemşirelik rollerinin ayrılmaz bir parçasıdır. Rutin hastane takibinin her zaman hastaların psiko-sosyal ve bilgi ihtiyaçlarına cevap verilemediği için sağlık sorumluluklarının artırılmasında hemşirelerin uzmanlık ve bilgi becerilerine ihtiyaç vardır (Beaver ve ark., 2010). Hastaların konsültasyon almada doktorlara göre hemşirelerin yanında kendilerini daha rahat hissettiklerini belirtilmiştir. Öte yandan özellikle birinci basamaktaki sağlık profesyonellerinin kanser taramalarını önermeleri ve eğitim vermeleri durumunda taramalara katılımın arttığı gösterilmiştir (Skrobanski ve ark., 2019).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma kolorektal kanser hastalarının sağlık sorumlulukları ve sağlık kuruluşuna geç başvuru etkileyen faktörlerin belirlenmesini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma; Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Onkoloji Kliniği, Kemoterapi Ünitesi ve Onkoloji Polikliniğinde Nisan 2019 – Haziran 2021 tarihleri arasında etik kurul ve kurum izinleri alındıktan sonra yürütülmüştür. Onkoloji Bilim Dalında 4 öğretim üyesi ve 4 uzman doktor bulunmaktadır. Acil polikliniğine obstrüksiyon belirtileri ile gelen hastalar ilk olarak genel cerrahiye yönlendirilip sonrasında onkoloji takibine alınmaktadır. Acile gelen hastalar acil müdahaleye ihtiyaç duymuyorsa onkoloji poliklinikliğine yönlendirilir. Poliklinik muayelerinde gerekli tetkikler yapıldıktan sonra hastaların takibi devam etmekte ya da genel durumlarına göre takip ve tedavileri için Onkoloji Kliniğine yatışları yapılmaktadır. Onkoloji kliniğinde 44 yatak bulunmakta ve 24 hemşire görev yapmaktadır. Kemoterapi Ünitesinde ise 48 hasta alanı bulunmakta ve 9 hemşire görev almaktadır. Takibi ve tedavisi süren hatalara danışmanlık ve eğitim hizmeti verebilecek 2 eğitim hemşiresi de bulunmaktadır. Eğitim hemşireleri KRK hastalarına kanser ve tedavisine bağlı yaşanan semptomların yönetimi hakkında eğitim faaliyetlerini yürütmektedir. KRK hastalarının yakınlarına erken tanı ve tarama yöntemleri hakkında bilgilendirme hasta ya da yakının talebi doğrultusunda yapılmakta olup bütün hasta yakınlarını kapsayan bir danışmanlık hizmeti yoktur.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın örneklemini Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Onkoloji Polikliniği, Onkoloji Kliniği ve Kemoterapi Ünitesinde 2019-2021 yılları arasında KRK tanısı ile takip ve tedavisi devam eden, örnekleme dahil edilme kriterlerine sahip hastalar oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü hesaplanmasında Tip I Hata $\alpha=0.05$ anlamlılık düzeyinde, orta derece etki büyüklüğünde 0.5 ve %80 güç, %95 güven aralığı alınarak yapılan örneklem

hesabı sonucuna göre örneklem büyüklüğü 143 hasta olarak belirlenmiştir. Araştırma evrenini Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Onkoloji Polikliniğinde takip edilen 144 kolorektal kanser tanılı hastalar oluşturmaktadır. Onkoloji kliniğinde kemoterapi uygulaması, destek tedavi, tanı ve tetkik amacıyla ayda yaklaşık 150 (tekrarlı yatışlar hariç) hastanın yatışı yapılmaktadır. Kemoterapi ünitesinde gündüz ortalama 50-70 hastaya kemoterapi uygulanmaktadır. Akdeniz Üniversitesi Hastanesinde yıllık ortalama 100 hastaya primer kolorektal kanser tanısı konulmaktadır. Toplamda üç birime yıllık başvuran primer kolorektal kanser hastalarının sayısı 300'dür. Araştırma süreci içerisinde pandemi sebebi ile Akdeniz Üniversite Hastanesine olan hasta yatışı ve KRK tanılama oranları değişmiştir. Bu sebeple yılda ulaşılması gereken 143 hasta sayısına daha uzun vadede ulaşılmış olup 144 hastaya erişim sağlanmıştır.

Araştırmanın Örneklemine Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaş üzerinde olması
- Primer kolorektal kanser tanısı olması
- Anlama ve konuşma yeteneğinin olması
- Çalışmaya katılmaya onay vermesi

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Hastanın kanser tanısını bilmemesi

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verilerinin toplanmasında Hasta Tanıtım Formu ve Sağlık Sorumluluk Ölçeği (SSÖ) kullanılmıştır. Sağlık kuruluşuna geç başvuruyu etkileyen faktörler hasta tanıtım formu içinde çoktan seçmeli veya açık uçlu sorular ile belirlenmeye çalışılmıştır.

3.4.1. Hasta Tanıtım Formu (EK-5)

Dört bölümden oluşan hasta tanıtım formu araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanmıştır (Korsgaard ve ark., 2006; Robertson ve ark., 2006; Thompson ve ark., 2011; Pedersen ve ark., 2013; Forbes ve ark., 2014; Türkoğlu ve ark., 2014; Yılmaz ve ark., 2016). Birinci bölümde sosyo-demografik özelliklerin (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ikamet yeri, çalışma durumu, ortalama aylık kazancı, boy, kilo) yer aldığı sekiz soru bulunmaktadır.

İkinci bölümde sağlık alışkanlıkları ile ilgili (sigara ve alkol kullanım durumu, diyet ve fiziksel aktivite durumu) toplam dört soru bulunmaktadır.

Üçüncü bölümde hastalığa ilişkin özelliklerin (eşlik eden kronik hastalıklar, ailede kolorektal kanser tanısının olup olmadığı, ilk başvuru şikayetleri, şikayetlerine eşlik eden semptomlar, KRK tanısının alındığı yaş, tanılama esnasındaki kanserin evresi, metastaz durumu, Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) performans puanı, KRK için uygulanan tedaviler, demir eksikliği tedavi durumu) yer aldığı toplam on soru bulunmaktadır.

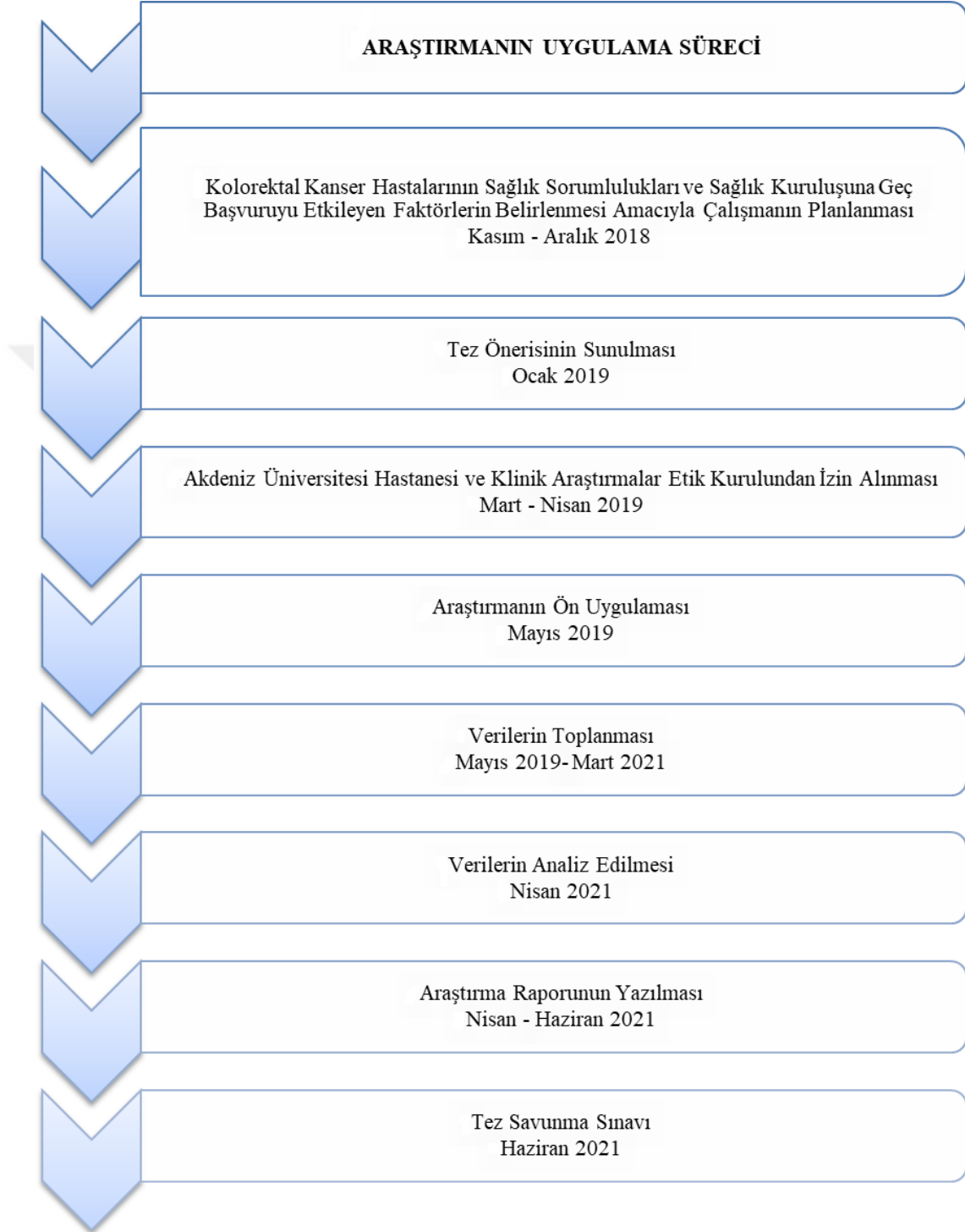
Dördüncü bölümde geç başvuruyu etkileyebilecek muhtemel faktörler ile ilgili (ilk başvuru sağlık kuruluşu, ilk semptomlar fark edildikten ne kadar süre sonra sağlık kuruluşuna başvurulduğu, sağlık kuruluşuna hemen başvurmama sebebi, kanser olma ihtimalini değerlendirme, kanser olma ihtimalinden ilk bahseden kurum, tarama yaptırmamasını öneren kişiler, tarama durumu, tarama geçmişi, tarama yaptırmamasının nedenleri) on soru bulunmaktadır.

3.4.2. Sağlık Sorumlulukları Alt Ölçeği (EK-6)

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Walker ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 1995 yılında tekrar çalışılarak revize edilmiş ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II olarak adlandırılmıştır (Walker ve ark., 1995). Ölçek 52 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Bunlar; manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir. Ölçeğin güvenirlik katsayısı olan Cronbach Alfa değeri, toplam ölçek için 0.94 olup, altı alt faktör için 0.79-

0.87 arasında değişim göstermektedir. Alt ölçekler; sağlık sorumluluğu (3,9,15,21,27,33,39,45,51), fiziksel aktivite (4,10,16,22,28,34,40,46), beslenme (2,8,14,20,26,32,38,44,50), manevi gelişim (6,12,18,24,30,36,42,48,52), kişilerarası ilişkiler (1,7,13,19,25,31,37,43,49) ve stres yönetimidir (5,11,17,23,29,35,41,47). Bu çalışmada ölçeğin alt boyutlarından Sağlık Sorumlulukları Ölçeği kullanılmıştır. Sağlık Sorumlulukları Ölçeği (SSÖ) dokuz maddeden oluşur. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach Alfa değeri ise 0.77 bulunmuştur. Ölçeğin derecelendirmesi 4'lü likert şeklindedir. Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) olarak kabul edilmektedir. En düşük puanı 9, en yüksek puanı 36'dır (Bahar ve ark., 2008; Vural ve Bakır, 2015). Ölçekten alınan puan yükseldikçe sağlık sorumluluğu yüksek anlamına gelmektedir. Bu çalışmada SSÖ'nin Cronbach Alfa değeri 0.76 bulunmuştur (Tablo 3.1).

3.5. Araştırma Süreci



Şekil 3.1. Araştırmanın Uygulama Süreci

3.6. Ön Uygulama

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi etik kurul ve kurum izini alındıktan sonra veri toplama formlarının anlaşılabilirliğini test etmek için çalışmaya dâhil edilme kriterlerini karşılayan beş hastaya uygulanarak soruların anlaşılabilirliği yönünden değerlendirilmiştir. Mevcut anketteki “ilk başvuru şikayeti” sorusunun seçeneklerine “şikayetim yoktu” seçeneği eklenmiştir. “Geç başvuru nedeni” sorusunun cevaplarına “hemen başvurdum” seçeneği eklenmiştir. Ön uygulama ile birlikte anlaşılması güç sorular düzenlenerek anketin son hali oluşturulmuştur. Her bir anket ortalama 30 dakika sürmüştür. Ön uygulamaya yapılan beş hasta araştırmaya dâhil edilmiştir.

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri Haziran 2019-Mart 2021 tarihleri arasında Onkoloji Polikliniği’nde takip ve tedavisi devam eden hastalar ile poliklinik kontrolleri sonrasında poliklinik toplantı odasında; Onkoloji Kliniği’nde tedavi ve takip amacıyla yatan hastalar ile hasta odasında ve hasta dinlenme alanlarında; Kemoterapi Kliniği’nde hasta dinlenme alanlarında yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından anket soruları okunarak toplanmıştır. Anketin tamamlanması yaklaşık 30-40 dakika sürmüştür. Hastaların KRK hastalığına ilişkin bilgiler hasta dosyalarından ve hastane sisteminden temin edilmiştir.

3.11. Geç Başvuru Değerlendirme Parametreleri

Çalışmamızda geç başvurudaki zaman aralığını Andersen’in toplam hasta gecikmesi modelindeki zaman aralıklarına uyarlanarak gruplandırıldı (Şekil 2.1). İlk başvuru süre aralığı; kişilerin semptomları ilk fark etmesi ile bir sağlık kuruluşuna başvurusu arasında kalan süre aralığı temel alındı. Bu süre Andersen’in toplam hasta gecikmesi modelinde hasta tarafından değerlendirme gecikmesi, hastalığın ertelenmesi ve davranışsal gecikme aralıklarının toplamını içermektedir. Tanı süresi aralığı; ilk kez sağlık kuruluşuna başvuran hastanın bu başvurudan itibaren KRK tanısı alacağı zamana kadar ki olan süreyi içermektedir. Bu zaman aralığı Andersen’in toplam hasta gecikmesi modelinde planlama gecikmesi, tedavi gecikmesi ve tedavinin başlanması aralıklarının toplamını içermektedir. Hastaların ilk başvuru ve tanı süresinin 4 haftadan kısa olması “erken

başvuru”, dört haftadan fazla olması “geç başvuru” olarak sınıflandırıldı (Andersen, 1995; Walter ve ark., 2012; Redanyel ve ark., 2015).

3.8. Araştırma Etiği

Araştırma öncesi Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan yazılı onay (Tarih:14.03.2019-Karar no:143) (EK-1), Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Başhekimliğinden kurum izni (EK-2) alınmıştır. Araştırmaya katılan hastalara araştırma öncesinde bilgi verildikten sonra araştırmaya katılımı kabul ettiklerine dair asgari bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (EK-3) imzalatılmıştır. Araştırmada kullanılan Sağlık Sorumluluk Ölçeği’nin izinleri e-posta yolu ile alınmış olup EK-4’de yer almaktadır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi’nde yapıldığı için sonuçlar bu merkez ile sınırlıdır. Aynı zamanda araştırmanın veri toplama aşaması COVID sebebi ile pandemi süreci içerisinde yer aldığından örnekleme planlanan zaman diliminden daha uzun sürede tamamlanabilmiştir.

3.10. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Kolorektal kanser hastalarının sağlık sorumlulukları puan ortalamaları ve sağlık kuruluşuna geç başvuruyu etkileyen faktörler.

Bağımsız Değişkenler: Sosyo-demografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ikamet yeri, çalışma durumu, boy ve kilosu) ve sağlık alışkanlıkları, başvuru süreci ve hastalığa ait özellikler (sigara ve alkol kullanımı, uyguladığı diyetler, fiziksel aktivite alışkanlıkları, hastalığın tanı süresi, metastaz durumu, hastalığın evresi, başka bir kronik hastalık varlığı, birinci derece akrabalarda kanser öyküsü, ilk başvurulmuş sağlık kuruluşu, ilk başvuru şikayeti ve eşlik eden semptomları, sağlık kuruluşuna başvuru süreleri ve sebepleri) bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

3.12. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için SAS 9.4 paket programı kullanılmıştır. Araştırmanın ölçümle belirlenen nicel değişkenleri için tanımlayıcı istatistikler olarak ortalama ve standart sapma, sayımla belirlenen nitel değişkenler için

ise tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde şeklinde gösterilmiştir. Kullanılan verilerin öncelikle normal dağılıma uygunluk testleri Shapiro-Wilk testi ile yapılmıştır. Yapılan testler sonucu verilerin normal dağılım gösterdiği anlaşılmıştır ve istatistiksel analizde parametrik testler kullanılmıştır. İki kategorili değişkenler arasındaki ikili karşılaştırmalarda t testi, BKİ gibi üç veya daha fazla kategorili değişkenler arasındaki farklılıkları bulabilmek amacıyla Varyans Analizi (F testi) uygulanmıştır. Sağlık Sorumlulukları ölçeği genel puanına demografik değişkenlerin etkilerinin olup olmadığını incelemek amacıyla, çok değişkenli adımsal regresyon (Stepwise Regression) yöntemi kullanılarak etkisiz değişkenler ayıklanarak Sağlık Sorumlulukları ölçeği için önemli olan değişkenler belirlenmiştir. Çalışmanın tamamında anlamlılık düzeyi olarak 0.05 değeri kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Onkoloji Polikliniği, Onkoloji Kliniği ve Kemoterapi Ünitesi'nde primer tanısı KRK olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 144 hastadan elde edilen veriler incelenmiştir.

- Hastaların sosyo-demografik, hastalık özellikleri ve sağlıklı yaşam davranışlarına ilişkin bulguları
- Hastaların sosyo-demografik, hastalık özellikleri ve sağlıklı yaşam davranışlarının sağlık sorumlulukları etkisine ait bulgular
- Hastaların başvuru bilgileri, başvuru semptomları, tarama bilgileri ve tarama yaptırmama sebeplerine ilişkin bulgular
- Hastaların sosyo-demografik, hastalık özellikleri, sağlıklı yaşam davranışları ve tarama bilgilerinin başvuru sürelerine göre dağılımı
- Hastaların sağlık kuruluşuna geç başvuru nedenleri ve başvuru semptomlarının, başvuru ve tanılama sürelerine etkisine ait bulgular
- Kolorektal kanser hastalarının tanıtıcı özellikleri, sağlık sorumlulukları korelasyon ve regresyon analizi

4.1. Kolorektal Kanser Hastalarının Sosyo-Demografik, Hastalık Özellikleri ve Sağlıklı Yaşam Davranışlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Hastaların sosyo-demografik, hastalık özellikleri ve sağlıklı yaşam davranışlarına ilişkin bulgular (n=144)

Sosyo-Demografik Özellikler	(Ort±SS)/(Min-Max)	n	%
Cinsiyet			
Kadın		50	34.7
Erkek		94	65.3
Yaş (61.52±11.29)/(27.00-81.00)			
65<		59	41.0
56-65		46	31.9
<56		39	27.1
Medeni durum			
Evli		125	86.8
Bekar		19	13.2
Eğitim durumu			
İlkokul		69	47.9
Ortaokul-Lise		59	41.0
Üniversite		16	11.1
Çalışma durumu			
Emekli		64	44.4
İşsiz		47	32.6
Çalışıyor		33	23.0
İkamet yeri			
Şehir merkezi		80	55.6
Taşra		64	44.4
Yerleşim yerinin sağlık merkezine uzaklığı (km) (167.935±143.66)/(27.5-750)			
Gelir düzeyi (TL)			
<2001		48	33.3
2001-3000		64	44.5
3000<		32	22.2
Ortalama aylık gelir (TL) (2977.05±1873.82)/(200.00-15000.0)			
Hastalık Özellikleri			
Evre			
4		86	59.7
3		34	23.6
2		19	13.2
1		5	3.5

Tablo 4.1. Hastaların sosyo-demografik, hastalık özellikleri ve sağlıklı yaşam davranışlarına ilişkin bulguların devamı (n=144)

Hastalık Özellikleri	n	%
Metastaz durumu		
Evet	100	69.4
Hayır	44	30.6
ECOG		
1-2 puan	104	72.2
3-4 puan	40	27.8
Ailede kanser öyküsü		
Evet	60	41.7
Hayır	84	58.3
Ek kronik hastalık		
Evet	94	65.3
Hayır	50	34.7
Demir eksikliği		
Evet	17	11.8
Hayır	127	88.2
Kemoterapi		
Evet	126	87.5
Hayır	18	12.5
Cerrahi		
Evet	119	82.6
Hayır	25	17.4
Radyoterapi		
Evet	41	28.5
Hayır	103	71.5
Hedefe yönelik		
Evet	28	19.4
Hayır	116	80.6
Ailede KRK tanısı		
Çocuklar (n=2)***		
Evet	1	50.0
Hayır	1	50.0
Anne (n=11)***		
Evet	2	18.1
Hayır	9	81.9
Kardeşler (n=29)***		
Evet	5	17.2
Hayır	24	82.8

ECOG:Eastern Cooperative Oncology Group Performans Skalası, ***Verilen değer üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.1. Hastaların sosyo-demografik, hastalık özellikleri ve sağlıklı yaşam davranışlarına ilişkin bulguların devamı (n=144)

Hastalık Özellikleri	(Ort±SS)/(Min-Max)	n	%
Ailede KKK tanısı			
Uzak akrabalar (n=18)***			
Evet		3	16.7
Hayır		15	83.3
Baba (n=21)***			
Evet		3	14.3
Hayır		18	85.7
Ek kronik hastalık*			
Hipertansiyon			
Evet		33	22.9
Hayır		111	77.1
Diyabet			
Evet		31	21.5
Hayır		113	78.5
Hemoroid			
Evet		28	19.4
Hayır		116	80.6
Anemi			
Evet		5	3.5
Hayır		139	96.5
Ülseratif kolit			
Evet		2	1.4
Hayır		142	98.6
Diğer**			
Semptomlar sonrası başvuru süresi(hafta)	(10.38±20.71)/(1.00-168.00)		
Tanı yaşı (yıl)	(59.32±11.60)/(27.00-80.00)		
Sağlık kuruluşuna başvuru sonrası tanı koyulabilme süresi (hafta)	(10.06±24.40)/(1.00-240.00)		
Sağlıklı Yaşam Davranışları			
BKİ değerleri*			
Zayıf ve normal kilolu		62	43.0
Fazla kilolu		62	43.0
Obez		20	14.0
Sigara			
Sigara kullanımını bırakanlar		71	49.3
Hiç sigara kullanmayanlar		59	41.0
Sigara kullanan		14	9.7

KKK: Kolorektal Kanser,*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir, **Diğer: Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları (16), Üriner Sistem Hastalıkları (14), Endokrin Sistem Hastalıkları (8), Sindirim Sistemi Hastalıkları (2), Göğüs Hastalıkları (4), Psikolojik Hastalıklar (2), Nörolojik Hastalıklar (2), Romatolojik Hastalıklar (2), ***Verilen değer üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.1. Hastaların sosyo-demografik, hastalık özellikleri ve sağlıklı yaşam davranışlarına ilişkin bulguların devamı (n=144)

Sağlıklı Yaşam Davranışları	n	%
Alkol		
Hiç alkol kullanmayan	99	68.7
Alkol kullanan	30	21.0
Alkol kullanımını bırakanlar	15	10.3
Diyet **		
Diyet uygulamayanlar	96	66.7
Şekersiz gıda tüketenler	14	9.7
Tuzsuz gıda tüketenler	14	9.7
Etten zengin beslenenler	13	9.0
Baharatsız gıda tüketenler	7	4.9
Meyve ve sebzeden zengin beslenenler	6	4.0
Düzenli fiziksel aktivite		
Evet	53	36.8
Hayır	91	63.2
Fiziksel aktivitenin türü (n=53)***		
Haftada 150 dk yürüyüş <	30	56.6
< Haftada 150 dk yürüyüş	14	26.4
Salon sporları yapanlar	9	17.0

Birden fazla seçenek işaretlenmiştir, *Verilen değer üzerinden hesaplanmıştır

Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik, hastalık özellikleri ve sağlıklı yaşam davranışlarına ilişkin bulgular Tablo 4.1’de yer almaktadır. Hastaların %65.3’ü erkek, yaş ortalamaları 61.52 ± 11.29 olup %41’i 65 yaşın üzerindedir. Hastaların %86.8’i evli, %47.9’u ilkokul mezunu, %44.4’ü ise emeklidir. Hastaların %55.6’sı şehir merkezinde yaşamakta olup ve ikamet yerlerinin sağlık merkezine uzaklığı ortalama 167.93 ± 143.66 km’dir. Ortalama aylık gelirleri ise 2977.05 ± 1873.82 TL dir. Hastaların tanı sonrası yapılan evrelendirmelerinde %59.7’si evre 4 olarak tesbit edilmiştir. Hastaların %69.4’ünün metastaz durumu pozitif, %72.2’sinin ECOG performans puanı 1-2 dir. Hastaların %41.7’sinin ailesinde kanser öyküsü bulunuyor iken, %65.3’ünün mevcut hastalığına ek kronik hastalığı bulunmaktadır. Hastalara sorulduğunda %11.8’inin KRK öncesinde demir eksikliği tedavisi aldığı belirtilmiştir. Hastaların % 87.5’i kemoterapi tedavisi almıştır ve %82.6’sı ise cerrahi olarak opere edilmiştir. Hastaların %22.9’unda hipertansiyon, %21.5’inde diyabet ve %19.4’ünde hemoroid rahatsızlıkları bulunmaktadır. Hastalar ilk semptomları görüldüğü andan ortalama 10.38 ± 20.71 hafta

sonra sağlık kuruluşuna başvurmaktadır. KKK tanısının koyulduğu ortalama yaş ise 59.32 ± 11.60 yıldır. Sağlık kuruluşuna başvurduktan sonra yaklaşık 10.06 ± 24.40 hafta sonra tanı koyulabilmektedir. Hastaların %43'ü zayıf ve normal kilolu, %43'ü fazla kiloludur. %49.3'ü sigara kullanımını bırakmıştır. Hastaların %68.7'si hiç alkol kullanmamıştır ve %66.7'si tanılanmadan önce beslenmelerinde herhangi bir diyet uygulamamışlardır. Hastaların %36.8'i dzenli fiziksel aktivite öyküsü olduğunu belirtmiştir. Hastaların %56.6'sı ise haftada 150 dakikadan az aktivite öyküsü bildirmişlerdir.



4.2. Kolorektal Kanser Hastalarının Sosyo-Demografik, Hastalık Özellikleri ve Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Sağlık Sorumlulukları Etkisine Ait Bulgular

Tablo 4.2. Sağlık sorumlulukları ölçeği (SSÖ)

Ölçek	Puanlamaları						Cronbach Alfa Katsayısı		
SSÖ	Madde Sayısı	Mean	Ss	Median	Min	Mak.	Orjinal	Türkçe Versiyon	Bu Çalışma
	9	17.43	5.128	17	9	34	0.814	0,77	0.76

Tablo 4.2.1 Hastaların sosyo-demografik, hastalık özellikleri ve sağlıklı yaşam davranışlarının sağlık sorumlulukları etkisine ait bulgular (n=144)

Sosyo-Demografik Özellikler	SSÖ			
	n	Ort±SS	test	p
Cinsiyet				
Kadın	50	18.68±5.38		
Erkek	94	16.77±4.89	2.16	0.032
Yaş				
56 <	39	17.59±6.20		
56-65 yaş	46	17.26±4.95		
< 65	59	17.46±4.54	0.04	0.956
Medeni durum				
Evli	125	17.66±5.26		
Bekar	19	15.89±3.96	1.41	0.162
Eğitim durumu				
Üniversite	16	18.75±6.34		
Ortaokul-Lise	59	17.44±5.33		
İlkokul	69	17.12±4.65	0.66	0.520
Çalışma durumu				
İşsiz	47	18.53±5.22		
Emekli	64	17.59±5.20		
Çalışan	33	15.55±4.42	3.46	0.034
İkamet yeri				
Şehir merkezi	80	18.13±5.36		
Taşra	64	16.56±4.72	-1.83	0.069
Gelir düzeyi				
2001 TL altı	48	18.33±5.24		
2001-3000 TL	64	16.67±4.62		
3001-4000 TL	32	17.59±5.82	1.47	0.233

SSÖ: Sağlık Sorumlulukları Ölçeği, BKİ: Beden Kitle İndeksi

Tablo 4.2.1 Hastaların sosyo-demografik, hastalık özellikleri ve sağlıklı yaşam davranışlarının sağlık sorumlulukları etkisine ait bulguların devamı (n=144)

Hastalık Özellikleri	SSÖ			
	n	Ort±SS	test	p
Evre				
1-2	24	18.42±6.03		
3-4	120	17.23±4.93	1.03	0.303
Metastaz durumu				
Evet	100	17.29±5.27		
Hayır	44	17.23±4.93	1.03	0.303
Ailede kanser öyküsü				
Evet	60	17.17±5.19		
Hayır	84	17.62±5.11	-0.52	0.603
Demir eksikliği tedavisi almış olma				
Evet	17	16.65±6.54		
Hayır	127	17.54±4.93	-0.67	0.504
Sağlıklı Yaşam Davranışları				
BKİ				
Obez	20	19.10±5.71		
Zayıf ve normal kilolu	62	17.27±5.36		
Fazla kilolu	62	17.05±4.66	1.27	0.285
Sigara				
Sigara kullanımını bırakanlar	71	17.58±5.38		
Hiç sigara kullanmayan	59	17.42±4.92		
Sigara kullanan	14	16.71±4.98	0.16	0.849
Alkol				
Alkol kullanan	30	17.73±5.87		
Alkol kullanmayan	114	17.35±4.94	-0.36	0.717
Fiziksel aktivite				
Evet	53	19.26±5.71		
Hayır	91	16.36±4.45	3.39	0.000
İlk başvuru yapılan sağlık kuruluşu				
Devlet hastanesi	66	31.78±9.73		
Özel hastane	51	18.96±5.03		
Üniversite hastanesi	27	17.96±5.45	3.44	0.018
Kanser olma ihtimalini düşünenler				
Evet	12	22.25±6.14		
Hayır	132	16.99±4.82	3.53	0.000

SSÖ: Sağlık Sorumlulukları Ölçeği

Tablo 4.2.1 Hastaların sosyo-demografik, hastalık özellikleri ve sağlıklı yaşam davranışlarının sağlık sorumlulukları etkisine ait bulguların devamı (n=144)

Sağlıklı Yaşam Davranışları	SSÖ			
	n	Ort±SS	test	p
İlk KKK teşhisinin yapıldığı kurum**				
Üniversite hastanesi	73	17.85±5.22		
Özel hastane	33	17.27±4.51		
Devlet hastanesi	38	16.76±5.50	0.58	0.562
Semptomlar öncesi tarama yaptıрма durumu				
Evet	14	21.00±6.30		
Hayır	130	17.05±4.86	2.81	0.005
ECOG***				
1-2 puan	104	18.02±5.30		
3-4 puan	40	15.90±4.37	2.25	0.025

SSÖ: Sağlık Sorumlulukları Ölçeği, **KRR: Kolorektal Kanser, ***ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group Performans Skalası

Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik, hastalık özellikleri ve sağlıklı yaşam davranışlarının sağlık sorumlulukları puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular Tablo 4.2’da yer almaktadır. Sağlık sorumluluğu için yüksek puanlar kişilerin sağlık sorumluluklarının iyi olduğunu göstermektedir. Hastaların verileri incelendiğinde cinsiyetin ($p=0.032$) ve çalışma durumunun ($p=0.034$) sağlık sorumlulukları ölçeğinde anlamlı olduğu bulunmuştur. Kadınların erkeklere oranla, çalışmayanların ise emekli ve çalışanlara oranla sağlıkla ilgili sorumlulukları yüksektir. Hastaların hastalık özelliklerine bakıldığında fiziksel aktivite durumlarının ($p=0.000$) sağlık sorumluluğu ölçeği ile arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Aktif aktivite öyküsü olanlar olmayanlara oranla daha sorumlu davranmaktadır. Hastaların ilk başvurduğu sağlık kuruluşu ($p=0.018$) ile sağlık sorumluluğu ölçeği arasındaki ilişki anlamlı olup, devlet hastanesine başvuranlar daha sorumlu davranmaktadır. Kansere olma ihtimalinin düşünülmesi ($p=0.000$) ile sağlık sorumluluğu ölçeği arasındaki ilişki anlamlı olup, kansere olma ihtimalini düşünenler daha sorumlu davranır anlamını taşımaktadır. Semptomlar öncesi tarama yaptıрма durumu ($p=0.005$) ile sağlık sorumluluğu ölçeği arasındaki ilişki anlamlı olup, semptom öncesi tarama yaptıranların sağlık

sorumlulukları yüksektir. ECOG puanları ($p=0.025$) sağlık sorumlulukları ölçeğinde anlamlı olduğu saptanmış olup, ECOG puanları yüksek olanların sağlık sorumlulukları yüksektir. Yaş, medeni durum, eğitim durumu, ikamet yeri, gelir düzeyi ve BKİ değerleri, kanserin evresi, metastaz durumu, ailedeki kanser öyküsü, sigara ve alkol kullanımı, demir eksikliği tedavisi alma durumu ve ilk KKK teşhisinin yapıldığı kurum ile sağlık sorumlulukları ölçeği arasında fark bulunmamıştır ($p>0.05$).



4.3. Kolorektal Kansere Hastalarının Başvuru Bilgileri, Başvuru Semptomları, Tarama Bilgileri ve Tarama Yaptırmama Sebeplerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.3. Hastaların başvuru bilgileri, başvuru semptomları, tarama bilgileri ve tarama yaptırmama sebeplerine ilişkin bulgular (n=144)

Başvuru Bilgileri	n	%
İlk başvuru yapılan sağlık kuruluşu		
Devlet hastanesi	54	37.5
Özel hastane	51	35.4
Üniversite hastanesi	27	18.8
Aile hekimi	12	8.3
İlk KKK teşhisinin yapıldığı kurum		
Üniversite hastanesi	73	50.7
Devlet hastanesi	38	26.4
Özel hastane	33	22.9
Semptomların kanser olma ihtimalini düşündürmesi		
Evet	12	8.3
Hayır	132	91.7
Semptom varlığı		
Evet	139	96.3
Hayır	5	3.7
Başvuru Semptomları		
İlk başvurudaki semptom		
Halsizlik, güçsüzlük, yorgunluk		
Evet	3	2.2
Hayır	141	97.8
İştahsızlık		
Evet	1	0.8
Hayır	143	99.2
Kilo kaybı		
Evet	2	1.5
Hayır	142	98.5
Sarılık		
Evet	1	0.7
Hayır	143	99.3
Anemi		
Evet	3	2.2
Hayır	141	97.8
Konstipasyon		
Evet	23	17.2
Hayır	121	82.8

Tablo 4.3. Hastaların başvuru bilgileri, başvuru semptomları, tarama bilgileri ve tarama yaptırmama sebeplerine ilişkin bulguların devamı (n=144)

Başvuru Semptomları	n	%
İlk başvurudaki semptom		
Diyare		
Evet	5	3.7
Hayır	139	96.3
Karında sertlik		
Evet	1	0.7
Hayır	143	99.3
Karında büyüme		
Evet	4	3.0
Hayır	140	97.0
Ele gelen kitle		
Evet	1	0.7
Hayır	143	99.3
Karın ağrısı		
Evet	40	29.9
Hayır	104	70.1
Dışkıda kan görme		
Evet	45	33.6
Hayır	99	66.4
Diğer**	10	100.0
Başvuruya Ek Semptomlar*		
Ek semptom varlığı		
Evet	132	91.7
Hayır	12	8.3
Konstipasyon		
Evet	47	32.6
Hayır	97	67.4
Halsizlik		
Evet	41	28.5
Hayır	103	71.5
Karın ağrısı		
Evet	23	16.0
Hayır	121	84.0
Yorgunluk		
Evet	23	16.0
Hayır	121	84.0
İştahta azalma		
Evet	23	16.0
Hayır	121	84.0

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir, **Diğer: Makatta Ağrı (n=3), Bulantı ve Kusma (n=2), Ateş (n=1), Flatulans (n=1), Öksürük (n=1), Makatta Prutis (n=1), Defekasyonda Değişiklik (n=1).

Tablo 4.3. Hastaların başvuru bilgileri, başvuru semptomları, tarama bilgileri ve tarama yaptırmama sebeplerine ilişkin bulguların devamı (n=144)

Başvuruya Ek Semptomlar*	n	%
Güçsüzlük		
Evet	20	13.9
Hayır	124	86.1
Kilo kaybı		
Evet	18	12.5
Hayır	126	87.5
Diyare		
Evet	18	12.5
Hayır	126	87.5
Karında büyüme		
Evet	16	11.1
Hayır	128	88.9
Dışkıda kan görme		
Evet	10	6.9
Hayır	134	93.1
Anemi		
Evet	8	5.6
Hayır	136	94.4
Karında sertlik		
Evet	7	4.9
Hayır	137	95.1
Ele gelen kitle		
Evet	2	1.4
Hayır	142	98.6
Sarılık		
Evet	-	-
Hayır	144	100.0
Diğer***	24	
Tarama Bilgileri		
KRK tarama öyküsü		
Evet	14	8.5
Hayır	130	91.5
KRK taraması (n=15)**		
Gaitada gizli kan testi	8	53.3
Kolonoskopi	4	26.7
Diğer****	3	20.0

KRK: Kolorektal kanser, *Birden fazla değer işaretlenmiştir, **Verilen değer üzerinden hesaplanmıştır,***Diğer: Ateş (n=1), Defekasyonda değişiklik (n=7), Prutis (n=2), Bulantı ve kusma (n=8), Flatulans (n=1), Baş ağrısı (n=1), Uykusuzluk(n=1), İdrar yaparken yanma (n=1), Hematüri (n=1), Baş dönmesi (n=1), ****Diğer: Tomografi ve Ultrason (n=2), Kan Testi (n=1)

Tablo 4.3. Hastaların başvuru bilgileri, başvuru semptomları, tarama bilgileri ve tarama yaptırmama sebeplerine ilişkin bulguların devamı (n=144)

Tarama Bilgileri	n	%
KRK taraması önerisi		
Evet	11	7.6
Hayır	133	92.4
KRK taraması önerisinde bulunan kişi (n=11)*		
Doktor	4	36.4
Arkadaşlar	4	36.4
Hemşire	2	18.2
Ebe	1	9.0
Tarama Yaptırmama Sebepleri**		
Semptom olmaması		
Evet	84	58.3
Hayır	60	41.7
Semptomları önemli görmeme		
Evet	12	8.3
Hayır	132	91.7
Zaman ayıramama		
Evet	7	4.9
Hayır	137	95.1
Tanısız işlemlere korku		
Evet	6	4.2
Hayır	138	95.8
Muayneden utanma		
Evet	1	0.7
Hayır	143	99.3
Kanser tanısından endişe duyma		
Evet	2	1.4
Hayır	142	98.6
İhmal etme		
Evet	21	14.6
Hayır	123	85.4
Diğer***	6	

KRK: Kolorektal kanser, *Verilen değer üzerinden hesaplanmıştır, **Birden fazla seçenek işaretlenmiştir, ***Diğer: Yönlendirilmediğinden (n=3), Koronavirüs Hastalığı Pandemisi Sebebiyle (n=1), Kanser Olmadığını Düşündüğünden (n=1), Sosyal Güvencesi Olmadığından (n=1)

Araştırmaya katılan hastaların sağlık kuruluşuna başvuru bilgileri, başvuru semptomları, tarama bilgileri ve tarama yaptırmama sebeplerine ilişkin bulgular Tablo 4.3’de yer almaktadır. Hastaların %37.5’i ilk olarak devlet hastanesine başvurmuştur. Başvurulan kurumlarda en fazla teşhis %50.7’lik oranı ile üniversite hastaneleridir. Hastaların

%91.7'si semptomları kanser olma ihtimali ile ilişkilendirmemiştir. Hastaların %96.3'ü bir semptom varlığı sebebiyle sağlık kuruluşuna başvurmuştur. Hastaların %33.6'ı dışkıda kan görme, %29.9'u karın ağrısı, %17.2'si konstipasyon semptomu ile sağlık kuruluşuna başvuruda bulunmuşlardır. Hastaların %91.7'si primer şikayeterine eşlik eden ek semptomlara sahiptirler. Bunları %32.6 ile kabızlık, %28.5 ile halsizlik ve %16 karın ağrısı, %16 yorgunluk ve %16 iştah azalma oluşturmaktadır. Hastaların %91.55'i hastalık öncesi herhangi bir KKK taraması yaptırmamıştır. Tarama yaptıranların %53.28'i GGT yaptırmıştır. Kişilerin %92.4'üne ise hiç KKK tarama önerisinde bulunulmamıştır. Tarama önerisinde bulunan kişiler ise %36.4 oranla doktor veya %36.4 hastaların arkadaşlarıdır. Hastaların %58.3'ü herhangi bir semptomu olmadığı için tarama yaptırmamıştır. %14.6'sı semptomlarını ihmal ettiklerini, %8.3'ü ise semptomlarını önemli görmediklerini belirtmişlerdir.

4.4. Kolorektal Kanser Hastalarının Sosyo-Demografik, Hastalık Özellikleri, Sağlıklı Yaşam Davranışları ve Tarama Bilgilerinin Başvuru Sürelerine Göre Dağılımı

Tablo 4.4. Hastaların sosyo-demografik, hastalık özellikleri, sağlıklı yaşam davranışları ve tarama bilgilerinin başvuru sürelerine göre dağılımı (n=144)

Sosyo-Demografik Özellikler	Erken Başvuru		Geç Başvuru			
	< 4 hafta		> 4 hafta			
	n	%	n	%	χ^2	p
Cinsiyet						
Kadın	28	46.7	22	26.2		
Erkek	32	53.3	62	73.8	6.474	0.010
Yaş						
56 yaş altı	13	21.7	26	31.0		
56-65 yaş	17	28.3	29	34.5		
65 yaş üstü	30	50.0	29	34.5	3.580	0.166
Medeni durum						
Evli	50	83.3	75	89.3		
Bekar	10	16.7	9	10.7	1.082	0.298
Eğitim durumu						
İlkokul	30	50.00	39	46.4		
Ortaokul-Lise	23	38.3	36	42.9		
Üniversite	7	11.7	9	10.7	0.296	0.862
Çalışma durumu						
İşsiz	26	43.3	21	25.0		
Çalışıyor	10	16.7	23	27.4		
Emekli	24	40.0	40	47.6	5.814	0.054
İkamet yeri						
Taşra	29	48.3	35	41.7		
Şehir merkezi	31	51.7	49	58.3	0.630	0.427
Gelir düzeyi						
2001 TL altı	24	40.0	24	28.6		
2001-3000 TL	27	45.0	37	44.0		
3001-4000 TL	9	15.0	23	27.4	3.792	0.150
Hastalık Özellikleri						
Evre						
1-2	11	18.3	13	15.5		
3-4	49	81.7	71	84.5	0.205	0.650

Tablo 4.4. Hastaların sosyo-demografik, hastalık özellikleri, sağlıklı yaşam davranışları ve tarama bilgilerinin başvuru sürelerine göre dağılımının devamı (n=144)

Hastalık Özellikleri	Erken Başvuru		Geç Başvuru			
	< 4 hafta		> 4 hafta			
	n	%	n	%	x ²	p
Metastaz						
Evet	39	65.0	61	72.6		
Hayır	21	35.0	23	27.4	0.957	0.327
Demir eksikliği tedavisi						
Evet	8	13.3	9	10.7		
Hayır	52	86.7	75	89.3	0.230	0.631
Ailede KRK öyküsü						
Evet	20	33.3	40	47.6		
Hayır	40	66.7	44	52.4	2.938	0.086
ECOG*						
1-2 puan	40	66.7	64	76.2		
3-4 puan	20	33.3	20	23.8	1.582	0.208
Sağlıklı Yaşam Davranışları						
Sigara						
Sigara kullanımını bırakan	29	48.3	42	50.0		
Hiç sigara kullanmayan	28	46.7	31	36.9		
Sigara kullanan	3	5.0	11	13.1	3.192	0.020
Alkol						
Evet	9	15.0	21	25.0		
Hayır	51	85.0	63	75.0	2.122	0.145
Fiziksel aktivite						
Evet	18	30.0	35	41.7		
Hayır	42	70.0	49	58.3	2.048	0.152
BKİ**						
Zayıf ve normal kilolu	29	48.4	33	39.3		
Fazla kilolu	23	38.3	39	46.4		
Obez	8	13.3	12	14.3	1.221	0.543
Tarama Bilgileri						
KRK tarama öyküsü						
Evet	6	10.0	8	9.5		
Hayır	54	90.0	76	90.5	0.009	0.924
Kanser ihtimalini düşünenler						
Evet	5	8.3	7	8.3		
Hayır	55	91.7	77	91.7	0.000	1.000

KRK: Kolorektal Kanseri, * ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group Performans Skalası, **BKİ: Beden Kütle İndeksi

Tablo 4.4. Hastaların sosyo-demografik, hastalık özellikleri, sağlıklı yaşam davranışları ve tarama bilgilerinin başvuru sürelerine göre dağılımının devamı (n=144)

Tarama Bilgileri	Erken Başvuru		Geç Başvuru			
	< 4 hafta		> 4 hafta			
	n	%	n	%	χ^2	p
İlk başvurulanan sağlık kuruluşu						
Devlet hastanesi	30	50.0	36	42.9		
Özel hastane	21	35.0	30	35.7		
Üniversite hastanesi	9	15.0	18	21.4	1.252	0.740
İlk KRK teşhisinin yapıldığı kurum**						
Üniversite hastanesi	32	53.3	41	48.8		
Özel hastane	15	25.0	18	21.4		
Devlet hastanesi	13	21.7	25	29.8	1.205	0.547

KRK: Kolorektal Kanser

Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik, hastalık özellikleri, sağlıklı yaşam davranışları ve tarama bilgilerinin başvuru süreleri üzerine puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular Tablo 4.4’de yer almaktadır. Cinsiyet için her iki başvuru süresinde farklılık olduğu, geç başvuru oranı erkeklerde %73.8 iken kadınlarda %26.2 olup, erkeklerin sağlık kuruluşuna daha geç başvuruda bulundukları belirlenmiştir ($\chi^2=6.474$; $p=0.010$). Veriler incelendiğinde yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, ikamet yeri ve gelir düzeyinin sağlık kuruluşuna başvuru süresi üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Hastaların hastalık özellikleri, sağlıklı yaşam davranışları ve tarama bilgilerinin başvuru sürelerine göre dağılımında anlamlı bulguya rastlanmamıştır ($p>0.05$).

4.5. Kolorektal Kansere Hastalarının Sağlık Kuruluşuna Geç Başvuru Nedenleri ve Başvuru Semptomlarının, Başvuru ve Tanılama Sürelerine Etkisine Ait Bulgular

Tablo 4.5. Hastaların sağlık kuruluşuna geç başvuru nedenleri ve başvuru semptomlarının, başvuru ve tanılama sürelerine etkisine ait bulgular (n=144)

Sağlık Kuruluşuna Geç Başvuru (>4 hafta) Nedenleri	n	%
Erken başvuru ≤ 1 hafta		
Evet	50	34.7
Hayır	95	65.3
Geç başvuru sebepleri*		
Semptom olmaması		
Evet	5	3.7
Hayır	139	96.3
Semptomları önemli görmeme		
Evet	23	16.0
Hayır	121	84.0
Kanser tanısından endişe duyma		
Evet	2	1.4
Hayır	142	98.6
Kanamayı hemoroidle ilişkilendirme		
Evet	24	16.7
Hayır	120	83.3
Zaman ayıramama		
Evet	6	4.2
Hayır	138	95.8
Randevu alma zorluğu		
Evet	4	2.8
Hayır	140	97.2
Kendini zaman kaybı olarak görme		
Evet	1	0.7
Hayır	143	99.3
Tanısal işlemlere korku		
Evet	6	4.2
Hayır	138	95.8
Bekleyince geçeceğini düşünme		
Evet	51	35.4
Hayır	93	64.6

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.5. Hastaların sağlık kuruluşuna geç başvuru nedenleri ve başvuru semptomlarının, başvuru ve tanılama sürelerine etkisine ait bulguların devamı (n=144)

Sağlık Kuruluşuna Geç Başvuru (>4 hafta) Nedenleri					n	%
Geç başvuru sebepleri*						
Muayeneden utanma						
Evet					3	2.1
Hayır					141	97.9
İhmal etme						
Evet					3	2.1
Hayır					141	97.9
Diğer**					5	100.0
Başvuru Sebepleri		Erken Başvuru		Geç Başvuru		
		< 4 hafta		> 4 hafta		
		n	%	n	%	x²
						p
Semptomum yoktu						
Evet		3	5.00	1	1.19	
Hayır		57	95.00	83	98.81	
Semptomları önemli görmeme						
Evet		4	6.67	19	22.62	
Hayır		56	93.33	65	77.38	6.636
						0.010
Kanser tanısından endişe duyma						
Evet		1	1.67	1	1.19	
Hayır		59	98.33	83	98.81	
Kanamayı hemoroid ile ilişkilendirme						
Evet		6	10.00	18	21.43	
Hayır		54	90.00	66	78.57	3.291
						0.069
Randevu alma zorluğu						
Evet		2	3.33	2	2.38	
Hayır		58	96.67	82	97.62	0.117
						0.731
Tanısal işlemlere korku						
Evet		1	1.67	5	5.95	
Hayır		59	98.33	79	94.05	
Bekleyince geçeceğini düşünme						
Evet		12	20.00	39	46.43	
Hayır		48	80.00	45	53.57	10.687
						0.001
Sebebini bilmiyorum						
Evet		1	1.67	2	2.38	
Hayır		59	98.33	82	97.62	

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir, **Diğer: Semptomları İlaç Etkileşimlerine Bağlama (n=2), Soğuk Algınlığı (n=1), Menopoz (n=1), Sosyal Güvencenin Olmaması (n=1).

Tablo 4.5. Hastaların sağlık kuruluşuna geç başvuru nedenleri ve başvuru semptomlarının, başvuru ve tanılama sürelerine etkisine ait bulguların devamı (n=144)

İlk Başvuru Semptomu	Erken Başvuru		Geç Başvuru			
	< 4 hafta		> 4 hafta			
	n	%	n	%	χ^2	p
Dışkıda kan görme	22	36.67	23	27.38		
Ağrı	22	36.67	21	25.00		
Konstipasyon	4	6.67	19	22.62		
Abdomende değişiklik**	2	3.33	4	4.76		
Gastrointestinal sorunlar*	1	1.67	11	13.10		
Diğer***	9	15.00	6	7.14	15.868	0.007
Başvuru Semptomuna Eşlik Eden Ek Semptomlar						
Halsizlik						
Evet	23	38.33	18	21.43		
Hayır	37	61.67	66	78.57	4.911	0.026
Güçsüzlük						
Evet	11	18.33	9	10.71		
Hayır	49	81.67	75	89.29	1.698	0.192
Yorgunluk						
Evet	10	16.67	13	15.48		
Hayır	50	83.33	71	84.52	0.037	0.847
İştahta azalma						
Evet	9	15.00	14	16.67		
Hayır	51	85.00	70	83.33	0.072	0.787
Kilo kaybı						
Evet	7	11.67	11	13.10		
Hayır	53	88.33	73	86.90	0.065	0.798
Anemi						
Evet	3	5.00	5	5.95		
Hayır	57	95.00	79	94.05	0.060	0.805
Kabızlık						
Evet	20	33.33	27	32.14		
Hayır	40	66.67	57	67.86	0.022	0.880
İshal						
Evet	6	10.00	12	14.29		
Hayır	54	90.00	72	85.71	0.587	0.443

* Gastrointestinal Sorunlar: İştahta Azalma (n=1), Kilo Kaybı (n=2), İshal (n=5), Bulantı (n=1), Flatulans (n=1), Kusma(n=1), Sık ve Az Defekasyona Çıkma (n=1); **Abdomende Değişiklik: Karında Sertlik (n=1), Karında Büyüme (n=4), Ele Gelen Kitle (n=1); ***Diğer: Halsizlik (n=3), Sarılık (n=1), Anemi (n=3), Ateş (n=1), Prutis (n=1), Öksürük (n=1), Semptomsuzluk (n=5)

Tablo 4.5. Hastaların sağlık kuruluşuna geç başvuru nedenleri ve başvuru semptomlarının, başvuru ve tanılama sürelerine etkisine ait bulguların devamı (n=144)

Başvuru Semptomuna Eşlik Eden Ek Semptomlar	Erken Başvuru		Geç Başvuru			
	< 4 hafta		> 4 hafta			
	n	%	n	%	χ^2	p
Karında büyüme						
Evet	9	15.00	7	8.33		
Hayır	51	85.00	77	91.67	1.575	0.209
Ele gelen kitle						
Evet	1	1.67	1	1.19		
Hayır	59	98.33	83	98.81		
Karın ağrısı						
Evet	10	16.67	13	15.48		
Hayır	50	83.33	71	84.52	0.037	0.847
Dışkıda kan görme						
Evet	2	3.33	8	9.52		
Hayır	58	96.67	76	90.48	2.075	0.149
İlk Başvuru Semptomu	Erken Tanılama		Geç Tanılama			
	< 4 hafta		> 4 hafta			
	n	%	n	%	χ^2	p
Dışkıda kan görme	22	33.85	23	29.11		
Ağrı	16	24.62	27	34.18		
Konstipasyon	11	16.92	12	15.19		
Abdomende değişiklik**	4	6.15	2	2.53		
Gastrointestinal sorunlar*	2	3.08	10	12.66		
Diğer***	10	15.38	5	6.33	9.272	0.098
Başvuru Semptomuna Eşlik Eden Ek Semptomlar						
Halsizlik						
Evet	17	26.15	24	30.38		
Hayır	48	73.85	55	69.62	0.312	0.576
Güçsüzlük						
Evet	8	12.31	12	15.19		
Hayır	57	87.69	67	84.81	0.247	0.618
Yorgunluk						
Evet	9	13.85	14	17.72		
Hayır	56	86.15	65	82.28	0.399	0.527

*Gastrointestinal Sorunlar: İştahta Azalma (n=1), Kilo Kaybı (n=2), İshal (n=5), Bulantı (n=1), Flatulans (n=1), Kusma (n=1), Sık ve Az Defekasyona Çıkma (n=1); **Abdomende Değişiklik: Karında Sertlik (n=1), Karında Büyüme (n=4), Ele Gelen Kitle (n=1); ***Diğer: Halsizlik (n=3), Sarılık (n=1), Anemi (n=3), Ateş (n=1), Prutis (n=1), Öksürük (n=1), Semptomsuzluk (n=5)

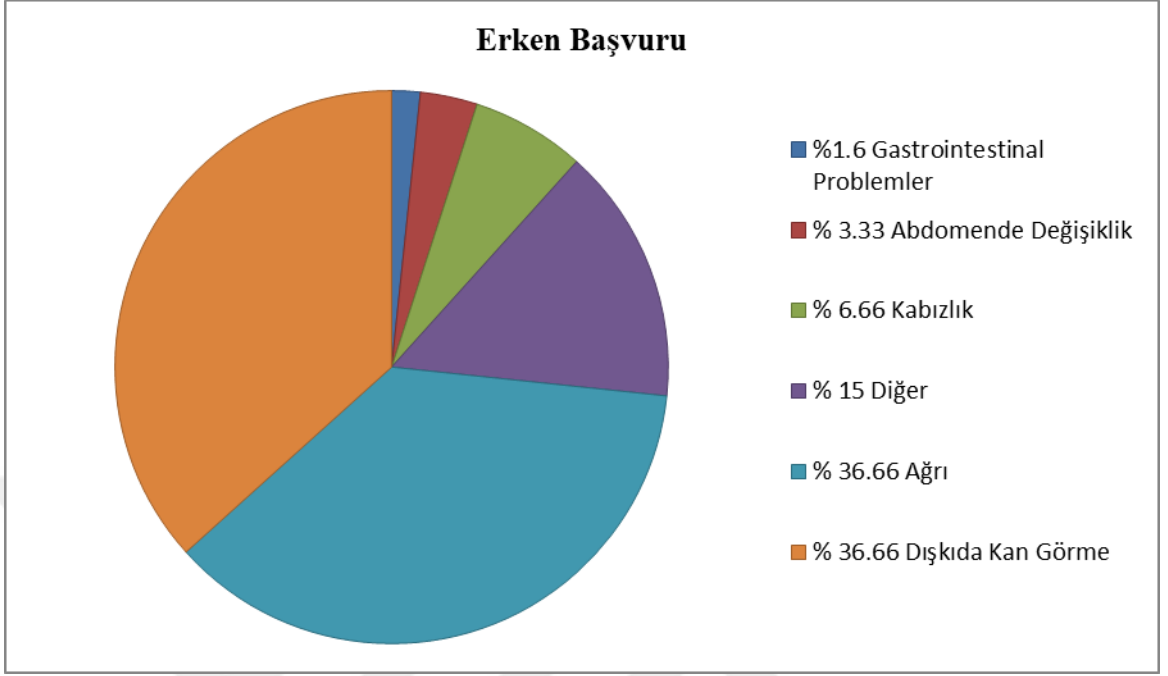
Tablo 4.5. Hastaların sağlık kuruluşuna geç başvuru nedenleri ve başvuru semptomlarının, başvuru ve tanılama sürelerine etkisine ait bulguların devamı (n=144)

Başvuru Semptomuna Eşlik Eden Semptomlar	Erken Tanılama		Geç Tanılama			
	< 4 hafta		> 4 hafta			
	n	%	n	%	χ^2	p
İştahta azalma						
Evet	11	16.92	12	15.19		
Hayır	54	83.08	67	84.81	0.079	0.777
Kilo kaybı						
Evet	7	10.77	11	13.92		
Hayır	58	89.23	68	86.08	0.324	0.568
Anemi						
Evet	1	1.54	7	8.86		
Hayır	64	98.46	72	91.14		
Kabızlık						
Evet	21	32.31	26	32.91		
Hayır	44	67.69	53	67.09	0.005	0.938
İshal						
Evet	8	12.31	10	12.66		
Hayır	57	87.69	69	87.34	0.004	0.949
Karında sertlik						
Evet	2	3.08	5	6.33		
Hayır	63	96.92	74	93.67	0.815	0.366
Karında büyüme						
Evet	11	16.92	5	6.33		
Hayır	54	83.08	74	93.67	4.052	0.044
Ele gelen kitle						
Evet	1	1.54	1	1.27		
Hayır	64	98.46	78	98.73		
Karın ağrısı						
Evet	11	16.92	12	15.19		
Hayır	54	83.08	67	84.81	0.079	0.777
Dışkıda kan görme						
Evet	4	6.15	6	7.59		
Hayır	61	93.85	73	92.41	0.114	0.735

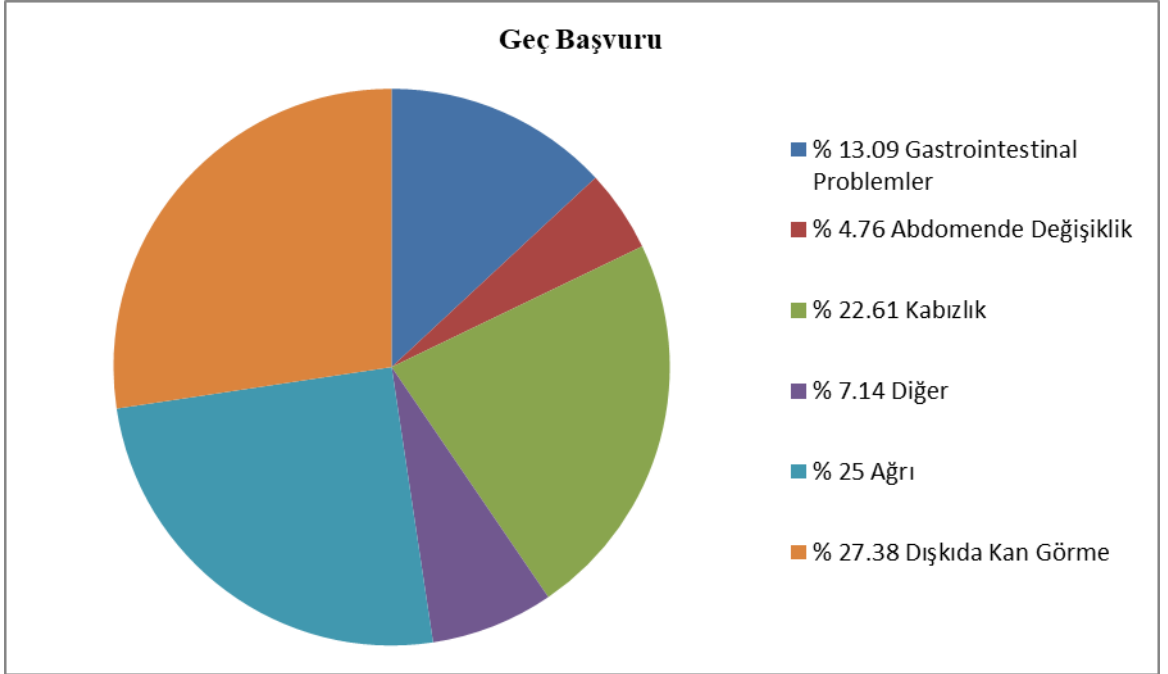
Araştırmaya katılan hastaların sağlık kuruluşuna geç başvuru nedenleri ve başvuru semptomlarının, başvuru ve tanılama sürelerine etkisine ait bulgular Tablo 4.5’da yer almaktadır. Hastaların %65.3’ü ilk semptomlar sonrası bir haftadan daha fazla bir zamanda sağlık kuruluşuna başvurmuşlardır. Hastaların %35.4’ü şikayetlerinin bekleyince geçeceğini düşünmüş, %16’sı semptom varlığını önemsememiş, %16.7’si ise rektal kanamayı hemoroidle ilişkilendirdiğinden sağlık kuruluşuna hemen

başvurmadığını belirtmiştir. Veriler incelendiğinde semptomlarını önemli görenler ile başvuru süreleri arasındaki ilişki anlamlı olup; semptomlarını önemli görenler sağlık kuruluşuna daha erken başvurmaktadır ($\chi^2=6.636$; $p=0.010$). Semptomların bekleyince geçeceğini düşünenler ile sağlık kuruluşuna başvuru süresi arasındaki ilişki anlamlıdır ve her iki başvuru süresinde farklı ortalamalarda bulunmuştur ($\chi^2=10.687$; $p=0.001$). Semptomların bekledikçe geçmeyeceğinin farkında olanlar daha erken başvuruda bulunmuşlardır. Kanamayı hemoroidle ilişkilendirme ve randevu alma zorluğu faktörleri ile sağlık kuruluşuna başvuru süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

İlk başvuru şikayetleri ile sağlık kuruluşuna başvuru süreleri arasındaki ilişkiler anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=15.868$; $p=0.007$). Bu verilere göre ilk başvuru şikayetleri gastrointestinal sorunlar, abdomende değişiklik, konstipasyon olan kişiler sağlık kuruluşuna geç başvurmakta (Şekil 4.2); şikayetleri dışkıda kan görme, ağrı ve diğer problemler olanlar sağlık kuruluşuna erken başvurmaktadır (Şekil 4.1). Eşlik eden semptomlar arasında halsizlik ile başvuru süreleri arasındaki ilişki anlamlı olup, ek semptomu halsizlik olan kişiler sağlık kuruluşuna geç başvurmuşlardır ($\chi^2=4.911$; $p=0.026$). Semptomlardan güçsüzlük, yorgunluk, iştahta azalma, kilo kaybı, anemi, kabızlık, ishal, karında büyüme, karın ağrısı ve dışkıda kan görme ile sağlık kuruluşuna başvuru süreleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Veriler incelendiğinde hastaların ilk başvuru şikayetleri ile tanılama süreleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$) İlk şikayetlere eşlik eden semptomların karında büyüme ile tanılama süresi arasındaki ilişki anlamlı bulunmuş olup, karında büyüme semptomu olanlara daha geç tanı koyulmaktadır ($\chi^2=4.052$; $p=0.044$). Halsizlik, güçsüzlük, yorgunluk, iştahta azalma, kilo kaybı, konstipasyon, diyare, karında sertlik, karın ağrısı ve dışkıda kan görme semptomları incelendiğinde tanılama süreleri ile aralarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).



Şekil 4.1. Erken başvuruda ilk semptomlar



Şekil 4.2. Geç başvuruda ilk semptomlar

4.6. Kolorektal Kanser Hastalarının Tanıtıcı Özellikleri ve Sağlık Sorumluluklarına Regresyon Analizi Etkisi

Tablo 4.6. Hastaların tanıtıcı özellikleri ve sağlık sorumluluklarına regresyon analizi etkisi

Bağımlı değişken: SSÖ

Regresyon Analizi						
Bağımsız Değişken	Tahmin	Std. Hat	F	P	Kısmi R ²	Model R ²
Intercept	34.008	4.103	68.68	<0001		
Cinsiyet	-2.730	0.806	11.45	<0001	0.050	0.246
Medeni durum	-2.046	1.097	3.48	0.064	0.016	0.299
İkamet yeri	1.868	0.745	6.28	0.013	0.036	0.283
Düzenli fiziksel aktivite	-3.045	0.781	15.18	<0001	0.056	0.137
İlk başvuru sağlık kuruluşu	1.179	0.364	10.45	0.001	0.058	0.196
Kolorektal kanser ihtimalini düşünme	-3.715	1.382	7.22	0.008	0.080	0.080
Semptom öncesi tarama durumu	-2.038	1.292	2.49	0.117	0.012	0.311

Hastaların tanıtıcı özellikleri ve sağlık sorumluluklarına regresyon analizi etkisine ilişkin bulgulara Tablo 4.6’da yer verilmiştir. Tabloda verilen sonuçlara göre “cinsiyet, ikamet yeri, düzenli fiziksel aktivite, ilk başvuru sağlık kuruluşu, kolorektal kanser olma ihtimali” bağımsız değişkenleri ile sağlık sorumlulukları ile arasında anlamlı bir etki olduğu görülmüştür. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin test sonuçları incelendiğinde ise sırasıyla cinsiyet ($R^2=0.05$; $p=0.0009$), ikamet yeri ($R^2=0.03$; $p=0.0134$), düzenli fiziksel aktivite ($R^2=0.05$; $p=0.0002$), ilk başvuru sağlık kuruluşu ($R^2=0.05$; $p=0.001$), kolorektal kanser ihtimalini düşünme ($R^2=0.08$; $p=0.0081$) bağımsız değişkenlerinin sağlık sorumlulukları üzerine anlamlı bir etki oluşturduğu saptanmıştır.

4.7. Kolorektal Kanser Hastalarının İlk Başvuru, Tanı Yaşı ve Tanı Süresi Pearson Korelasyon İlişkisi

Tablo 4.7. İlk başvuru, tanı yaşı ve tanı süresi pearson korelasyon ilişkisi

Pearson Korelasyon Katsayısı				
	İlk Başvuru Süresi	Tanı Yaşı	Tanı süresi	SSÖ
İlk başvuru	1.000			
Tanı yaşı	-0.033 0.686	1.000		
Başvurdan tanıya kadar olan süre	0.319 <0001	-0.006 0.942	1.000	
SSÖ	0.025 0.761	-0.093 0.264	-0.032 0.700	1.000

Çalışmaya dahil edilen hastaların ilk başvuru, tanı yaşı, tanı süresi ve sağlık sorumlulukları ölçeği ile pearson korelasyon ilişkisine ait bulgular Tablo 4.7’de verilmiştir. İlk başvuru süresi ile başvurudan tanıya kadar olan süre arasında pozitif yönde anlamlılık vardır. Başvuru süresi ne kadar kısalsa tanılama süreside o kadar kısalmaktadır. Sağlık sorumlulukları ölçeği ile başvuru süresi, tanı yaşı ve tanı süresi arasındaki korelasyon incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Araştırmamız KRK hastalarının sağlık sorumlulukları ve sağlık kuruluşuna geç başvuruyu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma örneklemini oluşturan KRK hastaların çoğunluğu erkek, 65 yaş üstü, evli ve gelir durumları orta düzeydedir. Çalışmamızın örnekleminin cinsiyet ve yaş özellikleri literatürle benzerlik göstermektedir (Pedrinaci ve ark., 2017; Siegel ve ark., 2020).

KRK hastalarının çoğu fazla veya normal kilo değerlerindedir. Obezite riskinin kolorektal kanser riskini arttırdığı bildirilmektedir (Şahin ve Yardımcı, 2016; Caan ve ark., 2017). Sigara içmemenin KRK kanser riskini arttırdığı kanıtlanmıştır (Akter ve ark., 2021). Bu çalışmada hastaların çoğunluğu sigara kullanımını bırakmış ve alkol kullanmamaktadır. Sigarayı bırakmanın, kullanımının devam etmesine oranla KRK hastalıkları üzerindeki etkisine bakılan bir çalışmada, sigara kullanımını bırakmanın prognozu iyileştirdiği ve sağ kalımı arttırdığı belirlenmiştir (Mena ve ark., 2018). Alkol kullanımının ise kullanım oranı ılımlı denecek düzeyde olsa bile, KRK riskini arttırdığı saptanmıştır (Rossi ve ark., 2018). Hastaların büyük bir kısmı, hastalık faktörü henüz yaşamlarında yokken herhangi bir diyet uygulamamışlardır ve fiziksel aktivite için zaman ayırmamışlardır. Kişilerin beslenme şekillerinin KRK oluşturma riskine etki ettiği çalışmalarca desteklenmiştir (Bradbury ve ark., 2020; Song ve ark., 2020). Araştırmaya göre yüksek fiziksel aktivite daha düşük KRK riski oluşturmaktadır (Morris ve ark., 2018).

KRK hastalarının büyük çoğunluğunun tanı aşamasında kanseri evre 4'dür. Kanser evrelendirmesi ile başvuru süresi arasında anlamlı ilişki bulunamamış olup yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Leiva ve ark., 2017; Pedrinaci ve ark., 2018). Hastalar ilk tanıldıklarında mevcut metastaz varlığı oranı yüksek bulunmuştur. Benzer bir çalışmada yeni tanı KRK hastalarının mevcut metastaz oranının %20 olduğu görülmüştür (Biller ve Schrag, 2021). Araştırmamızda hastalara sağlık kuruluşuna başvurduktan sonra ortalama on hafta sonra tanı koyulabilmiştir. Yapılan bir çalışmada tanı aralığının ortalama beş hafta olduğu ve tanı süresinin beş haftayı aşması ile birlikte mortalitenin hızla arttığı tesbit edilmiştir (Torrington ve ark., 2011). Genç hastaların (<50

yaş) ise yaşlı hastalara oranla tanı süresinin 1.4 kat daha uzun olduğu belirtilmiştir (Chen ve ark., 2017). Başka bir araştırmada ise hastaların tanı aralığının uzamasını, onkoloji kliniğine sevk edilmeden önce en az üç kez farklı konsültasyonlar yapılmasına bağlamaktadır (Walter ve ark., 2016).

Hastaların çoğunluğunun ailesinde kanser öyküsü bulunmamaktadır. Ailesinde kanser öyküsü olan hastaların yakınlarının ise sadece onda birinde KRK öyküsü bulunmaktadır. Yapılan araştırmada birinci derece akrabalarda KRK varlığının prevalansı %3.1-%10 arasındadır ve araştırmamızla benzerlik göstermektedir (Henrikson ve ark., 2015). Hastaların yaklaşık beşte biri önceden demir eksikliği tedavisi almıştır. Literatürlerde düşük demir seviyelerinin KRK patogenezi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Ploug ve ark., 2021; Phipps ve ark., 2021). Yapılan bir araştırmada ise KRK hastalarının neredeyse yarısında tanı aşamasında demir eksikliği bildirilmiştir (Wilson ve ark., 2017). Demir eksikliği çoğunlukla gözden kaçan, tarama ve tanılamada gecikmelerin yaşandığı semptomlardan biri olması bizim çalışmamızdaki hasta popülasyonunda oranın daha düşük olmasının nedenleri olabilmektedir.

En fazla görülen ve sağlık kuruluşuna başvuruyu tetikleyen semptomlar dışkıda kan görme, karın ağrısı ve kabızlıktır. İlk semptomlara eşlik eden semptomlar kabızlık, halsizlik, yorgunluk, iştahta azalma ve karın ağrısıdır. KRK (n=3881) hastaları ile yapılan daha büyük popülasyonlu bir araştırmada hastaların çoğunluğu rektal kanama ve ardından bağırsak alışkanlığında değişim semptomlarını bildirmişlerdir. Her üç hastadan biride yorgunluğu ek semptom olarak bildirmiştir (Weller ve ark., 2018). Başka bir çalışmada ise rektal kanama, bağırsak alışkanlığında değişme ve ağrı en yüksek oranda KRK başvuru sebebi olarak bulunmuştur (Thompson ve ark., 2011). Rektal kanama yaşayan hastaların erken başvuru yaptığı, bağırsak alışkanlığında değişiklik yaşayanların ise daha geç ortaya çıktığı belirlenmiştir (Walter ve ark., 2016). Semptomların oranı tümörün kolondaki yerleşim yerine göre değişiklik gösterdiği için mevcut semptomların oranları her çalışmadaki popülasyonun farklılığına göre değişiklik gösterebilir. Başvuru sebeplerinin başvuruda gecikme ile ilgisinin araştırıldığı bir çalışmada bağırsak alışkanlığının değişmesi ve rektal kanama semptomları oranının ciddiye alınmadığı için yüksek olduğu belirtilmiştir (Forbes ve ark., 2014).

KRK hastalarının çoğu sağlık kuruluşuna dört haftadan daha uzun sürede başvurmuşlardır ve sağlık kuruluşuna başvuru süreleri ortalama 10 haftadır. Orta Doğu'da yapılan bir araştırmada hasta başvuru süresinin 30-169 gün arasında olduğu belirlenmiştir ve bu süreyi etkileyen faktörlerin semptomların şiddeti ve hastaların semptomlar üzerindeki algılarının olduğu bulunmuştur (Helalah ve ark., 2016). Avrupa'da yapılan bir araştırmaya göre ise KRK hastalarının başvuru süreleri ortalama 40 gündür. Hastalar ilgili kuruma sevk edildiklerinde bile en az 14 gün bekleme eğilimi göstermişlerdir (Korsgaard ve ark., 2008). Geç başvuruda ülkelerin kanser tarama ve erken tanılama hizmetlerini sunumları, eğitim, izlem faaliyetlerinin etkinliği, bireyin sağlık sorumlulukları ile kültürel farklılıkların rolü görülmektedir (Ebel ve ark., 2018).

Hastaların geç başvuru sebepleri çoğunlukla bekleyince geçeceğini düşünme, kanamayı hemoroidle ilişkilendirme ve semptomları önemli grmemedir. Yapılan bir çalışmada kanama semptomunun hemoroid ile ilişkilendirilmesinin tanı gecikmesine yol aaileceği bildirilmektedir (Daha ve ark., 2015). Daha önce yapılmış bir araştırmaya göre semptomlar sonrası yardım arama davranışını geciktiren en önemli sebepler doktora gitmeye vakit bulamama ve doktorun koyacağı hastalık tanısından endişelenmedir (Azri ve ark., 2019). Bir derlemede yazısında ise semptomların ciddiyyetini anlayamama, semptomların reddi ve kanser korkusunun geç başvuru sebeplerinden olduğu belirtilmiştir (Mitchell ve ark., 2008). KRK hastaları tarafından semptomların ciddiyyetini değerlendirmede gecikmeyi inceleyen bir çalışmada finansal nedenler, semptom ciddiyyetini fark edememek, testlerden korkmak, utanma ve kanser olmak için çok geç olduğunu düşünmek geç başvuru nedenleri olarak belirlenmiştir (Siminoff ve ark., 2014). Bu çalışmamızın ve literatürdeki benzer çalışmaların sonuçlarına bakarak KRK tanısındaki gecikmeleri azaltmak için bireylere semptomların ciddiyyeti ve sağlık kuruluşuna erken başvurmanın kazanımları konusunda bilinç kazandırmanın sağlık sorumluluklarını arttırmanın yararlı olacağı görülmektedir.

Araştırmaya katılan KRK hastalarının büyük çoğunluğu daha önce tarama testi yaptırmamıştır. Tarama testi yaptıran kişilerin yarısı GGT yaptırmıştır. Literatürde 640.859 kişinin GGT testi yaptırdığı bir araştırmada, araştırmaya katılanların dörtte ne ikinci bir GGT testi yapılmasına ihtiyaç duyulmuş ve 1245'i KRK tanısı almıştır

(Selby ve ark., 2018). Çalışmamızdaki hastaların neredeyse tamamına hastalık öncesi tarama testi yaptırmayı önerisinde bulunan olmamıştır. Daha önce kendisine tarama testi yaptırılması önerilen hastalardan edinilen bilgilere göre, bu öneriler üçte bir oranında doktorlar ve arkadaşlarından gelmiştir. Amerika da yapılan bir araştırmada KRK hastalarının taramalar hakkında bilgi kaynakları araştırılmış ve çoğunun dergilerden, web sitelerden veya sosyal medyadan bilgi edindiklerini, geri kalanların ise çoğunluk sıralamasına göre doktorlardan, aileden, arkadaşlardan ve televizyondan bilgi edindikleri sonucuna ulaşılmıştır. Tarama bilgisini doktordan edinenlerin ise en yüksek tarama yaptırmaya oranına sahip olduğu belirlenmiştir (Liu ve ark., 2020). Tarama yaptırmayanlara sebepleri sorulduğunda çoğunluğu semptom olmaması, nedenini bilmediğini ihmal ettiğini ve semptomlarını önemli görmediği için tarama yaptırmadığını belirtmiştir. KRK tarama ile erken tanı konulabilen ve ileri evrelere ulaşması engellenebilen bir hastalıktır. Bu nedenle taramalar katılım sağlamada toplumun farklı kesimlerindeki bireylere eşitlik ilkesi çerçevesinde ulaşmak gerekir (Deding ve ark.,2017; Kaalby ve ark., 2019). Bu çalışmanın popülasyonunun SSÖ puanları düşük olması taramalara katılımındaki önemli bir engel olarak düşünülebilir ancak bu çalışmanın örneklemini KRK tanısı almış bireylerdi ve çalışmanın birincil amaçları arasında bunu incelemek yoktu. Gelecekteki çalışmalarda ülkemizde kolorektal kanser taramalarının önündeki engellerin kapsamlı araştırılması ve erken teşhis için yeni stratejilerin geliştirilmesine ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda cinsiyet faktörünün semptomlar ortaya çıktıktan sonra sağlık kuruluşuna başvuru süreleri incelendiğinde cinsiyetin her iki başvuru süresinde farklılıklar gösterdiği; geç başvuru oranı erkeklerde yüksek iken kadınlarda düşük olup, erkeklerin sağlık kuruluşuna daha geç başvuruda bulundukları belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada KRK hastaları semptomlar ortaya çıktıktan sonra sağlık kuruluşuna kadınların daha erken başvururken (30 günden önce), erkeklerin ise daha geç başvurdıkları (30 günden sonra) belirlenmiş olup çalışmamızı destekler niteliktedir (Pedrinaci ve ark., 2017). Bizim çalışmamızda kadınların sağlık sorumluluklarının erkeklere oranla daha yüksek olduğu belirlendi. Deneysel bir çalışmada sağlığı geliştirme modelleri kullanılarak yapılan hemşirelik girişimi sayesinde kadınların erken tanı davranışlarının arttığı belirlenmiştir (Ersin, 2012). Sağlık sorumluluklarının yüksek olması sağlık kuruluşuna

erken başvuruda engel algısını ortadan kaldırabilir ve kanser için erken tanılama olanağının arttırılmasını sağlayabilir.

Çalışmamızda semptomlar sebebiyle sağlık kuruluşuna ilk başvuru arasındaki süre ile sağlık kuruluşuna başvurduktan tanılanmaya kadar olan süre arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Literatürdeki çalışmalarda da KKK hastalarının ilk başvuru süreleri uzadığında tanılama sürelerinin de uzadığı belirlenmiştir (Scott ve ark., 2016; Helsper ve ark., 2017). KKK hastalarının semptom görüldükten sonra sağlık kuruluşuna hızlı başvurmaları hastalığın prognozunda etkileyecektir. Bu nedenle KKK belirtilerileri konusunda toplumundaki farkındalığın artırılması gerekmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu bölümde kolorektal kanser tanısı olan hastaların sağlık sorumlulukları ve sağlık kuruluşuna geç başvuruyu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla yapılan araştırmanın sonuç ve önerileri yer almaktadır.

Bu araştırmanın sonucunda KRK tanısı olan hastaların;

- Sağlık sorumlulukları, kadınlarda, semptomlar öncesinde kanser taraması yaptıranlarda, fiziksel aktivite yapanlarda yüksek, çalışanlarda ise düşük olduğu
- Kadınların KRK tanısı için daha erken başvuruda bulunduğu,
- En sık görülen semptomların dışkıda kan görme, karın ağrısı ve kabızlık olduğu,
- Sağlık kuruluşuna başvurmama nedenlerinin en fazla semptomların bekleyince geçeceği düşüncesi, rektal kanamayı hemoroid varlığıyla ilişkilendirme ve semptomları önemli görmeme olduğu,
- Dışkıda kan görme ve ağrı semptomlarını yaşayan KRK hastaların erken başvuruda bulunduğu, gastrointestinal problemleri, abdomende değişikliği ve kabızlığı olan KRK hastalarının geç başvuruda bulunduğu,
- Semptomlar ile sağlık kuruluşuna ilk başvuru arasındaki süre ile sağlık kuruluşuna başvurduktan tanılanmaya kadar olan süre arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

Uygulamaya Yönelik Öneriler

- Sağlık profesyonellerinin KRK kanserde erken başvuruyu arttırmak için yeni stratejilerin geliştirilmesi
- Hemşirelerin KRK belirti ve bulguları açısından hastaları değerlendirip güncel rehberlere göre eğitim, danışmanlık ve izlem yapılması

- Toplumda KKK kanser farkındalığını artırmak ve erken başvuruları sağlamak için farklı platformların kullanıldığı için toplum eğitimlerinin ve taramalarının yapılması

Araştırmacılara Yönelik Öneriler

- Örneklemin daha geniş olduğu çok merkezli çalışmaların yapılması
- Geç başvuruyu, nedenlerini kapsamlı değerlendiren nitel ve nicel verilerin birlikte değerlendirildiği çalışmalar yapılması
- Sağlık sorumluluklarını geliştirmede yeni stratejiler geliştiren çalışmalar yapılması önerilir

KAYNAKLAR

Aarts MJ, Lemmens VE, Louwman MW, Kunst AE, Coebergh JW. Socioeconomic status and changing inequalities in colorectal cancer? A review of the associations with risk, treatment and outcome. EJC: European Journal of Cancer. 2010; 46 (15): 2681-2695.

Abar L, Vieira AR, Aune Dagfinn, Sobiecki JG, Vingeliene S, Polemiti E, Stevens C, Greenwood DC, Chan DSM, Schlesinger S, Norat T. Height and body fatness and colorectal cancer risk: An update of the WCRF-AICR systematic review of published prospective studies. European Journal of Nutrition. 2018; 57: 1701-1720.

Akman G. Kolorektal Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, Sakarya (Danışman: Doç. Dr. Aygün D).

Akter S, Islam Z, Mizoue T, Sawada N, Ihira H, Tsugane S, Koyanagi YN, Ito H, Wang C, Tamakoshi A, Wada K, Nagata C, Tanaka K, Kitamura Y, Utada M, Ozasa K, Sugawara Y, Tsuji I, Shimazu T, Matsuo K, Naito M, Tanaka K, Inoue M. Smoking and colorectal cancer: A pooled analysis of 10 population based cohort studies in Japan. International Journal of Cancer. 2021; 148: 654-664.

Akyol A, Bilgiç P, Ersoy G. Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı Yaşam. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, Klasmat Matbaacılık, Ankara; 2008, s:3-24.

Andersen BL, Cacioppo JT, Roberts DC. Delay in seeking a cancer diagnosis: Delay stages and psychophysiological comparison processes. British Journal of Social Psychology. 1995; 34 (1): 33-52.

Arslan ŞF, Coşkunol H. Sağlık profesyonelinin eğitim rolü: Alkol ve madde bağımlılarında sağlıklı yaşam biçimi davranışı geliştirme eğitimi. Tıp Eğitimi Dünyası. 2016; 15 (47): 13-20.

Atabilen B, Akbulut G. Kolorektal kanser oluşumunda farklı mekanizmalar ve beslenmenin rolü. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi. 2019; 39 (1): 89-107.

Avcı GG, Gümüştay Ö. Kolorektal kanserlerde güncel tedavi yaklaşımı. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2018; 10 (1): 1-7.

Avcı İA, Erdoğan TK. Fındık fabrikasında çalışan işçilerde obezite sıklığı ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi. Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2015; 14 (5): 364-369.

Avcı YD. Kişisel sağlık sorumluluğu. Turkish Armed Forces Preventive Medicine Bulletin. 2016; 15 (3): 259- 266.

Aydın İ, Şehitoğlu İ, Özer E, Pergel A, Bedir R, Güçer H, Şahin DA. Kolorektal kanser nedeniyle opere ettiğimiz hastaların değerlendirilmesi. Kocatepe Tıp Dergisi. 2015; 16 (2): 102-109.

Azri MA, Kindi JA, Harthi TA, Dahri MA, Panchatcharam SM, Maniri AA. Awareness of stomach and colorectal cancer risk factors, symptoms and time taken to seek medical help among public attending primary care setting in muscat governorate, oman. Journal of Cancer Education. 2019; 34: 423-434.

Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008; 12 (1): 1-13.

Barbaros B, Dikmen M. Kanser immünoterapisi. Erciyes Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2015; 31 (4): 177-181.

Beaver K, Latif S, Williamson S, Procter D, Sheridan J, Heath J, Susnerwala S, Luker K. An exploratory study of the follow-up care needs of patients treated for colorectal cancer. Journal of Clinical Nursing. 2010; 19 (23-24): 3291-3300.

Biller LH, Schrag D. Diagnosis and treatment of metastatic colorectal cancer. JAMA: The Journal of the American Medical Association. 2021; 325 (7): 669-685.

Bradbury KE, Murphy N, Key TJ. Diet and colorectal cancer in uk biobank: A prospective study. International Journal of Epidemiology. 2020; 49 (1): 246-258.

Bray F, Colombet M, Mery L, Pineros M, Znaor A, Zanetti R, Ferlay J. Cancer Incidence In Five Continents Vol. XI. IARC: International Agency for Research on Cancer, Lyon; 2021, s: 21-127.

Bray F, Jemal A, Grey N, Ferlay J, Forman D. Global cancer transitions according to the human development index (2008-2030): A population based study. The Lancet Oncology. 2012; 13 (8): 790-801.

Brouwer NPM, Bos ACRK, Lemmens VEPP, Tanis PJ, Hugen N, Nagtegaal ID, Wilt JHW, Verhoeven RHA. An overview of 25 years of incidence, treatment and outcome of colorectal cancer patients. International Journal of Cancer. 2018; 143 (11): 2758-2766.

Büyükdoğan S. Kolorektal kanserde genetik ve etyolojik faktörler. Selçuk Tıp Dergisi. 2009; 25 (3): 171-180.

Caan BJ, Meyerhardt JA, Kroenke CH, Alexeeff S, Xiao J, Weltzien E, Feliciano EC, Castillo AL, Quesenberry CP, Kwan ML, Prado CM. Explaining the obesity paradox:

The association between body composition and colorectal cancer survival. *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention*. 2017; 26 (7): 1008-1015.

Can G. *Onkoloji Hemşireliği*. 2. basım, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul; 2019, s: 882.

Chan AT, Ogino S, Fuchs CS. Aspirin and the risk of colorectal cancer in relation to the expression of COX-2. *The New England Journal of Medicine*. 2007; 356 (21): 2131-2142.

Chen FW, Sundaram V, Chew TA, Ladabaum U. Advanced stage colorectal cancer in persons younger than 50 years not associated with longer duration of symptoms or time to diagnosis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2017; 15 (5): 728-737.

Clark SK. Management of genetically determined colorectal cancer. *The Surgeon*. 2019; 17 (3): 165-171.

Compton CC. Colorectal carcinoma: Diagnostic, prognostic, and molecular features. *The United States and Canadian Academy of Pathology*. 2003; 16 (4): 376-388.

Corley DA, Jensen CD, Quinn VP, Doubeni CA, Zauber AG, Lee JK, Schottinger JE, Marks AR, Zhao WK, Ghai NR, Lee AT, Contreras R, Quesenberry CP, Fireman BH, Levin TR. Association between time to colonoscopy after a positive fecal test result and risk of colorectal cancer and cancer stage at diagnosis. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 2017; 317 (16): 1631-1641.

Craciun IC, Todorova I, Baban A. “Taking responsibility form my health”: Health system barriers and women’s attitudes toward cervical cancer screening in Romania and Bulgaria. *Journal of Health Psychology*. 2020; 25 (13-14): 2151-2163.

Çakırca M, Başkan S, Çakırca M. Kolorektal kanser cerrahisi ve rejyonel anestezi. AOT: Acta Oncologica Turcica. 2013; 46 (1): 22-26.

Çalışkan C, Güler N, Makay Ö, Fırat Ö, Yeniay L, Korkut MA. Rektal kanama ve yandaş kolorektal hastalığın kolorektal kanserlerde prognoz üzerine olumlu etkileri. Turkish Journal of Colorectal Disease. 2009; 19: 112-117.

Çimen O, Kurnaz E, Çimen FK, Eden AO. Kolorektal kanser nedeniyle ameliyat edilen hastaların değerlendirilmesi. Erzincan Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2019; 12 (3): 1700-1704.

Çokmert S, Altun Z, Öztop İ, Aktaş S, Olgun N. Kolorektal kanser ve immünoterapi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2016; 30 (3): 131-137.

Daha M, Witherspoon J, Shami J, Patil P, Saklani A. Diagnostic miss rate for colorectal cancer: An audit. Annals of Gastroenterology. 2015; 28 (1): 94-98.

Deding U, Henig AS, Salling A, Pedersen CT, Boggild H. Sociodemographic predictors of participation in colorectal cancer screening. International Journal of Colorectal Disease. 2017; 32: 1117-1124.

Demir M. Karın ağrısı olan hastaya yaklaşım. Klinik Tıp Bilimleri. 2017; 5 (2): 39-50.

Dentlinger N, Ramdin V. Medical-Surgical Nursing Çeviren: Çelik S, Yeşilbakan ÖU. Dahili ve Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği. 3. Basım, Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti., Ankara; 2015, s:380-406.

Destri GL, Rinzivillo C, Vasquez E, Cataldo AD, Puleo S, Licata A. Evaluation of the prognostic accuracy of Astler-Coller and Jass' classifications of colorectal cancer. Tumori Journal. 2001; 87: 127-129.

Dukes C. The classification of cancer of the rectum. The Journal of Pathology and Bacteriology. 1932; 35: 323-32.

Ebell MH, Thai TN, Royalty KJ. Cancer screening recommendations: An international comparison of high income countries. Public Health Reviews. 2018; 39 (7): 1-19.

Edna TH, Karlsen V, Jullumstro E, Lydersen S. Prevalence of anaemia at diagnosis of colorectal cancer: Assessment of associated risk factors. Hepato-Gastroenterology. 2012; 59: 713-716.

Emir S, Sözen S, Kanat BH, Özkan Z, Yazar FM, Kavlakoglu B, Bozan MB, Erol F. Mekanik bağırsak tıkanıklığına neden olan kolorektal kanserlerde morbidite ve mortaliteye etki eden faktörler. International Journal of Basic and Clinical Medicine. 2014; 2 (1): 18-23.

Erçolak V. Kolorektal kanserlerde epidemiyoloji ve risk faktörleri. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi. 2016; 8 (1): 11-15.

Eroğlu K, Koç G. Jinekolojik kanser kontrolü ve hemşirelik. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2014; 1 (2): 77-90.

Ersin F, Bahar Z. Effects of nursing interventions planned with the health promotion models on the breast and cervical cancer early detection behaviors of the women. International Journal of Caring Sciences. 2017; 10 (1): 421-432.

Ersin F. Sağlığı Geliştirme Modelleri İle Yapılan Hemşirelik Girişimlerinin Kadınların Meme ve Serviks Kanserine Yönelik Erken Tanı Davranışlarına Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Doktora Tezi, 2012, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Bahar Z).

Esteva M, Ramos M, Cabeza E, Llobera J, Ruiz A, Pita S, Segura JM, Cortes JM, Lujan LG. Factors influencing delay in the diagnosis of colorectal cancer: A study protocol. BMC: Biology and Medicine Central. 2007; 7 (86): 1-6.

Evans J, Ziebland S, McPherson A. Minimizing delays in ovarian cancer diagnosis: An expansion of Andersen's model of total patient delay. Family Practice. 2007; 24 (1): 48-55.

Fahlquist JN. Responsibility ascriptions and public health problems: Who is responsible for obesity and lung cancer? Journal of Public Health. 2006; 14 (1): 15-19.

Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Parkin DM, Pineros M, Znaor A, Bray F. Cancer statistics for the year 2020: An overview. International Journal of Cancer. 2021;1-12.

Fernandez SP, Diaz SP, Calvino BL, Santamaria PG, Pillado TS, Monreal FA, Macia F, Calavera MAS, Macias AE, Ayerbes MV, Pazos A, Lopez MR, Saez LG, Montserrat MR, Noguera JMS, Aliaga IM, Lujan LG, Rabadan MM, Nascimento CM, Pueyo O, Watts MMB, Irigoyen EC, Abella MC, Pinilla M, Alcaraz AC, Torrejon AR, Pust AB, Aranda CG, Bennasar ML, Mainz SL, Novella M, Manzano H, Vadell C, Falco E, Esteva M. Diagnosis delay and follow-up strategies in colorectal cancer. Prognosis implications: A study protocol. BMC: Biology and Medicine Central. 2010; 10 (528): 1-6.

Fernandez SP, Saez LG, Calvino BL, Pillado TS, Camacho ER, Sierra AP, Santamaria PG, Diaz SP. Effect of diagnostic delay on survival in patients with colorectal cancer: A retrospective cohort study. BMC: Biology and Medicine Central Cancer. 2016; 16: 664-675.

Fındık ÜY, Ünver S, Eyi S. Gastrointestinal Sistemin Cerrahi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 1. Basım, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul; 2019, s:111-125.

Forbes L, Warburton F, Richards M, Ramirez A. Risk factors for delay in symptomatic presentation: A survey of cancer patients. British Journal of Cancer. 2014; 111: 581-588.

Foster C, Watson M, Moynihan C, Ardern A, Eeles R. Genetic testing for breast and ovarian cancer predisposition: Cancer burden and responsibility. Journal of Health Psychology. 2002; 7 (4): 469-484.

Frandsen G, Pennington SS. Abrams' Clinical Drug Therapy: Rationales for Nursing Practice Çeviren: İyigün E, Taştan S. Abrams'ın Klinik İlaç Tedavisi: Hemşireler İçin Akılcı İlaç Uygulamaları. 10. Basım, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara; 2014, s:198-224.

Giuliano AE, Edge SB, Hortobagyi GN. Eighth edition of the AJCC cancer staging manual: Breast cancer. Annals of Surgical Oncology. 2018; 25: 1783-1785.

Guyton AC, Hall JE. Textbook of Medical Physiology Çeviren: Yeğen BÇ. Tıbbi Fizyoloji. 13. Basım, Güneş Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., Ankara; 2017, s: 42-43.

Gülten K. Teoriden Uygulamaya İç Hastalıkları Hemşireliği Kavram ve Kuramlar. Medikal Yayıncılık Ltd. Şti., 1. Baskı, İstanbul; 2012, s:149-184.

Güngörmüş Z, Zengin EY, Çiçek Z. Health responsibility levels and knowledge and practices related to early detection of women' breast cancer. International Journal of Caring Sciences. 2018; 11 (3): 1483-1491.

Hall N, Birt L, Banks J, Emery J, Mills K, Johnson M, Rubin GP, Hamilton W, Walter FM. Symptom appraisal and healthcare-seeking for symptoms suggestive of colorectal cancer: A qualitative study. *BMJ Open*. 2015; 5 (10): 1-10.

Hamilton W, Lancashire R, Sharp D, Peters TJ, Cheng KK, Marshall T. The risk of colorectal cancer with symptoms at different ages and between the sexes: A case-control study. *BMC: Biology and Medicine Central*. 2009; 17 (7): 1-9.

Haq AI, Schneeweiss J, Kalsi V, Arya M. The dukes staging system: A cornerstone in the clinical management of colorectal cancer. *The Lancet Oncology*. 2009; 10 (11): 1128.

Heinemann V, Douillard JY, Ducreux M, Peeters M. Targeted therapy in metastatic colorectal cancer-an example of personalised medicine in action. *Cancer Treatment Reviews*. 2013; 39 (6): 592-601.

Helalah MAA, Alshraideh HA, Da'na M, Hanaqtah MA, Abuseif A, Arqoob K, Ajaj A. Delay in presentation, diagnosis and treatment for colorectal cancer patients in Jordan. *Journal of Gastrointestinal Cancer*. 2016; 47: 36-46.

Helsper C, Erp N, Peeters P, Wit N. Time to diagnosis and treatment for cancer patients in the Netherlands: Room for improvement? *European Journal of Cancer*. 2017; 87: 113-121.

Henrikson NB, Webber EM, Goddard KA, Scrol A, Piper M, Williams MS, Zallen DT, Calonge N, Ganiats TG, Janssens ACJW, Zauber A, Vogelaar IL, Ballegooijen M, Whitlock EP. Family history and the natural history of colorectal cancer: Systematic review. *Genetics in Medicine*. 2015; 17: 702-712.

Hsu YH, Kung PT, Wang ST, Fang CY, Tsai WC. Improved patient survivals with colorectal cancer under multidisciplinary team care: A nationwide cohort study of 25,766 patients in Taiwan. *Health Policy*. 2016; 120 (6): 674–681.

İleri H, Seçer B, Ertuş H. Sağlık politikası kavramı ve Türkiye’de sağlık politikalarının incelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*. 2016; 12: 176-186.

John SKP, George S, Primrose JN, Fozard JBJ. Symptoms and signs in patients with colorectal cancer. *Colorectal Disease*. 2010; 13 (1): 17-25.

Johnson JR, Lacey JV, Lazovich DA, Geller MA, Schairer C, Schatzkin A, Flood A. Menopausal hormone therapy and risk of colorectal cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prevention*. 2009; 18 (1): 196-203.

Kaalby L, Rasmussen M, Nielsen EZ, Buijs MM, Baatrup G. Time to colonoscopy, cancer probability and precursor lesions in the Danish colorectal cancer screening program. *Clinical Epidemiology*. 2019; 11: 659-667.

Kahramanca Ş, Anuk T, Yıldırım AC, Kaya O. Kolorektal kanserlerde kan grubu özellikleri. *Turkish Journal of Colorectal Disease*. 2018; 28: 76-79.

Kalantzis I, Nonni A, Pavlakis K, Delicha EM, Miltiadou K, Kosmas C, Ziras N, Gkoumas K, Gakiopoulou H. Clinicopathological differences and correlations between right and left colon cancer. *World Journal of Clinical Cases*. 2020; 8 (8): 1424-1443.

Kalkım A, Dağhan Ş, Taşkın C. Yaşlı bireylerin kolorektal kanserin riskleri ve erken tanısına yönelik bilgi düzeylerinin ve bu kanserle ilişkili risklerinin incelenmesi. *S.D.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2014; 5 (3): 88-93.

Kapucu S, Kutlutürkan S. Hemşirelik Öğrencilerine Yönelik Onkoloji Hemşireliği. 1. Basım, Hipokrat Yayıncılık, Ankara; 2020, s: 71-83.

Koç Ş. Kolorektal kanseri önleme: Kolorektal kanser risk danışmanlığı. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2017; 25 (1): 69-77.

Koçoğlu D, Akın B. Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2009; 2 (4): 145-154.

Koido S, Ohkusa T, Homma S, Namiki Y, Takakura K, Saito K, Ito Z, Kobayashi H, Kajihara M, Uchiyama K, Arihiro S, Arakawa H, Okamoto M, Gong J, Tajiri H. Immunotherapy for colorectal cancer. World Journal of Gastroenterology. 2013; 19 (46): 8531-8542.

Kolaç N, Balcı AS, Şişman FN, Ataçer BE, Dinçer S. Fabrikada çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışı ve sağlık algısı. Bakırköy Tıp Dergisi. 2018; 14: 267-274.

Korsgaard M, Pedersen L, Laurberg S. Delay of diagnosis and treatment of colorectal cancer: A population based Danish study. Cancer Detection and Prevention. 2008; 32 (1): 45-51.

Lee YH, Kung PT, Wang YH, Kuo WY, Kao SL, Tsai WC. Effect of length of time from diagnosis to treatment on colorectal cancer survival: A population-based study. Public Library of Science One. 2019; 14 (1): 1-16.

Leiva A, Esteva M, Llobera J, Macia F, Fernandez SP, Lujan LG, Calavera MS, Ramos M. Time to diagnosis and stage of symptomatic colorectal cancer determined by three different sources of information: A population based retrospective study. Cancer Epidemiology. 2017; 47: 48-55.

Liao X, Lochhead P, Nishihara R, Morikawa T, Kuchiba A, Yamauchi M, Imamura Y, Qian ZR, Baba Y, Shima K, Sun R, Nosho K, Meyerhardt JA, Giovannucci E, Fuchs CS, Chan AT, Ogino S. Aspirin use, tumor PIK3CA mutation, and colorectal-cancer survival. *The New England Journal of Medicine*. 2012; 367 (17):1596-1606.

Liu J, King AJ, Margolin D, Niederdeppe J. Information seeking and scanning about colorectal cancer screening among black and White americans, ages 45-74: Comparing information sources and screening behaviors. *Journal of Health Communication*. 2020; 25 (5): 402-411.

Lora A. An anthropology of 'Cancer Villages': Villagers' perspectives and the politics of responsibility. *Journal of Contemporary China*. 2010; 19 (63): 79-99.

MacInnis RJ, English DR, Hopper JL. Body size and composition and colon cancer risk in men. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*. 2004; 13 (4): 553- 559.

Mainprize KS, Mortensen NJM, Warren BF. Dukes' staging is poorly understood by doctors managing colorectal cancer. *The Royal College of Surgeons of England*. 2002; 84 (1): 23-25.

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.

McLachlan S, Mansell G, Sanders T, Yardley S, Windt D, Brindle L, Graham CC, Little P. Symptom perceptions and help seeking behaviour prior to lung and colorectal cancer diagnoses: A qualitative study. *Family Practice*. 2015; 32 (5): 568-577.

Meissner HL, Breen N, Klabunde CN, Vernon SW. Patterns of colorectal cancer screening uptake among men and women in the united states. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*. 2006; 15 (2): 389-394.

Mena JMO, Walter V, Schöttker B, Jenab M, Doherty MGO, Kee F, Mesquita BB, Peeters PHM, Stricker BH, Ruiter R, Hofman A, Söderberg S, Jousilahti P, Kuulasmaa K, Freedman ND, Wilsgaard T, Wolk A, Nilsson LM, Tjønneland A, Quiros JR, Duijnhoven FJB, Siersema PD, Boffetta P, Trichopoulou A, Brenner H. Impact of prediagnostic smoking and smoking cessation on colorectal cancer prognosis: A meta-analysis of individual patient data from cohorts within the consortium on health and ageing: Network of cohorts in Europe and the United States. *Annals of Oncology*. 2018; 29 (2): 472-483.

Meydanlıoğlu A, Arıkan F, Akcan A, Tardu A. Antalya’da yaşayan 50-70 yaş grubu erkeklerin kanserin risk faktörleri, belirtileri ve erken tanısına yönelik farkındalıklarının belirlenmesi. *Bozok Tıp Dergisi*. 2021; 11 (1): 56-62.

Mik M, Berut M, Dziki L, Trzcinski R, Dziki A. Right and left sided colon cancer: clinical and pathological differences of the entity in one organ. *Archives of Medical Science*. 2017; 13 (1): 157-162.

Mitchell E, Macdonald S, Campbell NC, Weller D, Macleod U. Influences on pre-hospital delay in the diagnosis of colorectal cancer: A systematic review. *British Journal of Cancer*. 2008; 98: 60-70.

Morris JS, Bradbury KE, Cross AJ, Gunter MJ, Murphy N. Physical activity, sedentary behaviour and colorectal cancer risk in the UK biobank. *British Journal of Cancer*. 2018; 118: 920-929.

Nakagoe T, Fukushima K, Nanashima A, Sawai T, Tsuji T, Jibiki MA, Yamaguchi H, Yasutake T, Ayabe H, Matuo T, Tagawa Y. Comparison of the expression of ABH/Lewis-related antigens in polypoid and non-polypoid growth types of colorectal carcinoma. *Journal Gastroenterology and Hepatology*. 2001; 16: 176-183.

Nooijer J, Lechner L, Vries H. A qualitative study on detecting cancer symptoms and seeking medical help; an application of Andersen's model of total patient delay. *Patient Education and Counseling*. 2001; 42 (2): 145-157.

On B. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Sağlığın Geliştirilmesi ile İlgili Görüşleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Emiroğlu ON).

Ovayolu N, Ovayolu Ö. Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar. 1.Basım, Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, Adana; 2016, s:460-488.

Özgören E, Kisli E, Metin A, Aslantürk H, Güler O, Başer M, Şahin Ş. Kolorektal kanserlerde tedavi yaklaşımlarımız. *Van Tıp Dergisi*. 2001; 8 (4): 124-127.

Özkan ÖF, Kaya Ü, Güner A, Cevizci S, Özkul F, Sezer C, Reis E. Bir eğitim ve araştırma hastanesinde kolorektal kanser hastalarının demografik dağılımı ve hastalık özellikleri. *Pamukkale Tıp Dergisi*. 2012; 5 (3): 132-135.

Pedrinaci IZ, Lopez AF, Tellez T, Ruiz FR, Rueda A, Varela MMMS, Briones E, Bare M, Escobar A, Sarasqueta C, Larrea NF, Aguirre U, Quintana JM, Redondo M. Factors that influence treatment delay in patients with colorectal cancer. *Oncotarget*. 2017; 8 (22): 36728-36742.

Pedrinaci IZ, Tellez T, Ruiz FR, Ruiz MCP, Alcaide J, Rueda A, Bare ML, Varela MMMS, Briones E, Sarasqueta C, Larrea NF, Escobar A, Quintana JM, Redondo M. Factors associated with prolonged patient-attributable delay in the diagnosis of colorectal cancer. *Cancer Research and Treatment*. 2018; 50 (4): 1270-1280.

Pirinççi S, Benli C, Okyay P. Üçüncü basamak sağlık merkezine başvuranlarda kolorektal kanser tarama programı farkındalık çalışması. *Turkish Armed Forces Preventive Medicine Bulletin*. 2015; 14 (3): 209-214.

Phipps O, Brookes MJ, Hassi HOA. Iron deficiency, immunology and colorectal cancer. *Nutrition Reviews*. 2021; 79 (1): 88-97.

Ploug M, Kroijer R, Qvist N, Lindahl CH, Knudsen T. Iron deficiency in colorectal cancer patients: A cohort study on prevalence and associations. *Colorectal Disease*. 2021; 23 (4): 853-859.

Redanyel MT, Martin RM, Ridd MJ, Wade J, Jeffreys M. Diagnostic intervals and its association with breast, prostate, lung and colorectal cancer survival in England: Historical cohort study using the clinical practice research datalink. *Plos One*. 2015: 1-17.

Roessel SV, Kasumova GG, Verheij J, Najarian RM, Maggino L, Pastena M, Malleo G, Marchegiani G, Salvia R, Chau S, Geus SW, Lof S, Giovino F, Dam JL, Kent TS, Busch OR, Eijck CH, Koerkamp BG, Hilal MA, Bassi C, Tseng JF, Besselink MG. International validation of the eighth edition of the american joint committee on cancer (AJCC) TNM staging system in patients with resected pancreatic cancer. *JAMA: The Journal of the American Medical Association Surgery*. 2018; 153 (12): 1-8.

Rossi M, Anwar MJ, Usman A, Keshavarzian A, Bishehsari F. Colorectal cancer and alcohol consumption populations to molecules. *Cancers*. 2018; 10 (2): 38.

Sandhu GS, Anders R, Blatchford P, Walde A, Leal A, King G, Leong S, Davis SL, Purcell WT, Goodman KA, Schefter T, Cowan M, Herter W, Meguid C, Weiss R, Marsh M, Brown M, Vogel J, Birnbaum E, Ahrendt S, Gleisner A, Schulick R, Chiaro MD, McCarter M, Patel SG, Messersmith WA, Lieu CH. High incidence of prolonged rectal bleeding and advanced stage cancer in early-onset colorectal cancer patients. *Colorectal Cancer*. 2020; 9 (3): 1758-1958.

Scott RB, Rangel LE, Osler TM, Hyman NH. Rectal cancer in patients under the age of 50 years: The delayed diagnosis. *The American Journal of Surgery*. 2016; 211 (6): 1014-1018.

Selby K, Jensen CD, Lee JK, Doubeni CA, Schottinger JE, Zhao WK, Chubak J, Halm E, Ghai N, Contreras R, Skinner C, Kamineni A, Levin TR, Corley DA. Influence of varying quantitative fecal immunochemical test positivity thresholds on colorectal cancer detection. *Annals of Internal Medicine*. 2018; 169 (7): 439-447.

Siegel RL, Miller KD, Sauer AG, Fedewa SA, Butterly LF, Anderson JC, Cercek A, Smith RA, Jemal A. Colorectal cancer statistics, 2020. *A Cancer Journal for Clinicians*. 2020; 70 (3): 145-164.

Siminoff L, Thomson M, Dumenci L. Factors associated with delayed patient appraisal of colorectal cancer symptoms. *Psycho-Oncology*. 2014; 23 (9): 981-988.

Simmonds PD, Best L, George S, Baughan C, Buchanan R, Davis C, Fentiman I, Gosney M, Northover J, Williams C. Surgery for colorectal cancer in elderly patients: A systematic review. *The Lancet*. 2000; 356 (9234): 968-974.

Skrobanski H, Ream E, Poole K, Whitaker KL. Understanding primary care nurses contribution to cancer early diagnosis: A systematic review. *European Journal of Oncology Nursing*. 2019; 41: 149-164.

Song M, Chan AT, Sun J. Influence of the gut microbiome, diet and environment on risk of colorectal cancer. *Gastroenterology*. 2020; 158 (2): 322-340.

Stewart BW, Wild CP. World Cancer Report 2014. IARC: International Agency for Research on Cancer, Lyon; 2014, s:118.

Strebhardt K, Ullrich A. Paul Ehrlich's magic bullet concept: 100 years of progress. *Nature Reviews Cancer*. 2008; 8: 473–480.

Şahin G, Başak T, Sezgünsay E. Sigmoid kolon kanseri tanısı ile ileostomi açılan hastanın Roy Adaptasyon Modeli'ne göre hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*. 2021; 3 (1): 45-52.

Şahin G, Yardımcı H. Obezitenin bazı kanser türleriyle ilişkisi. *International Peer-Reviewed Journal of Nutrition Research*. 2016; 8: 66-79.

Şakalar Ç, İzgi K, Canatan H. Kanser immün terapi ve monoklonal antikörler. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*. 2013; 27 (2): 105-110.

Şenışık S. Kanser ve egzersiz. *Spor Hekimliği Dergisi*. 2014; 49 (3): 99-110.

Tavioğlu K. Kolorektal Hastalıklar ve Proktoloji: Güncel Tanı ve Tedavi. Cinius Yayınları, e-kitap; 2016, s:13-96.

Taylan S, Alan S, Kadioğlu S. Hemşirelik rolleri ve özerklik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2012; 14 (3): 66-74.

Tekin R, Şahin B. Türkiye'de kolon ve rektum kanseri tedavi maliyetinin yukarıdan aşağı maliyet yaklaşımı ile belirlenmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*. 2019, 8 (16): 140-164.

Thompson M, Asiimwe A, Flashman K, Tsavellas G. Is earlier referral and investigation of bowel cancer patients presenting with rectal bleeding associated with better survival? The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland. 2011; 13: 1242-1248.

Torring ML, Frydenberg M, Hansen RP, Olesen F, Hamilton W, Vedsted P. Time to diagnosis and mortality in colorectal cancer: A cohort study in primary care. British Journal of Cancer. 2011; 104: 934-940.

Tözün N, Şimşek H, Özkan H, Şimşek İ, Gören A. Klinik Gastroenteroloji ve Hepatoloji. 1.Basım, Medikal ve Nobel Yayıncılık, Ankara; 2007, s: 963-970.

Tsong WH, Koh WP, Yuan JM, Wang R, Sun CL, Yu MC. Cigarettes and alcohol in relation to colorectal cancer: The Singapore Chinese health study. British Journal of Cancer. 2007; 96: 821-827.

Turan E, Yalçın B, Yücel İ, Ünal M. İlk kez tanı konan kolorektal kanser hastalarının epidemiyolojik özellikleri. Türk Aile Hekimliği Dergisi. 2012; 16 (4): 169-177.

Türkay K. Kolorektal Kanserli Hastalarda Sağkalımı Etkileyen Faktörler. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2018, Konya (Danışman: Prof. Dr. Ö Ata).

Ünsal B. İltihabi barsak hastalığı zemininde kolorektal kanser gelişimi. Güncel Gastroenteroloji Dergisi. 2016; 4 (20): 442-461.

Vayrynen JP, Tuomisto A, Vayrynen SA, Klintrup K, Karhu T, Makela J, Herzig KH, Karttunen TJ, Makinen M. Preoperative anemia in colorectal cancer: Relationships with tumor characteristics, systemic inflammation, and survival. Scientific Reports. 2018; 8: 1126-1137.

Vural PI, Bakır N. Meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015; 6 (1): 36-42.

Walter F, Webster A, Scott S, Emery J. The andersen model of total patient delay: A systematic review of its application in cancer diagnosis. *Journal of Health Services Research and Policy*. 2012; 17 (2): 110-118.

Walter FM, Emery JD, Mendonca S, Hall N, Morris HC, Mills K, Dobson C, Bankhead C, Johnson M, Abel GA, Rutter MD, Hamilton W, Rubin G. Symptoms and patient factors associated with longer time to diagnosis for colorectal cancer: Results from a prospective cohort study. *BJC: British Journal of Cancer*. 2016; 115: 533-541.

Waugh A, Grant A. Ross and Wilson *Anatomy and Physiology in Health and Illness Çeviren: Kopuz C. Ross ve Wilson Sağlıkta ve Hastalıkta Anatomi ve Fizyoloji*. 11. basım, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul; 2016, s: 320.

Weller D, Menon U, Falborg AZ, Jensen H, Barisic A, Knudsen AK, Bergin RJ, Brewster DH, Cairnduff V, Gavin AT, Grunfeld E, Harland E, Lambe M, Law RJ, Lin Y, Malmberg M, Turner D, Neal RD, White V, Harrison S, Reguilon I, Vedsted P. Diagnostic routes and time intervals for patients with colorectal cancer in 10 international jurisdictions; findings from a cross-sectional study from the international cancer benchmarking partnership. *BMJ Open*. 2018; 8: 1-18.

Wilson MJ, Dekker JWT, Harlaar JJ, Jeekel J, Schipperus M, Zwaginga JJ. The role of preoperative iron deficiency in colorectal cancer patients: prevalence and treatment. *International Journal of Colorectal Disease*. 2017; 32: 1617-1624.

Winawer SJ. Colorectal cancer screening. *Best Practice and Research Clinical Gastroenterology*. 2007; 21 (6): 1031-1048.

Yalçinkaya M, Özer FG, Karamanoğlu AY. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2007; 6 (6): 409-420.

Young CJ, Sweeney JL, Hunter A. Implications of delayed diagnosis in colorectal cancer. Australian and New Zealand Journal of Surgery. 2008; 70 (9): 635-638.

Zarcos I, Fernandez A, Tellez T, Rivas F, Rueda A, Suarez M, Briones E, Bare M, Escobar A, Sarasqueta C, Larrea NF, Aguirre U, Quintana JM, Redondo M. Factors that influence treatment delay in patients with colorectal cancer. Oncotarget. 2017; 8 (22): 36728-36742.

EKLER

EK-1

ETİK KURUL ONAYI

T.C. AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU 2019		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI	Dr.Öğr.Üyesi Fatma ARIKAN	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kolonorektal Kanseri Hastalarının Sağlık Sorumlulukları ve Sağlık Kuruluşuna Geç Başvuruyu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi	
DESTEKLEYİCİ		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 254	Tarih: 06.03.2019
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ KURUM İZNİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 03/04/2019-E.44956



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Üniversite Hastanesi Başmüdürlüğü



Sayı : 26708535-302.14.03-E.44956
Konu : Pınar KALKIŞIM Tez Çalışması

03/04/2019

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : a) 01/04/2019 tarihli ve 57830559-302.14.03-E.43176 sayılı yazı,
b) 02/04/2019 tarihli ve 60590709-903.99-E.43936 sayılı yazı,

Enstitünüz İç Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Pınar KALKIŞIM'ın "Kolorektal Kansere Hastalarının Sağlık Sorumlulukları ve Sağlık Kuruluşuna Geç Başvuruyu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasının uygulamasını Hastanemizde yapma talebi uygun görülmüştür.
Gereğini arz ederim.

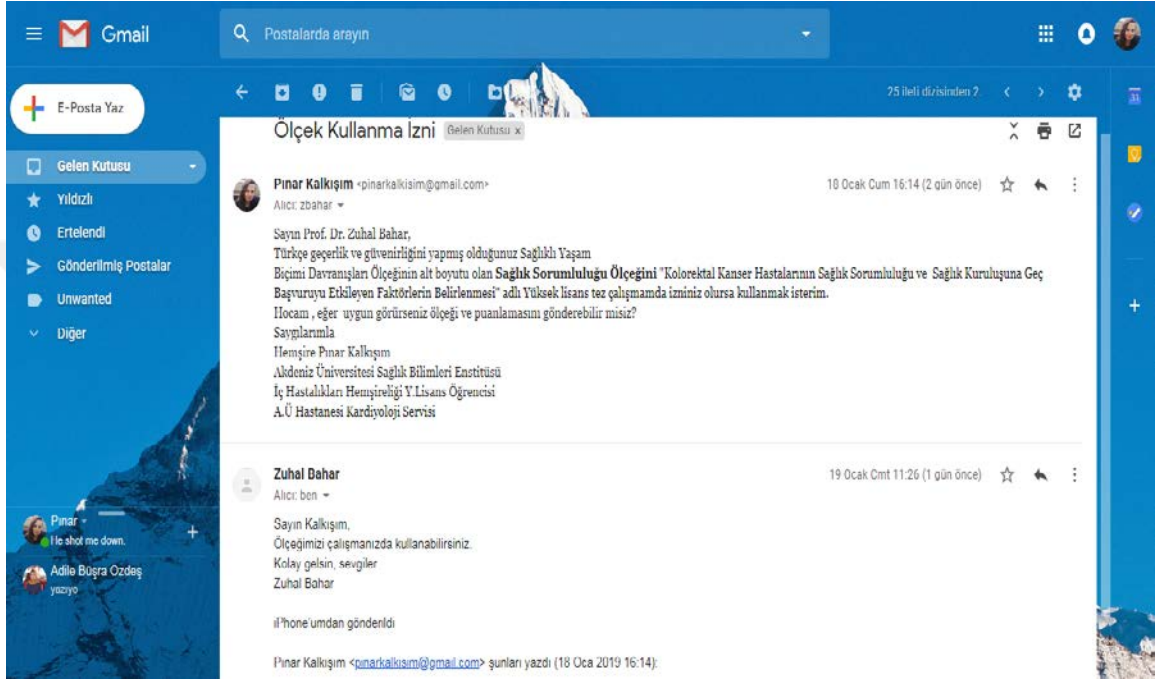
e-imzalıdır
Prof.Dr. Bülent AYDINLI
Başhekim

Adres: Akdeniz Üniversitesi Sağlık, Araştırma ve Uygulama Merkezi (Hastane)
Başmüdürlüğü
Telefon: 2422496000 Faks: 2422496040
e-Posta: ynzisi@akdeniz.edu.tr Elektronik Ağ: www.akdeniz.edu.tr

Bilgi için: Hediye AYDINER
Unvanı: Sekreter
Tel No: 2422496290

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖLÇEK KULLANIM İZİNİ



ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Değerli Katılımcı,

Araştırma Akdeniz Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisiyim. Kolorektal kanser hastalarının sağlık sorumlulukları ve sağlık kuruluşuna geç başvuruyu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tez çalışması planlamaktayım. Bu çalışmada hastaneye gelmeden önce ki sağlık sorumluluklarınızı ve hastaneye başvuru sürecinizi etkileyen faktörleri değerlendirmeye yönelik 2 bölümden oluşan sorular bulunmaktadır.

Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilecek bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Ben yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Bana verilen hizmeti etkilemeksizin ve araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımdan elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Hasta Adı Soyadı:

İmza

Araştırmacının Adı-Soyadı

İmza

HASTA TANITIM FORMU**A. Sosyo-demografik Özellikler**

1. Yaşınız?

.....

2. Cinsiyetiniz?

- ☐ Kadın
☐ Erkek

3. Medeni durumunuz?

- ☐ Evli
☐ Bekar

4. Eğitim durumunuz?

- ☐ Okuryazar değil
☐ Okuryazar
☐ İlkokul
☐ Ortaokul
☐ Lise
☐ Üniversite

5. Nerede ikamet ediyorsunuz?

- ☐ Köy(km)
☐ İlçe.....(km)
☐ Şehir merkezi.....(km)

6. Çalışma durumunuz?

- ☐ Çalışmıyor
☐ Çalışıyor
☐ Emekli

7. Ortalama aylık kazancınız ne kadar?

.....

8. Boyunuz ve kilonuz nedir?

- ☐ Boy(cm)
- ☐ Kilo(kg)

B. Sağlık Alışkanlıkları

9. Sigara kullanıyor musunuz?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet kullanıyorum. Süre:.....(yıl)
- ☐ Kullanıyordum ama bıraktım.
Kullanım süresi:.....(yıl)
Bırakalı geçen süre:.....(yıl)

10. Alkol kullanıyor musunuz?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet kullanıyorum. Süre:.....(yıl)
- ☐ Kullanıyordum ama bıraktım.
Kullanım süresi:.....(yıl)
Bırakalı geçen süre:.....(yıl)

11. Beslenmenizde her hangi bir diyet uyguluyor muydunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- ☐ Hayır diyet yapmıyorum.
- ☐ Şekersiz gıdalar tüketiyorum
- ☐ Tuzsuz gıdalar tüketiyorum
- ☐ Baharatsız gıdalar tüketiyorum
- ☐ Etten zengin besleniyorum
- ☐ Meyve ve sebzeden zengin besleniyorum
- ☐ Diğer.....

12. Düzenli fiziksel aktivite yapma alışkanlığınız var mıydı?

- ☐ Evet ise ne sıklıkla
 - ☐ Yürüyüş:
 - ☐ Koşu:.....
 - ☐ Futbol, basketbol vb.....
 - ☐ Düzenli spor salonu faaliyeti.....
- ☐ Hayır

C. Hastalığa İlişkin Özellikler

13. Kronik her hangi bir hastalığınız var mı? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

- ☐ Hastalığım yok
- ☐ DM
- ☐ HT
- ☐ Anemi
- ☐ Ülseratif kolit
- ☐ Crohn
- ☐ Hemoroid
- ☐ Diğer.....

14. Ailenizde kanser tanısı almış birinci derece akrabalarınız var mı?

- ☐ Yok
- ☐ Anne
- ☐ Baba
- ☐ Kardeş
- ☐ Çocuklar
- ☐ Diğer (açıklayınız).....

15. Sağlık kuruluşuna ilk başvuru şikayetiniz neydi? (Sağlık kuruluşuna başvurmanızı sağlayan en önemli şikayetinizi işaretleyiniz)

- ☐ Şikayetim yoktu. Rastlantısal olarak kolorektal kanser olduğum fark edildi.
- ☐ Halsizlik
- ☐ Güçsüzlük
- ☐ Yorgunluk
- ☐ İştah azalma
- ☐ Kilo kaybı
- ☐ Sarılık
- ☐ Anemi
- ☐ Kabızlık
- ☐ İshal
- ☐ Karında sertlik
- ☐ Karında büyüme
- ☐ Ele gelen kitle
- ☐ Karın ağrısı
- ☐ Dışkıda kan görme
- ☐ Diğer (açıklayınız).....

16. Sağlık kuruluşuna ilk başvurunuzda şikayetinize eşlik eden diğer semptomlarınız nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- ☐ Ek semptomum olmadı
- ☐ Halsizlik
- ☐ Güçsüzlük
- ☐ Yorgunluk
- ☐ İştahta azalma
- ☐ Kilo kaybı
- ☐ Sarılık
- ☐ Anemi
- ☐ Kabızlık
- ☐ İshal
- ☐ Karında sertlik
- ☐ Karında büyüme
- ☐ Ele gelen kitle
- ☐ Karın ağrısı
- ☐ Dışkıda kan görme
- ☐ Diğer (açıklayınız).....

17. Kolorektal kanser tanısının alındığı yaş?

.....

18. Kolorektal kanser tanısı ilk koyulduğunda kanserin evresi.

- ☐ Evre 1
- ☐ Evre 2
- ☐ Evre 3
- ☐ Evre 4

19. Metastaz durumu nedir?

- ☐ Var
- ☐ Yok

20. Hastanın ECOG puanı nedir? (0-4)

.....

21. Kolorektal kanser için şu ana kadar uygulanan tedaviler nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- ☐ Kemoterapi
- ☐ Radyoterapi
- ☐ Cerrahi tedavi
- ☐ Hedefe yönelik tedavi
- ☐ Diğer.....

22. Demir eksikliği tedavisi alma durumunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

D. Geç Başvuruyu Etkileyen Faktörler

23. İlk hangi sağlık kuruluşuna başvurduunuz?

- ☐ Aile Hekimi
- ☐ Devlet Hastanesi
- ☐ Üniversite Hastanesi
- ☐ Özel Hastane
- ☐ Kanseri Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)
- ☐ Diğer (açıklayınız).....

24. Sizi rahatsız eden ve sağlık kuruluşuna başvurmanızda etkili olan belirtileri görülmeye başladıktan ne kadar süre sonra sağlık kuruluşuna başvurduunuz?

.....(hafta)

25. Şikayetleriniz sonrasında sağlık kuruluşuna hemen başvurmayı gerekli görmeme sebebiniz neydi? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

- ☐ Hemen başvurdum
- ☐ Şikayetim yoktu
- ☐ Daha önemli işlerim olduğundan doktora gitmek için zaman ayıramadım.
- ☐ Doktordan randevu almak zordu.
- ☐ Doktorun zamanını boşa harcamasını istemedim.
- ☐ Önemli bir sorun olarak görmedim.
- ☐ Ailemi ve arkadaşlarımı endişelendirmek istemedim.
- ☐ Tanısal işlemlerden korktum (Kolonoskopi vs...).
- ☐ Bekleyince geçeceğini düşündüm.
- ☐ Doktor muayenesinden utandım.
- ☐ Kötü bir hastalık tanısı alacağımdan endişelendim.
- ☐ Kanamamın hemoroidten olduğunu düşündüm.
- ☐ Nedenini bilmiyorum.
- ☐ Diğer (açıklayınız).....

26. Başvuru semptomlarınız aklınıza kolorektal kanser olabileceğinizi getirdi mi?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

27. Kolorektal kanser tanısı ilk şikâyetleri ile hastaneye başvurduktan ne kadar süre sonra koyuldu?

.....(hafta)

28. Kolorektal kanser olabilme ihtimalinin ilk bahseden kurum hangisidir?

- ☐ Aile Hekimi
- ☐ Devlet Hastanesi
- ☐ Üniversite Hastanesi
- ☐ Özel Hastane
- ☐ KETEM
- ☐ Diğer (açıklayınız).....

29. Kolorektal kanser tanısı almadan önce kanser taraması yaptırmayı öneren kişiler kimlerdir?

- ☐ Öneren olmadı
- ☐ Doktor
- ☐ Hemşire
- ☐ Ebe
- ☐ Diğer sağlık çalışanları
- ☐ Arkadaşlarım
- ☐ Ailem
- ☐ Diğer (açıklayınız).....

30. Kolorektal kanser tanısı almadan önce tarama testi yaptıрма durumunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

31. Aşağıdaki taramalardan hangilerini yaptırdınız?

- ☐ Tarama yaptırmadım
- ☐ Dışkıda gizli kan testi
- ☐ Rektosigmoidoskopi/ Kolonoskopi
- ☐ Tomografi
- ☐ Diğer (açıklayınız).....

32. Kolorektal kanser tanısı almadan önce kanser taraması yaptırmamanızın sebebi neydi? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- ☐ Tarama yaptırdım
- ☐ Daha önemli işlerim olduğundan doktora gitmek için zaman ayıramadım.
- ☐ Doktordan randevu almak zordu.
- ☐ Doktorun zamanını boşa harcamasını istemedim.
- ☐ Önemli bir sorun olarak görmedim.
- ☐ Ailemi ve arkadaşlarımı endişelendirmek istemedim.
- ☐ Tanısal işlemlerden korktum (Kolonoskopi vs...).
- ☐ Doktor muayenesinden utandım.
- ☐ Kötü bir hastalık tanısı alacağımdan endişelendim.
- ☐ Nedenini bilmiyorum.
- ☐ Diğer (açıklayınız).....

SAĞLIK SORUMLULUKLARI ÖLÇEĞİ

Aşağıda şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği işaretleyerek belirtiniz.

	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1. Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım.				
2. Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.				
3. Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım.				
4. Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım.				
5. Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım.				
6. Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.				
7. Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım.				
8. Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.				
9. Gerekseim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.				

ARAŞTIRMA ZAMAN ÇİZELGESİ

ARAŞTIRMANIN UYGULAMA SÜRECİ						
SÜRE 2019-2021	Literatür Tarama	Proje Yazımı	Proje Başvuru Süreci	Projenin Uygulanması	Verilerin Değerlendirilmesi	Proje Raporunun Yazımı ve Tez Savunma sınavı
Kasım 2018	X					
Aralık 2018	X					
Ocak 2019	X	X				
Şubat 2019	X	X				
Mart 2019	X		X			
Nisan 2019	X		X			
Mayıs 2019	X			X		
Haziran 2019	X			X		
Temmuz 2019	X			X		
Ağustos 2019	X			X		
Eylül 2019	X			X		
Ekim 2019	X			X		
Kasım 2019	X			X		
Aralık 2019	X			X		
Ocak 2020	X			X		
Şubat 2020	X			X		
Mart 2020	X			X		
Nisan 2020	X			X		
Mayıs 2020	X			X		
Haziran 2020	X			X		
Temmuz 2020	X			X		
Ağustos 2020	X			X		
Eylül 2020	X			X		
Ekim 2020	X			X		
Kasım 2020	X			X		
Aralık 2020	X			X		
Ocak 2021	X			X		
Şubat 2021	X			X		
Mart 2021	X			X		
Nisan 2021	X				X	X
Mayıs 2021	X					X
Haziran 2021	X					X